

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL ONANISMO. (1912k).

**Sandor Ferenczi.**

El origen psicológico de determinadas perturbaciones neuróticas provocadas por el onanismo es indudable; puede atribuirse al lazo indisoluble que se crea en el niño cuando se masturba entre la angustia y el placer experimentado (miedo a la castración en el niño y temor de que le corten las manos en la niña). En el curso del análisis se revela que gran número de histerias y de neurosis obsesivas son la consecuencia psíquica de esta angustia infantil, asociada a las fantasías masturbatorias incestuosas cuando despierta el amor objetal. En el adulto, la angustia provocada por la masturbación se compone también de la sinergia de la angustia infantil (ligada a la castración) y de la angustia juvenil (ligada al incesto); el análisis permitirá eliminar los síntomas de conversión o de sustitución de esta angustia.

Para mí es indudable que el onanismo puede provocar directamente determinados problemas psíquicos y nerviosos; sin embargo, hay que señalar que son menos importantes que los síntomas psico-neuróticos ligados a la intimidación brutal y al rechazo.

En numerosos casos el análisis ha hecho consciente el origen de la angustia ligada a las ideas de castración y de incesto, suprimiendo así los síntomas psiconeuróticos; pero, durante el tratamiento y tras él, la abstinencia de masturbación no ha sido total: al día siguiente del acto masturbatorio, estos enfermos presentaban una serie de problemas psíquicos y somáticos, que propongo agrupar bajo el nombre de “neurastenia de un día”. Se quejaban sobre todo de una enorme flaccidez, de gran pesadez en las piernas, particularmente intensa al levantarse por la mañana; de insomnio y de sueño sobresaltado; de hipersensibilidad a las excitaciones luminosas y sonoras (muchas veces auténticas sensaciones dolorosas al nivel de los ojos o de las orejas); de problemas gástricos, de parestesias lumbares, de dolores opresivos en los tractos nerviosos. En el ámbito psíquico: gran irritabilidad afectiva, desfondamiento, crítica incesante, incapacidad o disminución de la capacidad de concentración (aprosexia). Estos síntomas duraban toda la mañana, se aminoraban progresivamente hacia el mediodía y desaparecían por la tarde; entonces recuperaban la integridad de las sensaciones corporales, el rendimiento intelectual y la quietud afectiva.

Debo señalar que estos síntomas no iban acompañados de agravamiento o recaída en los problemas psiconeuróticos y que en ningún caso actuó el análisis sobre ellos ni llegó a influenciarlos de manera alguna. Con la mayor honestidad –y evitando toda especulación intelectual– se debe reconocer que los síntomas descritos son la consecuencia fisiológica del onanismo.

Esta constatación refuerza además, según creo, la hipótesis de Freud sobre la génesis de la neurastenia. Se puede creer incluso que la neurosis masturbatoria actual es la repetición, el paso a la situación crónica de los síntomas que constituyen la “neurastenia de un día”, ligada al onanismo.

Repetidas observaciones prueban, sin contradecir las reflexiones teóricas, que la actividad masturbatoria puede provocar síntomas fisiológicos que no se dan en el coito normal.

A pesar de poseer una libido débil, algunos hombres mantienen relaciones sexuales frecuentes con su mujer, pero, al hacer esto, sustituyen la realidad de su mujer por la fantasía de otra diferente y, por decirlo así, se masturban en una vagina. Si tales hombres tienen eventualmente relaciones con otra persona, éstas se desarrollan satisfactoriamente, y señalan la gran diferencia existente entre un coito apoyado en una fantasía y otro basado en él mismo. Además de satisfacer las necesidades de su libido, estas personas se sentían revitalizadas tras el coito, se adormecían un rato y, tanto durante ese día como durante el siguiente, rendían

mucho más. Un coito masturbatorio era seguido, sin lugar a dudas, de una “neurastenia de un día” que presentaba todos los síntomas antes descritos; la reaparición de algunos de estos problemas inmediatamente después de la relación era algo muy típico: dolores oculares provocados por la luz, pesadez en las piernas y, además de la excitabilidad psíquica, una hipersensibilidad cutánea pronunciada, sobre todo a las cosquillas. El insomnio puede explicarse, según creo, y habida cuenta de las sensaciones concomitantes de calor y de palpitaciones, como una consecuencia de la excitación vasomotriz.

Es imposible oponer un argumento teórico a la hipótesis según la cual los procesos del coito normal y de la masturbación comportan diferencias no sólo psicológicas sino también fisiológicas. Es fácil comprender la diferencia esencial entre los mecanismos de una relación sexual normal y el onanismo, ya sea practicado por excitación manual o por frotamiento del pene en la vagina de un objeto sexual insatisfactorio; las primicias amorosas están excluidas del onanismo, mientras que la participación de la fantasía se halla exacerbada; siendo así no creo que las primicias sean un proceso puramente psicológico. Cuando se contempla, se acaricia, se abraza, se oprime un objeto sexual satisfactorio, las zonas erógenas visuales, táctiles, bucales y musculares resultan fuertemente excitadas y una parte de esta excitación se transmite automáticamente a la zona genital. El proceso se desarrolla primeramente en los órganos de los sentidos o en los centros sensoriales: la fantasía sólo participa secundariamente en el sufrimiento –o en la alegría– del conjunto. En el onanismo, por el contrario. Los órganos de los sentidos no entran en juego, y toda excitación debe ser aportada por la fantasía consciente y la estimulación genital.

