

Colección DIVA

Número 13 – Julio de 1999

Dirección: Silvia Elena Tendlarz (stendlarz@pccp.com.ar)
Secretaria de redacción: Patricia Schnaidman (schnaidp@cvtci.com.ar)
Colaboraron en este número: Marcela Froidevaux y Marisa Reynoso

LAS DOS FRIGIDECES DE LA MUJER

MARIE BONAPARTE

Marie Bonaparte tenía su propia teoría acerca de la cura de la frigidez en los casos de causalidad orgánica. Se trata de llevar a cabo una operación quirúrgica que aproxime el clítoris a la vagina para lograr la erogeneidad clitorideana en la vagina. Lleva así al extremo la teoría freudiana clítoris-vagina. A pesar de la férrea oposición de su analista, Sigmund Freud, se opera en tres oportunidades sin lograr por ello la satisfacción anhelada. No obstante, no renuncia a su teoría, y en distintas oportunidades escribe sobre el tema. El presente artículo –“Les deux frigidités de la femme”- fue publicado por primera vez en el Bulletin de la Société de Sexologie en 1933.

1. Acerca de la sexualidad infantil en general

La investigación psicoanalítica, cuyos métodos no tengo hoy la intención de exponer, permitió establecer que la sexualidad humana, antes de ponerse al servicio de la función adulta de la reproducción, a partir de la primera infancia sufre una evolución lenta y complicada. El niño, en efecto, contrariamente a los prejuicios todavía corrientes, no es un asexual, un “inocente”, y cuando la sexualidad de un ser estalla en la pubertad bajo la influencia de la maduración de las gónadas, esta sexualidad púber siempre tiene una prehistoria infantil. Sin embargo la sexualidad, al menos la del civilizado,

hace esta evolución en dos tiempos: después de un primer período positivo, que cubre aproximadamente los cinco o seis primeros años de la vida, en los que el niño presenta un creciente despertar de intereses, actividades y curiosidad sexuales, claro está que a su modo y de acuerdo a las posibilidades de su organismo infantil, sobreviene un período negativo que llamamos *período de latencia*, durante el cual la sexualidad del infante casi parece dormirse antes del gran despertar de la pubertad.

Este esquema se aplica a ambos sexos y lo recorre tanto la niña como el varón, con la única diferencia que antes del sueño prepuberal del período de latencia la orientación

sexual del sujeto, si deviene normal, heterosexual, en la elección de sus objetos de amor, se ha establecido ya: el varón continúa amando a su madre, ese primer objeto de amor de todo infante, y se ha convertido por ella en un verdadero rival del padre (este es el Complejo de Edipo del varón); la niña, por el contrario, se aleja de su madre, que por supuesto también fue su primer objeto de amor, y dirige su preferencia al padre, ese prototipo del hombre para la mujer normal, soñado como protector, amado más tarde.

2. Acerca de masturbación en el niño

Pero examinemos más de cerca la actividad sexual propia del niño.

Toda *nurse*, toda niñera, sabe cuán frecuente es la masturbación infantil. La masturbación, púber o infantil, fue cargada en su tiempo de todos los pecados de Israel. Desde entonces este juicio, que se proclamaba inspirado en una preocupación por la salud, pero que en el fondo provenía fundamentalmente de preocupaciones morales, fue revisado y en la actualidad la mayoría de los médicos tranquilizaría con respecto a este tema a las madres alarmadas.

Pero la investigación clínica psicoanalítica en el adulto o en el niño nos informó algo más: la masturbación infantil, lejos de ser un vicio excepcional, no sólo es frecuente sino que es una regla y forma parte del desarrollo normal de la sexualidad humana. En efecto, parece ser a la sexualidad adulta lo que el juego del niño es a la actividad social adulta: una suerte de ejercicio de preparación.

Por una parte, sin embargo, permitir al niño masturbarse en todo lugar y en todo momento es una imposibilidad cultural, y el infante civilizado debe aprender temprano a dominar sus instintos. Pero, por otra parte, la supresión brutal por amenaza, por coacción, de toda actividad sexual en el niño, entraña un peligro: la función bruscamente trabada puede persistir y en la pubertad, tal como los músculos de un miembro que permanecen largo tiempo en un yeso, atrofiarse y nunca más recuperar su fuerza y su libertad. De allí tantas carencias, tantos trastornos de la función en el hombre y sobre todo en la mujer, la cual sufre entonces una represión moral, social,

más enérgica de su sexualidad, que es más débil ya y menos resistente constitucionalmente.

