

J. D. Nasio

EL DOLOR DE LA HISTERIA

PAIDOS

Buenos Aires
Barcelona
México

Índice de esta edición digital

EL DOLOR DE LA HISTERIA.....	1
PAIDOS	1
APERTURA	7
EL ROSTRO DE LA HISTERIA EN ANÁLISIS	8
UN YO INSATISFECHO.....	9
UN YO HISTERIZADOR	11
UN YO TRISTEZA	13
DIFERENCIA ENTRE LA HISTERIA, LA OBSESIÓN Y LA FOBIA	14
LAS CAUSAS DE LA HISTERIA.....	16
NUESTRA LECTURA DE LA PRIMERA TEORÍA DE FREUD: EL ORIGEN DE LA HISTERIA ES LA HUELLA PSÍQUICA DE UN TRAUMA	16
LA HISTERIA ES PROVOCADA POR UNA DEFENSA INADECUADA DEL YO: LA REPRESIÓN.....	18
LA HISTERIA ES PROVOCADA POR EL FRACASO DE LA REPRESIÓN LA CONVERSIÓN.....	19
EL SUFRIMIENTO DEL SÍNTOMA DE CONVERSIÓN ES EL EQUIVALENTE DE UNA SATISFACCIÓN MASTURBATORIA	20
LA ELECCIÓN DE ÓRGANO, ASIENTO DE LA CONVERSIÓN	21
EL SÍNTOMA DE CONVERSIÓN DESAPARECE SI COBRA UN VALOR SIMBÓLICO, EL QUE PRODUCE LA ESCUCHA DEL PSICOANALISTA.....	23
NUESTRA LECTURA DE LA SEGUNDA TEORÍA DE FREUD: EL ORIGEN DE LA HISTERIA ES UN FANTASMA INCONSCIENTE.....	25
LA VIDA SEXUAL DEL HISTÉRICO	29
LA VIDA SEXUAL DEL HISTÉRICO ES UNA PARADOJA, Y ESTA PARADOJA ES LA EXPRESIÓN DOLOROSA DE UN FANTASMA INCONSCIENTE	29
LA PARADOJA DE LA VIDA SEXUAL DEL HISTÉRICO	30
LA MUJER HISTÉRICA Y EL GOCE DE LO ABIERTO	31
LOS FANTASMAS HISTÉRICOS	33
EL FANTASMA INCONSCIENTE QUE ORIGINA LA HISTERIA ES UN FANTASMA VISUAL: LA AMENAZA DE CASTRACIÓN ENTRA POR LOS OJOS EL CASO DEL NIÑO VARÓN.....	33
LA ANGUSTIA FANTASMÁTICA DESTINADA A CONVERTIRSE EN UNA ANGUSTIA INTOLERABLE, LLAMADA «ANGUSTIA DE CASTRACIÓN"	33
LA ANGUSTIA DE CASTRACIÓN ES INCONSCIENTE.....	34
EL FANTASMA DE LA HISTERIA ES UN «CONGELAMIENTO DE IMAGEN" EN UN MOMENTO DE LA EVOLUCIÓN LIBIDINAL DEL NIÑO: LA FASE FÁLICA	35
EL FANTASMA VISUAL DE CASTRACIÓN ORIGEN INCONSCIENTE DE LA HISTERIA EL CASO DE LA NIÑA	35
¿QUE ES LA CONVERSIÓN HISTÉRICA? UN FENÓMENO DE FALIZACIÓN DEL CUERPO NO GENITAL Y DE DESAFECCIÓN DEL CUERPO GENITAL	38
¿QUE ES LO QUE SE CONVIERTE EN LA CONVERSIÓN HISTÉRICA? LA ANGUSTIA DE CASTRACIÓN SE CONVIERTE POR UN LADO EN UN EXCESO DE EROTIZACIÓN DEL CUERPO NO GENITAL Y, POR EL OTRO, PARADÓJICAMENTE, EN UNA INHIBICIÓN DE LA SEXUALIDAD GENITAL	40
EL ÚTERO EN LA HISTERIA: UN FANTASMA FUNDAMENTAL.....	43
DIFERENCIA ENTRE LOS FANTASMAS HISTÉRICO, OBSESIVO Y FÓBICO.....	45
LA ANGUSTIA DE CASTRACIÓN COMO CENTRO DEL FANTASMA DE LA HISTERIA ES TAMBIÉN EL CENTRO DE LOS FANTASMAS OBSESIVO Y FÓBICO	45
RESUMEN	47
RETRATOS IMAGINARIOS DEL HISTÉRICO.....	50
EL PSICOANALISTA ESCUCHA A SU ANALIZANDO REPRESENTÁNDOSE MENTALMENTE EL FANTASMA DE CASTRACIÓN	51
EL PSICOANALISTA MIRA LO QUE ESCUCHA	53
EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE LA HISTERIA Y EL FIN DEL ANÁLISIS.....	55
EL TRATAMIENTO DE LA HISTERIA CONSISTE EN CONDUCIR AL ANALIZANDO A ATRAVESAR CON ÉXITO LA PRUEBA DE LA ANGUSTIA DE CASTRACIÓN.....	55
EN UNA CURA, EL ANALIZANDO SE SEPARA DOS VECES: PRIMERO DE EL MISMO Y DESPUÉS DE SU ANALISTA.....	56
LA HISTERIA DE TRANSFERENCIA. LAS CONDICIONES QUE CONDUCEN AL ANALIZANDO A LAS PUERTAS DE LA PRUEBA DE ANGUSTIA	58
EL DESEO DEL NEURÓTICO ES UN DESEO DE ANGUSTIA.....	60
LA ACCIÓN DEL PSICOANALISTA APUNTA A RESOLVER LA HISTERIA DE TRANSFERENCIA.....	62

DESCRIPCIÓN DEL ATRAVESAMIENTO DE LA PRUEBA DE ANGUSTIA	64
EL DUELO DE UN ANÁLISIS TERMINADO NO ES EL DUELO DE MI ANALISTA, SINO EL DUELO DE UNA FICCIÓN Y DE UNA ANGUSTIA	64
ATRAVESAR LA ANGUSTIA ES DAR PASO AL DOLOR DEL DUELO	68
EL DOLOR DE DUELO NO ES DOLOR DE PERDER, SINO DOLOR DE REENCONTRAR LO QUE SE PERDIÓ SABIÉNDOLO UNO IRREMEDIABLEMENTE PERDIDO	69
ATRAVESAR LA ANGUSTIA ES REENCONTRAR EL LUGAR DE NACIMIENTO DE AQUEL QUE NUNCA DEJE DE SER	72
EL ATRAVESAMIENTO DE LA ANGUSTIA MODIFICA LA PERCEPCIÓN DE MI PROPIA IDENTIDAD SEXUADA	75
PUNTUACIONES	77
PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA HISTERIA	81
LA CEGUERA HISTÉRICA SEGÚN LAS TEORÍAS DE CHARCOT, JANET, FREUD Y LACAN	91
TEORÍA DE CHARCOT SOBRE LA CEGUERA HISTÉRICA	91
TEORÍA DE JANET SOBRE LA CEGUERA HISTÉRICA	92
TEORÍA DE FREUD SOBRE LA CEGUERA HISTÉRICA	95
TEORÍA DE LACAN SOBRE LA CEGUERA HISTÉRICA NUESTRA LECTURA	95
EXTRACTOS DE LAS OBRAS DE S. FREUD Y DE J. LACAN SOBRE LA HISTERIA	98
SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA HISTERIA	105
ÍNDICE DE AUTORES CITADOS	110
SUMARIO	111

Titulo original: *L'hystérie ou l'enfant magnifique de la psychanalyse*
Rivages, París.

© 1990 Editions Rivages

ISBN 2-86930-414-5

Traducción de Irene Agoff Cubierta de Gustavo Macri
la. edición, 1991

Impreso en la Argentina - Printed in Argentina Queda hecho el
depósito que previene la ley 11.723

© Copyright de todas las ediciones en castellano

Editorial Paidós SAICF Defensa 599, Buenos Aires

Ediciones Paidós Ibérica SA Mariano Cubí 92,
Barcelona

Editorial Paidós Mexicana SA Rubén Darío 118, México
D. F.

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, escrita a máquina, por el sistema "multigraph", mimeógrafo, impreso por fotocopia, fotoduplicación, etc., no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

ISBN 950-12-4156-4

Apertura

El rostro de la histeria en análisis

Las causas de la histeria

La vida sexual del histérico

Los fantasmas histéricos

El útero en la histeria: un fantasma fundamental

Diferencia entre los fantasmas histérico, obsesivo y fóbico

Retratos imaginarios del histérico

El tratamiento psicoanalítico de la histeria y el fin del análisis

Puntuaciones

Preguntas y respuestas sobre la histeria

La ceguera histérica según las teorías de Charcot, Janet, Freud y Lacan

Extractos de las obras de S. Freud y de J. Lacan sobre la histeria

Selección bibliográfica sobre la histeria

A la memoria de mi padre, Juan Nasio, médico. Sus trabajos de clínico e investigador estuvieron atravesados por el deseo de comprender el enigma del cuerpo que sabe decir la verdad de lo que somos.

APERTURA

"¿A dónde se han ido las histéricas de antaño, esas mujeres maravillosas, las Anna O., las Dora..."¹ todas esas mujeres que son hoy las figuras matrices de nuestro psicoanálisis? Merced a su palabra, Freud, al escucharlas, descubrió una forma enteramente nueva de la relación humana. Pero la histeria de entonces no sólo hizo nacer el psicoanálisis sino que, sobre todo, marcó con un sello indeleble la teoría y la práctica psicoanalíticas de hoy. La manera de pensar de los psicoanalistas actuales y la técnica que aplican siguen siendo, a pesar de los cambios inevitables, un pensamiento y una técnica íntimamente ligados al tratamiento del sufrimiento histérico. El psicoanálisis y la histeria son hasta tal punto indisociables que rige sobre la terapéutica analítica un principio capital: para tratar y curar la histeria hay que crear artificialmente otra histeria. En definitiva, la cura analítica de toda neurosis no es otra cosa que la instalación artificial de una neurosis histérica y su resolución final. Si al término del análisis se supera esta nueva neurosis artificial creada enteramente por el paciente y su psicoanalista, habremos conseguido resolver también la neurosis inicial que dio motivo a la cura.

11

Así pues, los histéricos de antaño vivieron, y su sufrimiento presenta en nuestros días otros rostros, otras formas clínicas, tal vez más discretas, menos espectaculares que las de la antigua Salpêtrière. El histérico de finales de siglo XIX y el histérico moderno viven cada cual a su manera un sufrimiento diferente; y sin embargo, no ha variado en lo esencial la explicación ofrecida por el psicoanálisis en cuanto a la causa de estos sufrimientos. Es verdad que desde sus comienzos la teoría psicoanalítica experimentó singulares cambios, pero su concepción del origen de la histeria continúa fundamentalmente intacta. Ahora bien, ¿qué origen es éste? ¿Cuál es la teoría freudiana de la causalidad psíquica de la histeria? O, para decirlo en términos más simples: ¿cómo se vuelve uno histérico? Y si esto sucede, ¿cómo se cura? He aquí las preguntas que nos formularemos en este libro.

12

¹ J. Lacan, "Propos sur l'Étiologie", conferencia pronunciada en Bruselas en 1977, publicada en *Quarto*, n° 2, 1981

EL ROSTRO DE LA HISTERIA EN ANÁLISIS

Antes de proponer una respuesta para nuestros interrogantes iniciales, dibujemos el rostro clínico de la histeria moderna. Según el tipo de mirada que le dirijamos se nos aparecerá de dos maneras diferentes. Si la consideramos desde un ángulo descriptivo y partimos de los síntomas observables, la histeria se presenta como una entidad clínica definida; en cambio, si la encaramos desde un punto de vista relacional, concebiremos la histeria como un vínculo enfermo del neurótico con el otro y, particularmente en el caso de la cura, con ese otro que es el psicoanalista.

Si nos situamos primero en el puesto de un observador exterior, reconoceremos en la histeria una neurosis por lo general latente que, las más de las veces, estalla al producirse ciertos acontecimientos notorios en períodos críticos de la vida de un sujeto, como la adolescencia, por ejemplo. Esta neurosis se exterioriza en forma de trastornos diversos y a menudo pasajeros; los más clásicos son síntomas somáticos como las perturbaciones de la motricidad (contracturas musculares, dificultades en la marcha, parálisis de miembros, parálisis faciales...); los trastornos de la sensibilidad (dolores locales, jaquecas, anestias en una región limitada del cuerpo...); y los trastornos sensoriales (ceguera, sordera, afonía...).

13

Hallamos también un conjunto de afecciones más específicas que van de los insomnios y los desmayos benignos a las aliteraciones de la conciencia, la memoria o la inteligencia (ausencias, amnesias, etc.), e incluso a estados graves de seudocoma. Todas estas manifestaciones que el histérico padece, y en particular los síntomas somáticos, se caracterizan por un signo absolutamente distintivo: son casi siempre transitorias, no resultan de ninguna causa orgánica y su localización corporal no obedece a ninguna ley de la anatomía o la fisiología del cuerpo. Más adelante veremos hasta qué punto, por el contrario, todos estos sufrimientos somáticos dependen de otra anatomía, eminentemente fantasmática, que actúa a espaldas del paciente.

Otro rasgo clínico de la histeria al que nos referiremos con frecuencia concierne también al cuerpo, pero entendido como cuerpo sexuado. En efecto, el cuerpo del histérico sufre de dividirse entre la parte genital, asombrosamente anestesiada y aquejada por intensas inhibiciones sexuales (eyaculación precoz, frigidez, impotencia, repugnancia sexual...), y todo el resto no genital del cuerpo, que se muestra, paradójicamente, muy erotizado y sometido a excitaciones sexuales permanentes.

Cambiamos ahora de puesto e instalémonos en el ángulo de mira relacional,

aquel que adopta el psicoanalista cuando cumple su trabajo de escucha. Su concepción de la histeria se ha forjado no sólo a través de la enseñanza teórica de las obras de psicoanálisis, sino sobre todo merced a la experiencia de la transferencia con el analizando llamado histérico y, de modo más general, subrayémoslo bien, con el conjunto de sus pacientes. Sí, con el conjunto de sus pacientes, pues todos los pacientes que se encuentran en análisis atraviesan inevitablemente una fase de histerización al instalarse la neurosis

14

de transferencia con el psicoanalista. Justamente, ¿qué hemos aprendido de la histeria con nuestros pacientes? Este libro aspira a ser una larga respuesta a esa pregunta; pero por el momento, quedémonos en lo siguiente: ¿qué rostro adopta la histeria en análisis?

Desde nuestro puesto transferencial, verificamos tres estados o incluso tres posiciones permanentes y duraderas del yo histérico. Más allá de la multiplicidad de acontecimientos que se suceden a lo largo de una cura, y sin perjuicio de las palabras, afectos y silencios, reconocemos efectivamente tres estados propios del yo que resumen por sí solos el rostro específico de la histeria en análisis. Un primer estado, por así decir, pasivo, donde el yo se encuentra en constante espera de recibir del Otro, no la satisfacción que colma, sino, curiosamente, la no respuesta que frustra. Esta espera defraudada, siempre difícil de manejar para el psicoanalista, conduce a la perpetua insatisfacción y al descontento de que tanto suele quejarse el neurótico. Primer estado, pues: el de un yo insatisfecho. Otra posición típicamente histérica observable en el análisis es también un estado del yo, pero un estado más bien activo de un yo que histeriza, es decir, que transforma la realidad concreta del espacio analítico en una realidad fantasmática de contenido sexual. Pronto vamos a determinar en qué consiste esa transformación y qué sentido habrá que otorgar a este calificativo de "sexual", pero ya podemos afirmar que el yo histérico erotiza el lugar de la cura. Segundo estado, pues: el de un yo histerizador. Existe además una tercera posición Subjetiva del histérico, caracterizada por la tristeza de su yo cuando debe afrontar por fin la única verdad de su ser: no saber si es un hombre o una mujer. Tercer estado, pues: el de un yo tristeza. Detengámonos un momento sobre cada uno de estos estados yoicos.

15

UN YO INSATISFECHO

Para el psicoanálisis, la histeria no es una enfermedad que afecte a un individuo, como se piensa, sino el estado enfermo de una relación humana en la que una persona es, en su fantasma, sometida a otra. La histeria es ante todo el nombre que damos al lazo y a los nudos que el neurótico teje en su relación con

otro, sobre la base de sus fantasmas. Formulémoslo con claridad: el histérico, como cualquier sujeto neurótico, es aquel que, sin saberlo, impone al lazo afectivo con el otro la lógica enferma de su fantasma inconsciente. Un fantasma en el que él encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha. Precisamente este estado fantasmático de insatisfacción marca y domina toda la vida del neurótico.

Pero, ¿por qué concebir fantasmas y vivir en la insatisfacción, cuando en principio lo que buscamos alcanzar es la felicidad y el placer? La razón es clara: el histérico es, fundamentalmente, un ser de miedo que, para atenuar su angustia, no ha encontrado más recurso que sostener sin descanso, en sus fantasmas y en su vida, el penoso estado de la insatisfacción. Mientras esté insatisfecho, diría el histérico, me hallaré a resguardo del peligro que me acecha. Pero, ¿de qué peligro se trata? ¿De qué tiene miedo el histérico? ¿Qué teme? Un peligro esencial amenaza al histérico, un riesgo absoluto, puro, carente de imagen y de forma, más presentido que definido: el peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo. Un goce de tal índole que, si lo viviera, lo volvería loco, lo disolvería o lo haría desaparecer. Poco importa que imagine este goce máximo como goce del incesto, sufrimiento de la muerte o dolor de agonía; y poco importa que imagine los riesgos de este peligro bajo la forma de la locura, de la disolución o del anonadamiento de su ser; el problema es evitar a toda costa cualquier experiencia capaz de evocar, de cerca o de lejos, un estado de plena y

16

absoluta satisfacción. Por más que se trate de un estado imposible, el histérico lo presiente como una amenaza realizable, como el peligro supremo de ser arrebatado un día por el éxtasis y de gozar hasta la muerte última. En suma, el problema del histérico es ante todo su miedo, un miedo profundo y decisivo que en verdad él no siente jamás, pero que se ejerce en todos los niveles de su ser; un miedo concentrado en un único peligro: gozar. El miedo y la tenaz negativa a gozar ocupan el centro de la vida psíquica del neurótico histérico.

Ahora bien, para alejar esta amenaza de un goce maldito y temido, el histérico inventa inconscientemente un libreto fantasmático destinado a probarse a sí mismo y a probar al mundo que no hay más goce que el goce insatisfecho. Así pues, ¿cómo alimentar el descontento si no creando el fantasma de un monstruo, monstruo que nosotros llamamos el Otro, unas veces fuerte y supremo, otras débil y enfermo, siempre desmesurado para nuestras expectativas y siempre decepcionante? Cualquier intercambio con el Otro conduce inexorablemente a la insatisfacción. La realidad cotidiana del neurótico se modela, en consecuencia, según el molde del fantasma, y los seres cercanos a los que ama u odia desempeñan para él el papel de un Otro insatisfactorio.

El histérico trata a su semejante amado u odiado, y en particular a su

partenaire psicoanalista, de la misma forma en que trata al Otro de su fantasma. ¿Que cómo se las arregla? Busca —¡y siempre encuentra!— aquellos puntos en que su semejante es fuerte y abusa de esta fuerza para humillarlo; y los puntos en que su semejante es débil y, por esta debilidad, despierta compasión. Con agudísima percepción, el histérico descubre en el otro la señal de una potencia humillante que lo hará desdichado, o de una impotencia conmovedora que le suscita piedad, pero a la que no podrá poner remedio. En síntesis, se trate del poder del otro o de la falla en el otro, con el Otro de su

17

fantasma o con el otro de su realidad, lo que el yo histérico se empeñará en reencontrar como su mejor guardián, será siempre la insatisfacción. El mundo de la neurosis, poblado de pesadillas, obstáculos y conflictos, se convierte en la única muralla protectora contra el peligro absoluto del goce.

UN YO HISTERIZADOR

El histérico nunca percibe sus propios objetos internos o los objetos externos del mundo tal como se los percibe comúnmente, sino que él transforma la realidad material de estos objetos en realidad fantasmaticada: en una palabra: histeriza el mundo. ¿Qué quiere decir esto? ¿Qué significa histerizar?

Acabamos de ver que, para asegurarse un estado de insatisfacción, el histérico busca en el otro la potencia que lo somete o la impotencia que lo atrae y lo decepciona. Dotado de una aguda sensibilidad perceptiva, detecta en el otro la mínima falla, el mínimo signo de debilidad, el más pequeño indicio revelador de su deseo. Pero, a semejanza de un ojo penetrante que no se conforma con horadar y traspasar la apariencia del otro para encontrar en él un punto de fuerza o una fisura, el histérico inventa y crea lo que percibe. El instala en el cuerpo del otro un cuerpo nuevo, tan libidinalmente intenso y fantasmático como lo es su propio cuerpo histérico. Pues el cuerpo del histérico no es su cuerpo real, sino un cuerpo sensación pura, abierto hacia afuera como un animal vivo, como una suerte de ameba extremadamente voraz que se estira hacia el otro, lo toca, despierta en él una sensación intensa y de ella se alimenta. Histerizar es hacer que nazca en el cuerpo del otro un foco ardiente de libido.

Modifiquemos ahora nuestro lenguaje y definamos de un modo más preciso el concepto de histerización. ¿Qué es

18

histerizar? Histerizar es erotizar una expresión humana, la que fuere, aun cuando por sí misma, en lo íntimo, no sea de naturaleza sexual. Esto es exactamente lo que

hace el histérico: con la máxima inocencia, sin saber, él sexualiza lo que no es sexual; por el filtro de sus fantasmas de contenido sexual —y de los que no tiene necesariamente conciencia—. el histérico se apropia de todos los gestos, todas las palabras o todos los silencios que percibe en el otro o que el mismo dirige al otro.

A esta altura debemos hacer una precisión que se tendrá en cuenta cada vez que utilicemos en este libro la palabra "sexual". ¿De qué sexualidad se trata cuando pensamos en la histeria? ¿Cuál es el contenido de esos fantasmas? ¿Qué queremos decir cuando afirmamos que el histérico sexualiza? Empecemos por aclarar que el contenido sexual de los fantasmas histéricos no es nunca vulgar ni pornográfico, sino una evocación, muy lejana y transfigurada, de movimientos sexuales. Se trata, estrictamente hablando, de fantasmas sensuales y no sexuales, en los que un mínimo elemento anodino puede obrar, como disparador de un orgasmo autoerótico.

Debemos comprender, en efecto, que la sexualidad histórica no es en absoluto una sexualidad genital sino un simulacro de sexualidad, una seudogenitalidad más cercana a los tocamientos masturbatorios y los juegos sexuales infantiles que a un intento real de concretar una verdadera relación sexual. Para el histérico, sexualizar lo que no es sexual significa transformar el objeto más anodino en signo evocador y prometedor de una eventual relación sexual. El histérico es un creador notable de signos sexuales que rara vez van seguidos del acto sexual que anuncian. Su único goce, goce masturbatorio, consiste en producir estos signos que le hacen creer y hacen creer al otro que su verdadero deseo es internarse en el camino de un acto sexual consumado. Y sin embargo, si existe un deseo en el que el histérico se empeña, es el de

19

que tal acto fracase; para ser más exactos, el histérico se empeña en el deseo inconsciente de la no realización del acto y, por consiguiente, en el deseo de permanecer como un ser insatisfecho.

El marco habitual del análisis, el diván, el ritual de las sesiones o el tono particular de la voz del psicoanalista, así como el vínculo transferencial, constituyen condiciones de las más favorables para que se instale este estado activo de histerización. La palabra del analizando, hombre o mujer —se lo diagnostique o no como "histérico"—, en determinado momento de la sesión puede cargarse de un sentido sexual, suscitar una imagen fantasmática y provocar efectos erógenos en el cuerpo, sea el cuerpo del psicoanalista o el del propio analizando.

El relato de una analizanda nos permitirá ilustrar la forma en que un elemento anodino de la realidad puede ser transformado en signo erótico.

Ejemplo de histerización: "Cuando al llegar oigo el toque de la puerta

principal del edificio, cuando usted me abre pulsando el botón del portero automático, siento que su dedo pulsa mi piel a la altura de los brazos. Y en ese momento me río de mí misma. A decir verdad, sólo me reí la primera vez que me pasó; ahora no me río más, mis sensaciones me absorben. Cada vez que estoy atenta al más ligero movimiento de otro, lo recibo en la piel, lo siento, siento un calor en el cuello o en el corazón. Siento incluso como una excitación cuando oigo el simple ruido de la respiración de un hombre junto a mí. En ese momento algo llega directamente al cuerpo, sin ninguna barrera. Ante los menores ruidos que usted hace, siento inmediatamente una sensación de placer en la piel. Soy muy sensible a sus movimientos, que resuenan en mi piel. Imagino lo que sucede en usted como si yo fuera su propia piel, envolviéndolo. Siento sus movimientos en mi piel porque yo soy su piel." Después de un silencio, añade:

20

"Pensar esto y decírselo me tranquiliza, y me da un límite. El razonamiento mismo es el límite."

Vayamos ahora al tercer estado del yo histérico, el yo tristeza.

UN YO TRISTEZA

Es de imaginar hasta qué punto el yo histérico, para histerizar la realidad, debe ser maleable y capaz de estirarse sin discontinuidad desde el punto más íntimo de su ser hasta el borde más exterior del mundo, y cuán incierta se torna entonces la frontera que separa los objetos internos de los objetos externos. Pero esta singular plasticidad del yo instala al histérico en una realidad confusa, medio real, medio fantaseada, donde se emprende el juego cruel y doloroso de las identificaciones múltiples y contradictorias con diversos personajes, y ello al precio de permanecer ajeno a su propia identidad de ser y, en particular, a su identidad de ser sexuado. Así pues, el histérico puede identificarse con el hombre, con la mujer, o incluso con el punto de fractura de una pareja, es decir que puede encarnar hasta la insatisfacción que aflige a ésta. Es muy frecuente comprobar la asombrosa soltura con que el sujeto adopta tanto el papel del hombre como el de la mujer, pero sobre todo el papel del tercer personaje que da lugar al conflicto o, por el contrario, gracias al cual el conflicto se resuelve. El histérico, desatando el conflicto o despejándolo, sea hombre o mujer, ocupará invariablemente el papel de excluido. Precisamente, lo que explica la tristeza que suele agobiar a los histéricos es el hecho de verse relegados a este lugar de excluidos. Los histéricos crean una situación conflictiva, escenifican dramas, se entrometen en conflictos y luego, una vez que ha caído el telón, se dan cuenta, en el dolor de su soledad, de que todo no era más que un juego en el

21

que ellos fueron la parte excluida. En estos momentos de tristeza y depresión tan característicos descubrimos la identificación del histérico con el sufrimiento de la insatisfacción: el sujeto histérico ya no es un hombre, ya no es una mujer, ahora es dolor de insatisfacción. Y, en medio de este dolor, queda en la imposibilidad de decirse hombre o de decirse mujer, de decir, simplemente, la identidad de su sexo. La tristeza del yo histérico responde al vacío y a la incertidumbre de su identidad sexuada.

En suma, el rostro de la histeria es una cura de análisis y, fuera de ésta, en cualquier relación con el otro, se presenta como un lazo insatisfactorio, erotizador y triste, enteramente polarizado alrededor de la tenaz negativa a gozar.

Es oportuno precisar ahora que esta tenaz negativa a gozar aparece igualmente en los fundamentos de esas otras neurosis que son la obsesión y la fobia, pero adoptando entonces modalidades bien específicas. ¿Cuáles son las modalidades obsesiva y fóbica de la negativa que el neurótico opone al goce? Y, comparativamente, ¿cuál es la modalidad específica de la negativa histérica? De esto vamos a tratar a continuación.

DIFERENCIA ENTRE LA HISTERIA, LA OBSESIÓN Y LA FOBIA

Para situar a la histeria dentro del amplio marco de las neurosis e indicar su especificidad al lado de los otros dos grandes tipos clínicos, preguntémosnos qué es la neurosis en general. La respuesta ya está clara: la neurosis es una inapropiada que, sin saber, empleamos para oponernos a un goce inconsciente y peligroso. Si caemos enfermos, neuróticamente porque nos obcecamos en procurar defendernos

22

de un goce doloroso. Y, al hacerlo, nos defendemos mal. Nos defendemos mal porque, para aplacar lo intolerable de un dolor, no tuvimos otro recurso que transformarlo en sufrimiento neurótico (síntomas). Finalmente, lo único que conseguimos es sustituir un goce inconsciente, peligroso e irreductible, por un sufrimiento consciente, soportable y en última instancia reductible. Las tres neurosis clásicas pueden definirse, pues, según el modo particular que tiene el yo de defenderse. Existen tres maneras —insisto, malas maneras— de luchar contra el goce intolerable y, por consiguiente, tres modos distintos de vivir la propia neurosis.

Sufrir neuróticamente de modo obsesivo es sufrir conscientemente en el pensamiento, o sea desplazar el goce inconsciente e intolerable hacia el sufrimiento del pensar.

Sufrir de modo fóbico es sufrir conscientemente el mundo que nos rodea, o

sea proyectar hacia afuera, al mundo exterior, el goce inconsciente e intolerable y cristalizarlo en un elemento del medio externo, transformado ahora en el objeto amenazador de la fobia.

Por último, sufrir de modo histérico es sufrir conscientemente en el cuerpo, o sea convertir -el goce inconsciente e intolerable en sufrimiento corporal.

En una palabra, el goce intolerable se convierte en trastornos del cuerpo en el caso de la histeria, se desplaza como alteración del pensamiento en la obsesión, y se expulsa, para retornar de inmediato como peligro exterior, en la fobia.

23

Efectuemos una última observación, apoyada en una esclarecedora frase de Freud: "Nuestra terminología de las neurosis no es aplicable a lo reprimido [goce intolerable], que ya no podemos calificar de histérico ni de obsesivo ni de paranoico." Vemos fácilmente que los calificativos de histérico, obsesivo o fóbico no se aplican a la cosa inconsciente y reprimida, sino a los modos de defensa utilizados por el yo. La neurosis es una cuestión de defensa y no un asunto del objeto contra el que la defensa actúa. Acudiendo de nuevo a nuestra terminología, podemos concluir afirmando que no hay goce neurótico, obsesivo o de cualquier otra índole: no hay sino modalidades neuróticas del yo para defenderse.

24

LAS CAUSAS DE LA HISTERIA

NUESTRA LECTURA DE LA PRIMERA TEORÍA DE FREUD: EL ORIGEN DE LA HISTERIA ES LA HUELLA PSÍQUICA DE UN TRAUMA

Volvamos ahora a nuestras preguntas iniciales: ¿cómo se hace uno histérico?, ¿cuál es la causa de las manifestaciones histéricas? ¿Cuál es el mecanismo por el que se forma un síntoma histérico? Según la primera teoría freudiana, la neurosis histérica, como además cualquier neurosis, es provocada por la acción patógena de una representación psíquica, de una idea parásita no consciente y fuertemente cargada de afecto. Recordemos que, a finales del siglo XIX, bajo el impulso de Charcot y Janet, quedó establecida y relativamente bien admitida la tesis que hacía de la histeria una "enfermedad por representación". También Freud tomó esta senda, pero pronto se apartó de ella introduciendo una serie de modificaciones; la más decisiva fue considerar la idea parásita, generadora del síntoma histérico, como una idea de contenido esencialmente sexual. Pero, ¿qué es esto de idea sexual? ¿Cómo es posible que una idea inconsciente y sexual baste para provocar una afonía, por ejemplo, una bulimia o hasta una frigidez? Para responder, seguiremos paso a paso el trayecto que se inicia con la aparición de esta representación sexual inconsciente y que culmina con la aparición de un síntoma histérico en el paciente.

