

¿Cuál es la teoría explicativa de la neurosis obsesiva? *

J.O. Wisdom **

XII. Introducción

En un trabajo previo (*Wisdom, 1964*) he expuesto una construcción de la teoría diagnóstica de *Freud* sobre la neurosis obsesiva. Era “diagnóstica” en el sentido de que, enfrentado al síndrome, uno buscaría un factor diagnóstico básico o un conjunto de ellos, en función de los cuales otros factores diagnósticos del síndrome así como el síndrome mismo podrían ser explicados. A pesar de que se ha carecido de precisión y ciertos detalles importantes en algunos de los procesos, esta combinación de fenómenos y teoría ha sido intuitivamente bien entendida por los psicoanalistas durante muchos años. Culmina con la idea de Freud de la fase anal y su hipótesis de la fijación anal. ¿Pero cuál es la explicación de esta hipótesis? ¿Cómo explicar la fijación de la cual se origina el trastorno? Aquí abandonamos el terreno bastante seguro de la teoría diagnóstica, que puede ser corroborada por cualquier clínico, y encontramos poca teoría coherentemente elaborada. Este trabajo está fundamentalmente dedicado a los elementos de la teoría que sí existen y al desarrollo de una explicación, aunque también se ocupa de la diferencia entre el carácter obsesivo y la neurosis obsesiva y del problema no resuelto de la compulsión a la repetición.

* Publicado en **Brit. J. Med. Psychol.**: 1966; 39, 335.

** Esta investigación que es parecida a una previa realizada sobre la histeria (*Wisdom, 1961*), es la colaboración de una parte de un trabajo, dado al grupo Imago, Londres, el 10 de noviembre de 1939. Tanto en esa reunión como en otras ocasiones me he beneficiado de los provechosos comentarios hechos por las siguientes personas: Miss Freud, Miss Hooper, Dr. Klauber, Mrs. Milner, Mr. Money-Kyrle, Mr. Still, Mr. Stokes, Mr. Strachey, y Mrs. Zinau; ninguno de los cuales, sin embargo, es responsable por el uso que luce de lo que he dicho.

XIII. La contribución de Freud a una teoría de la fase anal

Hemos visto que en el trastorno obsesivo la hipótesis central es que el factor diagnóstico básico es la fijación anal. Probablemente fue *Ernest Jones (1913, pp. 557 - 8)* quien primero afirmó que la neurosis obsesiva se origina en ella, y después Freud (*1913a, pp. 320 - 1, 324*) postuló la fase anal (un tema que continuó investigando *Abraham, 1924*), reconociendo así su papel dominante; pero Freud era muy consciente del problema que creaba, es decir, cómo explicarlo. Le prestó mucha atención a este tema y contribuyó con una serie de sugerencias dispersas, en su mayoría no desarrolladas, aunque una o dos fueron discutidas más a fondo, pero nunca completó una teoría integrada.

Las ideas de Freud pueden ser agrupadas bajo los siguientes títulos: I) teoría de la libido y desarrollo por fases (*Freud 1913 a, pp. 320-1, 324*); II) frustración (*Freud, 1912*) y sobre-estimulación asociada con rechazo ambiental (*Freud 1912, p, 236, ' 1926, p. 94*); III) represión (*Freud, 1909, pp. 196 y 247 - 8; 1930, y. 66n*); y IV) heces como creaciones, regalos (*Freud, 1918, pp. 81 - 2*), y varias otras ideas.

La teoría de las fases es una teoría positiva del desarrollo, no una teoría de inhibición. Se refiere a que la libido primero inunde la zona oral, después en su mayor parte se traslada a la zona anal, y después a la zona fálica. No se da ninguna explicación de esto (a pesar de que Freud, 1903, hace una sugerencia de que es debido a un resurgimiento de erotismo), y naturalmente es imprescindible tener una teoría, pero no es necesaria aquí; por el momento nos basta poder usar las generalizaciones sobre los niños de que la libido que primero invertían, en una zona, la invierten ahora en otra. Además, el sentido en que esta teoría de fases ya no es aceptada, aunque importante, no es necesariamente aun al actual tema. El punto de vista posclásico,* además de interpretar las fases en términos de relaciones objetales, cosa que no afecta la presente discusión, piensa que las tres zonas son a menudo inundadas simultáneamente manteniendo así su propia reserva de libido sin sustraerla de otras zonas; pero no niega que al final, en el desarrollo normal la mayor parte

* Esto es parte del manejo diario de muchos analistas, pero no es fácil citar bibliografía o decir quién fue el primero que consideró como muy simple el punto de vista de Freud.

de la libido es retirada de las zonas oral y anal hacia la zona fálica. Puede además, en la infancia, haber énfasis oscilante sobre diversas zonas. En suma, una divergencia básica es que ha desaparecido la transición ordenada de la teoría de Freud, pero otros rasgos de la misma —y éstos son los significativos a los fines teóricos— son mantenidos.

Una modificación es importante aquí. En este trabajo yo hablo de “valoración” de las heces y del erotismo anal, no de “investimiento con libido”. Esto es solamente porque lo Único que necesito para construir la teoría a esta altura es el hecho de la valoración y no la teoría —por ejemplo la teoría de la libido— de la fuente de la valoración.

A pesar de que no se ofrece ninguna teoría para explicar el desarrollo, resulta claro que en la mente de Freud de alguna manera era biológicamente natural, y el problema consistía más bien en explicar su fracaso, es decir, su inhibición.

Hay varios factores que pueden tener influencia sobre el desviarse de las heces. Por ejemplo, como Freud lo ha señalado, la idea de que las heces son una creación puede no ser reconocida por los padres; el uso de las heces como regalos o como medio de reparación o como retribución por cosas buenas recibidas de la madre, puede no ser apreciado como tal. Podría haber desilusión sobre el atractivo de las heces después de la etapa de los pañales, cuando el niño se da cuenta de que la realidad, ahora que puede explorarla, es defraudante, no tal como la imaginaba.

Además, si la creación de las heces es sentida como rivalidad frente al poder creador de la madre (*Still, 1959*), puede producir culpa o angustia. Lo mismo sucede si el niño tiene el temor de usar sus heces para atacar a la madre.*

Cualquiera de estas conjeturas o todas ellas reforzarían sentimientos sobre el valor de las heces en sí mismas y sobre el uso de ellas en relaciones personales. Pero sólo reforzarían y no explicarían la fase y fijación anales.

* Esta idea es bien conocida en el psicoanálisis contemporáneo, y es difícil ver cómo el concepto de sadismo anal podría haberse desarrollado sin ella; sin embargo, no es explícito en la literatura teórica clásica. Se esboza en **Jones (1913, pp. 555-56)** y también en **Abraham (1924, pp. 428-9)**, pero de hecho no es enunciado manifiestamente, de manera que evidentemente no tenía un papel preponderante en la teoría.

