

Escena primaria y trastornos sexuales en el análisis de un caso de frigidez

Martha Lacaba Meharu

(Montevideo)

RESUMEN

A través del material clínico, aportado por la paciente, demuestro cómo las diferentes situaciones traumáticas infantiles vividas por ella, originaron su enfermedad, y luego su evolución.

En el desarrollo de su análisis, se vio cómo situaciones conflictivas provenientes del plano oral, trajeron como consecuencia el fracaso en la elaboración de la posición depresiva, y cómo esta situación dificulta luego, en parte, la evolución normal de su vida emocional. Muestro también, cómo conjuntamente con ésta, situaciones conflictivas en el nivel anal, hicieron que viviese la escena primaria en forma angustiada, correspondiente a una situación sadomasoquista.

Como síntesis final, destaco los hechos fundamentales vividos por la paciente en diferentes situaciones, que desencadenaron más tarde su enfermedad.

SUMMARY

Using a female patient's clinical material, an attempt is made to show how various traumatic situations which she had experienced in her childhood caused her illness and its further evolution.

In the course of the analytic treatment it appeared that conflictive situations, originated on the oral level, made the patient fail in working through the depressive position and partly impaired the further evolution of her emotional life.

One intends to show as well that, together with this set up, conflictive situations originated on the anal level caused the patient to experience the primary scene with great anxiety, because of its sado-masochistic character.

As a final synthesis, one stresses fundamental events in the patient's life and her experiences of different situations which have given rise to the onslaught of her illness.

Descriptores: FRIGIDEZ / ACTIVIDAD MASTURBATORIA / COMPLEJO DE EDIPO / FANTASIA / ESCENA PRIMARIA / CASO CLINICO.

INTRODUCCION

En este trabajo quiero demostrar cómo las diferentes situaciones traumáticas infantiles vividas por la paciente, constituyeron más tarde su enfermedad.

En efecto, a través de su análisis, pude ver cómo situaciones conflictivas provenientes del plano oral, trajeron como consecuencia el fracaso en la elaboración de la posición depresiva. Esta situación dificulta luego, en parte, la evolución normal de su

vida emocional. Vi también, cómo conjuntamente con ésta, las situaciones conflictivas en el nivel anal, hicieron que la paciente viviese la escena primaria en forma angustiada, correspondiente a una situación sádomasoquista, necesitando, ulteriormente, como un intento de superación a esta situación, la formación de los diferentes síntomas.

Mostraré, a través del material clínico aportado por la enferma, cómo se originaron y cómo evolucionaron sus perturbaciones.

1.— PRIMER CONTACTO CON LA PACIENTE

El motivo por el cual llega la enferma al consultorio, es su estado conflictual matrimonial, acompañado de intensa angustia. Pude ver, por el análisis, que sus conflictos se manifestaban por variados síntomas que pueden sintetizarse en:

- a) Inhibiciones (de conocimiento, social, etc.).
- b) Perturbaciones en la relación con su marido, hijas y padres.
- c) Trastornos en el plano sexual, como temor a la penetración, frigidez, perversión latente, con principios de realización, y fobias.
- d) Alteración del esquema corporal, separando su cuerpo en dos: de la cintura hacia abajo, no existe nada.

Cuando llego al análisis, su situación matrimonial había llegado a tal grado de alteración, que rechazaba durante el día toda relación con su marido, mientras que por la noche, sufría insomnio y excitación. Además esta situación se acompañaba con idea de suicidio.

La paciente es una mujer joven, de 27 años, casada hace seis años, con dos hijas, de tres años una y de veinte meses la otra. Me impresionó como una persona inteligente y atractiva, sin ser bonita. Luego, a través del análisis, vi que por el contrario, ella se juzgaba fea, poco atractiva, sintiéndose en el plano social inhibida y sin éxito. Quiero señalar, que también en este aspecto la realidad exterior no coincidía con la realidad subjetiva, puesto que, por varios conductos, me la describían como muy atractiva y sociable.

Su marido de treinta años, es un hombre señalado como buen mozo, trabajador y que se ha labrado una posición económica y social destacada. No obstante, la paciente lo juzgaba como un hombre incapaz para el trabajo; según su expresión, “era un mantenido”, juzgándolo de la misma manera que se juzgaba en forma peyorativa.

Ella vivía, en realidad, como si no se hubiese casado, manteniendo con sus padres una total dependencia, no solamente afectiva, sino también desde el punto de vista económico, tal como si su marido no le pudiera dar ninguna de las dos cosas. Su familia está situada en muy buena posición económica y social. De acuerdo al relato de la paciente, su madre era una mujer fría afectivamente, con su hija; todo lo contrario de su padre que la mimaba, siendo él un hombre luchador, con éxito en sus negocios.

El vínculo matrimonial de los padres era malo y constituían una pareja muy desunida. En sus recuerdos, la paciente los ve siempre en una atmósfera de discordia y dice que toda su infancia fue una constante lucha infructuosa por unirlos. Ahora en su matrimonio (que parece ser una copia fiel del de sus padres) son ellos los que luchan porque no se deshaga.

