

ACTAS DEL SÉPTIMO CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA  
ISBN 978-950-34-1863-5 | LA PLATA, DICIEMBRE DE 2019

## SÍNTOMAS HISTÉRICOS EN LA NEUROSIS OBSESIVA UN ABORDAJE TEÓRICO CLÍNICO

HYSTERICAL SYMPTOMS IN OBSESSIVE NEUROSIS  
A THEORETICAL CLINICAL APPROACH

Cynthia Mariana Gorosito  
Nora Carbone  
Gastón Piazzese

[gastonpablo1964@yahoo.com.ar](mailto:gastonpablo1964@yahoo.com.ar)

Laboratorio de Psicología y Psicoanálisis  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional de La Plata, Argentina

El presente trabajo se inscribe en el marco de la Beca de Estímulo a las Vocaciones Científicas (CIN) y a su vez forma parte de la investigación titulada “Variantes fenoménico-estructurales de la neurosis obsesiva: clínica diferencial de la forma enloquecida, infantil y femenina” bajo la dirección del Dr. Gastón Piazzese y la Lic. Nora Carbone en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). En esta oportunidad elegimos explorar un aspecto retomado por Freud en diferentes momentos de su obra, que creemos resulta interesante para nuestra labor: el de las relaciones entre neurosis obsesiva e histeria y, más específicamente, el del estatuto de los síntomas histéricos que suelen aparecer en la estructura obsesiva. Para ello nos valdremos de la revisión comparada de escritos freudianos, en articulación con el examen cualitativo e instrumental de un caso extraído de la práctica de los miembros del equipo investigador.



## La intervención somática en la neurosis obsesiva: hacia una relectura de la histeria traumática

En el historial titulado “*A propósito de un caso de Neurosis Obsesiva*”, de 1909, Freud afirma que “el lenguaje de la neurosis obsesiva es [...] sólo un dialecto del lenguaje histérico [que] se emparenta más que el dialecto histérico con la expresión de nuestro pensar consciente”, ya que “no contiene aquel salto de lo anímico a la intervención somática” (p. 124). El párrafo, en el que parece mancomunarse histeria y obsesión desde el punto de vista del mecanismo –ambas hijas de una misma lengua madre, la represión–, deja clara la divergencia a nivel de la sintomatología, en la medida en que se las separa de acuerdo al ámbito en que se presenten las manifestaciones –el pensamiento o el cuerpo–. Sin embargo, en otro de sus historiales, Freud cuestiona esta divisoria de aguas, al admitir la existencia de síntomas corporales en el seno de la neurosis obsesiva. Nos referimos al caso del *El Hombre de los Lobos*, en el que el autor reconoce que ciertas perturbaciones de la función intestinal “(...) representa[n] el pequeño fragmento de histeria que regularmente se encuentra en el fondo de una neurosis obsesiva” (Freud, 1918, p. 70).

No debe olvidarse que ya en 1896 había tocado esta cuestión en su artículo “*Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*”, donde conjeturaba la existencia de una combinación de síntomas histéricos y obsesivos para justificar la intervención del mecanismo psíquico en la conformación de la trayectoria típica de la obsesión. Así, al hablar acerca de la naturaleza de la neurosis obsesiva, aseveraba haber encontrado en todos los casos “un trasfondo de síntomas histéricos” (Freud, 1896, p. 169), que reconducía a una escena de pasividad sexual anterior a la acción placentera propia de este cuadro. Recordemos que en aquel entonces él postulaba la existencia de una vivencia de seducción en la temprana infancia, devenida traumática *a posteriori* con el ingreso del sujeto a la madurez sexual. En el caso

de la histeria situaba una vivencia de pasividad sexual, mientras que en la neurosis obsesiva vislumbraba agresiones ejecutadas con placer pero antecedidas por una escena de seducción pasiva. Es claro que la suposición obedecía a una necesidad lógica: no hay defensa sin displacer, y éste solo podía justificarse anteponiendo la vivencia pasiva correspondiente a la histeria. Pero, más allá de este elemento que hace a los resortes causales del problema, se abre la pregunta acerca del estatuto clínico de dicho “trasfondo de síntomas histéricos”. Tal vez la carta 46 a Fliess y el Manuscrito K nos brinden una pista: ¿se trata de síntomas verdaderamente conversivos o, como dice en esos textos tempranos, de manifestaciones de descarga en el cuerpo, correlativas a la experiencia de terror que avasalla al yo, sin que medie defensa alguna? Si así fuera, el concepto de histeria traumática, heredado de su maestro Charcot y reformulado según su propio andamiaje teórico, podría ser esclarecedor.

### El retorno a la histeria traumática y el más allá del principio del placer

Mucho tiempo después, y bajo la luz de las novedades del llamado giro de los años veinte, Freud vuelve sobre el tema en el escrito “Inhibición síntoma y angustia” (1926). Ahora es la lucha defensiva contra las exigencias libidinosas del Complejo de Edipo, desatada por el operador de la castración, la que le permite decir que “la situación inicial” (Freud, 1926, p. 108) es idéntica para la neurosis obsesiva y para la histeria. En ese contexto, ordenado por la relectura que supone la separación entre “situación de peligro” y “situación traumática”, reitera que “toda neurosis obsesiva parece tener un estrato inferior de síntomas histéricos, formados muy temprano” (Freud, 1926, p. 108).