Freud mismo no lo suponía de otra manera: él es muy claro en el hecho de que *tales* factores son externos y que es la reacción frente a ellos la que cuenta; en una palabra, decía que para comprender los fenómenos es necesario buscar un mecanismo interno.** Por ejemplo, señalaba (*Freud, 1918, p. 84*) que una de las razones para rehusarse a abandonar las heces es que ello significaría la castración. ¿Qué clase de mecanismo interno consideraba Freud que estaba en la raíz de este problema?

Defrauda lo poco que Freud tiene para decir sobre esto. Cuando el apego a una zona es fuerte, el deseo debe enfrentarse con la frustración —la realidad o la madre más condescendiente no podrían proveer satisfacción exactamente como y cuando se la requiere—, y la frustración es muy difícil de tolerar. En relación con esto ocurre la sobreestimulación, ya sea planeada o por accidente, como por ejemplo cuando una madre lave a su bebe. Naturalmente la sobreestimulación podría llevar a la frustración y por lo tanto estar teóricamente implícita en ella; pero la idea se refiere a algo diferente, es decir, el malestar debido sencillamente a una enorme cantidad de estimulación. Si esto es un fenómeno real o si simplemente significa la imposibilidad de obtener una descarga orgásmica, que lo haría equivalente a la frustración, no necesita ser considerado aquí. De ambas maneras el niño sufre un malestar que surge naturalmente del erotismo de una *zona*. Entremos un poco en detalles.

Se supone —muy razonablemente— que entonces ocurre lo siguiente: el malestar se hace tan intolerable que hay que deshacerse de él; y la manera de hacerlo es a través de la represión (o tal vez por algún otro mecanismo, pero la represión fue lo que descollaba en Freud). “Represión” no significa, o no significa meramente, que el deseo y el malestar no sean experimentados más en la conciencia; se refiere al proceso por el cual son mantenidos fuera de la

** Fenichel (1945) remete- un serio error, sobre el que se debe llamar la atención ya que él es uno de los pocos autores que sería ampliamente consultado en asuntos de teoría. A pesar de que hace un relato correcto, a continuación hace una cita de Freud. De hecho es un resumen (no muy exacto) de uno de los trabajos de Freud, que arroja énfasis sobre factores externos y en consecuencia difiere tanto de Freud como de sus propios comentarios iniciales. Así, “Los impulsos erótico-anales del niño se enfrentan con el entrenamiento para la limpieza y la forma en que este entrenamiento es llevado a cabo determina si el resultado es o no la fijación anal”. (Con referencia a Freud, 1932: **Sexualidad femenina**, ver Stand. Ed. 21.)

conciencia. Freud no expuso casi conjeturas sobre la manera en que funcionaba.

Sin embargo, aventuró la interesante sugerencia siguiente. Primero había señalado que la atrofie del sentido del olfato era una consecuencia de la adopción de la posición erecta (*Freud, 1909, p.. 248*). Veinte años después (*Freud, 1930*), retomó esto en una larga nota. La postura erecta, decía Freud, marca el *comienzo* de la cultura: en especial subyace el impulso hacia la limpieza y el deshacerse de excreciones displacenteras. Aquí parece existir una brecha en el argumento: porque él concluyó que los excrementos compartían el destino de los estímulos olfatorios, es decir, se volvían menos importantes debido a la atrofie del sentido del olfato; mientras que la conclusión necesaria es que se vuelven repugnantes. Tal vez lo que quiso significar fue *que la atrofia y la postura erecta son ambas consecuencias de un desarrollo de repugnancia hacia los excrementos. ¿Cómo puede haber ocurrido esto? No es claro, pero asumiendo que haya ocurrido, el erotismo anal debería ser puesto de lado de alguna manera; al proceso que produce esto Freud lo denominé “represión orgánica”.*

A la luz de todo esto, ¿cómo debemos comprender la fase anal y la fijación anal? El punto de vista de Freud parece ser el siguiente. En el desarrollo, la desviación de la zona anal —que es natural— produce un malestar intolerable. que a su vez produce represión. Lo que es reprimido incluye no sólo el malestar sino también las valoraciones anales; parte de la valoración anal es transformada por la represión en formaciones reactivas normales, o casi normales, repugno y sublimación; pero parte de la que está reprimida permanece activa. En el caso que la represión —que lleva a un alejamiento consciente de la valoración anal— no las derogue y las deje incambiadas en cualidad, entonces tendremos un estado que constituirá la base de la fijación.

XIV. Adecuación de la teoría

Freud no hubiera pretendido que esta teoría fuera adecuada. Da la impresión de apuntar de alguna manera en la dirección correcta, y por su importancia, los nuevos elementos que introduce para formarla no deberían ser subestimados, pero padece tres serias dificultades. Primero, en ella no hay manera de

diferenciar la represión normal, que lleva a la formación reactiva, al repugno y a la sublimación, de la represión patológica que lleva a la formación de síntomas. Esto no es necesariamente insuperable porque se podría encontrar una forma apropiada de discriminarlas y agregarle a la teoría. En segundo lugar, la explicación ontogenética de la represión no explica por qué algunas personas se fijan patológicamente y otras no. Aquí otra vez la ampliación traería suficientes elementos nuevos como para constituir una nueva teoría. Tercero, la laguna más importante es la naturaleza inespecífica de la explicación de desviarse de, y al mismo tiempo permanecer absorto en, la valoración anal. La teoría clásica atribuye esto a un mecanismo interno pero no ofrece explicación alguna. En verdad la teoría clásica lo atribuye al mecanismo de la represión. Pero esto es difícilmente comprensible y por lo tanto la teoría está más cerca de la posición de replantear el problema a ser resuelto que de ofrecer una solución. Que no se encuentre del todo en esta posición es porque atribuye el fenómeno a un mecanismo de cuya existencia —a pesar de que su naturaleza es en su mayor parte desconocida— hay buenas pruebas y porque, en forma razonable (aunque tal vez erróneamente), urge como programa de investigación el mecanismo de la represión. Tal vez debamos señalar que la tentativa de enunciar teorías con precisión —cosa que a menudo ocurre en la historia de la ciencia mucho después de haber sido promulgadas por primera vez—, puede parecer denigrante, pero no significa que las primeras tentativas fueran en ningún sentido superficiales, consideradas en su contexto histórico.* Freud luché con un problema que no podía resolver; se aventuré a hacer algunas conjeturas; no construyó una teoría coherente ni pretendió hacerlo. Partiendo de esta base, debemos decidir si la tarea es rellenar sus ideas o intentar construir una teoría nueva. Quizás encontremos que una nueva teoría aproximativa redondee la suya.

XV. El problema de la fijación anal

La hipótesis clásica, sobre el desviarse de las heces y del erotismo anal combinado con la fijación en intereses anales, lógicamente implica insatisfacción (frustración y sobreestimulación). Agreguemos la hipótesis de

* El cálculo diferencial es uno de los descubrimientos más importantes que se han hecho, cuyo autor fue uno de los más grandes científicos que han existido; sin embargo, es casi imposible exponer la presentación de Newton al mismo sin que resulte ridícula.

que el niño atribuye esto a una hostilidad proveniente de la madre.