25

En los inicios de su obra, Freud está persuadido —después cambiará de opinión— de que el enfermo histérico sufrió en su infancia una experiencia traumática. El niño, tomado de improviso, fue víctima impotente de una seducción sexual proveniente de un adulto. La violencia de este acontecimiento reside en la irrupción intempestiva de una efusión sexual excesiva, que inunda al niño y de la que no tiene la menor conciencia. El niño, ser inmaduro, queda petrificado, sin voz: no ha tenido tiempo para comprender lo que le sucede ni para experimentar la angustia que, si una efusión tan brutal se hubiese hecho consciente, se habría apoderado de él. La violencia del trauma consiste en el surgimiento de una demasía de afecto sexual, no sentido en la conciencia sino recibido inconscientemente. Trauma quiere decir demasiado afecto inconsciente en ausencia de la angustia necesaria que, al producirse el incidente, hubiese permitido al yo del niño amortiguar y soportar la tensión excesiva. Si hubo trauma, fue precisamente porque la angustia —que debió haber surgido— faltó. De ahí en más, se instala en el inconsciente del niño un exceso de tensión inasimilable y errabunda que no llega a descargarse en una llamada de socorro, por ejemplo o en la acción motriz de la fuga. Esta demasía del afecto subsistirá en

el yo a la manera de un quiste, y pasará a constituir el foco mórbido generador de los futuros síntomas histéricos. La excitación brutal provocada por el acto seductor del adulto introdujo en el seno del yo una energía que, transferida de lo exterior a lo interior, se encierra aquí en forma de una intensa tensión sexual a la deriva. Podemos reconocer en semejante exceso de afecto sexual el equivalente de un orgasmo inconsciente en un ser inmaduro. De este modo, comprendemos que el trauma ya no es un acontecimiento exterior sino un violento desarreglo interno, situado en el yo.

Sin embargo, hay otro aspecto más del trauma que debemos destacar. El trauma psíquico no es solamente un

26

exceso de tensión errante; es también una imagen sobre-activada por la acumulación de este exceso de energía sexual. La huella psíquica del trauma, que ahora llamaremos "representación intolerable", comprende, pues, dos elementos inconscientes: una sobrecarga de afecto y una imagen sobreactivada. Acabamos de ver cómo surge la carga sexual: preguntémonos ahora cómo surge la imagen. Para esto, hay que entender primero que el yo del niño, futuro histérico, sobre el que recaerá el impacto traumático de la seducción, es una superficie psíquica compuesta de diferentes imágenes corporales que se organizan como un cuerpo imaginario, verdadera caricatura del cuerpo anatómico. Así pues, el yo histérico es un cuerpo formado a la manera de un traje de arlequín, donde cada rombo corresponde a la imagen deformada de un órgano particular, de un miembro, de un orificio o de cualquier otra parte anatómica. En el momento del trauma, el impacto de la seducción suelta uno de estos rombos, toca puntualmente una de estas imágenes, precisamente la que corresponde a la parte corporal puesta en juego en el accidente traumático. El excedente de tensión psíquica se concentra entonces en esta imagen, y la inviste en tal medida que ésta se desolidariza de las demás imágenes del cuerpo imaginario o, lo que es equivalente, se desolidariza del yo histérico. Precisamente, lo que dimos en llamar representación inconsciente o idea parásita cuando calificamos a la histeria de "enfermedad por representación", es esta misma imagen inconsciente, desconectada del cuerpo imaginario (el yo), remitiendo a la parte del cuerpo que estuvo en juego en la escena traumática y altamente investida por una carga sexual. Un detalle, una postura del cuerpo del adulto seductor o del cuerpo del niño seducido, un olor, una luz, un ruido..., todas estas formas pueden constituir el contenido imaginario de la representación inscrita en lo inconsciente y sobre la cual va a fijarse el exceso del afecto sexual.

27

Quisiera insistir más sobre el elemento esencial del trauma. Lo que hay que tener presente es esto: el trauma que el niño sufre no es la agresión exterior, sino la huella psíquica que queda de la agresión; lo importante no es la naturaleza del

impacto, sino la señal que deja, impresa sobre la superficie del yo. Esta señal, esta imagen altamente investida de afecto, aislada, penosa para el yo, debe ser considerada la fuente del síntoma histérico e incluso, generalizando, la fuente de cualquier síntoma neurótico, sea el que fuere.

El trauma se ha desplazado. Empezamos mencionando un incidente traumático exterior al niño, y ahora nos hallamos con la misma violencia de la efracción enclavada en el interior del yo en forma de una representación inconsciente, sobrecargada de energía sexual y fuente de un dolor intolerable para el yo. Lo recalcamos: la causa de la histeria no es un accidente mecánico exterior y fechable en la historia del paciente, sino la huella psíquica sobre-investida de afecto; lo que opera no es el hecho de la seducción, sino la representación psíquica que es su huella viva.

LA HISTERIA ES PROVOCADA POR UNA DEFENSA INADECUADA DEL YO: LA REPRESIÓN

Se nos impone ahora una nueva pregunta: ¿qué destino tendrá la sobrecarga que inviste a la representación errante? ¿Cómo hará el yo para desprenderse de ella? Y sobre todo, ¿por qué decimos que la representación sobrecargada es la fuente mórbida de los trastornos histéricos? Es decisivo responder a estas preguntas para comprender una de las grandes tesis freudianas de la etiología de la histeria. Según Freud, la neurosis histérica es provocada por la torpeza con que el yo pretende neutralizar ese parásito interno que es la representación sexual

28

intolerable. Es curioso observar que la representación intolerable adquiere paradójicamente su verdadero poder patógeno cuando se ve atacada por un yo recalcitrante a ella. Esta representación ya había sido aislada por el peso de su sobrecarga, y el yo va a acentuar su aislamiento hasta llevar la tensión al paroxismo. Cuanto más ataca el yo a la representación, más la aísla. Ahora bien, este sobresalto defensivo del yo es exactamente lo que Freud llama "represión". Tanto insistió Freud en la noción de represión, que solemos olvidar lo siguiente: "reprimir" quiere decir, ante todo, "aislar". Lo que hace a la representación radicalmente intolerable es el hecho de haber quedado fundamentalmente separada de las otras representaciones organizadas de la vida psíquica; y precisamente esto hace que conserve, en el seno del yo, una actividad patógena inextinguible. Mientras esta representación penosa permanezca apartada —es decir, reprimida—, el yo conservará en sí un traumatismo psíquico interno y larvado.

Insisto: lo que enferma a un histérico no es tanto la huella psíquica del trauma como el hecho de que esta huella, bajo la presión de la represión, esté sobrecargada de una demasía de afecto que en vano quisiera fluir. La razón esencial de la histeria es, por lo tanto, el conflicto entre una representación

portadora de un exceso de afecto, por un lado, y, por el otro, una defensa desafortunada —la represión— que hace aún más virulenta la representación. La represión, cuanto más se ensaña con la representación, más la aísla y más peligrosa la vuelve. Así, el yo se extenua y se debilita en un vano combate que genera el efecto inverso al fin perseguido. La represión es una defensa hasta tal punto inadecuada, que bien podemos juzgarla tan malsana para el yo como la representación patógena a la que pretende neutralizar.

Fue tan decisivo para Freud el papel de la defensa en la etiología de la histeria, que llamó a ésta "histeria de

29

defensa" (podimos haber dicho también "histeria de represión"). A continuación, veremos que Freud no se conformará, y propondrá una denominación nueva: "histeria de conversión".

LA HISTERIA ES PROVOCADA POR EL FRACASO DE LA REPRESIÓN LA CONVERSIÓN

Nos hallamos, pues, en presencia de un conflicto en el seno del yo entre, por un lado, una representación sobrecargada que intenta liberar su exceso de energía, y, por el otro, la presión constante de la represión, la cual, aislando a la representación, le impide dejar fluir su sobrecarga. ¿De qué modo se resolverá este conflicto? No habrá, de hecho, ninguna solución radical, es decir que no habrá flujo liberador sino únicamente soluciones de compromiso, consistentes todas ellas en la investidura de otras representaciones menos peligrosas que la representación intolerable. Se trata, pues, de un desplazamiento de energía; para ser más exactos, deberíamos decir que se trata de una transformación de la energía de un estado primero en un estado segundo. Con el fin de poner fuera de juego a la represión, el exceso de energía pasa de su estado primero —sobrecarga de una representación intolerable— a ese otro estado de carga que es el sufrimiento corporal. La carga se transforma, pues, pero no por ello deja de ser un exceso de energía generador de mórbidos efectos.

Ahora bien, este conflicto "sobrecarga/represión", que hemos destacado en nuestro afán de comprender el mecanismo de la histeria, en realidad constituye el fundamento de todas las neurosis. La especificidad de cada tipo de neurosis, obsesión, fobia e histeria, dependerá de la modalidad que adopte el desenlace final del conflicto. Tendremos una neurosis diferente según el tipo de representación que la sobrecarga acabe por investir tras

30

abandonar la representación intolerable. Expliquémonos. El desenlace del conflicto se decide, de acuerdo con el esquema de transformación de la energía, en dos estados distintos. Tenemos siempre la sobrecarga energética en su naturaleza de exceso, pero esta sobrecarga adopta dos estados diferentes? y sucesivos: el estado primero corresponde al momento en que ella inviste a la representación intolerable "escena traumática"; y el estado segundo corresponde al momento en que inviste a una representación cualquiera perteneciente al pensamiento (obsesión), al mundo exterior (fobia) o al cuerpo (histeria). Así pues, la sobrecarga, conservando siempre su naturaleza de exceso, puede movilizarse sorteando de tres maneras posibles la represión; o. si se quiere, provocando tres reveses de la represión que a la larga serán tres malas soluciones, pues cada una de ellas dará lugar a un síntoma neurótico causante de sufrimiento.

Obsesión

El primer desenlace posible consiste en un 'desplazamiento de la carga, que abandona la representación penosa, se instala en el pensamiento y sobreinvierte una idea consciente que ha pasado a invadir la vida del neurótico. Reconocemos aquí el mecanismo de formación de la idea fija obsesiva.

Fobia

El segundo desenlace corresponde al caso de la neurosis fóbica. La carga abandona igualmente la representación pero, en vez de instalarse de inmediato en un elemento del pensamiento, como sucede en la obsesión, en un primer momento queda libre en el yo, desconectada, a

31

la expectativa. La carga disponible y flotante se proyecta luego al mundo exterior y se fija en un elemento definido (la muchedumbre, un animal, un espacio cerrado, un túnel, etc.). convertido ahora en el objeto que el fóbico debe rehuir para evitar que aparezca la angustia.

EL SUFRIMIENTO DEL SÍNTOMA DE CONVERSIÓN ES EL EQUIVALENTE DE UNA SATISFACCIÓN MASTURBATORIA

Conversión

El tercer desenlace de la lucha con la represión, el que aquí nos interesa, consiste en la transformación de la carga sexual excesiva en influjo nervioso igualmente excesivo que, actuando como excitante o como inhibidor, provoca un sufrimiento somático. Así pues, la conversión se define, desde el punto de vista

económico, como la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático.. Este salto de lo psíquico a lo somático, que es aún hoy un interrogante abierto,² podría describirse así: la sobrecarga energética se suelta del collar de la representación intolerable, conserva su naturaleza de exceso y resurge transformada en sufrimiento corporal, sea en forma de hipersensibilidad dolorosa o, por el contrario, en forma de inhibición sensorial o motriz. Puesto que en el paso de lo psíquico a lo físico el exceso de energía permanece constante —es decir, siempre desmedido—, podemos admitir que el sufrimiento de un síntoma somático es una energía equivalente a

32

la energía de excitación del trauma inicial o, para ser más exactos, a aquel exceso de afecto sexual que comparábamos con un orgasmo.

Esta permanencia de un mismo exceso de energía justificaría la impresión del psicoanalista cuando, ante manifestaciones somáticas de carácter histérico, acaba reconociendo en ellas la expresión sustitutiva de un orgasmo sexual. Para ser más precisos, de un orgasmo obtenido por masturbación, pues no olvidemos que la sexualidad del histérico es esencialmente una sexualidad infantil. Una repentina mancha roja en el cuello de un paciente histérico al final de una sesión puede ser considerada, desde el punto de vista psicoanalítico, como el equivalente cutáneo de un orgasmo. Vómitos atípicos, enuresis en un niño, una crisis de llanto, una afonía o una parálisis histérica de la marcha constituirán, en definitiva, la manera irregular y neurótica de que se vale el histérico para vivir su sexualidad infantil. Así pues, los síntomas de conversión han de ser tenidos por equivalentes corporales de satisfacciones masturbatorias infantiles.

En consecuencia, de los tres fracasos de la represión fracaso por desplazamiento de la sobrecarga de una representación a una idea en la neurosis obsesiva, fracaso por proyección de la sobrecarga del interior psíquico al mundo exterior en la neurosis fóbica, y fracaso por conversión de la sobrecarga en el síntoma somático, este último constituye el mecanismo específico de la histeria. De aquí en más, Freud sustituirá la antigua denominación de "histeria de defensa" por la expresión "histeria de conversión".

LA ELECCIÓN DE ÓRGANO, ASIENTO DE LA CONVERSIÓN

Ya quedó entendido que para desbaratar y sortear la presión de la represión, la sobrecarga tuvo que hallar esa

33

² P. Benoit, "Le saut du psychique au somatique", *Psychiatrie française*, 5, 85, págs. 13-25.

salida conversiva en lo corporal e investir un órgano preciso. Ahora bien, ¿en qué forma se elige este órgano? ¿Cómo se explica que la carga irrumpa en una determinada zona corporal y no en otra? Precisamente, la región somática afectada por el síntoma de conversión corresponde a aquella parte del cuerpo alcanzada antaño por el trauma, y que pasó a constituir así una imagen determinada. En la conversión, la carga energética abandona la imagen inconsciente para ir a "energizar" el órgano cuyo reflejo es esta imagen. La elección del asiento somático de la conversión se explica entonces, esquemáticamente, por la secuencia siguiente: parte del cuerpo percibida en la escena traumática (por ejemplo, el brazo) —> imagen inconsciente de un brazo —> parálisis conversiva del brazo. Por supuesto, estos tres estados sucesivos del cuerpo —cuerpo percibido, cuerpo en imagen y cuerpo sufriente— no siempre se refieren al cuerpo de una misma persona. La zona corporal percibida en ocasión del trauma puede pertenecer tanto al cuerpo del niño como del adulto seductor, y hasta al de un testigo de la escena. Pues lo importante no es saber a quién pertenece el cuerpo, sino qué parte del cuerpo percibió el niño más intensamente en el momento del trauma, es decir, con más pregnancia. Por ejemplo, si durante la escena traumática de seducción se escuchan los gritos indignados de un testigo —pongamos por caso, una madre horrorizada que sorprende al padrastro tocando el cuerpo de su hija—, entonces el síntoma somático de conversión adoptará la forma de una inhibición en la voz (afonía) que años después afectará a la hija, convertida en mujer histérica. Los gritos de la madre, percibidos e inscritos en el inconsciente de la niña, resurgirán ulteriormente en ésta como pérdida de su propia voz. El histérico actualiza en su cuerpo (afonía) la señal psíquica impresa por el cuerpo del otro (gritos de la madre).

34

Si resumimos los dos aspectos esenciales de la conversión, que acabamos de examinar, la constancia del exceso de energía al pasar del estado sexual-psíquico al estado de sufrimiento somático, y la persistencia de una zona del cuerpo al pasar del estado de imagen inconsciente al estado de órgano conversivo, comprenderemos hasta qué punto la solución conversiva es una solución mala e inapropiada. La energía cambió sin duda de sistema, pero el sujeto sigue sufriendo porque el motivo de su sufrimiento no ha variado. Sea en el plano psíquico o en el plano del cuerpo, el sujeto sufre de estar habitado por un exceso inasimilable e irreductible. La conversión es una mala solución porque no resuelve la dificultad principal causante de la histeria, a saber: el encierro del exceso de carga energética en un elemento aislado y desconectado del conjunto, tanto se trate de una representación psíquica como de una zona corporal conversiva. La salida conversiva es, en efecto, una mala solución, porque el problema de la incompatibilidad permanece intacto: lo que antes fue incompatibilidad de la representación con el conjunto de representaciones constitutivas del yo del histérico, es ahora incompatibilidad de un sufrimiento somático que no obedece a las leyes del cuerpo real.

Pero surge de inmediato este interrogante: si la conversión no es la buena solución, ¿habría una manera más adecuada de tratar el exceso?, ¿una solución que no fuese este cambio de estado en el que, como hemos visto, el exceso sigue siendo un exceso? Sí, empezar de nuevo y distribuir este exceso en una multiplicidad de representaciones, colectivizar el exceso; en síntesis: diseminarlo y, de este modo, desactivarlo. Pero, ¿de qué manera? Este es el punto en que debemos introducir la escucha del psicoanalista, considerada justamente como una diseminación del exceso y como una vía posible para curar al sujeto de lo inconciliable.

35

EL SÍNTOMA DE CONVERSIÓN DESAPARECE SI COBRA UN VALOR SIMBÓLICO, EL QUE PRODUCE LA ESCUCHA DEL PSICOANALISTA

Porque alguien me escucha y quiere descubrir el enigma de los malestares de mi cuerpo, estos malestares cobrarán un sentido en mi historia: tal vez así podrán desaparecer alguna vez.

Puesto que la conversión —decíamos— no es la buena solución, ¿cómo tratar el exceso y curar al histérico de lo inconciliable que lo parásita? Partimos de la hipótesis siguiente: la escucha y la interpretación del psicoanalista funcionan como yo simbólico, es decir, como conjunto de representaciones. Se trata de un yo capaz de acoger la representación inconciliable que el yo histérico reprime y de neutralizar así la sobrecarga mórbida, distribuyéndola entre el conjunto de sus propias representaciones. La escucha del analista íntegra y disipa lo que el histérico reprime y concentra. De este modo, el sujeto se cura de lo inconciliable y el síntoma de conversión podrá desaparecer. Estamos formulando estrictamente, en los términos del vocabulario energético, aquel principio general según el cual un síntoma conversivo se desvanece si cobra el valor simbólico que la escucha y la interpretación del psicoanalista le confieren. Que un síntoma cobre un valor simbólico y tenga la posibilidad de desaparecer, significa que la representación inconciliable a la que este síntoma había venido a sustituir pudo ser integrada en el sistema de representaciones de la escucha analítica, y que su sobrecarga pudo ser diseminada. Estamos formulando lo mismo mediante dos expresiones diferentes, una energética y otra simbólica. Decir que la representación inconciliable se integra en el seno del yo de la escucha equivale a decir que la escucha del analista otorga un sentido simbólico al síntoma conversivo y lo hace

36

desaparecer. La escucha analítica actúa, pues, tanto en el registro energético como

en el simbólico.

Ahora bien, como es evidente, para que un síntoma conversivo adquiera significación simbólica y desaparezca, tendrá que cumplirse una única condición: que sea dicho por el paciente y recogido por una escucha, no una escucha que revele un sentido oculto y ya existente, sino una escucha generadora de un sentido nuevo. Pero, ¿cómo admitir que la escucha silenciosa de un analista, aparentemente pasiva, es capaz de engendrar sentido por sí sola? ¿Y cómo admitir que el engendramiento de este sentido hace desaparecer el síntoma? Una escucha tendrá efectivamente el poder de engendrar un sentido nuevo si es la escucha de un psicoanalista habitado por un deseo en hueco, preparado para recibir el impacto de un dicho sintomático. Entendámonos: para que el síntoma conversivo cobre sentido, no basta con que el paciente lo nombre y hable de él a otro. Aún es preciso que la escucha que recibe este decir sea una escucha transferencial, esto es, la escucha de un terapeuta que desea entrar en la psique del paciente hasta el punto de encarnar en ella el exceso irreductible, de constituirse en ella como el núcleo del sufrimiento. Si lo consigue, es decir, si su deseo de analista está presente, identificado - con la causa del sufrimiento sufrimiento, entonces el psicoanalista será llevado a decir la interpretación o a hacerla surgir indirectamente en la palabra del analizando. Para que el analista sea llevado a decir la interpretación, habrá hecho falta, ante todo, que se identifique con el exceso inasimilable, esto es, que pase a ser la energía misma. Para encontrar la buena interpretación no hay ninguna necesidad de buscarla en los libros ni en el trabajo del pensamiento; surgirá de improviso si el analista supo colocarse antes en el centro del foco psíquico del exceso. Identifíquense con el núcleo del sufrimiento y la interpretación brotará: y, cuando aparezca, se ofrecerá como un sustituto de la

37

representación intolerable, radicalmente distinto de ese otro sustituto que era el síntoma de conversión.

Antes de la escucha, la representación inconciliable era dicha por el síntoma a través de la conversión, y esto hacía sufrir; con la escucha, la misma representación es dicha por la interpretación y esto disipa el sufrimiento. ¿Por qué? Porque el analista, al decir la representación inconciliable a través de la interpretación, logra que el exceso que pesaba sobre la representación se disemine entre la familia de representaciones que la escucha analítica encarna (yo simbólico). Al yo del histérico extenuado y enfermo por querer reprimir en vano, le inserto como psicoanalista mi deseo de ser el sufrimiento del síntoma: y, gracias a la interpretación, vuelvo conciliable la representación hasta entonces inconciliable. De este modo el síntoma se hará compatible con el resto del cuerpo, es decir, será llevado a desaparecer. Con mi escucha, o sea con mi inconsciente, acepto integrar lo que el yo histérico rechaza. Es suficiente este deseo del analista,

aun silencioso y tácito, para que la escucha vivifique al síntoma con un valor simbólico y, en consecuencia..., lo haga desaparecer. Sí, la escucha da un sentido y el sentido mata al síntoma, porque lo "ordinariza", lo trivializa y le hace ocupar un lugar entre otros acontecimientos en la constelación de acontecimientos de la vida psíquica del sujeto. Mientras no ha sido escuchado, el síntoma sigue siendo la espina que, por inasimilable, hace sufrir; pero fue preciso que la escucha lo tornara significativo para que el sufrimiento menguase y el síntoma se disolviera.

En resumen, es como si la escucha del psicoanalista funcionara como una familia de representaciones que da acogida a la representación inconciliable, hasta entonces reprimida por el yo histérico. El exceso de sobrecarga se reparte así entre los diferentes miembros de esa familia auxiliar que es el yo simbólico haciendo las veces de

38

escucha. La resolución del exceso de afecto se cumple, pues, gracias a la dispersión y disipación de la energía entre las representaciones de este conjunto que es el yo de la escucha. Por fin, liberada de la sobrecarga y homologada

con otras representaciones hermanas, la representación antaño inconciliable y ahora apaciguada podrá volver a integrarse en el yo que la había repelido. La escucha analítica obraría, pues, como relevo, a través del cual la representación inconciliable se torna conciliable; relevo entre un yo enfermo que reprime y un yo nuevo, antaño histérico, que en lo sucesivo acepta. Estructuralmente hablando, el conjunto de representaciones que reprime —llamado yo histérico—, el conjunto de representaciones que acoge —llamado yo simbólico, es decir, la escucha psicoanalítica— y el conjunto de representaciones de un yo nuevo que ahora acepta, constituyen, dentro del marco de la transferencia, tres conjuntos que se superponen. Estos conjuntos se fundan en una sola y misma estructura llamada lo inconsciente, un inconsciente que no pertenece ni a uno ni a otro de los partenaires analíticos.

NUESTRA LECTURA DE LA SEGUNDA TEORÍA DE FREUD: EL ORIGEN DE LA HISTERIA ES UN FANTASMA INCONSCIENTE

El interés del que estudia la histeria no tarda en apartarse de los síntomas para dirigirse a los fantasmas que los producen.

S.Freud

Antes de continuar, preguntémosnos lo siguiente: esta teoría que acabamos de exponer y que se basaba en nuestra lectura de las primeras formulaciones de Freud, ¿mantiene su actualidad? ¿Sigue siéndonos útil en el trabajo con nuestros

pacientes? Cuando un psicoanalista

39

se encuentra hoy ante un síntoma histérico de conversión un problema somático como los que suelen presentarse en el curso del análisis: crisis de urticaria, por ejemplo, o vértigos en el niño—, ¿piensa este psicoanalista en los términos que acabamos de emplear? Respondo, sin vacilar, por la afirmativa. A nuestro juicio, la teoría de la conversión, según la hemos interpretado, sigue siendo extremadamente actual. Más actual todavía si tenemos en cuenta la modificación que Freud le introdujo en 1900: el origen de la histeria es un fantasma inconsciente, no una representación. Y lo que se convierte es una angustia fantasmática, no una sobrecarga de la representación.

Freud considera que, para explicar la aparición de un síntoma de conversión, ya no es necesario descubrir un acontecimiento traumático real en la historia del paciente. La representación penosa no necesita surgir de una remota seducción sexual cometida por un adulto. Ahora basta pensar en nuestra infancia, imaginar el desarrollo de nuestro cuerpo pulsional, y comprender que cada experiencia vivida en nuestra niñez, en el nivel de las diferentes zonas erógenas —boca, ano, músculos, piel, ojos— tiene el exacto valor de un trauma. A lo largo de su maduración sexual, el yo infantil mismo, sin tener que padecer una experiencia traumática real desencadenada por un agente exterior, es el asiento natural de la eclosión espontánea y violenta de una tensión excesiva llamada deseo.

¿Pero dónde localizar entonces, en la evolución normal de nuestro cuerpo libidinal, esa eclosión espontánea de un trauma producido sin intervención exterior? Para Freud —y en el presente para nosotros— el vocablo trauma ya no se refiere esencialmente a la idea de un acontecimiento exterior, sino que designa un acontecimiento psíquico cargado de afecto, verdadero microtrauma local, centrado en torno a una región erógena del cuerpo y consistente en la ficción de una escena traumática que

40

el psicoanálisis llama fantasma. Que el fantasma sea un trauma no quiere decir, por supuesto, que todos los traumas sean fantasmas. En la vida cotidiana del niño pueden producirse choques traumáticos reales provocados por agentes exteriores; estos choques existen y son frecuente motivo de consulta en psicoanálisis de niños. En este caso, el afecto provocado por el trauma real es un sentimiento de pavor que, sin ser reprimido, quedará inscrito no obstante, de una u otra manera, en la vida fantasmática de la psique infantil. Digámoslo, pues, con claridad: es cierto que hay traumas que no son fantasmas, pero todos los traumas, sean reales o psíquicos, se inscriben necesariamente en la vida de los fantasmas.

Pero sigamos. ¿Por qué decir que los fantasmas equivalen a traumas? Porque en ese foco del fantasma que es el lugar erógeno, brota una sexualidad excesiva, no genital (autoerótica), sometida automáticamente a la presión de la represión. La sexualidad infantil nace siempre mal, pues es siempre exorbitante y extrema. Este fue el gran descubrimiento que hizo abandonar a Freud la teoría del trauma real como origen de la histeria. La sexualidad infantil es un foco inconsciente de sufrimiento, pues es siempre desmesurada en relación con los limitados recursos, físicos y psíquicos, del niño. El niño será siempre inevitablemente prematuro, no preparado en relación con la tensión que aflora en su cuerpo; y, a la inversa, esta tensión libidinal será siempre demasiado intensa para su yo. Origen de futuros síntomas, la sexualidad infantil es traumática y patógena porque es excesiva y desbordante. Según la primera teoría, el incidente traumático real de la histeria consistía en la acción perversa de un adulto sobre un niño pasivo; en el presente, la perspectiva ha dado un vuelco total: el propio cuerpo erógeno del niño produce el acontecimiento psíquico, pues es foco de una sexualidad rebosante, asiento del deseo. Un deseo que entraña la idea de que algún día podría realizarse en la

41

satisfacción de un goce ilimitado y absoluto. Lo insoportable para el sujeto es, justamente, esta posibilidad de un absoluto cumplimiento de deseo. Lo habíamos dicho en las primeras páginas: para el sujeto el goce es insoportable porque, si lo viviera, pondría en peligro la integridad de todo su ser. Es tan intenso el surgimiento de este exceso de sexualidad llamado deseo, con la eventualidad de su cumplimiento, llamado goce, que, para atemperarse, necesita la creación inconsciente de fabulaciones, escenas y fantasmas protectores.

Estas formaciones fantasmáticas producidas inconscientemente, es decir, ignorándolas el sujeto, son la respuesta psíquica obligada para contener el exceso de energía que el empuje del deseo implica. Una escena fantasmática tan "verdadera" como la antigua escena traumática ocurrida en la realidad, dará entonces forma y figura dramáticas a la tensión deseante. Esta tensión, una vez fantasmática, es decir, atemperada por el fantasma, sigue siendo una tensión igualmente insoportable, pero ahora está integrada en la escena del fantasma y a ella se circunscribe. Ahora la llamamos angustia fantasmática. La angustia es el nombre que adoptan el deseo y el goce una vez inscritos en el marco del fantasma.

Sin embargo, se entienda el exceso de energía como una demasía de afecto resultante de un choque traumático (primera teoría), o como una angustia fantasmática respondiendo al despertar espontáneo y prematuro de la sexualidad infantil (nueva teoría del fantasma), invariablemente seguimos sosteniendo la tesis de que la causa principal de la histeria reside en la actividad inconsciente de una representación sobreinvertida. Con la salvedad de que el contenido de esta representación ya no se reduce a la imagen delimitada de una parte del cuerpo (primera teoría), sino que se despliega respondiendo a un libreto dramático

llamado fantasma. Este fantasma se desarrolla en una breve secuencia escénica que comprende

42

siempre los elementos siguientes: una acción principal, protagonista, y una zona corporal excesivamente investida, fuente de angustia. En esta nueva teoría, el fantasma así construido es tan inconsciente y está tan sometido a la represión como la representación intolerable de la primera teoría; y también es portador de un exceso insoportable de afecto, exceso que ahora denominamos angustia. Angustia que, al desbaratar la acción de la represión, hallará su expresión final en un trastorno del cuerpo. De ahora en adelante, de acuerdo con esta segunda teoría freudiana que sitúa al fantasma en el origen de la histeria, el psicoanalista ya no deberá buscar detrás del síntoma un acontecimiento traumático fechable y real, sino el "traumatismo" de un fantasma angustiante.

43

LA VIDA SEXUAL DEL HISTÉRICO

LA VIDA SEXUAL DEL HISTÉRICO ES UNA PARADOJA, Y ESTA PARADOJA ES LA EXPRESIÓN DOLOROSA DE UN FANTASMA INCONSCIENTE

El deseo y el asco son las dos columnas del templo del Vivir.
P. Valéry

Pero, ¿cuál es ese fantasma inconsciente, origen de la histeria? ¿Quiénes son sus actores, cómo actúan y de qué naturaleza es la angustia que los anima? Vamos a responder pero, antes, prefiero comenzar por tratar este fantasma según los efectos clínicos que produce en la vida sexual de los pacientes histéricos. El desajuste de la sexualidad histérica se explica como la manifestación más directa o, para decirlo con más precisión, como la conversión somática más inmediata de la angustia que domina en el fantasma originario de la histeria. Veremos más adelante cuál es este fantasma y de qué angustia se trata, pero observemos ya que el mecanismo de conversión, que transforma a la angustia de este fantasma inconsciente en un desorden general de la sexualidad, tiene un alcance más global que la estricta conversión que

45

transformaba la sobrecarga en un síntoma somático peculiar. Existirían entonces dos clases diferentes de conversión que, lejos de oponerse, se complementan: una conversión global que transforma la angustia en un estado general del cuerpo, y una conversión local que transforma la angustia en un trastorno somático limitado a una parte definida del cuerpo. Pensamos que la idea de una conversión global —que por lo tanto ya no se limitará a una parte del cuerpo sino que lo involucraría globalmente— permite explicar mejor la sexualidad histérica. Creemos que a partir del momento en que reflexionamos en términos de fantasma inconsciente y no ya en términos de representación (imagen de una parte corporal), en términos de angustia y no ya en los de exceso de energía, la teoría freudiana de la conversión, así reestructurada, resulta más fecunda que nunca como explicación del sufrimiento sexual de la histeria. Podemos afirmar que la angustia del fantasma se transforma en una perturbación de la vida sexual del histérico, en un estado de sufrimiento causado por una erotización general del cuerpo, erotización que se acompaña, paradójicamente, de una inhibición concentrada en el nivel de la zona genital. Así pues, la conversión global de la angustia del fantasma da lugar a un sorprendente contraste: un cuerpo

globalmente erotizado coexiste dolorosamente con una zona genital anestesiada.

