

Hoy por hoy es necesario justificar cada vuelta a los orígenes. No por desusadas, sino por demasiado frecuentes —la moda es “retro”. Y más aún si no se pretende hacer arqueología y se propone como origen un texto tan primitivo como los “Estudios”.

Hablar de los orígenes es un hablar ambiguo.

¿Originariedad u originalidad? ¿El cero o el momento del encuentro con algo? Puede hacerse una vuelta a los orígenes pensando sorprender al sistema en el preciso momento de su concepción, todavía puro en la cabeza de su gestor, pensando apresararlo tal cual fue para sí mismo, o puede intentarse una recuperación de lo original, una postura y lo tenido en vista por ella, rescatar “lo que se hacía” y mostrar cómo al mismo tiempo se va “haciendo” el pensamiento, la teoría que comprende poco o mucho lo primero, lo que se hace.

Es ambiguo además porque promueve la pregunta por cuál origen. Ocurre que todo desarrollo se propone a sí mismo su origen y resulta haber tantos como retornos se emprenden. Es que cada uno recupera un fundamento para su propia justificación. Este movimiento hace que el origen procurado sea primero sólo en cuanto cronología pero segundo en cuanto sentido, y hace que lo que contiene y anuncia sólo llega a su revelación en el punto desde el cual se emprende el movimiento de retorno, que es así un re-encuentro consigo.

Este número propone buscar la originalidad en tres instancias. En Breuer, en sus dos textos (hasta ahora inéditas en español). En el intento de situar los “Estudios” en el pensamiento de su época y entre los avatares de la relación entre Freud y Breuer. Y en el esbozo de un Freud debatiéndose en las vicisitudes de sus tratos, de sus tratamientos, anudado en el drama de la alteridad, haciendo el pasaje del conflicto entre Breuer y Freud al conflicto

entre Freud y Freud.

A PROPOSITO DE

LA CONTRIBUCION

DE JOSEF BREUER

A LOS

“ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA”

por

Tomás Bedó e Irene Maggi de García Rocco

“Se descubrió, un día, que los síntomas patológicos de determinados sujetos nerviosos poseían un sentido, descubrimiento que constituyó la base y el punto de partida del tratamiento psicoanalítico”. (1) Y al pie de esa página Freud agrega: “Josef Breuer, en los años 1880 a 82”. En el prefacio de la segunda edición de los “Estudios sobre la histeria” nos dice: “[. . .] a quien se interese por la evolución que condujo de la catarsis al psicoanálisis, no podría darle mejor consejo que el de comenzar con los «Estudios sobre la histeria», recorriendo así el mismo camino que yo hube de seguir”. (2)

De la catarsis al psicoanálisis... Los síntomas poseían un sentido... El camino que yo mismo hube de seguir.

Pero seguir el mismo camino, desde el primer momento nos pareció difícil y espinoso, lleno de dudas e interrogantes. Al presentar ahora la versión castellana de los dos capítulos de los “Estudios” pertenecientes exclusivamente a Breuer, nos pareció que debíamos hacerla preceder por los planteamientos que nos

hemos hecho y cómo intentamos respondernos a algunas de dichas interrogantes.

A lo largo de toda la obra de Freud reaparece siempre su insistencia sobre la importancia de Breuer en la génesis y origen del psicoanálisis. A medida que Freud evoluciona, se va alejando cada vez más de sus presuntos orígenes, entre ellos Breuer y la catarsis, y sin embargo la postura de Freud sigue incambiada. Creemos que esta aparente discordancia obedece sobre todo a nuestra propia distorsión de la óptica con la que asistimos al desarrollo de los hechos. Para seguir su consejo y andar por los caminos que él hubo de seguir, no podemos hacerlo con una visión que pretende comprender integralmente un proceso que se dio en otra época, con una mira, actual, bastante diferente. Por de pronto no rectificamos un error al que, sin embargo, nos referimos de continuo: en nuestro fuero interno “creemos” que Freud es un fenómeno que se dio “ex nihilo”, autónomo de todo un conjunto de circunstancias de la más diversa especie que debieron ejercer una profunda influencia sobre él. Además, sin previa crítica, de alguna manera suponemos que él debe haberse servido de los mismos supuestos básicos que nosotros.

A propósito de este punto, en un trabajo anterior, se hacía esta referencia respecto al “culto de los héroes”: “Un personaje es tomado como punto central de la perspectiva y toda la historia es percibida a partir de ese plinto. El personaje central es calificado de «genio». Todos aquellos que vienen antes de él de «precursores» y todos aquellos que vienen después de «discípulos» (a menos que sean malvados, traidores o apóstatas). Tal visión vuelve de golpe imposible toda evaluación objetiva de los hechos, de las ideas y de las personalidades, entraña numerosas escotomizaciones y así, graves errores de perspectiva. Esta es la vía hacia la formación de leyendas, que sólo oscurecen nuestro conocimiento y nuestra comprensión”. (3)

Para nosotros, rescatar a Breuer también tuvo otro sentido, y esto ocurre en la medida que nos rescatamos también nosotros en nuestro camino hacia el psicoanálisis, al de nuestra identidad. La búsqueda sobre los orígenes también es nuestra búsqueda, estamos incluidos.

La situación de Breuer en este suceder es particularmente notable, no solamente porque representa la fuente de inspiración inmediata o más manifiesta de Freud, sino también por materializarse en su figura muy claramente dos facetas de una antítesis que al parecer nunca pudo superar, y con la que el propio Freud luchó por sintetizar durante el resto de su vida. Su postura y fuentes de inspiración, profundamente impregnadas del romanticismo por una parte y por otra la conceptualización positivista de sus maestros vieneses y berlineses.

Investigación o terapia, impone la necesidad de esquemas referenciales e implícitos ideológicos. El “espíritu de la época” penetra con todo un conjunto de supuestos, con frecuencia no muy claramente explicitados, hasta la más simple descripción de un hecho; son verdaderas estructuras del pensamiento que obedecen a todo un cuerpo de condicionantes sociales, culturales, científicas, etc., de un momento histórico dado. Destacar esto parece ocioso, pero estamos tan impregnados de posturas “a priori” que seguimos adheridos a la concepción del investigador con la mente en blanco. Esta misma concepción del investigador colocado fuera de su mundo, parece ser la que nos exime de la necesidad de que, para comprenderlo, resulta imprescindible tratar de vivir en su *mundo* o por lo menos conocer algo del aire que respiraba. Hacer psicología y una concepción del hombre, van indisolublemente ligadas.

No es la necesidad humana sola, factor suficiente para precipitar los des-

cubrimientos. Entre los otros están el etos que busca la satisfacción de las necesidades, la acumulación de conocimiento técnico y científico que proporcione las bases para la innovación, elementos económicos que la propulsan y gratificaciones diversas, psíquicas y materiales, para el científico.

A título de ejemplo: Merton (4) establece las relaciones entre el puritanismo y la revolución científica inglesa del siglo XVII. De acuerdo con su planteo la época puritana requería un estudio científico de la naturaleza para mayor gloria del Señor y de su obra, y porque los adelantos en el bienestar social —el bien de muchos— son un fin deseable. Otros por supuesto niegan que el espíritu científico moderno sea hijo del ascetismo puritano, pero no la influencia de los factores socioculturales, sustituyendo meramente un conjunto de factores por otros. Así L. S. Feuer (5) manifiesta que el movimiento científico reposa en emociones que surgieron de una ética hedonista-libertaria no confinada a una Inglaterra del siglo XVII, sino que podía encontrarse también en la Venecia católica, en la China de Confucio y en la antigua Mesopotamia. Del mismo modo podrían establecerse los incentivos fundamentales determinados por los factores económicos y políticos.

Debido a la similitud de problemas, la difusión de conocimientos y potencialidades universales de la mente humana, no resulta sorprendente que muchos descubridores hayan llegado al mismo tiempo a soluciones iguales o similares. A veces son equivalentes funcionales, realizando la misma tarea por procedimientos ligeramente diferentes, o son idénticos.

Esto sería un ejemplo más del determinismo científico, es decir que el desarrollo aparece casi inevitablemente en forma independiente del factor de] genio personal. Así, que Darwin y Wallace descubrieran simultáneamente la

selección natural, sería la explicación inevitable para las *mutaciones* evolutivas de las especies. Lo mismo pasa con Newton y Leibniz con respecto al cálculo.

La razón para esta aparición del determinismo y de la inevitabilidad es que ciertas precondiciones deben ser cumplidas antes de que ciertos descubrimientos científicos puedan tener lugar. Algunas de ellas son mecánicas; por ej. hubiera sido difícil postular la existencia de la amiba antes del invento del microscopio. Pero básicas son las condiciones intelectuales, y además una comunidad científica preparada para aceptar el nuevo descubrimiento. Son los paradigmas de la ciencia de Kuhn (6), que es el encuadre intelectual dentro del cual la mayoría de los científicos piensan y trabajan en determinado momento. Este incluye la estructura teórica y las preconcepciones científicas establecidas en ese momento (véase por ej. la concepción geocéntrica de Tolomeo). Cuando tal paradigma cambia, el resultado es una evolución científica. Los pensadores tienden a resistir los cambios en el paradigma prevalente, no porque se opongan al descubrimiento, sino porque les resulta difícil destruir el encuadre familiar a sus ideas. Cada paradigma contiene ciertas anomalías, hechos que no caben en las preconcepciones establecidas. Una revolución científica proporciona un nuevo paradigma que da cuenta de las anomalías, pero a su vez produce otras propias.

En el siglo XIX se pensaba que los descubrimientos científicos se realizaban a través de la aplicación del “método científico” caracterizado ya desde Bacon por la experimentación, observación y generalización, configurando así el método inductivo, o por medio del método deductivo, empleado especialmente en las matemáticas. El método científico parecía simple, capaz de ser aplicado por cualquiera y que inevitablemente producía resultados positivos.

Pero resulta que en el caso de las grandes síntesis unitarias, la idea de la

inevitabilidad o de la naturaleza determinista del descubrimiento se vuelve más débil, porque las grandes teorías participan también de la naturaleza de las grandes creaciones del arte.

Así no sorprende que la teoría del “gran hombre” se haya insinuado para explicar el descubrimiento científico. El hombre es un adorador de héroes y busca grandes hombres a quienes atribuir ideas. Además los nombres proporcionan asideros y sobrenombres de envoltura para poder pensar, hablar o escribir.

De este modo las explicaciones tienden a polarizarse en derredor de la escuela determinista o de la teoría del genio que reclama la inspiración individual. Resulta bastante claro que ambas tienen validez no se excluyen mutuamente. Quizás los orígenes del psicoanálisis representan una situación en la que más patentemente ha podido comprobarse este aserto.

En otro lugar (7) hemos señalado la aparente falta de coherencia metodológica y cronológica en los primeros pasos de la técnica. Ello obedece probablemente a los mismos factores que en muchos terrenos nos hacen sentir tan particularmente “desordenados y confundidos” en la comprensión del pensamiento del siglo XIX con esta colisión de fuerzas que preceden y acompañan los balbuceos del psicoanálisis, que en realidad se va plasmando a través de un interjuego de fuerzas que muchas veces aparecen como contradictorias y no pocas como incongruentes para algún espíritu metódico que pretendiera poner “orden”.

Se destaca ante todo esa necesidad del “retorno a las madres”, como un deseo de conocer “en su esencia”, sentimiento profundo de “Einführung” (su traducción más aproximada sería “empatía”, pero con una connotación más

activa), como un ansia de penetrar en la naturaleza y de descubrir las verdaderas relaciones del hombre con ella, como por ejemplo el ritmo y la periodicidad en el ser humano y sus homólogos en la naturaleza. Por supuesto que estas inquietudes avivan el interés por lo secreto, lo secreto de los fundamentos, que al fin también serán los del propio espíritu, llevando a interrogar las intimidades más recónditas de la vida emocional. El romanticismo, en consecuencia, va a interrogar con insistencia cada vez mayor lo inconciente, los sueños, la locura, el destino. Igualmente los mitos y los símbolos adquieren status de realidades y fuerzas dignas de ser tomadas muy en serio y no solamente abstracciones y errores. Esta necesidad de enfocar toda la existencia desde sus orígenes, convierte a la vida en un proceso de despliegue, que a través de etapas sucesivas, será llevado a lo que más adelante habrá de llamarse “individuación”. La “Einführung” no conoce fronteras, se interesa en otras culturas, llegando a traducciones asombrosamente perfectas, al punto que la traducción de Schlegel y Tieck de las obras de Shakespeare hacen de éste un poeta nacional alemán.

“Un hombre libre debería ser capaz de adaptarse a voluntad, filosófica y filológicamente, crítica poéticamente, histórica o retóricamente, a lo antiguo o a lo moderno del mismo modo como uno afina un instrumento en cualquier momento y a cualquier tono” decía Schlegel, y Novalis por su parte: “La persona perfecta debe vivir igualmente en varios lugares y varios pueblos”. El romántico exalta la noción de individuo, su unicidad y originalidad, el hombre que podría empatizar con la naturaleza y con otros hombres, con una rica vida interna, con la convicción en el poder de la inspiración, intuición y espontaneidad.

La “ley de las polaridades” es uno de los principios filosóficos románticos que más influencia ha tenido sobre las teorías psicológicas de la época. Día y noche, fuerza y materia, sujeto y objeto, vida y muerte, activo y pasivo. Con los conceptos primordiales como el Andrógino de Platón: la búsqueda eterna del hombre y de la mujer en volver a reunirse. El hombre como ser enraizado en la vida invisible del universo, descubre la noción básica de inconciente. Es difícil encontrar un filósofo o un poeta romántico que no haya expresado sus ideas sobre los sueños. Estos fenómenos primordiales hacen comprensible a Edipo, no en su eventual realidad, sino en su vínculo con la cultura y la psicología del individuo.

El romanticismo y la “Naturphilosophie” parecen haberse extinguido casi totalmente hacia 1850, pero a uno de sus representantes tardíos es necesario destacar con especial énfasis: Fechner. Es a su través como el pensamiento psicológico se enriquece de conceptos como el de energía mental, los principios de placer y displacer, el principio de constancia y el de repetición.

El afán de hacer resurgir los ideales del racionalismo del siglo XVIII y de la Ilustración por un lado, y de llevar el romanticismo hacia la extinción, hace reflorar a mediados del siglo XIX en Europa una línea de pensamiento, que se

inicia sobre todo en Francia e Inglaterra: el positivismo. Dado la ambigüedad del término, usado con sentidos diversos, convendría aclarar que se hace referencia a su acepción más amplia, que puede ser aplicada a cualquier sistema que se limite a los datos de la experiencia y excluya a priori especulaciones metafísicas, teniendo sin embargo cuidado de no confundirlo con el empirismo. En general sostiene que los problemas metafísicos y teológicos se presentan, pero no pueden ser contestados por los métodos que el hombre dispone. Comprensiblemente el positivismo enfatiza los logros de la ciencia, pero surgen cuestiones dentro de éstas que no pueden ser contestadas por métodos experimentales.

El positivismo es por un lado la consecuencia inevitable de la necesidad del hombre de encuadrar de algún modo el rápido avance de las ciencias naturales y, por otro, al decir de los benthamianos, la urgencia de combatir lo que se dio en llamar la “locura metafísica alemana”. Con el positivismo rebrotan en toda su magnitud los enfoques materialistas, es decir los puntos de vista (incluyendo todos los hechos sobre la mente y voluntad humanas y el curso de la historia) de la dependencia causal de procesos físicos o incluso su reductibilidad a ellos. Todas las filosofías materialistas destacan que lo que llamamos acontecimientos mentales son ciertos acontecimientos físicos complicados, que los procesos mentales son enteramente determinados por procesos físicos, que el hombre elige determinado por procesos corporales y siguiendo causas corporales, que los procesos mentales y físicos son dos aspectos de lo que sucede al mismo tiempo en el plano mental y corporal, que los pensamientos y deseos humanos influyen sobre sus vidas individuales, pero que el curso de la historia está determinado por la interacción de las masas de hombres y de cosas materiales, predictibles, sin referencia a procesos “superiores” del pensamiento y de la voluntad. Así se opone al dualismo o al idealismo filosófico y en general a la creencia en Dios, en el libre albedrío y ciertas filosofías introspectivas. Sin

embargo, ninguno de los grandes empíricos se ha visto satisfecho con el materialismo sistemático. En el siglo XIX, debido a las teorías de la evolución se consideraba que así como la vida humana había surgido de la animal y vegetal, podría ser explicada también a partir de las formas más simples de la materia.

Es así como el hombre se coloca en una posición de agnosticismo, afirmando que no puede conocer nada más allá de los fenómenos de su experiencia.

Tanto Bernfeld (8), Jones (9), como Kris (10) han logrado darnos una reconstrucción cuidadosa de este complejo entrecruzamiento de corrientes de pensamiento, tan necesaria para comprender no solamente a Breuer y a Freud en sus orígenes, sino también toda la complejidad de un coexistir de tendencias aparentemente tan contradictorias y que aparecen como muy defendidas por un lado e ignoradas por otro.

Que la ciencia es y será siempre la única fuente de conocimiento es una concepción del saber que no admite otra. La “Naturphilosophie” y el vitalismo en su retirada permiten el resurgimiento de una concepción físico-fisiológica, en consonancia con los criterios de la física mecanicista, de la cual el “Physikalisches Institut” de Berlín es el templo máximo. Prácticamente se constituye en religión con Du Bois Reymond, Carl Ludwig, Helmholtz y Brücke, en una cruzada contra el vitalismo y la metafísica en la ciencia. Este es el pensamiento, de corte fundamentalmente positivista, que Freud parece heredar de Breuer y de Brücke. De ahí la coincidencia cronológica del “Proyecto de una psicología para neurólogos” freudiana con el capítulo teórico de Breuer, coincidencia que se caracteriza también por someterse a un estricto determinismo (causalidad mecánica) y la necesidad de cuantificar. Como otro elemento que sella esta superposición de orientaciones, creemos que tanto el “Proyecto” como la “Teoría”, más allá de su construcción, esencialmente positivista en cuanto a su

forma se refiere, nos muestran, sin embargo, rasgos típicamente románticos: son teorías, estrictamente hablando, imaginadas, por lo menos en el momento de su creación, sin elemento concreto que les pueda dar sostén.

En el propio Breuer se presentan dos aspectos diametralmente opuestos: el historial de Anna O., tan lírico, del que pretendidamente se deriva todo el edificio mecanicista de la “Teoría”.

Quizás merecería recordarse que también estas diversas corrientes del siglo XIX se cultivaban con un fanatismo que se asemejaba a un fervor religioso. Sumergidas en ese absolutismo intolerante, no llegaban a percibir el cúmulo de similitudes que poseían y cómo una corriente frecuentemente penetraba profundamente en la otra.

En apariencia, pues, con la declinación del romanticismo quedaba cerrado el mundo subjetivo de la intención y del significado, excepto allí donde podía reducirse a formulaciones altamente restringidas, basadas en fuerzas físicas y estructuras materiales. Esta circunscripción a un criterio fisicalista de objetividad se encontró con el método catártico, con su énfasis sobre una congestión de energías prácticamente somáticas.

Es en esta encrucijada donde creemos poder ubicar también a Nietzsche como uno de los precursores que nos permite comprender el camino hacia el advenimiento de las ideas que irán a desembocar a la prehistoria del psicoanálisis. Porque es él quien parte de la filología y lleva a la filosofía los conceptos de “Deutung” (N. del T. “interpretación”, pero en un sentido más riguroso “reencuentro del significado”) y “Auslegung” (explicación, despliegue o interpretación), ligados a la problemática de “Vorstellung” (representación), despojándolos de su ropaje kantiano, de saber cómo la subjetividad adquiere

validez de objetividad; lo que importa destacar para Breuer y más tarde para Freud es que no se trata solamente de una letra destinada a ser interpretada, sino todo un conjunto de signos destinados a configurar un texto a descifrar. Nietzsche, atacando a toda corriente en el orden social, todas las ideologías, la moral convencional, rechazo de una causalidad de las leyes naturales, imposibilidad de llegar a una verdad, aparece como un nihilista radical desde todos los puntos de vista. Sin embargo, justamente por esta razón y todos los aspectos positivos que surgen de esta actitud subversiva, conduce a todo un conjunto de nociones fundamentales: el inconsciente como área de pensamientos, emociones e instintos confusos y de reactuación de etapas pasadas de cada uno y de la especie entera; la capacidad de sublimación de los instintos, tanto sexuales como agresivos; la importancia dada a las pulsiones autodestructivas que juntamente con las agresivas marca un aspecto saliente de su psicología.

A través de él quedan representadas las tendencias desenmascarantes de los años 80, aquella búsqueda de manifestaciones inconscientes, escondidas, veladas y las palabras y actos como motivados por pulsiones y conflictos inconscientes.

Del mismo modo que el fenómeno Nietzsche nos permite ubicarnos en determinados aspectos ideológicos de las últimas décadas del siglo XIX, también pensamos sería útil hacerlo respecto a lo que podría llamarse el “estilo de vida” de aquella época.

Uno de los rasgos salientes era el arraigamiento de un intenso sentimiento de seguridad. Había huelgas, agitación social y guerras y, sin embargo, el mundo parecía inmovible. No se conocían las devaluaciones ni las variaciones bruscas de la moneda, la que representaba una constante confiable y duradera. Era un mundo sin fronteras, a través del cual se viajaba sin pasaporte, con posibilidad de quedarse donde uno quisiese y el tiempo que se le antojara.

Era una época de paz armada, pero estable y firme; tan segura parecía la vida que mucha gente perdió el interés por los problemas sociales y políticos.

Un mundo de hombres hecho para hombres. Las mujeres no tenían derechos políticos, no ejercían funciones públicas y sólo a partir de los años 90 empezaron a ser admitidas en las universidades. Las virtudes masculinas, tales como la ambición, agresividad, resistencia, eran exaltadas en la literatura. Los modales viriles, el uso de la barba y bigote, de bastones, la práctica de atletismo, esgrima y equitación más que otros deportes, eran características de la época. El hombre ejercía una autoridad incuestionada. La educación era autoridad; el autoritarismo era un rasgo general de la época, no solamente en el seno de la familia, sino que se ensalzaban las jerarquías militares, de la magistratura, los rangos, etc. Es el mundo de las obras de Kafka.

Alrededor de los años 85 comienza a producirse, también en forma su-
perpuesta, un cambio llamativo en casi toda Europa. Aparece como una ten-
dencia de retorno al romanticismo, como reacción contra el positivismo y el
materialismo, con los cuales sin embargo sigue unido en una marcha mano a
mano. Este último hecho, oposición y alianza simultáneas, no puede ser
suficientemente destacado para comprender tanto a Breuer como a Freud. El
neo-romanticismo, que es el nombre que se dio a esta nueva corriente, no es,
por otra parte, de ningún modo, una vuelta al romanticismo, sino mucho más
una imitación distorsionada, casi una caricatura del mismo. La industrialización
y el rápido avance de la ciencia vuelven la vida cada vez más artificial y el
íntimo contacto con la naturaleza, tan propio del romanticismo, desaparece para
dar una visión estilizada de la misma. La evolución y el despliegue de los
románticos se invierten y se vuelven para los neo-románticos una tendencia a la
“decadencia”. Si los románticos habían postulado el valor irremplazable del
individuo en el contexto de las relaciones de los hombres entre sí, los neo-

románticos convierten este individualismo en una religión, en una adoración del individuo que lleva al aislamiento y al narcisismo, al punto que la figura de Narciso nunca llegó a ser tan grande como encarnación del espíritu de una época.

Los románticos habían centrado su interés en Mesmer y el magnetismo animal; los neo-románticos se vuelven hacia la hipnosis y exigen nuevas pruebas del inconsciente. Aquí nos encontramos con un buen ejemplo de la influencia del espíritu de la época: la actitud autoritaria y paternalista exigía técnicas “dominantes” y autoritarias — el hipnotismo era una de ellas.

“Decadencia” (en el bien entendido que tal decadencia realmente no existe) adquiere un nuevo sentido a fines del siglo: el de una rica corrupción. Es el mundo de Wilde. Se pretendía emular la declinación de Roma o de Bizancio, o la *débaucherie* de la corte de Luis XV. “El mundo había envejecido”. Florecían las seudoteorías de la “degeneración” y del nihilismo. Quizás de ahí el éxito de obras como las de Max Nordau. Decadencia y degeneración permeaban el pensamiento: en 1850 Morel formula su teoría de la degeneración mental y en 1880 la vemos retomada por Magnan y toda la psiquiatría francesa, de modo que existían solamente degeneraciones que se diferenciaban porque se acompañaban de tales o cuales síntomas. Su influencia era enorme, tal como la vemos popularizada en las obras de Zola y otros.