¿Podría tratarse, por parte del niño, nada más que de condescender al supuesto ataque de la madre sobre su analidad —sin rebajar a ésta en absoluto— para conservar una buena relación con ella? Tal vez pudiera hacer esto, pero no lo hace: llega a *aceptar* su supuesta actitud y considera a la analidad como mala. Por lo tanto, no es mere condescendencia; él debe sentir que la hostilidad es adecuada. Esto significa que debe tener sus propias razones psicológicas internas —aunque éstas deben ser evocadas por presión externa— para considerar la analidad como mala. En verdad parecería que el origen de esta actitud tiene como base la sensación de hostilidad de la madre. Tales consideraciones nos llevarían a la siguiente formulación: que un sentimiento interno de maldad anal se expresa de una forma dual, la supuesta hostilidad de la madre y la aceptación de ello. Nuestra actual tarea es por lo tanto investigar este sentimiento interno de maldad.

Un origen podría pensarse que fuera la expulsión con ira de heces, presuponiendo que la ira es vivida como mala. Ahora bien, esto parecería ser *un* origen; pero no es una explicación suficiente, porque no son sólo las heces expulsadas con ira las que son sentidas como malas, sino también otras heces y el erotismo anal, previamente considerado como bueno. No hay ninguna dificultad en entender cómo algo que siempre fue sentido malo continuase siendo considerado así; el problema es comprender la transformación de la analidad, primero considerada como buena, en mala.

Un niño que está tratando de aceptar la idea de que las heces y el erotismo anal son malos se ve confrontado con el hecho de que continúa produciendo esas cosas malas y que tiene esos malos sentimientos periódicamente. En efecto, tiene que aceptar la idea de que es un ser que produce una sustancia mala de la cual logra mucho placer. En tanto no pueda aceptar esta idea deprimente, se aferrará a que las heces y el erotismo anal son buenos.

El niño entonces, produce malas heces pero ha ingerido buen alimento o mejor, un pecho bueno. Por lo tanto debe sentir que él lo ha transformado en malo y que lo ha estado haciendo continuamente.

Sin embargo, esta explicación presupone que el niño ya tiene su propia idea de que las heces son malas. ¿De dónde puede provenir? Naturalmente podría provenir de sus ataques malignos sobre el pecho materno conducentes a la

idea de que lo está echando a perder. Él desearía deshacerse de su madre interna estropeada porque se ha transformado en mala; y ya que se convertiría en heces, las heces también se transformarían en malas. De tal manera, por razones puramente psicológicas, aparte de la amenaza externa, desarrollaría la idea de que las heces son malas.

A pesar de que me responsabilizo por esta idea, y de hecho yo mismo la he estructurado, parecería fuertemente kleiniana, en parte por su contenido y en parte porque yo debo mucho al trabajo de *Melanie Klein*. La idea arriba mencionada tiene un precursor, ciertamente: ~‘La organización sádico-anal puede ser considerada como una continuación y desarrollo de la organización oral. La actividad muscular violenta dirigida sobre el objeto, que la caracteriza, debe ser explicada como un acto preparatorio para comer.’ Este pasaje kleiniano señala parte del eslabón postulado más arriba entre el sadismo anal y el sadismo oral, pero en realidad la cita proviene de Freud (1918, p. 108). Melanie Klein hace referencias similares con respecto a la existencia de condiciones psicóticas (y por lo tanto orales) como trasfondo de la neurosis obsesiva (*Klein, 1937, p. 83n., 1933*), aunque no hace mención de este eslabón tan detalladamente. También expuso la idea de que hay una destrucción sádico-oral del interior del cuerpo de la madre que ha sido incorporado (*Klein, 1933*), que es prácticamente la idea usada aquí. Cuando ella se refiere a los ataques sádico-anales sobre el cuerpo materno (*Klein, 1937, p. 239*) y al interior de ese cuerpo (*Klein, 1933, p. 273*), consideraría esto (como lo he señalado anteriormente) como una consecuencia más que un proceso inicial en la neurosis obsesiva.

La fijación anal, por lo tanto, además del sentimiento de que las heces son buenas, es un ataque anal sobre la analidad debido básicamente a la incapacidad de aceptar la malignidad de los ataques sobre el pecho materno y por el hecho de que continuamente se está creando una sustancia mala o de que un buen pecho ha sido dañado y transformado en malas heces.

El factor compensador normal debería ser el hecho de que —a pesar de este continuo daño— la madre verdadera permanece intacta.

La fijación entonces debe originarse en parte de la imposibilidad de reconocer esto. El significado de tal fracaso podría ser que el sentimiento de omnipotencia conduce al niño a sentir que el daño provocado a la madre interna automática, omnipotente y mágicamente daña a la madre externa. Si fuera así, el sentimiento de omnipotencia debería provenir en parte de una

fuerza más primaria que el poder de defecación, es decir, el poder de dañar el pecho por furia.* La succión furiosa o el morder proveerían la experiencia subjetiva necesaria de infligir daño; y el succionar o morder y el defecar estarían estrechamente vinculados en la primera época de la vida.**

Es muy probable que la sensación de haber dañado la madre externa en una mamada agresiva se vea fomentada si la madre tiene el hábito de alejarse inmediatamente del niño después de la mamada. La necesidad (normal) de un lactante de sentirse abrazado después de mamar puede muy bien ser interpretada como una necesidad de reaseguramiento de que la madre sigue viva después de su destrucción psicológica al mamar o morder. Sería interesante ver si una interpretación de alejamientos repentinos, inmediatos, tendría algún efecto decisivo sobre los obsesivos.

* **Freud (1909, p. 206)** señaló “el temor del «hombre de las ratas» a la violencia de su propia furia” que surgía cuando él había mordido a alguien.

** En este contexto vale la pena recordar de **Tótem y tabú** que una persona “sucio”, es decir, la que ha violado el tabú, no debe tocar su propia comida: alguien debe alimentarla (**Freud, 1913, b**).

¿Partiendo de la fijación anal en el sentido de estar absorto por las heces, puede aclararse algo sobre la fijación en el erotismo anal? Es una de las principales maneras de disfrutar las heces. Cuando el niño considera las heces como valiosas, los analistas generalmente suponen que lo que le agrada de ellas es el color, olor y consistencia. Y una de las maneras de valorar su consistencia es por medio de la actividad esfinteriana; por lo tanto una de las razones para valorar las heces es el placer anal que le producen. Desaprobar sus heces significa que el erotismo anal es malo. Pero también existiría un proceso opuesto. El exprimir esfinteriano se asociaría fácilmente con el exprimir oral y sería sentido como una actividad dañina. Entonces las heces serían consideradas como malas por estar dañadas. Y este sentimiento de poseer un poder dañino tan incontrolable haría que el niño se aferrase por seguridad a la idea de que el erotismo anal es bueno, antes que enfrentarse a esta perspectiva deprimente.

