

La srta. Anna O.

Josef Breuer

Capítulo I de la parte IIª.,
de la versión alemana original de
los “ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA” (1895)
(BREUER y FREUD)

La señorita Anna O. tenía veintiún años de edad al comenzar su enfermedad (1880). Presenta antecedentes familiares neuropáticos leves constituidos por algunas psicosis sufridas por familiares lejanos; sus padres, en este sentido, son sanos. Ella misma también fue sana, sin perturbación nerviosa alguna, durante el período de desarrollo. Poseía una inteligencia notable, una capacidad combinatoria asombrosamente aguda, y una intuición penetrante. Su intelecto poderoso hubiera necesitado y también digerido una alimentación psíquica sólida, la que sin embargo no recibió después de abandonar la escuela. Sus ricos dones poéticos y de fantasía eran controlados por un juicio muy agudo y crítico; este último la hacía *totalmente insugestible*. Sobre ella sólo podían influir argumentos y nunca aseveraciones. Su voluntad era enérgica, tenaz y persistente: a. veces llegaba hasta la obstinación, la que cedía solamente por bondad y consideración hacia los demás.

Uno de sus rasgos de carácter esenciales era una piadosa bondad; el cuidado y la preocupación por algunos pobres y enfermos le rindió, aun durante el curso de su enfermedad, excelentes servicios, ya que así satisfacía una poderosa pulsión. Había siempre una cierta tendencia a los excesos en sus estados de humor, ya fueran de alegría o de tristeza; de ahí también su volubilidad. El elemento sexual estaba sorprendentemente poco desarrollado; la

enferma, cuya vida se me hizo tan transparente como rara vez sucede entre dos personas, jamás estuvo enamorada, y ni aun en los múltiples estados alucinatorios de su enfermedad apareció este elemento de su vida psíquica.

La muchacha, de una vitalidad mental desbordante, llevaba una vida altamente monótona en el seno de su familia de hábitos puritanos, vida que ella trataba de embellecer de un modo probablemente decisivo para su enfermedad. Cultivaba sistemáticamente la ensoñación vigil que llamaba su “teatro privado”. Mientras que todos los demás la suponían presente, vivía interiormente una vida de cuento, pero siempre que alguien se dirigía a ella respondía de inmediato, de modo que nadie lo notaba. Simultáneamente con las tareas de la casa, que desempeñaba sin tacha, se desarrollaba permanentemente esta actividad psíquica. Más adelante tendré oportunidad de referir cómo esta ensoñación habitual de la sana se transformó, sin solución de continuidad, en enfermedad.

La evolución de su enfermedad puede descomponerse en varias fases bien separadas:

A) La incubación latente. Desde mediados de julio de 1880 hasta alrededor del 10 de diciembre. Esta fase habitualmente se sustrae a nuestro conocimiento, pero en este caso, dado su carácter peculiar, nos fue completamente accesible y este mismo hecho proporcionó un mayor interés patológico a la historia. Esta parte de la historia será detallada más adelante.

B) La enfermedad manifiesta: una psicosis peculiar, parafasia, estrabismo convergente, graves perturbaciones de la visión, contracturas paralíticas, completas en el miembro superior derecho y en ambas extremidades inferiores, incompleta en la extremidad superior izquierda, paresia de la musculatura de la nuca. Paulatina limitación de la contractura a los miembros derechos. Leve mejoría, interrumpida por un grave trauma psíquico (muerte del padre) en abril, seguida de

C) periodo de sonambulismo permanente, que posteriormente alterna con estados más normales; persistencia de una serie de síntomas permanentes

hasta diciembre de 1881.

D) Paulatina evolución de los estados y fenómenos, hasta junio de 1882.

En julio de 1880 enfermó el padre de la paciente, a quien ella amaba entrañablemente, de un absceso peripleural que no curaba y del que sucumbió en abril de 1881. Durante los primeros meses de su enfermedad, Anna se dedicó a cuidarlo con toda la energía de su ser y nadie se sorprendió de que decayera, paulatina pero visiblemente. Nadie, quizás ni la propia paciente, sabía lo que sucedía en su interior; poco a poco su estado, debido a la debilidad, anemia y repugnancia a los alimentos, empeoró tanto que para su mayor pena tuvo que ser alejada del cuidado de su padre. El acontecimiento inmediato fue una tos muy intensa por la cual la examiné por primera vez. Era una tos nerviosa típica. Muy pronto se manifestó su llamativa necesidad de reposo en horas de la tarde, asociándosele al atardecer un estado similar al sueño seguido de una intensa excitación.

A principios de diciembre se presentó un estrabismo convergente. Un oculista lo explicó (erróneamente) como debido a una paresia de un abductor. El 11 de diciembre cayó en cama y quedó así hasta el 1º de abril.

En rápida sucesión se desarrollaron una serie de graves perturbaciones *aparentemente* nuevas del todo.

Cefalalgias posteriores izquierdas; un estrabismo convergente (diplopía) que se acentuaba llamativamente por la excitación; quejas de que las paredes de la habitación se le caían encima (afectación del oblicuo). Perturbaciones visuales difícilmente analizables; paresia de los músculos anteriores del cuello, de modo que finalmente la paciente podía mover la cabeza sólo si la llevaba hacia atrás y la apretaba entre los hombros levantados, moviendo a la vez todo el tronco. Contractura y anestesia del miembro superior derecho y después de un tiempo del miembro inferior derecho; ambos miembros en extensión completa, aducción y rotados hacia dentro; más tarde aparece la misma afección en el miembro inferior izquierdo, quedando sin embargo los dedos con alguna movilidad. En las articulaciones de los hombros tampoco había una

rigidez completa. El máximo de contractura afectó a los músculos de los brazos, como también, al ser investigada posteriormente la anestesia con mayor precisión, la región del codo mostró el mayor grado de insensibilidad. Al comienzo de la enfermedad el examen de la anestesia fue insuficiente debido a la resistencia de la paciente, la que surgía de sentimientos de angustia.

En este estado me hice cargo del tratamiento de la enferma y muy pronto pude convencerme de la existencia de la grave alteración psíquica que presentaba. Existían dos estados de conciencia totalmente separados que alternaban imprevista y frecuentemente y que se diferenciaron cada vez más agudamente a medida que transcurrió la enfermedad. En uno de ellos reconocía el ambiente, estaba triste y temerosa, pero relativamente normal; en el otro tenía alucinaciones, era "malcriada", es decir, insultaba, tiraba almohadas a las personas y cuando la contractura lo permitía, arrancaba con sus dedos ágiles los botones de las mantas y de la ropa, etc. Si durante esta fase algo había sido cambiado en la habitación o alguien entraba o salía, después se quejaba de que le faltaba un lapso y entonces se daba cuenta de la laguna durante las representaciones concientes. Dentro de lo posible se trataba de negarle esto y también de tranquilizarla cuando se quejaba de que se estaba enloqueciendo, y luego de arrojar almohadas, seguía con las quejas de todo el mal que se le hacía, del desorden en que se la dejaba, etc.

