

MESA REDONDA: **Neurosis**

17 de mayo de 2013

María Adamo

“No se trata de substituir una clasificación dada por otra diferente—de lo que también podría hablarse—, sino, en primer término, de substituir las unidades patógenas por la unidad de las enfermedades, es decir, de adoptar una actitud distinta frente al concepto de la enfermedad. Por consiguiente, con otros conceptos de la enfermedad, también son otras las enfermedades. Las personas que Jean Paul llamó extravagantes y que hoy padecen neurosis, son ahora distintas. Es decir, con los conocimientos han cambiado los hechos y los hechos han cambiado los conocimientos”.

Viktor von Weizsäcker, *El hombre enfermo* (1951, pág. 339).

El concepto de “neurosis”, como la palabra misma lo indica, fue acuñado para dar cuenta de trastornos que la medicina no lograba explicar dentro de su marco teórico. Alteraciones como las crisis histéricas, las fobias y las compulsiones, para las cuales la ciencia médica no lograba identificar “causas” ni “mecanismos patogénicos”, fueron asociadas en aquel entonces con alteraciones funcionales del sistema nervioso y, de ahí, el término “neurosis”. Sabemos que Freud se ocupó de explorar estas alteraciones, de iluminarlas y de integrarlas dentro de un nuevo marco epistemológico, creando así el psicoanálisis.

En el corazón mismo de este concepto nos encontramos con el dilema de la relación entre cuerpo y alma. Tal como subraya Gustavo Chiozza (2004), Groddeck señala en 1926: *«El pensamiento médico se ha desplazado durante décadas en un terreno en el que los acontecimientos estaban situados en dos órdenes, el orgánico y el psíquico; ambos fueron separados por un incierto interregno: el nervioso. Este interregno fue el campo de trabajo de Freud y en él se hicieron descubrimientos que están modificando lentamente la visión universal del médico (...) Mientras que la línea divisoria entre lo nervioso y lo psíquico se ha borrado imperceptiblemente, la que existe entre lo nervioso y lo orgánico fue cuidadosamente preservada»* (pág. 12). Poco a poco, al ir Freud descubriendo que estas afecciones expresaban un significado inconciente, ellas fueron perdiendo su carácter de “alteración nerviosa”, en el sentido de alteraciones del sistema nervioso, y fueron considerándose cada vez más como enfermedades psíquicas, es decir, plenas de sentido.

Ha pasado mucha agua bajo el puente desde los tiempos de Freud. Hoy en día, a la luz de los desarrollos de autores como Melanie Klein, Heinrich Racker, Viktor von Weizsäcker y Luis Chiozza, nos vemos obligados a preguntarnos cuánto de lo que sostenía Freud

respecto de las así llamadas “neurosis” podemos seguir compartiendo actualmente y en qué puntos tenemos ahora una perspectiva diferente sobre los mismos asuntos.

Una primer inquietud que me surge al respecto es **por qué hoy en día, al menos a mi parecer, solemos utilizar el término “neurosis” o “neurótico” predominantemente en un sentido amplio, aludiendo a la existencia de conflictos anímicos reprimidos en general. ¿Por qué son poco frecuentes las ocasiones en que, por ejemplo en el ámbito de la supervisión clínica, hacemos referencia a las neurosis clásicas descritas por Freud?**

Posiblemente esto se deba en parte a que en la actualidad nos abocamos al psicoanálisis del carácter y no de los síntomas, y por lo tanto es más frecuente que hablemos por ejemplo de “rasgos fóbicos” de carácter o de un “estilo obsesivo”. Tampoco hacemos hincapié en la realización de diagnósticos psicopatológicos, ya que estos, en lugar de enriquecernos, suelen transformarse en conceptos rígidos y demasiado estrechos a la hora de comprender en profundidad el drama de una vida humana. Además, al haberse ampliado nuestra idea de cuáles son los pacientes que pueden beneficiarse con el psicoanálisis, nuestra “pacientela” también se ha ampliado y ya no nos consultan, de manera predominante, quienes sufren de lo que clásicamente llamamos “psiconeurosis”, como posiblemente ocurría en épocas de Freud. Los motivos de consulta se han extendido para abarcar todo tipo de dificultades en la vida cotidiana, como ser conflictos de pareja o laborales –que solemos llamar “neuróticos”, en un sentido amplio- y, también, enfermedades somáticas. Es posible que entonces el porcentaje de pacientes que sufren lo que podríamos llamar “neurosis clásicas” haya disminuido dentro de nuestro campo de acción.