Un aspecto de esta aclaración debe ser subrayado. Debido al hecho de que ante su asombro, encuentra que sus intereses anales son malos por razones internas y no meramente por razones de influencia externa, el niño debe tratar de restaurar su estado de ánimo aferrándose a la idea de que son buenos. Es decir, la atribución de bondad es una defensa contra el sentimiento de maldad. Ahora bien, esto es lo opuesto al punto de vista clásico, que consiste en que son primariamente buenos y solamente van siendo considerados como malos como resultado de ciertas presiones. Pero el contraste no es tan simple, porque en este trabajo se mantiene la hipótesis de que las heces son valorizadas como una creación. Hay, por lo tanto, una valoración primaria de la analidad al mismo tiempo que una secundaria, desarrollada para contrarrestar la denigración.

La verdadera comparación es que, desde el punto de vista clásico, hay una simple transformación de la valoración de la analidad en su denigración; mientras que en este punto de vista, hay dos transformaciones: desde la valoración positiva, al sentimiento de maldad (por identificación con la destrucción durante la nutrición), y desde el sentimiento de maldad a la protesta de bondad (negando la destrucción). En ambos puntos de vista, la fijación es de la misma naturaleza, es decir, retención de la valoración anal a pesar de desviarnos de ella. Esto no es explicado en el relato clásico, en tanto

que sí lo es en éste.

Vale la pena reunir aquí las diversas posiciones sobre la analidad que pueden ocurrir separada o conjuntamente: I) buenas heces creadas por un erotismo anal satisfactorio; II) malas heces creadas por defecación furiosa; III) malas heces creadas por el comer destructivo; IV) erotismo anal malo que surge del goce del comer destructivo.

Abraham (1911) ha descrito similitudes básicas entre el trastorno obsesivo y la depresión profunda. De acuerdo al relato que antecede, habría realmente una Conexión: la conexión sería que ambos trastornos tienen en común la incapacidad de tolerar el poder maligno —incontrolable— de dañar la buena comida con la boca y el ano.

Esta hipótesis de que el niño siente que transforma en malo al pecho bueno y que al mismo tiempo debe obstinadamente sostener que es bueno, proporciona un foco de tajante ambivalencia. El patrón inconsciente nos llevaría por ende a esperar que, en el carácter obsesivo, aunque no en la neurosis obsesiva habría con respecto a algunas cosas —en su vida en general y sobre todo en las relaciones heterosexuales— una constante y obstinada tentativa de defender la bondad de sus actividades y sus objetos, a los cuales al mismo tiempo condenaría. El orden de sus experiencias sería: a) experimentar lo bueno, b) depresión al volverlo malo, c) aferrarse interiormente a la idea de que realmente es bueno, y d) exteriormente denigrarlo como malo. Por lo tanto, en esta hipótesis vemos que en las actividades del obsesivo está latente el esfuerzo constante de defenderse de las acusaciones de proceder mal.

Como derivado del relato precedente sobre el erotismo anal, es posible ahora ampliar la posición con respecto a la homosexualidad.

Para el varón, la fijación en el erotismo anal proporcionaría un terreno para la deflexión del apego objetal de la madre hacia el padre. El punto a jerarquizar, sin embargo, es que el erotismo anal tendría la función, no tanto de una necesidad que impulsa al niño a buscar al padre para satisfacerla, aunque este proceso ocurriría, sino sobretodo la función de algo a ser protegido, y el niño

trataría entonces de atraer al padre para apoyar su idea de que el erotismo anal es bueno. De esta manera, además, en la fantasía, estaría renunciando a su pene a cambio de heces.

Con la mujer, la posición sería notoriamente diferente. En primer lugar, la idea de que la madre externa ha sido destruida en la situación nutricia no sería tan devastadora como para el niño varón, sino que sería parcialmente tolerable pues sería la respuesta al deseo de verse libre de un rival (*Jones, 1913, pág. 557*). En segundo lugar, el desarrollo del erotismo vaginal, por imperfecto que fuera, disminuiría el valor que ella le otorgaría al erotismo anal; y con la disminución de esto caería su valoración de las heces y por lo tanto, su conflicto con su madre sería menor. Por estas dos razones sería mucho más difícil que la niña desarrollara un trastorno obsesivo.*

Pero si la niña desarrollara una fijación en el erotismo anal, necesitaría pasar por otro proceso adicional. De la misma manera que el varón exigiría una atención homosexual de su padre para apoyar su erotismo anal, ella debería estar introyectivamente identificada con su padre —una identificación nuclear—. Esto le permitiría valorar sus heces como un pene. El trastorno obsesivo en la mujer, entonces, la llevaría a un papel masculino, dominante y de tipo administrativo.

Relacionado con esto surge otro problema sobre el erotismo anal que parece haber sido pasado por alto. El erotismo sería satisfecho a través de los movimientos expulsivos y del pasaje hacia abajo de las heces. El erotismo anal de fijación se vuelve opuesto en actitud y dirección: receptivo y hacia arriba, y por lo tanto está relacionado con la homosexualidad pasiva. ¿Cómo se produce este cambio?

Cuando ocurren los procesos que llevan al repugno, la reversión arriba mencionada no sería su consecuencia, porque el repugno utiliza la expulsión, y algo similar ocurre con el fracaso del repugno. Pero en la formación reactiva o mejor, en su disfunción, el elemento agresivo está mitigado a través de la identificación proyectiva con la imago materna hostil. Ya que la agresión anal

* **Freud (1926, p. 143)** mencionaba que la neurosis obsesiva es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres.

sería expresada por expulsión la fijación del erotismo no sería permitida por una actividad expulsiva, pero podría ser tolerada si ésta fuera sustituida por la receptividad pasiva. Yendo un poco más lejos, esto podría simbolizar la función del comer sin destruir. Este último punto daría al erotismo anal y a la homosexualidad pasiva, en el trastorno obsesivo, el papel de defensa contra la destrucción oral.

Las hipótesis principales aquí son las siguientes:

Hipótesis K: El individuo atribuye la frustración de sus deseos anales a la hostilidad materna.

Hipótesis L: El sujeto crea malas heces no sólo por defecación furiosa sino transformando la buena comida o el pecho bueno en malo, es decir, él siente que continuamente estropea su introyección de material bueno.

Hipótesis M: La fijación anal surge de la necesidad de aceptar las heces valoradas y el erotismo anal como malos por un lado, y por el otro, de aceptar los ataques furiosos defecatorios sobre las heces valoradas; pero también surge de la incapacidad de aceptar la malignidad de los ataques sobre el pecho materno y la continua creación de sustancia mala, debido a la tentativa de insistir en que el buen pecho no ha sido dañado y transformado en malas heces. (Por lo tanto, la fijación anal implica no sólo factores anales sino también factores orales.)

Hipótesis N: Existe el sentimiento de que el pecho bueno es estropeado a través del mamar o morder furioso y omnipotente.

Hipótesis O: El trastorno obsesivo subyacente es la incapacidad de tolerar este poder destructivo (parte del cual puede producir depresión).

Hipótesis P: Como consecuencia el erotismo anal es sentido como malo y dañino.