Pero, ¿de qué naturaleza es esta angustia que acompaña al salto de un fantasma psíquico situado en lo inconsciente a la erotización global del cuerpo y a la inhibición genital? Por otra parte, ¿de qué fantasma se trata? Dejemos la respuesta en suspenso un momento más, y describamos la singular y dolorosa paradoja de la sexualidad histérica.

46

LA PARADOJA DE LA VIDA SEXUAL DEL HISTÉRICO

Aclaremos primero que la inhibición genital a que nos referimos se traduce en la vida sexual del histérico no, como podríamos pensar, por una indiferencia hacia la sexualidad, sino casi siempre por una aversión, verdadera repugnancia hacia todo contacto carnal. La inhibición sexual histérica no significa apartamiento, sino movimiento activo de repulsión. Una repulsión tan característica que Freud llegó incluso a formular lo siguiente: "No vacilo en considerar histérica a toda persona a quien produce asco cualquier ocasión de excitación sexual, manifieste o no esta persona síntomas somáticos."³ Y, en otro texto, añadirá: "El contradictorio enigma que plantea la histeria (...) (es) la pareja de opuestos formada por una necesidad sexual excesiva y una repulsa exagerada de la sexualidad"⁴ De modo, pues, que a la hipererotización global del cuerpo no genital se le opone una profunda aversión por el coito genital. La impotencia, la eyaculación precoz, el vaginismo o la frigidez son todos ellos trastornos característicos de la vida sexual del histérico que expresan, en una forma u otra, esa angustia inconsciente del hombre a penetrar en el cuerpo de la mujer, y esa angustia inconsciente de la mujer a dejarse penetrar. La paradoja del histérico respecto de la sexualidad se caracteriza, pues, por una contradicción: por un lado, hay hombres y mujeres excesivamente preocupados por la sexualidad y que intentan erotizar cualquier relación social; por el otro, ellos sufren —sin saber por qué sufren— de tener que pasar la prueba del encuentro genital con el otro sexo. Pienso por ejemplo en esa clase de hombres que se cuestionan sobre el tamaño y los atributos de su pene, o incluso sobre su guapura muscular, y que

47

correlativamente manifiestan un frágil interés por las mujeres; para ser más exactos, una frágil pulsión de penetrar el cuerpo de la mujer. Son hombres narcisistas, exhibicionistas, a veces muy seductores, y con un grado variable de homosexualidad y masturbación.

³ S. Freud, *Cinq psychanalyses*, P.U.F., 1981, pág. 18.

⁴ S. Freud, *Trois Essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, 1987, pág. 60.

LA MUJER HISTÉRICA Y EL GOCE DE LO ABIERTO

Si pensamos ahora en las mujeres histéricas, la paradoja resulta mucho más complicada y oscura. En efecto, la multiplicidad de aventuras amorosas de ciertas mujeres contrasta con el sufrimiento de que dan fe variados tipos de inhibición durante el acto sexual (frigidez, vaginismo, etc.). Ahora bien, entre estas inhibiciones figura una, esencial y secreta, que alcanza a la histérica en lo más profundo de su ser de mujer. Mientras vive una relación carnal aparentemente dichosa con un hombre, la mujer histérica puede rehusar abrirse —casi sin saberlo, pero resueltamente— a la presencia sexual del cuerpo del otro. La lección que obtiene el psicoanalista de esta negativa de la mujer histérica podría enunciarse así: la histérica se ofrece, pero no se entrega; puede tener relaciones sexuales orgásmicas (orgasmo clitorídeo o vaginal) sin por ello comprometer su ser de mujer. En el momento del acto, cuando se enfrenta a la amenaza de perder su virginidad fundamental, se repliega en el umbral del goce del orgasmo, preservándose así de experimentar un goce radicalmente distinto, enigmático y peligroso, que llamaremos goce de lo abierto.⁵ La histérica puede ofrecerse al orgasmo, pero no se entrega por ello al goce de lo abierto.

48

La histérica no se entrega, de acuerdo; pero subsiste un interrogante: ¿es posible, histérico o no, entregarse verdaderamente a ese goce infinito? ¿Es concebible gozar de lo abierto? Aparte de los místicos y de sus experiencias de éxtasis, quizá todos nosotros seamos, igual que los histéricos, seres para quienes la relación sexual es finalmente una relación imposible. Esto es lo que Lacan se esforzó en mostrarnos a través de toda su obra. Pero entonces, ¿qué cosa singularizaría a la histérica sino la intensidad y pasión que pone para tropezar, hiriéndose, con el límite de una imposible relación sexual?

Al rehusar entregarse, la histérica se ve inevitablemente arrastrada a la pendiente de la insatisfacción. Se trate del hombre que se niega abiertamente a penetrar a la mujer, o de la mujer que, aceptando la penetración, se niega a perder su virginidad fundamental, los dos vivirán sin escapatoria un estado permanente y latente de insatisfacción. Una insatisfacción que no se acantona en el mero registro sexual sino que se extiende al conjunto de la vida; a veces, con enorme dolor, a través de episodios depresivos y hasta de tentativas de suicidio. Sin embargo, a pesar de este dolor, el histérico se empeña asombrosamente en su insatisfacción. Tanto se empeña que hace de ella su deseo: deseo de insatisfacción; deseo con el cual Lacan marcó para siempre lo propio de la histeria. El histérico desea estar insatisfecho porque la insatisfacción le garantiza la inviolabilidad fundamental de su ser. Cuanto más insatisfecho está, mejor

⁵ El concepto de apertura fue ampliamente desarrollado por X. Audouard, *La Non-Psychanalyse ou l'ouverture*, L'Étincelle, 1984.

protegido queda contra la amenaza de un goce que él percibe como riesgo de desintegración y locura.

LOS FANTASMAS HISTÉRICOS

EL FANTASMA INCONSCIENTE QUE ORIGINA LA HISTERIA ES UN FANTASMA VISUAL: LA AMENAZA DE CASTRACIÓN ENTRA POR LOS OJOS EL CASO DEL NIÑO VARÓN

¿Pero cómo explicar esta paradoja de la vida sexual del histérico: erotización excesiva y dolorosa del cuerpo no genital e inhibición de la zona genital, así como la insatisfacción resultante? Ya hemos indicado que el origen de esta escisión de la sexualidad histérica residía en un fantasma inconsciente. Ahora debemos explicarnos sobre el contenido del fantasma. Nos habíamos preguntado: ¿quiénes son los actores del fantasma originario de la histeria, cómo actúan y, sobre todo, de qué naturaleza es la angustia que los atraviesa? Respondamos inmediatamente: el fantasma que da base a la neurosis histérica, es decir, el fantasma fundador de la histeria —que todo psicoanalista podrá descubrir en el trabajo con un paciente histérico, cualquiera sea la variante con que este fantasma se presente—, se resume en la instantánea de la escena siguiente:

51

Un niño (más adelante nos referiremos al caso de la niña) se sobrecoge de horror al ver la imagen del cuerpo sin ropas de una mujer; para ser más exactos, del cuerpo desnudo, "castrado", de la madre. De la madre, o de cualquier otra mujer con la que exista un lazo de amor. La visión del cuerpo femenino, percibido como un cuerpo privado de pene, provoca angustia porque el niño piensa que él mismo puede ser víctima de una castración igual. Bastó que viese a su madre desnuda, percibiéndola castrada, para que de inmediato le asaltase el temor de padecer el mismo destino.

Recordemos simplemente que la interdicción del incesto proferida por la voz del padre es complementaria de esta otra interdicción, silenciosa y visual, impuesta por la desnudez del cuerpo materno. Con toda seguridad, las dos amenazas, una que entra por los ojos, la del cuerpo materno, y otra que entra por los oídos, la de la voz paterna, convergen para desencadenar la angustia de castración.

LA ANGUSTIA FANTASMÁTICA DESTINADA A CONVERTIRSEES UNA ANGUSTIA INTOLERABLE, LLAMADA «ANGUSTIA DE CASTRACIÓN»

La vida psíquica del histérico se organiza, pues, alrededor de este fantasma visual cuyo argumento sigue el trazado de una línea que parte de los ojos del

chiquillo, toca enseguida el agujero sexual del otro castrado y retorna finalmente al falo del propio niño. La mirada del niño es placer y horror a la vez: placer para el sujeto de revelar la falta en la madre (curiosidad visual), y también horror de deducir que si la falta ha afectado a la madre, también él puede ser castrado. Este horror, que es el afecto dominante del fantasma histérico del varón, se

52

denomina en psicoanálisis "angustia de castración". Angustia que, para ser rigurosos, deberíamos llamar "angustia frente a la amenaza de castración", pues remite no al dolor de sufrir la castración, sino al temor de percibir la amenaza de sufrirla. Angustia de castración quiere decir temor ante la amenaza de castración visualmente percibida, y no miedo de ser realmente castrado. En el libreto fantasmático de la histeria, el único personaje verdaderamente castrado es la figura de la madre; la castración es siempre la castración del Otro.

LA ANGUSTIA DE CASTRACIÓN ES INCONSCIENTE

Agreguemos una observación referida a la naturaleza inconsciente de la angustia de castración. Cuando el psicoanalista utiliza la expresión "angustia de castración", esta angustia no tiene que ser confundida con la que vemos aparecer en los niños, por ejemplo, en forma de miedos diversos (pesadillas, terrores nocturnos, etc.). Estas perturbaciones, caracterizadas por una angustia que el niño vive y siente en forma de miedo, no son sino las manifestaciones clínicas de una lucha invisible que el yo libra contra la angustia inconsciente de castración, inherente al fantasma. Así pues, la angustia vivida y consciente, llamada "miedo", es la expresión de la defensa del yo (represión) contra esa otra angustia no vivida, fantasmática e inconsciente, que denominamos angustia de castración. Por supuesto, y he aquí la tesis freudiana que sostenemos a lo largo de este libro, la angustia inconsciente de castración es la fuente no sólo de estos miedos fóbicos, sino de las manifestaciones neuróticas en su conjunto.

Efectuemos una precisión terminológica. Ha llegado el momento de reunir diversas expresiones que habíamos empleado para designar la cosa inconsciente, reprimida

53

e intolerable que el yo histérico es llamado a convertir. Aquí la denominábamos "angustia inconsciente de castración". Pero recordemos que inicialmente, al estudiar la teoría del trauma, dimos en designar la cosa inconsciente con el término de "sobrecarga de la representación intolerable". Lo que hay que retener es lo siguiente: la cosa inconsciente que se convierte es, desde el punto de vista de la teoría del trauma, la sobrecarga energética; y, desde el punto de vista de la teoría

del fantasma, la angustia de castración. Agreguemos una precisión más a fin de establecer claramente la diferencia entre la intolerable angustia de castración y el intolerable goce. Una cosa es el miedo y la repulsa de un goce ilimitado que amenaza la integridad de todo el ser; y otra la angustia ante la amenaza de una castración dirigida a una parte limitada del cuerpo: el falo. O bien tengo miedo de perder mi ser al cumplir mi deseo incestuoso, o bien me angustio frente a la idea de arriesgar mi falo.

EL FANTASMA DE LA HISTERIA ES UN «CONGELAMIENTO DE IMAGEN" EN UN MOMENTO DE LA EVOLUCIÓN LIBIDINAL DEL NIÑO: LA FASE FÁLICA

Según Freud, la escena del fantasma visual de la histeria que acabamos de describir correspondería en todos sus detalles a una escena ficticia. A una escena que habría sido vivida por un niño de cinco años en la fase así llamada fálica de su evolución libidinal. El histérico sería, pues, aquel niño que, no habiendo podido remontar psíquicamente esta fase, quedaría coagulado en ella. Si la llamamos fase fálica es porque la parte sexual que le falta a la madre en la imagen de su cuerpo desnudo no es, a los ojos del niño, el pene, sino el ídolo del pene, la ficción de un pene potente cargado de una extrema tensión libidinal, un "semblante" del pene que el psicoanálisis conceptualiza

54

con el vocablo falo. Precisamente, cuando el varón descubre, angustiado, que su madre está desprovista de falo, su universo —antao exclusivamente habitado por seres portadores de falo (todos, incluido el propio niño)— se escinde a partir de ahora en dos clases de seres: los que son portadores de un falo y los que están desprovistos de él; y esto, independientemente de su sexo anatómico. En la fase fálica, la diferencia entre el sexo masculino y el sexo femenino no está adquirida; el universo infantil sigue repartido entre seres provistos y seres desprovistos de falo o, simplemente, entre seres potentes y seres impotentes, sanos y enfermos, lindos y feos, y no entre hombres que tienen un pene y mujeres que tienen una vagina. Es decir que el niño sumergido en este universo no sabe si es un varón o una niña. Exactamente de esta incertidumbre sexual sufre el histérico.

Señalemos que la intensidad libidinal centrada en las regiones peniana y clitorídea, así como la necesidad de tranquilizarse en cuanto a la permanencia e integridad de su órgano sexual, explican en el niño de la fase fálica y posteriormente en el histérico la propensión a una actividad masturbatoria frecuente y compulsiva.

EL FANTASMA VISUAL DE CASTRACIÓN ORIGEN INCONSCIENTE DE LA HISTERIA

EL CASO DE LA NIÑA

Oigo ahora a una lectora que me pregunta: "De acuerdo, entiendo que el varón se angustie ante el peligro que representa la imagen de una madre castrada, pero, ¿qué sucede con la niña, con esa niña que yo misma he sido?". Vamos a responder, proponiendo nuestra propia concepción del fantasma femenino de castración. Pero antes, recordemos claramente la posición freudiana clásica. Según Freud, el afecto que domina en el fantasma femenino

55

de castración como origen de la histeria, no es la angustia, como en el caso del varón, sino el odio y el resentimiento hacia la madre. La mujer no podría tener angustia de castración en el verdadero sentido del término, pues ya está castrada; no hay para ella ningún peligro de castración. Sin embargo, existe cabalmente un fantasma femenino de castración en el cual la castración no es una amenaza sino un hecho ya consumado. En su fantasma, la niña no tiene la idea del pene sino de un falo que le han robado, y tampoco tiene la idea de la vagina como cavidad positiva sino de la falta de un falo que hubiese debido estar ahí.

Como lo hicimos respecto del niño varón, recuadremos la instantánea de la escena fantasmática, versión femenina:

Una niña descubre visualmente, ella también, el cuerpo desnudo de su madre y se dice: "¡Vaya!... ¡estoy castrada como ella!". No olvidemos que, con anterioridad a este instante de descubrimiento, la niña había visto el pene de un chiquillo y vivía creyendo que todos los humanos poseen esa cosa potente que se llama falo. Sorprendida ante el cuerpo castrado de su madre y confirmándose así su propia castración, se ve asaltada por la incontenible apetencia de tener ese falo que le falta, o de ver un día que su pequeño falo clitorídeo ha crecido. Dominada por esta apetencia, irrumpe en ella de inmediato un odio reivindicativo respecto de su madre, esa madre a la que considera responsable de haberla hecho mujer y de no haber sabido protegerla garantizándole la permanencia de una fuerza fálica.⁶

56

La secuencia escénica que acabamos de describir recoge a grandes rasgos la tesis freudiana clásica del fantasma femenino de castración. Ahora bien, en realidad deberíamos calificar a este fantasma con más precisión y decir: fantasma femenino de confirmación de una castración ya consumada. Respecto del varón, en cambio, enunciábamos: fantasma masculino de una amenaza de castración temida y venidera. Para completar nuestra descripción, deberíamos añadir que la

⁶ Una formulación más pormenorizada del fantasma femenino de castración puede encontrarse en J. -D. Nasio, Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse, Rivages, 1988, págs. 23-51.

hostilidad de la niña respecto de su madre castrada reactualiza un sentimiento de odio más antiguo: el rencor que acompañó a la separación dolorosa del destete.

Ahora bien, nuestra práctica con pacientes histéricos nos autoriza a introducir una modificación en el planteamiento freudiano. En efecto, la frecuente corroboración clínica de la paradoja de la sexualidad histérica, y en particular de esa variante singular de la inhibición sexual constituida por el renunciamiento al goce de la penetración, nos llevó a teorizar de otra manera el fantasma femenino de castración como origen de la histeria. En este punto coincidiremos parcialmente con las ideas que formulara Ernest Jones.⁷ Con anterioridad al descubrimiento de la madre castrada, cuando la niña atribuye a todos los seres un falo universal, experimenta ya unas confusas sensaciones en el bajo vientre y en la vagina, con la misma mezcla de impresiones físicas, narcisismo y ensoñaciones que despierta el pene en el niño varón. Mientras que para Freud, en cierto momento de la evolución de la niña el falo podría localizarse esencialmente en el clítoris, nosotros ampliamos su localización a los demás órganos genitales femeninos, y en particular al útero. La chiquilla investiría su clítoris y sus órganos sexuales internos como el niño inviste su órgano peniano,

57

es decir, con la misma potencia fálica y con el mismo temor de sentirlos amenazados.⁸ Por lo tanto, así como el varoncito considera su pene como un falo que no habrá que perder jamás, la niña toma sus órganos genitales por un falo que habrá que preservar de cualquier ataque. En efecto, la visión de la madre desnuda e impotente despertaría en la pequeña la inquietud de un peligro que amenazaría la integridad de sus órganos genitales, y en particular de su útero. El cuerpo materno se ofrece a los ojos de la chiquilla como un cuerpo inmenso, monstruoso y soberbio, todo el falo inquietante. No negamos que la niña experimenta rencor y decepción con respecto a su madre, pero queremos reconocer y hacer existir también la angustia provocada por ese falo desmesurado e invasor que es el cuerpo de la madre-falo. Madre-falo y no "madre fálica", pues no se trata de una madre poseedora de un falo sino de una madre enteramente homologada, identificada con el falo insuperable.*

He aquí nuestra propuesta. Creemos que la angustia primera suscitada por el peligro de una madre-falo es la fuente inconsciente de la angustia que puede experimentar una mujer histérica ante la penetración sexual, captada ésta como riesgo de desgarradura y de estallido de su vagina, su útero y, más allá, todo su

⁷ Théorie et pratique de la psychanalyse, Payot, 1969, págs. 399-405, 410, 426-427, 443, 446-448, 450-451.

⁸ Ciertamente, la niña investiría sus órganos internos de la misma manera en que el niño inviste su órgano peniano externo. Pero subsiste una interesante cuestión, saber qué diferencia hay entre uno y otro en la manera de percibir, y por consiguiente de investir, sus propios órganos. Como si la niña poseyera una percepción más aguda de sus sensaciones internas (percepción propioceptiva) que el varón; y tal vez, a la inversa, como si el varón fuera más sensible que la niña en la percepción de las formas exteriores.

* Debo mencionar aquí, aunque no me extenderé sobre ello, la existencia de otra categoría de angustia femenina que, según Freud, focaliza el conjunto de las angustias de una mujer: la angustia de perder el objeto de amor.

ser. En su fantasma, el pene del hombre representaría, para la mujer histérica, el equivalente inconsciente del cuerpo desmesurado y peligroso de la madre.

58

¿QUE ES LA CONVERSIÓN HISTÉRICA? UN FENÓMENO DE FALIZACION DEL CUERPO NO GENITAL Y DE DESAFECCIÓN DEL CUERPO GENITAL

Volvamos a lo principal de nuestro desarrollo. Se trate de la versión femenina del fantasma de castración o de la masculina, el histérico queda petrificado en este fantasma. Presa de la angustia de perder lo que tiene por lo esencial de sí mismo, su falo, se sume en la confusión de no saber si es hombre o mujer. En una palabra, el universo fálico constituye el mundo angustiante en el que el sujeto histérico se debate constantemente. Cuanto más indeterminado está en su identidad sexual, más le importará su falo y más se acrecentará su angustia hasta transformarse en síntomas y sufrimiento.

Nos habíamos preguntado de qué modo explicar la paradoja de la vida sexual del histérico, así como la insatisfacción resultante. Ahora podemos dar una respuesta: esta obsesión permanente de los peligros fantasmático que acechan la integridad de su falo y, más allá, la integridad de todo su ser, es una angustia intolerable, inconscientemente intolerable, que es preciso quitarse de encima. Ahora bien, precisamente, el histérico es histérico por la manera que tiene de quitarse de encima su angustia. ¿Cómo se las arregla? ¿Qué mecanismo intentará el histérico para resolver su angustia?

Conocemos ya una primera respuesta formulada en los términos de la teoría del trauma, pues hemos estudiado la conversión como un fracaso de la represión provocado por el desplazamiento de la sobrecarga de la representación inconciliable hacia las otras representaciones. Explicábamos que, como el yo es incapaz de desprenderse de la sobrecarga abriéndola a un flujo liberador, entonces la desplaza, es decir, la convierte. ¿De qué manera? La sobrecarga sigue siendo excesiva, pero

59

cambia de estado: cesa de investir la representación inconciliable (estado primero) para investir una parte del cuerpo (estado segundo) y producir así un síntoma somático de conversión. Ahora bien, la teoría del origen fantasmático de la histeria que acabamos de exponer, así como el concepto de falo y el de angustia de castración, nos invitan a pensar de otra manera el mecanismo de conversión, y no con la teoría del trauma. Tenemos una razón extra para concebir diferentemente la conversión, y es la necesidad de explicar no sólo la formación

de un síntoma, sino también el sufrimiento general del cuerpo en el histérico y, más concretamente, la paradoja de su vida sexual con la insatisfacción resultante. Está claro que las dos concepciones posibles del mecanismo de la conversión local y global, lejos de oponerse, convergen estrechamente para dar cuenta de la clínica de la histeria.

Hagamos un alto y examinemos la otra forma de concebir el mecanismo conversivo. Sabemos que la conversión de la angustia de castración da lugar a un doble efecto clínico: una excitación que afecta al conjunto del cuerpo de manera global, y una inhibición que afecta estrictamente a la región genital. ¿Cuál es el motor de esta transformación conversiva? Para responder, volvamos por un momento a la dinámica interna del fantasma inconsciente de castración. ¿Qué observamos? Observamos que el cuerpo entero, quiero decir toda la tensión libidinal del cuerpo fantasmático, se concentra en un solo lugar que el vocabulario de la anatomía médica denominaría "región genital", pero que, en el fantasma, se llama falo. Ciertamente, no debemos olvidar que los ojos, zona erógena también marcadamente investida, acumulan a su vez tensión. En efecto, el niño del fantasma siente con los ojos el placer y el horror de percibir la castración de la madre. Pero los ojos no son sino un afluente que canaliza la libido hacia ese núcleo central que es el falo. Toda la energía está, pues, ahí, en el falo. Toda la energía se

60

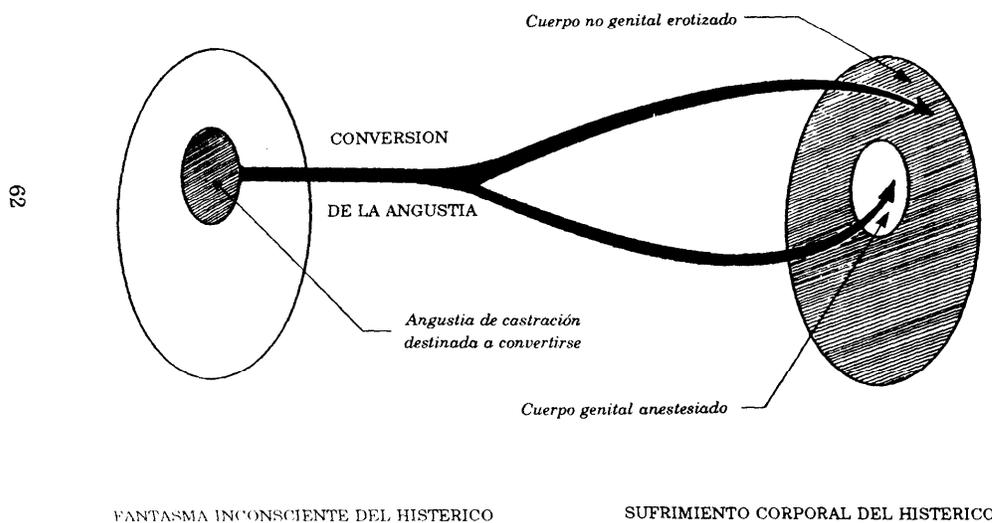
concentra en este foco bullente de sensaciones confusas, excitaciones punzantes y afectos excesivos, foco desde el que irradian todas las fuerzas y en el que se ocultan todas las debilidades llamadas angustia. Pero entonces, ¿cómo hallará una salida este exceso de energía inasimilable, toda esta libido fálica mezcla de amor y de angustia, sometida a la presión tenaz de la represión? ¿Cómo podrá el yo desembarazarse de ella si no desviándola del núcleo fálico, como se desvía el curso de un río?

El fenómeno de conversión puede ser comparado, en efecto, con un movimiento de vasos comunicantes: la libido fálica contenida en un vaso —que sería el fantasma inconsciente de castración— fluye hacia otro vaso representado por el cuerpo real sufriente del histérico. Acumulada hasta entonces en el nivel del falo fantasmático, la libido abandona su fuente central y va falizando progresivamente el cuerpo real; es decir que se expande por todas las partes del cuerpo, con una excepción puntual: la zona genital. Mientras que en lo inconsciente el cuerpo se condensa reduciéndose a ser nada más que falo, ahora, en la realidad, todo el cuerpo real del histérico es invadido por el fenómeno de falización. El cuerpo real pasa a ser un cuerpo que sufre de ser un inmenso falo. El mecanismo de conversión se ha hecho comprensible: se trata de un fenómeno de falización del cuerpo no genital y, simultáneamente, de desafección del cuerpo genital. Así pues, el cuerpo del histérico sufre de ser un falo desmesurado y

embarazoso en el que se abre, en el nivel de la región genital, un agujero (véase el esquema siguiente).

61

1: Esquema del mecanismo de conversión histérica que transforma la angustia de castración en sufrimiento corporal.



62

¿QUE ES LO QUE SE CONVIERTE EN LA CONVERSIÓN HISTÉRICA? LA ANGUSTIA DE CASTRACIÓN SE CONVIERTE POR UN LADO EN UN EXCESO DE EROTIZACIÓN DEL CUERPO NO GENITAL Y, POR EL OTRO, PARADÓJICAMENTE, EN UNA INHIBICIÓN DE LA SEXUALIDAD GENITAL

Ahora se comprende mejor por qué, en su posición histérica, los dos sexos tienen las máximas razones para negar cualquier idea de relación sexual, para anestesiarse sus órganos genitales y, opuestamente, falicizar globalmente, su cuerpo. La zona genital pasa a ser entonces un lugar vaciado y desafectado, mientras que el cuerpo no genital se excita y se yergue cual falo potente, lugar de veneración narcisista, objeto de todas las seducciones, pero también sede de múltiples sufrimientos. El cuerpo no genital se convierte en ese falo que el histérico pasa a

ser: él es falo. Está claro que para un histérico tener el falo es, en realidad, serlo. Pero, ¿qué falo es el histérico? Precisamente, aquel que le faltaba a la madre, al Otro castrado en el fantasma de castración. Comprendemos ahora de dónde viene el sufrimiento vivido por el histérico. El sujeto sufre por haber pasado a constituir ese falo del que el Otro está castrado. El es lo que el Otro no tiene; y esto duele. Pues ese narcisismo en demasía, ese falicismo difundido por el cuerpo, constituye un exceso tan grande que, aun cuando procura al sujeto el sentimiento de existir, le costará el dolor de ser constante presa de requerimientos por parte del estímulo más anodino del mundo exterior. Un ligero murmullo, el mero roce de una tela, la menor inflexión de una voz o una simple mirada, son captados por el histérico-falo como estimulaciones sexuales que se renuevan incesantemente. A la manera de un sexo que se extenua queriendo responder a las excitaciones pero que nunca se descarga, el histérico permanece en la anarquía libidinal: él es un cuerpo-falo que sufre de un narcisismo en demasía y de una nada de

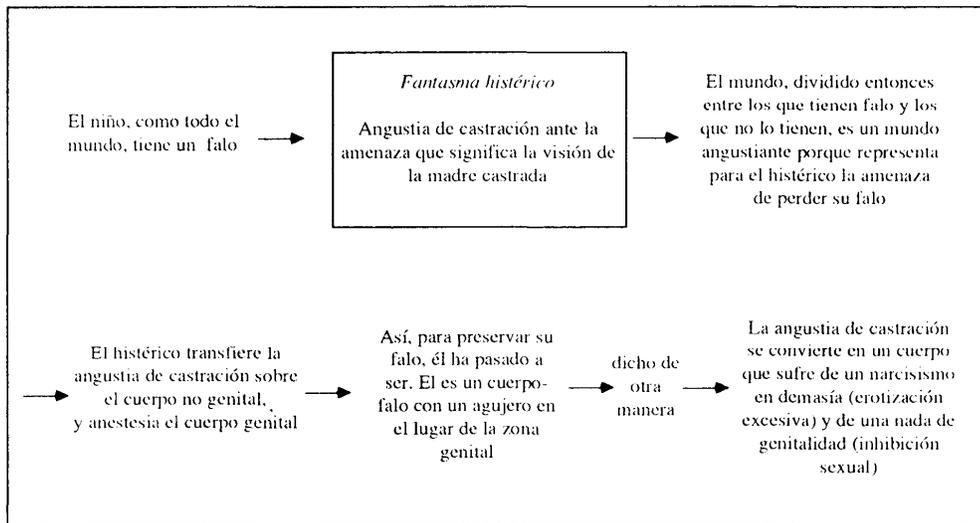
63

genitalidad. Vive su sexualidad en todas las partes de su cuerpo, menos donde tendría que vivirla. El histérico renuncia al goce de la penetración e ignora la sexualidad genital. Penetrar a la mujer para un hombre histérico, o para una mujer ser penetrada, significa inconscientemente poner en peligro esa parte fantasmáticamente sobreinvertida, el falo; el cual, de ser alcanzado, acarrearía la desintegración total del cuerpo. Un hombre histérico sorprendido por su impotencia en el momento en que esta a punto de penetrar a la mujer deseada, reactualiza sin saberlo su fantasma inconsciente de niño angustiado ante la visión del cuerpo castrado de la madre, que él percibe como un cuerpo deseante y por lo tanto peligroso. La angustia de castración se convierte aquí en inhibición sexual, seguida de la insatisfacción que naturalmente resulta; insatisfacción —lo repetimos— que lo protege y en la que él se empeña.

Resumamos en un esquema el movimiento que va del fantasma visual de castración a la conversión histérica.

64

Movimiento que va del fantasma visual de castración a la conversión histérica



EL ÚTERO EN LA HISTERIA: UN FANTASMA FUNDAMENTAL

En las mujeres, lo que llaman matriz o útero es un animal dentro de ellas que tiene un apetito de hacer niños; y cuando permanece un tiempo largo sin fruto, este animal se impacienta y tolera mal ese estado; vaga por todas las partes del cuerpo, obstruye los pasajes del aliento, impide la respiración, sume en angustias extremas y provoca otras enfermedades de toda clase. Platón, Timeo

Nuestra práctica nos muestra que el fantasma de castración que da base a la histeria siempre va acompañado de otro fantasma en el horizonte del universo histérico, un fantasma tan importante que lo llamamos fantasma fundamental. ¿Cuál es su contenido? La escena es muy simple y se resume en lo siguiente: 'un hombre y una mujer con sus cuerpos enlazados conciben un hijo sin ninguna penetración genital. El histérico sería no solamente, artesano y actor de este sueño, desempeñando tanto el papel de la Virgen Inmaculada como el del Padre todopoderoso, sino que sería también, y sobre todo, el lugar contenedor de este encuentro procreador y divino. Sea que encarne el lecho, la casa o el suelo de la tierra que alberga a los dos cuerpos místicos, sea el lugar matricial que alberga a la pareja germinal, el histérico hace de sí el

67

lugar protector de su unión sublime. He aquí el fantasma fundamental que atraviesa como un hilo rojo toda su existencia.