Sin desmerecer estos argumentos, me parece interesante explorar la posibilidad de que, a lo largo de todos estos años y con el progresivo desarrollo del psicoanálisis, se haya modificado nuestra concepción de los dramas que aquejan al hombre y que nuestro punto de vista se haya enriquecido con nuevas representaciones provenientes de la profundización de la teoría psicoanalítica, influyendo esto en nuestro menor “registro” de casos de neurosis –propiamente dichas- en nuestros consultorios.

Hagamos primero una apretadísima síntesis de las ideas centrales de Freud respecto de las neurosis, para luego plantear algunas cuestiones sobre las que esperamos poder reflexionar a través del diálogo que desarrollaremos esta noche.

Para ser muy sintéticos y a riesgo de simplificar en exceso, digamos que Freud planteó desde el inicio –y siguió sosteniéndolo posteriormente- la existencia de dos tipos básicos de neurosis, ambos vinculados a la sexualidad: las *neurosis actuales* y las *psiconeurosis de defensa*. En palabras del autor: “Así, me vi llevado a discernir las neurosis, universalmente, como perturbaciones de la función sexual: las llamadas **neurosis actuales**, como expresión tóxica directa, y las **psiconeurosis**, como expresión psíquica de tales perturbaciones” (Freud, S., 1926d [1925], pág. 24).

Las primeras se debían, según él, directamente a la insuficiente o inadecuada satisfacción de las pulsiones sexuales que ocurría en el presente de la vida del enfermo. Este grupo incluía la **neurastenia** –asociada a un alivio inadecuado de la excitación sexual, por ejemplo debido a la práctica frecuente de la masturbación o a las poluciones espontáneas-, que presentaba síntomas muy variados, como fatiga, cefaleas, constipación y disminución de la potencia sexual; la **neurosis de angustia** -vinculada a prácticas sexuales donde se coarta la descarga, como el coitus interruptus-, que se caracterizaba por un estado de angustia que podía ir desde una expectativa angustiada hasta un ataque de angustia; y, más adelante, Freud incluyó en este grupo también a la **hipocondría** –la expectativa angustiada respecto de la propia salud, con sensaciones corporales penosas surgidas de una estasis libidinal “actual” dentro del órgano en cuestión-. Como estas alteraciones supuestamente carecían de significado psicológico, no eran pasibles de ser tratadas por el psicoanálisis y, a lo sumo, el médico debía limitarse a dar indicaciones relacionadas a los hábitos sexuales del paciente.

Las psiconeurosis, en cambio, si bien también eran consideradas por Freud “de etiología sexual”, se remontaban a episodios infantiles –reales o fantaseados- y sus síntomas eran el resultado de un conflicto psíquico entre libido y represión sexual, es decir entre las pulsiones sexuales y “el veto del yo en la reacción contra ellas” (Freud, S., 1905d, pág. 149). En un sentido amplio, las psiconeurosis comprenden, a su vez, dos grupos de enfermedades: las **neurosis de transferencia** –histeria de conversión, histeria de angustia y neurosis obsesiva- y las **neurosis narcisistas** –paranoia, psicosis maníaco-depresiva y esquizofrenia-. En un sentido restringido, en cambio, estas últimas corresponden al grupo de las psicosis, mientras que las neurosis de transferencia configuran las que podríamos llamar “neurosis clásicas”, a las cuales nos referiremos en lo que sigue, excepto que aclaremos lo contrario. Las neurosis de transferencia eran, según Freud, las únicas pasibles de ser abordadas por el tratamiento psicoanalítico, gracias a que los pacientes desplazaban su libido sobre la figura del médico, desarrollándose así el fenómeno de la transferencia que los hacía susceptibles al influjo terapéutico, a diferencia de lo que ocurría, según este autor, en el caso de las neurosis narcisistas, donde la libido permanecía retirada sobre el yo.