Las ausencias ya fueron observadas antes de quedar postrada en cama; se detenía en el curso de una conversación, repetía las últimas palabras para continuar después de un tiempo. Poco a poco la enfermedad adquirió las dimensiones relatadas y durante el acmé, cuando la contractura había tomado también el lado izquierdo, sólo durante un corto tiempo en el día se le podía encontrar medianamente normal. Pero las perturbaciones rebasaban a los momentos de conciencia relativamente clara; rápidos y extraños cambios de humor, una alegría muy transitoria, graves sentimientos de angustia, obstinada oposición contra todas las medidas terapéuticas, alucinaciones angustiantes de víboras negras que aparecían como sus cal)ellos, cordones o similares.

Simultáneamente se decía a sí misma que no era tan tonta como para no darse cuenta de que eran sus cabellos, etc. En momentos muy claros se que-

jaba de una profunda oscuridad en la cabeza como si no pudiera pensar y se volviera ciega y sorda, que tuviera dos “yoes”, el verdadero y uno malo que la compelia a la maldad, etc.

De tarde se mantenía en una somnolencia que duraba aproximadamente hasta una hora después de la puesta del sol, y luego despertaba, se quejaba de algo que la atormentaba o repetía siempre en el infinitivo, atormentar, atormentar.

Junto con el desarrollo de las contracturas, apareció una profunda desorganización funcional del lenguaje. Al principio se observó que le faltaban palabras, paulatinamente esto aumentó. Después su lenguaje perdió toda gramática, toda sintaxis, toda la conjugación de los verbos, y utilizaba finalmente y generalmente mal, infinitivos formados por un participio pretérito débil, sin artículo. En su evolución ulterior también le faltaban del todo las palabras, las buscaba trabajosamente entre cuatro o cinco idiomas y apenas se la podía entender. Cuando trataba de escribir, escribía (al principio, hasta que la contractura lo impidió totalmente) la misma jerga. Durante dos semanas existió un mutismo total con esfuerzos tensos y permanentes para hablar, no pudiendo emitir sonido alguno. Recién aquí apareció como claro el mecanismo psíquico de la perturbación. Yo sabía que se había ofendido mucho por algo, y que había decidido no hablar de ello. Cuando lo adiviné y la obligué a hablarlo, desapareció la inhibición que hasta ese momento había hecho imposible toda expresión.

Esto coincidió cronológicamente con el retorno de la motilidad de las extremidades izquierdas, marzo de 1881; la parafasia cedió pero ahora hablaba solamente en *inglés*, aparentemente sin saberlo; rezongaba a su enfermera, la que, naturalmente, no la comprendía; sólo varios meses más tarde logré convencerla de que estaba hablando en inglés. Pero ella aún comprendía a las personas que la rodeaban y que hablaban alemán. Solamente en momentos de gran angustia fallaba el lenguaje del todo, o mezclaba los más diversos idiomas. Durante las horas mejores y más libres hablaba francés o italiano. Entre estos momentos y aquellos otros en que hablaba inglés, existía una amnesia completa. También disminuyó su estrabismo, el que reaparecía

solamente en caso de fuerte excitación; también podía volver a sostener la cabeza. El 1º de abril, abandonó por primera vez la cama.

El 5 de abril muere su adorado padre, al que vio sólo rara y brevemente durante su enfermedad. Fue el traumatismo psíquico más grave que pudo sucederle. A una gran excitación, le siguió un profundo estupor de dos días de duración, del cual salió en un estado totalmente diferente. De pronto, estaba mucho más tranquila y el sentimiento de angustia había disminuido enormemente; la contractura del brazo y de la pierna derecha persistía, del mismo modo que la anestesia no muy profunda de estos miembros. Existía un alto grado de estrechamiento del campo visual. En un ramo de flores que la alegró mucho, veía sólo una flor por vez. Se quejaba de que no reconocía a las personas. Antes siempre había conocido las caras sin tener que hacer un esfuerzo deliberado para ello; ahora, en cambio, tenía que hacer un “recognizing work” muy penoso y decirse: la nariz es así, los pelos son así, por lo tanto éste es tal y éste es fulano de tal.

Todas las personas se volvieron figuras de cera, sin relación con ella. Le resultaba muy penosa la presencia de parientes cercanos y este “instinto negativo” creció continuamente. Cuando alguien a quien en otro momento hubiera visto con gusto entraba en su habitación, lo reconocía y estaba presente durante un breve lapso, después se sumergía nuevamente en sus rumiaciones y para ella la persona se borraba. Solamente a mí me conocía siempre cuando entraba, estaba siempre presente y alegre mientras hablaba con ella, con excepción de las ausencias alucinatorias que irrumpían súbitamente. Ahora hablaba sólo en inglés y no comprendía lo que se le decía en alemán. Todos los que la rodeaban tenían que hablar en inglés con ella, incluso su enfermera de alguna manera aprendió a *hacerse entender de este modo*. Sin embargo, leía en francés y en italiano; si debía leerlo en voz alta, lo leía con una fluidez asombrosa, rápidamente, como si se tratara de una excelente traducción al inglés a primera lectura.

Comenzó otra vez a escribir, pero de un modo muy peculiar; escribía con la habilidosa mano izquierda, pero en antiguas letras de imprenta, que había copiado de un alfabeto de su edición de Shakespeare.

Si antes apenas tomaba alimentos *en forma mínima*, ahora se negaba totalmente a comer, sin embargo se dejaba alimentar por mí de manera que su nutrición mejoró; lo único a que se negó siempre fue a comer pan. Luego de su comida nunca dejaba de lavarse la boca y lo hacía también cuando por alguna causa no había comido; signo de cuán ausente estaba cuando lo hacía.

La somnolencia de la tarde y el profundo sopor en la puesta del sol persistían. Si para ese momento había terminado de decir lo que quería decir (volveré con mayor precisión más adelante sobre este punto) estaba tranquila, alegre y lúcida.

Este estado relativamente soportable no perduró mucho. Aproximadamente diez días después de la muerte del padre se llamó a un consultante, al que ignoró absolutamente, como a todos los extraños, mientras le demostraba todas las peculiaridades que ella presentaba. "That's like an examination" decía riendo cuando le hice leer un texto francés en inglés. El médico extraño interrumpía, trataba de hacerse notar, pero inútilmente; era la auténtica "alucinación negativa" que desde entonces ha sido reproducida tantas veces en forma experimental. Sin embargo, finalmente logró romperla soplandole humo a la cara. De repente vio un extraño, se precipitó hacia la puerta para sacar la llave y cayó desmayada al piso; siguió a esto un breve ataque de cólera y luego un grave ataque de angustia que sólo pude calmar con gran trabajo. Por desgracia tuve que irme de viaje esa misma noche y cuando volví después de algunos días, encontré a la enferma muy empeorada. Durante todo este tiempo se había mantenido en ayunas, llena de sentimientos de angustia, sus ausencias alucinatorias estaban plenas de figuras de terror, calaveras y esqueletos. Ya que al vivenciar estas cosas parcialmente las dramatizaba hablando, los que la rodeaban conocían casi siempre el contenido de las alucinaciones. Somnolencia de tarde, profunda hipnosis a la puesta del sol, para la cual había encontrado el nombre técnico de "clouds" (nubes). Si durante este estado era capaz de narrar sus alucinaciones del día, despertaba lúcida, tranquila, alegre, se sentaba al trabajo, dibujaba o escribía durante toda la noche de una manera totalmente sensata. Hacia las cuatro se acostaba y a la mañana se repetía la misma escena que el día anterior. Era altamente llamativa la contradicción

entre la enferma del día, irresponsable, perseguida por alucinaciones, y la muchacha totalmente lúcida de la noche.