3. Acerca de las dos frigideces de la mujer

Se conoce, o más bien, no siempre se conoce la frecuencia de la frigidez en la mujer. Se llama frigidez a la insensibilidad de la mujer al coito normal. Pero durante mucho tiempo escapó a los observadores que existen dos clases de frigideces, de cuadros clínicos de frigidez femenina. Hecha la abstracción de la cuasi-ley que impone de ordinario a la mujer, antes de que llegue a adaptarse a su función erótica, una suerte de cursillo más o menos largo según el caso, un período de aprendizaje, hay en efecto mujeres que permanecen frías persistentes a todas las caricias del hombre, caricias internas, aún incluso externas. Entre estas frías totales, unas lo serán siempre con todos los hombres: el cambio de pareja nada cambia. Otras, bajo la influencia de un nuevo marido, de un nuevo amante, se verán “reveladas” a ellas mismas súbitamente. Podemos ver en ese hecho el levantamiento de una inhibición de naturaleza “histórica”, impuesta, en el curso de la infancia o de la juventud, por el medio moral educador. Tales metamorfosis son conocidas y su carácter dramático, podemos decir, logró impresionar tanto, que a la segunda clase de frigidez, a pesar de ser la más generalizada y tenaz, no se le concedió la atención que merecía.

Freud fue el primero en diferenciarla, aunque sin ver allí todavía una entidad clínica bien definida. En los “Tres Ensayos de Teoría Sexual”, aparecido en 1905,

en efecto escribe: “Sabemos que la insensibilidad de las mujeres es la mayoría de las veces aparente y simplemente local. Insensibles a las excitaciones de la región vaginal, no lo son a una excitación que parte del clítoris...”.

Efectivamente, son innumerables las mujeres que aún siendo perfectamente capaces de voluptuosidad y de orgasmo por el clítoris, permanecen absolutamente frías en el coito, sobre todo en decúbito dorsal, posición muy poco favorable al contacto del hombre con el clítoris, cuando éste, volveremos sobre este punto, se encuentra ubicado bastante lejos de la vagina. Estas mujeres, por otra parte, reaccionan de diversas maneras a lo que es, en realidad, una especie de invalidez, de inadaptación a una función vital desde el punto de vista del equilibrio nervioso, forzosamente siempre amenazado por esta especie de suplicio de Tántalo, constantemente renovado.

Algunas de ellas, y son tal vez la mayoría, se consuelan imaginando que todas las mujeres se les parecen, y que aquellas que se jactan del placer que les da el abrazo del hombre son casi siempre presumidas, mentirosas. Así se resignan a su dolencia imaginándola universal.

Otras, poniendo al mal tiempo buena cara, se precian, gracias a su frigidez, de mantener al menos el control, de permanecer dominantes en los momentos de abandono supremo, y se jactan de que al menos a ellas los hombres “no las poseen”. Esta actitud de desafío es, por otro lado, tal vez una reacción conciente a un gran sufrimiento inconciente reprimido.

Finalmente, un tercer tipo de mujer es bastante mujer para sufrir de una feminidad tan imperfecta, y estas son las mujeres que vienen al análisis por causa de la frigidez.

Creo que la mayoría de los hombres no sospechan la frecuencia del clitoridismo en la mujer. Las mujeres, en efecto, no confiesan fácilmente a los hombres esta dificultad y simulan gustosas el placer en el abrazo, sea cual fuere su frigidez real, su reacción íntima personal. Además, como hay una clase de hombres que se complacen con los juegos eróticos previos al acto, en las “tonterías de la puerta”, estas mujeres llegan a conseguir aquí y allá algo de satisfacción para poder tolerar su anestesia vaginal.

Pero es tiempo de abandonar estos puntos de vista únicamente descriptivos para preguntarnos cuál puede ser la génesis de esta tan frecuente inadaptación de la mujer a su función erótica.

4. Acerca de la génesis del clitoridismo en la mujer

Sobre la génesis del clitoridismo en la mujer expondré en primer lugar el punto de vista de Freud.