Hipótesis Q: El erotismo anal conduce al niño varón a atraer a su padre para apoyar la idea de que es bueno; de aquí la homosexualidad pasiva latente y el abandono del predominio genital.

XVI. El papel del padre

Este relato contiene como idea clave que el sentimiento de maldad relacionado con las heces se origina en el sentimiento de destrucción del pecho, externo e interno, y de su transformación en heces malas. Implica una línea sencilla de desarrollo —desde la madre—. ¿Pero qué hay del papel del padre? En las historias clínicas y discusiones de Freud el padre juega el papel decisivo; el individuo teme la castración por su padre y por lo tanto el ser reducido a la posición de ser una mujer (*Freud, 1918, p. 47*). Esto indudablemente es correcto, pero se centra sobre el Edipo a un nivel fálico y no toma en consideración las fijaciones subyacentes. La contribución más destacada de Melanie Klein a los factores diagnósticos de la neurosis obsesiva y su manera de enfocar el papel del padre, son marcadamente diferentes. Para ella, se trata de un ataque sádico contra el coito de los padres (*Klein, 1937, p. 85*) con el propósito de dominar las introyecciones orbitales de los padres, separándolos (*Klein 1934*). Esto estaría en el origen de la desconexión de los síntomas obsesivos.*

¿Qué hipótesis se podría introducir para explicar esto, y cuál es su papel?

Dos significados se insinúan simultáneamente: uno es que el niño no puede soportar el daño mutuo que él espera que se produzca; el otro, que no puede aceptar la situación de su padre dándole algo a la madre y de la madre dándole algo al padre. Estos significados están fusionados en la idea única del robo. Esto implica por lo menos una proyección del sadismo para formar el concepto de un padre sádico y el fracaso de la proyección de benignidad para formar el de un padre bueno. Y presupone la sensación de que su padre no puede ayudarlo en sus conflictos.

En lo que respecta al grado de desarrollo del niño, la necesidad de separar al padre de la madre en grado extremo demuestra que, cualesquiera que fuesen las otras integraciones que pudieran haber madurado, un importante rasgo de la posición depresiva está fuera de engranaje.

* El comentario de Freud (1909, p. 298) sobre “el hombre de las ratas” era que “continuaba las diferencias entre sus padres dentro de él mismo”.

Supongo que precediendo inmediatamente esta fase, el niño conoce a su padre y reconoce la diferencia entre su padre y su madre (tal vez como objetos totales, tal vez como objetos parciales).

Tenemos entonces que el niño no encuentra ninguna ayuda en su padre al tratar de superar la destrucción oral del pecho, y por lo tanto no puede atravesar la posición depresiva, al menos en un aspecto.

Esta situación parecería depender de a) si el niño tuvo ayuda de su padre y de b) si fue capaz de usarla cuando rabiaba por la comida durante los primeros meses de vida en la temprana etapa de la posición depresiva. También depende de a) si el niño puede reconocer a su padre como una persona diferente de su madre (aunque sea en forma de objeto parcial), y de b) si, reconociéndolo como poseedor de un papel diferente —por ejemplo otorgar fuerza—, puede entonces estar hambriento y furioso sin sentir que está destruyendo su mundo, o sea, el pecho. Por otro lado, si el niño (a) *no* reconoce la diferencia entre sus padres, o (b) no reconoce un papel especial para su padre, puede considerarlo como a alguien que simplemente no hace nada, y cuando llega a reconocer a su padre como una persona diferenciada, será sola-merite un objeto supernumerario que no encaja en su mundo.

Aquí tenemos entonces un factor diferencial que gobierna el resultado de la posición depresiva y el grado de sentimiento de destrucción oral del pecho. ¿Qué luz puede arrojar esto?

Donde el padre es usado exitosamente, aunque sólo parcialmente, la posición depresiva puede ser elaborada hasta cierto punto y se puede superar la separación esquizoide. Se podrá esperar, entonces, que el trastorno obsesivo subsiguiente se desarrollara en la línea clásica, con cierto grado de alcance del nivel fálico del desarrollo, de manera que la regresión sería prominente pero sin rasgos esquizoparanoides floridos (aunque rasgos no destacados de este tipo deberían esperarse en un análisis minucioso). Aquí el factor descrito por Klein no debería aparecer con la misma intensidad, y si apareciera, debería referirse a la castración (cf. *Freud*, 1918, p. 47) más que a los celos del padre apoderándose del pecho. Por otro lado, cuando hay un fracaso en lograr la identificación nuclear con el padre, con fracaso en la

posición depresiva, la consecuencia inevitable serían los ataques separando al padre de la madre. Ambos serían el recipiente de proyecciones de avaricia (destrucción oral o robo).

El ataque sádico-anal sobre las imágenes parentales descrito por Klein sería máximo (con énfasis sobre la idea de robo del pecho de la madre más que de castración); no habría nada que fomentara la progresión hacia el nivel fálico y por consiguiente ninguna regresión desde él al hacer eclosión el trastorno obsesivo, y el cuadro sería rápidamente dominado por rasgos esquizoparanoides. Esto daría cuenta de los dos tipos de obsesivos vistos clínicamente durante muchos años pero que en ningún lado han sido claramente explicados.

Además, cuando se hace un uso exitoso del padre debemos esperar rasgos depresivos más que rasgos esquizoparanoides, en tanto que la posición depresiva ha sido elaborada hasta cierto punto; esto estaría de acuerdo con la impresión clásica —fue señalado por Abraham— de que había una llamativa superposición entre el síndrome del trastorno obsesivo y el de la melancolía; claro que sería compatible con la impresión que tienen muchos de las tendencias esquizoides, cuando éstas caracterizan a aquellos obsesivos que carecen del estímulo paterno.

XVII. Neurosis obsesiva y carácter obsesivo

Por medio de la identificación proyectiva sobre el introyector orbitario materno, podemos distinguir la neurosis obsesiva del trastorno del carácter obsesivo. La manera de manejar la imagen materna hostil es a través de la identificación proyectiva con ella, haciéndose de esta manera partícipe del ataque sobre las heces y el erotismo anal. Esta estructura caracterológica presupone que la identificación proyectiva sea estable. Consideremos, sin embargo, que en algunos casos existe la posibilidad de que sea inestable, es decir, no mantenida. Esto sería equivalente a rebelarse o a negarse temporariamente al abandono de la afectividad originariamente sentida hacia las heces y el erotismo anal. Tal situación por supuesto haría resurgir el conflicto original despertado por las heces y el erotismo anal, y requeriría un repentino acceso de identificación proyectiva para controlarla.

Rebelarse —como diríamos por razones de brevedad— significaría provocar amenaza y angustia. Rebelarse ininterrumpidamente sería vivir en permanente tensión. Ceder de tiempo en tiempo sería una manera de rebelarse y también de encontrar alivio. Ahora bien, ceder sería identificarse proyectivamente; rebelarse *continuamente* (pero no ininterrumpidamente) sería rebelarse y ceder, para evitar la identificación proyectiva que le sigue a esto. Aquí tenemos una oscilación. Y es en esta oscilación que podemos encontrar uno de los secretos principales de la neurosis obsesiva. La hipótesis es que la rebelión desencadena la hostilidad del introyecto materno y ataques sádicos sobre éste, mientras que inmediatamente después se produce una identificación proyectiva que diluye la situación explosiva. Esto explicaría casi completamente la naturaleza bipolar de las compulsiones y los fenómenos de oscilación y anulación.