Relataré los hechos más importantes de la vida de la enferma: hija única, como ya he dicho, todavía no ha surgido nada que esclarezca las condiciones del embarazo y parto de la madre. Amamantada solamente dos o tres meses, luego le proporcionaron alimentación artificial. Cada vez que la paciente se refiere a su lactancia dice: “La leche de mi madre era mala, no me nutría, yo me iba descalcificando; además la vomitaba. Y

como consecuencia de su infelicidad matrimonial, su estado era siempre de excitación”. Casi con los mismos términos que ella habla de su lactancia, se refiere a lo que recibe de su marido.

En el período entre la lactancia y los doce años, no han aparecido otros recuerdos que el haber compartido el dormitorio de sus padres y juzgarse como una niña enferma.

A los siete años hizo un proceso pulmonar, para curar el cual, tuvo la familia que trasladarse afuera, y vivir allá por espacio de varios meses. Luego, a los once, sufrió una afectación reumática de origen infeccioso, y finalmente, a los doce, sufrió una extirpación de amígdalas.

Por esta cronología se ve que en el período de la prepubertad, sus conflictos se agudizaron, manifestándose también en el plano somático. Tuvo, además, dificultades de aprendizaje.

En su análisis, me llamó mucho la atención la persistencia en el rechazo de todo conocimiento y su falta de concentración; por todo lo cual, y por el sometimiento de sus padres, cambió de colegio frecuentemente. Y así, llegada a su edad actual, su preparación está muy por debajo de la que correspondería a su inteligencia y al nivel social en que se mueve.

En la medida en que la paciente fue aceptándose como mujer, las relaciones con su marido mejoraron. Paralelamente aparecieron: interés por aprender, sentimiento de posesión de sus hijas y de su casa.

Al comienzo del tratamiento se agudizó tanto el conflicto matrimonial, que se separaron, al parecer, en forma definitiva, con iniciación del trámite legal de divorcio, más tarde anulado.

Durante el análisis, esta situación se repitió en tres oportunidades. Así es que pude ver, que no solamente su matrimonio desgraciado era una repetición de la conducta de su madre, sino que toda solución al conflicto estaba prohibida, debido a la forma de persecución con que había vivido la escena primaria.

II.— VIVENCIA SANDOMASOQUISTA DE LA ESCENA PRIMARIA Y SUS CONSECUENCIAS

(Conflicto matrimonial y complejo de Edipo)

A través del material obtenido en el análisis de la paciente, iré señalando la importancia que han tenido para ella, hechos fundamentales vividos en la etapa oral-anal, y que contribuyeron a la formación de sus perturbaciones, así como también la escena primaria, centro de estructuración de sus síntomas, que la condujeron a su situación descrita.

Su primera relación con la madre, por circunstancias externas, fue perturbada demasiado temprano, trayendo como consecuencia el fracaso en la elaboración de la posición depresiva, debido a la incrementación de la persecución y la desintegración del objeto en la posición esquizoparanoide; y a su exigencia prematura hacia el padre, de tomar el rol materno para establecer la relación oral que había quedado interrumpida. Como resultado, toma el pene las características de un pecho destructivo.

Frente a la frustración oral, la paciente experimenta sentimientos agresivos hacia el pecho de la madre, y luego hacia el pene del padre. Este caso me parece confirmar las siguientes ideas de Melanie Klein: ... “Encontré que la frigidez en sus distintos grados, era el resultado de actitudes inestables hacia el pene, fundamentadas sobre todo en la huida del objeto primario. La capacidad de plena gratificación oral que tiene su raíz en

una relación satisfactoria con la madre, es la base de la experiencia, del orgasmo genital pleno”. Más tarde volveré sobre esto, con una ilustración del caso.

Toda esta situación dificulta ulteriormente, en gran parte, la evolución normal de su vida emocional. El desarrollo del complejo de Edipo, se encuentra fuertemente influido por esta primera relación con su madre. Se manifiesta ya, en la primera sesión que transcribo luego. Me limité a escucharla, hasta poder comprender mejor mi inclusión en el problema que la afectaba. No obstante, ya pude ver algunos de los conflictos que más tarde se fueron esclareciendo en el desarrollo del análisis. En efecto, dicha sesión fue a manera de síntesis, de cómo la relación con su padre, y en parte cierta identificación con la madre, marcaron una de las características de su unión matrimonial.

A manera de ejemplo, transcribo la sesión:

“Soy hija única; siempre he hecho mi voluntad; de niña he tenido muchas enfermedades. A los siete años, sufrí un proceso pulmonar; a los ocho años, un accidente de auto, y la operación de garganta. Mis padres no están unidos; siempre disputas; y yo queriendo unir y no pude. Mi madre, educada a la antigua, y aunque sabe que no soy feliz en mi matrimonio, dice que debo soportar mi hogar, mantenerlo a cualquier precio, tiene eso que es mejor así que ser una mujer divorciada. Además me agarra por lo del dinero que me da mi padre, lo que me iba a faltar; igual, vestidos. Me gusta arreglarme bien y gasto sin control en todo eso. Estoy dependiente de ellos, que están en buena posición económica, y mi marido no podría darme ese tren de vida. Hace cinco años que estoy casada. Estamos completamente desunidos; no tenemos nada en común; no lo quiero; no es para mí. A mi padre no le gustaba; decía que era un pobre muchacho. Quería otra cosa para mí, pero él no habla nada, ahora; es mi madre la que dice que aguante, además, por mis hijas. Tengo una de tres años y otra de veinte meses. Fui al abogado de papá para que me divorciara, porque no me entendía; quería que le hablara a papá; decía que para divorciarme, tenía que tener una causa grande. No nos entendemos, y va a terminar mal. Siempre tengo que tolerar, es un hombre que no me da ningún apoyo, estoy desorientada. Le digo la verdad: me casé enamorada de otro hombre y no he parado para proceder mal. Salía con él, y el día que me casé fue a la iglesia. Yo preguntaba si estaba, y siempre pensando en él. Cuando tuve la nena, lo llamé; lo vi hasta el año 1955. El esquivaba. En el 56 quedé embarazada y me enteré que mi marido andaba con la sirvienta. Lo tomé como lo que tenía que pasar, por todo lo que yo había hecho. En el 57 andaba bien, y mis padres se fueron para Europa. Entonces yo empecé a verlo:

iba al escritorio, lo llamaba. Soy de gran audacia: organicé en casa un copetín, con dos chicas, y lo invité. Mi marido no quería, pero le dije que ya lo había hecho. Quería hacerle gancho, pero siempre para sacar algo. No creo que él me quiera; dice que lo mío es un capricho, que cuando me separe, veremos. Es raro, tiene facilidades conmigo y sin embargo nunca ha intentado tener relaciones sexuales. Yo le he dicho que otro fracaso no tendría, y que antes de casarnos tendríamos relaciones, para ver si nos entendemos. Fíjese que no me importa nada. Voy al Victoria a tomar el copetín; y ni siquiera por mis hijas, por su nombre. No sé, a veces, si me llevo mal porque está lo otro. Me paso pensando en él; pero de cualquier forma no quiero a mi marido. Así que lo del divorcio, no tiene nada que ver con él. En las relaciones no siento nada; me excito, pero no llego al acto completo. Para hacerme gozar, hace otras cosas: me toca con el dedo. El es frío, yo no soy así, soy muy temperamental. El es indiferente en todo, yo no. Es muy buen mozo. Es lo que me fijo siempre en los hombres: su físico es lo que me interesa. El otro, también es buen mozo. Será que me casé muy joven, que no disfruté de salidas y paseos, que ahora los quiero. Lo mismo, bailes, reuniones. A mi

marido no le entusiasma, y no vamos a ningún lado. Le he hablado del divorcio y está de acuerdo. El ve que soy imposible. Lo que piensa, es en las cosas *materiales*: hacer dinero, autos; y de lo demás, nada. Claro, viene a casa, encuentra la mujer, las hijas y todo arreglado, ordenado, porque en eso soy buena dueña de casa. Todos me decían que mi casamiento iba a ser un fracaso, que no lo quería, otro de mis caprichos. Yo le dije que le hablara a papá; yo fijé la fecha —él no tiene carácter—, y así fue, él no decidía nada. Fíjese, que ya en nuestra luna de miel, en Río, qué marido no tiene relaciones todos los días. Pues él, no. Y así es todo en nuestro matrimonio.”

Examinando la secuencia del material dado en esta sesión, vemos, en primer término, la afirmación de sus sentimientos de omnipotencia, correspondientes a una actitud fálica, para luego manifestarnos el fracaso de esta posición al relatarnos sus enfermedades, poniendo de manifiesto su complejo de castración.

Cuando la paciente menciona la desunión de sus padres, nos está hablando de su impotencia frente a esta situación; pero también nos indica su vivencia sádica de la escena primaria.

Muy pronto se vio que el conflicto matrimonial, así como las causas que ella supone la enfermaron, servían en realidad de pantalla a otros conflictos.

Sus dificultades en la unión aparecen, en esta sesión, relacionados con el masoquismo de la madre, cuando le dice “que aguante su matrimonio”. Encontramos luego un intento de su superación, al querer relacionarse con una tercera persona; pero fracasa, manifestando un intento vengativo y retaliativo de castrar al marido. Se trata, pues, de una relación muy fantaseada, que necesitó ser concretada cuando el viaje de sus padres a Europa. Es entonces cuando siente el impulso de ir a buscarlo (iba al escritorio y lo llamaba, etc.). En toda su actitud, vemos cómo la paciente se las arregla para no entrar en contacto con el pene real, haciéndolo en forma histeroide. También nos está expresando su fobia en su relación sexual y en su frigidez. Otra característica de la historia que observamos en forma evidente, es su interés por los hombres lindos, pero con exclusión de sus genitales.

Lo que podemos observar muy claramente en el curso de toda esta sesión, es la actitud fálica y castrativa que presenta la enferma.

A continuación relato otro trozo de sesión, en el que se puede ver claramente la situación edípica de la paciente:

“Cuando mi abuela enfermó gravemente, que mi madre tuvo que ir a pasar días con ella, quedé con mi padre. Me llevaba a la cama, y me mimoseaba. Con mi padre me sentía molesta, porque me abrazaba. No vivía el gesto de mi padre, como de cariño, sino como de calentura. Desde entonces dormí muy mal por mucho tiempo; tuve fiebre; y lloraba para que me viniese a cuidar mi madre. Vino, y recuerdo que me besaba en la boca.”