Resulta de este fantasma una identificación primordial: encarnar el útero, órgano matricial en hueco que contiene el encuentro real en el que se genera la vida. Todo se presenta como si el histérico se identificara con el útero según los dos estados que adopta este órgano en sus sueños. En el fantasma de castración, es el órgano amenazado de mutilación al producirse la penetración sexual; y en el fantasma fundamental, es el receptáculo ideal que da cobijo al encuentro feliz y divino de un hombre y una mujer sin sexo. El histérico se identifica, por lo tanto, con dos clases de útero-falo. O bien es el útero como órgano interno que habrá que preservar y no exponer nunca; o bien es el útero asimilado al cuerpo del propio histérico, receptáculo que encierra dos cuerpos enlazados, los de un hombre y una mujer sin sexo. Para comprender estas identificaciones cruzadas del histérico, útero contenido en un cuerpo y a la vez útero que contiene a dos cuerpos, nuestro pensamiento se ve obligado a efectuar una torsión.

Identificaciones cruzadas entre un adentro y un afuera que despiertan en nosotros otra intuición, muy distinta de la intuición habitual: la intuición topológica.⁹

Se suele decir, y con razón, que los histéricos son seres bisexuales. En un universo en el que no existe la oposición de sexos y donde la mujer se confunde con el hombre, ambos resbalan fácilmente del papel masculino al papel femenino y viceversa. Ahora bien, deberíamos ir más allá y afirmar que no son bisexuales sino otra cosa; hallándose fuera del sexo, son extrasexuales. No sólo ignoran la diferencia de sexos sino que encarnan el límite, el marco

68

neutro y exterior contenedor de una unión sexual procreadora y sin penetración.

Una observación más. Así reconozcamos al histérico como bisexual o como extrasexual, subsiste un hecho de fondo: el histérico ignora si es un hombre o una mujer. El histérico es histérico porque no ha logrado tomar para sí el sexo de su cuerpo. En este sentido no seguiremos a los autores que, después de Charcot, afirmaron la existencia de una supuesta histeria masculina diferente de la histeria femenina. No podemos confirmar sus asertos por la sencilla razón de que el problema de la histeria reside precisamente en la imposibilidad de asumir psíquicamente un sexo definido. La expresión "histeria masculina" es en sí misma una contradicción en los términos, pues el sustantivo histeria significa incertidumbre sexual (ni hombre ni mujer), mientras que el adjetivo masculina, en cambio, decide y elige allí donde la elección muestra ser imposible

69

⁹ El lector deseoso de profundizar en la relación topológica entre el adentro y el afuera, puede consultar J. -D. Nasio, *Les Yeux de Laure. Le concept d'objet a dans la théorie de J. Latan*, Aubier. 1987, págs. 197-202.

DIFERENCIA ENTRE LOS FANTASMAS HISTÉRICO, OBSESIVO Y FÓBICO

LA ANGUSTIA DE CASTRACIÓN COMO CENTRO DEL FANTASMA DE LA HISTERIA ES TAMBIÉN EL CENTRO DE LOS FANTASMAS OBSESIVO Y FÓBICO

Para precisar mejor nuestro desarrollo sobre la histeria debemos hacer una digresión. Así como reconocimos un fantasma originario de castración en la histeria, igualmente podemos despejar un fantasma inconsciente fundador de la neurosis obsesiva y otro fundador de la neurosis fóbica. En verdad, estos últimos fantasmas no son otra cosa que dos versiones derivadas del fantasma histérico, que está en la base de todas las neurosis. Los libretos del fantasma obsesivo y de fantasma histérico se despliegan, cada cual a su manera, recorriendo el mismo drama de la prueba de castración, pero sobre todo bajo la misma tensión de angustia que en el fantasma histérico. Describamos estos dos libretos, el del fantasma obsesivo y el del fantasma fóbico.

El fantasma del obsesivo

La instantánea de la escena de fantasma obsesivo puede representarse como sigue:

71

Un niño, presa de un deseo incestuoso hacia la madre, es embargado por la angustia (angustia de castración) al oír la voz interdictora del padre prohibiéndole cumplir este deseo so pena de castrarlo. La zona erógena a cuyo alrededor se organiza el fantasma obsesivo es el oído, que vibra, sufre y goza de haber oído la voz imperiosa del padre.

Este fantasma, como todos los fantasmas a que nos referimos, es, a todas luces, inconsciente, dado que está sometido a la presión de la represión. Recordemos que la neurosis obsesiva, es decir, el sufrimiento que experimenta de manera consciente y en sus síntomas el sujeto obsesivo, es la expresión dolorosa del combate del yo para reprimir, negar y desplazar la angustia de castración contenida en este fantasma.

El fantasma del fóbico

El libreto de la fobia es más complicado. Para comprender la instantánea del fantasma fóbico recordemos previamente que la angustia de castración es suscitada en este caso por el deseo del niño para con su padre, esencialmente, y ya

no en forma exclusiva para con su madre, como sucedía en el caso de las neurosis obsesiva o histérica. Quien está en el centro de la fobia es el padre, primero como objeto de un deseo de muerte (deseo parricida) y después como objeto de un deseo de amor. Aunque al igual que en toda neurosis el punto de partida es siempre el deseo incestuoso hacia la madre, en la fobia el personaje principal es el padre.

Resumamos esquemáticamente, como trazando una cadena de acontecimientos, la secuencia del fantasma fóbico:

72

Deseo incestuoso por la madre —► Interdicción de realizar este deseo proferida por el padre —► Odio contra ese padre interdictor (deseo parricida)—► El odio suscita angustia de castigo (castración)—► Para morigerar la angustia, el niño reprime su odio contra el padre interdictor—► En el lugar del odio reprimido, aparición del afecto opuesto: amor por el padre

—► Pero este amor despierta otra forma de la angustia intolerable de castración: *angustia de mostrar y decir el amor por el padre. Temor de depender del padre, de sometersele en demasía, de ser feminizado, es decir, seducido y hasta sodomizado por este padre al que ama.*

—► La angustia de castración que el amor al padre suscita es repelida y proyectada al mundo exterior —► Esta angustia expulsada hacia afuera se fija a un objeto del mundo circundante (muchedumbre, espacio cerrado, puente, animal, etc.), transformado ahora en el objeto amenazador que el fóbico deberá rehuir para evitar la invasión de un miedo consciente más tolerable que la angustia inconsciente de castración.

Si de esta sucesión de acontecimientos quisiéramos extraer el momento culminante del fantasma fóbico, elegiríamos aquel eslabón en que el niño, luchando con su deseo de amor filial por el padre, vive la angustia de ser asfixiado por éste. La zona erógena a cuyo alrededor se organiza el fantasma de la fobia no se limita a una región localizada del cuerpo sino que se extiende al conjunto de los tejidos musculares. En la fobia, la zona erógena son los músculos que rigen sobre los orificios, contrayéndolos o dilatándolos (aflojamiento o crispación del ano, de la

73

boca, del ojo, del aparato digestivo o pulmonar, etc.). Recordemos que, a semejanza de otras neurosis, el sufrimiento vivido por el fóbico es la expresión dolorosa del combate del yo para proyectar hacia afuera la angustia de castración contenida en su fantasma.¹⁰ En realidad, el fóbico es aquel que instala su angustia

¹⁰ En lo tocante al problema de la fobia, el lector podrá consultar el trabajo de Chantal Maillat, rico en proposiciones clínicas, dedicado a la fobia: "Phobies", *Patio*, 10, 1988, Ed. de l'Éclat.

de castración sobre la escena del mundo con el fin de ubicarla, controlarla y evitarla merced a los desplazamientos motores de su cuerpo.

Reuniendo en una única fórmula los tres fantasmas fundantes de las grandes neurosis, diremos:

- En el fantasma obsesivo, la amenaza de castración entra por el oído, y la angustia que de ella resulta, que es inconsciente pues está sometida a la represión, acaba por desplazarse hacia el pensamiento y se fija sobre una idea anodina (idea fija).
- En el fantasma fóbico, la amenaza de castración entra por los orificios de todo el cuerpo, estén crispados o sueltos, y la angustia que de ella resulta, que es inconsciente pues está sometida a la represión, acaba siendo proyectada, instalada y ubicada en el espacio del mundo exterior.
- En el fantasma histérico, la amenaza de castración entra por los ojos, y la angustia que de ella resulta, que es inconsciente pues está sometida a la represión, acaba por convertirse en sufrimiento de la vida sexual del histérico, consistente en una erotización general del cuerpo a la que se suma, paradójicamente, una inhibición localizada en el nivel de la zona genital.

74

Agreguemos una observación importante. El fantasma de castración que postulamos en la base de las neurosis es también el fantasma que todo ser hablante, neurótico o no, tuvo que conocer y superar necesariamente, y que además no dejará de conocer y superar. En el caso particular de las neurosis, la especificidad de este fantasma consiste en la fuerza que es capaz de emplear para dominar la vida del neurótico; esta vida se organiza enteramente en función de la angustia de castración, núcleo del fantasma. Está claro que nuestro escrito es una larga demostración de la determinación de la neurosis por este fantasma.

RESUMEN

Resumamos en una serie de cinco proposiciones la génesis fantasmática de la histeria. Pero antes, quisiera destacar ya con toda nitidez el tercer eslabón del encadenamiento que vamos a describir, y al que tenemos por principal.

Tanto hemos insistido sobre el fantasma de castración como causa de la histeria, que el lector ha perdido quizá de vista lo manifestado en las primeras páginas. El fantasma angustiante de castración que domina la vida psíquica del histérico es sin duda la fuente y el motivo del sufrimiento del neurótico, pero es también, y sobre todo, una pantalla protectora, una defensa segura contra

cualquier eventual acercamiento al goce máximo. Todo se presenta como si el histérico prefiriese enfermar de su fantasma angustiante antes que afrontar lo que teme como al peligro absoluto: gozar. A mi juicio, éste es el concepto decisivo para comprender lo que es la histeria, así como para orientar la escucha del practicante psicoanalista.

Recordado este punto capital, vayamos a las cinco proposiciones de síntesis:

75

- Gozar constituye, para el histérico, un límite último y peligroso que una vez cruzado lo sumiría inevitablemente en la locura, lo haría estallar y disolverse en la nada.
- Frente a este peligro del goce, el histérico opone entonces una tenaz negativa a gozar.
- Para mantenerse apartado del goce y persistir en su negativa, el histérico inventa inconscientemente un fantasma protector: el fantasma angustiante de la castración. Utiliza este fantasma para crear una amenaza ficticia, la amenaza de perder su fuerza fálica, que le permite olvidar otra amenaza igualmente ficticia pero más oscura, indefinida y mucho más terrible: la de sucumbir al goce. El histérico se angustia ante una castración que él necesita tornar posible para no desaparecer ante un goce insostenible. En el fantasma, la repulsión del goce se transforma en angustia de castración. Y el objeto amenazado no es todo el ser, sino el falo. En el capítulo sobre el tratamiento psicoanalítico de la histeria veremos que, en una cura de análisis, este rechazo del goce se traduce por la negativa a atravesar la prueba del fantasma angustiante de castración. Volveremos sobre esto.
- Ahora bien, es verdad que el fantasma salva y protege del goce al histérico, pero lo hunde en un sufrimiento corporal (síntomas somáticos), sexual (paradoja de la vida sexual) y relacional (deseo de insatisfacción). La angustia de castración se transforma, por conversión, en síntomas del cuerpo, en desajuste de la sexualidad y en dolor de insatisfacción.
- El fantasma de castración salva y protege del goce al histérico, pero perturbando su manera de percibir a los seres amados u odiados. A la manera de una lente

76

deformante, el fantasma de castración sumerge al neurótico en un mundo donde la fuerza y la debilidad deciden exclusivamente sobre el amor y el

odio. Yo amaré u odiaré a mi partenaire según la percepción de su fuerza o de su debilidad fálica. Por eso. las relaciones afectivas del histérico se transforman inevitablemente en relaciones de dominante y dominado.

La lógica de la génesis de la histeria se resume, pues, en lo siguiente: el deseo conduce al goce, el goce suscita el fantasma, el fantasma contiene la angustia y la angustia, por último, se transforma en sufrimiento.

RETRATOS IMAGINARIOS DEL HISTÉRICO

El analizando, tendido sobre el diván, habla; yo lo escucho, y espontáneamente se forma en mí una figura que condensa tres factores conjugados: la abstracción de la teoría, el deseo de la transferencia y la historia del sujeto.

Cuando escucha a sus pacientes, ciertas imágenes se imponen al practicante. Son imágenes que traducen de manera figurada los elementos principales de la teoría psicoanalítica y que el practicante podrá reconocer, eventualmente, a lo largo de su trabajo. Estas imágenes, auténticas escenificaciones de tesis teóricas, funcionan como disparadores de una intervención analítica, en general apropiada y oportuna. Así pues, el psicoanalista se serviría de estas imágenes para realizar la metamorfosis de lo abstracto a lo perceptible, y enunciar su interpretación. Es como si el practicante, en vez de preguntarse: "¿Cómo intervenir? ¿Qué decir al paciente?", se interrogara: "¿Qué debo fantasmaticar? ¿Con qué imagen forjada por la teoría, pero surgida en el silencio de mi escucha, debo trabajar?". Justamente, hagámonos esta pregunta: ¿Qué retratos imaginarios se dibujan en la mente del psicoanalista cuando escucha activamente a su paciente histérico o al paciente en fase de histerización transferencial?

Al escuchar a un paciente histérico, en particular si es un hombre, imaginémoslo como un chiquillo asustado,

79

acurrucado en un rincón de la habitación, los ojos abiertos

de par en par y protegiéndose la cabeza con las manos como para atajar la violencia de un eventual castigo.

Al escuchar a un paciente histérico, sobre todo si es una mujer, piensen en el padre. Esfuércense por imaginar que quien les habla no es una mujer sino el padre que se encuentra en su interior, un padre dolorido y de voz distante. La imaginación del psicoanalista podría entrar en movimiento y alumbrar incluso esta caprichosa quimera compuesta por una niña cuyo rostro hubiese adquirido, durante el instante de una mirada, las facciones del padre. Una niña cuyo sexo, como el de la muñeca de porcelana, fuera tan sólo una superficie lisa, marmórea y sin pliegue.

Si ahora pensamos en el aspecto corporal de esta paciente o en su modo de mover las manos, ¿no son como la emanación en ella de la presencia viva de padre? Presencia viva, incluso y sobre todo si el padre está muerto o si parece en su vida un personaje borroso.

Al escuchar a nuestro paciente, imaginemos que su cuerpo alberga a la pareja de un hombre y una mujer de cuerpos transparentes, enlazados como dos personajes de sueño en un abrazo sin penetración ni erotismo.

Al escuchar a un paciente histérico, recordemos que sufre de no saber quién es, de no poder interrumpir ni siquiera por un instante el insostenible desfile de las figuras que lo pueblan y bajo las cuales no puede evitar ofrecerse a los otros.

Al escuchar a un paciente histérico, imaginemos que su mundo —del que formamos parte— está poblado de seres fuertes e inaccesibles y de seres débiles y lastimosos. El rechaza a los potentes y sin embargo está al acecho de

80

su menor debilidad, del más ligero sufrimiento, de la más ínfima fatiga. El rechaza, por desprecio, a los impotentes porque están hechos a su imagen, y sin embargo los reclama con la compasión de quien desea sanar sus heridas.

EL PSICOANALISTA ESCUCHA A SU ANALIZANDO REPRESENTÁNDOSE MENTALMENTE EL FANTASMA DE CASTRACIÓN

Con estos retratos imaginarios del histérico nos hemos instalado en el espacio psíquico del psicoanalista. Pero ahora se plantea un interrogante: estas imágenes surgidas espontáneamente en él, mientras escucha, ¿qué relación tienen con la escena central del fantasma de castración? ¿Cómo interviene el fantasma de castración en el trabajo concreto del psicoanalista con sus pacientes?

Ante todo, un punto previo. Las escenas que describíamos en los capítulos precedentes al exponer los fantasmas masculino y femenino de castración, las variantes obsesiva y fóbica, así como el fantasma del útero, no corresponden en absoluto a hechos realmente acontecidos. La escena del fantasma de castración no es un hecho real, y pocos de sus detalles hallarán confirmación, por ejemplo, en la conducta observable de un niño frente a la desnudez de una mujer adulta y amada. Una escena semejante tampoco corresponde al relato gráfico que alguno de nuestros pacientes pudiera haber efectuado en sesión. Son raras las ocasiones en que el practicante oye narrar una secuencia fantasmática parecida. Pero entonces, ¿de dónde sacamos esta historia de la castración, que no es ni un hecho real ni un relato que pudiésemos haber oído? Digamos las cosas con toda claridad. Las breves escenas que describíamos y recuadrábamos en nuestro texto como quien enmarca una fotografía, no son sino los

81

dibujos abstractos de un libreto fantasmático concebido e inventado por el psicoanálisis para dar cuenta de la clínica y la práctica con pacientes histéricos y, de manera más general, con neuróticos. Pero entonces, ¿se trata de una caprichosa ensoñación del psicoanalista? ¿En qué se respalda éste, y originariamente el propio Freud, para construir un fantasma semejante, suponerlo en los fundamentos del sufrimiento histérico y afirmar, como lo hicimos nosotros, que este fantasma es la obra inconsciente del propio sujeto?

La legitimidad del fantasma de castración es doble: teórica y práctica. Legitimidad teórica, porque el libreto de la castración según lo hemos descrito guarda una rigurosa coherencia con el conjunto del edificio conceptual del psicoanálisis. El concepto de castración constituye una de las nociones más sólidamente arraigadas en el suelo de la teoría. Pero también, y sobre todo, legitimidad práctica pues ese libreto, a pesar de su cliché de aleluya aparentemente envejecido, se renueva sin cesar en una infinidad de variantes imaginarias que se suceden en el camino de la cura. Una infinidad de imágenes que se verifican continuamente en el trabajo con nuestros pacientes, como fieles expresiones del fantasma de castración que causa su sufrimiento.

Pero, concretamente, ¿qué quiere decir que el dibujo abstracto del libreto de la castración, así como sus imágenes derivadas, se verifican en el trabajo con nuestros pacientes? Significa, en primer lugar que cuando un analizando nos habla y nos comunica sus conflictos y sus quejas, empezamos por comprender el origen inconsciente de su sufrimiento sobre la base, claro está, de nuestro lugar en la transferencia, pero también representándonos mentalmente el dibujo de la escena fantasmática que la teoría nos propone. Que quede bien claro: somos nosotros, los psicoanalistas, quienes en el silencio de la escucha imaginamos mentalmente, en forma de escena,

82

el origen del sufrimiento experimentado por el neurótico. A la manera de un filtro teórico colocado entre la oreja y la boca del psicoanalista, entre lo que éste escucha y lo que dice, el libreto de la castración revela ser un notable instrumento mental en el trabajo del practicante.

Con todo, debemos formular dos importantes reservas. En primer lugar, la escena gráfica que nos representamos mentalmente mientras el analizando nos habla no reproduce nunca tal cual el dibujo del fantasma de castración establecido por la teoría, y que hemos descrito, sino una de sus infinitas variantes, la que es propia de un momento determinado de la sesión. Después, segunda reserva, se trata de imágenes que el psicoanalista no construye deliberadamente sino que se le imponen de modo espontáneo al ejercer su escucha activa.

Ahora bien, ¿cómo interviene el psicoanalista en función de estas imágenes? Cuando el practicante rompe el silencio de su escucha e interviene, su

intervención debe ser considerada como la puesta en palabras de la escena fantasmática que se desplegaba en él mentalmente y que expresaba, en forma gráfica, el origen inconsciente del sufrimiento vivido por su paciente. Claro está que tal puesta en palabras no es nunca una simple descripción de los detalles o el contenido de la escena gráfica. El psicoanalista conserva la imagen en silencio y sólo dice a su analizando aquellas palabras con las que él traduce la significación de la escena. La secuencia podría descomponerse en la siguiente forma: fantasma inconsciente en el paciente —► sufrimiento vivido por el paciente —► palabras del paciente en sesión —► al escuchar estas palabras, el psicoanalista ve surgir espontáneamente en él una escena gráfica —► traducción mental y silenciosa de la escena por el psicoanalista, considerada como la expresión gráfica del fantasma de castración, causa del sufrimiento del paciente —► comunicación al analizando del resultado de esta traducción interior. En este

83

esperamos la reacción del analizando a nuestra intervención y, al recibirla, podremos confirmar retroactivamente el valor del dibujo teórico del fantasma de castración. Así pues, sólo en el ejercicio de la escucha se podrá confirmar este dibujo como una ficción fecunda de la teoría analítica.

EL PSICOANALISTA MIRA LO QUE ESCUCHA

¿Nos será posible circunscribir mejor el lugar de esta escucha visual en la cura? ¿Cómo conceptualizar la función de la imagen en el trabajo del psicoanalista? A las diversas variantes de la acción psicoanalítica como lo son el silencio, las intervenciones explicativas y la interpretación, debemos añadir ahora esa cuarta figura que es la escucha visual. Se verifica en la práctica que ciertas intervenciones psicoanalíticas tan infrecuentes como la interpretación están ligadas, en efecto, a un estado de visión transitoria y fugaz vivido por el psicoanalista. Ya no se trata del silencio preparando una palabra interpretativa, ni de la reconstrucción de elementos de la historia del paciente precediendo a una intervención explicativa, sino cabalmente de una disposición subjetiva del practicante, hartamente peculiar. La escucha está tan polarizada en el decir de paciente, que el analista no sólo olvida su yo sino que mira lo que escucha. Intentemos describir mejor este fenómeno de una escucha transformada en visión.

Cuando el psicoanalista percibe visualmente lo que oye, podemos suponer que ha tenido lugar una singular identificación entre el analista mismo y la materialidad sonora de las palabras pronunciadas por el analizando. Para que el analista llegue a mirar lo que escucha, fue preciso que él fuera la voz del enunciado; e incluso, más que la voz, fue preciso que él fuese la sonoridad física de la palabra hablada, como si la persona del psicoanalista se

84

hubiese desplazado, a la manera de un objeto erógeno, a través de tres zonas del cuerpo: el oído, la boca y los ojos. Si esquematizamos la secuencia de este curioso desplazamiento, obtendremos: primero, el analista escucha —► después, al escuchar, olvida su yo —► luego, él mismo se convierte en la materialidad sonora de las palabras pronunciadas —► y, por último, percibe visualmente el origen inconsciente de lo que oye. En síntesis, para mirar en el inconsciente, fue preciso que el sea lo que oye. La secuencia se complica si, por afán de rigor, añadimos que, para un sujeto, mirar significa ser el objeto que él mira. Habría que resumir, pues, diciendo: para mirar, vale decir, para ser lo que él ve, fue preciso que él sea lo que oye. Por supuesto, esta gradación de una escucha transformada en mirada no es sino un artificio explicativo destinado a hacer comprensible el proceso de una experiencia que se produce en la práctica de un modo condensado y compacto. También está claro que presentar este artificio tiene no sólo una ventaja explicativa. Cuando propongo esta gradación como una secuencia que va de la escucha a la mirada, mi objetivo es echar algunos jalones en una búsqueda teórica que debe continuar.

En un texto dedicado a la transferencia,¹¹ definí la interpretación como un retorno, en el psicoanalista, de lo reprimido inconsciente del analizando. Al igual que la interpretación, la mirada mental del analista puede ser entendida como el retorno en el psicoanalista de lo reprimido inconsciente del analizando. Así pues, la interpretación y la mirada serían dos modos de retorno de lo reprimido, diferenciados por el hecho de que el primero es, fundamentalmente, un modo simbólico de retorno —la interpretación consiste en un decir simbólico—,

85

mientras que el segundo es, fundamentalmente, un modo fantasmático de retorno. En verdad, debería decir que la mirada surgida en el psicoanalista mientras escucha realiza un único deseo, el de la relación analítica misma o, si se prefiere, el de la transferencia inconsciente. En síntesis, el analista mira lo que el paciente desea.

Una bellísima frase de Nietzsche evoca certeramente la disposición visual del analista durante el trabajo de la escucha: "Hay que esperar y prepararse, acechar el brote de manantiales nuevos, estar prontos, en la soledad, para visiones y voces extrañas, reencontrar dentro de sí el Mediodía, tender de nuevo por encima de sí la " claridad, el resplandor y el misterio del cielo de Mediodía."

86

¹¹ J. -D. Nasio, "L'inconscient, le transfert et l'interprétation du psychanalyste: une vue lacanienne", *Psychanalyse á l'Universüé*, 1985, t. 10, na 37, págs. 87-96.

EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE LA HISTERIA Y EL FIN DEL ANÁLISIS

EL TRATAMIENTO DE LA HISTERIA CONSISTE EN CONducir AL ANALIZANDO A ATRAVESAR CON ÉXITO LA PRUEBA DE LA ANGUSTIA DE CASTRACIÓN

El histérico es el niño magnífico que solo, a las puertas de la prueba decisiva, listo para atravesarla, nos dijera:

Afrontaré mi angustia dejándola que pase sobre mí, a través de mí. Y cuando, gracias a una palabra, un silencio o un grito la angustia haya pasado, volveré mi mirada interior hacia su estela. Y por donde haya pasado, ya no habrá liada. Nada más que yo, convertido en pliegue de una cicatriz, impulso de un nuevo nacimiento.

Ahora vamos a abordar el problema del tratamiento psicoanalítico de la histeria. Consideré ya parcialmente este problema cuando, examinando el síntoma de conversión, definí la cualidad que se requiere en la escucha del psicoanalista para el trabajo con un paciente histérico. Llegó ahora el momento de concebir de otra manera la

87

acción psicoanalítica, y de situar el hecho capital que se ha de producir en la cura analítica para que el neurótico se vea libre de su sufrimiento. Más que desarrollar los diferentes aspectos técnicos de la terapéutica de la histeria, prefiero dedicarme exclusivamente a demostrar en qué forma un analizando, sea o no histérico, logra superar esta otra histeria que es el análisis. La cura reproduce, en efecto, la enfermedad que debe tratar. Así pues, el análisis constituye, pura y simplemente, una histeria artificial que el analizando y el analista deberán resolver juntos. Por consiguiente, el mejor método de que dispondremos para comprender lo esencial del tratamiento psicoanalítico de la histeria será examinar precisamente el hecho capital de la resolución de esta histeria de transferencia. Pero, ¿cuál es este hecho capital?

En un momento avanzado de la cura, en el punto culminante de la neurosis de transferencia, el paciente se encuentra ante la alternativa de aceptar o de negarse a atravesar lo que llamamos prueba de la angustia de castración. Digamos sin tardanza que la asunción por el analizando de una de estas dos opciones, aceptación o repulsa, no depende de una elección consciente y deliberada sino de

un estado subjetivo inconsciente. Un estado muy particular, fruto de un largo período preparatorio durante el cual el psicoanalista y el propio paciente crearon las condiciones para que el segundo se acercase cada vez más intensamente a la prueba final. Decimos prueba final no porque se produzca en las últimas sesiones de una cura (veremos, por el contrario, que se sitúa en el apogeo mismo del análisis), sino porque lo que está en juego es tan esencial que el desenlace de esta prueba decidirá el fin del análisis y la curación del sujeto. Si este pase se realiza, tendremos razones para creer que la cura llegará a su término y que el sufrimiento neurótico amainará. Podremos identificar entonces la prueba de la angustia de castración con el fin del análisis, entendido

88

éste no en sentido temporal sino como la desatadura decisiva de la neurosis de transferencia. Si la prueba no ha podido realizarse, la neurosis de transferencia queda en suspenso y el fin de la cura no se consuma. En una palabra, la manera en que el neurótico termina su análisis decide su curación. Precisamente, tenemos la convicción de que el análisis es un largo esfuerzo por desembocar en la única experiencia que en verdad cuenta: la experiencia de la angustia. Como si todo el camino analítico no fuera más que una lenta preparación destinada a alcanzar este punto terminal. ¿Cuál es esta experiencia? ¿En qué consiste tan decisiva prueba? El presente capítulo es una tentativa de responder a esta pregunta.

EN UNA CURA, EL ANALIZANDO SE SEPARA DOS VECES: PRIMERO DE EL MISMO Y DESPUÉS DE SU ANALISTA

Pero propongamos sin tardanza una distinción preliminar. Hay dos clases de separaciones: una que corresponde al final de la relación analista/paciente y que concluye con la última sesión; la relación analítica se termina, aunque pueda suceder que el ex analizando vuelva a cruzarse con su antiguo analista en diversas circunstancias sociales o profesionales, fuera del marco analítico. Por lo tanto, primera separación: la separación del último día, el día del adiós a la relación analítica.¹² La otra separación, muy diferente de esta despedida final entre analizando y analista, consiste también en un desprendimiento, pero se trata de un desprendimiento

89

muy particular que se efectúa dentro del espacio intrapsíquico del analizando

¹² En cuanto al problema del fin del análisis, el lector podrá remitirse a la excelente compilación de las intervenciones del coloquio realizado en la Sorbona, en mayo de 1987, *Fin d'une analyse, finalité de la psychanalyse*, Mouvement du Coût Freudien, Solin, 1988.

y que tiene lugar mucho antes y mucho después de la última sesión. Esta separación, que debemos considerar más bien como una autoseparación, es en verdad el corte de una parte de uno mismo. No se produce de una vez, sino que se engendra lenta y progresivamente a partir del atravesamiento de una prueba singular, y continúa indefinidamente mucho más allá del día final.

Les pido, pues, que acepten esta distinción previa: una cosa es la separación temporal en la que todos pensamos, cuando la relación analítica se detiene, y otra la separación al margen del tiempo, concebible no como un acontecimiento momentáneo sino como un largo proceso que se inaugura con la experiencia de una prueba dolorosa en el punto culminante del análisis, y continúa como un trabajo de duelo, que, en lo temporal, va mucho más allá del último día del diván. Tenemos entonces dos separaciones, una vinculada al acontecimiento y fechable, es decir, la separación de la última sesión; y otra, inconsciente, que nace en pleno análisis, se elabora lentamente y se despliega más allá de la cura.

Pueden ver ustedes que al distinguir dos clases de separación diferenciamos implícitamente dos registros distintos de la cura. El primero, registro temporal, es aquel por el que la cura se desenvuelve cronológicamente en tres frases que van marcando la evolución de la neurosis de transferencia. Una fase inicial en la que la histeria de transferencia se instala gradualmente. Una fase media caracterizada por un estado de crisis aguda en el analizando y que marca el punto de exacerbación paroxístico de la neurosis transferencial. En este preciso momento se produce ese hecho capital de la cura que es la confrontación del analizando con la prueba de angustia. Una última fase, por fin, la fase final, donde se elaboran el duelo y el proceso de autoseparación surgidos de la

90

prueba. Aclaremos que esta tercera fase se confirma como tal a partir del momento en que el psicoanalista y el analizando acuerdan concluir, en un fin cercano, su trabajo común de análisis. Acuerdo que puede revestir diferentes formas, más o menos explícitas o tácitas, directas o indirectas.

El segundo registro de la cura es el del proceso psíquico del análisis. Se despliega en un tiempo ilimitado —ilimitado pero igualmente cíclico, como veremos—, que nace con el primer germen de la idea de consultar a un psicoanalista y se aleja, terminado ya el análisis, hacia una otra parte desconocida. Precisamente en este registro se inscribe la autoseparación psíquica a que aludíamos.