A pesar de esta euforia nocturna, su estado psíquico empeoraba cada vez más: aparecían impulsos suicidas intensos que hacían no recomendable seguir viviendo en un tercer piso. Por esta misma causa la paciente fue llevada, contra su voluntad, a una casa campestre en las proximidades de Viena (7 de junio de 1881). Nunca la amenacé con el alejamiento de la casa, lo que la horrorizaba, pero ella misma siempre lo había esperado y temido en silencio. En esta oportunidad nuevamente vi con claridad cómo los afectos angustiantes dominaban la perturbación psíquica.

Del mismo modo como *después de la muerte* del padre apareció un estado de tranquilidad, se tranquilizó también ahora, cuando lo temido ya había sucedido. Sin embargo el traslado fue seguido por tres días y sus noches sin dormir ni comer, pero llenos de intentos de suicidio (aunque no peligrosos) en el jardín, rotura de vidrios, etc., alucinaciones sin ausencia, las que se diferenciaban totalmente de las otras. Después se tranquilizó, aceptó ser alimentada por la enfermera e incluso tomaba cloral de noche.

Antes de referir la evolución ulterior debo volver una vez más y exponer una peculiaridad del caso que hasta ahora he rozado sólo en forma superficial.

Ya se ha observado que en toda la evolución hasta el momento, cada tarde la paciente caía en un estado de somnolencia que pasaba a un estado de sueño más profundo hacia la puesta del sol (clouds). (Es evidentemente plausible que esa periodicidad pueda ser derivada simplemente de las circunstancias de la atención de enfermería a la que fue obligada durante meses. De noche velaba al lado del enfermo o yacía escuchando llena de temor hasta la mañana, despierta en su cama; de tarde se acostaba a reposar durante un corto tiempo, tal como lo hace generalmente una enfermera, y este tipo de guardia nocturna y de sueño vespertino fue arrastrado después a su propia enfermedad y allí persistió, cuando en lugar del sueño ya se había instalado desde hacía tiempo un estado hipnótico.) Cuando su sopor había durado aproximadamente una hora, se volvía intranquila, se revolcaba en la cama y gritaba: “atormentar, atormentar”, siempre con los ojos cerrados. Por otro lado se

observó que en sus ausencias durante el día, evidentemente siempre creaba alguna situación o historia sobre cuya naturaleza informaba algunas palabras murmuradas. Mientras que la paciente se quejaba sobre el “atormentar”, primero casualmente, después intencionalmente, alguien que la rodeaba pronunciaba alguna de tales palabras claves; pronto engranó y comenzó a describir una situación o contar una historia, primero en forma entrecortada, en su jerga parafásica, pero más adelante en forma cada vez más fluida hasta que, finalmente, hablaba en un alemán totalmente correcto. (En el primer tiempo, antes de que cayera totalmente en el inglés.) Las historias, siempre tristes, eran en parte muy bonitas, en el estilo del libro “Figuras sin figuras” de Andersen y probablemente tomándolo como modelo; pero casi siempre el punto central o de salida de la situación era una muchacha temerosa sentada al lado de un enfermo; pero también otros temas eran elaborados. Algunos momentos después de haber completado su cuento se despertaba, aparentemente tranquila o, como ella lo llamaba, “gehäglich” (N. de T.: behaglich, Gehäglich sería la expresión en jerga parafásica de la palabra behaglich, que quiere decir confortable). De noche volvía nuevamente a estar intranquila y de mañana, después de un sueño de dos horas, estaba evidentemente en un ámbito de representaciones distinto. Si con la hipnosis de la tarde alguna vez no me podía contar la historia, faltaba la tranquilidad vespertina y al día siguiente tenía que contar dos para poder lograrla.

Lo esencial de la manifestación descrita, es decir, la acumulación y la condensación de sus ausencias hacia la auto-hipnosis vespertina, la efectividad de los productos fantásticos como estímulo psíquico y el alivio y supresión del estado de excitación mediante el hablar en la hipnosis, quedaron constantes durante un año y medio de observación.

Después de la muerte del padre las historias se hicieron, naturalmente, más trágicas, pero recién con la peoría de su estado psíquico que siguió a la irrupción forzada de su sonambulismo tal como se relató, sus narraciones vespertinas perdieron el carácter de una creación poética más o menos libre y se transformaron en una serie de alucinaciones terroríficas y angustiantes, que ya podían preverse durante el día por la conducta de la enferma. Pero ya he relatado cuán completamente se producía la liberación de su psiquis después

que, sacudida por el terror y la angustia, pudo reproducir todos estos cuadros y decirlos, contarlos.

En el campo, donde no podía visitar a la paciente diariamente, la situación se desarrollaba del siguiente modo: yo llegaba de noche, cuando la sabía en su estado hipnótico, y me hacía cargo de todas las reservas de fantasmas que se habían acumulado desde mi última visita. Esto tenía que suceder en forma total si se quería obtener un buen resultado. Entonces quedaba calma y al día siguiente estaba amable, obediente, laboriosa, incluso alegre; al segundo día, de más en más voluble, malhumorada, desagradable, lo que aumentaba al tercero. En este estado de ánimo no siempre resultaba fácil moverla a hablar ni aun bajo hipnosis; para este proceder había inventado un buen y serio nombre, "talking cure" y otro humorístico, "Cheemby - sweeping". Ella sabía que, después de haber hablado, perdería todo su mal humor y su "energía", y cuando hacía bastante tiempo que estaba de mal humor (después de una separación prolongada) se negaba a decir palabra, de tal modo que tenía que arrancárselas mediante insistencia, ruegos, y usando alguna artimaña tal como el repetir una estereotipada fórmula de iniciación a sus historias. Hablaba siempre recién después que una exploración detallada y cuidadosa de mis manos la había convencido de mi identidad. En las noches en que la calma por la conversación no se lograba, había que ayudarla con cloral. Lo había probado antes algunas veces, pero tuve que llegar a darle 5 grs. y el sueño fue precedido por un estado de ebriedad de varias horas, que era alegre durante mi presencia, pero que aparecía como un estado de excitación angustioso, altamente desagradable durante mi ausencia. (Incidentalmente observamos que este estado de severa ebriedad no modificaba en nada la contractura.) Pude evitar los narcóticos porque la conversación lograba por lo menos tranquilidad, cuando no sueño. Estando en el campo, las noches en las que no obtenía alivio por la hipnosis se hacían tan insoportables que hubo que recurrir al cloral, pero paulatinamente fue necesitando cada vez menos.