Aquí la paciente, al ocupar la posición femenina, tiene miedo al pene malo del padre, y se ve en la necesidad de recurrir a su madre, como objeto homosexual, para vencer su ansiedad de ser destruida. Intento en el cual la enferma fracasa por su posición persecutoria, en relación con su madre. Lo vemos, cuando nos cuenta que de niña le daba lavajes, diciendo: “Eran horribles; gritaba y no quería que me los pusieran, me molestaban; lo mismo que la penetración de R. por atrás”, atribuyéndole aquí al pene de su marido, las características de su madre fálica.

En la parte relatada de la sesión anterior, se observa que el complejo de Edipo, mal resuelto, daba como resultado dificultades en la unión matrimonial. Entonces enfoqué las interpretaciones de la primera época, en hacer consciente que sus problemas con su marido se debían, en parte, a la repetición de la situación de sus padres.

Fueron necesarios meses de análisis para que pudiera admitir esta realidad, y

comenzar a rectificar la versión que me había dado de su marido, aceptando que, lejos de “ser un mantenido”, era un hombre trabajador y que mantenía su hogar.

La paciente se refería a las relaciones sexuales como muy conflictuales; mantenía un incontrolable temor a la penetración, porque sentía el pene, como lo decía: “como una cosa dolorosa y dura como un palo”.

Había un hecho, que de manera especial me llamó la atención, y era que después de cada fracaso, surgía en ella la certeza que en la vida del marido existía otra mujer, siendo esta idea la proyección fiel de su propia situación triangular. En sus fantasías, ésta tenía buenas relaciones con su marido: era “realmente una mujer”. Fue evidente que, en la paciente, esto correspondía a una actividad compensatoria, frente a la angustia destructiva de la escena primaria. La transacción en este conflicto, era la de poseer todo a medias (padre, marido) que, por otra parte, era la manera de nunca llegar a perderlo todo. En su fantasía, el problema estaba en que si se entregaba al marido y se fijaba a él, iba a sentirse dañada. En un plano más profundo, temía la destrucción de sus padres.

Todo este material se esclareció completamente en una sesión posterior, que transcribo a continuación, y en la que recordó su forma de masturbación, para practicar la cual se frotaba los genitales con una toalla peluda, actos que comenzó a los doce años, cuando fue separada del cuarto de sus padres:

“Dormí en el cuarto de mis padres hasta los siete u ocho años; luego, cuando enfermé de ese proceso al pulmón, nos fuimos para afuera y volvía a estar con ellos, hasta los once años, que nos vinimos para acá y tuve cuarto aparte. No recuerdo nada de lo que pudiera ser sexual en mis padres. Ahora si, cuando salí del cuarto, empecé a masturbarme, cosa que no había hecho. La masturbación era con una toalla torcida, como si fuera un pene. Mis fantasías eran siempre en un cabaret; muchas mujeres bailando, con sólo una bombacha y los senos afuera; escenas de orgías; y un hombre no definido (no le veía la cara) y Su pene, como si estuviese separado del cuerpo, solo. Todo eso me excitaba. Recuerdo el despertar del sexo, a los once o doce años. Hablaba de cosas sexuales. Recuerdo cuando estaba afuera, había una chica que pasaba conmigo. Yo acostada en la cama de mamá, quería que me mostrara los senos, y me sentía excitada con eso. Después, conversaciones que me hacían, con sirvientas: que una mujer se acostaba tanto con el marido, que tenía hijos a cada rato. Y yo me la imaginaba como una cosa a chorro. Otra, de una chica que se metió en el baño con su hermano y quedó embarazada. Otra, que estaba en un jardín y tuvo relaciones con una víbora y tuvo un hijo como semivíbora, me lo imagino ahora. Después, estando yo acá, con una sirvienta, que sentía el placer de besarla y abrazarla, rozando mis pechos con los de ella. Siempre los pechos me han excitado: de mirarme al espejo y besarlos, que era besarme a mí misma, o ponerme encima de los senos un tul de cabeza que era de mi madre. En la relación con mi marido, a veces me ha pedido que lo masturbara, cuando él termina de hacérmela en forma externa. Lo he intentado, lo mismo que ponerme el pene en la boca; pero no he podido, no por asco, como antes, sino porque pensaba que no era suficiente. Por otra parte, el mismo R. me decía que dejara. Se concretaba a hacerme gozar, y después terminaba masturbándose.”

En esta sesión vemos, en primer término, la existencia de una situación de control de la escena primaria, cuya pérdida, al salir del dormitorio de los padres, intenta recuperar, por intermedio de una enfermedad somática. Luego, presenta una amnesia total, respecto de la vida sexual de sus padres, a pesar de haber compartido su dormitorio durante varios años, lo que indica su angustia frente a la vivencia sádica de la escena primaria.