Ahora bien, la forma en que el analizando se despedirá de su análisis y de su analista depende directamente de las modalidades con las que este mismo analizando haya remontado la prueba singular y efectuado su autoseparación. Si la cura se interrumpe abruptamente o se eterniza en el atascamiento, deduciremos, sin peligro de equivocarnos, que la prueba no fue exitosa, que el proceso de

autoseparación no se efectuó y que, por consiguiente, no hubo análisis acabado. No hubo análisis acabado porque lo esencial de un análisis, es decir, esa prueba dolorosa cuyo atravesamiento hace posible el trabajo de autoseparación, no tuvo lugar. Así pues, observando la forma en que el analizando deja su análisis, sabremos si el curso del umbral de la prueba, y su efecto de separación intrapsíquico, se cumplió verdaderamente o no. Está claro que la posición que aquí formulo en términos tan tajantes es siempre necesariamente ideal y debe ser entendida como un fecundo punto de referencia para nuestro trabajo clínico, y no como una ley imperativa.

91

LA HISTERIA DE TRANSFERENCIA. LAS CONDICIONES QUE CONDUCEN AL ANALIZANDO A LAS PUERTAS DE LA PRUEBA DE ANGUSTIA

Vayamos ahora a esa prueba que nos parece a tal extremo esencial que, una vez superada, dejará ver efectuarse la autoseparación, resolverse la neurosis transferencial y derivar hacia el fin concreto de la relación analítica. ¿Qué prueba es ésta? ¿En qué consiste exactamente? En otro trabajo la definíamos como "la secuencia dolorosa de la transferencia".¹³ Lacan la bautizó de maneras diversas; a veces la llamó "atravesamiento del fantasma", en otras ocasiones "cruce del plano de identificación". Pero, antes de examinarla con detalle, repasemos las condiciones que la rodean.

Se trata ante todo de la prueba de una angustia, pues es alrededor de la angustia como se juega el resultado de este pase. Expliquemos esto. Partimos de una premisa que ya ha quedado perfectamente establecida. El sufrimiento neurótico que condujo al paciente histérico a entrar en análisis es la expresión dolorosa de una mala defensa —la represión y la conversión— que el yo emplea para poner un dique a la angustia del fantasma inconsciente de castración. Esta angustia es intolerable y, para deshacerse de ella, el histérico no ha encontrado más solución que transferirla a los sufrimientos corporales o, más generalmente, a los sufrimientos neuróticos. Hemos visto que el mecanismo de conversión, que transforma a la insoportable angustia de castración en cuerpo-falo, es un pésimo recurso para sortear la angustia. La conversión redujo quizás en lo inconsciente el exceso de angustia, pero ahora se ha transformado en otro exceso, el de la

92

erotización/inhibición dolorosa del cuerpo. Un exceso intolerable en lo

¹³J. - D. Nasio, *Lecons sur la technique psychanalytique* (seminario inédito), 1989; *La Guérison* (seminario inédito), 1990.

inconsciente fue suplantado por otro exceso penoso en el cuerpo. ¿Habría entonces una posición mejor que la defensa para terminar con la angustia? Esta es precisamente la pregunta a la que intenta responder el tratamiento analítico de las neurosis, entendido a su vez como reactualización del fantasma de castración por medio de la transferencia.

En efecto, de lo que se trata en un análisis es de volver al punto de partida, quiero decir al punto de origen fantasmático de la neurosis, y de reproducir en el seno de la cura la misma situación de peligro que, en lo inconsciente, provoca la angustia. En una palabra, se trata de crear la angustia para resolverla; se trata de instituir una nueva neurosis, una histeria de transferencia, e intentar hallar entonces una salida mejor que la de la conversión. Esta otra salida hacia la que debe orientarse todo el trabajo analítico, se condensa en una fórmula: atravesar la angustia. El psicoanalista apunta a crear las condiciones para que el analizando afronte, por fin, su miedo.

Crear las condiciones significa que previamente el análisis y la acción del psicoanalista deben conducir al paciente al estado de angustia; para ser más exactos, a reactivar la angustia que antes se había convertido en los síntomas por los que el paciente vino a consultar. Lo repetimos: para que el paciente pueda afrontar su miedo, la acción analítica debe conducirlo primero al estado de angustia. ¿Cuáles son esas condiciones? Son las mismas que rigen el libreto de fantasma de castración, que el analista —con su silencio y sus intervenciones— deberá hacer revivir. Esas condiciones se reducen principal-

93

mente a tres ficciones peligrosas, a tres máscaras amenazadoras del Otro que suscitan angustia y que el psicoanalista habrá de revestir: el Otro castrado, el Otro de la Ley y el Otro del deseo perverso.

- *El Otro castrado.* Es la figura más amenazadora, y ya la habíamos situado en la escena del fantasma masculino de castración origen de la histeria. Se yergue como una figura de horror cuando el niño descubre, súbitamente, la imagen del cuerpo desnudo, castrado de la madre. El agujero en la imagen constituye la señal de peligro percibida por unos ojos espantados. Esta falta, sombra opaca en un cuerpo luminoso, significa que yo también corro el riesgo de sufrir algún día la mutilación. Y sin embargo, horrorizado y paralizado por la amenaza, el niño se empeña paradójicamente en seguir bajo el dominio del peligro, hasta el punto de demandar que el Otro le exhiba la grieta de su castración, y lo asuste. El Otro castrado representa para el neurótico no sólo una amenaza que espanta, sino también una llamada que seduce y tranquiliza. "Tengo horror de tu cuerpo castrado y sin embargo te pido que me lo muestres, porque tu castración me conforta en mi infancia de niño fálico." El fantasma de castración es angustiante, sin duda, pero no olvidemos su condición primera de

garantía que protege al niño fálico del peligro absoluto, el de experimentar un goce sin límites.

- *El Otro de la Ley.* Es una de las versiones paternas del Otro. Su función, prohibir y castigar severamente el deseo incestuoso, está representada por una voz que hace restallar la Ley de prohibición del incesto. Es la figura principal, sonora y peligrosa, del fantasma de castración en el origen de la neurosis obsesiva. Como lo hizo antes frente al Otro castrado, el niño escapa y persigue al

94

mismo tiempo la presencia amenazadora que asusta y tranquiliza. Una vez más el niño neurótico o, si se quiere, el niño fálico, se dirigiría al Otro en estos términos: "Tengo miedo de la Ley, pero no dejes de recordármela constantemente; te pido que me mandes, me prohíbas y, de ser necesario, me castigues."

- *El Otro del deseo perverso.* Por último, es también una figura eminentemente paterna, la de un padre gozador y que goza de todas las mujeres, un padre capaz de abusar de mí, violarme y gozar de mi sufrimiento. Ya nos habíamos cruzado con esta tercera cara del horror cuando examinamos el fantasma fóbico de castración. Aclaremos únicamente que, al igual que en los dos casos anteriores, se repite la misma contradicción característica del neurótico: el neurótico se angustia, pero prefiere vivir el horror y la angustia de un niño asustado antes que asumir trabajosamente sus límites de ser hablante y sexuado. Sin mirar nunca a los ojos a su padre amado, le pediría: "Tengo mucho miedo de ti, pero tómame en tus brazos y haz de mí la presa de tu deseo perverso".

Disipemos sin tardanza un posible malentendido. Esta escena fantasmática de castración, como las dos precedentes, hace pensar sin duda en la perversión. Pero desengañémonos, sólo se trata de una perversión soñada; el neurótico no es un perverso sino alguien que sueña con serlo. El fantasma neurótico es solamente el fantasma perverso de un neurótico que se aferra a su angustia y sueña con ser un niño angustiado frente a una madre monstruosamente bella (Otro castrado), a un padre terriblemente protector (Otro de la Ley) y a otro padre, perversamente amante (Otro del deseo perverso).

95

EL DESEO DEL NEURÓTICO ES UN DESEO DE ANGUSTIA

Aquí está el problema para el psicoanalista: es indudable que la angustia hace

sufrir al analizando pero, paradójicamente, también lo tranquiliza. "Me gusta darme miedo, me tranquiliza", me decía un paciente, señalando de este modo el lazo que une a todos los neuróticos con su angustia. Constituye un serio obstáculo para el progreso de la cura pues, para romper la dinámica mórbida de la neurosis, el practicante deberá romper primero esa atadura inaudita del analizando a su angustia. Lo más difícil en la labor del analista es, conjuntamente, recrear un estado de peligro dentro de la cura, suscitar la eclosión de una angustia nueva en el analizando y lograr que éste renuncie a la angustia con la que convivía desde siempre. Pero, ¿cómo llevarlo a renunciar? Antes de dar una respuesta examinemos detenidamente la forma en que el histérico anuda su ser a su angustia.

Ya habíamos individualizado la triple amenaza fantasmática: el agujero de la imagen que anuncia la mutilación, la voz de la Ley que anuncia el castigo, y la perversidad de un deseo que quiere mi sufrimiento. En una situación semejante, el sujeto cree arriesgar no sólo su falo sino el aniquilamiento de todo su ser. Embargado por la angustia, el neurótico tiene una reacción completamente natural: convertirla. En su intento de sacársela de encima, la convierte en síntomas; y, proponiéndose escapar a la castración, deviene él mismo el objeto imaginario que le falta al Otro. Sea que transforme la angustia de castración en sufrimiento neurótico o que él mismo devenga el objeto fálico del Otro, los dos son movimientos que, lejos de desembarazarlo de su angustia, fijan al sujeto a ella. Formulamos en términos diferentes una misma idea: la solución histórica al problema de la angustia es amar la angustia, atarse a ella en cuerpo y alma hasta volverse cosa; y ello a pesar del sufrimiento de

96

los síntomas. La conversión histórica que conceptuabilizábamos primero como fracaso de la represión y después como falización del cuerpo no genital/inhibición genital, se presenta ahora como una fijación irresistible del neurótico a su angustia. El deseo del neurótico es un deseo de angustia.

Pero, ¿cómo hacer que el analizando renuncie a su angustia? Para desembarazarse de ella radicalmente, debe conocer primero una angustia nueva producida por el análisis, atravesarla y, entonces sí, dejarla.

Sigamos. ¿En qué condiciones se halla el analizando antes de atravesar la prueba de angustia? Reconocemos aquí un estado de peligro creado por la triple amenaza bajo las especies del agujero, la Ley y el deseo perverso; triple amenaza que podemos condensar en la primera, la del agujero: "Veo el agujero del Otro y, acto seguido, me siento amenazado". Despertar de la angustia: "Estoy, pues, angustiada, y no tengo más salida que transformar mi angustia en síntomas y transformarme a mí mismo en el objeto que le falta al Otro; yo paso a ser su objeto y, al hacerlo, lleno su agujero y me aseguro de que el Otro sigue castrado y

frágil.* ► Convertido así en el objeto del otro, el sujeto ve obliterado su pensamiento, petrificado su cuerpo y llevado al extremo su narcisismo. Se vive más que nunca como un yo que se complace en lo que es: un niño coagulado. "En la angustia, soy una cosa inmóvil que ya no piensa y que goza de un goce que es dolor tanto como placer narcisista."

97

LA ACCIÓN DEL PSICOANALISTA APUNTA A RESOLVER LA HISTERIA DE TRANSFERENCIA

Frente a este sujeto angustiado y que goza de su angustia, ¿cuál debe ser la acción del psicoanalista? ¿Cómo debe intervenir para que su analizando, protagonista principal en la escena analítica del fantasma de castración, trate la angustia de otra manera y no convirtiéndola en refugio narcisista? ¿Cómo abandonar esta histeria de transferencia? Ante todo, comprobamos que la mayoría de los autores —Freud el primero— que se inclinaron sobre el fenómeno de la neurosis de transferencia, no previeron medidas técnicas especiales para reducirla. Los consejos dados por Freud se mantienen en los límites de una gran prudencia, ya que reglas técnicas excesivamente definidas pueden llevar a intervenciones apresuradas e inoportunas. El practicante correría el riesgo de alcanzar un resultado contrario al que se persigue, reforzando aún más la histeria de transferencia, haciendo interminable el análisis y condenándolo al fracaso. Cuando un análisis gira en redondo o se descamina, es sin duda porque la histeria de transferencia no se resolvió, es decir que el psicoanalista y el analizando no consiguieron abrir la senda que conduciría a éste a las puertas de la prueba de castración.

Se advierte que, comparada con la importancia de lo que se halla en juego, cualquier indicación técnica parece fuera de lugar. Ahora bien, el problema subsiste: ¿cómo resolver la histeria de transferencia? Nuestra respuesta no será, pues, un consejo técnico sino una proposición capaz de orientar al psicoanalista en el sentido de acompañar al analizando al umbral de la prueba de angustia y de favorecer su cruce. Las intervenciones del psicoanalista procurarán primero volver a hallar en su analizando al niño angustiado, arrinconado frente al obstáculo insuperable del horror de la castración. Como si el impacto de

98

* Esto explica por qué es tan delicado conducir la cura de un histérico, permanentemente al acecho de una falla en el analista. Cuando finalmente descubre la falla, se decepciona y se angustia al no hallar más la omnipotencia de su psicoanalista; y simultáneamente, se tranquiliza ahora al saberlo castrado

la acción analítica debiera cuajar justo en el momento en que la angustia va a transformarse en sufrimiento neurótico, y justo antes de que el sujeto se identifique con el objeto. Pero, ¿qué acción es ésta? Esta acción consiste en un cambio de lugar. El psicoanalista cambia de lugar porque ha comprendido que es el momento de modificar su posición: deja caer sus máscaras de Otro de la castración, da un paso al costado y se instituye como testigo simbólico de una prueba que el sujeto puede cumplir ahora solo. Destaco la palabra "solo" a fin de evocar en el lector analista ese momento casi conmovedor en que sentimos a nuestro paciente al borde de la prueba, pero no podemos empujarlo a ella.

Así pues, la acción del psicoanalista se sitúa en el momento preciso en que el paciente vacila en dar el paso decisivo que le haría abandonar la piel del niño fálico y lo introduciría por fin en la fase terminal de la cura. Como si el terapeuta debiera captar este instante naciente de la angustia, este momento en que el sujeto se encuentra ante la alternativa siguiente: o contener esta angustia naciente y asumirla, y será entonces la apertura a la prueba; o convertir la angustia en sufrimiento, y será entonces el mal camino que cristaliza la neurosis. En otras palabras, o acepta atravesar la prueba, o se resiste. Precisamente en este sentido destaca Freud en "Análisis terminable e interminable", uno de sus últimos escritos, el caso del paciente o la paciente que inconscientemente renuncia a comprometerse en la prueba, y las incidencias de esta negativa sobre la prosecución del trabajo analítico. Para Freud, la negativa a abrirse a la angustia suele desembocar en la interrupción brusca de la cura. En su comentario, Freud explica la negativa del paciente a entrar en la prueba de angustia como una repulsa de la castración o, para tomar sus palabras, como una repulsa de la femineidad. Sí, repulsa de la femineidad, tanto del lado del hombre como del lado de la mujer. ¿Por qué

99

homologar la repulsa de la castración con la repulsa de la femineidad? Porque para un hombre neurótico, la mera idea de ser castrado equivale, en su fantasma, a no ser sino una mujer; una mujer que, como todas las mujeres de su fantasma, está necesariamente sometida. En la misma forma, para una mujer neurótica, la mera idea de no poseer el falo que ella reivindica equivale, en su fantasma, a ser también una mujer dominada. No olvidemos que el universo del neurótico no se compone de hombres o mujeres sino de todopoderosos y castrados, dominadores y sometidos. Se comprende entonces que, independientemente de su sexo anatómico, el neurótico identifique la imagen rechazante de él mismo castrado con la imagen de una mujer humillada. Por todo esto, Freud llegará a la conclusión de que la repulsa de la femineidad, es decir, y para utilizar nuestro vocabulario, la negativa a atravesar la prueba, es un "¡No!" que el neurótico angustiado opone a la idea fantasmática de dejarse castrar — en el caso del hombre—, o a la idea fantasmática de no obtener el falo codiciado —en el caso de la mujer—. Precisamente en este punto el analizando interrumpe bruscamente la cura y

abandona, furioso e indignado, a su analista. Una célebre fórmula freudiana supo traducir este fracaso: "El análisis chocó con el escollo de la roca de la castración."

DESCRIPCIÓN DEL ATRAVESAMIENTO DE LA PRUEBA DE ANGUSTIA

Ahora bien, ¿cómo relatar el atravesamiento doloroso de la prueba de angustia? Es tan esencial, que resulta difícilmente descriptible. En este mismo momento cada uno de nosotros, pensando en nuestras sesiones como analistas o como analizandos, tendrá una representación propia de esa prueba. Podemos utilizar los conceptos de

100

la teoría, recurrir a alegorías o intentar fórmulas, pero la imagen de una prueba semejante seguirá siendo intransmisible, pues se modeló según nuestra historia personal, nuestro análisis y la enseñanza de nuestros pacientes.

Por mi parte, la imaginaría así. Acercarse lentamente a la angustia hasta la más extrema inmediatez, contenerla en su punto de máxima tensión y entonces atravesarla. Atravesarla como se cruza el marco de una puerta que, en el instante mismo de pasar, se redujera a una fina lámina acerada que nos atravesara el cuerpo por el centro, dejando la huella umbilical de una límpida hendidura. Atravesar la angustia significa ser atravesado por ella.

Cambiamos ahora nuestro lenguaje e intentemos decir esto de otra manera. Atravesamos la angustia cuando una palabra, un acontecimiento, un gesto o un silencio, poco importa, una revelación fulgurante viniendo del psicoanalista o surgiendo de improviso dentro de mí, analizando, me ha hecho comprender que podía aceptar la pérdida porque lo que se juega nunca es un todo sino una parte; y una parte que estará perdida siempre. Comprendí, no mentalmente sino en acto, que cualquiera que sea el desenlace final de este atravesamiento de la angustia, el riesgo será necesariamente parcial, y la pérdida, inevitable. Comprendí, mi cuerpo comprendió, que nunca perderé todo y que, si gano, no ganaré nunca sin perder.

EL DUELO DE UN ANÁLISIS TERMINADO NO ES EL DUELO DE MI ANALISTA, SINO EL DUELO DE UNA FICCIÓN Y DE UNA ANGUSTIA

Así pues, la pérdida es parcial e inevitable. Pero, ¿de qué pérdida se trata? Tiene rostros innumerables, pero aquí, en la prueba de angustia, es ante todo y sobre todo pérdida de una ilusión, la ilusión de un todo (mi ser-falo) y del monstruo amenazador que me hacía sufrir (el Otro

castrado). Al comprender que nunca expongo todo, que el riesgo es parcial y la pérdida inevitable, descubro la ficción de la que me hallaba prisionero y, al descubrirla, la pierdo. Sí, aceptando perder una parte de mí, pierdo la omnipotencia ficticia del Otro y, junto con ella, lo que estaba en juego: mi supuesta potencia fálica. Así, mi angustia se desvanece. Ya no tengo angustia, es verdad, pero me pongo a lamentar la desaparición de un peligro ficticio, de una potencia infantil, el falo, y de una angustia ahora disipada que, en definitiva, no era más que una manera segura de existir.

Ahora, con esta comprobación dolorosa pero serena, comienza el trabajo de duelo por la muerte de una ficción transferencial, trabajo que conducirá primero a la separación concreta y efectiva con el psicoanalista, y que se prolongará después, más allá de la cura, en un proceso interminable. Se advierte de este modo que el duelo de un análisis acabado no es el de mi psicoanalista, sino el duelo de una ficción y de una angustia.

Entre las manifestaciones observables de la elaboración de este duelo figura un signo clínico indiscutible que no pasó desapercibido para la mayoría de los analistas que se interesaron en el problema del fin de la cura. Desde Ferenczi, el primero en hacerlo notar y con fuerza conmovedora, hasta los últimos trabajos sobre las manifestaciones clínicas de la terminación del análisis, todos los autores coinciden en reconocer un mismo hecho perceptible. El signo incontestado que señala la entrada de la cura en su fase terminal es el siguiente: el paciente, en un estado de gran serenidad, ha cesado de hallarse en espera de amor; o sea que ha cesado de demandar al Otro, representado por su partenaire analítico, la seguridad de recibir su amor alguna vez. Pues el analizando ha comprendido que, fuera de la esperanza de abandonar el callejón sin salida que lo encerraba, su analista no le dio ninguna otra cosa. No le dio ninguna otra cosa porque no tenía

ninguna otra cosa que dar, salvo esta "promesa", esta esperanza de alcanzar las puertas de la prueba de angustia.* Hallamos también otros signos clínicos

* Siguiendo la acepción más pura de la palabra "don", declararemos que si hay algo que el analista da en un análisis, es la espera. El psicoanalista encarna la esperanza para el sujeto de hallarse alguna vez en el estado más favorable para atravesar su pase y desembarazarse de su neurosis. Ahora bien, justamente, esta esperanza o, para retomar la expresión de Freud, esta "espera creyente" del analizando constituye el mejor auxiliar terapéutico del analista. Para que el sujeto tenga una posibilidad de atravesar la prueba, le es menester la esperanza firme de poder atravesarla. Freud lo repitió con frecuencia: la espera creyente del paciente es un invaluable factor de

indicadores de esta fase terminal. Por ejemplo, en este período es frecuente comprobar la aparición en el relato del paciente de recuerdos vinculados a los momentos iniciales del análisis: detalles o palabras pronunciadas en las entrevistas preliminares, la fecha de la primera cita, los síntomas por los que el analizando había venido a consultar, etc. Otro signo que pone en evidencia la entrada en esta fase final consiste en la presencia de sueños singularísimos relacionados con el nacimiento, con movimientos de partida, estaciones y transportes, aviones, barcos, gente que se marcha y cosas que llegan.

El fin de la cura no es el levantamiento de los síntomas. Agreguemos aquí una importante observación para la dirección de la cura en esta fase terminal. Comúnmente, cuando se habla del fin del análisis, de inmediato se piensa en el levantamiento de los síntomas. Ahora bien, los síntomas parecen tener vida propia, una vida que no depende de la evolución del análisis. Algunos desaparecen asombrosamente con las primeras sesiones, otros se metamorfosean en el curso del tratamiento —una conversión histérica puede transformarse en sufrimiento fóbico—, y hay otros que desaparecen o reaparecen mucho después de finalizada la cura. El hecho de que los síntomas desaparezcan no autoriza al practicante a imaginar y

103

esperar un fin próximo de la cura. Antes que orientarse por el movimiento de los síntomas para deducir el fin de un análisis, es mucho más importante que el psicoanalista preste atención a los cambios de posición subjetiva en el analizando. Este, una vez que cesó de dirigir su demanda de amor al Otro de la neurosis transferencial, toma una distancia más serena respecto de su analista.

La manera de terminar una cura da fe de su fecundidad o su fracaso. La manera en que una cura se detiene decide no sólo sobre la continuación postanalítica sino también, y principalmente, sobre el período analítico mismo, la cura entera. La terminación da sentido retroactivamente al camino analítico ya recorrido. Pensamos que la detención de un análisis es la causa final que determina a posteriori la fecundidad o, por el contrario, la esterilidad de la andadura analítica. Existe un hecho muy concreto que el practicante que ya ha conducido curas confirmará fácilmente: si el analizando, después de tres años de un trabajo al parecer fructífero y rico en acontecimientos, abandona su análisis y se va dando un portazo, la forma brutal de semejante fin pondrá en entredicho la totalidad de la cura. Es evidente que este modo de terminación pone de manifiesto una realidad indiscutible: ese análisis, supuestamente rico y fructífero, no terminó verdaderamente porque el analizando no conoció la experiencia puntual de abandonar su neurosis. Abandona con violencia el análisis porque no abandonó con angustia su neurosis. Para decirlo mejor, no hemos sabido —analista y

curación.

paciente— crear conjuntamente las condiciones de un paso exitoso de la angustia y evitar entonces que el analizando se marchase con su sufrimiento intacto. Ya hemos insistido: todo el trayecto analítico es un largo esfuerzo que converge hacia este pase esencial y, más allá, hacia la detención final de la cura.

104

El caso de la reanudación de un nuevo análisis tras haber interrumpido el primero. El problema de los "tramos". Este mismo criterio nos permite juzgar también el frecuente caso de los pacientes que inician un segundo o tercer análisis un tiempo después de concluir el primero. Es la cuestión de los "tramos". Cuando un analizando toma la decisión de emprender un segundo tramo de análisis, a nuestro modo de ver esto corrobora el carácter inacabado de su primer recorrido analítico. Era yo el segundo analista de un paciente cuando éste, intentando calcular sus años de diván, me dijo: "Tengo seis años de análisis: cuatro años en un primer diván y dos en un segundo..." Sin vacilar, le contesté: "Fíjese usted, no hay dos análisis, ni tres, ni cinco. Hay un solo análisis, éste en el que estamos hoy, y más adelante veremos si prueba ser el análisis que esperábamos, es decir, un análisis acabado". Sigo convencido de que el psicoanalista no debe trabajar con la idea de que el segundo tramo de su analizando completa con fortuna al primero. Creo que, por el contrario, la posición más ajustada es pensar que el análisis en curso, aquí y ahora, es el único análisis en juego. ¿Por qué? Porque la demanda de un nuevo tramo muestra claramente que la finalización del precedente no sancionó la separación que debió producirse. Entendámonos. Si a la interrupción de un análisis le sucede la iniciación de otro, esto indica que el analizando no efectuó la autoseparación, no logró separarse de cierta parte de él mismo (su fantasma neurótico de castración) y, sobre todo, no supo despegarse de la figura ficticia del Otro y abandonar así su angustia. Este analizando no cesó de hacer existir al Otro de la castración y de instalar en este lugar al psicoanalista y al psicoanálisis en general. Por lo tanto, cuando un paciente decide emprender un segundo tramo de análisis, podemos deducir, sin riesgo de equivocarnos, que el Otro de su neurosis sigue representado por uno u otro de los psicoanalistas sucesivos, o sea que el lugar del Otro continúa ocupado por el interlocutor analítico.

105

Ahora bien, terminar un análisis consiste, justamente, en separarme psíquicamente del Otro analítico, en cesar de dirigirle mi demanda de amor y en trasladar esta demanda al exterior de la cura. Podemos decir que terminar un análisis es terminar con el análisis en general; la expresión sería: "¡terminé de una vez con el análisis!". Considero, pues, que en el caso de un segundo tramo el análisis no estuvo terminado, e incluso que el análisis todavía no existe. Pues, para ser rigurosos, un análisis que no está enteramente acabado no tiene aún existencia. El segundo tramo constituye a mi juicio una nueva ocasión para reinstalar tal vez

las condiciones de la histeria de transferencia, para intentar de nuevo la experiencia que no se pudo llevar a cabo —es decir, el atravesamiento de la angustia—, y para concluir finalmente el análisis. En síntesis, mientras se demande un análisis, se trate del primer tramo o del tercero, da lo mismo, podemos estar seguros de que el análisis no está terminado. En efecto, el análisis actual es siempre la sola y única experiencia analítica, pues él entraña la posibilidad de superar la prueba crucial de la angustia y de culminar en un fin definitivo.

ATRAVESAR LA ANGUSTIA ES DAR PASO AL DOLOR DEL DUELO

Pero volvamos a la experiencia de la prueba de angustia, y preguntémosnos: una vez que esta prueba se ha atravesado, ¿qué consecuencias resultarán para la vida del analizando? Estas consecuencias son tres. Primero, la aparición del dolor del duelo; después, el surgimiento del sujeto del inconsciente; y, por último, un cambio en la percepción de su identidad sexual por el sujeto. Examinemos sucesivamente cada una de estas consecuencias y empecemos por el problema del dolor.

Hagámonos esta pregunta: cuando un histérico atraviesa

106

la prueba de angustia, ¿de qué se separa? Se separa del niño fálico que habita en su inconsciente. Pero tal separación no es nunca una pérdida definitiva, ya que en el curso de su existencia el histérico perderá y reencontrará una y mil veces al niño de su fantasma. El hecho de haber terminado una cura analítica y de haber pasado con éxito la prueba de la angustia de castración otorga al analizando una única conquista: la de aprender a perder y a encontrar indefinidamente a su niño fálico, pero siendo cada vez menos afectado por la pasión de la angustia. Menos afectado por la angustia, pero invadido por un nuevo afecto que entonces se impone, el del dolor. La angustia de la neurosis, que ahora ha desaparecido, da paso al dolor del duelo.

¿Qué dolor es éste? ¿Cómo se explica que el histérico, al igual que todo neurótico, haya podido trocar la permanencia de la angustia por este dolor que señala y acompaña el duelo de una parte de sí mismo? ¿Por qué hay dolor cuando el histérico pierde al niño fálico de su fantasma? Y, más generalmente: ¿por qué hay dolor cuando perdemos a un ser amado? Respondamos ya mismo, después nos justificaremos: al contrario de lo que se cree habitualmente, el dolor del duelo no es dolor de haber sufrido una pérdida, sino dolor de reencontrar lo que se perdió, sabiéndolo uno irremediabilmente perdido.

EL DOLOR DE DUELO NO ES DOLOR DE PERDER, SINO
DOLOR DE REENCONTRAR LO QUE SE PERDIÓ
SABIÉNDOLO UNO IRREMEDIABLEMENTE PERDIDO

Comencemos por una puntualización previa. El analizando ha logrado atravesar la prueba de angustia e ingresar en la fase terminal, aquella donde se despliega el proceso de duelo de una parte que es el niño fálico. Lejos de haberse librado de su pérdida, volverá a encontrarla

107

innumerables veces en el curso de su existencia, entendida ahora como un largo y pacífico trabajo de duelo. He aquí nuestra hipótesis: son los reencuentros mil veces repetidos con el niño fálico mil veces perdido, los que engendran, cada vez, el dolor. Insistamos: lo que duele no es el hecho de perder, sino de reencontrar lo que ya hemos perdido sabiendo que lo hemos perdido irremediablemente.

Para justificar nuestra hipótesis tendremos que retornar a Freud y rehacer brevemente, en compañía del lector, el camino que nos llevó a pensar que el trabajo doloroso del duelo es, ante todo, una serie interminable de encuentros con la resurgencia del ser desaparecido y no con su ausencia.

Freud intentó dilucidar un enigma que en la actualidad sigue acicateándonos: ¿por qué hay dolor cuando perdemos a un ser amado? La respuesta de Freud, como muchas de sus respuestas, es ambigua y contradictoria. Parecería que el dolor fuese correlativo del trabajo de ligazón y desligazón de las representaciones del objeto que hemos amado y que ahora está perdido. Después de leer esa notable obra freudiana que es Duelo y melancolía, así como los dos artículos dedicados por Karl Abraham a la misma cuestión, y sobre todo al pensar en mi propia experiencia y en la de mis pacientes, me pareció evidente que el dolor del duelo no se reduce a la emoción suscitada por la pérdida del ser amado. Es costumbre vincular el dolor con la separación, con la desgarradura o la violencia que toda pérdida repentina conlleva. Para ciertos psicoanalistas, sobre todo anglosajones, el dolor provendría de la separación del yo respecto de una parte del mismo yo. Así, pues, la tesis para explicar el dolor psíquico se centra en la idea de separación. Según estos autores, el dolor sería un efecto de la separación. En cierta medida, esta

108

tesis recoge la idea y el sentimiento que todo humano experimenta ante la pérdida de un ser querido. Yo lo admito, pero a mi juicio el dolor no resulta directamente de la separación. No; pienso, por el contrario, que el dolor surge en

el momento en que hay una sobreinvertidura de la representación del objeto amado y hoy perdido. Lo que duele en el trabajo de duelo no es tanto la ausencia del ser querido, como el encuentro, la investidura y la sobre-investidura de la representación psíquica que tenemos del ser amado y perdido. En su texto, Freud habla de ligazón y desligazón de las representaciones del objeto perdido; yo creo precisamente que el dolor se produce cuando, psíquicamente, localizamos y buscamos al máximo la representación del objeto perdido. Como si ante la masa enorme de representaciones inconscientes del yo, debiésemos seleccionar una por una las representaciones del ser amado y perdido, aislándolas y concentrando en cada una de ellas toda nuestra energía psíquica. Es entonces, ante cada representación, cuando surge el dolor, y es esto lo que lastima.