Cabe preguntarnos, entonces, si tales síntomas histéricos no se acercan, en su envoltura formal, más a las repercusiones corporales de la angustia automática

que a los síntomas conversivos en sentido estricto. Esta hipótesis se basa en las relaciones cada vez más estrechas establecidas por Freud entre las neurosis traumáticas, las neurosis actuales y la neurosis en la infancia, luego de los trabajos metapsicológicos. Así, en 1938, Freud termina por leer, con el modelo económico de las neurosis actuales, tanto los preludios infantiles como las neurosis traumáticas, enlazando a las dos últimas bajo el imperio de la compulsión de repetición. Años antes, había situado el carácter mixto de las presentaciones neuróticas, en las que “el síntoma de la neurosis actual suele ser el núcleo y la etapa previa del síntoma psiconeurótico” (Freud, 1917, p. 355). A la luz de estas novedades metapsicológicas, nos preguntamos si los síntomas histéricos, “estrato inferior” o “trasfondo”, no pueden ser pensados como “núcleo y etapa previa” del retorno obsesivo. Este cortejo somático –al igual que los síntomas “histeriformes” de la neurosis traumática– intentaría, “a modo de una tarea actual insoslayable” (Freud, 1916, p. 251) ligar la excitación de las pulsiones que opera en el proceso primario, no en oposición al principio del placer, pero “independientemente de él y en parte sin tomarlo en cuenta” (Freud, 1920, p. 35).

Estas referencias teóricas nos han permitido formalizar la viñeta clínica que hace de corolario a nuestro trabajo. En ella se interroga la estructura y la función de una serie de síntomas somáticos que preceden a la conformación última de una neurosis obsesiva.

### Un concurso indigesto. El retorno en el cuerpo como defensa inaugural

E., paciente de 35 años de edad, de profesión violinista, consulta inicialmente por inhibiciones y “pensamientos circulares” que agobian su vida cotidiana. En tratamiento desde hace varios años, al día de hoy se ha afianzado en su ámbito laboral al poner en juego poco a poco su deseo. Con su compañera,



finalmente dio el paso de concebir un hijo. También pudo compartir con sus padres la noticia del embarazo, luego de una estricta reserva, jalonada por temores e inquietudes.

Desde hace algunas semanas atrás tiene “sensaciones encontradas” porque, aun cuando la gestación cursa sin ninguna dificultad, le pasa lo que en otras oportunidades: está “como más angustiado”, cuando titubea y queda “fuera de la realidad” de alguna actividad en la que quería participar. La dimensión de autorreproche que se le impone es destacada por reflexiones como la siguiente: “Algunas vacilaciones son un invento, siempre encuentro algo para estar preocupado”.

Este malestar tuvo un punto culminante en ocasión de la fiesta de cumpleaños de su mujer, víspera de un examen para ingresar a una orquesta. Se trata de su segundo intento. Como dato de importancia, debe señalarse que, según E., su padre se jacta de que su historia profesional no registra ningún fracaso, a excepción justamente del que signara una ocasión similar a la que su hijo está a punto de atravesar. El día del festejo, E. se había hecho el tenso designio de no decir nada a su padre sobre la prueba del día siguiente. Durante el evento esta tensión se incrementa mientras asiste a una entusiasta conversación de su madre con su suegra. La charla de ellas dos sobre el embarazo en curso le “repugnó”, le provocó una “sensación estomacal”. Se alejó entonces de la mesa. “Sentía que había algo despersonalizado de mi parte, una sensación de rechazo. No le presté el oído, el cuerpo, tuve la necesidad de tomar aire aparte (...). Recién pude “digerir” esa charla cuando mi padre, que siempre se maneja con torpeza en las reuniones sociales, tomó la palabra y dijo que “si nacía varón él iba a invitar a un asado para todos”. El alivio del paciente fue inmediato. Las palabras de su padre fueron ese “espaldarazo” que siempre esperó en vano de su parte y que apareció cuando menos lo pensaba.

No obstante, por la noche tiene una pesadilla terrible: “El feto había muerto dentro de la panza, iba a rendir y me enteraba de esto, la sensación era como la misma muerte”. De mañana, al llegar al examen, agobiado por una angustia insoportable, le informan que la prueba se ha suspendido por cuestiones gremiales por tiempo indeterminado. Esta contingencia lo libera del designio que se había impuesto; entonces cobra coraje, le presta atención y comunica su texto íntegro: rendir y “enrostrarle” a su padre el ingreso a la orquesta, sin haberle solicitado su ayuda. “Que mi papá me felicitara... Sin haberle pedido nunca su violín de concierto”.