Siguiendo la secuencia de la sesión, tenemos su masturbación, utilizando una toalla torcida, cuyo significado sería, en un primer plano, la de posesión de un pene, negando en esta forma poseer una vagina; pero también está su deseo de robar el pene al padre y a la madre, y la repetición de la escena primaria, como algo que es doloroso (la masturbación con la toalla torcida). A la paciente le faltó la capacidad para establecer buenas relaciones parentales y poder diferenciar ambos padres, producida, en gran parte, por su situación primaria, y luego traspasada a la intensidad de sus celos edípicos, que contribuyeron a sus deseos de robar el pene del padre. La enferma intenta con la masturbación tener una actividad sexual, a manera de elaboración, para no volver a sufrir la angustia provocada por la escena primaria. Por eso su búsqueda de objetos idealizados, actividad ésta que pone de relieve la participación importante de los objetos parciales, como un refugio frente a la situación angustiada. Ella demuestra en sus fantasías de uniones sexuales (hijos a cada rato, como una cosa a chorro, y relaciones con víboras) cómo es vivida la unión de sus padres: tal como algo que es destructivo, en forma castrativa, intentando con la repetición de la masturbación, salir de la situación que implica una invasión de la destructividad, propia de una situación sadomasoquista. En la actividad masturbatoria con su marido, vemos cómo la enferma invierte la situación (que es característica de todas sus uniones) tomando una actitud castrativa, a fin de impedir sentirse dañada, expresando en esta forma una de sus vivencias de la pareja combinada; vivencia que se encuentra afectada por fantasías provenientes de fuentes orales, donde la frustración temprana recibida por pecho materno, ha acrecentado su agresión y envidia.

Las mismas fantasías, expresadas anteriormente, aparecen en un ritual exhibicionista con su marido, donde ella niega su castración en el plano masculino. Me lo citó en una sesión, manifestándolo así: “Para excitarse antes de estar juntos, R. me pide que me ponga con zapatos de tacos altos y solamente en bombacha, así me paseo por la habitación, para luego unirnos”. Vemos cómo aquí la paciente expresa un ceremonial realizado con la actuación, siendo los tacos el “pene simbólico”.

Fenichel describe un caso semejante de desplazamiento de las tendencias exhibicionistas, desde los genitales hacia un pene simbólico, lo que corresponde a la estructura general del exhibicionismo masculino, y no del femenino; aquí el ritual exhibicionista realiza la fantasía de tener el pene y castrar al hombre. Teniendo como resultado, en el caso de mi paciente, excesivas angustias.

Finalmente vemos también en esta sesión, cómo la situación homosexual a que recurre, configura una solución para vencer la situación persecutoria, tomando al objeto parcial idealizado (seno de mujer) como un intento de superación.

En otras sesiones expresa cómo dividía sus objetos, fueran éstos hombres o mujeres; y es así que hablando de ellos manifiesta: “De soltera me gustaban los muchachos buenos mozos, pero nunca podría imaginarme nada sexual, como si ellos no lo supieran, por ser realmente puros. Mis fantasías, en lo sexual, eran de orgías y hombres viejos, que no llegaban al acto, porque era algo rechazante”.

En el mismo tono lo hacía, cuando se refería a las mujeres: “eran asexuadas o putas”. Por todo ello, asistimos aquí a una disociación evolutiva de los objetos idealizados o desvalorizados (padre, madre). La paciente vivía el coito, en parte, como una violación; y esto lo manifiesta muy claramente, cuando cuenta episodios infantiles, expresando el temor que tenía a los ladrones, y dice: “No es el miedo a que me roben cosas, sino miedo a que me violen. Mamá me contó hace poco, que cuando se le quejaba a papá que le dolía, él la asustaba diciéndole: «con la cantidad de hombres que habrás andado, y dices que te duele». Esto me impresionó”. Al relatar estas situaciones, la paciente estaba en realidad expresando su concepción sádica de la

unión sexual.

En todas estas sesiones se ven las situaciones de peligro con que la paciente sentía que vivía los objetos fóbicos. Creo de interés señalar la vivencia que ella tenía de la vagina y la necesidad de su negación. Así, en una sesión, manifiesta: “Se me ocurre que es como una cueva; me la imagino tan débil, llena de sangre, con los órganos por ahí, bailando... es horrible! Cuando tengo la menstruación es como si se me fueran a salir los órganos, a destripar, que me puedo desangrar, me pongo apretada, como no sabiendo que tengo nada”. Siente tal angustia frente a su vagina, que tiene la necesidad de negarla diciendo: “Es como si de mi cintura para abajo, no tuviese nada, como si estuviera separada del resto del cuerpo. Puedo sentir de la cintura para arriba”.

III.— DIFICULTAD DE APRENDIZAJE

Este síntoma ha sido señalado en diferentes oportunidades en el transcurso de su análisis, pudiendo comprobar, a través del material dado, el sentido que tenía para la paciente este tipo de inhibición. En una de sus sesiones cuenta que fue muy mala alumna en el colegio, no por falta de mentalidad sino porque era distraída —“siempre con pajaritos en la cabeza”— ésta era su expresión; además olvidaba, no podía retener ningún conocimiento; todo le resbalaba, se sentía incapaz de asimilar nada, encontrándose, por lo tanto, molesta, lo que hacía que cambiase muy a menudo de colegio. Luego pudimos ver, a través de situaciones actuales, todo el contenido sexual que encerraba esta dificultad. Recuerda cuando era niña, cómo respondían sus padres a su curiosidad sexual. Dice: “Mi padre estaba callado cuando se trataba de este tema, y mi madre a cualquier pregunta respondía: «yo no sé nada; esas cosas no se deben hablar». En la misma forma, cuando fui mayor y le pedí información sobre el desarrollo tuve que saber todo a través de las sirvientas, y hasta mal informada, porque a mi madre, tan puritana, le parecía horrible hablarme de todo eso. Así, cuando ya mujer, hablábamos de las relaciones sexuales, me decía que ella no sentía, que casi ninguna mujer gozaba, que era para otra clase de mujeres, consideradas bajas. ¡Ve si sería frívola y superficial mi madre!”.