De tal manera que, cuando el modo de manejar la imago materna hostil es englobarla por identificación proyectiva, investiría con agresividad anal, y usar esto contra las heces y el erotismo anal, tenemos el carácter obsesivo (que puede ser considerado como una disfunción de la formación reactiva). Cuando el modo de manejarla es rebelarse periódicamente y retroceder a la valoración de las heces y del erotismo anal, deshaciendo la identificación proyectiva que luego requiere un repentino acceso de identificación proyectiva para restaurar la situación, tenemos la neurosis obsesiva clásica con síntomas compulsivos. Esta explicación —es apenas una descripción— no nos aclara mucho a menos que podamos encontrar una manera de explicar el *breakdown* o la anulación de la identificación proyectiva.

Más arriba encontramos necesario considerar los precursores orales de tales procesos hipotéticos. ¿Cuáles serían aquí? El ataque sádico-oral sobre la madre es obvio; también tendría que existir la inversa, es decir, un temor de que ella coma su comida, o sea, una parte de él mismo. Estos precursores orales son hipótesis indispensables para la explicación de la compulsión a la repetición a la que nos referiremos ahora.

XVIII. La compulsión a la repetición

Insistir en la repetición de un trauma es una cosa extraña. La única sugerencia hecha por Freud sobre este tema fue que la repetición era una tentativa de adquirir dominio sobre algo. Como diría Fenichel, consiste en una tentativa de repetir un acto peligroso sin causar daño.

La compulsión a la repetición, en tanto que *des-hacer*, no es solamente el deshacer de un acto presente, sino de lo pasado. A pesar de que esto se centra manifiestamente sobre la repetición de compulsiones defensivas, implícitamente apunta a metas contra las cuales las compulsiones repetidas se defienden; de aquí que la manera más fructífera de explicar el problema probablemente sea centrarnos no en la repetición de las compulsiones sino en la repetición de las obsesiones.

Las hipótesis adicionales que quiero exponer aquí son las siguientes. El individuo debe repetir un acto y deseo peligroso sin repetir el daño que él cree haber cometido por el acto en ocasiones previas; es la repetición de una obsesión. En segundo lugar, teniendo en cuenta que el alimentarse y el defecar han sido repetidos mil veces en el curso de la infancia, el individuo puede sentir que debe deshacer el daño de todas estas ocasiones. En tercer lugar, lo que le haría recordar este daño, que no tendría necesariamente en mente todo el tiempo, serían el hambre o la imperiosa necesidad de defecar (o, en ciertos casos, cualquier cosa que se los recordara).

Estamos ahora capacitados para comprender la repetición de la oscilación que considerábamos previamente. El individuo, cuando tiene hambre, puede tratar de no comer para evitar todo este ciclo de consecuencias. Si vencido por el hambre, come, puede retirar la identificación proyectiva esperando comer sin infligir daño —que por tanto, provoca castigo—, es decir, por negación; pero va a experimentar fracaso y de ahí la necesidad de identificarse proyectivamente una vez más. A medida que cada bocado o cada comida acaba, la necesidad de retener la identificación proyectiva desaparece hasta que el próximo bocado o la próxima comida lo requieran una vez más. De aquí que, todo lo que estimula el hambre o la evacuación debe producir un movimiento de alejamiento de su introyecto materno hacia la identificación proyectiva, que se

invierte después que las sensaciones de tragar o evacuar se han apaciguado. La compulsión a repetir es entonces un ciclo que consiste en una compulsión repetida que se defiende de una obsesión repetida, iniciada primariamente por la experiencia recurrente de hambre.

En esta explicación de la compulsión a repetir, las hipótesis fundamentales son:

Hipótesis V: La compulsión a repetir un deseo obsesivo es diferente en origen a la compulsión a repetir un acto o pensamiento compulsivo.

Hipótesis W: El comer es sentido como un dañar el pecho verdadero y su introyecto orbitario (en realidad éstos no se diferencian) y por el morder evoca represalias.

Hipótesis X: Ya que el alimentarse y el defecar han sido repetidos una y otra vez, y el hambre y la necesidad de evacuar siguen apareciendo, el daño hecho debe ser deshecho interminablemente por identificación proyectiva con el introyecto de material punitivo.

Hipótesis Y: La identificación proyectiva es mantenida hasta que lo que se está comiendo se acaba —y entonces el proceso vuelve a ocurrir—.

Hipótesis Z: La compulsión a repetir manifiesta una oscilación recurrente entre morder y ser mordido sin identificación por un lado, y con identificación proyectiva por el otro.*

* Aquí me aventuraré a formular una hipótesis más sobre la compulsión a repetir (separada del texto principal porque está a nivel totalmente diferente de las de la parte central de este trabajo).

Primero, necesitamos la hipótesis de que el proceso primitivo normal en el niño es un continuo intercambio tipo vaivén con personas u objetos parciales de su ambiente, que es sentido como la esencia del vivir: y que I) constantemente entra en las personas y las incorpore psíquicamente, y II) que constantemente coloca partes de sí mismo en ellas y luego las retire al mismo tiempo que incorpora y repone partes de ellas. Discutir esto aquí estaría fuera del alcance de esta investigación: pero veamos si la hipótesis puede ser usada. Suministra una base, entre otras cosas (por ejemplo reparación), para la repetición, aunque no para la compulsión. Pero la compulsión entraría a jugar una vez que se sintiera que el objeto ha sido dañado: el papel de la repetición sería un aferrarse desesperado a la vida. Si el objeto fuese aceptado como destruido, esto acabaría con el intercambio característico de la vida: la comparación sería la afirmación desafiante de vivir, no necesariamente para restaurar el objeto dañado, sino simplemente para vivir, aun violando el principio del placer, porque el precio sería un daño cada vez mayor al objeto.

XIX. Sueños de re-actualización de un trauma

Dejaríamos un claro si no mencionáramos los sueños de re-actualización de un trauma. Se recordará que hay una clase de sueños que Freud veía que no podía explicar: es decir, aquellos que re-actualizan un trauma. Obviamente hay una conexión, como Freud señalaba, entre éstos y la compulsión a repetir, porque tales sueños vuelven una y otra vez. Difieren, sin embargo, de manera importante: no repiten una defensa obvia como ser actos o pensamientos compulsivos, ni un deseo obvio, como los actos o pensamientos obsesivos, pero si desastres sufridos por el soñador; ostensiblemente lo soñado no es ni un deseo como una obsesión, ni una defensa como una compulsión. La razón principal para vincular tales sueños con la compulsión a repetir es que ambos parecen apuntar a adquirir dominio sobre algo y que ambos implican incesante repetición sin una traza de alegría en ellos. En un trabajo anterior (*Wisdom, 1949*) que trataba de explicar esta clase de sueños, expuse la hipótesis de que el desastre en el sueño manifestaba tanto lo que era sufrido por el soñador como lo que él infligía sobre otro (y sobre un objeto interno), de modo que el contenido era una batalla de pingpong. Interpretados de esta manera, tales sueños consisten tanto en la repetición de una obsesión como en la repetición de una defensa compulsiva. Se diferenciarían de los síntomas obsesivos y compulsivos de la neurosis en que estos síntomas son segregados y precisos, mientras que en el sueño son reunidos y uniformados.