El trabajo doloroso del duelo se orienta ciertamente hacia el horizonte de un desprendimiento jamás total ni definitivo del objeto perdido, pero su trayectoria está jalonada por dolorosas citas con el representante inconsciente del objeto del que habrá que separarse cada vez más e indefinidamente. Lo que duele es encontrarse de nuevo con la cosa amada para al final poder desprenderse de ella en forma definitiva. Entendámonos. Lo que duele es amar de nuevo, sí, pero sin que esté la persona imaginaria que sostiene ese amor.

Pero entonces, ¿qué perdemos cuando alguien muere? Cuando alguien muere, perdemos fundamentalmente la armazón imaginaria que nos permitía amarlo mientras vivía. Esto es lo que perdemos, pero no es esta pérdida la que suscita el dolor del duelo. Insisto: el dolor proviene del hecho de encontrarnos una y mil veces, como se encuentra

109

un hilo entre los innumerables nudos del telar, de encontrarnos, pues, con la representación del objeto amado y perdido, pero sin el sostén imaginario que el otro significaba cuando vivía. ¿Cuál es este sostén imaginario?: mi propia imagen devuelta por el otro vivo y amado. Ahora que ya no está, vuelvo a descubrir huellas y su amor sin reencontrar por ello mi propia imagen. El trabajo de duelo consiste en habituarme a estar en el silencio de la presencia del otro perdido, pero sin el soporte de mis imágenes. Expresado en términos lacanianos: en el trabajo del duelo, tengo que amar al otro sin yo ideal, es decir, sin la imagen del otro, y sin mi propia imagen.

En resumen, mi hipótesis es la siguiente: el dolor del duelo no se origina en una separación progresiva de la representación del objeto amado y tampoco en una separación de las partes del yo. El dolor del duelo se origina en el hecho de que, por el contrario, la ligazón con las representaciones del objeto amado es más fuerte que nunca; hay una sobreinvertidura, un centramiento de la representación del objeto amado, sin el sostén de aquella imagen de mí mismo que el otro era capaz de devolverme.

Lacan define claramente la posición del que está de duelo. En una lección del seminario dedicado al tema de la angustia, dice: "Estamos de duelo por aquel para quien ocupábamos —sin saberlo— el lugar de su falta". Precisamente, el otro — hoy desaparecido— importaba en el registro imaginario como superficie especular porque yo ocupaba, en uno u otro momento, el lugar de su falta. ¿Qué quiere decir "ocupar el lugar de su falta"? Quiere decir exactamente, ocupar, por momentos y sin saberlo, el lugar del objeto del deseo. Este lugar es fundamentalmente un sitio vacío, sitio que, según las ocasiones, puede ser llenado por personas o cosas. "Ocupar el lugar de su falta" significa, pues, ocupar el lugar del objeto del deseo de aquel a quien hemos perdido. Ahora bien, para que hagamos el duelo de una persona desaparecida se necesitan

110

dos condiciones: que esta persona haya contado para nosotros como sostén imaginario; y que hayamos ocupado para ella el lugar del objeto de su deseo. Se trata de dos niveles cruzados: el nivel imaginario de reenvío de imágenes, y el nivel —llamémoslo fantasmático— en que uno de los partenaires toma el lugar del objeto del deseo. En un vínculo así llamado de amor, los miembros de la pareja se sitúan, cada cual a su manera, en uno y otro de estos niveles. Parafraseando entonces a Lacan, podríamos decir: estamos de duelo por aquel que imaginariamente contó para nosotros, y esto lo sabíamos, y para el cual hemos sido el objeto fantasmático de su deseo, y esto no lo sabíamos. Finalmente, la proposición de Lacan podría enunciarse así: para que haya duelo de un ser desaparecido, es preciso que con este ser haya habido una doble relación, de amor y de fantasma. Esta proposición enuncia lo que todo el mundo ha podido experimentar alguna vez ante la muerte de un ser amado.

Pero, hagámonos una última pregunta: ¿qué hace que un duelo no se elabore? La falta de tiempo, y la ausencia del ritual. ¿Y qué es un ritual? Un ritual es el tiempo necesario para retomar la representación del objeto perdido, sobreinvertirla y finalmente, poco a poco, separarse de ella. El ritual da paso al tiempo; y un duelo no realizado es un duelo que no pudo darse tiempo. Es el caso de Hamlet cuando entierran a su padre a todo correr, sin ceremonia ni funerales, sin que nada asegure el tiempo psíquico indispensable para aceptar que el otro ya no está.

Fue necesario este rodeo por el dolor del duelo para que pudiera entenderse que, al final del análisis, el analizando que ha perdido al niño de su fantasma siente el dolor, no de haberlo perdido, sino de reencontrarlo sabiéndolo irremediabilmente perdido. El atravesamiento de la angustia ha dado paso así al dolor del duelo.

111

Cuadro de correspondencias entre la angustia antes de atravesarse la prueba, y el dolor del duelo después del atravesamiento

ANGUSTIA antes del atravesamiento	DOLOR DEL DUELO después del atravesamiento
<p>La angustia surge frente a la amenaza de perderlo todo.</p> <p>Inasimilable</p> <p>La angustia se convierte en sufrimiento.</p> <p>Una vez convertida, oblitera el pensamiento, petrifica el cuerpo y confirma al sujeto en un narcisismo exacerbado.</p>	<p>El dolor aparece tras la pérdida de una ficción. Ahora bien, este dolor no se debe a la pérdida sino al hecho de reencontrar la ficción perdida sabiéndola uno irremediabilmente perdida.</p> <p>Asimilable.</p> <p>El dolor no se convierte.</p> <p>El dolor agudiza la percepción endopsíquica, hace percibir la verdad y conduce a una tristeza serena.</p>

112

ATRAVESAR LA ANGUSTIA ES REENCONTRAR EL LUGAR DE NACIMIENTO DE AQUEL QUE NUNCA DEJE DE SER

Se trata de pasar de lo inicial a lo inicial. Así es la vida...

Vayamos ahora a la consecuencia más decisiva del atravesamiento de la angustia, la del advenimiento del analizante como sujeto. A la salida de la prueba, su voz nos diría: "He comprendido que nunca perderé Todo y que inevitablemente perderé una parte de mí mismo. Y, al comprenderlo, he perdido la ficción. ¿Pero, qué queda entonces? Nada, ya no hay nada de la totalidad ficticia, del fantasmático peligro y de la angustia, no quedo más que yo. ¿Yo, quién? El sujeto, quiero decir, el mero sujeto absoluto, único, el del inconsciente, el sujeto que nunca dejamos de ser puesto que estaba ya mucho antes, sin que lo supiéramos. He comprendido en acto y, al comprender, reencuentro a aquel que yo era ya sin saberlo". Ahí donde eso era, yo he advenido. La célebre máxima freudiana retraducida por Lacan nos evoca aquel oráculo eterno del Poema de Parménides: "Coherente con su término es para mí el punto de partida, pues a él de nuevo tendré que volver". Precisamente, en el orden de la constitución del sujeto, el término y el punto de partida del análisis coinciden; en la cura no hay futuro ni porvenir, pues el ir hacia adelante es en realidad un retorno, no al pasado, sino a lo más inicial y auténtico en mí.

Percibimos ahora claramente que el camino de un análisis describe el trayecto circular de dos giros que enlazan en espiral el punto terminal con el punto inicial de un proceso cíclico e indefinido y siempre abierto. Teníamos dos registros temporales de la cura, uno de acontecimientos y cronológico, otro psíquico y

lógico; ahora podremos expresarnos mejor. Estos dos registros

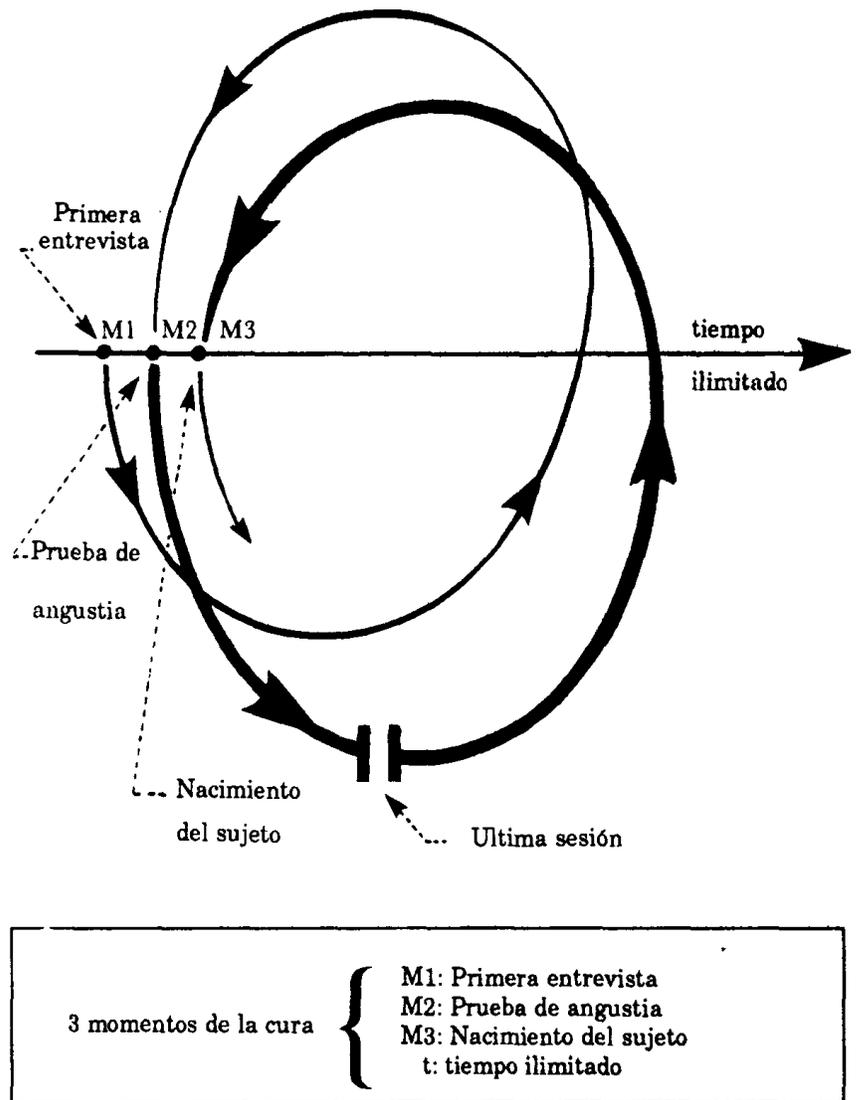
113

se complementan y describen un movimiento general del análisis según un tiempo ilimitado y cíclico. Esta concepción del tiempo recuerda estrechamente la teoría neoplatónica del tiempo, formulada por Plotino.*

¿Cuál es precisamente ese ciclo abierto e ilimitado de una cura analítica? Comprende dos giros circulares que no se cierran sino que describen una curva en espiral; y tres momentos singulares: la primera entrevista (M1), la prueba de angustia (M2) y el nacimiento del sujeto (M3). Describamos este movimiento cíclico e ilimitado, que el lector podrá observar en el esquema de la página siguiente.

114

* Si hay un filósofo con el que podemos pensar provechosamente el concepto de tiempo en psicoanálisis, ese filósofo es el neoplatónico Plotino. Véase la Illa. Enéada.



Esquema de la duración de un análisis.

El análisis como cura tiene una duración limitada
 Pero el análisis, como proceso psíquico,
 tiene una duración cíclica e ilimitada

El primer giro comienza con el acontecimiento de la primera entrevista (M1) y termina, después de formar un rizo, con el acontecimiento de la prueba de

angustia (M2). Estos dos momentos se superponen, por cuanto en la primera entrevista el analizando dice su sufrimiento, y en la prueba de angustia atraviesa el fantasma que dio origen a este sufrimiento.

El segundo giro describe también un rizo que, como el anterior, queda igualmente abierto. El giro comienza con la salida exitosa de la prueba de angustia (M2) y termina, después del rizo, con el surgimiento del sujeto absoluto (M3) que el sujeto llevaba en sí desde siempre y que el pase de la angustia permitió revelar. Revelación que no se ofrece de una sola vez, sino en una sucesión interminable de acontecimientos. Estos dos momentos también se superponen, por cuanto el pase exitoso significa que el analizando se ha desligado de su neurosis y ha reencontrado por fin al sujeto verdadero que él nunca había dejado de ser. Terminado el análisis, somos esperados ahora por ese sujeto que, sin saber, ya éramos y que ahora pasamos a ser. Esto es porque ya fue: tal es la ley más ineluctable del inconsciente.

Esquemáticamente, podríamos escribir los cuatro términos sucesivos que jalonan el ciclo de un análisis: sujeto del inconsciente imperceptible —► yo neurótico

► atravesamiento de la prueba de angustia —► encuentro con el sujeto del inconsciente imperceptible. Se comprende ahora que el tiempo exigido para hacer un análisis y terminarlo no es, hablando con propiedad, su duración lineal y temporal —tres años, cinco años, etc.—, sino el tiempo de una prueba difícil y de una revelación singular y repetida. El tiempo analítico se contrae como el momento puntual de emergencia en acto de la verdad.

116

EL ATRAVESAMIENTO DE LA ANGUSTIA MODIFICA LA PERCEPCIÓN DE MI PROPIA IDENTIDAD SEXUADA

Antes de concluir, hagámonos una última pregunta. Una vez atravesada la prueba de angustia, comenzado ya el duelo y consumado el fin del análisis, ¿qué sucede? Ahora el analizando elabora solo su duelo y entra en ese período que se ha convenido en llamar "postanálisis". Pero entonces, ¿qué ha sucedido en él? ¿Qué cicatriz ha dejado la experiencia de autoseparación? O incluso, haciendo nuestra la interrogación de Lacan: ¿qué nuevo estado tiene el inconsciente en un sujeto que concluyó su análisis? Es un inconsciente más la experiencia del inconsciente, respondía él. Nosotros diríamos: es un inconsciente más el atravesamiento de la prueba de angustia. Es un inconsciente modificado, suavizado por el atravesamiento de un pase doloroso; un inconsciente más maleable en su capacidad de ejercer la autopercepción inconsciente o, como la llama Freud, la percepción endopsíquica. Como si una vez pasada la angustia a través de mí, ahora me fuera posible percibir de manera endopsíquica los límites

de mi ser hablante y sexuado. ¿Qué queremos decir? ¿Qué es lo que cambió en el inconsciente? Lo que cambió es la cualidad de la percepción de nuestra propia identidad sexuada. Antes de atravesar la prueba el sujeto ignoraba (represión) la diferencia de sexos y percibía la falta de falo como la falta de un Todo absoluto, de una fuerza absoluta. Pues bien, ¿qué sucede después de la prueba? ¿Reconocerá por fin que la distinción sexual existe, que hay hombres que son hombres y mujeres que son mujeres? Hará algo mejor que eso, hará otra cosa que reconocer la existencia de la diferencia sexual: sabrá interrogarla. Después de la prueba, ya no será cuestión de ignorar la distinción sexual ni de plantearla como un dogma irrefutable. Esta distinción no será ni reprimida ni dogmatizada, sino reconocida y, de inmediato, cuestionada

117

La percepción del sujeto, que el atravesamiento del pase modificó, ya no será inspirada por el afuera sino que se volverá al adentro. Antes de la prueba, orientada hacia el exterior, la percepción se hallaba al acecho de la castración del Otro, interpretada como la falta de un Todo; después de la prueba, vuelta hacia el adentro, la percepción aprehende el enigma del ser sexuado.

118

PUNTUACIONES

No nos dejemos engañar por el atractivo seductor del histérico. Más que un seductor, el histérico es un ser de miedo.

Hay tres situaciones en las que el histérico está tranquilo y se concede una tregua: cuando está enamorado, cuando está triste y, tratándose de una mujer, cuando está encinta.

La pasión del histérico es doble: amor y odio. Cuando ama, ama a su compañero con exclusión de su sexo; y cuando odia, odia el sexo de su compañero, desprendido de su persona amada. Este amor y este odio siempre pasionales se cruzan y se alternan infinitamente. A menudo el amor se transforma en devoción por un otro sin sexo (enfermos, sacerdotes o psicoanalistas). Y el odio puede transformarse en arrebatos de arrancar al otro su sexo (devoración, fellatio).

El aire sensual de los histéricos hace creer que están habitados por un afirmado deseo sexual. Sin embargo,

119

más allá de su encanto, la vida sexual de los histéricos es confusa, limitada e intrínsecamente insatisfactoria.

El histérico vive su sexualidad de tres maneras diferentes. Sufriendo en su cuerpo, pues el sufrimiento de los síntomas somáticos es el equivalente psíquico de una satisfacción orgásmica. Masturbándose, pues se prefiere el placer de la actividad masturbatoria al peligro de la relación sexual. Y disociándose entre la figura esplendorosa de un hipersexual y la penosa realidad de un sufrimiento traducido en insensibilidad de la zona genital.

La crisis histérica traduce a la lengua de un cuerpo sufriente pantomimas eróticas que no tuvieron nunca más existencia que la del ensueño.

En la ceguera, el sujeto histérico ha perdido la vista de la imagen del otro, para centrar su mirada inconsciente en una sola cosa: el encanto libidinal del otro. El histérico pierde la vista, pero conserva la intensidad de su mirada.

Ahora bien, el histérico no percibe el encanto libidinal del otro como un rasgo sexual sino como atributo de fuerza o signo de debilidad. Lo que excita a un histérico no es la sexualidad del otro sino la vulnerabilidad de su fuerza o su vencimiento de la debilidad.

Cuando el psicoanalista propone a su paciente acostarse en el diván, le

propone también dejarse histerizar, perder la vista del mundo para mirar tan sólo los fantasmas

120

del deseo. La histeria de transferencia comienza con el diván.

¿Por qué no pensar que en nuestra época uno de los lugares privilegiados de la histeria es el psicoanálisis? Pues, ¿qué otra cosa es éste sino la reproducción de la histeria para curar la histeria? Lacan y Freud califican al proceso analítico de "paranoia dirigida"; nosotros agregaremos que es también una histeria dirigida.

El histérico diría, en sustancia: "Para alejar mejor el peligro del goce de la relación sexual, me importa asegurarme de dos garantías: que el Otro sufra de impotencia y que me prohíba gozar." Dicho de otra manera, para salvarse de gozar, el neurótico vuelve al Otro impotente e interdictor.

Lectura de la fórmula lacaniana del fantasma histérico

Lacan¹⁴ redujo a una fórmula el movimiento esencial del fantasma histérico de castración:

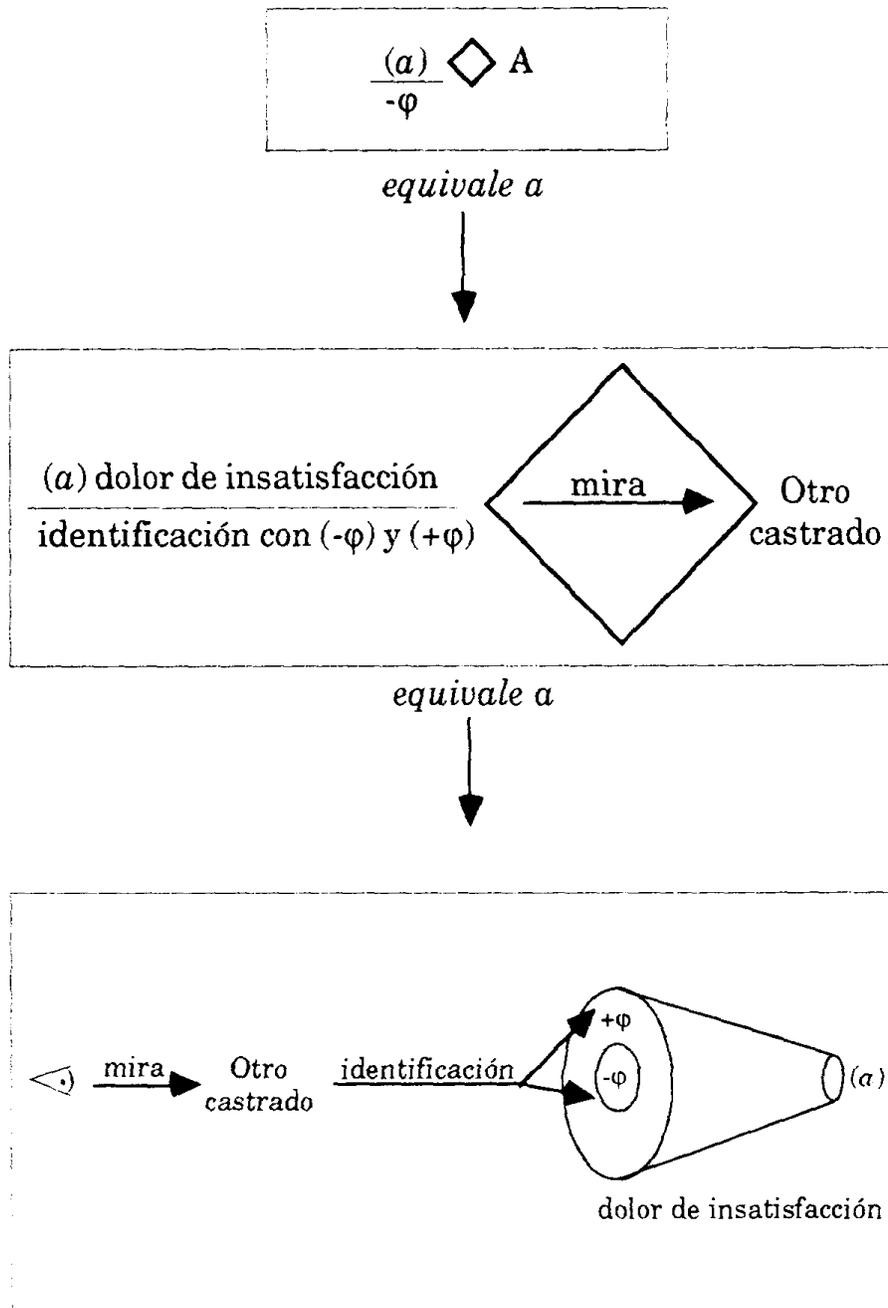
$$\frac{(a)}{-\phi} \diamond A$$

que leemos así: el histérico mira: (<) al Otro castrado (A), se angustia, y ante esta angustia se identifica con el objeto imaginario que falta en el Otro (-φ). De este modo el (-φ) deviene el (+φ) encarnado por el yo histérico. El yo es (+φ) con excepción de la zona genital, que queda

121

anestesiada (-φ). El resultado de esta conversión, que el histérico creía salvadora, es el dolor de la insatisfacción (a), dolor al que el sujeto acaba por reducirse. Es decir;

¹⁴ J. Lacan, *Le Transféré* (seminario inédito), lección del 19 de abril de 1961.



122

Presencia libidinal de la histeria: un ejemplo clínico

"Me acuesto y de inmediato algo se va, las palabras se van, el lenguaje desaparece, y aparece el sentir. Cuando estoy aquí es como si estuviera en una nube, me siento autohipnotizada, como si me hallara bajo la acción de una hipnosis provocada por mí misma. Me acuesto, me siento sumamente dependiente

de todo, de usted y de lo que me sucede. Y entonces, poco a poco sé que puedo determinar mis emociones y experimentar lo que quiero. Me acuesto y de inmediato empiezo a sentir y a querer sentir más y más. Espero lo que voy a sentir, no sólo en el nivel del cuerpo sino en la cabeza. Como si en mi cabeza hubiese un cuerpo y la sensación debiese descender de la cabeza a mi cuerpo físico. Sé que cuando experimente la caída de esta sensación que descende, se transformará en orgasmo.

"Estoy muy incómoda porque no quiero sentir aquí estas sensaciones prohibidas. Yo espero que la sensación descienda, circule y llegue a mi cuerpo, pero que se detenga justo antes del orgasmo. No quiero gozar aquí, en las sesiones, pero quiero experimentar y vivir todo lo que precede a ese momento límite."

Ejemplo de un fantasma femenino de odio y angustia histérica hacia la madre -falo

"Todo lo que mostraba cuando era pequeña corría el riesgo de que mi madre lo destruyese. Ella quisiera que yo no exista, que me marche y me suicide. Pero yo no quiero suicidarme porque le causaría demasiado placer. Sí, la odio, no me mato para no satisfacer su deseo de verme muerta. Tengo ganas de matarla y de reunir mis fuerzas para hacerla desaparecer. Hay un problema de masculino y de femenino en mí, porque soy mujer pero

123

también quisiera ser un hombre capaz de hacer frente a la destrucción que viene de mi madre. En casa mi padre nunca figuró y nunca me defendió; al contrario, yo sola era el hombre que se atrevía a oponerse a mi madre."

124

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA HISTERIA

□ *Situó usted a la histeria en el fundamento de las neurosis, mientras que otros autores consideran que la histeria es la neurosis, por así decir, más sana. ¿Qué piensa de esto?**

Toda histeria encierra un núcleo de tristeza

En efecto, clásicamente, ciertos analistas consideran que la histeria es la neurosis más madura porque desde el punto de vista del desarrollo de la libido es la que más se acerca a la etapa final, llamada etapa genital. El principal defensor de esta posición es K. Abraham, a cuyo juicio la histeria, estando fijada al estadio fálico, estadio que precede inmediatamente a la culminación genital, resulta ser la neurosis más evolucionada. Ahora bien, la clínica nos muestra, por el contrario, que hay que considerar a la histeria como la más primaria en la escala de las neurosis, aquella sobre la que se edifican las estructuras

125

obsesiva y fóbica. Esta no es sólo nuestra posición, como intentamos demostrarlo en nuestro escrito, sino que fue igualmente la de Lacan y Melanie Klein. Sobre todo Lacan quien, tras identificar a la histeria como el paradigma de las neurosis, fundó el discurso histérico entendido como la estructura-tipo que encuadra a todas las neurosis; más exactamente, a todos los lazos neuróticos. Sumemos a esto la relación que mantiene la histeria con la psicosis, en particular con la melancolía y la esquizofrenia. La teoría kleiniana, por ejemplo, concibe a la histeria como una muralla defensiva contra un núcleo psicótico melancólico.¹⁵ Para un psicoanalista kleiniano un paciente histérico es ante todo un melancólico en potencia. No podemos desmentir esta orientación que la clínica confirma con tanta frecuencia, pero en cambio no utilizaremos los mismos conceptos para pensar la relación de la histeria con la melancolía. En este trabajo hemos utilizado otros términos para sostener hasta qué punto la identificación histérica con el dolor de insatisfacción bordeaba estrechamente la hiancia psicótica de la melancolía.

* *¿Habría una disposición particular de ciertos sujetos a la histeria?*

* Las preguntas que me aplicaré a responder fueron redactadas en su conjunto sobre la base de intervenciones formuladas a raíz de diferentes exposiciones orales sobre el tema de la histeria.

¹⁵ Véanse las propuestas teóricas de Eric Brenman y Herbert Rosenfeld en J. Laplanche, "Panel on 'Hysteria today'", *Int. Journ. of Psycho-Anal.*, 1974, 55, págs. 459-468.

"¡Todos somos histéricos!"

En primer lugar, debería contestarle que, a nuestras horas y de maneras muy diversas, todos somos neuróticos,

126

pues todos debemos confrontarnos con el fantasma de castración y esto indefinidamente. La experiencia de la castración se renueva sin cesar a lo largo de una existencia, y nos hallamos cotidianamente expuestos a la histeria, así como a la fobia o a la obsesión. Debería recoger aquí la conclusión de un célebre psiquiatra contemporáneo de Freud, Moebius, quien, preocupado por ampliar el concepto de histeria, exclamaba: "¡Todos somos histéricos!" Dicho esto, no podemos negar que ciertos sujetos no hacen ningún caso de la prueba de castración, mientras que otros se fijan a ella hasta la extenuación. Pero, volviendo a su pregunta, ante todo debo recordarle que Freud consideraba la disposición a la neurosis como un enigma irresuelto. Ahora bien, Breuer, el amigo de Freud, había construido una teoría etiológica de la histeria basada precisamente en un estado particular del yo por el cual el sujeto está más expuesto a sufrir un trauma y a hacerse histérico. Breuer creía que para provocar un trauma generador de histeria no sólo se necesitaba el impacto local del choque traumático, sino sobre todo que este impacto encontrase una disposición psíquica favorable en un yo aquejado de un débil nivel de conciencia. Ahora bien, dado que semejante estado psíquico de obnubilación crepuscular, muy permeable al impacto de una agresión, podía reproducirse artificialmente bajo hipnosis, Breuer lo denominó "estado hipnoide". Al igual que Freud, Breuer bautiza a la histeria según lo que él privilegia como causa principal. Al entender que la causa es esa disposición psíquica particular llamada "hipnoide", designa a la histeria como "histeria hipnoide".

** ¿Podría precisar más las razones por las que no existiría una histeria femenina diferenciable de una histeria masculina?*

127

Antes de responder quisiera recordar que este ensayo sobre la histeria lleva claramente la marca de mi trabajo como analista. En efecto, para sostener las hipótesis actuales, hizo falta situarse primero en el espacio del consultorio analítico, haberse analizado, estar sentado en el sillón del psicoanalista y someterse a la experiencia de la escucha. Se advierte que en un momento u otro de la cura ciertos pacientes adoptan, según sus maneras de ser y de decir, lo que nosotros llamamos una posición histérica; una posición que puede ser asumida tanto por un hombre como por una mujer, sin diferencia específica. La posición histérica no se deja reducir al dualismo hombre/mujer. Por eso creemos que es un error examinar, como lo hicieron Charcot e incluso autores contemporáneos, una entidad que se llamaría "histeria masculina". Tal distinción, histeria

femenina/histeria masculina, no sólo es invalidada por la práctica, también por la teoría. Sostener esta división es ignorar que la histeria encarna, como hemos visto, el sufrimiento de un ser que no está determinado en cuanto a su identidad sexual. El histérico sufre de no saber si es un hombre o una mujer. No puede decirse hombre o mujer porque se ha quedado en el umbral de la experiencia de la angustia de castración. Afirmar que el histérico sufre de no saber si es hombre o mujer equivale a decir que permanece coagulado en su fantasma, en el cual el mundo no se divide en hombres y mujeres sexuados, poseedores unos de un pene y los otros de una vagina, sino que se escinde entre los poseedores de falo y los que están desprovistos de él. Hay que hablar claro: el mundo del histérico es un mundo infantil compuesto de potentes y de impotentes, de fuertes y débiles, de jóvenes y viejos, de atletas y discapacitados. El histérico sufre porque se equivoca de escena: su drama transcurre en una realidad fantasmática de niño donde la oposición hombre/mujer es inexistente, mientras que él vive este drama en un mundo donde la

128

realidad sexuada es ciertamente problemática, pero insoslayable.

Por supuesto, hoy podríamos llamar histeria masculina a la histeria de la que un hombre —anatómicamente hablando— estaría afectado; pero semejante clasificación sería un contrasentido profundo con respecto al sufrimiento mismo de la histeria: sufrir de no saberse hombre o mujer; más exactamente, reprimir la diferencia de sexos hasta el punto de ignorarla. ¿Cuál es, en efecto, el deseo del histérico? Con Lacan, sabemos que el deseo del histérico es un deseo de insatisfacción. Pero, entendámonos: ¿de qué insatisfacción se trata? No sólo de la insatisfacción vivida por el histérico y en la que se complace con tanta obstinación, sino también de la insatisfacción propia de la relación entre un hombre y una mujer. El deseo del histérico es el deseo de alcanzar el punto de insatisfacción de un hombre en relación con la mujer amada, o de una mujer en relación con el hombre amado. El histérico tiende siempre a instalarse en el centro medular de la pareja, en ese punto donde el lazo hombre/mujer desfallece porque ambos son seres sexuados y hablantes. Pero asimismo debemos comprender que el histérico sufre por su indeterminación sexual y a la vez la mantiene como una ambigüedad necesaria y tranquilizadora. Digámoslo en otra forma: el histérico prefiere ignorar su sexo y sufrir de esta ignorancia antes que atravesar la dolorosa prueba de la castración, que lo conduciría a no ser hombre o mujer sino a poder sostener el enigma del sexo del hombre y de la mujer.