El paciente elegido presenta, en efecto, una neurosis obsesiva. Ahora bien, en determinado momento de su vida, en el transcurso de un estado de angustia de varios días de evolución, experimenta “una sensación estomacal” cuyo estatuto es necesario establecer. Se trata de un malestar en el cuerpo que, en principio, conduce al sujeto a sustraerse de una escena social.

Cabe volver sobre la coyuntura biográfica en la que surge este reciente cortejo sintomático. Se trata del momento en que E. intenta hacer de su deseo un acto ante su familia: se imagina presentándose ante su progenitor como padre y miembro de la orquesta. Ubicamos aquí una exigencia de simbolización y, al final de la viñeta, la oscilante respuesta anticipada al problema de la existencia: un síntoma en dos tiempos. El primero, una fantasía oblativa mortífera, burla desafiante dirigida a su padre –enrostrarle el ingreso a una institución–. El segundo, la sumisión a la figura paterna en la pesadilla, consecuencia de la tensión agresiva de la saboreada demanda de muerte.

Ahora bien, la localización corporal del exceso ante la charla asqueante entre aquellas dos mujeres en torno al niño por nacer, parece haber sido la primera respuesta subjetiva al problema, obtenida por la vía de la metonimia en el registro narcisista. Esta solución inicial fue redoblada luego por los poderes

“digestivos” de otra locución, la promesa gastronómica del padre del paciente, que le permite reincorporarse al cumpleaños. Más allá de la intención celebratoria que apunta a la integración familiar, un costado ambiguo de las palabras paternas no pasa desapercibido para el inconsciente de E. Así lo demuestra la pesadilla que perturba su descanso posterior. Pero ahora, las palabras indigestas de las mujeres han sido sustituidas por un niño muerto “en la panza”... de un sin nombre. La fuerza de atracción de los arquetipos edípicos inconcientes y el guardián del dormir producen finalmente una sustitución significativa, una metáfora que intenta anudar el impasse simbólico de la sucesión de las generaciones bajo la forma de un sueño de castigo.

### El “trasfondo histórico” y otras presentaciones somáticas: un contrapunto teórico-clínico

Por último, compararemos los síntomas digestivos del paciente con otras manifestaciones corporales. En esta ocasión, elegimos situar algunas posibles relaciones con la más cercana, la conversión histérica propiamente dicha. Tal repugnancia, ¿reviste acaso el mismo tenor que el asco a ciertos alimentos que aquejaba a Dora en su pubertad? En principio, pueden señalarse algunas diferencias en el plano clínico: el síntoma de E. es efímero y, a diferencia de la mayoría de las manifestaciones conversivas, se acompaña de un estado de angustia, con dificultades para dormir y una experiencia de despersonalización creciente.

Este excedente pulsional, en parte liberado como angustia *de novo*, recibe un primer tratamiento por contra-investidura de ciertas representaciones vinculadas al tubo digestivo. Al modo de los preludios infantiles, llama a reanudar el trabajo de ligazón del monto de afecto en exceso. Si pensamos el asco y el malestar estomacal como expresión de una “histeria de terror” o

“histeria traumática”, lo que entonces pasa a un primer plano es su estructura de desplazamiento metonímico, en ausencia de una formación “de compromiso” al modo de la conversión. Sin embargo, aunque la ensambladura del síntoma es distinta a la que vertebraba la tos nerviosa de Dora, nos preguntamos si el trasfondo de síntomas “histéricos” del paciente no está anclado en la misma sollicitación somática que fijaba el síntoma de la paciente de Freud. Otras manifestaciones clínicas menos pacíficas que el asco parecen testimoniarlo: en situaciones de angustia, E. suele responder con episodios de ingesta alcohólica compulsiva hasta la náusea y el vómito.

### Conclusión

Tanto en E. como en Dora la pulsión aflorante (*auftrieb*) esfuerza hacia la superficie “el material de episodios sentidos como penosos” (Freud, 1932, p. 27) como factor dinámico que vuelve necesaria la reelaboración. Ahora bien, en el caso E. el desplazamiento inicial del exceso pulsional al cuerpo revela su particular embrague inconciente en los efectos antinómicos que desencadenan las palabras paternas: la de un bálsamo primero y la de un calvario después. En efecto, el sueño de angustia, con su “panza” anónima –punto de capitón de todos los personajes del drama–, ratifica la conservación de la investidura objetual inconciente y sus respectivos lazos transferenciales.

### Referencias

Freud, S. (1994) [1896]. Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas*, Tomo III. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.





Freud, S. (1988) [1909]. A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el “Hombre de las ratas”). En *Obras Completas*, Tomo X. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1993) [1915]. Lo inconciente. En *Obras Completas*, Tomo XIV. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1979) [1914]. De la historia de una neurosis infantil. En *Obras Completas*, Tomo XVII. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (2001) [1920]. Más allá del principio del placer. En *Obras Completas*, Tomo XVIII. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1992) [1926]. Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, Tomo XX. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (2011) [1932]. 29ª conferencia. Revisión de la doctrina de los sueños. En *Obras Completas*, Tomo XXII. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.