XX. El problema del precursor oral

La diferencia estructural entre la neurosis obsesiva y el carácter obsesivo ha sido explicada más arriba como dependiendo de si el núcleo del *seis* tiene un acceso súbito de identificarse proyectivamente con el introyecto materno hostil en forma sólo temporaria, retirándose luego de esta identificación extra, o si adopta la identificación proyectiva de modo propiciatorio sin reforzamiento súbito.

Además, cuando expresamos los procesos implícitos en términos de dominio oral, fue posible encontrar una explicación del fenómeno de la compulsión a repetición.

Pero la introducción de lo oral abre un nuevo problema, ¿qué es lo que a un niño lleva a retirar la identificación proyectiva con una madre que muere como un recurso transitorio y a otro lleva a mantener simplemente una identificación proyectiva estable como estructura caracterológica? En otras palabras, si bien hemos encontrado la naturaleza de la diferencia entre dos formas de trastorno obsesivo, todavía buscamos una explicación de cómo se producen ambas.

Para resolver esto introduzco la hipótesis de que la diferencia depende de si el niño maneja la fantasía de daño al pecho y a sí mismo dando rodeos y manejando al proceso o, si esto no es exitoso, frenándolo. Darle rodeos significaría una identificación proyectiva propicia que obviaría la crisis; pero si esto no es mantenido favorablemente, frenar el proceso consistiría en una identificación proyectiva como recurso *ad hoc* urgente.

Ahora consideremos a un niño que es dejado constantemente hambriento en un estado de hambre intensa, que no es calmado por algún tiempo, aunque no durante tanto tiempo como para despertar ira, y supongamos que al final, cuando se le da comida, ésta le es dada sin consuelo (un poco en el sentido de “debes ser un pequeño soldado”). Él sentirá alivio de su hambre dolorosa pero sin sentirse consolado, es decir, no ha sido tomada en cuenta su sensación de daño. Debe recurrir a sus propios recursos y su manejo podría ser el de anticipar la sensación de daño por medio de la identificación proyectiva. Tal defensa anticipada podría formar una propensión.

Éste parecería ser el probable esquema del carácter obsesivo. Ahora bien, por otra parte, si la comida no llegara antes de que la ira se volviera marcada, se encontraría con que la identificación proyectiva no le sirve, porque ha fracasado en ayudarlo a controlar su rabia; y si fuera dada como previamente, sin consuelo, el niño debería replegarse completamente en sus propios recursos. Probablemente haría tentativas desesperadas para lograr la identificación proyectiva para frenar el proceso y permitir que la crisis se apaciguara. Éste probablemente fuese el esquema para la neurosis obsesiva.

Sería interesante descubrir si hay una incidencia más alta de trastornos obsesivos bajo el régimen de Truby Kirg.

Debemos referirnos aquí al fracaso, conjeturado anteriormente, en distinguir el pecho real del pecho introyectado. Es muy probable que el trastorno obsesivo surja antes de que la realidad de los objetos parciales sea discriminada de la fantasía. Más bien deberíamos considerar el fracaso en discriminar, como un rasgo del trastorno. Basándonos en la hipótesis antedicha, que se centra en la carencia del consuelo parental (o la sugerencia de que la madre se aleja muy rápidamente después de la nutrición, cosa que psicológicamente equivale a lo mismo), la realidad de hecho significaría muy poco; el niño sentiría el pecho externo como inútil y al introyecto como dañado —la ira podría obliterar cualquier diferencia que aún existiera—. Si una cosa real deja de ser parte de su mundo y él está en un estado de ira, no se precisa mucho para sentir que los sentimientos (y luego los pensamientos) son omnipotentes.

Esta hipótesis ubica los orígenes del trastorno obsesivo no sólo en la fase anal, sino también en una disociación entre el alimento materno y el consuelo. Sin duda está abierta la posibilidad para el niño de tratar de formar un pecho bueno alucinatorio que represente a ambos. Pero la capacidad de realizar esto, la capacidad de crear o de reparar un daño, está forzada al máximo al no recibir ninguna ayuda bajo la forma de consuelo.

XXI. Consecuencias pasibles de comprobación

Sería posible examinar las compulsiones clínicamente (asumiendo que incluyen la compulsión a la repetición) para averiguar específicamente:

(p) si contienen una tentativa de no comer;

(q) si contienen un deseo de destruir mordiendo y un temor de ser destruidos por mordidas;

(r) si en la transferencia que involucra las compulsiones ocurre una oscilación desde un alejamiento relativo a una identificación proyectiva incrementada o por lo menos a una proyección de un impulso sádico-oral;

(s) si hay una historia de hambre, aliviada sin consuelo;

(t) si la ira en la transferencia conduce a un acceso repentino de identificación proyectiva;

(u) si el fracaso de la reparación con relación al pecho es llamativo;

(v) si las interpretaciones en estos términos podrían resolver compulsiones hasta ahora intratables.

XXII. Resumen

En un trabajo previo traté de construir la teoría diagnóstica de Freud sobre la neurosis obsesiva: la patología, la sublimación, el repugno * y la formación reactiva, etcétera, eran expuestos como originándose en la fijación anal.

Para ello se requiere una teoría explicativa.

Se pasa revista los múltiples aunque no elaborados comentarios de Freud sobre la fase anal. Resulta claro que, a pesar de varios comentarios sobre factores ambientales, básicamente buscaba un mecanismo interno. Su idea principal parece haber sido que el erotismo de la zona anal origina frustración, ya sea porque exista una satisfacción inadecuada para exigencias moderadas o porque las exigencias sean excesivas; la frustración entonces se vuelve intolerable y es manejada a través de la “represión orgánica”; de esta manera, la valoración anal es conscientemente abandonada pero inconscientemente mantenida.

Estas conjeturas de Freud pueden apuntar en la dirección correcta, pero son demasiado esquemáticas como para ser consideradas adecuadas: no proveen un modo de discriminar entre la represión normal y la represión patológica; no muestran por qué algunas personas han permanecido fijadas patológicamente y otras no (o sólo en pequeño grado); y la conjetura sobre la represión es casi una reformulación del problema más que una explicación.