En los “Tres Ensayos de Teoría Sexual” (1905) escribe: “Todo lo que mi experiencia pudo enseñar sobre la masturbación de las niñas me demostró la importancia del clítoris excluyendo otras partes genitales internas, cuyo rol decisivo en la vida sexual sólo aparecerá más tarde”.

Este más tarde es la pubertad. Entonces, después del período de latencia durante el cual generalmente se abandona la masturbación clitoridiana de la niña, parece establecerse, con los primeros pasos

de la sangre de las menstruaciones, una erotización difusa de los *linderos* de la vagina, preparadora de la aceptación erótica del hombre en la función sexual adulta de la mujer.

“Si queremos comprender, continúa Freud, la evolución que conduce la niña a la mujer, hay que seguir las diferentes fases por las que pasa la excitación clitoridiana. La pubertad, que en el varón conduce el gran empuje de la libido, se caracteriza en la niña por una nueva ola de represión que afecta particularmente a la sexualidad clitoridiana. Es entonces reprimido un elemento de sexualidad masculina”.

Más arriba Freud lo había señalado: “En la niña la zona erógena conductora se localiza en el clítoris, que es homóloga a la zona genital masculina situada en el glande”.

Así, en la infancia, tanto la niña como el varón utilizarían para la masturbación zonas homólogas, y ambas pueden ser calificadas de fálicas. Sólo más tarde, cuando la evolución femenina ha sido lograda plenamente en la pubertad se opera misteriosamente, según Freud, el traslado de la sensibilidad clitoridiana infantil, de cariz masculino, a las zonas vulvo-vaginales, bulbares, sin duda también vecinas.

En mi opinión, este traslado debe estar favorecido por una pre-erotización, si se puede decir, de esas zonas, una predisposición nativa a la feminidad, que quizás se revela en algunos casos, por una masturbación vulvo-vaginal precoz anexada al onanismo clitorídeo regular de la infancia.

Lo cierto es que esta transferencia púber de la erogeneidad del clítoris a las zonas genitales de entrada condicionaría, según Freud, la

adaptación ulterior de la mujer a su función erótica. Si esto no se realiza, la mujer se asemejará, en lo que respecta a su zona erógena dominante, a la niña, y no se encontrará más adaptada que ella a la función erótica que el hombre y la naturaleza reclaman de ella. No hablamos aquí de la función de reproducción, que se conserva independiente.

5. Acerca de la bisexualidad de la mujer

Pero, ¿por qué en tantas mujeres el clítoris queda tan indebida y exclusivamente erotizado? ¿Cuáles son las condiciones de este lamentable fenómeno?

Es posible que haya allí –ningún psicoanalista lo pondría en duda– una detención evolutiva, una especie de infantilismo persistente de la función, mantenido por las represiones de la educación y las fijaciones amorosas de la infancia, las cuales no podría tratar aquí, puesto que es un tema merecedor de un libro. Pero pienso que hay algo aún más profundo. Estas represiones, estas fijaciones, no se edifican, en los casos más acentuados, más tenaces (puesto que todos los grados confluyen todas las asociaciones del vaginalismo con el clitoridismo), sino por el hecho de que el terreno constitucional en estos casos extremos es bisexual.

Las concepciones sobre la bisexualidad están al orden del día, tanto en la escala animal como en los humanos. En lo que atañe a éstos últimos, el libro de Maranon *La Evolución de la Sexualidad y los Estados Intersexuales* es particularmente instructivo por la riqueza de los

hechos clínicos y los puntos de vista tan interesantes que expone.

Pero ante la psicosexualidad de la mujer, Maranon, que tiene opiniones tan acertadas sobre el valor masculino del clítoris, de la libido, incluso del orgasmo, se detiene desconcertado. Y puede emitir una afirmación tan poco conforme a los hechos como la que consiste en decir que si la mujer llega frecuentemente tan tarde a la plena posesión de sus medios eróticos es porque fue necesario todo ese tiempo para que su clítoris, ese órgano de filiación masculina, liberándose de las inhibiciones emanadas del ovario, adquiera su plena erogeneidad.