Surgen las primeras “teorías raciales”.

Así como el romanticismo había ensalzado el “mal du siècle”, los neo-románticos consagran la idea del “fin du siècle”, caracterizada por una actitud general de *pesimismo* (Von Hartmann, Schopenhauer).

Brota el culto de la Anti-Physis como todo lo opuesto a la naturaleza,

encontrándose la comodidad en ciudades monstruosas, “les villes tentaculaires»,

La adoración por el esteticismo llevaba a una elegancia refinada y a la mayor excentricidad posible. Reinaba un vago misticismo con sectas secretas y un interés cada vez mayor por la hipnosis, el sonambulismo, la doble personalidad y la enfermedad mental.

Otra característica de este período es la inclinación por el erotismo. Con la declinación del espíritu victoriano, se produce un rebote y entramos en la furia de las clasificaciones de las perversiones sexuales; la mujer vampiro (femme fatale) sustituye al hombre lobo, seductor; la prostitución aparece con particular halo de prestigio.

París y Viena son las ciudades que sobresalen con una sobreabundancia de ideas y de acervo cultural.

La profunda afinidad entre la nueva psicopatología y el espíritu de la época se revela por similitudes de personajes descritos por psiquiatras y literatos. La “Electra” de y. Hoffmannsthal se asemeja más a Anna O. que a la “Electra” de Eurípides.

Uno de los rasgos salientes de esos años fue el rápido progreso de las investigaciones en psicología y psicopatología sexual; al mismo tiempo se percibía un interés cada vez mayor por la psicología de la mujer. En 1901 Moebius publica su tratado sobre la imbecilidad fisiológica de la mujer, pero al mismo tiempo aparecen multiplicidad de publicaciones que, por el contrario, señalan el sentido de su superioridad natural. Hay un tercer aspecto, más cualitativo: los sexos son fisiológicamente complementarios, idea asociada con la bi-sexualidad de los humanos, disfraz psicológico del mito romántico del Andrógino

platónico.

Es a este período que corresponden las pruebas científicas más decisivas de una vida mental inconciente. Sostenida desde hacía siglos, se convierte en la piedra fundamental de la psicología moderna. Su enfoque especulativo, propio de los románticos, es sustituido por el experimental y el clínico. Los argumentos filosóficos, sin desaparecer, se vuelven cada vez más psicológicos. La teoría formulada originalmente por Leibniz es retomada por Herbart. Es la teoría de las pequeñas percepciones y de las variaciones de umbral de concientización; es una de esas fascinantes teorías “tempranas” con esa mixtura de fantasía en términos físico-matemáticos, la que aún hoy —quizás afortunadamente— nos obliga a dudar y replanteamos siempre de nuevo las cosas.

JOSEF BREUER

Breuer nació en Viena. En su autobiografía (11) se nos presenta como un “típico vienés”. Nunca se separó de su ciudad natal, a no ser por pequeños períodos, durante las vacaciones. Su padre era profesor de religión, nombrado por la congregación judía de Viena y esto tiene mucha importancia en la formación de Breuer. El progreso de los judíos en el primer tercio del siglo XIX es, como él nos dice, de gran interés cultural e histórico. Su abuelo había sido cirujano del pueblo en Mattersdorf. Murió cuando el padre de Breuer era joven. Este, a la edad de trece años, entra al Seminario teológico de Pressburg. A los pocos años se traslada a Praga y allí comienza la metamorfosis del estudioso del Talmud en hombre del siglo XIX. De este modo, cuando nos aprontamos a leer su autobiografía, Breuer —a los 83 años de edad— nos habla casi solamente de su padre, Leopold Breuer, nacido en 1791. Nos dice: “Permítaseme escribir algo sobre la vida de ese hombre a quien todo debo”. Leopold Breuer perteneció a

esa generación de judíos que fueron los primeros en emerger del gueto intelectual a la libre atmósfera de la civilización occidental. “Creo que no puede estimarse suficientemente la energía intelectual con la que contribuyó esa generación”. Reemplazaron la jerga judía por el alemán culto y comenzaron a ganar un lugar en la literatura, poesía y filosofía del pueblo alemán. Todo ello requirió el más alto grado de esfuerzo mental en la observación del ambiente, el deseo de asimilación y un estudio que casi no recibió aliciente alguno. Con el tiempo logró convertirse en prominente maestro y educador, que se veía recargado de serios problemas pedagógicos. Practicó su profesión en Praga, Budapest x’ Viena. Finalmente logra una existencia segura al ser nombrado maestro de religión de la joven Congregación Judía de Viena (1836). En 1840 se casa con la madre de Josef Breuer, quien murió en el parto de su hermano menor “en la flor de su juventud y belleza”. Josef Breuer no la conoció. Su abuela materna “mujer sabia e ingeniosa”, se hace cargo de la casa y asume el papel de madre.

“Crecimos bajo condiciones favorables, sin la miseria de la pobreza ni lujos o riquezas: la vía áurea (aurea mediocritas)”.

No fue a la escuela primaria, pero hizo el mismo trabajo en casa sin dificultades bajo la excelente instrucción de su padre. Leía perfectamente a los cuatro años.

A los ocho años ingresa al Akademisches Gymnasium. Destaca el cambio que se estaba operando en aquel entonces en la enseñanza, sobre todo el énfasis cada vez más puesto en las ciencias modernas que en los idiomas clásicos. Es interesante la importancia que le asigna a la rápida mejoría cualitativa de la enseñanza y de los docentes a medida que avanza en sus estudios secundarios; finalmente, nos dice, disfrutamos en los dos últimos años de una educación

intelectual realmente liberal, en la que la crítica y la contradicción eran estimuladas más que suprimidas. El problema de qué y cómo se enseñaba parece haber sido un tema que debió haberlo apasionado mucho en su juventud y en ese sentido dice haber tenido puntos de vista “heréticos

Se graduó de bachiller en 1858. Hacía tiempo había decidido estudiar medicina. Su padre le aconsejó no comenzar sus estudios médicos de inmediato y dedicar un año más a su educación general eligiendo materias adicionales liberalmente. Se llenó con un programa de tal multitud de clases que solamente pudo seguir una mínima parte. Fue un año casi perdido, pero recuerda especialmente las admirables clases sobre historia de la economía dictadas por Lorenz von Stein: “Era un hombre estimulante en alto grado, que siempre tendía a mostrarnos que lo que nos parecían cosas estáticas eran procesos y se aproximaban intensamente al sistema ideacional de Hegel.”

En 1859 ingresa a la Facultad de Medicina. Durante el segundo año estudió con Brücke y allí una vez por todas se estableció su interés por la fisiología. En 1862 llega a la Clínica de Oppolzer. El 5 de noviembre de 1868 recibió un gran honor: Ewald Hering, profesor de fisiología, leyó un trabajo titulado “La autorregulación de la respiración por medio del nervio vago”, ante la Academia de Ciencias. Su autor era el Dr. Josef Breuer, Asistente Clínico. Era un informe sobre un estudio experimental llevado a cabo conjuntamente con el profesor Hering. Después de la muerte de Oppolzer se dedica enteramente a la práctica privada. “Poco a poco tuve el honor de convertirme en el médico de un número no despreciable de miembros de la Facultad, que conjuntamente con sus familias se confiaron a mis cuidados, lo que me hizo muy feliz”. En 1874/75 presenta los resultados de sus investigaciones sobre la función de los canales semicirculares del oído interno. En 1894, Mach, Hering y Exner lo proponen como miembro correspondiente de la Academia. “Ser respaldado por tales,

hombres y ser elegido miembro de la Academia me llenó de profunda gratitud por un éxito como el que jamás hubiera esperado”.

Sólo al final se refiere a Anna O.: “En 1880 observé una paciente que sufría de una histeria severa, quien en el curso de su enfermedad presentó síntomas tan peculiares como para convencerme que aquí se me ofrecía una ojeada a los estratos más profundos de los procesos psicopatológicos. La comprensión de los mismos fue presentada por S. Freud y yo mismo, primero en un corto estudio preliminar y más tarde en un libro, «Estudios sobre la histeria» por Breuer y Freud. Este libro, acogido al principio bastante desfavorablemente, ha llegado el año pasado a su cuarta edición. Es la semilla de la que Freud desarrolló el psicoanálisis”.

Termina diciendo: “Si a la historia de mi vida, que brevemente he esbozado aquí, puedo agregar que he sido y soy completamente feliz’ en mi hogar; que mi amada esposa me ha dado cinco fuertes y excelentes hijos; que no he perdido ninguno de ellos y ninguno me ha causado jamás una pena importante, entonces bien puedo considerarme un hombre afortunado — y quien hasta posee una camisa!”

Breuer y Freud se conocieron en el Instituto de Fisiología de Brücke en Viena. Breuer tenía catorce años más que Freud y ya era un médico de renombre con una gran clientela y mucho prestigio. Desde un comienzo se estableció entre ellos una gran amistad y además se veían unidos por una serie de intereses comunes, sobre todo su devoción por los principios de causalidad y estricto determinismo de la escuela de Helmholtz. En los primeros años, probablemente desde 1881, Breuer ayudaba económicamente a Freud y llegó a prestarle sumas importantes. Es a fines de 1882 cuando Breuer relata a Freud sus experiencias con Anna O., lo que sin duda debe haber sido el determinante

más importante en despertar el interés y la atención de Freud por las neurosis. En 1891, Freud publica un libro sobre afasias y lo dedica a Breuer, pero en 1893 ya resulta evidente que sus relaciones se habían deteriorado, en cuanto fue con muchas dificultades que Breuer se dejó convencer en publicar la “Comunicación preliminar”. En 1895, año de la publicación de los “Estudios sobre la histeria”, ya no quedaba rastro de cooperación entre ambos. Posiblemente los editores de la correspondencia de Freud a Fliess prefirieron no publicar las hostiles y amargas quejas de Freud de quien había sido su leal amigo y benefactor (12). Es posible que los problemas económicos hayan tenido algún papel en esta hostilidad, quizás también la cautela y la indecisión de Breuer. Existe un acuerdo general que las diferencias en cuanto a formulaciones teóricas no podían dar cuenta de tanta tensión en *su* relación como surge de algunas cartas inéditas a Fliess.

El área de desacuerdo intelectual se basaba sobre todo en el enfoque fisiológico preferido por Breuer (estado hipnoide) en oposición a la teoría del conflicto y la defensa. Jones sugiere la *dificultad de Breuer en aceptar el papel esencial de la sexualidad infantil o las ideas concernientes a la seducción incestuosa*. Pero la hipótesis de la seducción surge recién en octubre de 1895 (carta 29), muy posterior al comienzo de las diferencias. Ya en la carta 19 (junio de 1894) aparece la profunda insatisfacción de Freud en cuanto a la contribución de Breuer a *los “Estudios”*. No deja de ser llamativo que las reservas que Breuer podía oponer al concepto de neurosis actual y el origen exclusivo de las neurosis en la vida sexual, es hoy un hecho universalmente compartido por todos. Es probable que el “Proyecto de una psicología para neurólogos” sea una formulación del capítulo teórico tal como Freud lo hubiera querido para los “Estudios”, y que su insatisfacción de! trabajo de Breuer sea una de las razones de la urgencia con que el “Proyecto” fue escrito. Si Freud se hubiera detenido a escuchar a Breuer, posiblemente se hubiera ahorrado la

hipótesis de la seducción y la teoría toxicológica de la angustia.

Por un lado Breuer no aprobaba el concepto no psicodinámico freudiano de las neurosis actuales y Freud a su vez repudiaba el concepto no psicodinámico del hipnoide, creyendo que el estado de disociación era consecuencia de un conflicto no abreaccionado y prueba de la existencia del inconciente. Estas diferencias hoy día ya no parecen importantes, ya que de todos modos se ignora el problema del sustrato fisiológico de las psiconeurosis. Ni el concepto de neurosis actual ni el del hipnoide pudieron dar la clave de los aspectos no psicógenos de la enfermedad mental. El problema sigue hoy tan importante como entonces e igualmente alejado de su solución. Con bastante sarcasmo, Stewart dice al respecto que los problemas han sido barridos bajo la alfombra e ignorados convenientemente, ofreciéndose por otro lado explicaciones psicodinámicas como etiología de cualquier cosa, desde la esquizofrenia hasta la guerra. De todos modos, Breuer no pudo dar ya a Freud el apoyo que éste necesitaba. Las limitaciones de las formulaciones teóricas de Breuer consisten en que se reducen casi totalmente a explicaciones por analogía, p. ej. la conversión comparada con un cortocircuito eléctrico. A pesar de la modalidad concreta y simplista de sus explicaciones, los estudios neurofisiológicos modernos del sistema límbico hacen recordar asombrosamente a ciertos enunciados de su “Teoría” (sistema reticular ascendente, papel de los núcleos pontinos en la regulación del sueño, etc.).

La actitud de rechazo y aversión de Freud por Breuer evidentemente iba cada vez más en aumento. Como ejemplos aislados podrían citarse su ya mencionada carta a Fliess (en la que se “disociaba” de la contribución de Breuer), o la llamada en “Dora” (13): “Lo único que he abandonado ha sido la hipótesis del estado hipnoide que había de emerger en el sujeto a consecuencia del trauma y constituir la base de todo el proceso psicopatológico ulterior. Si es

licito delimitar en un estudio hecho en colaboración la parte correspondiente a cada uno de los colaboradores, habré de permitirme constar que la teoría de los estados hipnoides, en la que nuestros críticos han creído ver el nódulo esencial de nuestro estudio, se debe exclusivamente a Breuer. Por mi parte siempre consideré superfluo y equivocado interrumpir con tal hipótesis la continuidad del problema que se plantea en la investigación del proceso psíquico desarrollado en la génesis de los síntomas histéricos

Es curioso que el distanciamiento entre ambos siempre ha sido enfocado como motivado por diferencias científicas, culturales o de otros factores comprensibles en un contexto manifiesto. Más aun si esto sucede en filas de quienes tienen por disciplina tratar de entender más allá de lo manifiesto. Dice Mannoni: (14) “Pero el odio de Freud fue durante un tiempo verdaderamente fuerte y sin duda inspirado por otras razones. No solamente le debía mucho y no solamente dinero, sino que a menudo invirtió de este modo sus afectos, repitiendo, dice, la conducta que tuvo con su sobrino a los tres años... Se enemistó precisamente con aquellos hombres (Fliess, Jung) en quienes, en un principio, había depositado mayores esperanzas. Está actuando un elemento «irracional» que la elucidación de la noción de transferencia aclarará más tarde, y actúa con rara violencia”.

Breuer y Freud se atribuyen recíprocamente la introducción del “principio de constancia” y toda la formulación energética y económica. “Por otro lado hay un número de conceptos de gran importancia que parecen propiamente atribuibles a Breuer: la noción de alucinación como una «retrogresión» desde la imaginación a la percepción, la tesis que las funciones de percepción y memoria no pueden ser realizadas por el mismo aparato y, finalmente, del modo más sorprendente, la distinción entre energía psíquica ligada (tónica) y no ligada (móvil) y su distinción correlacionada de procesos psíquicos primarios y

secundarios. Los fundamentos neurológicos de las teorías freudianas en la época de la publicación de los «Estudios» se evidencian por la forma de presentar el principio de constancia en el «Proyecto». Se le da el nombre de «principio de inercia neuronal» y es definido afirmando «que las neuronas tienden a desinvertirse de cantidad». De este modo se revela una notable paradoja. Breuer manifiesta su intención de tratar el tema de la histeria en una línea puramente psicológica: «En lo que sigue se hará poca mención del cerebro y ninguna de las moléculas. Los procesos físicos serán tratados con el lenguaje de la psicología». Sin embargo, su «Teoría» se ocupa principalmente de «excitaciones intracerebrales y analogías entre el sistema nervioso e instalaciones eléctricas. Freud, por otro lado, dedica todas sus energías en explicar los fenómenos mentales en términos fisiológicos y químicos, confesando sin embargo tristemente que sus historiales se leen como novelas y sus análisis son psicológicos». (15)

En su “En memoria de Josef Breuer” del año 1925. Freud, refiriéndose a la contribución de Breuer a la “Teoría” dice: “[...] Está lejos de ser obsoleto; por el contrario, contiene pensamientos y sugerencias que aún ahora no han sido aclarados suficientemente. Quienquiera se sumerja en este ensayo especulativo, se formará una impresión verdadera de la talla psíquica de este hombre, cuyos intereses científicos estuvieron dirigidos en la dirección de nuestra psicopatología, por desgracia solamente durante un breve período de su larga vida”.

Quisiéramos destacar dos palabras de esta última frase: “ensayo especulativo”. No nos cabe duda que Freud hubiera dicho lo mismo de sus propias primeras teorías. A fuerza de repetición se cosifica la teoría y creemos que no debe perderse de vista que todas estas ideas han sido teorías, muy necesarias como esquemas referenciales para pensar y trabajar y en muchos aspectos

después han encontrado su confirmación en la investigación clínica. Pero —y quizás hablando con precisión— estas primeras teorías realmente eran más que nada especulaciones fantasiosas no comprobadas en la práctica, hipótesis no verificadas, un conjunto sistemático de proposiciones tomadas como postulados. Ignorar esto hace caer en la imposibilidad de cambiar y en la incapacidad de un desarrollo progresivo de las hipótesis.

SOBRE ANNA O.

La versión que conocemos, la única que ha quedado de esta historia, fue escrita por Breuer en base a apuntes incompletos (como él mismo nos dice) y nada más que para complacer a Freud (!), alrededor de trece años después de la cura. Seguramente esta versión se aleja bastante de lo que Breuer relatara a Freud en 1882 y de lo que tan entusiastamente éste le refiere a su novia en la carta del 13 de julio de 1883: “...y después tuvimos una larga conversación sobre temas médicos, de la «moral insanity», las enfermedades nerviosas y casos peculiares; también tu amiga Bertha Pappenheim volvió al tapete, y después llegamos a temas íntimos, personales y de confianza y me contó cosas que podré relatar tan sólo «cuando esté casado con Martha»...” De ello deducimos que la historia que conocemos a través de los “Estudios sobre la histeria” es una versión que puede estar más o menos deformada. Pero ¿le cabe el adjetivo de “deformada” o de “verdadera” a una versión de un historial o de un relato? ¿Acaso tenemos la pretensión de “verdad objetiva” o simplemente de “verdad” en los relatos de nuestros pacientes? Siempre nos darán *una* versión entre innumerables posibles y plasmarán en innumerables versiones un mismo acontecimiento que quizás ni siquiera puede haber tenido lugar. Cuando nos dicen: “Recuerdo que...”, poco nos importa qué es lo que pasó, si es que pasó; lo que nos importa es este “recuerdo” ahora y con nosotros, y la intencionalidad de lo que quieren que oigamos. A propósito nos dicen Laplanche y Pontalis

(16): “Al leer la historia de ese caso, asombra ver a Breuer, contrariamente a Freud, preocuparse poco por recuperar los elementos realmente vividos que podrían subyacer en el fundamento de las ensoñaciones diurnas”.

Desde el primer párrafo quedamos asombrados por la descripción que Breuer hace de Anna: su intuición, inteligencia, talento poético, juicio, bondad, piedad, vitalidad desbordante... Parece más la descripción de un admirador o de un enamorado que la de un médico, ¿Acaso la conoció antes de enfermar? Acto seguido Breuer agrega: “. . . la paciente cuya vida se me hizo transparente como pocas veces la de una persona para otra”. ¿Cómo es ese Conocer, que ya aparece con características tan distintas?

Strachey (17) señala que “una de las principales fascinaciones que presenta es que nos permite seguir la huella de los primeros pasos en el desarrollo de ese instrumento. Lo que nos dice no es la simple historia de la superación de obstáculos; es el *descubrimiento* de una sucesión de obstáculos que debían ser superados. La paciente de Breuer, Anna O., demostró y superó el primero de estos obstáculos —la amnesia característica del paciente histérico—. Resultó evidente desde el principio que el problema no era meramente la investigación de los procesos concientes, para los que los métodos comunes de la vida cotidiana serían suficientes. Si había también procesos mentales *inconcientes*, se requería claramente algún instrumento especial”.

Es un conocer tan poco convencional que barre con todas las exigencias “científicas” de la época y del medio; seguramente no cuenta con el beneplácito del Breuer-fisiólogo e internista. Breuer se acerca a su paciente (*), “un caso

* N. de los IT.: Breuer se refiere a Anna O. indistintamente como “la enferma” (die Kranke) o “la paciente” (die Patientin). En castellano no existe una expresión equivalente a “die Kranke”. Ambas expresiones, “enferma” y “paciente”, se originan en concepciones “*exógenas*” de la enfermedad: enfermo procede del latín “*infirmus*” (hecho-no-fuerte) y paciente del griego: pasivo, pathos, lo que se sufre. Tanto el latín, con la expresión “ae-

severo de histeria”, nos dice. Hoy posiblemente *seriamos* más cautos en ponerle un nombre a la enfermedad de Anna O., en tanto que conocemos un poco más sobre la plasticidad de este tipo de enfermo que en un momento determinado nos da lo que inconscientemente le pedimos o que nos sorprende dándonos lo que menos esperábamos. Se abre una nueva perspectiva, la relación médico-paciente cobra otra dimensión. Breuer no teme penetrar en el mundo alienado de Anna, pero se aliena él mismo y ya no sabe volver. Anna O., lo introduce en su “teatro privado”, en su mundo de fantasías en el que es autor y protagonista a la vez. Breuer, el médico, busca entender, escucha; Breuer, el hombre, comparte y no se percata que él también forma parte ahora del “teatro privado”, que Anna representa para él y él es actor y espectador al mismo tiempo. Busca entender los afectos de Anna y se olvida de los propios.

Para esta nueva modalidad de trabajo conjunto resulta decisiva no solamente la disposición de Breuer a escuchar, escuchar sin prejuicios, valorar todo, a aprender no solamente a través de sus propias conclusiones, sino también a través de lo que Anna le enseña, le enseña literalmente: la importancia de verter en palabras, de hablar, de decírselo a alguien en un lenguaje compartido (talking cure). Es aquí donde la relación diádica cobra plenitud: Anna deja de ser la paciente; es ella la que muestra el camino. La mayoría de lo que Breuer descubre son conclusiones a las que la propia Anna lo ha llevado.

Todo esto nos conduce a diversas reflexiones. En muchos aspectos esta historia presenta similitudes con la historia de ciertos acontecimientos míticos o legendarios, cuya trasmisión parece obedecer a necesidades afectivas de toda

grotus”, como el griego con la de “chranolon” (de la que deriva la de “krank” alemana) poseen también la variante “*endógena*” de enfermedad. Es la versión “vulgar”, pero “fuerte”, significando: delgado, débil, arrastrado, descompuesto, señalando directamente a que lo enfermo está en uno y con una indiferenciación entre enfermo y malo (moralmente). (Véase en inglés “sick/ill” o en francés “malade”, del latín “male habitus”). Creímos interesante destacar estas concepciones tan radicalmente opuestas.

una cadena de “narradores” y “oyentes”. Hoy sabemos algo más: que muy probablemente estos personajes míticos en un origen realmente tuvieron existencia, pero que cobraron inmortalidad a través de la importante función que desempeña el relato de sus “historias”. Para nuestro caso la primera narradora y protagonista fue la propia Anna O., seguida en esta “cadena catártica” por Breuer, teniendo a Freud como auditorio en un memorable 18 de noviembre de 1882. Finalmente, al publicarse los “Estudios”, nosotros somos el auditorio. Hay una compulsión a relatar, en esta catarsis, que empieza con Anna O. (talking cure, chimney sweeping), seguida por Breuer en su necesidad de narrar sus emociones, su sorpresa, sus experiencias y finalmente percibimos, como “obligato” a través de toda su monumental obra, a Freud el narrador.

