CAPÍTULO IV

LA NEUROSIS OBSESIVA EN LA OBRA DE FREUD

Luis Volta, Anahí Erbetta, Sergio Zanassi y Diana Lozano

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

(Freud, 1926, pp.108)

Introducción

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

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

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

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

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

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

Acerca del síntoma obsesivo

El síntoma obsesivo en la primera nosografía freudiana

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El síntoma obsesivo y la sexualidad infantil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“El medio por el cual la neurosis obsesiva expresa sus pensamientos secretos, el lenguaje de la neurosis obsesiva, es por así decir sólo un dialecto del lenguaje histérico, pero uno respecto del cual se debería conseguir más fácil la empatía, pues se emparenta más que el dialecto histérico con la expresión de nuestro pensar conciente”(Freud, 1909, pp. 124)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El síntoma obsesivo más allá del principio del placer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El tratamiento psicoanalítico de la Neurosis Obsesiva en Freud

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

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

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

El optimismo de los inicios

“se me ha abierto la perspectiva de una curación efectiva
de la histeria y de las representaciones obsesivas”

(Freud, 1898, pp. 274)

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

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

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

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

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

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

En este mismo sentido agrega:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La “táctica rusa” y las modificaciones técnicas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El tiempo del desencanto

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

(Freud, 1930, pp. 131)

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

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

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

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

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

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

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

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

La Señora Gi, “el flagelo de Freud”.

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

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

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

Reconstrucción del Caso: el elemento infantil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Así continúa Freud el relato de los acontecimientos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La evolución posterior del caso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la internación actual las cosas van más lejos:

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

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

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

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

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

Notas de referencia

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

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

Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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