** ¿Por qué hay más histéricas mujeres que histéricos hombres ?*

Su pregunta es una muy vieja pregunta que los psiquiatras, los etnólogos y los psicoanalistas siempre se

129

hicieron, pero a la que nunca dieron una respuesta terminante. Trataré de responderle desde el punto de vista psicoanalítico, sin olvidar que el problema fue ya largamente tratado en el campo de la etnopsiquiatría y a menudo en forma notable. ¿Sólo en nuestra cultura occidental y judeocristiana hallamos esa afinidad histeria-femineidad? ¿Qué ocurre en las otras civilizaciones contemporáneas? O incluso, en el seno de nuestro propio contexto cultural, ¿cuál es y cuál fue la influencia que ejercieron sobre este hecho social palpable las figuras femeninas de la religión cristiana, Eva, María, María Magdalena, etc., todas ellas históricas ejemplares? Estas interrogaciones plenas de interés son legítimas y merecen ser estudiadas con seriedad.

Vayamos ahora a la respuesta psicoanalítica, recordando primero una importante proposición teórica que ya hemos expuesto, a saber: el histérico sufre como histérico porque sigue petrificado en la posición de ser el objeto querido, amado y deseado del otro, de un Otro con mayúscula, por cuanto se trata del Otro de sus fantasmas inconscientes. Ahora bien, si hay alguien que debe pasar normal y obligatoriamente por ese estadio de ser el objeto del Otro, ese alguien es la mujer. Según la teoría freudiana, la mujer, en su hacerse mujer, debe atravesar la identificación con el objeto del padre, es decir, con el falo. Para soportar la confirmación de una castración ya presente y hallar solución a la apetencia de poseer un pene, la chiquilla se identifica con el pene o, digámoslo mejor, se identifica con el falo del padre. Como no tiene el objeto tan apetecido, entonces se convierte en este objeto, se hace a sí misma falo paterno. Señalemos de inmediato dos reservas. Primero, la identificación con el objeto fálico paterno puede variar fácilmente y transformarse en una identificación con los diferentes rasgos de la persona del padre. Y después, segunda reserva, esta identificación no se cristaliza nunca. En su hacerse mujer, durante algunos

130

años, la chiquilla atraviesa provisionalmente una fase masculina: se hace varón, como manera de ser el falo paterno. Esta fase dura en principio hasta la pubertad, edad en la cual la adolescencia ve brotar por fin su femineidad. Ahora bien, ¿qué sucede con el histérico? ¿Por qué hay más histéricas mujeres que histéricos hombres? O, mejor dicho, ¿por qué la histeria está teñida siempre de femineidad? Pues bien, porque todo neurótico histérico, sea hombre o mujer, ha efectuado la misma identificación con el falo del Otro paterno que la realizada por la mujer en su evolución normal. Pero con esta diferencia de fondo: el devenir femenino de una mujer comporta necesariamente el reconocimiento, no exento de dolor, de que su sexo sigue siendo un enigma, pero de que no es el falo ni la ausencia de falo. En cambio, el histérico permanece asido a la identificación neurótica y penosa con el falo. Se comprende ahora que haya más mujeres histéricas que hombres, porque la mujer sigue estando más expuesta que el hombre a cristalizarse en la identificación fálica.

* *¿Podría explicar mejor con qué objeto se identifica el histérico?*

La identificación del histérico

Diré, para empezar, que el yo del histérico efectúa una identificación con la imagen del otro considerado solamente en cuanto ser sexuado. Para ser más exactos, con la imagen de la región genital del otro. Karl Abraham emplea esta expresión de "región genital" para indicar el lugar imaginario del sexo del otro, fuertemente investido por los pacientes histéricos en menoscabo del resto de la imagen de la persona. Como si el sujeto histérico focalizara y precipitara todo su yo sobre el foco genital de la

131

imagen del otro, anulando el resto de la imagen. Esta identificación del yo histérico con los órganos genitales del otro es precisamente lo que examinábamos como identificación del sujeto con el falo que le falta al Otro castrado. Sin embargo, Abraham reconoce también la posibilidad inversa: el histérico se identifica con la imagen de conjunto de la persona, pero desprovista de sexo; como si, a la altura de los genitales, la imagen se hallase opacada por una mancha blanca.

Recordemos el pasaje donde K. Abraham, en el segundo volumen de sus Oeuvres complètes (pág. 300), al comentar el caso de la relación de una paciente histérica con su padre, describe esta doble modalidad de identificación parcial: "Una sobreabundancia de manifestaciones neuróticas pone de manifiesto el interés exclusivo y compulsivo [de la paciente] por una sola parte del cuerpo de su padre, el pene. A los ojos de esta paciente el padre ya no revestía el carácter de un ser total, no quedaba de él más que una sola parte. Esta era el objeto de su compulsión de ver (acechar los contornos de los órganos genitales a través de la vestimenta del padre). Además, se identificaba inconscientemente unas veces con el padre y otras con sus órganos genitales, que habían pasado a ser su representante".

Para ilustrar mejor esta doble identificación con la imagen del otro, repasemos brevemente el caso de Dora, la paciente histérica de Freud. Veremos que Dora se identifica, sea con la imagen del otro reducido al lugar genital, y en este caso el otro es percibido como cosa sexualmente deseable; sea con la imagen del otro privado del lugar genital, y por consiguiente el otro es percibido como sexualmente deseante, puesto que, al tener un agujero, desea completar su falta. Recordemos con qué intensidad puede desempeñar Dora los dos papeles complementarios correspondientes a la señora K. (deseable) y a su padre (deseante), en la escena de su propio

132

fantasma histérico. En primer lugar, el papel en que la señora K. se revela como objeto sexualmente deseable a los ojos del padre; la señora K. se reduce entonces a la dimensión exclusiva de cosa sexual, de cosa sexualmente deseable por un amante masculino.¹⁶ Pero, recíprocamente, Dora también puede cumplir el papel opuesto del deseante habitado por la falta; se identifica entonces con su padre deseoso de una mujer. Ahora bien, corresponde señalar en este punto que el impulso de este movimiento identificatorio con el deseante es impreso por una tendencia fundamental del yo histérico a identificarse no sólo con un deseante que busca, sino también con un deseante que goza buscando, con un deseante que goza de hallarse en estado de deseo. De este modo, la identificación más inmediata de Dora con el padre deseante forma parte de una línea tendida hacia el horizonte intangible en el que se hallaría por fin la esencia enigmática de la femineidad. Dora espera, pues, más allá de todos los límites, unirse a la señora K., a la que esta vez fantasmaliza no como cosa deseable sino como portada por el deseo supremo, el misterioso deseo femenino, puro deseo sin objeto asignable.

Pero hay además una tercera modalidad de la identificación histérica. Esta variante, un tanto inadmisibles para el pensamiento, tiene sin embargo un alcance clínico decisivo. El yo histérico se identifica no sólo con la imagen local del otro: con la señora K. en tanto cosa sexualmente deseable y con el padre deseante de la dama; sino también

133

con la emoción del orgasmo, que Dora fantasmaliza en el abrazo de un hombre y una mujer. Ya en 1895, Freud no vacilaba en tener al ataque histérico por el equivalente de un orgasmo. Cuando vean a una histérica desmayarse, no lo duden —aseguraba Freud—, el sujeto hace algo más que gozar, se identifica con la efusión sexual compartida por los miembros de la pareja fantasmalizada. Ya no es suficiente afirmar que el yo histérico se identifica con la imagen del otro sexualmente deseable ni con la del otro sexualmente deseante; hay que ir todavía más allá y señalar —aunque parezca sorprendente— la perfecta asimilación del yo con el hecho mismo de la efusión sexual de la pareja. Efusión que, no lo olvidemos, es fundamentalmente insatisfacción de la pareja, pues en el fantasma del histérico el encuentro sexual es siempre un fracaso. Como se ve, en la unidad de una sola entidad clínica, la histeria, hallamos contenida la diversidad de las tres variantes de la identificación del yo con un aspecto parcial del otro. Ninguna estructura clínica encierra una pluralidad tan clara de identificaciones parciales,

¹⁶ La cosa sexualmente deseable en la que se convierte la señora K. es llamada *falo* por el psicoanálisis. Si acudimos a la teoría lacaniana, la expresión completa sería "falo imaginario"; imaginario porque esa cosa en la que la señora K. se resuelve es el lugar sexual —región genital— percibido en la imagen del otro. Una frase de Lacan apoya este enfoque: "(...) el falo, o sea la imagen del pene, es negativizado en su lugar en la imagen especular [del otro]" [*Ecrits*, pág. 822).

irreductibles entre sí e igualmente complementarias. En definitiva, la histeria consiste en la asunción de todos los lugares del cortejo sexual, uno por uno, de todas las posiciones relativas al deseo. Todo sueño, síntoma o fantasma histérico condensa y actualiza una triple identificación: identificación con el otro deseado, con el otro deseante y con la insatisfacción de los dos amantes. Incluso habría que agregar una última identificación, típica de la histeria, con el tercer personaje que reúne o separa a la pareja. A la pregunta más general sobre la naturaleza del objeto de la identificación histérica, habría que responder: el objeto de la identificación no es la mujer amada,^{*} ni el hombre amante, ni tampoco su

134

común insatisfacción sexual, ni tampoco el tercer personaje excluido de la escena, sino todo esto junto y simultáneamente. En una palabra, el objeto central de la identificación histérica no es un objeto preciso sino el lazo que liga uno con otro a los miembros de la pareja fantasmaticada.

** ¿Discierne usted entonces cuatro modos de identificación histérica: con el hombre deseante, con la mujer deseable, con el otro que provoca su encuentro, y además con la insatisfacción de la pareja hombre y mujer?*

Maternidad e histeria

Absolutamente. Pero usted me da ocasión para insistir sobre mi hipótesis de la quinta identificación histérica. El sujeto histérico se identifica, en efecto, con el hombre, con la mujer, con el tercero excluido de su encuentro, con el dolor que los separa, pero sobre todo —última identificación— con el espacio que reúne y contiene a la pareja. La vida de una histérica está atravesada por un fantasma fundamental que se perfila siempre en el horizonte y que podría formularse así: "Yo soy —diría la histérica— no el hombre, ni la mujer, ni el dolor de su lazo, sino esa tierra que ha acogido su encuentro divino, un encuentro sin comercio carnal del que no obstante, yo sería fruto". He aquí la quinta identificación; corresponde a ese fantasma en el cual el sujeto histérico hace las veces de crisol que alberga y protege el acoplamiento divino de dos cuerpos sin sexo. Fantasma que me condujo a considerar esta última identificación del histérico con la identificación con el útero en cuanto órgano hueco contenedor de la fecundación de las células germinales, sin cuerpo sexuado que las haya producido. Es como si en el histérico el útero

135

fuera, según decía Platón, un órgano migratorio, un falo móvil que vaga por

^{*} Se comprende por qué es un error creer que el deseo histérico es un deseo homosexual.

su mundo fantasmático: de órgano interno amenazado por la penetración pasa a ser el contenedor externo que abraza a dos cuerpos inmaculados. La notable observación de Platón imaginando el útero como un animal sediento vagando por el cuerpo de la mujer en busca de un contenido que lo colme y apacigüe, toca el punto más candente de nuestro trabajo clínico con pacientes histéricas. Este punto concierne a la cuestión de la maternidad. En efecto, ¿cuántas veces no hemos percibido la disminución del sufrimiento histérico en los últimos meses del embarazo de tal o cual analizanda? Como si a su manera, la maternidad fuera una variante posible del atravesamiento de la prueba de castración, en la que el útero deja de ser un falo amenazado y a la deriva para dar paso a esa otra figura del falo que es el hijo por nacer.

** He seguido atentamente el paralelo que usted hace entre la repulsa de la castración y la repulsa de la femineidad en el neurótico, ahora bien, ¿qué sucede con la femineidad en un hombre neurótico que logró atravesar la prueba de angustia?*

La femineidad del padre

Su pregunta es importante porque toca a la relación del hombre con la femineidad y con la función paterna.¹⁷ En efecto, si el neurótico se arriesga y atraviesa la prueba de angustia, la femineidad que él rechazaba con horror — femineidad encarnada por la imagen de una mujer castrada

136

y humillada—, se transforma en una femineidad distinta, la suya propia, que podemos llamar la parte femenina de un hombre. Ahora bien, mi hipótesis es ésta: yo creo que el hombre llamado a ocupar el lugar de padre debe reconocer en él su parte femenina. En efecto, quien reconoce con dolor su parte femenina tiene más posibilidades de asumir el difícil papel de padre que quien no reconoce su femineidad. ¿Por qué? Para contestar, debemos retomar nuestra definición de la neurosis. Pues una manera de caracterizar el sufrimiento neurótico sería afirmar que el neurótico es aquel que, angustiado, rechaza su femineidad, es decir, rechaza entregarse al Otro, por temor de que abuse de él, lo penetre o lo viole. Como hemos dicho, para un neurótico la femineidad, su femineidad, es sinónimo de pasividad y sumisión. Para él, ser mujer es vivir lo que vive la mujer de sus fantasmas. ¿Y qué vive ella? Ella padece de estar castrada. La mujer fantasmática, neuróticamente fantasmática, es un ser castrado, sometido y siempre expuesto a la acción perversa de un Otro; para ser más exacto, a la acción de un padre perverso y tiránico. Quisiera insistir y subrayar bien que la idea que se forma el neurótico respecto de la femineidad es enteramente producto de sus fantasmas angustiantes de castración, y que esta idea no tiene nada que ver con la

¹⁷ La respuesta se extrajo de una entrevista con N.-E. Thévenin, publicada en *Futur antérieur*, n° 2, 1990.

concepción psicoanalítica de la femineidad. Insisto en este punto porque se ha dado un malentendido descomunal entre el psicoanálisis y ciertas corrientes de pensamiento —a menudo feministas— que asimilan fantasma del neurótico con teoría analítica, acusando a los psicoanalistas de la idea neurótica de mujer castrada y, por consiguiente, sometida.

No puedo explayarme más sobre esta observación, pero se necesitaba este repaso para comprender el sentido de la expresión: repulsa de la femineidad. Para un neurótico, rechazar su femineidad significa rechazar con miedo el riesgo imaginario de perder algo de su ser o de

137

perder su ser entero: "No quiero someterme ni permanecer dependiente de un Otro al que tengo por un padre omnipotente, supuestamente capaz de penetrarme y destruirme, y al que sin embargo amo". Así, pues, la neurosis comprende cuatro componentes: la angustia de sentirme amenazado por un Otro perverso (un padre), la negativa obstinada a abrirme a él, la demanda imperiosa de que continúe amándome, y esos efectos de la angustia que son la obliteración del pensamiento y del cuerpo (síntomas). Puede usted imaginarse que, en un estado subjetivo semejante, el neurótico experimentará muchísimas dificultades para asumir el papel de padre, para ser él mismo un padre. ¿Por qué? Por dos razones. En primer lugar, porque su propio padre, el padre de sus fantasmas, ocupa ya todo el espacio; el neurótico, fantasmáticamente, sigue siendo un niño. Y después, porque no puede y no quiere identificarse con ese padre al que teme, ama y detesta.

Ahora veamos al hombre que, opuestamente al neurótico, acepta su parte femenina. Este hombre ha logrado atravesar la prueba de angustia y comprender que, cualquiera que sea la solución de este pase, sigue habiendo una pérdida inevitable. Antes se angustiaba ante la idea de arriesgar todo su ser; ahora ha comprendido que, sean cuales fueren los riesgos de esta prueba psíquica, nunca quedará enteramente destruido y que de todas maneras perderá una parte de él mismo. Ya no debe hacer ninguna elección sino vivir lo que tiene que vivir. En este pase exitoso, el Otro de sus fantasmas cesa de ser un padre castrador para convertirse simplemente en un ser entre otros, marcado por un límite común a todos los humanos. Esto significa que el sujeto que haya cruzado la prueba integrará su parte femenina. Es decir que asumirá serenamente la ausencia de una identidad sexual establecida de una vez para siempre, y la imposibilidad de definir con certeza la naturaleza del ser sexual hombre y del ser

138

sexual mujer. Aceptar su parte femenina es, para un hombre, aceptar que su ser sexuado quede como un enigma que reaviva y anima su deseo. El hombre que admitió así su femineidad y que un día se convirtió en padre, se hallará en la

mejor posición subjetiva para conducir a sus hijos a las puertas de la prueba que da paso a la edad adulta.

LA CEGUERA HISTÉRICA SEGÚN LAS TEORÍAS DE CHARCOT, JANET, FREUD Y LACAN

Consideremos ahora ese síntoma de conversión reconocido desde siempre como el emblema del sufrimiento histérico: la ceguera o, para ser más exactos, la ceguera histérica. En un texto de gran concisión, Freud se valió de este trastorno visual como ejemplo capaz de ilustrar la concepción psicoanalítica de la formación de un síntoma.¹⁸ A lo largo de este trabajo Freud menciona las diferentes teorías etiológicas de la histeria propuestas por la Escuela francesa de la época (Charcot, Janet, Binet, etc.) e invita al lector a la lectura de los trabajos de estos autores. Tras seguir el consejo de Freud y consultar los diversos tratados sobre la histeria publicados en Francia a finales del siglo XIX, grande fue nuestra sorpresa ante la pronunciada cercanía de opiniones, sobre todo entre Freud y Janet. En *Etat mental des hystériques*, libro capital de Pierre Janet, encontramos en efecto pasajes notables y frases decisivas referidas precisamente a la ceguera histérica. Ciertas enunciaciones de este libro y de otras obras de Janet fueron recogidas casi palabra por palabra en los textos freudianos. Hay frases que,

141

curiosamente, los psicoanalistas citan como procedentes de la pluma de Freud y que brotan enteramente del pensamiento de Janet. Como por ejemplo esta fórmula que Freud propone en su artículo, recogida con frecuencia y comentada en numerosos escritos analíticos, y que hallamos, salvo escasos detalles, en Janet: "Los que están aquejados de ceguera histérica sólo son ciegos para la conciencia; en lo inconsciente, ven".

Estas afinidades entre la obra freudiana y la de la Escuela francesa nos incitaron a establecer un cuadro evolutivo entre las teorías de Charcot, Janet y Freud en cuanto a la génesis de la ceguera histérica. Este cuadro nos mostrará en qué forma, a partir de Charcot, el pensamiento sobre la histeria se modifica progresivamente hasta llegarse a la ruptura radical operada por Freud. Para completar ese recorrido, añadimos al cuadro el aporte de Jacques Lacan.

TEORÍA DE CHARCOT SOBRE LA CEGUERA HISTÉRICA

"No veo más" igual "ceguera"

Para Charcot, como para muchos otros psiquiatras de su época, especialmente

¹⁸ "Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique" en *Névrose, psychose et perversion*, P.U.F., 1978, págs. 167-173.

Briquet, la histeria es una enfermedad producida por la acción incisiva de una idea o de una representación psíquica fuertemente cargada de afecto. Si la representación es fuerte, quiero decir si representa una sensación intensa, excesiva, entonces tendrá el inmenso poder de trasponerse brutalmente a la realidad del cuerpo y de manifestarse en forma de síntoma somático. Si a través del hipnotismo o de la autosugestión, una idea penetra en la psique permeable del sujeto y cobra un elevado valor afectivo, el cuerpo ejecuta inmediatamente el contenido de la idea. La representación

142

de un movimiento fuertemente sentido: "siento que camino", es ya el movimiento en vías de ejecución : el sujeto camina efectivamente. Si se toma el ejemplo contrario, el de la representación de la ausencia de movimiento: "ya no puedo caminar", la parálisis motriz se ha instalado. En una palabra, para estos autores que son Briquet, Charcot y Bernheim, el sufrimiento corporal histérico resulta de la encarnación plástica de una idea o, más exactamente, de la traducción a la lengua del cuerpo de una frase gramatical afirmativa o negativa. Subrayemos el carácter gramatical de la frase, pues justamente en este punto Janet marcará uno de sus desacuerdos con su maestro Charcot. Se deduce fácilmente que el trastorno histérico de la visión, en el que el sujeto pierde potencialmente la vista, se explicaría por el impacto de una representación que diría: "no veo más". Así, la ceguera histérica es producida, según estos autores, por una representación fuertemente cargada de afecto que enuncia la ausencia de visión: "no veo más"; recíprocamente, esta representación es la causa de la ceguera. Digamos también que esta concepción era común a Charcot y a Bernheim. Sin embargo, ambos maestros de la psiquiatría discrepaban en cuanto a la mayor parte de las cuestiones relativas a la histeria. Una de las divergencias más notorias puede resumirse así. Charcot consideraba que la representación patógena se había introducido en el sujeto a raíz de un incidente traumático provocado por un agente exterior. Para justificar la validez de esta afirmación, Charcot practica el hipnotismo. Demuestra entonces que la orden impartida al sujeto hipnotizado y consistente en una idea o frase, es susceptible de provocar un síntoma histérico. Bernheim, por el contrario, entendía que dicha representación había nacido espontáneamente en el interior del sujeto y por autosugestión. Según Bernheim, el histérico, al decirse a sí mismo que no podía ver, se volvía automáticamente ciego.

143

TEORÍA DE JANET SOBRE LA CEGUERA HISTÉRICA

En la teoría de Janet, el "no veo más" de Charcot es reemplazado por

un "ver" que va vagando en lo subconsciente. "Ver" que va vagando en lo subconsciente equivale a la ausencia de ver en lo consciente (ceguera).

Pierre Janet, discípulo de Charcot y contemporáneo de Freud, estudió con gran rigor el fenómeno de la ceguera histérica en numerosos trabajos. Como todos los autores de la época, Janet asienta su teoría en este principio establecido por Charcot y Briquet: una idea, si resulta excesivamente cargada de afecto, se traducirá inevitablemente en una alteración somática. Así pues, la histeria es una enfermedad por representación. Este principio ampliamente aceptado recibirá por parte de Janet múltiples correcciones. Sus rectificaciones son sumamente importantes para nosotros, los psicoanalistas actuales, porque algunas de ellas no sólo serán recogidas por Freud sino que llegarán hasta nosotros a través de varias generaciones de analistas. ¿Cuáles son, pues, estas rectificaciones aportadas por Janet? He aquí las principales.

Recordemos ante todo un punto previo. Janet postula la necesidad de separar dos planos radicalmente diferentes en la vida psíquica. Siguiendo la teoría —de sumo interés para nosotros— de Maine de Biran y, más allá, Leibniz, Janet distingue entre el plano de la conciencia y el plano de lo subconsciente. Estos dos planos se encuentran contenidos en una instancia más global que Janet llama el yo [moi]. Este yo sería capaz de sintetizar en una sola percepción (denominada "percepción personal") los dos registros, consciente y subconsciente. La percepción del yo sintetiza a la vez una sensación subconsciente y el reconocimiento de esta sensación por el pensamiento

144

consciente. La sensación subconsciente "ver", por ejemplo, será inmediatamente vivida por mi conciencia como una sensación que me es propia. El yo efectúa una percepción que sintetiza los dos aspectos, subconsciente y consciente, bajo la forma de un "yo veo".

Partiendo de este dato previo, Janet construye su concepción etiológica de la histeria. Enuncia la hipótesis de que la causa de la enfermedad reside en la debilidad psicológica del yo de los histéricos en cuanto a efectuar una síntesis mental. El histérico está enfermo porque su yo es incapaz de sintetizar la sensación con el pensamiento que la aprehende, lo sentido con las palabras que lo expresan. Falto de síntesis, el yo se disocia, y entre la conciencia y lo subconsciente se abre un espacio que termina haciendo de ellos dos instancias completamente autónomas. Resulta de esto, pues, lo siguiente:

1. Según Janet, la representación psíquica "no veo más", que para Charcot era origen de la ceguera, es una representación demasiado compleja como para que el débil yo del histérico pueda reconocerla e integrarla. En lugar del yo demasiado permeable de Charcot, que deja introducirse en el psiquismo la representación "no veo más" y convertirse directamente en ceguera, Janet propone un yo demasiado

débil como para elaborar el afecto "ver" mediante un pensamiento coherente. Mientras que para Charcot el problema de la histeria reside en la permeabilidad del yo, para Janet reside en la debilidad psicológica del yo.

2. Así pues, Janet piensa que el yo histérico es demasiado débil para sintetizar una frase tan elaborada como el "no veo más" propuesto por Charcot. Por consiguiente, en el caso del yo débil del histérico es preciso suprimir los dos componentes más abstractos de la frase

145

"no veo más", que son el pronombre personal "yo" [je] (representado en castellano por la desinencia verbal), y la negación "no más". Y conservar solamente la pura sensación subconsciente reducida a un simple "ver".

3. De este modo, nos queda sólo el verbo "ver", que pertenece a lo subconsciente. Elemento primitivo, sensación pura, el "ver" escapa a todo dominio de un débil yo sintetizador que quisiera asimilarlo mediante una elaboración donde intervendría un agente: el "yo" [je], y una operación abstracta: la negación. Con Charcot, la representación era un "no veo más" y se localizaba en el campo indeterminado de lo mental; con Janet, la representación es "ver" y se localiza en el campo bien determinado de lo subconsciente. El nombre que da Janet a esta representación subconsciente, y rebelde al yo histérico, será "idea fija subconsciente".

4. Así pues, la representación "ver" constituye una representación altamente cargada de afecto, aislada, desprendida del yo y dando vueltas por el espacio de lo subconsciente. Como esta representación subconsciente "ver" permanece excluida e inintegrable en el conjunto de representaciones que componen el yo histérico, la actividad visual faltará también en el conjunto de las funciones yoicas. Digámoslo de otra manera: como la representación "ver" falta en el yo, entonces la vista le faltará al sujeto (ceguera).

De este modo, la falta de la representación "ver" en el yo se traduce por una ausencia de visión en el cuerpo. La ceguera histérica no es provocada, pues, por la acción de una representación "no veo más" (Charcot), sino por la falta de una representación subconsciente, rebelde al yo: "ver".

146

Detengámonos aquí un instante e invitamos al lector a repasar nuestros desarrollos sobre la teoría freudiana del trauma como causa de la histeria. El lector comprobará hasta qué punto la "idea fija" de Janet es la hermana gemela de la representación inconciliable de Freud. Dos hermanas aparentemente semejantes pero que se convierten en dos seres radicalmente heterogéneos a partir del

momento en que irrumpe la sexualidad. Sí, precisamente, con la sexualidad surge la conmoción innovadora del aporte freudiano. Si Janet no fue Freud, es precisamente porque nunca pudo imaginar que el afecto que inviste a la idea fija fuese un afecto sexual.

TEORÍA DE FREUD SOBRE LA CEGUERA HISTÉRICA

El "ver" subconsciente de Janet es reemplazado en la teoría de Freud por "ver" inconscientemente el sexo. La ceguera resulta de una restricción violenta del yo contra un inconsciente perverso: "Ya que tanto quieres ver cosas sexuales, pues bien, no verás nada más".

1. Freud toma de Janet la teoría de lo inconsciente y de la disociación del yo, pero introduce el factor revolucionario de la sexualidad. Según Freud, el "ver" inconsciente es una sensación de placer sexual escoptofílico obtenido durante la percepción del encanto sexual del objeto amoroso. Subrayemos el doble aspecto de la sexualidad: hay algo sexual en el placer de mirar (escoptofilia) y en el objeto que uno mira (encanto sexual). Desde el momento en que se considera a la sensación "ver" como una sensación sexual, y al objeto mirado como un objeto sexual, se modifica y debe ser enteramente revisada toda la dinámica de la relación entre el yo, lo consciente y lo inconsciente.

147

2. Puesto que el "ver" inconsciente es sexual, entonces el yo histérico, en lugar de asimilar y sintetizar este "ver", como creía Janet, va a intentar por el contrario aislarlo más y, para decirlo todo, reprimirlo. Para Janet, el yo histérico está enfermo por ser débil, mientras que para Freud, como veremos, está enfermo por hallarse excesivamente ofuscado. El yo reprime tan violentamente la representación sexual para él intolerable —"ver"—, que suprime definitivamente toda función visual. La ceguera histérica se explicaría según Freud como el resultado de una represión demasiado desmesurada, efectuada por un yo que se ensaña con el "ver" sexual e intolerable; un yo tan indignado ante la sexualidad y que pretende contrarrestarla tan torpemente que acaba por cegarse y por hacerse daño a sí mismo. La ceguera histérica es el efecto observable y manifiesto de la lucha subterránea librada contra lo sexual por un yo desesperado.

Si comparamos la teoría freudiana de la psicogénesis de un síntoma de conversión con las otras dos teorías de la Escuela francesa, estaremos en presencia de tres concepciones del "yo" histérico perfectamente diferenciadas: el yo demasiado permeable de Charcot, el yo demasiado débil de Janet y el yo demasiado desesperado de Freud.

TEORÍA DE LACAN SOBRE LA CEGUERA HISTÉRICA

NUESTRA LECTURA

" Ver" inconscientemente el sexo en la teoría de Freud se traduciría en Lacan por: "El yo es un ojo erógeno que mira el sexo del Otro", se traduciría además por: "El yo es un falo que mira el falo del Otro", se traduciría finalmente por: "El yo es un falo que mira la potencia /impotencia del Otro".

148

No emprenderemos aquí el examen exhaustivo de la teoría lacaniana de la mirada, que hemos desarrollado en otro lugar.¹⁹ Nos limitaremos a destacar el aporte, crucial a nuestro juicio, de Lacan respecto de la concepción freudiana de la ceguera histérica.

¿En qué consiste la particularidad de la avanzada lacaniana respecto de las tres teorías precedentes? Lacan introduce una modificación sustancial en el esquema propuesto por Freud para explicar la ceguera histérica. Esta modificación puede resumirse en una breve frase: fantasmaticar el esquema freudiano. ¿Qué queremos decir? Que Lacan interpreta el "ver" inconscientemente el sexo propuesto por Freud, como una acción desplegada entre dos personajes principales de una escena fantasmática, el yo y el Otro. "Ver" el sexo en lo inconsciente pasaría a ser: "el yo mira el sexo del Otro". Estos dos personajes, el yo y el Otro, son los actores del fantasma de castración. Por un lado, ya no se trata del yo represor descubierto por Freud, sino de un yo-ojo-erógeno captando visualmente la falla del Otro castrado. Enfrente, tenemos precisamente al Otro, personaje característico que habiendo sido castrado no tiene otro sexo que el agujero dejado por la ausencia de falo. Así, "ver" el sexo en lo inconsciente se transforma en: unos ojos erógenos miran el agujero del Otro. Si seguimos la lógica del fantasma de castración que establecíamos en los capítulos anteriores, diremos que el yo-ojo-erógeno no sólo percibe la falla en el Otro sino que se identifica con el objeto falo del que el Otro fue privado. De esto resulta entonces que el yo-falo percibe visualmente la falta de falo en el Otro. Si traducimos esta última fórmula a términos más generales, concluiremos diciendo que el yo mismo es un sexo en

149

busca de la falla del Otro; sea esta falla una impotencia o una potencia en demasía.

¹⁹ J. -D. Nasio, *Le Regará en psychanalyse*, I y II (seminario inédito.!, 19Sb y 1987.

A los ojos del histérico, el sexo del Otro no es el pene y tampoco la vagina, sino su falla revelada por una debilidad demasiado grande o por un exceso de potencia. Lo que conmueve a un histérico no es el encanto de lo sexual (en el sentido de lo genital), sino el encanto que emana de la fuerza o, por el contrario, de la fragilidad del compañero. Freud afirmaba que el ojo ciego del histérico no veía en la conciencia, pero veía en lo inconsciente el encanto erótico del otro amado. Con Lacan, propondremos que el ojo ciego del histérico es seducido por el encanto erótico emanado de otra persona que no es ni viril ni femenina, sino desfalleciente u omnipotente.