Pero, ¿qué es catarsis? El término “catharsis” (IS) es una palabra griega que significa purificación, purgación. Ha sido utilizada por Aristóteles para designar el efecto producido en el espectador por la tragedia: “la tragedia es la imitación de una acción virtuosa y cumplida que, por medio del temor y de la piedad, suscita la purificación de tales pasiones”.. . Resumiendo más adelante la teoría de la catarsis, Freud (11) escribe: “Se suponía que el síntoma histérico nacía cuando la energía de un proceso no podía llegar a su elaboración consciente y era dirigido hacia la inervación corporal (conversión) [...] La curación se obtenía por la liberación del afecto desviado y de su descarga por vías normales (abreacción)”. “... por otra parte, podía mostrar-se fácilmente que el efecto catártico se encuentra en las diversas modalidades de la repetición, en el curso de la cura y singularmente en la actualización transferencial” (20)

... Mas quien se complace en mirar el teatro desde un punto de vista más grave, puede muy bien sentirse dispuesto, no a destruir los placeres del espectador, sino a ennoblecerlos... Todo arte, por serlo, tiene por principal fin recrear el ánimo, pero acaso no existe más alta y más grave vocación que la que

tiene por objeto regocijar así a los hombres. Sólo el arte verdadero nos procura los más nobles goces, *los cuales consisten en el ejercicio libre, conciente y vivaz de todas nuestras facultades*. [El subrayado es nuestro.] El arte no se propone un fin transitorio; quiere hacerle realmente libre. Ser ideal y al propio tiempo real, abandonar el terreno de lo positivo sin cesar de vivir en perfecto acuerdo con la naturaleza...”

A través de los fragmentos precedentes, Schiller (21) nos ofrece en su prólogo a la “Novia de Messina” una reformulación romántica del planteo aristotélico de la acción terapéutica de la obra dramática.

Mas, curiosamente, se nos vuelve a replantear la cuestión de ¿quién es el beneficiario de esa catarsis? ¿Quién “actor”, quién “espectador”? Creemos que resulta claro que siempre son ambos. En la cadena Anna O., Breuer y Freud, vemos que ninguno puede funcionar aisladamente; más aun, todos lo hacen en los dos sentidos, y este hecho está pleno de connotaciones significativas.

No podemos dejar de hacer referencia a un trabajo de Freud (22) de 1904. En éste, Freud nos traduce la “catarsis de las emociones” expresando que a través de ella se trata de procurarnos procesos a fuentes de placer y de goce yacentes en nuestra vida afectiva, tal como el chiste y lo cómico lo hacen en la esfera del intelecto cuya acción es precisamente la que nos ha tornado inaccesibles múltiples fuentes de dicha especie. En otro lugar dice: “La contemplación apreciativa de una representación dramática cumple en el adulto la misma función que el juego desempeña en el niño, al satisfacer la perpetua esperanza de poder hacer cuanto los adultos hacen. El espectador de un drama es un individuo sediento de experiencias; se siente como ese “Mísero, al que nada importante puede ocurrir”... “y he aquí que el autor y los actores de un drama posibilitan todo esto al ofrecerle la oportunidad de identificarse con un protagonista ... es en tales circunstancias cuando puede ofrecerse el lujo de ser

héroe y protagonista, cuando puede abandonarse sin vergüenza a sus impulsos coartados, como la demanda de libertad en cuestiones religiosas, políticas, sociales o sexuales y cuando puede también dejarse llevar dondequiera sus arrebatos quieran llevarlo, en cuanta gran escena de la vida se represente”.

“El deseo reprimido del personaje pertenece a la categoría de aquellos que están igualmente reprimidos en todos nosotros y cuya represión forma parte de una de las más precoces fases de nuestro desarrollo individual. Nos resulta fácil reconocernos en el protagonista pues somos víctimas de los mismos conflictos que él, ya que «quien no pierde la razón bajo ciertas provocaciones, ninguna razón tiene para perder».”

La extraordinaria historia que Josef Breuer le cuenta a Freud por vez primera el 18 de noviembre de 1882 es fundamentalmente la de un encuentro, el que conlleva la historia de un desencuentro. Es quizás este último que permite sentar lo que es tan específico del psicoanálisis: transformar una dificultad en herramienta de trabajo.

A medida que progresamos en la lectura, vemos como la pareja médico - paciente se desdibuja, hasta que finalmente se desmorona totalmente la figura del internista de prestigio que pretende curar a su enferma, para dar lugar a otra pareja unida por un vínculo nuevo y distinto. De la anterior solamente queda la cáscara, la “falsa apariencia”, pero la superposición de las dos ha de llevar a consecuencias insospechadas. Breuer parece seguir viendo lo que ahora es solamente una fachada. O así parece.

Muchos años más tarde este vínculo es descrito como una falsa conexión” (23) y más adelante termina por llamarse transferencia, incorporándose así como instrumento básico de la técnica. Y no es que se tratara de una novedad.

Presentaba esencialmente los mismos rasgos conocidos desde hacía mucho tiempo como elemento común a todo procedimiento psicoterapéutico: el *rapport*.

El término “*rapport*” fue utilizado en un comienzo por Mesmer y pasó de mano en mano por generaciones de magnetizadores e hipnotistas; gradualmente el concepto se desarrolló y perfeccionó. Mesmer parece haber tomado el término de la física contemporánea. Cuando magnetizaba a sus pacientes se consideraba a sí mismo como fuente del fluido magnético. ¿Hasta qué punto Mesmer se percató de que la relación así establecida no era puramente física? De todos modos, de los escritos de los magnetizadores tempranos se desprende la enorme importancia asignada al *rapport*. Por otra parte, ya era conocido en los procedimientos de exorcismo. Lo que impresionaba era la extrema sensibilidad de los magnetizados en percibir los pensamientos y las sensaciones corporales del magnetizador y a la recíproca, al punto que ya en 1784 se acuñó el término de “reciprocidad magnética”. También se conoció tempranamente su componente erótico. En base a todos estos elementos bien conocidos y estudiados, fue que Janet objetó el nombre de “precursores” tanto de Puysegur como de otros mesmeristas tempranos, como que los consideraba los verdaderos fundadores de la ciencia hipnótica, sin que nada se agregara a su conocimiento en el siglo XIX. Ya en el siglo XVIII se dieron serias advertencias en cuanto a la peligrosa influencia interpersonal vehiculizada por el *rapport*. Los románticos alemanes acogieron la teoría del *rapport* con mucho interés, al ver en el magnetismo animal la posibilidad de ese fluido físico, con características de cuasi cósmico y su capacidad de manifestarse bajo forma extra - conciente, de un “sexto sentido”, con capacidad de predecir el futuro y de adivinar acontecimientos distantes.

De hecho tanto resistencia como transferencia son viejos conocidos de los

magnetizadores e hipnotistas. Ya Forel describió cómo bajo hipnosis, ésta se volvía cada vez más difícil, cuanto más se acercaba a un punto crítico doloroso para el paciente. Después de todo, transferencia es la encarnación de lo que hace siglos se conocía como *rapport*. El mérito de Freud no consiste en haberla descubierto, sino en la idea de analizarla como instrumento básico de la terapia.

Breuer se acerca a Anna como el hombre de ciencia se acerca a un espécimen de laboratorio destinado a ser investigado y manipulado; busca algo explicable, algo de qué asirse y en muchos aspectos lo logra. Pero este Breuer de la escuela de Helmholtz, de inmediato se entrega en un vínculo, en el que se perfila su faz romántica a través de su necesidad de sumergirse en la búsqueda de lo desconocido, el revelar lo secreto y fascinante... pero “deja caer la llave”. No se percata que solamente a través de la profanación puede iluminarse lo secreto. Desposeída de su lastre moral “profanación” quiere decir “sacar del templo”, “poner a la vista de todos”. Además “secreto” y “sagrado” proceden ambos de “lo que no se debe conocer”. Puede ser que le haya faltado la talla de un Freud, multifacético, curioso, quien supo ser un profanador de un orden establecido, al precio del ostracismo y de un combate que duró una vida.

Pero más allá de lo que Breuer no sabía sobre el interjuego transferencia - contratransferencia, había en ese interjuego algo muy concreto por parte de los dos, pero que llevó a Breuer a huir y a no comprender que el trabajo de parto histórico de Anna era un síntoma de tantos: la seducción, cuya significación no puede ser suficientemente subrayada. sello y característica más saliente de esta historia.

‘Seducción’, término perteneciente al grupo de los derivados del verbo latino “ducere” (conducir), significa ‘conducir por mal camino’, ‘conducir por un camino equivocado’, pero también ‘conducir por otro camino’, ‘desviar’.

Creemos importante destacar que de por sí no tiene ninguna connotación erótica.

Parecería que el concepto está tan adornado de atributos morales peyorativos que resulta muy difícil percatarse hasta qué punto es una fuerza que interviene en la mayor parte de las relaciones interhumanas, del actuar de uno sobre otro. La psicoterapia, bajo cualquiera de sus formas, es una de las situaciones más privilegiadas y próximas de la relación interpersonal y del actuar de uno sobre otro, por lo cual la seducción juega en ella un papel de primerísimo plano, pero nunca suficientemente explicitado. Es bastante obvio que empieza por tener un papel decisivo en lo que podríamos llamar la “adducción”, es decir en el establecimiento y mantenimiento de un vínculo, pasando por todos los matices de lo “necesario” y por todos los matices de lo “negativo”.

En el caso de Anna todo el desarrollo y su presunto desenlace final deben haber funcionado bajo el signo de la seducción —en su máxima intensidad— probablemente de la seducción recíproca. /

Creemos que el caso de Anna O. ha servido —dentro del contexto psicopatológico— para que comenzara a desinvertirse a la seducción de su mitología moral, viéndose poco a poco cómo era un elemento más del instrumental terapéutico, por otro lado un obstáculo más, finalmente una malla interhumana muy sutil, cuyo manejo y comprensión había que aprender poco a poco, aprendizaje que probablemente nunca se completará.

Ha sido la piedra de toque para ir comprendiendo lentamente que su significación no era meramente “conducir por mal camino”, o “conducir por un camino equivocado”, sino también “conducir por otro camino”, que podría ser mejor que el viejo; cambiar, desviarse, no repetir.

Pero, ¿quién era Anna O.? Durante cincuenta años fue un secreto. Finalmente, en 1953 Ernest Jones reveló su identidad. Anna O. era Bertha Pappenheim.

La vida de Bertha Pappenheim es la vida de dos ciudades, dice Lucy Freeman (24) Viena, la ciudad de su juventud, Francfort, donde vivió como mujer, donde trabajó, donde el mundo llegó a conocerla.

El material reunido para una futura biografía de Bertha fue destruido durante la Segunda Guerra Mundial, pero existe un cierto número de detalles biográficos y se ha publicado una monografía sobre su vida; además existe la citada novela de Freeman cuya fidelidad en muchos puntos es cuestionable. Transcribimos el resumen de Ellenberger (25) en forma más o menos abreviada: Bertha Pappenheim pertenecía a una vieja y respetable familia judía. Su abuelo, Wolf Pappenheim, fue un personaje importante del gueto de Presshurg (hoy Bratislava) y había heredado una gran fortuna. Su padre, Siegmund Pappenheim, era un rico mercader de Viena. La familia pertenecía a una comunidad judía estrictamente ortodoxa. Poco se sabe de su infancia y juventud. Hablaba inglés a la perfección, leía el francés y el italiano. Llevaba la vida habitual de una joven de la alta sociedad vienesa, practicaba la equitación y se dedicaba a manualidades de aguja. Después de la muerte de su padre en 1881, ella y su madre dejaron Viena para establecerse en Francfort s/M. Durante doce años aproximadamente fue directora del orfanato de Francfort. Viajó por los Balcanes, el Oriente Medio y Rusia para hacer una encuesta sobre la prostitución y la trata de blancas. En 1904 fundó el “Jüdischer Frauenbund” (Liga de Mujeres judías) y en 1907 un establecimiento de enseñanza afiliado a esa organización. Sus escritos comprenden diarios de viaje, estudios sobre la situación de las mujeres judías y sobre la criminalidad de los judíos. Además

cierto número de novelas y obras de teatro (aparentemente más notables por sus preocupaciones sociales que por su talento literario). Se le describe en su vejez como una persona profundamente piadosa, estricta y autoritaria, totalmente desinteresada y dedicada a su obra, que conservaba de su educación vienesa un vivo sentido de humor, el gusto por la buena mesa, el amor por la belleza. Falleció en marzo de 1936. Después de la Segunda Guerra Mundial, fue recordada como una figura casi legendaria en el terreno del trabajo social, al punto que la República Federal Alemana honró su memoria con una estampilla postal que lleva su efigie. No hay noticias biográficas sobre una presunta enfermedad mental. Bertha reunía las costumbres estrictamente puritanas de sus abuelos del gueto con la posibilidad de acceso a los privilegios y placeres de la rica burguesía austríaca; recibió una educación refinada, pero todo ello no podía conducirla a una vida independiente o una profesión. En ella, como en muchas se observa un contraste entre las ambiciones y los obstáculos a esas ambiciones, contraste que se encuentra en la historia de varias eminentes mujeres históricas de esa época.

Evidentemente hay una distancia notable entre Bertha Pappenheim —la fundadora de la asistencia social en Alemania— y la paciente histórica de Breuer, Anna O. Nada en la vida de Bertha Pappenheim haría suponer que ella era Anna O. y nada en la historia de Anna O. nos haría pensar que llegaría a ser una Bertha Pappenheim. Si Jones no nos hubiera revelado la identidad, jamás se hubiera sabido.

Además, este caso que tanta importancia tiene en los orígenes del psicoanálisis y parece haber jugado un papel tan decisivo al despertar el interés de Freud por la psicología, tiene muchas facetas bastante curiosas. Ha sido desmenuzado por muchos estudiosos, entre los que creemos hay que destacar las investigaciones de H. F. Ellenberger (26) quien aporta elementos fundamentales

para su mejor comprensión.

La descripción habitual de la enfermedad de Anna O. no destaca suficientemente algunos rasgos tan poco usuales que realmente la convierten en una historia muy sorprendente. Ante todo la coexistencia de una personalidad que vivía en el presente y otra 365 días antes. Por otro lado, de que cada síntoma aparecía inmediatamente después del acontecimiento traumático, sin período de incubación. En tercer término, cómo desaparecían los síntomas:

no es como las descripciones corrientes lo quisieran, es decir “era suficiente recordar las circunstancias bajo las cuales los síntomas habían aparecido por primera vez . Anna debía recordar *cada una* de las ocasiones en que el síntoma se había presentado, cualquiera que fuese su número y *en orden cronológico* exactamente inverso. Estos rasgos hacen de la historia de Anna O. un caso único del cual no se conoce ejemplo ni antes ni después de ella.

Independientemente de las dos versiones sobre la evolución posterior (la de Breuer y la de Jones - Freud), está la biografía de Bertha Pappenheim. Comparándolas, se constata en la biografía de Bertha que ésta dejó Viena en 1881, mientras que según Breuer permaneció en Viena hasta junio de 1882 e internada en un sanatorio y por mucho más tiempo aún según la *versión* de Jones. Una foto de Bertha, marcada por el fotógrafo “1882”, muestra a una joven saludable en traje de montar en claro contraste con la descripción de Breuer, de una mujer joven confinada en su hogar, sin posibilidad de salida para sus energías físicas y psíquicas.

Omitimos el calvario de investigaciones necesarias para demostrar que tanto la versión de Breuer como la de Jones son inexactas. Curiosamente fue el laboratorio de la policía de Montreal que descubrió, a pedido de Ellenberger, la dirección borrosa del fotógrafo, iluminándola con luz especial. Decía

“Constanz”. De ahí surgió la interrogante: ¿qué hacía Bertha en traje de amazona en Constanz, Alemania, en una época en la que supuestamente estaba gravemente enferma en un sanatorio cerca de Viena? Hay una casa de salud cerca de Constanz, en la pequeña ciudad de Kreuzliugen: el *Sanatorio Bellevue*. Su director actual, el Dr. Wolfgang Binswanger, posee una carpeta de quien estuvo internada del 12 de julio al 29 de octubre de 1882. La carpeta contiene dos documentos: una copia de lo escrito por Breuer mismo en 1882 (1) y una observación por uno de los médicos del Sanatorio Bellevue.

El nombre de Breuer no aparece en el documento, pero él es sin duda su autor. Es la historia de la misma enferma relatada por el mismo médico, pero la enferma se llama Bertha Pappenheim. Frases enteras son casi idénticas con las de los “Estudios sobre la histeria”. Resulta claro que fue copiada del original por una persona no médica. La historia de 1882 contiene numerosos detalles que fueron omitidos en la de 1895, pero termina bruscamente con el “tercer período” de la enfermedad de Bertha. La versión de 1882 ofrece una imagen más clara de la constelación familiar: “dificultades muy serias de Bertha con su madre”. El hermano tiene cierto papel. Se encuentran varias menciones de “su amor apasionado por su padre quien la mimaba”; nunca había estado enamorada “en la medida que su relación con su padre no lo reemplazara”. En la historia del 82 Breuer se preocupaba en establecer un diagnóstico anatómico: encaraba la posibilidad de un tubérculo de la fosa silviana izquierda con una meningitis crónica de progresión lenta, pero el carácter nervioso de su tos y el efecto tranquilizante que lograba escuchándola hablar de noche, lo incitaron a pensar más bien en una “afección puramente funcional”. Entre muchos detalles adicionales del tercer período, nos enteramos que el psiquiatra consultante era Krafft - Ebing. Además de multiplicidad de otros detalles del historial original de 1882 que no están reproducidos en el de 1895, es de notar que por el contrario, el “cuarto período” no se menciona en absoluto en el historial de 1882

que termina, además, enigmáticamente: “Después de la terminación de las series gran mejoría”.

En cuanto a la observación del médico del sanatorio, jamás podría hacer pensar que se trataba de la Anna O. de Breuer. Es una larga lista de medicamentos administrados por una neuralgia facial grave. Las cantidades de morfina que se le administraban diariamente (0.07 a 0.10) hacen pensar en una drogadicta. La historia de Bellevue menciona los “rasgos histéricos” y su “desagradable irritación contra su familia”, sus juicios denigratorios sobre la ineficacia de la ciencia. Pasaba horas enteras frente al retrato de su padre y hablaba de ir a visitar su tumba en Pressburg. En cuanto posaba la cabeza sobre la almohada, a veces en medio de una frase, perdía el uso del alemán y comenzaba a hablar en inglés.

Ellenberger cree que el historial del 82 fue escrito de memoria y el cuarto período omitido por completo. Insiste en el carácter obstinado de Bertha y su “oposición pueril” a los médicos, su “carácter totalmente irreligioso” en una familia ortodoxa. Sería interesante saber cuándo y cómo Bertha retornó a la ardiente fe religiosa de los años posteriores.

Otra cosa que aparece más claramente es el desarrollo de lo que más adelante debió llamarse el “método catártico”. Al comienzo y durante un tiempo el “chimney-sweeping” significaba simplemente que Bertha descargaba su mente de las historias imaginadas durante los días anteriores. Alrededor de agosto de 1881 empezó a hablar de acontecimientos que habían marcado el comienzo de sus “caprichos” que fueron siempre concientes y voluntarios. Más tarde aplicó un proceder similar para señalar el origen de sus síntomas más graves de apariencia neurológica.

Destaca Ellenberger nuevamente que el diagnóstico de histeria fue por exclusión, ya que no se encontraba una localización anatómica, pero creemos que la actitud de Breuer no debe desvalorizarse; habría menos “histéricos”, si todos procedieran como él.

De todos modos es seguro que el historial de 1895 fue escrito trece años después, en base a apuntes incompletos y *solamente cediendo a la insistencia de Freud.*

Evidentemente el caso de Anna O. es radicalmente diferente a otros casos de histeria de aquellos tiempos, pero bastante parecido a los grandes casos ejemplares de enfermedades magnéticas de la primera mitad del siglo XIX, como los de Katharina Emmerich, Friedericke Hauffe o Estelle L’Hardy. Las alucinaciones de Anna O. sobre lo que había sucedido día tras día exactamente un año antes podrían ser comparadas con las visiones nocturnas que coincidían exactamente con el almanaque religioso. El recuerdo de cada una de las ocasiones de reaparición de un síntoma, con sus fechas exactas, hace recordar las hazañas de memoria de la Visionaria de Prevorst.

Breuer y sus pacientes trabajaban muy cerca uno del otro, igual que Despine y Estelle lo habían hecho en el pasado, aunque Breuer tuvo menos éxito que Despine. A los antiguos magnetizadores la enfermedad de Anna O. no les hubiera resultado tan extraordinaria como lo fue para Breuer. Era caso frecuente en 1820, pero muy raro en 1880, el que la paciente indicara al médico el proceder terapéutico a utilizar, predijera el curso de la enfermedad y anunciara su fin. Una enfermedad así ya no podía ser comprendida en 1880 por un discípulo de Brücke (Embajador en el Oriente Lejano de la Escuela berlinesa de Helmholtz), en un medio social en el que la figura del médico era de gran prestigio y en el que se hacía uso de un instrumento terapéutico acorde con el

espíritu autoritario de la época: la hipnosis.

Juan Dalma (27) ha señalado que existía una clara conexión entre la cura de Anna O. y el gran interés despertado por la publicación de un libro de Jacob Bernays (tío de la futura esposa de Freud) (28) sobre el concepto aristotélico de catharsis. Durante un tiempo el tema “catharsis” fue uno de los más discutidos entre los estudiosos y constituyó además la sensación del momento de los salones elegantes de Viena. Es probable que Bertha Pappenheim —más siendo amiga de Martha Bernays— lo haya leído. De lo que podría deducirse que tampoco sería sorprendente que una joven inteligente de la alta sociedad vienesa adoptara la catharsis como divisa para una cura autodirigida.

La enfermedad de Anna O. sería, pues, una “creación del inconciente mitopoyético con apoyo y colaboración involuntaria del terapeuta” o novela de la imaginación subliminal”. Los “reveladores de la verdad” nos dicen: el “prototipo de una curación catártica” no fue ni curación ni catarsis.

Pero ¿es que realmente interesa cuál fue la “verdadera historia”, la versión auténtica? ¿Tiene algún sentido este trabajo detectivesco, de cómo habría sido la “verdadera” enfermedad de Bertha Pappenheim, qué nombre ponerle? Seguramente no. Creemos que es irrelevante, pero además vicia la perspectiva histórica con una ilusoria necesidad de precisión de nombres, lugares y fechas a cambio de un sentido y una comprensibilidad del contexto.

Donde realmente se establece un hiatus es entre la historia de Anna O. y la contribución teórica de Breuer. Fue su único caso y de él se supone que extrajo las conclusiones que expone en su “Teoría” puesto que sabemos que la escribió independientemente de Freud. Aunque existen puntos de contacto, creemos que éstos son muy escasos. En “Teoría” Breuer vuelve a “servir a sus viejos amos”.

Después de su tormentosa aventura vuelve a pisar el terreno árido pero seguro de la física mecanicista. Pero, ¿cuál es el sustrato empírico de este “ensayo especulativo”?, ¿dónde están los datos de la experiencia? Ciertamente no provienen de Anna O. ni de otra fuente conocida. Es que “Teoría” (igual que el “Proyecto”) rebate, a través de la fantástica inventiva de la que se componen, las presuntas inquebrantables convicciones positivistas de su autor.

Si ahora tratamos de evaluar el papel de Breuer en los orígenes del psicoanálisis, creemos que podemos dejarlo hablar por sí mismo, reproduciendo íntegramente una carta dirigida a Auguste Forel, evidentemente en respuesta a un pedido de Forel a Breuer, solicitando informes sobre el papel de éste en el descubrimiento del psicoanálisis (29).

*Dr. Josef Breuer,
1., Brandstätte 4*

Viena, 21 de noviembre de 1907.

Estimado Señor:

Tuve que demorar algunos días la respuesta a su amable carta, ya que hube de repasar el viejo libro (Estudios sobre la histeria) nuevamente para refrescar mi memoria. Ahora lo hice y debo confesar que, contrariamente a mis expectativas, realmente me agradó, mucho. En cuanto a la cuestión sobre las ideas con que contribuyeron los dos autores a los vanos elementos de la teoría que comprende y al análisis psicoterapéutico, debo comenzar explicándole que no puedo discutir el asunto con Freud desde que hace varios años no tengo contacto personal con él. Sin embargo es muy difícil, recurriendo solamente a la propia memoria, separar las contribuciones en un caso de trabajo llevado a cabo tan en común como el que produjo este libro. El caso descrito en los “Estudios” como el N° 1, Anna O., fue tratado por mí y mi mérito consistió

esencialmente en haberme percatado de qué caso tan particularmente instructivo y científicamente importante me proporcionó el azar para la investigación, en haber perseverado en su observación atenta y exacta y en no haber permitido la interferencia de ninguna opinión preconcebida con la simple observación de los importantes datos. Así en aquel entonces aprendí mucho: mucho de valor científico, pero también algo de importancia práctica, es decir, que era imposible para un “médico general” tratar un caso de este tipo sin terminar completamente con sus actividades y con su modo de vida. Juré en aquel entonces no volver a pasar nunca más por semejante prueba. Cuando me llegaban casos de los que pensaba se beneficiarían de un tratamiento analítico, pero que yo mismo no podía tratar, los enviaba al Dr. Freud, quien había regresado de París y de la Salpêtrière y con quien tenía las más íntimas relaciones amistosas y científicas. Estos casos, su curso, su tratamiento y cualquier contribución a la teoría que surgiera de ellos, naturalmente eran siempre discutidos por nosotros. De este modo crecieron nuestros puntos de vista teóricos —por supuesto no sin divergencias— pero, no obstante, en un trabajo que era realizado tan en común que es realmente difícil decir qué es lo que provino de uno y que del otro.