Se intenta formar una teoría de la siguiente manera: el niño puede llegar a considerar a las heces como malas únicamente en tanto que ya tenga alguna

* Explicada en un trabajo previo (**Wisdom. 1964**). N. de R.: ver la página 17 de este número.

razón interna para considerarlas malas. Tal razón puede ser buscada en la idea de que él ingiere buena comida o un buen pecho que luego destruye y transforma en heces. Esto explicaría el repudio a las heces. La fijación —el aferrarse al mismo tiempo a la *idea de que son buenas*— es entonces explicada Como una tentativa de negar los sentimientos de destrucción hacia la comida, el pacho, o el cuerpo materno.

Normalmente, el reaseguramiento provendría del darse cuenta que la madre verdadera permanece intacta. El fracaso aquí significaría un sentimiento de destrucción omnipotente. Esta idea presupone que el sentimiento de destructividad omnipotente se origina no sólo en la defecación rabiosa sino también en el succionar o morder hambrientos.

La fijación en el erotismo anal se originaría entonces en la negación del daño demoledor y del *succionar* hambriento.

En la teoría clásica se supone que exista un proceso que va de la valoración positiva de las heces hacia la valoración negativa. Aquí se supone que existan dos: el recién mencionado y *también el de* la valoración negativa hacia la protesta de bondad.

Así resulta posible explicar la ambivalencia y la homosexualidad y por qué la homosexualidad es pasiva en las neurosis obsesivas, y también por qué la obsesividad es menos probable en las mujeres que en los hombres.

El papel del padre es considerado en forma especial; se sugiere que éste consista en facilitar al niño —impartiendo un sentimiento de bondad y fuerza— el darse cuenta que no ha destruido a su madre. Esta idea nos conduce a un modo de discriminar entre los tipos esquizoides y los depresivos de los obsesivos.

El problema de discriminar entre la neurosis obsesiva y el carácter obsesivo se enfoca a través de una hipótesis de identificación proyectiva que está sujeta a una tensión especial si la ira acompaña al hambre.

El problema de la compulsión a repetir se maneja en términos de repetición

del hambre, por un lado, y del alimentarse destructivo o defecar, por el otro lado. Aquí se incluye el problema de los sueños de reactualización de un trauma.

El problema final del precursor oral se considera como ambiental: la fijación depende del consuelo parental después de la nutrición.

Traducido por la doctora Magdalena D. Steiner

BIBLIOGRAFÍA

Las dificultades que he experimentado con la bibliografía son similares a las que tuve que enfrentar en un trabajo anterior (Wisdom, 1961), donde me refiero a ellas. Aquí nuevamente fue muy difícil rastrear el origen de las fuentes en Freud. Vale la pena mencionar, sin embargo, que un estudiante serio de Freud, que se aproximase al tema sin el beneficio de una enseñanza experta, bien podría confundir los puntos de vista básicos de Freud con las ideas que emitió con relación a otros puntos que son importantes pero no básicos. En algunas de las referencias, un lector que sólo tuviera un conocimiento general del tema, podría no reconocer las ideas a las que de hecho se alude. En otras palabras, las fuentes no siempre justifican en forma explícita lo que les adjudico; es cuestión de discernimiento y por lo tanto quedan abiertas a la discusión. He puesto mucho cuidado en ellas y creo que son exactas, pero por el elemento de apreciación que interviene, he tenido especial cuidado en referirme no sólo al trabajo sino también a la página. No se trata solamente de que el lector pueda, en general, tener dificultad en encontrar una referencia cuando no se menciona la página (las referencias siempre deberían ser dadas a la página, aun en caso que las ideas fuesen claras) sino que, en el presente caso, se hace necesario mostrar con precisión cuál ha sido el tema a discernir.

Me gustaría aprovechar la oportunidad para mencionar el incalculable valor de la Standard Edition en lo que se refiere a información. — J. O. W.

1. Abraham, K. (1911): **Notes on the Psychoanalytical Investigation and Treatment of Mani-Depressive Insanity and Allied Conditions.** pp. 137-56; pág. ref. a Abraham (1942).
2. Abraham, K. (1924): **A Short Study of the Development of the Libido;** c. 1, pp. 422-33; pág. ref. a Abraham (1942).
3. Abraham, K. (1942): **Selected Papers on Psycho-Analysis.** Londres; Hogarth Press y el Institute of Psycho-Analysis.
4. Fenichel, O. (1945): **The Psychoanalytical Theory of Neurosis.** p. 305. Nueva York; Norton.
5. Freud, S. (1909): Notes upon a Case of Obsessional Neurosis." **Standard Ed..** 10. Londres; Hogarth Press y el Institute of Psycho-Analysis.
6. Freud, S. (1912): Types of Onset of Neurosis." **Standard Ed..** 12. pp. 231-8. Londres, Hogarth Press y el Institute of Psycho-Analysis.
7. Freud, S. (1913a): "The Disposition to Obsessional Neurosis." **Stand. Ed..** 12, pp. 317-26. Londres; Hogarth Press y el Institute of Psycho-Analysis.
8. Freud, S. (1913b): "Totem and Taboo." **Stand. Ed..** 12. Londres; Hogarth Press y el Instituto of Psycho-Analysis.
9. Freud, S. (1918): "From the History of an Infantile Neurosis." **Stand. Ed.,** 17. Londres; Hogarth Press y el Institute of Psycho-Analysis.
10. Freud, S. (1923): The Ego and the Id." **Stand. Ed..** 19, p. 42. Londres; Hogarth Press y el Institute of Psycho-Analysis.
11. Freud, S. (1926): "Inhibitions, Symptoms, and Anxiety." **Stand. Ed..** 20, p. 143. Londres; Hogarth Press y el Institute of Psycho-Analysis.
12. Freud, S. (1930): "Civilization and its Discontents." **Stand Ed.,** 21. Londres;

Hogarth Press y el Instituto of Psycho-Analysis.

13. Jones, E. (1913): **Hate and Anal Erotism in the Obsessional Neurosis**. pp. 553-61; pág. ref. a Jones (1923).
14. Jones, E. (1923): **Papers on Psycho-Analysis**. 3ª ed., Londres: Baillière, Tindall and Cox.
15. Klein, M. (1933): **The Early Development of Conscience in the Child**; pág. ref. a Klein (1948).
16. Klein, M. (1934): A Contribution to the Psycho-Genesis of Manic-Depression Siales. En Klein (1948).
17. Klein, M. (1937): **The Psycho-Analysts of Children**. Londres; Hogarth Press y el Instituto of Psycho-Analysis.
18. Klein, M. (1948): **Contributions to Psycho-Analysis; 1921-1945**. Londres; Hogarth Press y el Institute of Psycho-Analysis.
19. Still, E. (1959): En discusión.
20. Wisdom, J. O. (1949): "A Hypothesis to Explain Trauma-re-enactment dreams." **Inter. J. Psycho-Anal.**, 30, pp. 13-20.
21. Wisdom, J. O. (1961): "A Methodological Approach to the Problem of Hysteria." **Inter. J. Psycho-Anal.**, 42, pp. 224-37.
22. Wisdom, J. O. (1964): "A Methodological Approach to the Problem of Obsessional Neurosis." **Br. J. Med. Psychol.** 37. [N. de R.: incluido en este número.]