Recordemos que Freud subraya en muchas oportunidades que lo más habitual es encontrar combinaciones de las neurosis actuales y las psiconeurosis -neurosis mixtas-, donde supuestamente las primeras brindarían “la base” sobre la cual se apoyaría posteriormente la neurosis de transferencia. En este sentido, afirma que en todas las neurosis existirían “*sensaciones corporales de carácter displacentero, comparables a las hiponcondríacas*” (Freud, S., 1914c, pág. 80-81) y considera que no es excesivo imaginar la existencia de una “partícula de hipocondría”, constitutiva de todas las neurosis.

Sabemos que la teoría de Freud no fue “estática”, sino que el autor continuó siempre modificando y ampliando sus ideas a lo largo de los años. Así, cuestiones como el descubrimiento de la sexualidad infantil y el Complejo de Edipo, los cambios en la teoría

pulsional, el planteo de la segunda tónica y las modificaciones en la teoría de la angustia – por nombrar sólo algunos puntos- también implicaron cambios y enriquecimientos en su concepción de las neurosis.

La cuestión central giró siempre en torno a la idea de que en el neurótico existe un conflicto entre sus deseos sexuales y sus normas morales, donde estas últimas llevan a reprimir los deseos, que posteriormente se expresan a través de las formaciones de síntoma. De esta manera, el afecto en cuestión se descarga de todos modos, pero lo hace desplazado sobre otra representación. Así, por ejemplo, Juanito no sentía miedo frente al padre, pero desarrolló la fobia a los caballos. Aclaremos que este miedo, a su vez, estaba entramado con todas las vicisitudes propias del Complejo de Edipo, ya que el niño sentía mociones amorosas hacia la madre y una correspondiente hostilidad hacia el padre, la cual lo llevaba luego a temer un posible ataque por parte de aquel. Por otro lado, en la neurosis obsesiva existe una marcada ambivalencia de sentimientos hacia los objetos significativos y una represión de los sentimientos hostiles, que retornan como ideas obsesivas que mortifican al yo y que, bajo la forma de una moral “hipertrofiada”, motivan una serie de acciones defensivas contra ellas. La histeria de conversión, en cambio, se caracteriza por la ausencia de sentimientos penosos en la conciencia -la “belle indifférence”-, pero en este caso las mociones reprimidas se abren paso a través de los síntomas corporales.

En todos los casos, el tratamiento psicoanalítico procura llevar el conflicto reprimido a la conciencia del paciente, para que él se encuentre entonces en las mejores condiciones para resolverlo de la mejor manera posible, teniendo en cuenta las limitaciones que la realidad impone -“realidad” de la que también forman parte las normas morales dentro de las que el paciente vive inmerso y que también lo habitan-. Así, duelo mediante, el psicoanálisis busca, al decir de Freud, sustituir el sufrimiento neurótico por aquel que es normal en la vida.

Detengámonos aquí un momento para formular algunas preguntas. Sabemos que estos desarrollos acerca de las neurosis surgen en el marco de una epistemología dualista, explícita en Freud (sabemos también que existe otra diferente, implícita en su obra), donde estas enfermedades pertenecen al ámbito de lo psíquico o anímico, por oposición a las enfermedades orgánicas. Ahora bien, **¿cómo podemos concebir a las neurosis en el marco de la epistemología de Chiozza, según la cual cuerpo y alma son dos formas en que accede a la conciencia una realidad que, en sí misma, no es psíquica ni somática?** La misma pregunta puede extenderse a las neurosis actuales, pero a la inversa: **¿cómo podemos, dentro de esta epistemología, concebir la existencia de síntomas que carezcan de significado psicológico?**

Respecto de las neurosis actuales, basándose en sus desarrollos acerca de la doble organización del conocimiento en la conciencia, del lenguaje de órgano y de los significados inconcientes de las enfermedades orgánicas, Chiozza cuestiona la idea de que los síntomas físicos y la angustia presentes en estas enfermedades carezcan de un significado anímico. Explica que la angustia contiene, en sí misma y tal como también lo