Sin embargo, creo que puedo decir:

*Lo que surge inmediatamente del caso Anna O. es mío — es decir la significación etiológica de representaciones afectivos, privadas de su reacción normal, que actuaban permanentemente como cuerpos extraños; “histeria de retención”; la comprobación de la importancia de los estados hipnoides en el desarrollo de la histeria; la terapia analítica [esta palabra fue escrita primero psico-analítica, tachándose después “psico”].**

* N. del T.: Observación del editor; ver bibliográfica N° 29.

En cuanto a los fobias, naturalmente nos inclinábamos mucho a sospechar la misma etiología; Freud estaba muy sorprendido cuando los análisis frecuentemente no producían resultado y anomalías sexuales (coitus interruptus, etc.) eran encontrados como causas con frecuencia y certeza cada vez mayor. (Considero esto un descubrimiento de la mayor importancia.)

No nos encontramos menos sorprendidos y llenos de dudas cuando los análisis de casos severos de histeria (por ej. de “Cecilia Al.” en el libro) nos conducían cada vez más hacia la infancia. Esto también, naturalmente, fue enteramente un descubrimiento de Freud.

Freud es enteramente responsable de la “conversión de la excitación afectiva”, de la teoría de las “neurosis de defensa” y de la enorme importancia de la “defensa” en la formación de complejos de representaciones “inadmisibles a la conciencia” de lo que surge la escisión de la psiquis (double conscience). En comparación con esto, los efectos patológicos de los “estados hipnoides” le parecieron despreciables — lo que no fue, creo, para beneficio de su teoría.

Junto con Freud pude observar el lugar prominente asumido por la sexualidad (das Vordrängen der Sexualität) y puedo asegurar que ello no surgió por una inclinación hacia el tema, sino de los hallazgos —en su mayoría inesperados— de nuestra experiencia médica.

Freud es un hombre dado a formulaciones absolutas y exclusivas. Esto es una necesidad psíquica que, en mi opinión, conduce a una generalización excesiva. Puede haber además el deseo “d’épater le bourgeois” [sic]. Sin embargo, en lo principal, sus puntos de vista sobre la cuestión derivan, tal como he dicho, simplemente de la experiencia; todo lo que va más allá es meramente la ley del péndulo que gobierna todo desarrollo. En tiempos

tempranos toda histeria era sexual; después sentimos que ofendíamos a nuestros pacientes si incluíamos cualquier sentimiento sexual en su etiología; y ahora que el verdadero estado de cosas una vez más ha vuelto a la luz, el péndulo oscila hacia el otro lado.

El caso de Anna O., célula germinal de todo el psicoanálisis, demuestra que un severo caso de histeria puede desarrollarse, florecer, y ser resuelto sin tener una base sexual. Confieso que zambullirse en la sexualidad en teoría y en práctica no es de mi gusto. Pero, ¿qué tienen que ver mi gusto y mis sentimientos sobre lo que es adecuado y sobre lo que es inadecuado con la pregunta: qué es?

Tal como ya he dicho, personalmente me he separado enteramente de Freud y naturalmente esto no fue un proceso del todo indoloro. Pero sigo considerando la obra de Freud como magnífica: construida sobre el estudio más laborioso en su práctica privada y de la mayor importancia —aun cuando una parte no pequeña de su estructura sin duda volverá a desmigajarse otra vez.

Con mis mejores saludos

J. Breuer.

Creemos que merece destacarse de este interesante documento, recientemente descubierto: que aún en 1907 Breuer consideró el caso Anna O. como conducido a una cura completa sin encontrar una base sexual; que el papel de la sexualidad en las teorías de Freud y Breuer fue puramente el resultado de la observación empírica y en su mayor parte inesperado, igual que la tendencia de los pacientes de retroceder en sus recuerdos cada vez más lejos hacia la infancia.

En una carta del 2 de julio de 1932, Freud dice a Stefan Zweig, a propósito de la brusca interrupción del tratamiento de Anna O.: “En aquel momento Breuer tenía en su poder la llave que abre las puertas de las madres, pero la dejó caer. A pesar de sus grandes dotes intelectuales, no había nada faustiano en su naturaleza. Atrapado por un horror convencional, huyó y abandonó a su paciente a un colega. Aquélla *pasó* los *meses* siguientes en una clínica luchando por restablecerse”.

Creemos, además, que solamente conociendo a Breuer puede establecerse una secuencia comprensible en la evolución de las ideas. Breuer representa un mojón en la historia de nuestras concepciones psicológicas. A través de toda su obra lo vemos actuar pretendidamente como el investigador que busca formulaciones y leyes, de acuerdo con “el método científico” al modo de las ciencias naturales; “atrapado por la vieja concepción de las ideas”, buscaba conocer lo cognoscible, sin percatarse de que ya había rebasado *los* límites donde ello era posible.

De ese modo representa el camino que Freud justamente abandona, abocándose éste a una nueva modalidad de conocer que exigía una metodología totalmente diferente. Creemos que de hecho entre las *concepciones* de ambos se produce ese corte epistemológico

—término acuñado por Bachelard ciertamente no a propósito del nacimiento del psicoanálisis— que se establece por un cambio radical de los conceptos utilizados y donde los anteriores siguen actuando como los más grandes obstáculos.

Es Freud quien se verá abocado a la búsqueda de una terminología propia, de una metodología que se adecue al objeto de su ciencia o de una ciencia que permitirá una definición de su objeto.

RESUMEN

Este breve trabajo introductorio a las versiones castellanas de las contribuciones exclusivas del Dr. Josef Breuer a los “Estudios sobre la histeria” pretende ubicar la obra y la figura de éste en el contexto de las ideas que sentaron las bases del psicoanálisis. Al mismo tiempo esboza una tentativa de situar estos orígenes, destacando la importancia del criterio ideológico y cronológico para la comprensión que se desea lograr. Además trata de ofrecer una visión somera de la particularísima encrucijada, superposición y yuxtaposición de corrientes de ideas, tan propias del pensamiento del siglo XIX y las dificultades que necesariamente surgen del pretender ignorar este hecho.

Se encaran esquemáticamente las diversas corrientes en parte enfrentadas, enfocando al mismo tiempo no solamente el espíritu de la época sino también su estilo de vida; el rápido progreso de la psicología y de la psicopatología por el empuje cada vez mayor del interés que en ese sentido nace del romanticismo en cuanto cuestionamiento de la naturaleza, su esencia y los secretos de la mente humana.

Después de una reseña biográfica de Breuer, se discuten las relaciones tan controvertidas entre él y Freud, para dedicar algunos comentarios al historial de Anna O., particularmente la relación Breuer-Anna O., la significación compleja del término “catarsis” y sus relaciones con el drama. Luego se hace referencia a las particularidades del vínculo, el que más tarde, pasando por diversas etapas, termina por constituir la transferencia, que ya existe bajo el nombre de “rapport” en épocas del exorcismo y magnetismo. La significación de la seducción en el contexto de las relaciones humanas y su particular trascendencia en la psicoterapia.

Una reseña biográfica de Bertha Pappenheim y su comparación con diversas “versiones” del historial de Anna O. se propone mostrar la irrelevancia de una presunta ‘verdad objetiva’ del caso que siempre ha sido presentado como semilla y germen del psicoanálisis.

Después de una autoevaluación de su contribución al psicoanálisis, realizada por Breuer en una carta dirigida a Forel, finaliza esta introducción señalando cómo entre Breuer y Freud se insinúa una línea divisoria de importancia insuficientemente destacada, demarcatoria de un nuevo modo de conocer, de un nuevo objeto del conocimiento y de un cambio radical en la concepción del hombre sobre sí mismo.

SUMMARY

The present paper is an introduction to the first Spanish translation made from Dr. Josef Breuer’s exclusive contributions to the “Studies in Hysteria” (Breuer & Freud - 1895), in which it is being tried to situate his figure and work within the context of ideas which became the basis of psycho-analysis. Likewise, a sketching of the location of these origins is intended with emphasis of the importance of the ideological and chronological criterion to be applied to the kind of approach and understanding sought. A superficial vision of the extremely peculiar intersection, overlapping, coincidence and juxtaposition of the XIXth Century’s lines of thought, and the difficulties arising from the fact of trying to ignore this, is offered. The different opposing currents are briefly outlined, so is the “spirit of the time” as well as the “way of life”.

Romanticism, inasmuch as it questions the nature and human mind about its secrets and ultimate truths, rushes the fast progress of psychology and psychopathology.

After a short revision of Breuer's biography, the much controverted relationship between Breuer and Freud is discussed. Some comments to the case history of Anna O. —the relation Breuer-Anna O. in particular—, are being made. The complex meaning of the term “catharsis” and its connection with drama is being shown. Then the peculiarities of the relation are being outlined, relation which later, after several stages, will constitute the concept of transference, already known by the name of “rapport” in times of exorcism and magnetism. The meaning of seduction within the context of human relations and its particular incidence in psychotherapy is discussed.

A biography of Bertha Pappenheim and its comparison with the various “versions” of the case history of Anna O. is intended to show the lack of importance of a supposed “objective truth” of the case which has always been presented as the germ of psycho-analysis.

An auto-evaluation of his contribution to psycho-analysis, carried out by Breuer in a letter addressed to Forel, is the last part of this introduction, preceding only the attempt to draw a division line not sufficiently observed, marking a new way of knowing, a new object of knowledge and a radical change in conception of man about himself.

[Las traducciones de los dos capítulos de Josef Breuer, fueron efectuadas del alemán en base a los “Studien über Hysterie” (S. Freud y J. Breuer), (Francfort s/M. Fischer, 1970), confrontándolas con “The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud” (Londres; The Hogarth Press, 1955).

Las llamadas marcadas (T.) entre corchetes corresponden a las observaciones realizadas por James Strachey en la versión inglesa y que han

sido transcritas por considerarse de sumo valor para la comprensión del texto.]

Recibido el 30.11.75.

Tomás Bedó (*)

Irene Maggi de García Rocco (**)

(*) Dirección: Avenida 18 de Julio 2035 ap. 601. Montevideo, Uruguay.

(**) Dirección: Paulino Pimienta 959. Montevideo, Uruguay.

BIBLIOGRAFÍA

(1) FREUD, S. Obras Completas (O. C.) t. IV, p. 79. Buenos Aires: Santiago Rueda

(5. R.). 1952.

(2) FREUD, S. O. C. - S. R., 1956, t. XXII.

(3) ELLENBERGER, H. F. L'histoire d'Anna O.: Etude critique avec documents nouveaux — L'Evolution Psychiatrique. Anée 1972, citado por García Rocco, Irene Maggi de. A propósito de Anna O., 1973.

(4) MERTON, R. K. Science, Technology and Society in XVII Century England — OSIRIS, pp. 360-62.

(5) FEUER, L. S. The Scientific Intellectual, 1963

(6) KUHN, L. S. The Structure of Scientific Revolution. 1962.

(7) BEDÓ, T. Evolución de la técnica freudiana a través de sus primeros

historiales,

Rev. Urug. Psa., XI, 3/4, 1969.

(8) BERNFELD, S. Freud's earliest Theories and the School of Helmholtz, Psychanal. Quart., 13, p. 341.

(9) JONES, E. Vida y Obra de Sigmund Freud, pp. 38 y 47 ss., t. 1.

(10) KRIS, E. Estudio Preliminar, O. C. - S. R., XXII, p. 19.

(11) OBERNDORF, C. F. Autobiography of Josef Breuer. Int. J. Psycho Anal., XXXIV, 1953.

(12) STEWART, W. Psychoanalysis: The First Ten Years — 1888-1898. New York: The McMillan Co. 1967.

(13) FREUD, S. Análisis fragmentario de una Histeria — O. C. - S. R. t. XV, p. 28.

(14) MANNONI, O. Freud. Buenos Aires: Galerna, 1970.

(15) STRACHEY, J. Editor's Introduccion, S. E., 2, p. XXIV.

(16) LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J.-B. El Inconciente Freudiano y el Psicoanálisis contemporáneo. Buenos Aires; Nueva Visión, 1969.

(17) STRACHEY, J. Op. cit. (15).

(18) LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B. Vocabulaire de la Psychanalyse. (Paris: P. U. F., 1968).

(19) FREUD, S. Psycho-Analysis, 1926. (S. E., 20, 263-4).

(20) LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B. Op. cit. (18).

(21) SCHILLER, F. Dramas. t. 1. (Barcelona: "Arte y Letras", 1886).

(22) FREUD, S. Personajes Psicopáticos en la Escena. O. C. - 5. R. t. XXI.

(23) FREUD, S. Psicoterapia de la Histeria — O. C. - 5. R., t. X.

(24) FREEMAN, L. The History of Anna O. — (New York: Walker & Co.

1972).

(25) ELLENBERGER, H. F. Op. oit. (3>.

(26) ELLENBERGER, H. F. The Discovery of the Unconscious. (London: Allen Lane

The Penguin Press, 1970).

(27) DALMA, j. La catharsis en Aristóteles, Bernays y Freud. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, vol. 6, 1963.

(28) BERNAYS, J. Zwei Abhandlungen über die aristotelische Theorie des Drama (Berlin: Wilhelm Hertz, 1880).

(29) CRANEFIELD, P. F. Josef Breuer's Evaluation of his Contribution to Psychoanalysis. Int. J. Psycho - Anal., 33. Parte V, 1958.

LA SRTA. ANNA O.

JOSEF BREUER

Capítulo I de la parte II^a,
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 quejaba 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 desor-

ganización 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 soplándole 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 comfortable). 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, porque 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 enmarñado 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 anestias, 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 desarrollé 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, totalmente 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 música bailable 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, 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

* [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

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 paralítica 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

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.]

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 incomprensible por qué la música bailable 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 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, in-

* [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, 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.]

dolente, 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 querido; 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 A_0 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.

CONSIDERACIONES
TEORICAS
JOSEF BREUER

PARTE III^a de la
versión alemana original de
los “ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA” (1895)
(BREUER y FREUD)

En la “Comunicación preliminar”, introducción a estos “Estudios”, hemos expuesto las conclusiones a las que nos hemos visto llevados por nuestras observaciones y creo que, en lo fundamental, son las que podemos mantener. Pero la “Comunicación preliminar” es tan corta y concisa que a lo sumo apenas pudo insinuarse lo que queríamos decir. Ahora que los historiales clínicos han agregado elementos a nuestras conclusiones, permítasenos exponerlas con más detalle. Naturalmente, no se debe ni se puede tratar aquí “el todo de la histeria”. Pero aquellos puntos que en la “Comunicación preliminar” han sido insuficientemente fundamentados o muy débilmente destacados, deberán recibir aquí un tratamiento algo más profundo, más claro, y también más delimitador.

En estas consideraciones se hablará muy poco del cerebro y para nada de las moléculas. Los procesos psíquicos habrán de ser tratados en el lenguaje de la psicología y, ciertamente, tampoco podría ser de otro modo. Si en lugar de

“representación”, habláramos de “excitación cortical”, esta expresión sólo tendría sentido para nosotros si reconociéramos, bajo este disfraz, a nuestra vieja conocida, y así estaríamos restituyendo, tácitamente, la “representación”. En tanto que las representaciones son los objetos constantes de nuestra experiencia y nos son bien conocidas en todos sus matices, la “excitación cortical” no es para nosotros más que un postulado, objeto de futuro y esperado reconocimiento. Esta sustitución de términos nos parece una mascarada inútil. De modo que el uso casi exclusivo de una terminología psicológica habrá de ser disculpado.

También por otra cosa debo pedir previamente indulgencia. Cuando una ciencia progresa rápidamente, los pensamientos pronunciados al comienzo por unos pocos, velozmente se convierten en dominio público. Así nadie que hoy trate de exponer sus consideraciones sobre la histeria y su base psíquica, puede evitar utilizar y repetir toda una serie de pensamientos ajenos, justamente aquellos que están pasando de la propiedad individual al uso público. Apenas es posible volver a constatar quién las pronunció primero y también existe el peligro de que se tenga por producto propio lo que ya ha sido dicho por otros.

Deberá disculparse entonces, si se aportan pocas citas y no se establece una distinción severa entre lo propio y lo ajeno. La originalidad es la menor de las pretensiones de lo que se expone en las páginas que siguen.

1. ¿SON IDEÓGENOS TODOS LOS FENÓMENOS HISTÉRICOS?

En la “Comunicación preliminar” hablamos del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos y no de la “histeria”, porque no pretendíamos una validez ilimitada para aquél ni para la teoría psíquica de los síntomas histéricos en general. No creemos que todas las manifestaciones de la histeria se originen del

modo expuesto por nosotros, tampoco que todas sean *ideógenas*, es decir, condicionadas por representaciones. En ello diferimos con *Moebius* (1) que en 1888 propuso esta definición: “Son histéricas todas aquellas manifestaciones patológicas causadas por representaciones”. Más tarde esta frase fue clarificada en el sentido de que solamente una parte del contenido de los fenómenos patológicos corresponde a las representaciones causales, la originada por hetero y autosugestión; por ejemplo, cuando la representación de no poder mover el brazo condiciona la parálisis del mismo. Otra parte de los fenómenos histéricos también es causada por representaciones, pero ellas no se corresponden por su contenido; por ejemplo, cuando en una de nuestras observaciones, la parálisis del brazo fue generada por ver objetos parecidos a víboras.

Moebius no está proponiendo con esta definición una posible modificación de la nomenclatura, de manera que en adelante sólo los fenómenos patológicos ideógenos, condicionados por representaciones, sean llamados histéricos; sino que - propone que todas las manifestaciones patológicas histéricas son ideógenas. “Puesto que muy a menudo las representaciones son causa de manifestaciones histéricas, creemos que siempre lo son”. Lo llama inferencia por analogía; yo preferiría llamarlo generalización, cuya justificación primero debe ser investigada.

Evidentemente, antes de toda discusión, debe determinarse qué es lo que se entiende por histeria. Considero la histeria como un cuadro clínico hallado empíricamente por la observación, del mismo modo que la tisis pulmonar tuberculosa. Estos cuadros clínicos logrados empíricamente se hacen más precisos, profundos y claros mediante el progreso de nuestros conocimientos, pero no por ello deben ni pueden ser destruidos. La investigación etiológica ha mostrado que diversos procesos parciales de la tisis pulmonar son condicionados por causas patológicas diferentes; el tubérculo por el bacilo de Koch; la

desintegración tisular, la excavación, la fiebre séptica, por otros microbios. A pesar de ello la tisis tuberculosa sigue siendo una unidad clínica y sería incorrecto destruirla atribuyéndole solamente las modificaciones tisulares “específicamente tuberculosas”, causadas por el bacilo de Koch, pretendiendo independizarlas de las otras. Del mismo modo debe conservarse la unidad clínica de la histeria, aun cuando resultara que sus manifestaciones sean condicionadas por causas diversas, unas por un mecanismo psíquico y otras sin tal.

Mí convicción es de que realmente es así. Que sólo una parte de los fenómenos histéricos es ideógena y que la suposición de la definición de *Moebius* desgarrar por el medio la unidad clínica de la histeria, aun también la unidad de un mismo síntoma en un mismo enfermo.

Sería una inferencia totalmente análoga a la inferencia por analogía de *Moebius*: “Porque muy a menudo son representaciones y percepciones las que provocan la erección, suponemos que solamente ellas lo hacen y que los estímulos periféricos sólo desencadenan este proceso vasomotor siguiendo un rodeo a través de la psiquis”.

Sabemos que esto sería un error y sin embargo esta conclusión estaría sustentada por tantos hechos como la frase de *Moebius* referente a la histeria. En analogía con gran número de procesos fisiológicos, tales como la secreción salival y lacrimal, las modificaciones de la actividad cardíaca, etc., es de suponer como posible y aun como probable que un mismo proceso pueda ser desencadenado tanto por representaciones como por estímulos no psíquicos, periféricos y otros. Lo contrario deberá ser demostrado y para ello aún falta mucho. Parece seguro entonces que muchos de los fenómenos llamados histéricos no son provocados sólo por representaciones.

Consideremos un caso muy cotidiano. Una mujer presenta con cada afecto un eritema en su cuello, pecho y cara, primero macular, luego confluyente. Esto está condicionado por representaciones y por lo tanto, según *Moebius*, es un fenómeno histérico. Sin embargo el mismo eritema aparece, con menor extensión, al irritar la piel, al contacto, etc. Esto no sería, entonces, histérico. Así un fenómeno totalmente unitario pertenecería una vez a la histeria y la otra vez no. Se puede dudar si el eretismo vasomotor puede ser incluido entre las manifestaciones histéricas específicas o si es mejor atribuirlo al simple “nerviosismo”. Pero según *Moebius* correspondería que se hiciera este doblamiento de un proceso unitario y sólo el eritema determinado afectivamente debería ser llamado histérico.

Exactamente lo mismo acontece con las algias histéricas, tan importantes en la práctica. Muy frecuentemente ellas están condicionadas por representaciones; siendo “alucinaciones de dolor”. Si las examinamos más de cerca se observa que para su producción no es suficiente la gran vivacidad de la representación, sino que exige un estado anormal del aparato perceptor y conductor del dolor, del mismo modo como la producción del eritema afectivo exige la excitabilidad anormal de los vasomotores. Ciertamente la expresión “alucinación del dolor” describe de un modo muy preciso la presencia de esta neuralgia, pero ella también nos obliga a transferirle las conclusiones que nos hemos formado referentes a la alucinación en general. No es éste el lugar para discutirlo en detalle. Yo me suscribo a la opinión de que la “representación”, la imagen mnémica sola, sin excitación del aparato perceptor, no alcanza jamás, ni siquiera en su mayor vivacidad e intensidad, el carácter de excitación objetiva que provoca la alucinación. (2)

Esto es valedero para las alucinaciones sensoriales y más aun para las del dolor. Parece que al sano no le es posible proporcionar al recuerdo de un dolor

corporal aquella vivacidad, aquella aproximación a la lejana sensación real que puede ser lograda en las imágenes mnémicas ópticas y acústicas. Pienso que aun en el estado alucinatorio normal del sano, durante el sueño, nunca se sueñan dolores, a menos que estén presentes sensaciones dolorosas reales. La excitación “retrógrada” (*) del aparato de percepción mediante representaciones que parten del órgano de la memoria es, por lo tanto, en principio, aun más dificultosa para el dolor que para las sensaciones visuales y auditivas. Desde que en la histeria las alucinaciones de dolor aparecen con tanta facilidad, debemos admitir una excitabilidad anómala del aparato perceptor del dolor.

Esta no aparece sólo mediante representaciones, sino también estimulada por excitaciones periféricas, exactamente del mismo modo como el eretismo vasomotor antes considerado.

Observamos diariamente que en la persona normal desde el punto de vista nervioso, los dolores periféricos son causados en otros órganos por procesos patológicos por sí mismos no dolorosos; así el dolor de cabeza por modificaciones relativamente insignificantes de la nariz y de los senos; neuralgias de los nervios intercostales y branquiales a partir del corazón, etc. Si en un enfermo existe esa excitabilidad anormal que debemos admitir como condición de las alucinaciones de dolor, la misma está, por así decirlo, a disposición de las irradiaciones recién mencionadas. Las que se producen en el sujeto no nervioso se hacen más intensas y se crean las mismas irradiaciones que encontramos en el enfermo nervioso, las que después de todo están basadas sobre el mismo mecanismo que aquéllas. Así, creo, los dolores ováricos dependen de los estados del aparato genital. El que sean mediados psíquicamente habría que demostrarlo, y no es suficiente que este dolor pueda ser provocado como

* [Según J. Strachey, la idea de la naturaleza regresiva de la alucinación fue adoptada por Freud en su discusión sobre los sueños, en su “Proyecto” póstumo. Volverá a encontrarse en el capítulo séptimo de la “Interpretación de los sueños”, donde se usará el término “regresión”] [T.].

alucinación en la hipnosis o que los dolores ováricos puedan ser también de origen psíquico. Se produce como el eritema, o como una de las secreciones normales, tanto por causas psíquicas como puramente somáticas. ¿Es que habremos de llamar histérica a la primera de las modalidades, aquella de la que conocemos un origen psíquico?