El sonambulismo persistente no retornó, persistió en cambio la alternancia de dos estados de conciencia. En medio de una conversación comenzaba a alucinar, se escapaba, trataba de subir a un árbol, etc. Si uno la retenía, después de un breve lapso empezaba a hablar, retomando la frase interrumpida,

sin recordar nada de lo que había pasado en el ínterin; pero después, en la hipnosis aparecían en su relato todas estas alucinaciones.

En general su estado mejoraba; la alimentación se hacía posible, dejaba que la enfermera le llevara la comida a la boca; únicamente pedía pan, pero lo rechazaba en cuanto tocaba sus labios, la paresia en contracción de su pierna mejoró llamativamente. También logró un juicio correcto y un gran apego hacia el médico que la visitaba, mi amigo el Dr. B.

Un perro que le había sido regalado y al que amaba apasionadamente fue de gran ayuda; era maravilloso observar cómo, en una oportunidad, cuando su preferido atacó a un gato, esta muchacha frágil con la mano izquierda tomó el látigo y con él castigó al enorme animal para salvar a su víctima.

Posteriormente atendía a algunos enfermos pobres, lo que le resultó muy útil. A mi regreso de un viaje de vacaciones de varias semanas obtuve la prueba más convincente del efecto patógeno excitante de los complejos representacionales producidos en las ausencias o “condition seconde”, y de la liquidación de aquellos a través del relato en la hipnosis. Durante este viaje no se había realizado ninguna “talking cure”, ya que no se la podía persuadir de confiarse a otro que no fuera yo, ni siquiera al Dr. B. al cual por días estaba tan cordialmente apegada. La encontré en tristes condiciones, desganada, perezosa, desobediente, voluble y muy mordaz. Durante los relatos vespertinos resultó que su yeta fantástico - poética aparentemente se estaba secando; se volvieron más y más una relación de sus alucinaciones y de lo que la había enojado en días anteriores; estos relatos estaban engarzados fantásticamente pero expresados solamente a través de fórmulas fantásticas estereotipadas y ya no elaboradas en poemas. Un estado tolerable se alcanzó sólo cuando hice venir a la paciente por una semana a la ciudad y le arranqué, noche tras noche, de tres a cinco historias. Cuando terminé con ellas, estaba elaborado todo lo que se había acumulado en las semanas de mi ausencia.

Sólo ahora se restituyó aquel ritmo de su estado psíquico en que, al día siguiente de un relato, aparecía amable y alegre, al segundo día un poco más irritable y desagradable, y al tercer día bastante “repugnante”. Su estado anímico estaba en función del tiempo transcurrido desde su último relato, por-

que todo producto espontáneo de su fantasía y cada acontecimiento percibido por la parte enferma de su psiquis, persistían como excitantes psíquicos todo el tiempo, hasta que era contado en la hipnosis, con lo cual también desaparecía totalmente su actividad.

Cuando la paciente, en otoño, volvió nuevamente a la ciudad (en una casa distinta a aquella en que enfermó), el estado era tolerable, tanto físico como mental, habiendo bastante pocas vivencias, en realidad sólo algunas más invasoras, que eran transformadas de manera patológica en estímulos psíquicos.

Esperaba una continua y creciente mejoría si, a través de una conversación regular, pudiera evitarse la carga persistente de su psiquis por nuevos estímulos. Pero muy pronto me sentí desilusionado; en diciembre empeoró llamativamente su estado psíquico, nuevamente estaba excitada, con desánimo, triste, irritable y apenas si tenía días “muy buenos”, aun cuando visiblemente no había nada demostrable, “atascado en ella”. A fines de diciembre, en tiempo de Navidad, estaba especialmente inquieta y, durante una semana entera, de noche, no contaba nada nuevo, sino sólo los fantasmas que había elaborado bajo el dominio de fuertes afectos de temor, día a día, durante las fiestas de 1880. Después de terminada la serie, gran alivio.

Había transcurrido ya un año desde que, separada del padre, había caído en cama, y de aquí en adelante se aclaró y sistematizó el estado de una manera muy peculiar.

Los dos estados de conciencia persistían alternándose siempre de modo que, desde la mañana y a medida que progresaba el día, las ausencias —es decir la aparición de la “condition seconde”— eran cada vez más frecuentes y de noche persistía sólo ésta; ambos estados diferían no como antes, en que sólo en uno de ellos (el primero) estaba normal y en el segundo estaba alienada, sino que en el primero vivía igual que nosotros, en invierno de 1881-82, y en el segundo estado, por el contrario, en el invierno de 1880 - 81, y todo lo ocurrido más tarde estaba completamente olvidado. Sólo la toma de conciencia de que el padre había muerto parecía persistir la mayoría de las veces. El

retroceso al año anterior fue tan intenso que en la casa nueva alucinaba la habitación de la otra y cuando quería ir hacia la puerta chocaba contra la estufa que estaba colocada, con respecto a la ventana, como la puerta en la casa vieja. El pasaje de un estado al otro se realizaba espontáneamente, pero podía ser también provocado con gran facilidad mediante alguna impresión sensorial que recordara vivamente al año anterior. Era suficiente presentarle una naranja (su alimentación principal durante los primeros tiempos de su enfermedad) para llevarla del año 1882 al año 1881. Este retroceso a un tiempo pasado no se realizaba de un modo general e incierto sino que vivía día por día el invierno pasado. Apenas hubiera podido presumir esto, si en la hipnosis vespertina no hubiera relatado diariamente lo que en 1881 ese mismo día la había excitado y si un diario secreto de la madre, del año 1881, no hubiera confirmado, como un juez incorruptible, en base a hechos incontrovertibles, la exactitud de estos acontecimientos. Este revivir el año pasado duró hasta la terminación definitiva de su enfermedad, en junio de 1882.

Al mismo tiempo era muy interesante ver cómo estos estímulos psíquicos resucitados del segundo estado también actuaban dentro del primero, más normal. Sucedió que la enferma me decía en la mañana, riéndose, que no sabía qué tenía, que estaba enojada conmigo; gracias al diario yo sabía de qué se trataba y sabía también lo que volvería a aparecer en la hipnosis de la noche: en esa noche de 1881 yo había enojado mucho a la paciente. O bien decía que algo pasaba con sus ojos, que veía mal los colores, que ella sabía que su vestido era marrón, pero que ella lo veía azul. Pronto se vio que todos los colores de las láminas de prueba eran diferenciados clara y correctamente y que la perturbación se daba sólo en el género de su vestido. La causa de ello era que, en aquellos días de 1881, había estado ocupada mucho con un robe de chambre de su padre, en el que había usado el mismo género, pero de color azul. Aparecía también, frecuentemente, una acción previa de este recuerdo, surgiendo la perturbación del estado normal con anterioridad, en tanto el recuerdo sólo despertaba paulatinamente para la condition seconde.