La paciente siente cómo le negaban sus padres todo conocimiento de orden sexual, especialmente su madre, viviéndolo como cosa prohibitiva y desvalorizada. En la misma forma no podía asimilar en el colegio, y más tarde, en todo lo que se relacionase con el aprender, porque para ella tenía, en parte, el sentido inconsciente de recibir aprendizaje sexual, que significaba volver a enfrentar la angustia provocada por la escena primaria. Esto se ve más claramente en una sesión, en la cual me trae material relacionado con su marido, donde repite, trasladada al momento en que vive, su dificultad anterior de aprender; y con las expresiones que más o menos utilizaba para manifestarme su fracaso en la enseñanza. Dice así: “Cuando estoy con R. no me concreto a él: mi cabeza piensa en cualquier cosa, va de un lado a otro; quiero que todo sea rápido, y entonces no me queda nada. No puedo retener a R., recibir lo que sería un conocimiento nuevo para mí, empezar a vivir; es lo mismo que me pasa con usted, cuando comienza a darme interpretaciones de tipo erótico. La oigo un momento, y después mi cabeza gira alrededor de lo que tengo que hacer hoy, o lo que tengo que llevar a la modista; todo menos en lo que usted me está diciendo”. Vemos cómo también en el plano transferencial, es vivida esta situación, en la medida en que la enferma me identifica con su marido.

Por otra parte, en otro plano, la dificultad en aprender se vio que estaba muy relacionada con el temor de robar el pene del padre. Esto lo demuestra en una

situación actual, al querer ponerse al frente de la fábrica de su padre, en la cual él es el Presidente. La paciente, que es una persona muy capaz intelectualmente y que se siente muy inteligente, decide, debido a que la fábrica se encuentra en ciertos apremios económicos, por una dirección equivocada, integrarse a ella. Puede, entonces, manejar la situación en forma intelectual (con su pene intelectual), pero la dificultad comienza cuando debe actuar frente a su padre. Transcribo parte de una sesión: “La fábrica no se atiende como es debido; mi padre, que debiera estar todo el día, va nada más que por la mañana. Lo mismo puedo decir del resto del Directorio. Yo me creo tan capaz para poder realizar, se comprende que después de estar un tiempo aprendiendo. Sería para mí, poder realizar lo que tanto he soñado en mis fantasías anteriores. ¿Recuerda cuando le comentaba de ser una gran bailarina o escribir un libro con mi vida y hacerme famosa? Con esto podría demostrar toda mi capacidad e inteligencia; pero, ¿cómo decírselo a mi padre? Tengo algo que me paraliza y no puedo; de pensarlo, tengo temor, porque sé que no sólo no me oírán, sino que tomará la actitud de siempre, de rezongos”.

La paciente se angustia frente a la situación de tener que competir con su padre, porque significa para ella poder realizar (ser bailarina, escribir un libro con su vida y actualmente ocupar la posición del padre), superar su complejo de castración, pero en una forma retaliativa, teniendo que castrar al padre. En resumen: las dificultades de aprendizaje de la paciente parten de la escena primaria y el complejo de castración; siente cómo sus padres le niegan todo conocimiento sexual, viviéndolo como cosa prohibitiva y desvalorizada. No podía asimilar el conocimiento, porque aprender tenía para ella el significado, por una parte, de aprendizaje sexual, que era volver a enfrentar la angustia de la escena primaria; y por otra, la superación del complejo de castración, pero en forma retaliativa, castrando al padre. Ve el enfrentarse con su padre, como una lucha fálica, donde ella queda vencida por enfrentar su pene fantasma con el pene real del padre.

IV.— PLANO TRANSFERENCIAL

Las situaciones anteriormente expresadas, de sus vivencias de la escena primaria, así como de la situación edípica, pudieron verse muy claramente en el plano transferencial. Muy a menudo, al hablarme de temas sexuales, yo ocupaba el lugar de su marido, cargándome de peligrosidad. Cuando esto sucedía, la paciente se defendía de esta situación, rechazando mis interpretaciones: “Lo que usted me dice, me resbala, no me penetra; lo comprendo intelectualmente, pero lo olvido; me cierro a todo lo que sea sentir”.

Era evidente que se angustiaba porque sentía que en mis interpretaciones le daba el pene; tenía que cerrarme su vagina para que no se la destruyera, en la misma forma que lo hacía con R. El tema de su vivencia de la escena primaria, y en forma indirecta, en la situación transferencial, me lo presentó al relatarme en una sesión sus impresiones sobre la película “Hiroshima mon amour”: “Fui a ver Hiroshima. ¡Cómo me impresionó la información de la bomba! ¡Cómo pueden los hombres destruir! Encontré tan romántico y puro el amor. El la entiende en su pasado, no es el sexo solamente, es todo”.

Aquí, en una relación homosexual transferencial, la paciente logra hacer una integración del objeto, que no puede mantener; fracasa, porque siente ese amor: “cargado de problemas; no es que allí sea distinto el conocerse y acostarse, si presentamos todo lo que han vivido antes. Aquí necesitamos la elaboración, el noviazgo, el casarse. Allí no. ¿Qué son dos noches, al lado de lo que han presenciado?”