Un clitoridismo así exacerbado sería, por el contrario, de lo más perjudicial a la función femenina. Pero afortunadamente no se produce. Si a veces la mujer tarda tanto tiempo en adaptarse a su función erótica, es indudable que ello se debe a menudo a la dificultad que tiene en encontrar un compañero adecuado, no solamente lo bastante potente sino también paciente, considerando la mayor lentitud general de los sentidos femeninos. El rol del hombre en la frigidez femenina ciertamente no lo es todo, como parece creer a menudo el Sr. Van de Velde (*Hel volmaakte Huwelijk, El matrimonio perfecto*, 1927-28), pero sin embargo cuenta.

Otras veces nos encontramos, en esas adaptaciones tardías a la función erótica, en presencia de una *frigidez total* tardíamente y explosivamente levantada. Otras veces, en fin, nos encontramos tal vez en presencia de una función mixta vagino-clitorídea insuficiente hasta ahí para cumplir su finalidad, pero que llega, no obstante, a la adaptación *vaginal* propiamente dicha

un poco tarde. En todo caso, la acentuación progresiva de la zona clitorídea jamás podría, como lo postula Maranon, favorecer a la adaptación de la mujer a su función erótica, ante el clítoris de la mujer, para no ser una molestia para la función erótica y conservar sólo un rol subordinado.

El organismo de la mujer normal, en efecto, realiza esta especie de explosión biológica que consiste en utilizar una fuerza de localización, y aún de esencia, primitivamente activa, masculina, para objetivos pasivos femeninos.

La clitoridiana, en cambio, conserva casi tal cual la dosis de actividad viril fálica que la naturaleza le concedió, y se niega, por así decir, a cederla.

Y como en general la mujer contiene una dosis más fuerte de virilidad que el hombre, éste, más netamente sexuado, no encubre feminidad, no hay en el hombre una contrapartida cloacal exacta, ni sobre todo tan frecuente, del fenómeno bisexual típico que es el clitoridismo femenino.

6. Acerca de las curas posibles de la frigidez

Hemos visto que las *frigideces totales* a menudo desaparecen espontáneamente en el transcurso de la vida. Si se muestran más rebeldes, un psicoanálisis puede ponerles fin, generalmente levantando las inhibiciones demasiado severas que la moral infantil impuso a la sexualidad del sujeto.

Las *frigideces parciales* de tipo clitorídeo son mucho más difíciles de influenciar psicoanalíticamente. La libido, en efecto, encontró en este

caso una salida, no queda estancada, aunque bajo presión, lista por así decir a explotar, como en las *frigideces totales*. Es la razón por la cual las frigideces por clitoridismo sólo tienen chances de mejorar, en general, en la cura analítica, en mujeres de tipo neurótico que demasiado viriles para haber logrado la plena vaginalidad, no obstante, son al mismo tiempo lo suficientemente mujeres para sufrir por ello. El elemento del sufrimiento es entonces el promotor de la cura.

Pero, aún así, en los casos de clitoridismo antiguo los fracasos son frecuentes. Es la razón por la cual, basándome en algunas observaciones que voy a relatar, se me ocurrió idear un coadyuvante somático para la cura psicológica.

En 1924, publiqué un artículo en el *Bruxelles-Médical*, con el seudónimo de A. E. Narjani, titulado: "Consideraciones sobre las causas anatómicas de la frigidez en la mujer", trabajo en el cual relataba el resultado de una serie de observaciones ginecológicas que algunos médicos me permitieron hacer con ellos en París, al igual que más tarde lo hice en Viena. Se desprendió de ellas que la distancia entre la base del clítoris y el meato urinario era muy variable, oscilando entre un centímetro y cuatro. Ahora bien, las grandes distancias parecían favorecer el clitoridismo, mucho más que el diámetro variable del clítoris, ya que no tenía gran importancia que la mujer tuviera un clítoris de tres o de diez milímetros de base. Le atribuí entonces demasiado valor a ese signo anatómico; desde entonces pude ver mujeres con distancia corta completamente clitorídeas y otras con

distancia larga perfectamente vaginales.

Sin embargo, en líneas generales, hay a menudo una cierta relación entre el clitoridismo y las grandes distancias. Así es como fui llevada por esos casos a pensar en la posibilidad de una intervención quirúrgica que acerque el clítoris a la vagina, y por esa vía permitir al menos lo que la naturaleza realizó tan mal en algunas mujeres: la utilización vaginal de la erogeneidad clitorídea.