Si la hipnosis nocturna ya estaba lo suficientemente recargada por todo ello, ya que no sólo los fantasmas de producción reciente sino también las vivencias y las “vexations” (de 1881) debían ser habladas (los fantasmas de

1881 por suerte ya los había descargado o quitado en aquel momento), la suma de trabajo a realizar por paciente x' médico aumentaba enormemente por un tercer grupo de perturbaciones aisladas, que igualmente debían ser liquidadas y que eran los *acontecimientos psíquicos del periodo de incubación de la enfermedad* de julio hasta diciembre de 1880, los que habían provocado).a totalidad de los fenómenos histéricos y con cuyo relato los síntomas desaparecieron. Cuando una perturbación que ya había persistido durante un tiempo desapareció por primera vez en el curso de la hipnosis nocturna mediante un relato casual y no provocado, me encontré muy sorprendido. Fue en el verano, en una época de intenso calor y la paciente sufría mucho de sed ya que, sin poder dar una razón, súbitamente le fue imposible beber. Tomaba el ansiado vaso de agua en la mano, pero en cuanto lo tocaba con los labios lo rechazaba como un hidrofóbico. Mientras hacía esto, evidentemente estaba ausente por un par de segundos. Vivía de frutas, melones y similares, para poder disminuir la torturante sed. Esto duró aproximadamente seis semanas, hasta que una vez, en la hipnosis, empezó a rezongar sobre su acompañante inglesa a quien no quería, y después relató con todas las manifestaciones de repugnancia, cómo había ido hasta la habitación de la acompañante y como encontró allí que un pequeño perro —¡animal asqueroso!— había estado bebiendo de un vaso. No había dicho nada porque quería ser cortés. Después de haber dado enérgica expresión a éste, su enojo atascado, pidió de beber y bebió sin inhibición una gran cantidad de agua, despertando de la hipnosis con el vaso en los labios. Con ello la perturbación desapareció para siempre. Del mismo modo desaparecieron extraños caprichos muy tenaces, después que el acontecimiento que les dio origen fuera relatado. Pero un gran paso se dio cuando desapareció el primero de los síntomas permanentes, la contractura de la pierna derecha, aun cuando ésta ya antes había disminuido mucho.

A partir de estas experiencias, de que en esta enferma los fenómenos histéricos desaparecían en cuanto era reproducido en la hipnosis el acontecimiento provocador del síntoma, se desarrolló un procedimiento técnico-terapéutico que nada dejaba que desear en cuanto a consistencia lógica y aplicación sistemática. Cada síntoma aislado de este cuadro patológico enmarañado fue tomado individualmente; todos los acontecimientos en los cuales había aparecido fueron relatados en secuencia inversa, comenzando por el

tiempo en que la paciente caía en cama, retrocediendo hasta su aparición primera. Si ésta era relatada, el síntoma desaparecía para siempre.

De este modo, contracturas paralíticas y anestесias, las más diversas perturbaciones visuales y auditivas, neuralgias, tos, temblor y similares y finalmente también la perturbación del lenguaje, fueron “sacadas por el relato”. Todas las perturbaciones visuales, por ejemplo, fueron eliminadas individualmente: el estrabismo con diplopía; la desviación de ambos ojos hacia la derecha de tal modo que cuando su mano quiere agarrar algo, siempre yerra, desviándose hacia la izquierda; el estrechamiento del campo visual; la ambliopía central; la macropsia; la visión de una calavera en lugar del padre; la incapacidad de leer. Solamente algunos fenómenos aislados se escaparon a este análisis; aquellos que se desarrollaron mientras estaba en cama, tal como la extensión de la contracción parética hacia el lado izquierdo y aquellos que realmente no debían tener una causa psíquica directa.

Se comprobó como totalmente inútil pretender abreviar la cosa buscando directamente en su recuerdo para lograr la evocación de la motivación primera del síntoma. No la encontraba, se volvía confusa y se enlentecía aun más que cuando se procedía dejando tranquila y seguramente desenrollarse hacia atrás el hilo del recuerdo. Pero en vista de que esto, en la hipnosis de la noche, marchaba demasiado despacio, debido a que la enferma estaba sobreforzada y distraída por el “relato” de otras dos series de experiencias, y debido también a recuerdos que necesitaban tiempo para poder desenvolverse en toda su vivacidad, se desarrolló el siguiente procedimiento. La visitaba de mañana, la hipnotizaba (eran procedimientos hipnóticos muy simples hallados empíricamente) y bajo concentración de sus pensamientos le preguntaba entonces por el síntoma recién tratado y sobre las ocasiones en las que había aparecido. La paciente, en una rápida sucesión y con palabras claves, precisaba ahora las motivaciones externas y yo las anotaba. Luego en la hipnosis de la noche, apoyada por esta sucesión anotada, relataba bastante extensamente aquellos acontecimientos. Podemos traer un ejemplo de cuánto esmero ponía en esto, en todo sentido. Siempre sucedía que la paciente no oía cuando se le hablaba. Este no oír pasajero se podía desdoblar del siguiente modo:

- a) No oír, distraída, que alguien entraba; 108 casos individualmente detallados de ello, con indicación de las personas, de las circunstancias y frecuentemente de la fecha. La primera vez, no oír entrar al padre.

- b) No comprender cuando varias personas hablan; 27 veces. La primera vez, nuevamente el padre y un conocido.

- c) No oír, cuando estaba sola y se le hablaba directamente, 50 veces. Origen: que el padre se había dirigido a ella pidiendo vino sin resultado.

- d) Ensordecer al ser sacudida (en un coche o similar), 15 veces. Origen, que su hermano menor la sacudía cuando la sorprendía de noche, escuchando en la puerta de la habitación del enfermo.

- e) Ensordecer por el susto debido a un ruido, 37 veces. Origen: un ataque de asfixia del padre por atorarse.

- f) Ensordecer durante una profunda ausencia, 12 veces.

- g) Ensordecer por escuchar y espiar largamente, de modo que después, cuando se le hablaba, no oía, 54 veces.

Naturalmente, en gran parte todos estos procesos son idénticos, pudiendo retrotraerse a la distracción, la ausencia o al afecto del susto. Pero en el recuerdo de la paciente siempre aparecían tan claramente separados que ella, cuando a veces se equivocaba en la sucesión, debía corregirse restituyendo el orden correcto, puesto que de lo contrario el relato se atascaba. Los acontecimientos relatados eran de tan poco interés y significación y eran relatados con tanto detalle, que no cabía la sospecha de que fueran inventados. Muchos de estos acontecimientos, tales como vivencias puramente internas, escapaban a la verificación; otros o circunstancias acompañantes eran recordados por los que rodeaban a la enferma.

Aquí también sucedió lo que pudo observarse regularmente mientras un síntoma era “relatado”: éste aparecía siempre con intensidad aumentada mientras que era relatado. Así la paciente, durante el análisis del no oír, estaba tan

sorda que parcialmente tenía que hacerme comprender por escrito. Regularmente, la primera ocasión era algún sobresalto vivido durante el cuidado de su padre, o una omisión por parte de ella, o algo similar.