Nos está expresando, con la información de la bomba, su vivencia de la escena primaria; siente que yo también le destruyo, de golpe, una relación de años, mostrándole la escena primaria. Luego expresa su deseo de volverla a ver: “Pero sin lo primero. Es espantoso recordar las escenas, la gente defectuosa, las operaciones... cerraba los ojos, porque todo me parece como herida; no puedo verla”.

En realidad, separa la destrucción de Hiroshima del resto de la película, como queriendo negar los efectos destructivos de la escena primaria, utilizando los mismos mecanismos disociativos, y expresiones bastante semejantes que cuando se refiere a su vivencia de la vagina (la imagina tan débil, llena de sangre, como una herida), teniendo, frente a la situación de angustia, también que negarla, diciendo: “Que de la cintura para abajo, es como si no tuviera nada, como si estuviera separada del resto del cuerpo”.

Aquí, al igual que en la destrucción de Hiroshima, la paciente se ubica en la escena primaria, identificándose con la madre, surgiendo de esta manera, por su vivencia sádica de esta unión, la angustia, frente a la situación persecutiva de su vagina. Trata de desvalorizarme, de tenerme impotente como analista, y para esto me expresa: “¿Sabe usted lo que es una piedra..., que pretende salga una flor? La riega, le pone tierra, trata que se fertilice, y nada: es de piedra y nada puede hacer”. Siente que todo lo que yo le doy, es estéril; que no la hace crecer; que es leche que no la nutre; en la misma forma que se expresaba cuando se refería a su lactancia: “La leche de mi madre era mala y yo me iba descalcificando”. Ella considera hacerse mujer, aceptar su rol, como algo peligroso que puede destruirla; por eso su necesidad de sentirme impotente, tratando de mostrarme una actitud fálica, para inmovilizarse y no dejar que la persecución invada la situación analítica. Pero, en otras oportunidades, tiene una actitud opuesta, manifestándome sus sentimientos eróticos en forma directa, así como el establecimiento de la situación triangular. Recuerda toda su masturbación infantil, para después decirme: “Pienso que usted me ha puesto todo esto de la masturbación en la cabeza”. La paciente siente que yo la masturbo, y que está repitiendo conmigo la misma situación que con R. Le parece horrible hablar de estas cosas y se dice si tendrá que masturbarse, y hasta dónde llegara con el análisis; si llegará un momento que yo me acostaré con ella. Le cuesta decirme, que al hablarme de la masturbación, se siente excitada. En realidad, lo que a ella le cuesta, es entregarme su excitación, porque no sabe hasta dónde puede llegar. Luego, sigue asociando conmigo: que quién soy y cómo es mi vida. Dice: “Los otros días, al verla con el doctor «X», pensé que él me miraba raro, que los pesqué en «in fraganti», que puede ser una mala mujer, que no quiero averiguar nada, para no decepcionarme”. Ella me está expresando su vivencia de la situación edípica y su temor que posea una genitalidad, estableciendo, muy claramente, la división entre buena y mala mujer. Tener yo sexualidad, significa para la paciente volverse peligrosa. Siente su angustia, provocada frente a la destructividad, una de sus vivencias de la pareja combinada; puede unirse, en una actividad masturbatoria, conmigo, tomando una actitud castrativa, porque en esta forma impide sentirse dañada, que es otra de sus vivencias de la escena primaria. Me expresa luego sus fantasías de enamorarse de mí, y su temor a que la lleve a una degeneración. Entonces tiene que verme como a una extraña, porque siente que le pongo estas cosas. Lo que ella siente que le pongo, son cosas sexuales, en la misma forma que, anteriormente, se expresaba de su marido. Se angustia frente a la situación de entrega, y tiene que alejarme, afectivamente. Sin embargo, me reprocha seguidamente, que no anoto, que cómo puedo acordarme, que estaré pensando en uno u otro paciente, sin nada de interés para ella. Vemos a través de estos reproches, cómo la enferma está

manifestando los celos provocados por la situación edípica. En resumen, las distintas actitudes transferenciales de la paciente, se estructuran alrededor de la escena primaria. A veces representa a la pareja combinada o la madre fálica. La paciente se identifica con su marido y se cierra. Otras veces repite conmigo su situación edípica, con celos transferenciales, y aparezco como madre prostituta. Pero quizás, lo más importante, es su situación transferencial, en una doble relación homosexual: por una parte se esfuerza en mantenerme como objeto homosexual idealizado, sin sexualidad; y por otra parte, intenta repetir conmigo su situación con las sirvientas de la adolescencia. Establece entonces conmigo una relación erótica, pero donde ella tiene pene y yo soy pasiva (inversión de la situación persecutoria con la madre fálica).

V.— MECANISMO DE CURACION

Este se caracteriza por cómo se adapta la paciente a su nueva realidad, es decir, cómo ella comienza a vivenciar su aprendizaje de mujer. Y así nos relata cómo Juana, su hija (que era sentida por la paciente a través de su madre, como su parte positiva), empieza el colegio, diciendo: “Tengo temores de cómo asimilará los conocimientos; pienso que aprenderá, que será positiva. Juana es muy inteligente”. Es evidente que ella sabe de su primer aprendizaje con sus padres, como pareja separada, y que su temor es porque no sabe cómo puede ser el aprendizaje de su hija, si están unidos ella y el marido. Más adelante, y coincidiendo con lo anteriormente expresado, dice: “¡Cómo he llegado a enamorarme de mi marido!, a no anhelar otro hombre; ya no pienso como antes, en otro. ¿Le pasará a R. como a mí? Estoy más unida que antes. ¿Qué piensa R. cuando llega al orgasmo? ¿En otra mujer, que le da lo que yo no le doy?... El se preocupa por mí, ¿Qué se sentirá teniendo una genitalidad normal?...”