EXTRACTOS DE LAS OBRAS DE S. FREUD Y DE J. LACAN SOBRE LA HISTERIA*

La causa de la histeria no es el trauma de una agresión exterior, sino la huella psíquica dejada por la agresión. Esta huella, demasiado cargada de afecto, aislada, penosa para el yo, debe entenderse como el origen del síntoma histérico

"El traumatismo psíquico, y como consecuencia su recuerdo, actúan a la manera de un cuerpo extraño que mucho tiempo después de su irrupción continúa ejerciendo un papel activo."¹ Freud.

El origen de la histeria es la huella psíquica de un trauma de contenido sexual

"Afirmo, pues, que en la base de cada caso de histeria hallamos uno o varios acontecimientos de una experiencia sexual prematura."² Freud.

151

La histeria es una enfermedad provocada por una mala defensa del yo: la represión. Así, pues, la histeria es llamada "histeria de defensa"

"La irrupción de la histeria se remonta casi invariablemente a un conflicto psíquico, a una representación inconciliable que pone en acción la defensa del yo y provoca la represión."³ Freud.

"Para que se forme un síntoma histérico tiene que haber

* Las frases en bastardilla que anteceden a las citas, son del autor. Expresamos aquí nuestro reconocimiento a los editores de las obras de Freud y Lacan que nos permitieron reproducir las respectivas citas.

¹ "Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques", *Eludes sur l'hystérie*, P.U.F., 1981, pág. 4.

² "L'étiologie de l'hystérie". *Névrose, psychose et perversion*, P.U.F., 1978, pág. 95.

³ *Ibíd.*, pág. 192.

un esfuerzo de defensa contra una representación penosa."⁴ Freud.

La conversión es un fracaso de la represión; consiste en la transformación de una sobrecarga energética que pasa del estado psíquico (representación inconciliable) al estado somático (sufrimiento corporal)

"En la histeria, la representación inconciliable se ha tornado inofensiva debido a que su suma de excitaciones es trasladada a lo corporal, proceso para el cual propondré el nombre de conversión."⁵ Freud.

Tres autores en la historia de la histeria que afirman hasta qué punto los síntomas somáticos de conversión no obedecen a ninguna ley de la anatomía o de la fisiología del cuerpo, sino que dependen de otra anatomía eminentemente imaginaria.

152

Janet: "Estas anestias [histéricas] en segmentos geométricos no corresponden a regiones anatómicas inervadas por un tronco nervioso, sino a órganos enteros tal como son concebidos y delimitados por el pensamiento popular. Tienen forma de manga de chaqueta, de gigot, de puño de camisa."⁶

Freud: "Sostengo (...) que la lesión de las parálisis histéricas debe ser totalmente independiente de la anatomía del sistema nervioso, ya que la histeria se conduce en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera o como si no tuviera de ella ningún conocimiento.

(...) [La histérica] toma los órganos en el sentido vulgar y popular del nombre que llevan: la pierna es la pierna hasta la inserción de la cadera, el brazo es la extremidad superior tal como se perfila bajo la ropa."⁷

⁴ *Ibíd.*, pág. 104

⁵ "Les psychonévroses de défense", *Névrose, psychose et perversion*, ob. cit., pág. 4

⁶ *Etat mental des hystériques*, vol. I, Rueff et Cié, 1894, pág. 111.

⁷ "Paralysies motrices organiques et hystériques", *Resultáis, jdees,problèmes*, I, P.U.F., 1984, pág. 55.

Lacan:"(...) no se hace una parálisis ni una anestesia según las vías y la topografía de las ramificaciones nerviosas. En la anatomía nerviosa, nada corresponde en absoluto a lo que se produce en los síntomas histéricos. Pues siempre se trata de una anatomía imaginaria."⁸

El sufrimiento vivido por el histérico en un síntoma de conversión equivale a la satisfacción de un orgasmo; y la parte del cuerpo que es asiento de la conversión toma el valor de un órgano sexual

153

"Incontables sensaciones e inervaciones que, con el carácter de síntomas de la histeria, se localizan en órganos al parecer desprovistos de toda relación con la sexualidad (...), constituyen otras tantas satisfacciones de deseos sexuales perversos."⁹ Freud.

"[La histeria intenta] sustituir los órganos genitales por otros órganos que se conducen entonces como órganos genitales de sustitución (...) [órganos que] además de su función normal desempeñarían también un papel sexual, erógeno, que a veces resulta dominante."¹⁰ Freud.

"Los síntomas representan la actividad sexual de los enfermos."¹¹ Freud.

El síntoma de conversión desaparece cuando cobra un valor simbólico producido por la escucha del psicoanalista

"Los síntomas se resuelven al averiguarse su significación psíquica."¹² Freud.

Freud cambia su teoría etiológica de la histeria: el origen de la histeria no es ya un trauma sino un fantasma

154

⁸ *Le Séminaire*, livre III, *Les Psychoses* (texto establecido por Jacques-Alain Miller), Jacques Lacan, col. "Le champ freudien" © Seuil, 1981, pág. 201. (Trad. esp.: *El Seminario*, libro 3, *Las psicosis*, Barcelona, Paidós, 1984.)

⁹ *Introducción á la psychanalyse*, Payot, 1988, pág. 288.

¹⁰ *Ibíd.*, pág. 288.

¹¹ "Mes vues sur le role de la sexualité dans l'étiologie des névroses" *Résultats, idées, problèmes*, I, ob. cit., pág. 120.

¹² *Cinq Psychanalyses*, P.U.F., 1981, pág. 28.154

"El acento ya no recae sobre el elemento 'traumático' en las experiencias sexuales infantiles (...). La textura de la neurosis y su relación con la vida de los enfermos sólo se hicieron transparentes cuando se introdujo el elemento de los fantasmas histéricos."¹³ Freud.

"Los síntomas histéricos no son otra cosa que los fantasmas inconscientes que hallan por conversión una forma figurada."¹⁴ Freud.

La vida sexual del histérico es una paradoja que hace sufrir: un cuerpo muy erotizado coexiste con una zona genital anestesiada

"(...) el enigma contradictorio planteado por la histeria (...) [es] la pareja de opuestos constituida por una necesidad sexual excesiva y un rechazo exagerado de la sexualidad."¹⁵ Freud.

"No vacilo en considerar histérica a toda persona a quien una ocasión de excitación sexual provoca (...) asco, presente o no esta persona síntomas somáticos."¹⁶ Freud.

¿Qué es el asco? Es una repulsa brutal de la sexualidad genital, efectuada no en el plano genital (vaginismo, etc.)

155

sino en el nivel digestivo. La boca pasa a ser un sexo que vomita, y el compañero sexual se reduce a un objeto repulsivo

"Sólo en la función en que el objeto sexual corre hacia la pendiente de la realidad y se presenta como un paquete de carne, surge esa forma de desexualización tan manifiesta que se llama, en el histérico, reacción de asco".

"No he tomado al azar la función del asco. Hay en verdad dos grandes vertientes del deseo según puede surgir

¹³ Mes vues sur le role de la sexualité dans l'étiologie des névroses". *Resultáis, ideas, problemas*. I, ob. cit., pág. 117.

¹⁴ "Les fantasmcs hystériques et leur relation á la bisexualité", *Névrose, psychose et perversion*, ob. cit., pág. 151.

¹⁵ *Trois Essais sur la théorie sexuelle*, trad. por Philippe Koeppl, © Gallimard, 1987, págs. 78-79.

¹⁶ *Cinq Psychanalyses*, ob. cit., pág. 18.

en la caída de la sexualización: por un lado, el asco engendrado por la reducción del compañero sexual a una función de realidad, cualquiera que sea; por el otro, lo que he llamado, a propósito de la función escópica, la *invidia*, las ganas. Las ganas son otra cosa que la pulsión escópica, y el asco otra cosa que la pulsión oral."¹⁷ *Lacan*.

Para Lacan, el deseo del histérico es ante todo un deseo de insatisfacción. He aquí una confirmación de Freud

"Aquellos que [los histéricos] anhelan más ardientemente en sus ensoñaciones, lo rehúyen no bien la realidad se los ofrece, y más gustosos se entregan a sus fantasmas cuando ya no es de temer ninguna realización."¹⁸ Freud.

El histérico adopta con sorprendente facilidad tanto el papel del hombre como el de la mujer, pero sobre todo el
156

papel del tercer personaje por el que se instala el conflicto. Escenifica dramas, se entromete en reyertas y luego, una vez caído el telón, advierte con el dolor de la soledad que todo no fue más que un juego del que él es la parte excluida

"La identificación es un factor importantísimo en el mecanismo de la histeria. Gracias a este medio los enfermos pueden expresar a través de sus manifestaciones mórbidas los estados interiores de gran número de personas y no solamente los propios; pueden sufrir en cierto modo por una multitud de individuos y desempeñar ellos solos todos los papeles de un drama."¹⁹ *Freud*.

Jacques Lacan supo resumir en una frase difícil, pero

¹⁷ *Le Séminaire*, livre XI, *Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse* (texto establecido por Jacques-Alain Miller), Jacques Lacan, col. "Le champ freudien" © Seuil, 1973, pag. 157. (Trad. esp.: *El Seminario*, libro 11, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1986.)

¹⁸ *Cinq Psychanalyses*, ob. cit., pág. 83.

¹⁹ *L'Interprétation des rêves*, P.U.F., 1967, pág. 136.

notable, el poder del histérico de extender hacia el afuera, mucho más allá de los límites de nuestro cuerpo real, la presencia intensa del cuerpo libidinal. La libido es aquí un órgano que, a la manera de un brazo flexible y extensible, lleva muy lejos a ese cuerpo libidinal que Lacan llama "el ser del organismo"

"La libido es esa laminilla que desliza el ser del organismo a su verdadero límite, que va más lejos que el del cuerpo. Esta laminilla es órgano por ser instrumento del organismo; a veces es como flexible, cuando el histérico juega a experimentar su elasticidad hasta el extremo".²⁰
Lacan.

La mujer histérica ignora lo que es el sexo femenino y para saberlo pasa por la intermediación del padre, portador

157

del pene. La histérica se instala en el deseo del padre, para saber desde este lugar qué cosa tiene una mujer de deseable; y para intentar vivir la misma sensación que experimenta su padre de poseer un pene. Cree así que llega a simbolizar tal vez el órgano sexual femenino

"Cuando Dora aparece interrogándose sobre *¿qué es una mujer?*, intenta simbolizar el órgano femenino como tal. Su identificación con el hombre, portador de pene, es en esta ocasión para ella un medio de acercarse a esta definición que se le escapa. El pene le sirve literalmente de instrumento imaginario para aprehender lo que no logra simbolizar."²¹ *Lacan.*

"(...) *¿Qué es ser una mujer y, específicamente, qué es un órgano femenino?* Observen que nos hallamos aquí ante algo singular: la mujer [histérica] se interroga por lo que es ser una mujer, así como el sujeto [histérico] masculino se interroga por lo que es ser una mujer."²² *Lacan.*

"(...) el deseo de la histérica (...) es sostener el deseo del padre (,..)."²³ *Lacan.*

²⁰ *Ecrits*, Seuil, 1966, pág. 848.

²¹ *Le Séminaire*, Hvre III, ob. cit., pág. 200.

²² *Ibíd.*, pág. 193.

²³ *Le Séminaire*, livre XI, ob. cit., pág. 38.

SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA HISTERIA

- Freud, S.: (1982) "Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques". *Etudes sur l'hystérie*, P.U.F., 1981, pág. 4.
- (1893) "Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques", *Resultáis, ideas, problèmes*, I, P.U.F., 1984, pág. 55.
- (1894) "Les psychonévroses de défense", *Névrose, psychose et perversion*, P.U.F., 1978, págs. 4-5, 9-10.
- (1895) "Manuscrit H", *La Naissance de la psychanalyse*, P.U.F., 1979, págs. 101-102.
- (1896) "L'étiologie de l'hystérie", *Névrose, psychose et perversion*, ob. cit., págs. 85-86, 88-89, 91, 102-105, 107-109.
- (1896) "Lettre n^o 52 du 6-12-1896", *La Naissance de la psychanalyse*, ob. cit., pág. 159.
- (1897) "Lettre n^o 55 du 11-1-1897", *ibid.*, pág. 165.
- (1897) "Lettre n^o 57 du 21-1-1897", *ibid.*, pág. 167.
- (1899) *L'Interprétation des revés*, P.U.F., 1980, págs. 136, 231, 560-562.
- (1904) *Cinq Leçons sur la psychanalyse*, Payot, 1989, págs. 16, 18, 24.
- (1905) "Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora)", *Cinq Psychanalyses*, P.U.F., 1981, págs. 18, 28-29, 83.
- 159
- (1905) *Trois Essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, 1987, págs. 60, 77-80.
- (1905) "Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses", *Resultáis, ideas, problèmes*, I, ob. cit., págs. 115, 117, 119-120.
- (1907) "Lettre du 5 juillet 1907 á K. Abraham", *Correspondance*, Sigmund Freud et Karl Abraham, Gallimard, 1969, pág. 10.
- (1908) "Les fantasmes hystériques et leur relation á la bisexualité", *Névrose, psychose et perversion*, ob. cit., págs. 149-155.
- (1909) "Considérations générales sur l'attaque hystérique", *ibid.*, págs. 162-165.

- (1910) "La psychologie de la vie amoureuse", *La Vie sexuelle*, P.U.F., 1970, pág. 78-79.
 - (1913) *Tótem et Tabou*, Payot, 1973, págs. 121-123.
 - (1913) "La disposition á la névrose obsessionnelle. Une contribution au problème du choix de la névrose", *Névrose, psychose et perversion*, ob. cit., pág. 197.
 - (1915) "Le refoulement", *Métapsychologie*, Gallimard, 1940, pág. 60-61.
 - (1917) *Introduction á la psychanalyse*, Payot, 1989, págs. 240, 288, 323.
 - (1918) "La psychologie de la vie amoureuse", *La Vie sexuelle*, ob. cit., págs. 75-79.
 - (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*, P.U.F., 1951, págs. 45, 86-87, 99-101.
 - Lacan, J.: "Quelques réflexions sur l'Ego", *International Journal of Psychoanalysis*, 1953, vol. 34, págs. 11-17.
 - "Actes du congrés de Rome", *La Psychanalyse*, 1, P.U.F., 1956, pág. 210.
 - *Le Séminaire*, livre I, *Les Ecrits techniques de Freud*, Seuil, 1975, pág. 208. [Trad. esp.: *El Seminario*, libro 1, *Los escritos técnicos de Freud*, Barcelona, Paidós, 1981.]
 - *Le Séminaire*, livre III, *Les Psychoses*, págs. 193, 195-
- 160

- 205, Seuil, 1981. [Trad. esp.: *El Seminario*, libro 3, *Las psicosis*, Barcelona, Paidós, 1984.]
- La Relation d'objet* (seminario inédito), lecciones del 9, 16 y 23 de enero de 1957.
- Les Formations de l'inconscient* (seminario inédito), lecciones del 7, 14 y 21 de mayo, 11 y 18 de junio de 1958.
- Le Désir et son interprétation* (seminario inédito), lección del 10 de junio de 1959.
- Le Transféré* (seminario inédito), lecciones del 12 y 19 de abril, 21 de junio de 1961.
- L'Identification* (seminario inédito), lecciones del 20 de diciembre de 1961, 14 y 23 de marzo, 4 de abril y 20 de junio de 1962.
- L'Angoisse* (seminario inédito), lecciones del 5 y 19 de diciembre de 1962 y 9 de enero de 1963.
- Le Séminaire*, livre XI, *Les Quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Seuil, 1973, págs. 16-17, 35, 37-38, 157. [Trad. es??:
- El Seminario*, libro 11, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1986.]
- Problèmes cruciaux pour la psychanalyse* (seminario inédito), lecciones del 5 de mayo y 16 de junio de 1965.
- L'Objet de la psychanalyse* (seminario inédito), lección del 27 de abril de 1966.
- Ecrits*, Seuil, 1966, págs. 108, 303, 452, 682, 731, 824, 848.
- L'Envers de la psychanalyse* (seminario inédito), lecciones del 3 y 17 de diciembre de 1969, 14 de enero, 11 y 18 de febrero, 17 de marzo y 11 de junio de 1970.

Scilicet, 2/3, Seuil, 1970, págs. 88-90, 97, 396. *D'un discours quine serait pas du semblant* (seminario inédito), lección del 19 de mayo de 1971.

Jacques Lacan a Louvain (conferencia inédita), 13 de octubre de 1972.

161

— *Televisión*, Seuil, 1973, pág. 36.

— *Scilicet*, 5, Seuil, 1975, pág. 15.

— *Freud á jamais* (entrevista inédita), 1974.

— "Joyce le Symptôme", *Joyce et París*, Editions du C.N.R.S., 1979, pág. 16.

— "Tropos sur l'hystérie", conferencia pronunciada en Bruselas el 26 de febrero de 1977, publicada en *Quarto*, n^o 2, 1981.

Abraham, K., (*Euures completes*, II, Payot, 1977, págs. 298-313. Benoit, P., "Le saut du psychique au somatique", *Psychiatrie française*, n^o 5/85. Bonnet, G., "Hystérie et perversion", *Voir-étre vu*, P.U.F., 1981, 1, págs. 108-109.

— "Hystérie et exhibitionnisme pervers", ob. cit., II, págs. 45-49.

Brenman, E., "Hysteria", *Int. Journ. Psycho-Anal*, 1985, 66, pág. 423. Brun, D., *La Maternité et le féminin*, Denoël, 1990, págs.

128-135 (histeria y seducción). Cartels constitutants de l'Analyse Freudienne, 1, 1985,

"Au lieu de l'hystérie", Jornada de estudio. Charcot, J. -M., "Grande hystérie ou hystéro-épilepsie",

Leçons du Mardi, 1887-1888, págs. 119-122.

— "Hystérie et neurasthénie chez l'homme", ob. cit., págs. 62-65.

— "A propos de l'hystéro-épilepsie", (*Euures completes*, t. I, págs. 367 y sigs. y t. III, pág. 451.

Chemama, R., "A propos du discours de l'hystérique", *Lettres de l'Ecole freudienne de Paris*, 21, 1977, págs. 311-326.

Deleuze, G., *Francis Bacon. Logique de la sensation*, Ed. de la Différence, 1981.

162

Deniker, P., y Loo, H., "Les formes modernes de l'hystérie", *Revue du praticien*, junio de 1978, págs. 2503 y sigs. Dolto, F., "Hystérie et psychosomatique", *L'Image inconsciente du corps*, Seuil, págs. 352-366. (Trad. esp.:

La imagen inconsciente del cuerpo, Barcelona, Paidós, 1986) Dor, J., "Fonction paternelle et structure hystérique",

Péree sa fonction en psychanalyse, Point Hors Ligne, 1989,

- págs. 79-105. Fairbairn, R., "Observations on the Nature of Hysterical States",
Brit. Journ. of Med. Psychoi, n° 27, 1954, págs. 105-125.
- Faladé, S., "Repères structurels des névroses, psychoses et perversions",
Esquisses Psychanalytiques, n° 7, 1987, págs. 29-51.
- Fenichel, O.,
La Théorie psychanalytique des névroses, P.U.F., 1953.
 [Trad. esp.: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1964.] Freymann, J. -R., "L'a-structure anorexique",
Apertura, vol. II, 1988, págs. 63-75.
- Green, A., "Névrose obsessionnelle et hystérie. Leur relation chez Freud et depuis",
Revue française de Psychanalyse, 5-6, 1964, págs. 678 y sigs.
- Harari, R., *Fantasma: ¿fin del análisis?*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1990.
- Israel, L., *L'Hystérique, le sexe et le médecin*, Masson, 1976.
- Janet, P., "Un cas d'hémianopsie hystérique",
Archives de Neurologie, n° 99, 1985, págs. 337 y sigs. —
- Etat mental des hystériques*, Rueff et Cié., 1894, I, pág. 260; II, págs. 12-13.
- Laplanche, J., "Panel on 'Hysteria toda'",
Int. Journ. of Psycho-Anal, 1974, 55, págs. 459-468.
- Lowenstein, R., y Parcheminey, G., "La conception psychanalytique de l'hystérie",
L'Encéphale, 1933, págs. 312-330.
- 163

- Maldavsky, D., "Metapsicología de la histeria de conversión", *Revista de Psicoanálisis*, t. XLIV, 3, 1987.
- Millot, C., *Nobodaddy, l'hystérie dans le siècle*, Point Hors Ligne, 1988.
- Moebius, P. -J., "Über den Begriff der Hysterie", *Centralblatt für Nervenheilkunde*, von D. Erlenmayer, XI, 1888, n° 3.
- Nasio, J., *Tratado de Gastroenterología*, t. III, Barcelona, Salvat, 1963.
- Nasio, J. -D., *Les Yeux de Laure. Le concept d'objet a dans la théorie de J. Lacan*, Aubier, 1987, pág. 11-12, 100-106.
- Perrier, F., "Structure hystérique et dialogue analytique", *La Chaussée d'Antin*, t. II, 10/18, 1978, págs. 74-78.
- Pommier, G., "Le fantasme dans la névrose obsessionnelle et dans l'hystérie", *Le Dénouement d'une analyse*, Point Hors Ligne, 1987, págs. 121-144.
- Revista de Psicoanálisis*, t. XLIII, 5, 1986, "Acerca de la histeria", Número consagrado a la histeria.
- Revue Française de Psychanalyse*, 1, 1985, "De la névrose d'angoisse a l'hystérie". Número consagrado a la histeria.
- Rosolato, G., "L'Hystérie. Structures psychanalytiques", *L'Evolution psychiatrique*, t. XXVII, 1962, págs. 225-

258.

— "Introduction à l'étude de l'hystérie", *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 10, 1962, págs. 1-6.

— "L'hystérie: névrose d'inconnu", *Topique*, 1988, n^o 41, 19-47.

This, B., *Le Père, acte de naissance*, Seuil, 1984. [Trad.

esp.: *El padre: Acto de nacimiento*, Barcelona, Paidós,

1982.] Thomas, M. -Cl., "Anatomie de l'hystérique", *Le Discours*

psychanalytique, 1, 1981, págs. 9-10.

164

Widlocher, D., "Condensation et régression dans l'attaque

d'hystérie", *Revue française de Psychanalyse*, 3, 1973,

págs. 439-450. — "Le mécanisme de la conversion", *Revue du praticien*,

1982-32; 13, págs. 897-906 Winter, P. -P., "L'hystérie masculine", I y II, *Carnet de*

Psychanalyse de Louvain, n^o 4 y n^o 5, Presses

Universitaires de Louvain, 1983. Wisdom, J. -O., "A Methodological Approach to the

Problem of Hysteria", *Int. Journ. of Psycho-Anal.*, 12, 1961, págs. 224-237.

165

ÍNDICE DE AUTORES CITADOS

- Abraham, K.: 108, 125, 131, 132, 162
 Audouard, X.: 48
 Benoit, P.: 32, 162
 Bemheim, S.: 143
 Binet, A.: 141
 Bonnet, G.: 162
 Brenman, E.: 126, 162
 Breuer: 127
 Briquet, P.: 141, 143, 144
 Brun, D.: 162
 Charcot, J.-M.: 25, 69, 141-146, 128, 148
 Chemama, R.: 162
 Deleuze, G.: 162
 Deniker, P.: 163
 Dolto, F.: 163
 Dor, J.: 163
 Fairbairn, R.: 163
 Faladé, S.: 163
 Fenichel, O.: 163
 Ferenczi, S.: 102
 Freyemann, J.-R.: 163
 Green, A.: 163
 Harari, R.: 163
 Israel, L.: 163
 Janet, P.: 25, 141-148, 163
 Jones, E.: 57
 Klein, M.: 126
 Laplanche, J.: 126, 163
 Leibniz, W. G.: 144
 Loewenstein, R.: 163
 Maillat, C.: 74
 Maine de Biran: 144
 Maldavsky, D.: 164
 Millot, C.: 164
 Moebius P.-J.: 127, 164
 Nasio, J.: 164
 Nasio, J.-D.: 56, 68, 85, 149
 Nietzsche, F.: 86
 Parcheminey, G.: 163
 167
 Parménides: 113
 Perrier, F.: 164
 Platón: 67, 136
 Plotino: 114
 Pommier, G.: 164
 Rosenfeld, H.: 126
 Rosolato, G.: 164
 This, B.: 164
 Thomas, M.-Cl.: 164
 Valéry, P.: 45
 Widlocher, D.: 165
 Winter, J.-P.: 165
 Wisdom, J.-O.: 165

SUMARIO

Apertura

El rostro de la histeria en análisis

Un yo insatisfecho 16

Un yo histerizador 18

Un yo tristeza 21

Diferencia entre la histeria, la
obsesión y la fobia 22

Las causas de la histeria

Nuestra lectura de la primera teoría de Freud.
El origen de la histeria es la huella
psíquica de un trauma 25

La histeria es provocada por una defensa
inadecuada del yo: la represión 28
169La histeria es provocada por el fracaso de la
represión: la conversión 30

El sufrimiento del síntoma de conversión
es el equivalente de una satisfacción
masturbatoria 32

La elección de órgano, asiento de la conversión 33

El síntoma de conversión desaparece si sobra

un valor simbólico, el que produce
la escucha del psicoanalista 36

Nuestra lectura de la segunda teoría de Freud:
el origen de la histeria es un fantasma
inconsciente 39

La vida sexual del histérico

La vida sexual del histérico es una paradoja,
y esta paradoja es la expresión dolorosa

de un fantasma inconsciente 45

La paradoja de la vida sexual del histérico 47 La

mujer histérica y el goce de lo abierto 48

170

Los fantasmas histéricos

El fantasma inconsciente que origina la histeria
es un fantasma visual: la amenaza de castración
entra por los ojos. El caso del niño varón 51

La angustia fantasmática destinada a
convertirse es una angustia intolerable
llamada "angustia de castración" 52

La angustia de castración es
inconsciente 53

El fantasma de la histeria
es un "congelamiento de
imagen" en un momento
de la evolución libidinal del
niño: la fase fálica 54

171 El fantasma visual de castración,
origen inconsciente de la histeria.
El caso de la niña 55

¿Qué es la conversión histérica?
Un fenómeno de falización
del cuerpo no genital y de desafección
del cuerpo genital 59

¿Qué es lo que se convierte en la conversión
histérica? La angustia de castración se convierte
por un lado en un exceso de erotización del cuerpo
no genital y, por el otro, paradójicamente, en una
inhibición de la sexualidad genital 63

*El útero en la histeria: un fantasma
fundamental* 67

*Diferencia entre los fantasmas histérico,
obsesivo y fóbico*

La angustia de castración como centro del
fantasma de la histeria es también el centro
de los fantasmas obsesivo y fóbico 71

El fantasma obsesivo 71 El

fantasma fóbico 72

172

Resumen 75

Retratos imaginarios del histérico

El psicoanalista escucha a su analizando
representándose mentalmente el
fantasma de castración 81

El psicoanalista mira lo que escucha 84

El tratamiento psicoanalítico de la histeria y el fin del análisis

El tratamiento de la histeria consiste en conducir al analizando a atravesar con éxito la prueba de la angustia de castración 87

En una cura, el analizando se separa dos veces:
primero de él mismo y
después de su analista 89

173

La histeria de transferencia. Las condiciones que conducen al analizando a las puertas de la prueba de angustia 92

El deseo del neurótico es un deseo de angustia 96

La acción del psicoanalista apunta a resolver la histeria de transferencia 98

Descripción del atravesamiento de la prueba de angustia 100

El duelo de un análisis terminado no es el duelo de mi analista, sino el duelo de una ficción y de una angustia 101

Atravesar la angustia es dar paso al dolor del

duelo 106

174

El dolor del duelo no es dolor de perder,
sino dolor de reencontrar lo que se perdió
sabiéndolo uno irremediabilmente perdido 107

Atravesar la angustia es reencontrar el lugar de
nacimiento de aquel que nunca dejé de ser 113

El atravesamiento de la angustia modifica la
percepción de mi propia identidad sexuada 117

Puntuaciones

Lectura de la fórmula lacaniana del
fantasma histérico 121

Presencia libidinal de la histeria: un
ejemplo clínico 123

Ejemplo de un fantasma femenino
de odio y angustia histérica
hacia la madre-falo 123

175

Preguntas y respuestas
sobre la histeria

5

12

La ceguera histérica
según las teorías de Charcot,
Janet, Freud y Lacan 141

Extractos de las obras de S. Freud
y de J. Lacan sobre la histeria 151

Selección bibliográfica sobre la histeria 159

176 índice de autores citados

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA PROFUNDA

(cont.)

69. R. Fliess (comp.), W. Reich y otros
- *Escritos psicoanalíticos fundamentales*
70. Georges Amado - *Del niño al adulto. El psicoanálisis y el ser*
71. Jean Guillaumin - *Los sueños y el yo. Ruptura, continuidad, creación en la vida psíquica*
72. I. Berenstein - *Psicoanálisis de la estructura familiar*
73. M. A. Mauas - *Paradojas psicoanalíticas*
74. N. Yampey - *Psicoanálisis de la cultura*
75. C. M. Menegazzo - *Magia, mito y psicodrama*
76. L. Grinberg - *Psicoanálisis. Aspectos teóricos y clínicos*
77. D. J. Feldfogely A. B. Zimmerman (comps.) - *El psiquismo del niño enfermo orgánico*
78. C. G. Jung - *Energética psíquica y esencia del sueño*
79. C. D. Pérez - *Masculino-Femenino o la bella diferencia*
80. S. Freud - *Esquema del psicoanálisis*
81. D. Lagache - *Obras I (1932-1938)*
82. D. Lagache - *Obras II (1939 - 1946)*
83. D. Lagache - *Obras III (1947 - 1949)*
84. D. Lagache - *Obras IV (1950 - 1952)*
85. M. Balint - *La falta básica*
91. M. Mannoni - *El niño retardado y su madre*
92. L. C. H. Delgado - *Análisis estructural del dibujo libre*
93. M. E. García Arzeno - *El síndrome de la niña púber*
94. C. D. Pérez - *Un lugar en el espejo. El espacio virtual de la clínica*
95. M. Mahler - *Estudios I. Psicosis infantiles y otros trabajos*
96. M. Mahler - *Estudios 2 - Separación ■ individuación*
97. C. S. Hall - *Compendio de psicología freudiana*
98. A. Tallaferró - *Curso básico de psicoanálisis*
99. F. Dolto - *Sexualidad femenina*
100. B. J. Bulacio y otros - *De la drogadicción*
101. Irene B. C. de Krell (comp.) - *La escucha, la histeria*
102. O. F. Kernberg - *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*
103. D. Lagache - *El psicoanálisis*
104. F. Dolto - *La imagen inconsciente del cuerpo*
105. H. Racker - *Estudios sobre técnica psicoanalítica*
106. L. J. Kaplan - *Adolescencia. El adiós a la infancia*
107. S. Rosen - *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de M. H. Erickson*
108. M. Pérez Sánchez - *Observación de niños*
110. H. Kohut - *¿Cómo cura el análisis?*
111. H. Mayer - *Histeria*
112. S. P. Bank y M. D. Kahn - *El vínculo fraterno*
113. C. G. Jung - *Aion. Contribución a los simbolismos del sí-mismo*
114. C. G. Jung - *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*
115. C. G. Jung - *Psicología de la demencia precoz. Psicogénesis de las enfermedades mentales I*
117. M. Ledoux - *Concepciones psicoanalíticas de las psicosis infantiles*
118. M. N. Eagle - *Desarrollos con temporáneos recientes en psicoanálisis*
119. P. Bercherie - *Génesis de los conceptos freudianos*