No siempre el recordar resultaba fácil y a veces la paciente tenía que hacer enormes esfuerzos. Así en una ocasión se atascaba el progreso durante un tiempo porque un recuerdo no quería aparecer. Se trataba aquí de una terrible alucinación de la enferma, quien veía a su padre, a quien cuidaba, como una calavera. Ella y el ambiente que la rodeaba recordaban que cuando aún aparecía con buena salud, hizo una visita a una pariente y al abrir la puerta, al mismo tiempo cayó desmayada. Para poder vencer este obstáculo volvió nuevamente allí y nuevamente volvió a caer inconciente al suelo al entrar. En la hipnosis nocturna el obstáculo apareció después como vencido; al entrar a la pieza vio su cara pálida en el espejo que colgaba frente a la puerta; pero no era a ella misma a quien vio, sino a su padre, como una calavera. Hemos observado frecuentemente que el temor ante un recuerdo, tal como sucede aquí, impide su aparición, y debe ser extraído a la fuerza por paciente o médico.

Lo que sigue mostraba la fuerza de la lógica interna de estos estados: la paciente, como ya se dijo, en este momento de la noche se encontraba siempre en su condition seconde, es decir en el año 1881. Una vez despertó en la noche y manifestó que nuevamente había sido sacada de la casa y entró en un grave estado de excitación que alarmé a todos. La causa era simple; en la noche anterior, debido a la "talking cure", había desaparecido su perturbación visual y ésta también para su condition seconde. Al despertar de noche se encontró en una habitación desconocida, puesto que la familia se había mudado en la primavera de 1881.

Estos acontecimientos bastante desagradables pudieron ser evitados al cerrarle yo (a su propio pedido) los ojos durante la noche, con la sugestión de que no podía abrirlos hasta tanto yo no se los abriera a la mañana siguiente. Sólo una vez se repitió el escándalo cuando la paciente había llorado en sueños y había despertado y abierto los ojos.

Dado que este trabajoso análisis de síntomas se refería a los meses de verano de 1880, durante los cuales se preparaba la enfermedad, obtuve una visión plena de la *incubación* y la *patogenia* de esta histeria, que ahora quiero exponer sólo brevemente.

En julio de 1880 en el campo, el padre de la paciente enfermó gravemente de un absceso subpleural; Anna se repartía con la madre el cuidado del enfermo; en una oportunidad velaba de noche, con gran temor por el enfermo, quien tenía mucha fiebre y estaba en gran tensión porque se esperaba un cirujano de Viena para la operación. La madre se había alejado por un rato y Anna estaba sentada en la cama del enfermo, con el brazo *derecho* colocado encima del respaldo de una silla. Cayó en un estado de ensoñación y vio cómo, desde la pared, una serpiente negra se acercaba al enfermo para morderlo. (Es muy probable que en el prado, detrás de la casa, realmente existieran algunas serpientes, de las cuales ya anteriormente se había asustado y que ahora se convertían en material de la alucinación.) Quería ahuyentar al animal, pero estaba paralizada; el brazo derecho que colgaba sobre el respaldo de la silla se había “dormido”, se había vuelto anestésico y patético y cuando lo *miraba*, se *transformaban los dedos en pequeñas serpientes con calaveras* (las uñas). Probablemente hizo tentativas de ahuyentar la serpiente con el brazo derecho paralítico y así la anestesia y la parálisis entraron en asociación con la alucinación de la serpiente. Cuando desapareció, en su angustia quería rezar, pero todo lenguaje fracasaba y no podía hablar ninguno, hasta que finalmente encontró un verso infantil en *inglés* y a partir de ese momento también podía pensar y rezar en ese idioma.

El silbido de la locomotora que traía al médico esperado interrumpió todo este embrujo. Cuando al día siguiente quiso sacar un aro de los arbustos en que había caído en el curso de un juego, una rama encorvada produjo nuevamente la alucinación de la serpiente, y al mismo tiempo el brazo derecho nuevamente se volvió rígidamente extendido. Esto se repetía siempre, toda vez que un objeto más o menos similar a una serpiente provocaba la alucinación. Pero tanto ésta como la contractura aparecían solamente durante breves ausencias que, a partir de aquella noche, se hicieron cada vez más frecuentes. (La contractura se estabilizó recién en diciembre, cuando la paciente, total-

mente quebrada, ya no podía abandonar la cama.) En una oportunidad que no encuentro anotada y por lo tanto no recuerdo, se asoció a la contractura del brazo la de la pierna derecha.

Ahora estaba creada la tendencia a las ausencias auto - hipnóticas. Al día siguiente a aquella noche en que esperaba al cirujano, se sumergió en tal ausencia que finalmente éste se encontraba en la habitación sin que ella lo hubiera oído entrar. El constante sentimiento de angustia le impedía comer y le produjo paulatinamente una repugnancia intensa. Pero todos los síntomas histéricos aislados aparecieron durante un estado de afecto. No es del todo claro si siempre aparecía una ausencia momentánea completa, pero es probable, porque la paciente en vigilia nada sabía de todas estas relaciones. Algunos de sus síntomas, sin embargo, no parecen haber emergido de sus ausencias, sino meramente en un estado afectivo durante la vigilia, pero se repetían después de la misma manera. Así las perturbaciones visuales en su totalidad fueron retrotraídas a ocasiones aisladas más o menos claramente determinantes, por ejemplo del tipo que la paciente, con lágrimas en los ojos, sentada al lado de la cama, de pronto era preguntada por el padre sobre qué hora era y veía de una manera borrosa, empero se esforzaba y traía el reloj cerca de sus ojos y entonces lo veía muy grande (macropsia y estrabismo convergente); o hacía esfuerzos por no lagrimear para que el paciente no la viera.

Una discusión en la que reprimió una respuesta le provocó un espasmo de glotis, que se repetía en cada ocasión similar.

El lenguaje fracasaba:

- a) por miedo, desde la primera alucinación nocturna;
- b) desde que en una oportunidad reprimió una exteriorización (inhibición activa);
- e) desde que en una oportunidad fue rezongada injustamente;
- d) en todas las oportunidades análogas (ofensas).

La tos apareció por primera vez cuando, durante el cuidado del enfermo,

desde la casa vecina se oyó músicaailable y el deseo creciente de estar allá despertó en ella auto - reproches; desde entonces reaccionó durante toda su enfermedad con una tos nerviosa a cada música fuertemente ritmada.

No lamento demasiado que lo incompleto de mis notas me haga imposible llevar hasta su motivación todos los síntomas histéricos. La paciente lo hacía con todos, y con una excepción que ya mencioné, cada síntoma desaparecía después del relato de la primera ocasión. De este modo se cerró toda la histeria; la enferma misma se había hecho el firme propósito de estar pronta al aniversario de su traslado al campo, por eso practicaba a principios de junio la “talking cure” con grande y excitada energía. El último día, con la ayuda de arreglar la habitación de tal modo que se pareciera a la habitación del padre enfermo reprodujo la alucinación angustiante que ya mencioné y que constituía la raíz de toda la enfermedad y durante la cual sólo había podido pensar y rezar en inglés. Inmediatamente habló alemán y ahora estaba libre de todas aquellas innumerables perturbaciones aisladas que había presentado anteriormente (*)

Después abandonó Viena para hacer un viaje, pero necesitó aún mucho tiempo hasta lograr su equilibrio psíquico total; desde entonces goza de completa salud.