El profesor Halban, de Viena, que como sabemos es al mismo tiempo un gran cirujano y un eminente biólogo, se interesó en esta sugerencia. Perfeccionó conmigo, sobre un cadáver, una técnica operatoria simple: resección de los ligamentos suspensores del clítoris, sutura reductora y fijada a los planos profundos, incluso acortamiento complementario del vestíbulo y de los labios pequeños, todo esto puede ser realizado con anestesia local. Según he sabido, hizo desde 1927 cinco veces esta operación en mujeres clitorídeas.

Es interesante señalar los resultados. En primer lugar, hay que subrayarlo, no provocó ningún daño a la función, y por otra parte, no podría hacerlo, ya que la vía de acceso sólo pasa por los tegumentos y el tejido graso. A lo sumo una infección pasajera, a veces, del tejido graso lesionado. Ninguna función perjudicada, pues, en el balance de resultados. Pero, ¿la función fue mejorada como se esperaba? Dos de las operadas, lamentablemente, se perdieron de vista. En una tercera, el fracaso de la intervención puso furiosa a la operada, una mujer bastante reivindicativa, durante algún

tiempo. Esta mujer no había perdido nada, pero tampoco había ganado nada: después, como antes, sólo podía llegar al orgasmo *montando* sobre el hombre, y no en decúbito-dorsal. Pero en otros dos casos, una joven casada de veinticinco años, y en una mujer casada dos veces de cuarenta años, el éxito fue real, la adaptación a la función erótica normal se hizo posible. Por cierto no de inmediato ni regularmente: era necesario un tiempo de adaptación a la nueva conformación anatómica, a la adquisición de un nuevo reflejo condicionado de otro modo; se imponía una nueva educación psíquica. Y sólo el paso del tiempo mostrará si estos éxitos parciales se mantendrán. Lo que permite dudar de esto es el hecho de que el clitoridismo tenaz parece fundarse en primer lugar en una aversión más o menos inconciente a la penetración.

Para lo cual un psicoanálisis, después de semejante operación, estaría muy indicado. Sobre todo sería prudente, antes de pensar en recurrir al cirujano, explorar psicoanalíticamente el caso. El de la tercera operada de Halban, reivindicativa a destiempo, lo testimonia.

Estas parecen ser al presente las dos únicas curas aplicables a la frigidez por fijación clitorídea, frigidez muy rebelde, por lo que sabemos, a cualquier otro tratamiento. Esto mientras esperamos que la endocrinología tal vez ponga un día en nuestras manos las hormonas que permitan virilizar a los hombres y feminizar a las mujeres que lo deseen.

Traducción: Marisa Reynoso

Números mensuales aparecidos de la *Colección Diva*:

1998

- Nº 1 (julio): "Saber del feminismo", por Graciela Musachi.
Nº 2 (julio): "Bibliografía de Jacques-Alain Miller en español", por Silvia Elena Tendlarz.
Nº 3 (agosto): "La sexualidad femenina temprana", por Ernest Jones.
Nº 4 (setiembre): "Introducción a la política lacaniana", por Jacques-Alain Miller.
Nº 5 (octubre): "El ángel exterminador. Reflexiones actuales de política lacaniana", por Miquel Bassols.
Nº 6 (noviembre): "Acerca de un motivo en la formación del superyó femenino", por Hans Sachs.
Nº 7 (noviembre): "La epopeya de Lacan. Seminario de política lacaniana II", por Jacques-Alain Miller.
Nº 8 (diciembre): "El modelo y la excepción", por Eric Laurent.

1999

- Nº 9 (marzo): "La relación entre fantasías de flagelación y un sueño diurno", por Ana Freud.
Nº 10 (abril): "La experiencia del pase", por Germán García.
Nº 11 (mayo): "Incidencias terapéuticas de la toma de conciencia de la envidia del pene en la neurosis obsesiva femenina", por Maurice Bouvet.
Nº 12 (junio): "El estadio fálico", por Ernest Jones.

Biblioteca de la *Colección Diva*:

- Nº 1: *Política lacaniana*, seminario dictado por Jacques-Alain Miller, 1999.