En ese caso el dolor ovárico habitualmente observado debería eliminarse del complejo sintomático histérico, lo que difícilmente podría ser pertinente.

Si luego de un traumatismo articular leve aparece paulatinamente una grave neurosis articular, este proceso seguramente contendrá un elemento psíquico: la concentración de la atención en la parte lesionada que incrementa la excitabilidad de las vías nerviosas correspondientes; sin embargo, esto no puede formularse diciendo que la hiperalgesia ha sido condicionada por representaciones.

Lo mismo sucede con la “disminución” patológica de la sensación. Resulta categóricamente indemostrado e improbable que la analgesia generalizada o la analgesia sin anestesia de algunas partes del cuerpo sean causadas por representaciones. Aun cuando se confirmara plenamente el descubrimiento de *Binet* y *Janet* de que la hemianestesia es provocada por un estado psíquico particular, la escisión (*) de la psiquis, sería por cierto un fenómeno psicógeno, pero no ideógeno, y por lo tanto, según *Moebius*, no debiera llamarse histérico.

* Nota de los Traductores: Hemos encontrado que el término alemán “Spaltung” corresponde más adecuadamente a la expresión castellana de “escisión”. Las traducciones francesas usan preferentemente el término “clivage”; las inglesas el de “dissociation”.

Si por todo esto no podemos admitir que un gran número de fenómenos histéricos característicos sean ideógenos, parece correcto reducir el enunciado de Moebius. No decimos: son histéricas aquellas manifestaciones patológicas que han sido causadas por representaciones”, sino solamente: *muchos de los fenómenos histéricos, probablemente muchos más de los que hoy en día conocemos, son ideógenos*. La modificación patológica fundamental común que hace posible que tanto representaciones como estímulos no psicológicos actúen en forma patógena, es una excitabilidad anormal del sistema nervioso (3). Hasta dónde aquella misma puede ser también de origen psíquico, es otra cuestión.

Si sólo algunos de los fenómenos histéricos podrían ser ideógenos, lo serían justamente aquellos que pueden ser llamados específicamente histéricos y su investigación, el descubrimiento de su origen psíquico, constituye el más importante paso y reciente progreso en la teoría de la enfermedad. Se plantea ahora la cuestión: ¿Cómo se producen, cuál es el “mecanismo psíquico” de estos fenómenos?

Frente a esta pregunta los dos grupos de síntomas ideógenos separados por Moebius se comportan en forma esencialmente distinta. En aquel grupo en el que los fenómenos patológicos se corresponden por su contenido con la representación *provocadora*, ellos *son* relativamente comprensibles y transparentes. El que la representación de una voz oída no solamente provoque el tenue eco del “oído interior” como en el sano, sino que sea percibida alucinatoriamente como una sensación auditiva objetiva, corresponde a fenómenos conocidos de la vida sana (ensueños), y es bien comprensible bajo la suposición de una excitabilidad anormal. Sabemos que en

cada movimiento voluntario la representación del resultado a lograr es lo que desencadena la contracción muscular correspondiente; no es completamente incomprensible entonces que la representación de que este movimiento es imposible inhiba el movimiento (parálisis por sugestión).

Se comportan de otro modo los fenómenos que no poseen una correlación lógica con la representación determinante. (También para éstos la vida normal ofrece analogías, por ejemplo, el ruborizarse.)

¿Cómo se producen? ¿Por qué en el enfermo determinada representación desencadena un movimiento o alucinación que no corresponde y es totalmente irracional y por qué justamente éste?

En base a nuestras observaciones creímos poder expresar algo en la “Comunicación preliminar” sobre esta relación causal. Sin embargo, en nuestra exposición hemos introducido y utilizado sin más, el concepto “de excitación que defluye o debe ser abreaccionada”. Este concepto, de fundamental importancia para nuestro tema y para la teoría de las neurosis, parecería exigir y merecer una investigación más profunda. Antes de pasar a ésta, debo pedir disculpas de que se vuelva a retroceder aquí a problemas básicos del sistema nervioso. Tal “descenso a las madres” (*) siempre provoca cierta opresión. Pero la tentativa de desenterrar la raíz de un fenómeno conduce siempre a problemas básicos que no pueden ser evitados. En consecuencia, pido indulgencia por lo abstruso de las discusiones que siguen.

* [Una alusión a las misteriosas investigaciones de Fausto (en Goethe: “Fausto”, parte II, acto 1)] [T.].

2. LA EXCITACIÓN TÓNICA INTRACEREBRAL. LOS AFECTOS

A. — Conocemos dos estados extremos del sistema nervioso central: el dormir sin sueños y la vigilia lúcida. Entre ambos se producen todas las gradaciones de lucidez decreciente. No nos interesa aquí la cuestión de la finalidad de la fundamentación física del dormir (sus condiciones químicas o vasomotoras), sino la diferencia esencial entre ambos estados.

Del dormir más profundo, sin sueños, nada podemos referir directamente, puesto que, justamente debido a la situación de completa inconciencia, queda excluida toda observación y experiencia. Del estado vecino, del dormir y soñar, sabemos que en él pretendemos realizar movimientos voluntarios, hablamos, caminamos, etc., sin que por ello se desencadenen las contracciones musculares voluntarias correspondientes, como sucede en la vigilia;• que los estímulos sensitivos quizás sean percibidos (ya que frecuentemente aparecen en los sueños), pero no son apercibidos, es decir que no se transforman en percepciones concientes; que contrariamente a lo que sucede en la vigilia, de las representaciones que surgen no todas se actualizan con sus correspondientes representaciones presentes en la conciencia potencial, sino que gran número de ellas permanecen sin excitar (tal como si habláramos con un muerto sin acordarnos de su muerte); también que representaciones incompatibles pueden coexistir simultáneamente, sin inhibirse recíprocamente como en la vigilia; que asimismo las asociaciones se realizan en forma defectuosa e incompleta. Bien podemos suponer que en el dormir más profundo este corte de la conexión entre los elementos psíquicos debe ser aun más completo.

Frente a esto, durante la vigilia lúcida, cada acto de voluntad desencadena el movimiento correspondiente, las impresiones sensitivas se convierten en percepciones, las representaciones se asocian con todo el patrimonio de la conciencia potencial. El cerebro es entonces una unidad que trabaja en completa correlación interna.

Puede que sea apenas una transcripción de los hechos decir que en el sueño las vías de conexión y de conducción del cerebro no se encuentran totalmente viables para la excitación de los elementos psíquicos (¿células corticales?), tal como sucede en el estado de vigilia.

La existencia de estos dos estados distintos en las vías de conducción probablemente se hace incomprensible sólo a través de la hipótesis de que durante la vigilia, éstas se encuentran en estado de excitación tónica (tétano intercelular de *Exner*); que esta *excitación tónica intracerebral* condiciona su capacidad de conducción y que su descenso y desaparición provoca justamente el estado del dormir.

No debiéramos representarnos una vía de conducción cerebral como un hilo telefónico, que sólo se encuentra excitado eléctricamente cuando debe funcionar, es decir, transmitir una señal, sino como aquellos conductores telefónicos a través de los cuales fluye constantemente una corriente galvánica y que se vuelven inexcitables cuando ésta desaparece. O mejor quizás pensemos en una instalación eléctrica muy ramificada, para iluminación y transmisión de fuerza motriz; se le pide que cada lámpara y cada máquina pueda ser puesta en funcionamiento nuevamente mediante el establecimiento de un contacto. Para hacer esto posible debe existir, en toda la red de conducción y aun durante el reposo funcional, a los efectos de una prontitud para el trabajo, una cierta

tensión y para ello el dínamo exige cierta energía. Del mismo modo existe un cierto grado de excitación en las vías de conducción del cerebro vigil, en reposo, pero pronto para el trabajo (4).

A favor de esta interpretación habla el hecho de que la vigilia misma, aun sin realizar trabajo, fatiga y da origen a la necesidad de dormir, generando ya de por sí un consumo de energía.

Imaginemos una persona en una expectativa tensa, pero no restringida a un territorio sensorial. Estamos en presencia de un cerebro en reposo, pero pronto para funcionar. Bien podemos suponer que en éste todas las vías de conducción se encuentran en estado de máxima capacidad de conducción, en excitación tónica. Significativamente, el uso llama justamente a este estado: *tensión*. La experiencia enseña cuánta fatiga y cuánto esfuerzo demanda este estado, aun cuando en realidad, de hecho, en el momento no se realiza ningún trabajo psíquico o motor.

Este es un estado de excepción que justamente, por el gran consumo de energía, no puede ser soportado por mucho tiempo. Pero también el estado normal de vigilia lúcida demanda cierta cantidad de excitación intracerebral en cantidades variables dentro de límites no muy amplios; y todos los niveles desde la vigilia hasta la somnolencia y el sueño completo corresponden a grados de excitación inferiores.

Un real trabajo del cerebro seguramente requiere un consumo energético mayor que la mera disponibilidad para el trabajo (del mismo modo como la instalación eléctrica tomada como ejemplo debe hacer fluir una cantidad mayor de energía eléctrica en los conductores, cuando se conectan muchas lámparas o máquinas). En la función normal no se libera más energía que la que es

consumida de inmediato durante la actividad. Sin embargo el cerebro se comporta como una instalación de capacidad de rendimiento limitada, que no podría producir simultáneamente grandes cantidades de luz y de trabajo mecánico. Cuando trabaja la transmisión de fuerzas queda poca energía disponible para la iluminación y viceversa. Vemos así que durante el esfuerzo muscular resulta imposible pensar en forma continuada, que la concentración en un terreno sensorial hace disminuir la capacidad de rendimiento de otros órganos cerebrales, que, en resumen, el cerebro trabaja con una cantidad de energía variable pero limitada.

La distribución desigual de la energía seguramente es causada por la “facilitación atencional” (*Exner*), incrementándose la conductibilidad de las vías utilizadas descendiendo la de las otras, de tal modo que se llega a una distribución irregular de la “excitación tónica intracerebral” en el cerebro funcionante (5).

Despertamos a un durmiente, es decir aumentamos súbitamente el cuántum de su excitación tónica intracerebral, haciendo actuar sobre él un vivo estímulo sensorial. No está claro si las modificaciones de la circulación sanguínea cerebral actúan como eslabones esenciales de la cadena causada, es decir, si los vasos se dilatan primariamente por el estímulo o si ello es la consecuencia de la excitación de los elementos cerebrales. Pero es seguro que el estado de excitación que penetra por una puerta sensorial se expande sobre el resto del cerebro, se difunde y lleva a todas las vías de conducción a un estado de mayor facilitación.

Aún resulta totalmente oscuro cómo tiene lugar el despertar espontáneo; si siempre la misma zona cerebral entra en estado de excitación vigil y ésta se difunde de allí, o si una vez uno y otra vez otro grupo de elementos funcionan

como despertadores. Sin embargo, el despertar espontáneo, que se produce también en el silencio y oscuridad completos sin estímulos externos, demuestra que el desarrollo de energía, tiene su origen en el proceso vital de los elementos cerebrales mismos.

El músculo sin estimular permanece en reposo independientemente de cuánto tiempo ha estado así y aunque haya acumulado el máximo de la fuerza tensional. No así los elementos cerebrales. Seguramente con razón suponemos que éstos restituyen su estado y acumulan fuerzas tensionales durante el sueño. Si esto ha sucedido hasta cierto grado, y alcanzado un cierto nivel, el excedente fluye por las vías de conducción, las facilita y provoca la excitación intracerebral de la vigilia.

El mismo proceso puede ser ilustrado observando la vigilia. Cuando el cerebro vigil permanece un lapso prolongado en reposo, sin haber transformado por vía de su función la fuerza tensional en energía viva, surge la necesidad de movimiento (el correr sin propósito de los animales enjaulados) y un sentimiento penoso cuando esta necesidad no puede ser satisfecha. La falta de estímulos sensoriales, la oscuridad, el silencio total, se convierten en penosos; el reposo mental, la falta de percepciones, de representaciones o de la capacidad asociativa generan la tortura del tedio. Estos sentimientos de displacer corresponden a una “excitación” [Nota del T.: en el sentido de sobre-tensión], a un incremento de la excitación intracerebral normal.

En consecuencia, los elementos cerebrales completamente restituidos liberan también durante el reposo, una cierta cantidad de energía, la que no es aprovechada funcionalmente, aumentando la excitación intracerebral. Ello provoca un sentimiento de displacer. Tales sentimientos aparecen siempre que una necesidad del organismo no encuentra satisfacción. Dado que ellos de-

saparecen cuando el excedente de cantidad de excitación liberado es utilizado funcionalmente, concluimos que la eliminación del excedente de excitación es una necesidad del organismo y encontramos por primera vez el hecho de que existe en el organismo la “*tendencia a la preservación de la constancia de la excitación intracerebral*” (Freud) (*).

Un excedente pesa y molesta, y produce la pulsión de utilizarlo. Si la utilización no es posible por medio de una actividad sensorial o representacional, defluye el excedente bajo forma de actividades motoras sin propósito, tales como correr de un lado a otro o similares, que es el modo más frecuente de descargar tensiones excesivas.

Es conocida la gran variabilidad individual en este sentido; cómo y cuánto se diferencian las personas muy vivaces de los perezosos y torpes; aquellos “que no pueden quedarse quietos” de los otros que poseen un “talento innato para estar sentados en un sillón”; los mentalmente móviles de los obtusos que toleran períodos ilimitados de reposo psíquico. Estas variantes, que configuran el “temperamento psíquico” del hombre, responden seguramente a diferencias profundas de su sistema nervioso, de acuerdo con la liberación de energía de los elementos cerebrales funcionalmente en reposo.

Hemos hablado de una tendencia del organismo a mantener constante la excitación cerebral tónica; esto solamente nos resulta comprensible con la condición de comprender qué necesidad ha de ser llenada por la misma. Nos resulta comprensible la tendencia a mantener constante la temperatura media de los homeotermos, puesto que sabemos por experiencia, que representa un óptimo para la función de los órganos. Asumimos algo similar para la constancia del

* [De acuerdo con J. Strachey, esto parece la primera enunciación explícita del “principio de constancia” de Freud. Ha sido usado previamente en sus escritos publicados en forma póstuma y que corresponden a 1892. Freud’ desarrolló el tema más ampliamente en su Proyecto” en el que llama a esta hipótesis “Principio de inercia neuronal”] [T.]

contenido de agua de la sangre, entre otras. Creo que puede admitirse que el grado de excitación tónica intracerebral tenga un *óptimo*. En ese nivel de excitación tónica, el cerebro está abierto a todos los estímulos externos, los reflejos están facilitados, pero sólo en el margen de una actividad refleja normal, y el caudal de representaciones es el apto para la evocación y asociación, esa correspondencia relativa recíproca de las representaciones individuales que responde a una conciencia lúcida. Es éste el estado de la mejor disponibilidad para el trabajo. Aun el mero incremento informe de la excitación tónica, representado por la “expectación” ya modifica las condiciones. Provoca hiperestesia para los estímulos sensoriales que pronto se vuelven penosos y eleva la excitabilidad refleja por encima de lo útil (sobresalto). Es cierto que este estado es beneficioso para algunas situaciones y fines; pero cuando aparece espontáneamente, en ausencia de tales condiciones previas, no mejora sino que daña nuestra capacidad de rendimiento. En la vida cotidiana lo llamamos “estar nervioso”. Sin embargo, en la gran mayoría de las formas de aumento de la excitabilidad se trata de sobreexcitaciones no uniformes que son directamente nocivas para la capacidad de rendimiento. Las denominamos “estados de excitación” [N. del T.: en alemán “Aufregung”] Es comprensible que el organismo aspire, en analogía con otras regulaciones, a mantener el óptimo de excitación y a volver a él una vez que ha sido sobrepasado.

Permítasenos retomar aquí nuevamente la comparación con una instalación eléctrica. También la tensión en la red de conductores tiene su óptimo. Si éste es sobrepasado, la función resulta fácilmente dañada, quemándose, por ejemplo, los filamentos incandescentes. Del daño a la propia instalación por perturbación de la aislación y “cortocircuito” volveremos a hablar.

B. — Nuestro lenguaje, resultado de la experiencia de muchas generaciones, diferencia con asombrosa fineza aquellas formas y grados de aumento de la tensión que resultan aún útiles a la actividad mental, porque incrementan uniformemente la energía libre de todas las funciones cerebrales, de aquellas otras que las perjudican por modificar de modo desigual las funciones psíquicas, aumentando unas e inhibiendo otras.

Llama a las primeras *estímulo* y a las segundas “*excitación*”. (*) Una conversación interesante, el té, el café, estimulan; una discusión, una gran dosis de alcohol, excitan. Mientras que la estimulación despierta apenas la pulsión de un aprovechamiento funcional de la tensión incrementada, la *excitación* busca descargarse de modo más o menos violento, limítrofe con lo patológico o claramente tal. Representa el sustrato psico-físico de los afectos y éstos serán tratados a continuación. Pero antes habrá que referirse fugazmente a las causas fisiológicas, endógenas, del aumento de excitación tónica.

Tales son, por de pronto, las grandes necesidades y pulsiones fisiológicas del organismo, el hambre de oxígeno, el hambre de alimentos y la sed. Dado que la *excitación* producida por ellas se anuda con ciertas sensaciones y propósitos, no es observable como puro incremento de tensión, como lo es el más arriba descrito, que procede sólo del reposo de los elementos cerebrales. El mismo siempre tiene una coloración particular, inconfundible en la angustiosa excitación de la disnea, en la inquietud del hambriento.

* N. de los TT.: Esa “asombrosa fineza” del lenguaje es justamente una particularidad del alemán, que hace de la distinción entre “Aufregung” y “Erregung”, un matiz difícilmente traducible. “Aufregung” denota excitación en un sentido de anormal, más de acuerdo a su uso coloquial de agitación o exaltación, de estimulación- incitación. “Erregung” es excitación en un sentido más normal, más fisiológico, técnico. La dificultad mencionada para la traducción al castellano radica en que “excitar” connota por un lado, *estimulación*, y por otro el sentido señalado para *Aufregung*. A partir de aquí señalamos en bastardilla el uso de excitar y sus derivados en esta segunda acepción criando a pesar del contexto pudiera prestarse a anfibología.

El incremento de excitación que fluye de estas fuentes es causado por modificaciones químicas de los elementos cerebrales mismos, empobrecidos en oxígeno o en fuerza o en agua; defluye por vías motoras preformadas que conducen a la satisfacción de la necesidad desencadenante; la disnea en los esfuerzos de la respiración, el hambre y la sed en la búsqueda y obtención del alimento y del agua. El principio de constancia de la excitación tónica apenas se pone en acción en este tipo de *excitación*; los intereses a los que aquí sirve el incremento de tensión son mucho más importantes para el organismo que la regularización de las relaciones funcionales normales del cerebro. Es cierto que puede verse a los animales del zoológico recorrer inquietos la jaula antes de la hora de la comida; pero puede tratarse de un residuo de funciones motoras preformadas como la búsqueda de alimentos que se ha hecho innecesaria por el cautiverio, y no de un medio de liberar al sistema nervioso de la carga.

Cuando la estructura química del sistema nervioso ha sido alterada permanentemente por un aporte duradero de sustancias extrañas, la falta de estas sustancias causará estados de excitación, al igual que la falta de sustancias nutritivas normales en personas sanas, como es el caso de la *abstinencia* de narcóticos.

La transición de estos incrementos de excitación endógenos hacia afectos psíquicos, en su sentido más estrecho, está representada por la excitación sexual y el afecto sexual. En la pubertad aparece en la primera de esas formas como vago incremento de excitación, indeterminado y sin propósito. En tanto que el desarrollo prosigue, este incremento de excitación endógeno determinado por la función de las glándulas sexuales, se une estrechamente (en el curso normal) con la percepción o representación del otro sexo y, ciertamente, con el maravilloso fenómeno del enamoramiento de determinada persona, con la

representación individual de la misma. Esta representación entra en posesión de toda la cantidad de excitación liberada por la pulsión sexual; se convierte en una “representación afectiva”. Esto quiere decir que al actualizarse en la conciencia, desencadena el aumento de excitación que en realidad procede de otra fuente, de las glándulas sexuales.

La pulsión sexual es seguramente la fuente más poderosa de incrementos de excitación persistentes (y como tal, de neurosis). Este incremento se distribuye en forma muy desigual por el sistema nervioso. Cuando llega a un grado considerable de intensidad se perturba el curso de las representaciones y el valor relativo de las mismas se altera. En el orgasmo el pensar se extingue casi completamente.

También sufre la percepción, es decir, la elaboración psíquica de las afecciones sensoriales; el animal habitualmente huido y cauto se vuelve ciego y sordo para el peligro. En cambio se incrementa la intensidad del instinto agresivo (por lo menos en el macho); el animal pacífico se vuelve peligroso hasta que la excitación se descarga en las actividades motoras del acto sexual.

C. — Una perturbación similar del equilibrio dinámico del sistema nervioso —distribución desigual del incremento de excitación tónica— comporta el aspecto psíquico de los afectos.

No se pretenderá ensayar aquí una psicología ni una fisiología de los afectos. Habrá de discutirse un solo punto, importante sólo para la patología y en especial para los afectos ideógenos, aquellos provocados por percepciones y representaciones. (*Lange* (6) ha señalado con razón que los afectos pueden ser

provocados tanto por sustancias tóxicas y primariamente —como lo demuestra la psiquiatría— por modificaciones patológicas. como mediante representaciones.)

No hacen falta, por cierto, más argumentos para asegurar que todas aquellas perturbaciones del equilibrio psíquico que llamamos afectos agudos, se acompañan de un incremento de excitación. (En los afectos crónicos, pena y preocupación, es decir, angustia persistente, existe la complicación de un grave estado de agotamiento que permite la persistencia de la distribución irregular de la excitación pero que desciende su intensidad.) Sin embargo, esta excitación aumentada no puede ser utilizada en la actividad psíquica. Todos los afectos intensos disminuyen la asociación y el curso de las representaciones. “Se pierden los sentidos” por cólera o miedo. Persiste solamente en la conciencia, con la máxima intensidad, aquel grupo de representaciones que provocara el afecto. Así se hace imposible la nivelación de la *excitación* por medio de la actividad asociativa.

Los afectos “activos” o “asténicos” nivelan el incremento de excitación por medio de un deflujo motor. El brincar y soltar de alegría, el tono muscular aumentado de la cólera, la imprecación colérica y el acto de venganza, permiten el deflujo de la excitación en actos motores, El dolor psíquico descarga la excitación en esfuerzos respiratorios y en una actividad secretoria, el sollozo y el llanto. Es cosa de la experiencia cotidiana el que estas reacciones disminuyen y calman la excitación. Como se ha observado ya, el lenguaje tiene expresiones propias tales como “desahogarse llorando” (susweinen), “patalear” (austoben), etc.; lo que se “desahoga” o “descarga” es justamente la excitación tónica cerebral aumentada.

Sólo algunas de estas reacciones tienen un propósito capaz de lograr un

cambio en la situación, como es el caso del acto/imprecación coléricos. Las demás reacciones no tienen propósito o el único es el de renivelar el aumento de excitación y restablecer un equilibrio psíquico. En la medida que lo logran sirven a la “tendencia” al mantenimiento constante de la excitación cerebral.

Los afectos “asténicos” del susto y del miedo no poseen esta descarga reactiva. El susto paraliza directamente tanto la motricidad como la asociación y lo mismo sucede por miedo, cuando la única reacción útil, la huida, se hace imposible ya sea por causa del miedo o por las circunstancias. Solamente a través de una renivelación paulatina desaparece la excitación del susto.