señalara Freud, un rico contenido simbólico que remite, en última instancia, *“a un conjunto de vivencias prototípicas que se renuevan una y otra vez en el instante magno de cada nacimiento a la vida extrauterina”* (Chiozza, L., 1981g, pág. 149). El autor se apoya en las afirmaciones del propio Freud acerca de la presencia de un “sesgo hipocondríaco” en todas las neurosis, en su concepción según la cual todos los órganos pueden funcionar como zonas erógenas, cuya excitación se acompaña siempre de una cualidad específica - es decir de una meta, finalidad, sentido o significado- y en sus ideas acerca de la existencia de un “lenguaje de órgano” –que consiste en la expresión de un significado inconciente a través de una sensación o síntoma corporal-, para explicar por qué la separación entre actualidad y significación no se sostiene. Concluye entonces que *“la actualidad física siempre es una plétora de significado histórico, y el significado histórico sólo puede darse en una realidad física actual”* (Idem). **Hoy en día no pensamos, entonces, que las llamadas “neurosis actuales” carezcan de significado, sino que dicho significado, inconciente, se presenta a nuestra conciencia bajo la forma de un síntoma corporal o de un estado de angustia sin explicación aparente.**

Gustavo Chiozza se ocupó extensamente del tema de lo psíquico y lo somático en las neurosis al estudiar los síntomas somáticos presentes en la histeria de conversión. A lo largo de una serie de trabajos, el autor explora la cuestión de la diferencia entre los síntomas corporales presentes en la histeria y aquellos propios de las enfermedades orgánicas. A través de una profunda y sólida argumentación que me es imposible reproducir aquí, llega a la conclusión de que ambos grupos de síntomas son en realidad dos maneras distintas de referirse a un mismo fenómeno y que la diferencia radica en el punto de vista y el marco epistemológico desde el cual abordemos su comprensión.

El autor recalca lo que plantea Chiozza acerca de que psíquico y somático son dos maneras de categorizar la realidad desde nuestra conciencia y sostiene que, por lo tanto, intentar diferenciar, por ejemplo, entre un acto fallido y un síntoma corporal, planteando que uno es psíquico y el otro somático, es algo innecesario e insuficiente. Enfatiza que esta forma de categorizar que tiene la conciencia es algo dinámico que depende del observador, pero que además puede modificarse en un mismo observador. Así, por ejemplo, cuando comenzamos a comprender el significado de un síntoma orgánico, empezamos a “verlo” como algo psíquico. Por eso el autor se pregunta, ya en 1995: *“¿Sería muy osado pensar que cuanto más transparente es el significado oculto tras el síntoma corporal, tanto menos ‘somático’ nos parece el síntoma?”* (Chiozza, G., 1995d, pág. 16). Y, más adelante, explica que *“el mismo síntoma que, a primera vista, nos parecía somático, luego de interrogar al paciente, a nosotros mismos nos parece una simulación o una histeria; y a partir de allí, nos cuesta creer que en él haya algún trastorno verdaderamente orgánico. Cuando creemos comprender un sentido, pensamos en lo psíquico y nos cuesta creer que lo psíquico pueda producir lo somático. Como se desprende de lo afirmado por Chiozza (1995o), cuando no comprendo, juzgo el fenómeno como somático; si más tarde comprendo, cambio mi propio juicio y lo que antes me parecía somático ahora me parece psíquico; y pienso que por ser psíquico, no puede ser verdaderamente somático. La posibilidad de comprender un sentido en algo que aparenta*

no tenerlo es muy variable; varía de un momento a otro y de un observador a otro” (Chiozza, G., 2011a, pág. 32).

En esta misma línea de pensamientos, Gustavo Chiozza plantea que así como, siguiendo a Chiozza, no podemos aceptar la idea de que existan síntomas que sean “sólo somáticos”, carentes de significado, tampoco podemos adherir a la idea de que una fobia o una compulsión sean síntomas “sólo psíquicos”, sin manifestaciones corporales. Explica que lo que ocurre es que en estos últimos casos, a diferencia de lo que sucede en la enfermedad orgánica, las manifestaciones corporales llegan a la conciencia plenas de sentido, como una descarga afectiva que reconocemos como tal y por eso, dado que podemos asignarles un significado, es que se nos dificulta “verlas” como algo que es, también, “físico”. Agreguemos que, desde este punto de vista, el autor considera que la histeria de conversión no entraría dentro de las neurosis, porque el afecto no conserva su coherencia, sino que se descompone y se descarga como un síntoma corporal, tal como entendemos que ocurre en las enfermedades orgánicas.