Aun cuando he eliminado muchos detalles no carentes de interés, la historia clínica de Anna O. se ha hecho más voluminosa de lo que merecería una enfermedad histérica que en sí misma no era de carácter inusual, pero la exposición del caso fue imposible sin entrar en detalles y las peculiaridades del mismo me parecen de cierta importancia, lo que podría disculpar este extenso relato. Los huevos de equinodermo no son tan importantes para la embriología,

* [Manifiesta *j. Strachey* que en este lugar Freud le dijo a él mismo, señalando con el dedo una copia abierta del libro. que había un hiato en el texto. Lo que tenía en mente, y paso a describir, fue el acontecimiento que marcó el fin del tratamiento de Anna O. Hizo breves alusiones a ello al comienzo de su “Historia del movimiento psicoanalítico” 1914), donde habló, como desde el punto de vista de Breuer, “como un enojoso acontecimiento”, y en el capítulo II de Su “Estudio autobiográfico” (1925). Toda la historia es relatada por Ernest Jones en su “Vida de Freud” (1953), y es suficiente decir aquí que cuando el tratamiento había llegado aparentemente a una finalización desastrosa, la naciente bruscamente manifestó hacia Breuer la presencia de una fuerte transferencia positiva no analizada, de naturaleza inequívocamente sexual. Freud cree que fue este acontecimiento que hizo que Breuer se abstuviera de la publicación de este historial durante tantos años, y que condujo finalmente al abandono de toda ulterior colaboración con las investigaciones de Freud.] [T.]

porque los espinos de mar sean animales particularmente interesantes, sino porque su protoplasma es transparente y de lo que se puede ver en ellos puede concluirse lo que sucede en huevos con plasma opaco.

El interés de este caso está justamente en la amplia transparencia y explicabilidad de su patogenia.

Como predisponentes para la enfermedad histérica encontramos en esta muchacha, aun completamente sana, dos particularidades psíquicas:

- 1) Un exceso de motilidad y energía psíquica sin utilizar debido a la vida familiar monótona, sin el correspondiente trabajo psíquico, el que encuentra su descarga en constantes actividades de la fantasía, lo cual lleva a
- 2) La ensoñación diurna habitual (“teatro privado”) que constituye el fundamento de la disociación de la personalidad psíquica. De todos modos ésta también permanece aún dentro de los límites de lo normal; la rêverie, igual que la meditación durante una ocupación más o menos mecánica, no condiciona de por sí una escisión patológica de la conciencia, porque cada perturbación, cada interrupción por ejemplo, vuelve a recrear la unidad normal de la misma, probablemente también porque no está presente la amnesia. Pero en Anna O. se creó el terreno, fijándose del modo relatado los afectos de angustia y expectación, una vez que la ensoñación habitual se había transformado en una ausencia alucinatoria. Extraña cuán completamente aparecen ya los rasgos principales en estas primeras manifestaciones de la enfermedad, los cuales permanecen después constantes durante casi dos años: la existencia de un segundo estado de conciencia que se organiza primeramente como una ausencia transitoria y posteriormente como una double conscience. La inhibición del lenguaje, condicionada también por el afecto de la angustia, con la casual descarga a través de un verso infantil inglés; posteriormente la parafasia y pérdida del idioma materno, el que es sustituido por un excelente inglés; finalmente, la parálisis por compresión casual del brazo derecho que posteriormente se desarrolla hacia una contracción parálitica y anestesia derechas. El mecanismo originario de esta última afección se corresponde totalmente a la teoría de Charcot de la histeria traumática: estado hipnótico en el que se produce un trauma leve.

Así como las parálisis histéricas experimentales provocadas por Charcot en sus enfermos se estabilizaban rápidamente, y aquellas provocadas por un traumatismo de sobresalto grave de las neurosis traumáticas, se presentaban prontamente, el sistema nervioso de esta joven muchacha, por el contrario, ofrecía aún después de 4 meses una resistencia exitosa. La contractura, como las otras perturbaciones que paulatinamente se le asociaban, aparecían sólo en las ausencias momentáneas en su "condition seconde" y durante el estado normal dejaban a la paciente en plena posesión de su cuerpo y de sus sentidos; de tal modo que ni ella ni los que la rodeaban se daban cuenta, ya que su atención estaba concentrada, ciertamente, en el padre gravemente enfermo y desviada por lo tanto de Anna.

Sin embargo, desde aquella primera auto-hipnosis alucinatoria comenzaron a acumularse las ausencias con amnesia total y los fenómenos histéricos acompañantes, empezaron a multiplicarse las ocasiones para la formación de tales nuevos síntomas y se afirmaron los ya formados a través de la repetición frecuente. A ello se asoció el que, paulatinamente, cada emoción súbita y penosa actuaba de la misma manera que la ausencia (a menos que ellas causaran realmente una ausencia momentánea); coincidencias casuales creaban asociaciones patológicas y perturbaciones sensoriales o motoras que, de aquí en adelante, siempre reaparecían con el afecto. Pero por ahora siempre momentáneamente, transitoriamente; antes de que la paciente cayera en cama ya había desarrollado toda la gran colección de fenómenos histéricos, sin que alguien lo supiera. Sólo cuando la enferma, debilitada al extremo por la inanición, el insomnio y la angustia constante, quedó quebrada, cuando se encontraba durante más tiempo en la condition seconde que en el estado normal, los fenómenos histéricos también se extendieron a este último y se transformaron, de manifestaciones que aparecían en forma de crisis, en síntomas permanentes.

Debe plantearse ahora la pregunta de hasta dónde los datos de la enferma son dignos de confianza y los fenómenos realmente hayan tenido la motivación o el modo de aparición descrito por ella. En lo que se refiere a los procesos básicos y más importantes, la confiabilidad de su relato queda, para mí, fuera de discusión. En cuanto a la desaparición de los síntomas después de haber

sido “desrelatados”, no puedo darlo como prueba puesto que esto podría explicarse simplemente por sugestión. Pero siempre he encontrado a la paciente veraz y digna de confianza. Las cosas que relataba se relacionaban estrechamente con lo que era más sagrado para ella; todo lo que era accesible al control por otras personas se confirmó totalmente: ni siquiera la muchacha más talentosa hubiera sido capaz de construir un sistema de datos que poseyera una lógica interna tan grande como la historia del desarrollo de su enfermedad aquí expuesta. Pero de antemano no puede descartarse que, justamente en lo consecuente de esta lógica, a algún síntoma no se haya atribuido (con la mejor buena fe) una motivación que en realidad no tuvo, pero tampoco considero acertada esta presunción; justamente, la falta de significación de muchas motivaciones, lo irracional de tantas correlaciones, habla a favor de su realidad.

A la paciente le resultaba incomprendible por qué la músicaailable la hacía toser. Para una construcción premeditada es demasiado carente de sentido; yo, sin embargo, podía pensar que cada escrúpulo de conciencia le provocaba notoriamente espasmo de glotis y los impulsos motores que experimentaba esta muchacha, que gustaba mucho de bailar, transformaban este espasmo en una tos nerviosa. Considero, por lo tanto, los datos de la enferma como totalmente confiables y dignos de fe.