La cólera tiene reacciones adecuadas y que corresponden a su causa. Si ellas son irrealizables o inhibidas, aparecen subrogadas. La imprecación colérica ya es un sustituto. Pero también otros actos totalmente carentes de propósito lo son. Cuando Bismarck tiene que reprimir ante el rey su excitación colérica, se desahoga más tarde arrojando un valioso florero al piso. Esta sustitución voluntaria de un acto motor por otro, corresponde exactamente a reemplazar reflejos de dolor naturales por otras contracciones musculares; el reflejo preformado en una extracción dentaria es el de empujar al dentista y de gritar. Si en vez de eso contraemos los músculos de los brazos y los apretamos contra los posabrazos, trasladamos de un grupo muscular a otro la cantidad de excitación desencadenada por el dolor. En caso de violento dolor de muelas espontáneo, que exceptuando los quejidos no tiene reflejo preformado, la excitación defluye en un caminar de un lado a otro sin propósito. Del mismo modo trasponemos la excitación de la cólera de su reacción adecuada a otras y nos sentimos aliviados cuando la misma es consumida por alguna inervación motora intensa.

Cuando el afecto no encuentra ninguna vía de descarga de la excitación, la situación es la misma tanto para la cólera como para el susto y el miedo: la

excitación intracerebral aumenta notablemente sin ser consumida por alguna actividad motora asociativa. En la persona normal esta perturbación se renueva paulatinamente, pero en algunas aparecen reacciones anómalas y se produce la “expresión anormal de las emociones” (*Oppenheim*).

3. LA CONVERSIÓN HISTÉRICA

Seguramente no se pensará que identifico la excitación nerviosa con la electricidad, si recurro una vez más a la comparación con una instalación eléctrica. Cuando en ésta la tensión se vuelve excesiva, existe el peligro de que los puntos más débiles de la aislación se vean desbordados. De que aparezcan entonces fenómenos eléctricos en lugares anómalos; o de que cuando dos alambres están colocados muy próximos uno del otro se produzca un cortocircuito. Dado que en esos puntos débiles se produce una modificación permanente, la perturbación que aquí surge puede volver a aparecer si la tensión se aumenta lo suficiente. Ha ocurrido una “facilitación” anormal.

Bien puede admitirse que las condiciones del sistema nervioso son hasta cierto punto similares. Es un todo coherente, pero en muchos lugares se han interpuesto grandes pero no invencibles resistencias, las que impiden la extensión general uniforme de la excitación. Así en la persona despierta normal, la excitación del órgano de la representación no pasa al órgano de la percepción, no tenemos alucinaciones. Los aparatos nerviosos de los complejos orgánicos vitales, circulación y digestión, están separados, por fuertes resistencias, de los órganos de la representación en interés de la seguridad y capacidad de funcionamiento del organismo, siendo así preservada su independencia; no son directamente influibles por representaciones. Pero son sólo resistencias de intensidad individualmente variables las que impiden el pasaje de la excitación

intracerebral a los aparatos circulatorio y digestivo. Entre el ideal, hoy raro, de la persona absolutamente no “nerviosa”, cuya actividad cardíaca en cualquier situación vital permanece constante y es solamente influida por el trabajo a realizar (que tiene buen apetito y digiere bien frente a cada peligro), y el hombre “nervioso” al cual cada acontecimiento produce palpitaciones y diarrea, existen todas las gradaciones de la excitabilidad afectiva.

Pero, del modo que sea, existen en el hombre normal resistencias para el pasaje de la excitación cerebral a los órganos vegetativos. Corresponden a la aislación de los conductores eléctricos; en aquellos lugares donde ella es anormalmente baja, es sobrepasada por una excitación cerebral de alta tensión Y la excitación del afecto pasa al órgano periférico. Surge así la “expresión anormal de las emociones”. De las dos condiciones necesarias arriba nombradas, ya se ha hablado extensamente de una. Es un alto grado de excitación intra cerebral cuya renivelación es imposibilitada tanto por el curso de las representaciones como por la descarga motora; o, que el grado de excitación es tan elevado que estos procesos resultan insuficientes.

La otra condición es una debilidad anormal de las resistencias en determinadas vías de conducción. Puede responder a una característica originaria del individuo (predisposición congénita); puede estar condicionada por estados de excitación largamente persistentes, los que aflojan, por así decirlo, la estructura del sistema nervioso x descenden todas las resistencias (predisposición de la pubertad); y también por influencias debilitantes, enfermedad, desnutrición, etc. (predisposición de los estados de agotamiento). La resistencia de cada una de estas vías de conducción puede ser descendida por enfermedad previa del órgano correspondiente, facilitándose así las vías aferentes y eferentes entre éste y el cerebro. Un corazón enfermo sucumbe mas intensamente a la influencia de la emoción que uno sano. “Tengo una caja de resonancia en el bajo vientre”, me

decía una mujer que sufría de una parametritis crónica, “todo lo que pasa despierta mi viejo dolor” (predisposición por enfermedades locales).

Los actos motores en los que normalmente se descarga la excitación de las emociones son ordenados, coordinados, aun cuando con frecuencia sin un propósito, pero la excitación excesiva puede rodear o quebrar los centros de coordinación y defluir bajo forma de movimientos elementales. En el lactante, además de los actos respiratorios del grito, sólo se observan contracciones musculares incoordinadas tales como erguirse y patlear, que son acción y expresión del afecto. Con el desarrollo progresivo la musculatura se encuentra cada vez más bajo el dominio de la coordinación y de la voluntad. Pero aquel opistótonos que representa el máximo del esfuerzo motor de toda la musculatura corporal, y los movimientos clónicos del patleo y de las sacudidas, persisten durante toda la vida como formas de reacción a la máxima excitación del cerebro; tanto para la puramente física del ataque epiléptico como para la descarga del afecto máximo de la convulsión más o menos epileptoide. (El componente puramente motor del acceso histérico.)

Tales reacciones emocionales anormales pertenecen ciertamente a la histeria; pero se observan también fuera de esta enfermedad y caracterizan un grado más o menos elevado de nerviosismo, no a la histeria. Tales fenómenos pueden ser denominados histéricos sólo cuando no se presentan como consecuencia de un afecto muy intenso pero objetivamente fundado, sino como manifestaciones mórbidas aparentemente espontáneas. Muchas observaciones, como también las nuestras, han demostrado que estas últimas descansan en recuerdos que renuevan el afecto original, o mejor *los renovarían si precisamente estas reacciones ya se hubieran producido una vez.*

Seguramente en todas las personas mentalmente ágiles fluye por la

conciencia una silenciosa corriente de representaciones y recuerdos durante el reposo psíquico; casi siempre es tan poca la vivacidad de sus representaciones que ellas no dejan rastro en la memoria y después no puede decirse en qué forma ha tenido lugar la asociación. Si emerge una representación que originariamente estuvo unida a un afecto intenso, éste se renueva con mayor o menor intensidad. Esta representación tan “afectivamente acentuada” penetra entonces clara y vivamente a la conciencia. La intensidad del afecto que un recuerdo puede desencadenar es variable, en la medida en que ha estado expuesto a influencias de “desgaste” diversas. Ante todo, depende de si el afecto primitivo fue “abreaccionado” o no. En la “Comunicación preliminar” hemos señalado en qué diverso grado puede despertarse el afecto de la ira frente a una ofensa, por ejemplo a través del recuerdo, según si esta ofensa fue vengada o tolerada en silencio. Si el reflejo psíquico en la oportunidad primera se desencadenó realmente, el recuerdo libera un cuántum de excitación mucho menor (7), Cuando así no sucede, el recuerdo vuelve a poner nuevamente las palabras insultantes en los labios, aquellas que entonces fueron suprimidas y que hubieran sido el reflejo psíquico de aquel estímulo.

Si el afecto primitivo no se ha descargado a través de un reflejo normal sino por un “reflejo anormal”, éste es el que volverá a desencadenarse por el recuerdo; la excitación procedente de la representación afectiva es “convertida” (*Freud*) en un fenómeno corporal. (*)

Si por reiteradas repeticiones este reflejo anormal ha sido totalmente facilitado, puede agotarse tan completamente la efectividad de la representación desencadenante que el afecto se presenta con una intensidad mínima. La

* [Freud comenta en su “Historia del movimiento psicoanalítico” (1914), sobre la mención de su nombre en este pasaje. Dice que Breuer parece haber querido insinuar que la prioridad de esta concepción teórica pertenecía a Freud. Continúa diciendo: “Creo que en realidad la distinción corresponde solamente al nombre, y que la concepción fue lograda simultánea y conjuntamente”] [T.].

representación, que ahora ya no tiene efectos psíquicos, puede ser perdida de vista por el individuo o vuelta a olvidar rápidamente después de aparecida, tal como sucede con otras representaciones desprovistas de afecto.

Sería más fácil aceptar la posibilidad de una excitación cerebral que debió ser provocada por una representación y sustituida por una excitación de las vías periféricas, si recordamos el proceso inverso, es decir, faltando un reflejo preformado. Elegiré un ejemplo sumamente trivial: el reflejo del estornudo. Cuando un estímulo actúa sobre la mucosa nasal y por alguna razón no desencadena este reflejo preformado, se produce el sentimiento de excitación y de tensión bien conocido. Es la excitación que no puede descargarse por las vías motoras y ahora, inhibiendo toda otra actividad, se expande sobre todo el cerebro. Este ejemplo tan baladí ofrece, sin embargo, el esquema de lo que sucede al faltar también el más complicado de los reflejos psíquicos.

La *excitación* antes mencionada de la pulsión de la venganza es esencialmente la misma; y podemos perseguir este proceso hasta las actividades humanas de niveles más elevados. *Goethe* no puede elaborar una vivencia hasta tanto no la haya vertido en una actividad poética. Para él es éste el reflejo preformado de un afecto y hasta que éste no se ha llevado a cabo, persiste la penosa excitación incrementada.

La excitación intracerebral y el proceso de excitación en las vías periféricas son magnitudes recíprocas; la primera crece cuando y mientras un reflejo no se desencadene, desciende y desaparece cuando se ha transformado en excitación nerviosa periférica. Así parece comprensible que no se genere un afecto observable si la representación que debió haberle dado origen desencadena inmediatamente un reflejo anormal, por el cual la excitación se descarga en

cuanto es generada. La conversión histérica” es entonces completa; la excitación intracerebral que dio origen al afecto ha sido transformada en un proceso de excitación de las vías periféricas; la representación afectiva originaria ya no provoca el afecto, sino solamente el reflejo anormal (8).

Hemos adelantado un paso más allá de la “expresión anormal de las emociones”. El fenómeno histérico (reflejo anormal) aparece como no ideógeno, aun para los enfermos inteligentes y buenos observadores, porque la representación desencadenante ya no lleva el tono afectivo y ya no se distingue de las otras representaciones y recuerdos; él emerge como fenómeno somático puro, aparentemente sin raíz psicológica.

¿Qué es lo que determina entonces la descarga de una excitación afectiva, para que se produzca justamente aquel reflejo anormal y no cualquier otro? Nuestras observaciones contestan esta interrogante para muchos casos, en los que también esta descarga sigue el “principio de la menor resistencia” y tiene lugar por aquellas vías cuyas resistencias ya han sido disminuidas por circunstancias concurrentes. Este es el caso antes comentado de que cierto reflejo se encuentra facilitado por una enfermedad somática: por ejemplo, cuando alguien sufre frecuentemente de cardialgias, éstas son provocadas también por el afecto. O el de un reflejo que se encuentra facilitado porque en el momento del afecto original la inervación muscular correspondiente se encuentra voluntariamente intencionada; así Anna O. en el afecto del susto provocado por la víbora, trata de extender el brazo derecho inmovilizado por una parálisis por compresión, para ahuyentarla; de aquí en adelante se producirá el tétanos del brazo derecho cada vez que vea un objeto parecido a una víbora. Bajo la acción del afecto convergerá fuertemente los ojos para poder reconocer que se trata de las agujas del reloj y el estrabismo convergente se convertirá ahora en uno de los reflejos de ese afecto, etc.

La acción de la simultaneidad también domina nuestra asociación normal; cada percepción sensorial vuelve a atraer otra a la conciencia, aquella que apareció originalmente junto a la primera (por ejemplo, la visión y el balar de una oveja, etc.).

Cuando con el afecto original coincidió una vívida impresión sensorial, ésta volverá a producirse al renovarse este afecto. Dado que aquí se trata de una descarga de una excitación excesiva, no lo hace bajo forma de recuerdo, sino bajo forma de una alucinación. Casi todas nuestras observaciones ofrecen ejemplos de ello. Así, cuando una mujer pasa por una situación afectiva dolorosa mientras sufre un fuerte dolor de muelas debido a una periostitis, la repetición de ese afecto o su solo recuerdo produce una neuralgia del infra-orbitario, etc.

Todo esto se debe a la facilitación de los reflejos anormales según las leyes generales de la asociación. A veces, sin embargo (claro que solamente en los grados mayores de histeria), entre el afecto y su reflejo hay verdaderas series de representaciones asociadas; se trata aquí de la *determinación por simbolismo*. Pueden ser juegos de palabras ridículos, asociaciones por asonancia, que ligan el afecto con su reflejo, pero se dan solamente en estados oniroides con disminución de la crítica y se encuentran fuera del grupo de los fenómenos aquí considerados.

En muchos casos la determinación resulta incomprensible, porque nuestra introspección en el estado psíquico y nuestro conocimiento de las representaciones que fueron actuales al originarse los fenómenos histéricos, son frecuentemente muy incompletos. Pero podemos suponer que el proceso no será tan diferente del que nos resulta claro en casos más favorables.

Denominamos *traumas psíquicos* a aquellas vivencias que desencadenaron el afecto original y cuya excitación después fue convertida en un fenómeno somático y *síntomas histéricos de origen traumático* a las manifestaciones mórbidas así surgidas. (La denominación “histeria traumática” ya ha sido aplicada a fenómenos que constituyen una parte de la “neurosis traumática”, siendo consecuencias de lesiones corporales, traumatismos, en su sentido más estrecho.)

Es completamente análoga a la producción de fenómenos histéricos condicionados traumáticamente, la conversión histérica de aquella excitación psíquica que no surge ni de estímulos externos ni de la inhibición de reflejos psíquicos normales, sino de la inhibición del curso asociativo.

El ejemplo elemental y paradigma de ello, es la excitación que nos surge cuando no podemos recordar un nombre o cuando no podemos resolver un rompecabezas, etc. Si se nos dice el nombre o la palabra de la adivinanza, desaparece la excitación, al cerrarse la cadena asociativa, lo mismo que al cierre de un circuito reflejo. La intensidad de la excitación que proviene de la inhibición de una serie de asociaciones, es proporcional al interés que la serie tiene para nosotros, es decir, a la medida en que moviliza la voluntad. Ya que en la búsqueda de la solución de un problema siempre se realiza un gran monto de trabajo, aunque éste no sea exitoso también entra en juego una fuerte excitación que no tiende hacia la descarga, por lo cual nunca se vuelve patógena.

En cambio, esto sucede cuando el curso asociativo es inhibido por representaciones equivalentes simultáneas e *inconciliables*, cuando, por ejemplo, pensamientos nuevos entran en conflicto con complejos de representaciones muy arraigados. Es el caso de los tormentos de las dudas religiosas a los que tantos sucumben y muchos más sucumbieron en el pasado. Aquí también

aumenta la excitación y junto con ella el dolor psíquico, llegando a una intensidad significativa el sentimiento de displacer sólo cuando los intereses del individuo entran en juego, cuando el que duda se ve amenazado en su felicidad o en su salvación espiritual.

Tal es el caso cuando el conflicto se presenta entre complejos de representaciones morales firmemente adquiridas y el recuerdo de acciones o de simples pensamientos propios, inconciliables con los primeros: son los tormentos de la conciencia. El interés en encontrar agrado en la propia personalidad, de estar satisfecho consigo mismo, entra en acción e incrementa al máximo la excitación por la inhibición de asociaciones. Es de diaria experiencia el que tal conflicto de representaciones inconciliables actúa patógenamente. Se trata casi siempre de representaciones y procesos de la vida sexual: masturbación en adolescentes moralmente sensibles, conciencia de una inclinación hacia otro hombre en una señora de costumbres severas. Con frecuencia es suficiente la primera aparición de sensaciones y representaciones sexuales para que, al entrar en conflicto con las arraigadas representaciones de pureza de costumbres, provoquen un estado de excitación de alto grado (9).

Habitualmente, del mismo se originan consecuencias psíquicas; distimias patológicas, estados de angustia (*Freud*). A veces, sin embargo, mediante circunstancias concurrentes, se produce un fenómeno somático anormal a través del cual se descarga la excitación: vómitos, cuando el sentimiento de polución moral provoca náuseas; tos nerviosa, cuando la angustia moral provoca un espasmo de glotis, como en Anna O., etc. (10).

La excitación provocada por representaciones muy vívidas inconciliables tiene una reacción normal y adecuada, la comunicación por medio de la palabra. La urgencia en hacerlo la encontramos bajo forma de exageración cómica en la

historia del barbero de *Midas* que grita su secreto a las cañas; la encontramos también como uno de los fundamentos de una grandiosa institución histórica, la confesión católica. La comunicación alivia, descarga la tensión, aun cuando no se haga a un sacerdote y no sea seguida de absolución. Si se impide esta salida a la excitación, ella se convierte, a veces, en un fenómeno somático, del mismo modo como la excitación de los afectos traumáticos y todo el grupo de las manifestaciones histéricas que tienen este origen pueden ser denominadas, con *Freud, fenómenos de retención histéricos* (*).

Lo dicho hasta aquí sobre el mecanismo psíquico que origina los fenómenos histéricos se presta al reproche de ser esquemático y de presentar el proceso como más simple de lo que es en realidad. Para que en una persona sana, sin antecedentes neuropáticos, se presente un síntoma histérico auténtico, con su aparente independencia de la psiquis y su existencia somática autónoma, deben concurrir *casi siempre múltiples circunstancias*.

El siguiente caso puede servir como ejemplo de la complicación del proceso. Un varón de 12 años, que sufría anteriormente de terrores nocturnos e hijo de un padre nervioso, volvió un día de la escuela sintiéndose mal. Se quejaba de dificultades de la deglución, esto es, de que sólo podía tragar con dificultad, y de dolores de cabeza. El médico de cabecera creyó que la causa era una angina. Sin embargo, su estado no mejoró al cabo de varios días. El muchacho no quería comer, vomitaba cuando se le obligaba a ello, andaba cansado y desgastado, siempre quería estar en cama y decayó físicamente en forma acentuada. Cuando lo vi, cinco semanas después, daba la impresión de un niño tímido y encerrado en sí mismo y me convencí de que su estado tenía una base psíquica. Interrogado insistentemente, proporcionaba sólo una causa trivial, una

* [Observa Strachey, que el término “histeria de retención”, fue usado por primera vez en su primer trabajo sobre las “Neuropsicosis de defensa”. Freud parece atribuir el término a Breuer y a sí mismo, e incidentalmente, duda en cuanto a la importancia del concepto] [T].

reconvención severa del padre, que evidentemente no era la causa real de la enfermedad. Tampoco pudo averiguarse más en la escuela. Prometí que más tarde procuraría la información bajo hipnosis. Esto resultó ser innecesario. Cuando su prudente y enérgica madre lo afrontó duramente comenzó a contar, en un torrente de lágrimas, que en el camino de la escuela a la casa entró en un “pissoir” y allí un hombre le había mostrado el pene pidiéndole se lo pusiera en la boca. Con gran susto se había escapado y nada más le pasó. Pero a partir de ese momento se enfermó. Desde el instante de su confesión desapareció este estado y recuperó su plena salud. Para producir el fenómeno de la anorexia, de los trastornos de la deglución y de los vómitos, fueron necesarios varios factores: la modalidad nerviosa innata, el susto, la irrupción de lo sexual en su forma más brutal en la mente del niño y, como momento más determinante, la representación de la repugnancia. La persistencia de la enfermedad obedeció al silenciamiento a través del cual le fue vedado su deflujo normal a la excitación.

Al igual que en este caso, debemos ver siempre varios factores actuando conjuntamente para que en una persona, sana hasta ese momento, aparezca un síntoma histérico; éste siempre está “*sobredeterminado*” según la expresión de *Freud*.

Puede asumirse que tal sobredeterminación también está presente cuando el mismo estado afectivo es provocado por una serie de causas. El paciente y los que lo rodean refieren el síntoma histérico sólo a la última causa, la cual generalmente se limita a hacer aparecer lo que otros traumas ya han llevado a cabo casi enteramente.

Una muchacha tuvo su primer ataque histérico, al que siguieron después una serie de otros, cuando en la oscuridad un gato le saltó al hombro. Parecía tratarse un mero efecto de susto. Sin embargo, una investigación más precisa

mostró que esta muchacha de 17 años llamativamente hermosa y mal vigilada, últimamente había sido acosada más o menos brutalmente varias veces, en el curso de lo cual ella llegó a excitarse sexualmente. (Predisposición). En la misma escalera oscura fue atacada unos días antes por un joven, de quien apenas pudo escapar. Este fue el verdadero trauma psíquico que a través del gato sólo se hizo manifiesto. Pero ¿en cuántos casos servirá tal gato como “causa efficiens” totalmente suficiente? (11)

Para que tenga lugar la conversión por repetición del estado de afecto, no siempre es necesaria la multiplicidad de causas externas; cuando éste se presenta en rápida y frecuente reiteración, poco después de haber tenido lugar el trauma y antes que se haya debilitado el efecto. Esto es suficiente cuando el afecto ha sido muy intenso; tal es el caso de las histerias traumáticas en el sentido más estrecho de la palabra.

En los días que siguen a un accidente ferroviario, por ejemplo, se reviven durante el sueño y en la vigilia las escenas de terror, con una emoción de miedo renovada cada vez, hasta que finalmente después de este tiempo de “elaboración psíquica” (*Charcot*) o de *incubación*, se llega a la conversión en un fenómeno somático. (Es cierto que actúa aquí aun otro factor que veremos más adelante.)

Pero la representación afectiva sucumbe habitual y prontamente por el desgaste, bajo todas aquellas influencias mencionadas en la “Comunicación preliminar”, que poco a poco la privan de su valor afectivo (*). Su reaparición provoca una cantidad de excitación cada vez menor y con ello el recuerdo pierde la capacidad de contribuir a la producción de un fenómeno somático. La

* [Breuer parece usar aquí el término “afecto” con un sentido bastante excepcional en el presente trabajo (aunque a veces empleado por otros psicólogos), para indicar específicamente sentimientos de placer y de displacer. La misma palabra es usada en otros lugares, con su sentido regular de un sentimiento o emoción inespecíficos; “Affektwert”. (J. Strachey)] [T.]

facilitación del reflejo anormal se pierde y con ello se restablece el “status quo ante”.

Todas las influencias que desgastan son efecto de la asociación del pensar, de la rectificación mediante otras representaciones. Esto se hace imposible cuando la representación afectiva es retirada del “trato asociativo”; en tal caso, la misma conserva todo su valor afectivo. En cada renovación se libera toda la suma de excitación del afecto original y la facilitación del reflejo anormal que había comenzado, finalmente se completa, o bien el reflejo anormal ya constituido se mantiene y se estabiliza. Entonces el fenómeno de la conversión histérica es completo y se establece duraderamente.

De nuestras observaciones conocemos dos formas de tales exclusiones de las representaciones afectivas de la asociación.

La primera es la “defensa”, la supresión deliberada de representaciones penosas, por las que el hombre se siente amenazado en su alegría vital o en su autoestima. *Freud* en su comunicación sobre las “Neuropsicosis de defensa y en los historiales clínicos aquí presentes, se refirió a este proceso, que seguramente debe tener una elevada significación patológica.

Por cierto no es comprensible de qué modo una representación puede ser reprimida deliberadamente de la conciencia; pero conocemos el correspondiente proceso positivo: la concentración de la atención en una representación, del que tampoco podemos decir cómo lo realizamos.

Las representaciones de las que la conciencia se aparta, sobre las que no se piensa, escapan al desgaste y conservan no disminuida su cuota de afecto.

Hemos encontrado además que hay otro tipo de representaciones que se sustraen al desgaste por el pensar, no porque uno no *quiera* recordar, sino porque uno no *puede*; porque emergieron originariamente en estados e investidas de afecto para el cual existe una amnesia en el estado de conciencia vigil, esto es, en estados hipnóticos o similares a él. Estos parecen ser de la mayor significación para la teoría de la histeria, por lo cual merecen un examen más profundo (12).