En esta línea de evolución se desarrolla actualmente su tratamiento, llegando a aceptar la penetración, sin alcanzar aún la entrega total en sus relaciones sexuales. Evolución que ha logrado la paciente en la medida que fue cobrando más insight en su situación transferencial, pudiendo disminuir, por una parte, su proceso de idealización, y trayendo, por otra, elementos eróticos, como índice relacionado con su progreso en la integración. Esto lo señala, muy claramente, cuando dice: “Anoche, al verla en el aeropuerto, acompañada, sentí por primera vez que dejaba de ser usted tan irreal para mí, un figura tan apartada del mundo, a la cual no veía, ni sabía decir cómo era. Ahora sé que es bonita, que viste elegante, y lo más importante, que es un ser humano. Y lo que antes no se me había ocurrido, que puede usted tener novio o un amante, como toda mujer”.

Los sentimientos depresivos que aparecen en el texto recién citado, bajo forma de preocupación por el marido, de insight, y de la responsabilidad propia en el conflicto conyugal, indican que la paciente ha podido realizar una mayor síntesis de sus objetos. En efecto, anteriormente consideraba al marido, sea como perseguidor en el acto sexual, sea como castrado y desvalorizado. Esta mayor síntesis, corre paralela con la disminución de la situación persecutoria expresada en la fobia, y de la idealización manifestada en los rituales de cortes perversos, así como también en el enamoramiento transferencial homosexual (me ve como un ser humano).

Sin embargo, no es nada más que una línea incipiente; si bien ha disminuido en un plano, el carácter perseguidor del marido, queda una situación intensamente persecutoria del pene fóbigeno en un plano más profundo, lo que se expresa en la persistencia de la frigidez en la actualidad.

VI.— SINTESIS FINAL

Como conclusión, deseo destacar los hechos fundamentales vividos por la paciente en diferentes situaciones, que luego desencadenaron su enfermedad:

1º) Plano oral

Tenemos una disociación de los objetos, propia de la etapa esquizoparanoide, así como también, un manejo de objetos parciales (pecho idealizado, pene separado); destete precoz a los dos o tres meses, exigiendo del padre el rol materno, para cumplir la etapa que había quedado interrumpida, tomando el pene las características de un pecho destructivo. Dice Melanie Klein: “Tanto en el hombre como en la mujer, la envidia tiene su parte en el deseo de quitarle los atributos al sexo opuesto, y poseer o arruinar los del padre del mismo sexo”.

2º) Plano anal

Encontramos una situación persecutoria, con la madre fálica.

3º) Fase fálica

Estructura perturbada del complejo de Edipo:

a) En la escena primaria, la paciente vive el pene como un objeto fóbico, proviniendo de conflictos orales y anales.

b) Intento fracasado de identificación con ambos padres. No se puede identificar con la madre, por la situación persecutoria, subyacente en el nivel anal, y por ver a la madre destruida en la escena primaria. No se puede identificar con el padre, por su deseo de castrarlo (pene en el aire). Sin embargo, hay intentos de identificación masculina y femenina.

c) Toda esta situación se presenta por cómo es vivida la escena primaria, en forma sadomasoquista.

4º) Intento de superación de la escena primaria, por medio de las siguientes defensas:

a) Masturbación, cuya práctica inicia la paciente al ser separada del cuarto de sus padres; la forma en que la realiza, con una toalla torcida, como poseyendo un pene, con el fin de impedir sentir su vagina y la angustia de ser destruida.

b) Homosexualidad, recurriendo a esta posición, la paciente trata de vencer la situación persecutoria, tomando al objeto parcial idealizado, en un intento de superación.

c) Rituales sexuales. En la relación sexual con su marido, de tipo masturbatoria externa, donde la paciente toma una actividad castrativa para impedir sentirse dañada, siendo ésta una de las vivencias de la pareja combinada. Lo vemos también, en el ritual del espejo, donde la enferma se mira y besa sus pechos, que era como besarme a mi misma

d) Fantasías. Donde siempre surgían las orgías con mujeres desnudas, en un cabaret, repitiendo las situaciones de homosexualidad anteriormente relatadas, así como la “de un hombre no definido, porque no le veía la cara, con su pene separado del cuerpo, sólo todo eso me excitaba”, manifestando de esta manera su posición

castrativa.

e) Frigidez y fobias. Las principales, que ya se han mencionado, son: a los ladrones y a la desfloración. En la primera la enferma temía ser violada, es decir, atacada; en la segunda, ser dañada al ser penetrada, expresando en esta forma su concepción sádica del coito. Frigidez, por una excesiva intensidad de la represión de la escena primaria (amnesia total), se debe, en un plano profundo, a un núcleo esquizoparanoide muy fuerte, subyacente.

La serie de traumatismos infantiles, vividos por la paciente, culmina en su vivencia terrorífica de la escena primaria, reforzada por su larga cohabitación con sus padres. Todos sus síntomas ulteriores, son intentos de escapar a esta situación (escena primaria).