¿Hasta qué punto se justifica entonces la presunción de que también en otros enfermos el desarrollo de la histeria sea análogo, que también allí se provoque algo parecido donde no se organiza claramente una condition seconde? Quisiera señalar que toda esta historia del desarrollo de la enfermedad también hubiera quedado totalmente desconocida en nuestra paciente, tanto para ella como para el médico, si no hubiera tenido la peculiaridad de recordar en la hipnosis del modo relatado y de poder contar lo recordado. En la vigilia nada sabía de todo esto. Tal como se da en los otros, esto no puede extraerse nunca del examen clínico de la persona vigil ya que ella, con la mejor voluntad, no puede dar información alguna. Y ya he señalado más arriba cuán poco podían observar los que la rodeaban de todo este proceder. El modo según el cual sucede en otros enfermos sólo puede ser reconocido mediante un procedimiento similar, como en Anna O. lo hizo posible la auto-hipnosis. Al

principio se justificaba apenas la presunción de que procesos similares deberían ser más frecuentes de lo que permitía hacer suponer nuestro desconocimiento del mecanismo patógeno.

Cuando la enferma cayó en cama y su conciencia constantemente osciló entre el estado normal y el “segundo”, el ejército de síntomas histéricos aparecidos aisladamente o hasta ese momento latentes se hizo manifiesto como síntomas duraderos, y se asoció al mismo un grupo de manifestaciones que parecen tener otro origen, la parálisis con contractura de las extremidades izquierdas y la paresia de los elevadores de la cabeza. Lo separo de los otros fenómenos porque éstos, una vez que hubieron desaparecido, no volvían a aparecer jamás, ni en ataques ni insinuándose, ni siquiera en la fase final y de curación en la que todos los otros síntomas, después de un sueño más o menos prolongado, volvieron a resucitar. Correspondiendo a ello, no aparecían nunca en el análisis hipnótico y no pudieron ser retrotraídos a acontecimientos afectivos o fantásticos. Quisiera creer, por lo tanto, que su existencia no obedece al mismo proceso psíquico que los otros síntomas, sino a la extensión secundaria de aquel estado desconocido que es la base somática de los Fenómenos histéricos.

Durante toda la evolución de la enfermedad persistieron dos estados de conciencia, uno al lado del otro. El primario, en el cual la paciente estaba psíquicamente del todo normal, y el “segundo” estado, que podemos comparar con el de ensueño, de acuerdo con su riqueza en fantasmas, alucinaciones, grandes lagunas de recuerdos y carencia de inhibición de control de las ocurrencias. En este segundo estado la paciente estaba alienada.

El hecho de que el estado mental de la enferma dependía enteramente de la intrusión de este estado segundo en el normal, parece ofrecerme una buena visión de la esencia de por lo menos un tipo de psicosis histérica. Cada hipnosis nocturna ofrecía la prueba de que la enferma estaba totalmente lúcida, ordenada y normal en sus percepciones y voluntad, mientras ningún producto del estado segundo actuaba como estímulo “en el inconciente”; (*) la psicosis

* [Según J. Strachey, esto parece ser la primera aparición publicada del término “das Unbewusste” (“lo inconciente), en lo que habría de ser su sentido psicoanalítico. Fue usado, por supuesto,

que aparecía siempre en cada pausa de este procedimiento de des-carga, demostraba en qué medida estos productos influían los procesos psíquicos del estado “normal”. Es difícil evitar el decir que la paciente se había desdoblado en dos personalidades, de las cuales una psíquicamente normal y la otra psíquicamente enferma.

Creo que la neta separación de ambos estados en nuestra enferma sólo muestra más claramente un comportamiento que también en muchos otros histéricos resulta una incógnita; en el caso Anna O. era particularmente llamativo cómo los productos de este “Yo malo” —como la enferma misma lo llamaba— afectaban su hábito moral. Si no hubiera podido eliminarse sistemáticamente, se hubiera tenido aquí una histeria de tipo maligno, rebelde, indolente, o poco amable, maliciosa; mientras que así, después del alejamiento de estos estímulos, siempre reaparecía su verdadero carácter, que era todo lo opuesto.

Pero aun mientras ambos estaban tan agudamente separados, no solamente penetraba el “segundo estado” en el primero sino —como la paciente lo expresaba con cierta frecuencia incluso en estados muy graves— en algún rincón de su cerebro se encontraba un observador agudo y tranquilo que actuaba como espectador de todas estas cosas locas. Esta persistencia de un pensamiento lúcido durante todo el predominio de la psicosis logró una expresión muy particular. Cuando la paciente, después de la terminación de los fenómenos histéricos, cayó en una depresión transitoria, emitió entre otros temores y auto-acusaciones infantiles también aquella de que no fue realmente enferma sino que solamente lo había simulado. Observaciones similares como sabemos, se han hecho reiteradamente. Cuando después del curso de la enfermedad ambos estados de conciencia vuelven a reunirse, los pacientes se ven, al mirar hacia atrás, como una personalidad no dividida que sabía de todas estas insensateces y piensan que hubieran podido impedirlo si hubiesen que-

previamente por otros escritores, particularmente por filósofos (por ej. Hartmann, 1869). El hecho de que Breuer lo ponga entre comillas puede indicar posiblemente que lo atribuye a Freud. La forma adjetiva “unbewusst” (inconciente), había sido usada algunos años antes en un manuscrito no publicado, redactado en noviembre de 1892, conjuntamente por Breuer y Freud. Freud usó el término “le subconscient”, en un trabajo francés, sobre parálisis motoras, y usa “unterbewusst” (subconciente), tal como lo hace Breuer mucho más frecuentemente. Más tarde, por supuesto, Freud objetó el empleo de este último término, por ej., en su trabajo sobre “El inconciente”, 1915.] [T.]

rido; por lo tanto, todas esas insensateces habrían sido realizadas premeditadamente o intencionalmente. La persistencia del pensamiento normal durante el estado segundo debe, por otra parte, haber oscilado mucho, enormemente y, *en su mayor parte* no estaba presente.

Ya he relatado el hecho asombroso de que desde el comienzo hasta el fin de su enfermedad, todos los estímulos y sus consecuencias surgidos en el estado segundo eran duraderamente eliminados por ser relatados durante la hipnosis, y no puedo agregar más que la aseveración de que no fue un invento que impuse a la paciente por sugestión, sino que *me sorprendí en extremo*, y sólo cuando una serio A₀ remociones espontáneas tuvo lugar desarrollé de ello una técnica terapéutica.

La curación final de la histeria merece aún algunas palabras. Se produjo en forma relatada halo evidente intranquilidad de la enferma y peoría de su estado psíquico. Yo tenía la impresión de que los numerosos productos del segundo estado que habían permanecido quietos forzaban su entrada a la conciencia, eran recordados, aunque por de pronto sólo en la "condition seconde", pero recargaban y perturbaban el estado normal. Queda por verse si no se encontraría el mismo origen en otros casos de histeria crónica que terminan en psicosis.

Traducido del alemán por Tomás Bedó e Irene Maggi de García Rocco

Recibido el 30.III.75.