Abramos aquí un paréntesis para mencionar que actualmente existe una tendencia cada vez mayor a tratar con medicación psicofarmacológica no sólo los síntomas psicóticos de los pacientes, sino también cuadros más propios de las neurosis, como las crisis de angustia, las fobias y los síntomas obsesivos. ¿Será acaso este un ejemplo de cómo la capacidad de comprender un sentido puede también “involucionar”, sucumbir a la resistencia, determinando entonces que allí donde Freud veía una patología sin dudas anímica, los actuales psiquiatras tiendan a “ver” predominantemente una alteración neurológica -orgánica-, a la cual intentan tratar químicamente? Cerremos el paréntesis.

En su artículo “El compromiso somático” (2012), Chiozza vuelve sobre los desarrollos de Gustavo Chiozza y se pregunta “¿A qué se debe la diferencia, dentro de lo que solemos llamar ‘compromiso somático’, entre, por ejemplo, lo que la conciencia registra en un cáncer de riñón, en un asma bronquial, y en una neurosis obsesiva?”. Plantea que, si bien coincide en que los síntomas histéricos no son más psíquicos ni menos somáticos que los de las enfermedades orgánicas, queda no obstante en pie la cuestión acerca de por qué nuestra conciencia, a pesar de que pueda ampliar su registro, en algunos fenómenos capte “con extrema dificultad lo somático y, en otros, con extrema dificultad lo psíquico”. El autor responde esta pregunta planteando que cuando un fenómeno es percibido como somático, es porque constituye “un procedimiento consolidado, que se utiliza de manera inconsciente y que no se vuelve a examinar”, mientras que “un conocimiento ‘en curso’, sometido a una elaboración en la conciencia humana, siempre se registra como psíquico”.

¿Podría desprenderse de esto la idea de que, independientemente de la gravedad del caso, en aquellos cuadros que llamamos “neurosis” el conflicto se halla en alguna medida más cerca de la conciencia que en los trastornos que registramos como enfermedades orgánicas?

¿Podríamos pensar que cuando hacemos conciente un conflicto expresado en un trastorno orgánico esto implique un “pasaje” de dicho conflicto por la conciencia, bajo la forma de un significado que registramos como “anímico”, ya sea a través de síntomas que solemos llamar “psíquicos” o simplemente tomando la forma de una dramática que se despliega en la vida del paciente, dramática que deberá ser, a su vez, ulteriormente elaborada? Quizás podamos entender en este sentido lo que plantea Weizsäcker cuando compara los pacientes ulcerosos nerviosos con los que no lo son y destaca que el “nervioso” busca algo, aunque no sabe bien qué es aquello que busca, y que esto lo transforma en alguien más adelantado que el no nervioso. Se pregunta entonces: *“¿Sería deseable que el médico hiciera nervioso al que no lo es? No podemos esquivar la respuesta y tenemos que contestar: Sí, lo debe hacer el médico, pero sólo el que pueda atreverse a ello. ¿Y quién podría atreverse? Sólo el que tenga confianza en poder indicar al enfermo el sentido y el objetivo de su enfermedad, a lo que pocos están capacitados. (...) Sólo puede atreverse a ello quien esté dispuesto a emprender tan peligroso viaje junto con el enfermo”* (Weizsäcker, V., 1947).

A esta altura de nuestro recorrido, digamos entonces que, por un lado, la conceptualización clásica de la neurosis es muchas veces, aún hoy, de utilidad a la hora de abordar la problemática de muchos pacientes, donde las descripciones realizadas por Freud nos sirven como “mapas” útiles para iluminar el sufrimiento que los aqueja. Por el otro lado, en muchas ocasiones también resulta enriquecedora una concepción más amplia de la neurosis como una alteración que forma parte de lo que desde el psicoanálisis comprendemos como una enfermedad única, que incluye también, por ejemplo, a las enfermedades somáticas. Weizsäcker lo expresa con claridad cuando se pregunta: *“¿Qué ocurre con la división de la enfermedad? Yo diría lo siguiente: Esto que he aprendido en el colegio ya no me satisface. Me han enseñado que hay psicosis, neurosis, casos orgánicos y, finalmente, también esclerosis. (...) De una neurosis orgánica puede resultar una enfermedad orgánica y, por lo tanto, cada una de estas enfermedades puede ser considerada como un estadio, pero, en realidad, sólo existe un modo unitario de enfocar el problema, sólo existe una medicina general”* (1951, pág. 83). Este autor también afirma que, en tanto la enfermedad orgánica *“está intercalada en la biografía como una pieza espiritual y plena de sentido, tal como si le perteneciera”*, surge la tentación de considerarla simplemente como *“neurosis materializada”* (Weizsäcker, V., 1955, pág. 7). En este sentido, plantea también que *“aquello que comenzó con la cuestión de la neurosis, también se convierte en una cuestión para la medicina en su totalidad. La medicina entera puede ser contemplada bajo la luz de la influencia de la psicología profunda”* (Weizsäcker, V., 1949, pág. 287).