4. LOS ESTADOS HIPNOIDES

Cuando en la “Comunicación preliminar” dijimos: la base y la *condición* de la histeria es la existencia de estados hipnoides, desconocíamos que *Moebius* ya en 1890 había dicho lo mismo. “Las condiciones necesarias para la acción (patógena) de las representaciones son por un lado una predisposición congénita, es decir la histérica, y por otro un estado anímico especial. Solamente podemos formarnos una idea imprecisa de este estado de ánimo. Debe ser parecido al hipnótico, debe corresponder a cierta vacuidad de la conciencia, en la cual la aparición de una representación no es resistida por otras, en la cual, por así decirlo, el trono está libre para el primero que llegue. Sabemos que tal estado puede ser provocado no sólo por la hipnotización, sino también por conmociones anímicas (susto, ira, etc.) y por influencias fatigantes (insomnio, hambre, etc.)” (13).

La cuestión a cuya solución tentaba aproximarse *Moebius*, es la del surgimiento de los fenómenos somáticos a partir de representaciones. Recuerda la facilidad con que esto se produce en la hipnosis y considera análogas las acciones de los afectos. Nuestra posición sobre la acción de los afectos, que se desvía algo de ésta, ha sido extensamente desarrollada más arriba. No creo, por

tanto, tener que volver sobre la dificultad de la presuposición de *Moebius* acerca de que en la ira hay una “vacuidad de la conciencia” (14) (que ciertamente existe en el susto y en la angustia prolongada) y cuán difícil es en general colocar en un plano análogo el estado de excitación del afecto con la quietud de la hipnosis. Sin embargo volveremos a las frases de *Moebius*, las que, según creo, contienen una importante verdad.

Para nosotros, la importancia de los estados “hipnoides” o similares a la hipnosis reposa, además y ante todo, en la amnesia y en su capacidad de condicionar esa escisión de la psiquis, de la que se tratará más adelante, la cual tiene una significación fundamental para la “gran histeria”. Esta importancia se la atribuimos aun ahora. Sin embargo tengo que delimitar esencialmente nuestra frase. La conversión, la producción ideógena de fenómenos somáticos también tiene lugar fuera del estado hipnoide y *Freud* ha encontrado en la amnesia deliberada una segunda fuente, independiente de los estados hipnoides, para la construcción de complejos representacionales excluidos del comercio asociativo. Con esta limitación, sigo creyendo que aquellos estados son causa y condición de muchas o de casi todas las histerias grandes y complicadas.

Ante todo, los estados hipnoides comprenden, naturalmente, las autohipnosis verdaderas, que se diferencian de las artificiales solamente por su aparición espontánea. Con frecuencia y duración variables, las encontramos en algunas histerias plenamente desarrolladas, a menudo en una rápida alternancia con el estado de la vigilia normal (15). Por su contenido representacional oniroide suelen merecer el nombre de “delírium hystéricum”. En la vigilia existe una amnesia más o menos completa para los procesos internos de estos estados, mientras que en la hipnosis artificial son recordados totalmente. Los productos psíquicos de estos estados, las asociaciones que en éstos se hacen, se sustraen a toda rectificación durante el estado vigil debido justamente a la

amnesia. Ya que en la autohipnosis descienden o, frecuentemente, desaparecen del todo la crítica y el contralor debido a otras representaciones, pueden surgir las más locas de las representaciones delirantes y mantenerse intactas durante mucho tiempo. Casi únicamente en estos estados se produce así una “relación simbólica entre el desencadenante y el fenómeno patológico”, irracional y algo complicada y que con frecuencia asienta en las similitudes por asonancia y en las asociaciones verbales más ridículas. La falta de crítica es lo que hace que surjan tan a menudo autosugestiones, por ejemplo, cuando perdura una parálisis después de un ataque histérico. Pero en nuestros análisis, quizás por azar, nunca encontramos este mecanismo en el origen de un fenómeno histérico. Encontramos a éste codicionado siempre por el mismo proceso, tanto en la autohipnosis como fuera de la misma, por conversión de una excitación afectiva.

En todo caso esta conversión histérica” *se* produce en las autohipnosis más fácilmente que en el estado vigil del mismo modo que las representaciones sugeridas se realizan físicamente como alucinaciones y movimientos con más facilidad en la hipnosis artificial. Pero el proceso de conversión de la excitación es, en esencia, el mismo que se expuso anteriormente. Habiendo tenido lugar una vez, se repite el fenómeno somático cuando afecto y autohipnosis se reencuentran. Y parece entonces, que el estado hipnótico puede ser provocado por el afecto. En tanto que la hipnosis alterna con la vigilia completa, el síntoma histérico queda limitado al estado hipnótico y se refuerza por su repetición dentro del mismo; la representación desencadenante queda a salvo de ser rectificadas por el pensamiento vigil y la crítica, puesto que jamás aparece durante la vigilia lúcida.

Así la contractura del brazo derecho de Anna O., que en la autohipnosis fue asociada por el temor y la representación de la víbora y el afecto del miedo,

persistió durante cuatro meses limitada al estado hipnótico (o hipnoide, si para ausencias de muy corta duración la primera denominación puede parecer inadecuada) pero se repetía frecuentemente. Lo mismo ocurrió durante el estado hipnoide con otras conversiones aparecidas, y así tomó la forma de una latencia completa ese gran complejo de fenómenos histéricos que se hicieron manifiestos en cuanto el estado hipnoide se volvió permanente.

Durante la vigilia lúcida los fenómenos así originados aparecen cuando se ha producido la escisión de la psiquis, de la que trataremos adelante, y cuando en lugar de la alternancia entre vigilia lúcida y estado hipnoide se presenta la coexistencia de los complejos representacionales e hipnoides.

Tales estados hipnoides, ¿existen ya antes de la enfermedad? ¿cómo se producen? Poco podemos decir sobre esto, ya que no disponemos de otra observación excepto el caso de Anna O., que pudiera proporcionar conclusiones. En esta paciente parece seguro que la autohipnosis fue preparada por la ensoñación habitual y que finalmente se constituyó plenamente debido al afecto de la angustia persistente que por sí misma causa un estado hipnoide. No parece improbable que este proceso tenga validez general.

Diversas situaciones son causa de “distracciones”, pero solamente algunas de ellas predisponen a la autohipnosis o se transforman directamente en ésta. El investigador sumergido en un problema también se encuentra en algún grado “anestesiado” y un gran grupo de impresiones sensoriales no deriva en percepciones concientes, del mismo modo como el poeta que crea vivaz y fantasiosamente (el “teatro privado” de Anna O.). Pero en estos estados se realiza un trabajo psíquico enérgico; la excitación liberada del sistema nervioso central se consume en este trabajo. En los estados de distracción y rumiación, por el contrario, desciende la excitación intracerebral por debajo del nivel de la vigilia lúcida; estos estados lindan con la somnolencia y son de pasaje al sueño.

Pero cuando en tales estados de “ensimismamiento” y de curso representacional inhibido se encuentra un grupo de representaciones afectivamente acentuadas, se produce un alto grado de excitación intracerebral que no es consumida por un trabajo psíquico y queda disponible para funciones anómalas tales como la conversión.

Así ni las “distracciones” durante el trabajo enérgico ni el estado crepuscular desprovisto de afecto son patógenos, pero sí la ensoñación plena de afectos y el estado de fatiga durante estados afectivos prolongados. Tales como la rumiación del afligido, el temor de quienes velan al lado del lecho de enfermos queridos, la ensoñación enamorada. La concentración en los grupos representacionales afectivos produce primeramente la “ausencia”. Paulatina-mente se enlentece el curso de las representaciones que finalmente se estanca casi del todo; pero la representación afectiva y su afecto siguen vivos y con ello también gran cantidad de energía funcionalmente no aprovechada. La similitud entre estas condiciones y las de la hipnosis parece imposible de desconocer. También la persona a ser hipnotizada no debe dormirse realmente, es decir, que su excitación intracerebral no debe descender al nivel del dormir; pero el curso representacional debe ser inhibido. Es así como la representación sugerida encuentra a su disposición toda la cantidad de excitación. El ingreso del afecto en la ensoñación habitual sería el mecanismo de producción de la autohipnosis patógena. Ello puede ser la razón por la cual en la anamnesis de la histeria encontramos con tanta frecuencia dos grandes factores patógenos, el enamoramiento y el cuidado de enfermos. El primero crea con el anhelo del amado ausente el “raptus”, el oscurecimiento de la realidad circundante y finalmente la detención del pensar por la plenitud de los afectos; el cuidado de enfermos crea, mediante el silencio exterior, la concentración en un objeto, el escuchar la respiración del enfermo, casi las mismas condiciones que muchos métodos para hipnotizar, llenando el estado crepuscular así provocado con el

afecto angustia. Quizás la diferencia entre estos dos estados y la autohipnosis verdadera sea solamente cuantitativa y sean una transición a esta última.

Una vez que esto ha sucedido, el estado símil hipnótico se vuelve a repetir siempre por las mismas circunstancias y en lugar de las dos situaciones mentales normales el individuo tiene entonces tres; la vigilia, el dormir y el hipnoide, tal como podemos observarlo también por la frecuente repetición de la hipnosis artificial profunda.

No sabría decir con certeza si el estado hipnótico espontáneo puede desarrollarse también sin la intervención de tal afecto, como resultado de una predisposición original, pero lo considero muy probable. Cuando observamos la diferencia en la facilidad para la hipnosis artificial en personas sanas y enfermas y con qué facilidad se presenta en algunas, es razonable presumir que en éstas se produzca también espontáneamente. Es posible que la predisposición sea necesaria para que la ensoñación se transforme en autohipnosis. Estoy por lo tanto muy lejos de atribuir a todos los histéricos el mecanismo de producción que nos enseñara Anna O.

Hablo de estados hipnoides y no de hipnosis misma, porque estos estados tan importantes en el desarrollo de la histeria están muy delimitados. No sabemos si la ensoñación, que más arriba fue caracterizada como un estado previo de la autohipnosis, no puede provocar por sí misma un funcionamiento patógeno igual a la segunda si la angustia prolongada no produce lo mismo. Esto es lo que ocurre en el caso del susto. Al inhibir el curso de las representaciones, manteniéndose muy viva la representación afectiva (peligro), se coloca en completo paralelismo con La ensoñación plena de emociones. Ya que el recuerdo siempre renovado vuelve a reproducir este estado anímico, se produce el “hipnoide del susto”, en el cual se impone o estabiliza *la conversión*; es el periodo de incubación de la “histeria traumática” en su sentido estricto.

Ya que tantos estados distintos, pero coincidentes en su punto más importante, se alinean con la autohipnosis, el término “hipnoide” resulta recomendable por destacar esta similitud interna. Resume la concepción defendida por *Moebius* en el párrafo arriba citado.

Pero ante todo caracteriza a la autohipnosis misma, cuya importancia para la producción del fenómeno histérico consiste en la facilitación de la conversión, la protección de las representaciones convertidas frente al desgaste (gracias a la amnesia) y finalmente la escisión psíquica que de ello resulta.

Cuando un síntoma corporal es causado por una representación y vuelto a desencadenar siempre por ésta, habría que esperar que un paciente inteligente y capaz de autoobservación tome conciencia de esta relación; que debiera saber por experiencia que el fenómeno somático aparece simultáneamente con el recuerdo de determinado proceso. El nexo causal interno, naturalmente, le resulta desconocido; pero todos nosotros sabemos siempre qué representación nos hace llorar, reír o ruborizar aun cuando el mecanismo nervioso de estos fenómenos ideógenos no lo comprendamos claramente. Ocasionalmente los pacientes se percatan realmente de la relación y tienen conciencia de ella; una mujer dice, por ejemplo, que el leve ataque histérico (por ejemplo temblor y palpitaciones) procede de una gran excitación anímica y sólo se repite con cada proceso que se la hace recordar. Pero esto no vale para muchos, casi la mayoría, de los síntomas histéricos. Tampoco los pacientes inteligentes saben que ellos aparecen en el séquito de una representación y los consideran fenómenos corporales autónomos. Si esto fuera de otro modo, la teoría psíquica de la histeria ya tendría una edad honorable.

Sería plausible creer que las manifestaciones patológicas correspondientes, si bien primitivamente ideógenas, se han “alojado” en el cuerpo, usando una expresión de *Romberg*, y que ahora ya no reposarían en un proceso psi-quico sino en modificaciones que en el ínterin han tenido lugar en el sistema nervioso, se habrían vuelto así, síntomas independientes, genuinamente somáticos.

A priori, esta concepción no es imposible ni improbable. Pero creo que la novedad aportada por nuestras observaciones a la teoría de la histeria está, justamente, en la comprobación de que esta concepción es inexacta, por lo menos en muchos casos. Vimos que los síntomas histéricos, después de una persistencia de años, “desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador y con él, el afecto concomitante, y el paciente describía dicho proceso con el mayor detalle posible, dando expresión verbal al afecto”. Los historiales clínicos aquí presentados ofrecen algunas pruebas de esta afirmación. “Invirtiendo el principio de *cessante causa cessat affectus*, podemos muy bien deducir de estas observaciones que el proceso desencadenante (es decir, el recuerdo del mismo) actúa de algún modo después de años, no indirectamente por mediación de una cadena de eslabones causales, sino como causa desencadenante inmediata del mismo modo como un antiguo dolor psíquico recordado en estado de vigilia todavía provoca las lágrimas. Así, pues, el histérico padecería principalmente de reminiscencias

Pero si éste es el caso, si el recuerdo del trauma psíquico vale como agente activo en el presente, mucho tiempo después de haber penetrado y a pesar de ello el enfermo no tiene conciencia de estos recuerdos y de su aparición, debemos admitir que existen y actúan *representaciones inconcientes*.

Sin embargo, al analizar los fenómenos histéricos, no las encontramos sólo

en forma aislada y debemos reconocer que en algunos pacientes, tal como lo han señalado los meritorios investigadores franceses, grandes- complejos de representaciones y procesos psíquicos intrincados y llenos de consecuencias realmente quedan totalmente inconcientes y coexisten con la vida psíquica conciente, que se produce una disociación de la actividad' psíquica, de fundamental importancia para la comprensión de las histerias complicadas.

Permítase explorar un poco más este territorio difícil y oscuro. La necesidad de establecer el sentido de la terminología que ha sido usada, puede en alguna medida excusar la discusión teorizante que *sigue*.

5. REPRESENTACIONES INCONCIENTES E INADMISIBLES PARA LA CONCIENCIA. LA ESCISIÓN DE LA PSIQUIS

Llamamos concientes a aquellas representaciones que conocemos. Existe en el hombre el admirable hecho de la auto-conciencia. Podemos contemplar y observar las representaciones que se nos aparecen y que se suceden, como si fueran objetos. Esto no sucede siempre, ya que raramente hay ocasiones para la autoobservación. Pero es una capacidad de todos, pues todos pueden decir: “He pensado esto o aquello”. Aquellas representaciones que podemos observar vívidas o que podríamos observar si pusiéramos atención, las llamamos concientes. Ellas son muy escasas en cada momento y si además hubiera otras también actuales, deberíamos llamarlas representaciones inconcientes.

Apenas parece necesario hablar de las representaciones actuales, pero inconcientes o subconcientes. Son hechos de la vida cotidiana. Cuando me he olvidado de hacer una visita médica siento una viva intranquilidad. Sé por experiencia lo que esta sensación significa: un olvido. Inútilmente investigo en

mis recuerdos, no encuentro la causa, hasta que después de horas, súbitamente aparece en mi conciencia. Pero durante todo este tiempo estoy intranquilo. De modo que la representación de la visita está siempre activa, es decir, también siempre presente, pero no en la conciencia.

Un hombre ocupado ha tenido un disgusto en la mañana; su trabajo lo mantiene absorbido; durante la actividad, su pensamiento conciente está POT completo ocupado y no piensa en su disgusto. Pero sus decisiones son influidas por éste y dice no cuando debiera decir sí. Es decir, el recuerdo es activo y, por lo tanto, presente. Una gran parte de lo que llamamos estado de ánimo procede de tal fuente, es decir de representaciones que existen y actúan por debajo del umbral de la conciencia.

Todo nuestro curso de vida es influido continuamente por representantes subconcientes. Vemos diariamente cómo en la decadencia psíquica, por ejemplo, en el comienzo de una parálisis general, se debilitan y desaparecen las inhibiciones que en otro momento impiden algunas acciones. Pero el paralítico general que ahora dice palabrotas en presencia de mujeres, en días de salud se abstenía de hacerlo por recuerdos o consideraciones concientes. Las evitaba “instintivamente” o “automáticamente”, es decir, estaba frenado por representaciones despertadas por el impulso para tal acción que quedaron por debajo del umbral de la conciencia, pero que sin embargo inhibieron el impulso.

Toda actividad intuitiva es guiada por representaciones que, en su mayor parte, son subconcientes. Sólo las representaciones más claras e intensas son reconocidas por la autoconciencia, mientras que la gran masa de representaciones actuales, pero más débiles, permanece inconciente.

Lo que puede objetarse contra la existencia y operancia de las “representaciones”

taciones inconcientes” parece, en su mayor parte, un juego de palabras. Ciertamente representación es una palabra tomada de la terminología del pensamiento conciente y por lo tanto “representación inconciente es una expresión contradictoria. Pero el proceso físico base de la representación es, en lo formal y en su contenido (aun cuando no cuantitativamente), el mismo, tanto si la representación rebasa el umbral de la conciencia o queda por debajo de él. Sería suficiente crear un término, como por ejemplo, “sustrato de la representación” para subsanar la contradicción y poder evitar el reproche.

No parece existir, pues, en principio, un obstáculo para las representaciones inconcientes como causas de fenómenos patológicos. Pero entrando más en el asunto, surgen otras dificultades. Cuando la intensidad de las representaciones inconcientes crece, éstas entran “eo ipso” en la conciencia. Permanecen inconcientes solamente cuando son de poca intensidad. Pero parece difícil admitir que una representación pueda ser, simultáneamente, lo suficientemente intensa para provocar, por ejemplo, acciones motoras vivas, y sin embargo no lo bastante para volverse conciente.

Ya he mencionado un punto de vista que no puede ser dejado de lado. La claridad de nuestras representaciones y con ello la capacidad de ser observadas por la autoconciencia, de volverse concientes, está condicionada por los sentimientos de placer o displacer que despiertan, es decir por su valor afectivo. Cuando una representación desencadena de inmediato consecuencias somáticas vívidas, implica que la excitación engendrada defluye por las vías correspondientes, en lugar de difundirse por el cerebro; y justamente *porque* tiene consecuencias corporales, porque ha tenido lugar una *conversión* de su capacidad estimulante psíquica en somática, pierde la claridad que, de lo contrario, la distinguiría en la corriente de representaciones; se pierde entre las otras.

Por ejemplo, alguien durante la comida ha tenido un afecto intenso y no lo ha “abreaccionado”. Consecuentemente, al tratar de comer, aparecen vómitos y náuseas que se le presentan al paciente como síntomas corporales puros.

Persisten durante un tiempo prolongado vómitos histéricos, los que desaparecen después que, en la hipnosis, el afecto fue renovado, relatado y se respondió a él. Sin duda, a través de la tentativa de comer volvió a despertarse cada vez el recuerdo y desencadenó el acto del vómito. Pero esto no aparece claramente en la conciencia, porque ahora se presenta sin afecto, mientras que el vómito absorbe toda la atención.

Es comprensible que, esta causa, algunas representaciones que desencadenan fenómenos histéricos no puedan ser reconocidas como causa de los mismos. Pero esta razón, que representaciones perdieran afecto por haber sido convertidas, por haber sido escotomizadas, no puede explicar por qué, en otros casos, complejos representacionales no desprovistos de afecto no aparecen en la conciencia. En los historiales clínicos se han aportado múltiples ejemplos.

En tales enfermos la regla es que las modificaciones del ánimo, la temerosidad, la irritabilidad colérica, la pena, preceden a la aparición de los síntomas somáticos o le siguen rápidamente, creciendo después hasta que, a través de la verbalización, se logre la solución, o bien basta que el afecto y los fenómenos somáticos desaparecen paulatinamente.

Si sucedió lo primero, entonces la calidad del afecto se volvió totalmente comprensible, aun cuando su intensidad, para el sano y también para el enfermo, después de su solución, debe parecer completamente desproporcionada.

Estas son, por lo tanto, las representaciones que son suficientemente inten-

sas no sólo para provocar fenómenos corporales intensos, sino también para provocar el afecto correspondiente, necesario para influir sobre la asociación haciéndole preferir pensamientos emparentados y que a pesar de todo ello, quedan fuera de la conciencia.

Se necesita de la hipnosis, como en las observaciones 1 y 2 (16) y de una búsqueda intensa, como en las observaciones 4 y 5, para atraerlas a la conciencia.

Aquellas representaciones que permanecen inconcientes (pero reales) no por su vivacidad, relativamente débil, sino a pesar de su gran intensidad, podemos llamarlas *inaptas para la conciencia* (17).

La existencia de tales representaciones inaptas para la conciencia es patológica. En el sano, todas las representaciones con intensidad suficiente, pueden llegar a ser efectivas, pueden llegar a la conciencia. En nuestros enfermos encontramos coexistiendo, el gran complejo de representaciones aptas para la conciencia y uno pequeño de no aptas.

En estos enfermos, pues, el campo de la actividad psíquica representacional no coincide con la conciencia potencial, sino que ésta es más limitada que aquél. La actividad psíquica representacional se descompone aquí en una conciente y en una inconciente. Las representaciones en concientizables, aptas para la conciencia y no concientizables. No podemos hablar por lo tanto de una escisión de la conciencia, pero sí de la *escisión de la psiquis*.

A la inversa, estas representaciones subconcientes tampoco son influibles ni rectificables por el pensamiento conciente. Frecuentemente se trata de vivencias que con el tiempo se han vuelto carentes de contenido, temores de

acontecimientos que no han tenido lugar, sobresaltos que se han disuelto en la risa o alegría de la salvación. Estos sucesos le quitan toda afectividad al pensar consciente mientras la representación subconsciente que provoca los fenómenos somáticos permanece totalmente inafectada por aquellos.

Séanos permitido traer un ejemplo de ello. Una joven señora vivía durante cierto tiempo muy preocupada por el destino de su hermana menor; bajo esta impresión su menstruación, habitualmente regular, se prolongó durante dos semanas, apareció un dolor en la zona izquierda del hipogastrio y en dos oportunidades la paciente se encontró despertando de un “desmayo”, rígida, en el suelo. Lo siguió un dolor ovárico izquierdo con manifestaciones de una peritonitis grave. La apirexia y la contractura del miembro inferior izquierdo (y del dorso) caracterizaron a la enfermedad como una pseudo - peritonitis y cuando la paciente murió algunos años después y se le realizó la necropsia, se encontró solamente una “degeneración microquística” de *ambos* ovarios sin secuelas de peritonitis. Las graves manifestaciones desaparecieron paulatinamente, y solamente quedó un dolor ovárico y una contractura de los músculos del dorso, de modo que el tronco quedaba rígido como una viga, y una contractura del miembro inferior izquierdo. Esta última desapareció por sugestión directa bajo hipnosis. La contractura del dorso no se modificó. Mientras tanto la situación de la hermana llegó a solucionarse totalmente y todo temor desapareció. Sin embargo los fenómenos histéricos derivados de él persistieron. Era presumible que se trataba de perturbaciones de la inervación que se volvieron independientes y no estaban ligadas a la representación desencadenante o productora. Sin embargo, cuando en el curso de la hipnosis la paciente fue obligada a contar toda la historia de su enfermedad “peritonitis” (lo que hizo con muy pocas ganas), inmediatamente después pudo sentarse en la cama sin molestias y la contractura desapareció para siempre. (El dolor ovárico, cuyo comienzo seguramente era muy anterior, persistió inmodificado.) Es decir, a

pesar de todo, la representación angustiante patógena perduró activa durante meses, rebelde frente al cambio de los acontecimientos.