La adhesión violenta a una imagen, que se presenta a menudo con una fuerza alucinante durante el acto sexual y que normalmente es inconsciente casi por completo, representa un esfuerzo considerable, en grado suficiente para explicar la fatigabilidad de la atención tras el acto.

No resulta fácil de explicar la excitabilidad de los órganos de los sentidos que persiste tras el onanismo (y durante la neurastenia). Sabemos muy poco aún sobre los procesos nerviosos del coito normal. La excitación de las zonas erógenas durante el coito provoca la alerta y la disponibilidad de los órganos genitales; luego, durante los frotamientos siguientes, el reflejo génito-espinal desempeña el papel principal; la excitación genital alcanza su acmé y, por último, en el momento de la eyaculación, la difunde de forma explosiva por todo el cuerpo. Pienso que el gozo –al igual que las sensaciones comunes– no es localizable, lo cual podría explicarse así: cuando la estimulación genital ha acumulado o alcanzado cierta intensidad, se difunde de manera explosiva, desbordando el centro espinal, por toda la esfera sensitiva, y también en los centros cutáneos y sensoriales. No es lo mismo que la ola voluptuosa se difunda por una esfera sensible, preparada por las premisas amorosas, que lo haga sobre un cuerpo adormecido, carente de excitación y, por así decir, frío. Al menos no es evidente que los procesos nerviosos sean fisiológicamente idénticos en el coito y en la masturbación. Por el contrario, estas últimas explicaciones proporcionan una indicación para comprender la causa de la sobreexcitación vaso-motora, sensible, sensorial y psíquica que sigue al onanismo. Es probable que, cuando todo sucede normalmente, la ola de placer se consuma íntegramente; pero la masturbación, por el contrario, no le permite equilibrarse de manera total; esta fracción residual de la excitación puede ser la explicación del cuadro clínico de la neurastenia de un día, e incluso de la neurastenia en general.¹

Tampoco deben olvidarse los descubrimientos de Fliess, sobre las reacciones existentes entre la nariz y el aparato genital. La hiperexcitación vaso-motora que sigue a la masturbación puede provocar perturbaciones crónicas del tejido eréctil de la mucosa nasal, que pueden ocasionar neuralgias y otros problemas funcionales. Tras la cauterización de los puntos genitales de la nariz se han observado rápidas mejoras en algunas neurastenias masturbatorias. Convendría realizar investigaciones a gran escala sobre esto.

Mientras que en las anteriores notas he querido precaver contra una manera exclusivamente psicológica de considerar las consecuencias de la masturbación, ahora temo caer en el error inverso al tratar del

1.- También puede observarse el cuadro clínico de la “neurastenia de un día” tras un coito normal. Por ejemplo, cuando por excepción, tiene lugar por la mañana en un momento en que la libido es poco intensa; la libido aumenta en las últimas horas de la tarde, lo que tiene cierta relación con la mejoría clínica constatada por la tarde en los neurasténicos.

problema de la eyaculación precoz. Según mi experiencia, se observa a menudo en aquellos a quienes el coito les resulta penoso por una u otra razón, y que tienen interés en acabar cuanto antes. Sabemos que los onanistas, inmersos en sus fantasías, enseguida se desencantan del objeto sexual, y puede admitirse que, inconscientemente, desean acortar el acto. No intento decir, sin embargo, que no deban considerarse las causas locales (alteración del canal eyaculador) en la eyaculación precoz.

Quisiera aún prestar atención a la génesis de los lazos simbólicos que existen entre la extracción de un diente y el onanismo, que puede observarse en los sueños y en las neurosis. Todos sabemos que en los sueños, la extracción de un diente es la representación simbólica del onanismo. Freud y Rank lo han demostrado con ejemplos indiscutibles, y han señalado que este mismo simbolismo se halla en la lengua alemana. Sin embargo, el mismo lazo simbólico es muy frecuente en los húngaros que ignoran, por cierto, la expresión popular alemana. Además, en húngaro no existe expresión análoga para la masturbación. Por el contrario, el análisis ha permitido en todos los casos la aparición de la probabilidad de una identidad simbólica entre la extracción dental y la castración. El sueño sustituye simbólicamente la extracción por la castración (es decir, el castigo al onanismo).

En la vida hay un momento que puede explicar este símbolo del onanismo y que refuerza la analogía aparente entre el diente y el pene, entre la extracción del diente y el corte del pene. En efecto, la castración y la extracción (la caída, la pérdida del diente) son precisamente las primeras intervenciones en que el niño puede sentirse seriamente amenazado. El niño puede rechazar con facilidad de sus fantasías la más desagradable de estas dos operaciones (la castración), poniendo el acento sobre la extracción dental que se le parece. De esta manera, probablemente, se ha constituido el simbolismo sexual.

Existe además una neurosis dental bien definida: temor desmesurado a cualquier intervención al nivel de los dientes, o sea, a toda intervención del dentista; sondeos y exploraciones continuas en las cavidades de los dientes huecos; obsesiones respecto a los dientes, etc. El análisis revela que esta neurosis deriva del onanismo, o de la angustia de castración.

(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo I, cap. XXV . “Contribución al estudio del Onanismo”. Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1981).

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.