Recordemos que Weizsäcker (1956) propone una clasificación diferente de las enfermedades en neurosis, biosis y esclerosis, tres fenómenos que pueden comprenderse como tres etapas en la evolución de un proceso, en el cual la estructura psíquica y la somática están minuciosamente entramadas y donde la dramática anímica se continúa con la corporal *“tal como si la misma obra y el mismo problema continuara ahora su representación a través de actores diferentes”* (pág. 91). Llama “neurosis” a los cuadros

donde existe un trastorno funcional que puede ser transitorio y denomina “biosis” a aquellos donde existe ya un cambio en la estructura orgánica que puede, no obstante, ser reversible. Por último, la “esclerosis” designa una transformación estructural irreversible, que puede aparecer primariamente o en el transcurso de una biosis. Si bien actualmente no nos manejamos con esta clasificación, rescato su importancia como un ejemplo de cómo se puede intentar integrar las diferentes formas del enfermar, relacionándolas unas con otras, en el marco de la idea de una enfermedad única.

Pienso que la comprensión del drama inconsciente expresado en las diferentes enfermedades orgánicas que han sido investigadas en nuestro grupo, así como los desarrollos realizados por Chiozza (y también por Chiozza y colaboradores), formulados en el lenguaje de la vida, como la temática de la mutilación del yo y de la primera falta, la importancia del apego, el rol central de los cuatro “gigantes del alma” –envidia, celos, rivalidad y culpa-, la conceptualización de los tres macroafectos –donde la desolación y la descompostura vienen a sumarse a la angustia, tan estudiada por Freud- y la noción de la existencia de una necesidad –en todo ser humano- de convivencia y trascendencia, han sin duda enriquecido nuestro punto de vista, contribuyendo tal vez a que las neurosis como cuadros nosológicos hayan perdido preponderancia en nuestro registro de lo que le ocurre a nuestros pacientes.

Respecto de estos últimos puntos, dejemos formulada la pregunta –aunque no lleguemos a responderla aquí- acerca de **cómo podrían integrarse la desolación y la descompostura dentro de la teoría clásica de las neurosis, que está construida en torno a la angustia.** Pienso que, en la medida en que estos afectos, íntimamente entramados con la vivencia de la “primera falta”, constituyen un drama fundante en toda vida humana, deben anidar también en la raíz de los cuadros neuróticos descritos por Freud.

También el planteo de Chiozza de las tres defensas básicas –manía, paranoia y melancolía- se impone muchas veces a la hora de comprender a un paciente, y su relación con las neurosis merecería un estudio por separado, que no podré realizar en esta ocasión. Dejemos tan sólo planteada la siguiente inquietud: **¿Podríamos relacionar cada una de las tres neurosis de transferencia con alguna de estas tres defensas básicas que tendría predominancia en cada caso, por ejemplo la paranoia en las fobias, la melancolía en la neurosis obsesiva –con su moral “hipertrofiada”- y la manía en la histeria de conversión – con su “belle indifférence”-? ¿O es esta una concepción demasiado esquemática y más bien deberíamos pensar que las tres defensas participan, en diversa medida, de los diferentes cuadros neuróticos, así como entendemos que participan de todas las formas del enfermar?**

Volvamos ahora al conflicto entre los deseos sexuales y la represión -o entre el ello y el superyó-, que caracteriza a las neurosis, para preguntarnos: **¿Cómo comprendemos actualmente la idea de que las neurosis son “de etiología sexual?** Nuevamente, tengo la impresión de que es la excepción –y no la regla- que durante una supervisión clínica la

cuestión principal gire en torno a la vida sexual –genital- del paciente. ¿A qué se debe esto? ¿Es que la sexualidad ya no ocupa para nosotros el lugar central que ocupaba para Freud a la hora de comprender a los pacientes? Creo que no es así.

Sabemos que Freud comenzó relacionando los síntomas neuróticos con las alteraciones en la vida sexual –genital- de los pacientes. Poco a poco, a partir de descubrimientos como la sexualidad infantil y el Complejo de Edipo, el concepto de sexualidad se amplió para abarcar también lo atinente a las pulsiones parciales y, posteriormente, la sexualidad quedó incluida dentro del concepto, más amplio, de Eros o pulsión de vida, por oposición a Tánatos, la pulsión de muerte. Así, nos encontramos en Freud con afirmaciones como la siguiente: “(...) sabemos desde hace tiempo que una insatisfacción anímica con todas sus consecuencias puede estar presente donde no falta un comercio sexual normal, y como terapeutas siempre tenemos en cuenta que el coito u otros actos sexuales a menudo sólo permiten descargar una mínima medida de las aspiraciones sexuales insatisfechas, cuyas satisfacciones sustitutivas nosotros combatimos bajo su forma de síntomas neuróticos” (Freud, S., 1910k, pág. 223). En otra ocasión (1905a [1904]), por ejemplo, el autor se refiere a la “repugnancia sexual del neurótico”, es decir a la represión, como una “incapacidad de amar”, expresión que evidentemente tiene una resonancia que trasciende ampliamente el ámbito de la sexualidad genital.

Chiozza (2013) estudia el tema de la sexualidad y explica que, para la biología, la esencia del sexo consiste en la recombinación genética, es decir en la mezcla de las fuentes genéticas de los progenitores, y que su función trasciende ampliamente a la de la reproducción: “el sexo (...) antes de funcionar al servicio de la reproducción, consiste en una actividad combinatoria (...) que introduce variedad y conduce hacia una evolución que aumenta la complejidad de los organismos” (pág. 92). Sostiene que de esta manera, la biología llega a coincidir con el psicoanálisis, en tanto concibe a la sexualidad como una función más amplia que la de la genitalidad.

Pienso que las ideas que el autor desarrolla respecto de este tema permiten resignificar la importancia de la sexualidad en las neurosis –y en todas las formas del enfermar-. La vinculación de la sexualidad con cuestiones como el enriquecimiento y la complejización de un individuo a partir de la mezcla y de la interacción con los otros, nos permite iluminar la existencia, también en las neurosis, de conflictos con la convivencia y la trascendencia, una concepción que, si bien incluye las ideas de Freud, las amplía y les otorga una nueva dimensión. Se desdibuja entonces un poco la primitiva separación entre el deseo y la norma moral ya que la necesidad de una buena convivencia –lo cual implica vivir en armonía con los valores morales que la sustentan- es, en definitiva, también un deseo. Tal como muestra Gustavo Chiozza (2001, 2003) a lo largo de una minuciosa argumentación, los tres vasallajes descritos por Freud –ello, superyó y realidad- pueden reconducirse, en última instancia, a un conflicto entre ello y ello, o sea entre dos deseos, donde la principal tarea del yo consiste en poder interpretar adecuadamente qué es lo que él realmente desea, es decir dónde se encuentra verdaderamente la satisfacción que anhela. En este punto, el autor destaca que “el bienestar sólo puede ser completo cuando nace de una

ética en el obrar en la cual los intereses del individuo y los del ecosistema (grupo, comunidad, cultura, etc.) coinciden” (pág. 124) y concluye que, por lo tanto, la única forma de bienestar posible es el bienestar nacido del obrar moral. Desde otro ángulo, que podríamos considerar quizás el revés de esta trama, Chiozza (2013) también señala cómo se desdibuja la oposición entre deseo y norma moral, cuando explica que las normas no sólo nos llegan desde el superyó o desde las costumbres que rigen nuestra sociedad, sino que también funcionan como normas que debemos conciliar “los impulsos instintivos, las exigencias de la realidad, o inclusive nuestros propios rasgos de carácter, configurados como hábitos antiguos, cuando ya no nos conforman y los queremos cambiar”.*

Finalicemos entonces esta participación con la siguiente cita de Chiozza que, a mi parecer, expresa muy bien la existencia de una interrelación entre la sexualidad y la necesidad de convivencia y trascendencia:

“Si reflexionamos sobre las características que adquieren la actividad genital y la sexualidad en el contexto entero de una vida humana, llegamos rápidamente a concluir en que ambas integran la fuente subterránea del significado que alimenta la trayectoria de esa vida, pero es necesario aclarar que una parte muy importante de la genitalidad –y de la sexualidad que la motiva- no se dirige hacia su satisfacción directa, sino que, por el contrario, coartará sus fines o los substituirá por otros que alcanzará en la forma que llamamos sublimada. Hemos sostenido repetidamente que la vida de uno es demasiado poco como para que uno le dedique –a esa vida que es de uno- su vida por entero, y cuando nos contemplamos desde el ángulo constituido por la sexualidad, ese pensamiento se refuerza. También allí nos encontramos con que, si el sentido que la sexualidad otorga a la vida sólo fuera el que proviene de su satisfacción directa, sería un motivo insuficiente y pobre. Porque en la red –rica y compleja- que nos mantiene vivos, vivimos ‘cableados’ con las personas que son ‘copropietarias’ del entorno afectivo que consideramos nuestro” (pág. 94).

Bibliografía y referencias bibliográficas:

Chiozza, Gustavo (1995d)

“El síntoma corporal para la teoría psicoanalítica”, trabajo presentado en la Fundación Chiozza en junio de 1995.

Chiozza, Gustavo (2001a)

“El malentendido en los vasallajes del yo”, trabajo presentado en el Simposio 2001 en la Fundación Chiozza, enero 2001.

Chiozza, Gustavo (2003a)

“Del malestar en la cultura al bienestar moral”, trabajo presentado en el Simposio 2003 en la Fundación Chiozza, enero 2003.

Chiozza, Gustavo (2004)

“La histeria de conversión a la luz de las ideas de Chiozza”, trabajo presentado en la Fundación Chiozza en noviembre del 2004.

Chiozza, Gustavo (2011a)

“La construcción de lo psíquico y lo somático en la práctica psicoanalítica”, trabajo presentado en la Fundación Chiozza, septiembre 2011.

Chiozza, Luis (1981g)

“La capacidad simbólica de la estructura y el funcionamiento del cuerpo”, en *Obras Completas*, Tomo IV, Editorial El Zorzal, Buenos Aires, 2008.

Chiozza, Luis (2012)

“El compromiso somático”, artículo publicado en power point en la página web www.funchozza.com, 2012.

Chiozza, Luis (2013)

Intimidación, sexo y dinero. ¿Alguien sabe quién soy?, Editorial Libros del Zorzal, 2013.

Chiozza, Luis (2013*)

Conferencia “Algunas reflexiones sobre la técnica psicoanalítica”, dictada en la Fundación Chiozza en abril 2013.

Freud, Sigmund (1905a [1904])

“Sobre psicoterapia”, en *Obras Completas*, Tomo VII, Amorrortu Editores, 1979.

Freud, Sigmund (1905d)

Tres ensayos de teoría sexual, en *Obras Completas*, Tomo VII, Amorrortu Editores, 1979.

Freud, Sigmund (1910k)

“Sobre el psicoanálisis ‘silvestre’”, en *Obras Completas*, Tomo XI, Amorrortu Editores, 1979.

Freud, Sigmund (1914c)

“Introducción del narcisismo”, en *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, 1979.

Freud, Sigmund (1926d [1925])

“Inhibición, síntoma y angustia”, en *Obras Completas*, Tomo XX, Amorrortu Editores, 1979.

Weizsäcker, Viktor von (1947)

Casos y problemas clínicos, Editorial Pubul, Barcelona, 1950.

Weizsäcker, Viktor von (1949)

“Después de Freud”, en *Escritos de antropología médica*, Editorial Libros del Zorzal, 2009.

Weizsäcker, Viktor von (1951)

El Hombre Enfermo, Editor Luis Miracle, Barcelona, 1956.

Weizsäcker, Viktor von (1955)

“Meines Lebens hauptsächliches Bemühen” (El principal esfuerzo de mi vida), en *Gesammelte Schriften*, tomo 7, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a/Main 1987. Traducido por Dorrit Busch.

Weizsäcker, Viktor von (1956),

Patosofía, Editorial Libros del Zorzal, 2005.