Si ahora debemos reconocer la existencia de complejos representativos que nunca aparecen en la conciencia vigil y no son influidos por el pensamiento conciente, admitimos ya, para histerias tan simples como la recién citada, una escisión de la psiquis en dos partes relativamente independientes. No quiero afirmar que todo lo llamado histérico tenga como base y condición tal escisión; sin embargo “esa escisión de la actividad psíquica que en los casos de double conscience es tan llamativa, existe en forma más rudimentaria en toda «gran» histeria y la capacidad y tendencia hacia esta escisión es el fenómeno básico de esta neurosis

Pero antes de entrar en la discusión de estos fenómenos falta acotar una observación referente a las representaciones inconcientes que desencadenan fenómenos somáticos. Tal como en el caso de la contractura arriba citada, hay fenómenos histéricos de continuada y larga duración. ¿Debemos y podemos admitir que durante todo el tiempo la representación causante está siempre presente, actual y viva? Creo que sí. Ciertamente vemos en el sano la actividad psíquica como una rápida sucesión de representaciones. Pero vemos al melancólico grave sumergido permanentemente en las mismas representaciones penosas, siempre vivas y actuales. Podemos admitir que también en el sano una grave preocupación puede estar permanentemente presente, ya que domina su expresión fácil, aun cuando su conciencia está ocupada por otros pensamientos. Aquella parte de la actividad escindida del histérico que suponemos ocupada por representaciones inconcientes está, con frecuencia, tan pobremente provista de ellas y tan inaccesible al cambio por las impresiones externas, que podemos creer que aquí existe la posibilidad de una actividad permanente de una misma representación.

Cuando nos parece, al igual que a *Binet* y *Janet*, que el núcleo de la histeria, es una escisión de una parte de la actividad psíquica, también nos sentimos obligados a buscar la mayor claridad sobre este fenómeno. Se cae con excesiva facilidad en el hábito de pensar una sustancia por detrás de un sustantivo, de concebir paulatinamente la “conciencia”, “conciente”, como una cosa y uno se acostumbra a utilizar metafóricamente relaciones topográficas, tal como “subconciente”; con el tiempo se produce una real representación en la que la metáfora ha sido olvidada, y con facilidad se la manipula como si fuera real. Y así se completa la mitología.

A todo nuestro pensar se imponen, como acompañantes y auxiliares, representaciones espaciales y hablamos en metáforas espaciales. Así se presentan en forma casi obligada las imágenes del tronco del árbol expuesto a la luz y sus raíces en la oscuridad o del edificio y de su oscuro sótano, toda vez que hablamos de las representaciones que se encuentran en la conciencia clara y de las inconcientes que jamás penetran a la claridad de la autoconciencia. Sin embargo, si siempre tenemos presente que todo lo espacial aquí es metáfora Y no nos dejamos seducir tratando de localizarlo en el cerebro, siempre podemos hablar aun de un conciente y de un subconciente. Pero solamente con esta condición.

Frente al peligro de ser trampeados por nuestras figuras de lenguaje, andaremos seguros mientras recordemos que es del mismo cerebro y probablemente de la misma corteza cerebral de la que surgen las representaciones, tanto

concientes como inconcientes. No sabemos cómo llega a ser posible esto. Pero sabemos tan poco de la actividad psíquica de la corteza cerebral que una nueva complicación enigmática apenas si aumenta nuestra infinita ignorancia. Debemos reconocer que, en el histérico, una parte de la actividad psíquica es inaccesible a la percepción a través de la autoconciencia de la persona vigil y que, por lo tanto, existe una disociación de la psiquis.

Un caso bien conocido de tal división de la actividad psíquica es el ataque histérico en alguna de sus formas y estadios. En su comienzo el pensamiento conciente está con frecuencia casi totalmente apagado; pero después despierta paulatinamente. Muchos enfermos inteligentes nos manifiestan que su yo conciente estaba completamente lúcido durante el ataque y observaba con curiosidad y asombro todas las cosas extrañas que ellos decían y hacían. Estos pacientes tienen también la idea (errónea) de que con buena voluntad hubieran podido evitar el ataque y están dispuestos a atribuirse la culpa por él. “No tendrían que haberlo hecho”. (También las autoacusaciones de simulación obedecen en su mayor parte a esta sensación.) Pero en el próximo ataque el yo conciente resulta tan poco capaz de dominar los procesos como en el anterior. Aquí están alineados pues, el pensar y representar del yo conciente vigil al lado de las representaciones que, en las tinieblas del inconciente, habitualmente han ganado el dominio sobre la musculatura y el lenguaje y, en realidad, también sobre una gran parte de la actividad representacional misma y es de este modo como la escisión de la psiquis es puesta de manifiesto.

Ciertamente, en los hallazgos de *Binet* y *Janet* no es sólo la actividad psíquica sino también la conciencia la que merece ser llamada escindida; es de conocimiento que estos observadores lograron ponerse en comunicación con el “subconciente” de sus pacientes, con aquella parte de la actividad psíquica de la cual el yo conciente vigil nada sabe y han podido comprobar, en algunos casos,

todas las funciones psíquicas incluyendo la autoconciencia, dado que en el subconciente se encuentra el recuerdo de los procesos psíquicos pasados. Esta hemi - psiquis es por lo tanto completa y autoconciente. En nuestros casos, la parte escindida de la psique “ha sido llevada a la oscuridad” y nunca aparece a la luz, si bien es como los titanes aprisionados en el cráter del Etna, capaces de hacer temblar la Tierra. En los casos de *Janet* tuvo lugar una división total del Imperio, pero con una diferencia de rango. Aunque también éste desaparece, cuando ambas mitades alternan y no difieren en su capacidad funcional, como en los conocidos casos de double conscience.

Volvamos a aquellas representaciones que en nuestros pacientes demostramos como causa de sus fenómenos histéricos. Falta mucho para que podamos llamar a todas “inconcientes” e “inaptas para la conciencia”. Desde la representación completamente conciente que desencadena un reflejo inusual, hasta aquella que nunca aparece en la conciencia en estado vigil, sino únicamente en la hipnosis, existe una escala casi ininterrumpida con todas las gradaciones de sombras y vaguedades. Sin embargo considerarnos haber aportado la prueba que en los grados más altos de histeria existe una escisión de la actividad psíquica y ella sola basta para hacer posible una teoría psíquica de la enfermedad.

¿Qué puede decirse o suponerse ahora acerca de la probable causa y origen de estos fenómenos?

P. Janet, a quien tanto le debe agradecer la teoría de la histeria y con quien estamos de acuerdo en la mayoría de los puntos, ha desarrollado consideraciones sobre el tema que no hacemos nuestras: *Janet* afirma que la “escisión de la personalidad” reposa sobre una debilidad psíquica originaria

(insuffisance psychologique). Toda actividad psíquica normal presupone cierta capacidad de “síntesis”, la posibilidad de reunir varias representaciones en un complejo. La fusión de varias percepciones sensoriales en una imagen de ambiente sería ya una actividad sintética de este tipo; pero esta función de la psiquis está muy por debajo de lo normal en los histéricos. Cuando la atención máxima de un hombre normal está dirigida sobre un punto, por ejemplo, percibiendo mediante un solo sentido, perderá transitoriamente la capacidad de apereibir *las* impresiones de los otros sentidos y assimilarlas en *su* pensamiento conciente. En los histéricos sucede esto mismo sin necesidad de una concentración especial de la atención. Si perciben algo, son inaccesibles para otras percepciones sensoriales. Ni siquiera son capaces de reunir impresiones de un sentido; pueden, por ejemplo, apereibir solamente las percepciones táctiles de una mitad corporal, en tanto las del otro lado llegan al centro y son evaluadas para la coordinación motriz, pero no son apereibidas. Tal persona tiene una hemianestesia.

En la persona normal una representación atrae a la conciencia un gran número de otras, las que entran en relación con la primera, confirmándola o inhibiéndola, y solamente las representaciones vividas de máxima intensidad Llegan a ser tan fuertes que las asociaciones quedan bajo el umbral de la conciencia. En el histérico esto sucede siempre, cada representación ocupa toda la actividad psíquica disminuida y esto condicionaría la excesiva afectividad de los pacientes.

Esta propiedad de la psiquis es llamada por *Janet* “estrechamiento del campo de la conciencia” del histérico, en analogía con el “estrechamiento del campo visual”. Las impresiones sensoriales no apereibidas y las representaciones despertadas pero no aparecidas en la conciencia, casi siempre se apagan sin mayores consecuencias, pero a veces se suman y forman complejos: la capa

psíquica sustraída de la conciencia, la subconciencia.

La histeria, obedeciendo esencialmente a esta escisión de la psiquis, sería una *maladie de faiblesse*"; y por ello se desarrollaría con mayor facilidad cuando, sobre una psiquis originariamente débil, actúan agregadas influencias debilitantes, o cuando se le hacen exigencias excesivas frente a las cuales la fuerza psíquica aparece aun más disminuida.

En esta exposición de sus consideraciones, *Janet* respondió también a la importante cuestión de la predisposición para la histeria; *Janet* considera como tipo histérico (*typus hystericus*) (esta palabra está tomada en el sentido en que puede hablarse de *typus phthisicus*, comprendiendo por ello el tórax estrecho y alargado, el corazón pequeño, etc.)' cierta forma de debilidad psíquica congénita, la que constituye la predisposición para la histeria. Frente a ello quisiéramos formular brevemente nuestro punto de vista: la escisión de la conciencia no se presenta porque los pacientes sean débiles mentales, sino que los pacientes aparecen como débiles mentales porque la actividad psíquica está dividida y sólo una parte de su capacidad funcional está a disposición del pensamiento conciente; no podemos aceptar la debilidad psíquica como *typus hystericus*, en cuanto concepción de la predisposición a la histeria.

Lo que se ha querido decir con la frase primera puede ser aclarado con un ejemplo. En una de nuestras enfermas (la Sra. Cecilia M.), pudimos observar muchas veces la siguiente secuencia: en el curso de un relativo bienestar aparecía un síntoma histérico, tal como una alucinación obsesiva y torturante, una neuralgia o algo similar, cuya intensidad aumentaba durante cierto tiempo. Simultáneamente disminuía la capacidad funcional psíquica y luego de algunos días todo observador no advertido podría considerar a la paciente como una débil mental. Después se desembarazaba de la representación inconciente (del

recuerdo de un trauma psíquico con frecuencia muy pretérito), ya sea por intermedio del médico en la hipnosis o a través de poder contar el acontecimiento en el curso de un estado de excitación súbito y acompañado de un afecto vívido. A continuación no sólo se tranquilizaba y se volvía alegre, liberada del síntoma torturante, sino que siempre volvía a asombrar su intelecto claro y rico y la agudeza de su entendimiento y juicio. Tenía predilección por el ajedrez, que jugaba admirablemente, y con frecuencia prefería dos partidas simultáneas, lo que jamás podría ser considerado signo de una síntesis psíquica defectuosa. No podía desecharse la impresión de que, en la secuencia mencionada, la representación inconciente se iba apropiando de una parte cada vez mayor de la actividad psíquica y de que, cuanto más sucediera esto, la participación del pensamiento conciente era cada vez menor, hasta alcanzar un estado de imbecilidad total. Sin embargo, en cuanto volvía a estar “entera”, expresión vienesa asombrosamente apropiada (“beisammen”), poseía una capacidad funcional psíquica eminente.

Para efectuar la comparación con los estados de los normales no quisiéramos utilizar la concentración de la atención, sino la “preocupación” (Prä-
okkupation). Cuando una persona está “preocupada” por una vivida representación, por ejemplo un pesar, toda su capacidad funcional psíquica también está reducida de un modo similar.

Todo observador se encuentra influido por el objeto de su observación y quisiéramos creer que la concepción de *Janet* surgió, sobre todo, del estudio de aquellos histéricos débiles mentales que se encuentran en el hospital o en el asilo, los que, debido a su enfermedad y a la debilidad mental provocada por ella, no son capaces de mantenerse a sí mismos. Nuestra observación sobre histéricos cultos nos lleva a una opinión esencialmente distinta sobre su psiquis. Creemos “que entre los histéricos se pueden encontrar las personas mentalmente

más lúcidas, de mayor voluntad, de carácter más firme y de mayor crítica”. La histeria no excluye ninguna medida de talento psíquico real y eficiente, aun cuando frecuentemente, debido a la enfermedad, el rendimiento real se hace imposible. Sí, también la santa patrona de los histéricos, Sta. Teresa, era una mujer genial y de la mayor eficiencia práctica. Pero, ciertamente, ningún grado de tontera, incapacidad o falta de voluntad protegen de la histeria. Aun dejando de lado lo que es luego consecuencia de la enfermedad, debe reconocerse como frecuente el tipo del histérico débil mental. Pero aquí no se trata de una tontera torpe y flegmática, sino que la causa de la ineficiencia es un grado excesivo de movilidad. Más adelante habré de tratar la cuestión de la predisposición originaria. Aquí solamente habrá que hacer constar que es inaceptable la opinión de *Janet* de que en alguna medida la debilidad mental sea base de la histeria y de la escisión psíquica.

En completa oposición a la opinión de *Janet* pienso que en muchos casos la disgregación tiene como base un defecto de función psíquica, que consiste en la coexistencia habitual de dos series heterogéneas de representaciones. Se ha señalado con frecuencia que no actuamos sólo “mecánicamente”, Sino que en nuestro pensamiento conciente transcurren series de representaciones que nada de común tienen con nuestra actividad; indudablemente somos capaces de rendimientos psíquicos mientras nuestros pensamientos «están ocupados en otro lugar”, como por ejemplo cuando leemos correctamente y con la entonación correspondiente y sin embargo no sabemos qué es lo que hemos leído.

Existe un número de actividades, desde el tejer mecánicamente y tocar escalas hasta aquellas que ya exigen un cierto rendimiento psíquico, que son realizadas por muchas personas “con la mitad de la cabeza”. Especialmente por aquellas personas que, teniendo gran vivacidad de espíritu, son torturadas por ocupaciones monótonas, simples y carentes de estímulo y buscan casi

premeditadamente el entretenimiento de pensar en otra cosa (“el teatro privado” de Anna O.). Un caso similar se presenta cuando una serie de representaciones importantes, procedentes de la lectura, del teatro, etc., se nos imponen o nos invaden. Más enérgica aun es esta intrusión cuando la serie de representaciones extrañas está “fuertemente teñida por lo afectivo”, tal como una preocupación o la nostalgia amorosa. Entonces se da el estado de “preocupación” mencionado antes, el que, sin embargo, no impide a muchas personas el realizar rendimientos de complicación moderada. Las circunstancias sociales obligan con frecuencia a las duplicaciones aun de los pensamientos intensos como, por ejemplo, cuando una mujer preocupada en forma torturante o en excitación pasional debe cumplir, simultáneamente, sus obligaciones sociales y sus funciones de amable anfitriona. En nuestro trabajo todos somos capaces de realizar funciones menores de este tipo; pero la auto-observación parece señalarnos que el grupo de representaciones afectivas puede ser asociado sólo de tanto en tanto, mientras que persisten activas y actuales en la psique y reaparecen en la conciencia en cuanto ninguna impresión exterior más vívida o ningún acto volitivo ocupe la misma.

En las personas que no se abandonan habitualmente a ensueños diurnos coexistentes con su actividad habitual, también se presentan, en algunas situaciones durante períodos bastante prolongados, tales coincidencias alternantes de impresiones y reacciones de la vida exterior con grupos de representaciones afectivamente acentuadas, “*Post equitem sedet atra cura*”. Estas situaciones son, antes que nada, los cuidados de enfermería de seres queridos y la inclinación amorosa. En mi experiencia el cuidado de enfermería y el afecto sexual tienen un papel principal en los historiales clínicos bien analizados de los histéricos.

Presumo que la duplicación de la capacidad psíquica, sea habitual o sea condicionada por situaciones patológicas de la psiquis, predisponga a la ver-

dadera escisión patológica de la misma. Estas tienen lugar cuando ambas series de representaciones ya no poseen un contenido de igual naturaleza o cuando una de las series contiene representaciones inaptas para la conciencia; resistidas, o las que proceden de estados hipnoides. En estas circunstancias la confluencia de ambas corrientes, temporariamente separadas pero que siempre vuelven a confluir en el sano, se hace imposible, estableciéndose un territorio de actividad psíquica inconciente duraderamente escindido. Esta escisión histórica de la psiquis se comporta, respecto al “doble yo” del sano como el estado hipnoide respecto a la ensoñación normal. En esta última es la amnesia la que condiciona la calidad patológica y en la primera es la inaptitud para la conciencia de la representación.

La observación Anna O., a la cual siempre debo volver, ofrece una visión clara del proceso. La joven, en plena salud, estaba habituada a dejar transcurrir series de representaciones fantásticas coexistiendo con sus ocupaciones. En una situación favorable para la autohipnosis ingresa el afecto de la angustia a la ensoñación, provocando un estado hipnoide del que queda una amnesia. Esto se repite en reiteradas oportunidades y su contenido de representaciones se vuelve cada vez más rico pero alternando siempre con estados de pensamiento vigil del todo normal.

Después de cuatro meses el estado hipnoide se apodera completamente de la enferma; al confluir los ataques se produce un *état de mal*, una histeria aguda gravísima. Después de una persistencia de varios meses bajo diversas formas (período sonambúlico), es interrumpido a la fuerza y alterna ahora nuevamente con una conducta psíquica normal. Pero también en esta conducta persisten fenómenos somáticos y psíquicos, de los que aquí sabemos, obedecen a representaciones del estado hipnoide (contractura, hemianestesia, alteraciones del lenguaje). Queda así demostrado que, también durante el comportamiento

normal, el complejo de representaciones del estado hipnoide, la “subconciencia”, es actual, y que prosigue la escisión de la psiquis.

No puedo aportar un segundo ejemplo de tal desarrollo. Sin embargo creo que el mismo arroja alguna luz sobre la génesis de la neurosis traumática. En ésta se repiten conjuntamente, en los primeros días subsiguientes al accidente, el estado hipnoide del sobresalto y el recuerdo del accidente; mientras esto va sucediendo cada vez con más frecuencia, su intensidad, por el contrario, decrece tanto que ya no alterna con el pensar vigil, sino que coexiste con él. Ahora se hace continuo y los síntomas somáticos que antes se presentaban sólo durante el sobresalto adquieren una existencia permanente. Pero sólo puedo presumir que esto sucede así, pues no he analizado ningún caso.

Las observaciones y análisis de *Freud* demuestran que la escisión de la psiquis puede tener lugar también como “defensa”, es decir mediante el apartamiento voluntario de la conciencia de representaciones penosas. Pero esto sólo sucede en algunas personas a las que, por eso mismo, debemos atribuir una peculiaridad psíquica. En la persona normal o bien se logra la supresión de tales representaciones, las que terminan por desaparecer completamente, o no se logra y éstas vuelven a aparecer siempre en la conciencia. No sabría decir en qué consiste esta particularidad. Sólo me atrevo a presumir que la ayuda del estado hipnoide es necesaria cuando, mediante la defensa, no solamente representaciones convertidas aisladas deben volverse inconcientes, sino debe realizarse una verdadera escisión de la psiquis. La autohipnosis ofrece por así decirlo, el espacio, el territorio de la actividad psíquica inconciente al cual son forzadas las representaciones defendidas. Sea como sea, tenemos que reconocer el hecho de la significación patógena de la “defensa”.

No creo que, con los procesos expuestos, medianamente comprensibles, se

haya agotado, ni aproximadamente, la génesis de la escisión psíquica.

Histerias severas en su estado inicial permiten observar, con frecuencia, durante un tiempo, un síndrome que quizás pueda ser llamado histeria aguda. (En la anamnesis de histéricos masculinos se encuentra habitualmente esta forma de enfermedad bajo el nombre de encefalitis; en histerias femeninas el dolor de ovario conduce al diagnóstico de: peritonitis.)

En este estadio agudo de histeria los rasgos psicóticos son muy manifiestos; estados de excitación maníacos y coléricos, fenómenos histéricos rápidamente cambiantes, alucinaciones, etc. En tales estados quizá pueda realizarse la escisión de la psiquis de un modo diferente al que describimos más arriba.

Es posible que todo este estadio deba ser considerado como un estado hipnoide prolongado cuyos residuos proveen el núcleo del complejo representacional inconciente, mientras que el pensamiento vigil permanece amnésico. Ya que frecuentemente las condiciones de surgimiento de tales histerias agudas no nos son conocidas (no me atrevo a considerar el proceso de Anna O. como de validez general), sería ésta otra forma de escisión psíquica que podría ser denominada irracional, en contraposición a las arriba expuestas (18).

Seguramente existirán aun otras modalidades de este proceso que se han sustraído todavía a los jóvenes conocimientos de la psicología. Seguramente hemos dado los primeros pasos en este terreno y nuestra experiencia ulterior modificará esencialmente nuestros puntos de vista actuales.

Nos preguntamos ahora qué han aportado los conocimientos ganados en los últimos años sobre la escisión psíquica para la comprensión de la histeria. Parece ser mucho y pleno de significación. Este descubrimiento permite seguir

síntomas, aparentemente somáticos puros, hasta representaciones que, sin embargo, no pueden ser encontradas en la conciencia del paciente. Está de más volver sobre esto.

Ha enseñado, por lo menos, a comprender parcialmente el ataque como un producto del complejo de representaciones inconcientes (*Charcot*).

Explica, también, varias particularidades psíquicas de la histeria y este punto merece quizás un comentario más detallado.

Las “representaciones inconcientes” no aparecen nunca, o raramente y con gran dificultad, en el pensamiento vigil y, sin embargo, influyen sobre él. En primer término por sus acciones, por ejemplo, cuando una alucinación completamente incomprensible y sin sentido hace sufrir al enfermo y cuyo significado y motivación se aclaran en la hipnosis.

Además influyen en la asociación, volviendo más vívidas algunas representaciones, más de lo que habrían sido sin este refuerzo desde el inconciente. Así se imponen al enfermo algo compulsivamente ciertos grupos de representaciones en las que está obligado a pensar. (De modo similar, los hemianestésicos de *Janet* no sienten el repetido contacto de su mano insensible pero, exhortados a decir un número cualquiera, eligen siempre el que corresponde al número de contactos.) Además dominan el estado de ánimo, el humor. Cuando Anna O. se aproximaba, en el desarrollo de sus recuerdos, a un proceso que originariamente estaba unido con un vivo afecto, el estado de ánimo correspondiente aparecía ya días antes que el recuerdo, recuerdo que aparecía claramente sólo en su conciencia hipnótica.

Nos hace comprender los “caprichos” de nuestros enfermos, las distimias,

inexplicables, infundadas y, para el pensar vigil, carentes de motivo. La impresionabilidad de los histéricos está condicionada, en gran parte, simplemente por su excitabilidad originaria; pero los afectos vivos a los que llegan por causas relativamente nimias, se hacen comprensibles si pensamos que la “psiquis escindida” actúa como resonador sobre el tono del diapasón. Cada acontecimiento que excita recuerdos “inconcientes” libera toda la fuerza afectiva de esa representación no desgastada y el afecto así provocado se presenta después totalmente fuera de proporción con el que hubiera surgido sólo en la psiquis conciente.

Más arriba se hizo referencia al caso de una enferma cuyo rendimiento psíquico continuamente estaba en relación inversa con la vivacidad de sus representaciones inconcientes. El descenso de su pensamiento conciente reposaba parcialmente, pero sólo parcialmente, sobre una peculiar modalidad de distracción; después de cada “absence” momentánea, dado que ellas se sucedían continuamente, no sabía lo que había pensado durante la misma. Oscilaba entre la “condition prime” y “seconde”, entre el complejo de representaciones conciente e inconciente. Pero no sólo por esto se encuentra disminuido su rendimiento psíquico ni tampoco sólo por el afecto que la domina desde el inconciente. Su pensamiento vigil es tan carente de energía durante este estado, su juicio tan infantil, que parece realmente imbécil. Creo que la base de ello es que el pensamiento vigil dispone de menos energía cuando una gran cantidad de energía psíquica es utilizada por el inconciente.

Cuando esto no es sólo temporario, cuando la psiquis escindida está permanentemente excitada, como en los hemianestésicos de *Janet*, en los que todas las sensaciones de una mitad del cuerpo son percibidas sólo por la psiquis inconciente, queda muy poca capacidad de rendimiento para el pensamiento vigil, de modo que se explica totalmente la debilidad psíquica que *Janet*

describe y que considera como originaria. Seguramente es de los menos que se puede decir como de *Bertrand de Born*, de *Uhland*, “que nunca necesitan más que la mitad de la mente”. La mayoría, con tal reducción de la energía psíquica, es débil mental.

Sobre esta debilidad mental condicionada por la escisión psíquica parece reposar también una propiedad de *algunos* histéricos, rica en consecuencias y que es su sugestibilidad. (Digo “de algunos histéricos”, puesto que es seguro que entre los enfermos de este tipo se pueden encontrar también las personas de juicio más seguro y de crítica más aguda.)

Entendemos por sugestibilidad, ante todo, la falta de crítica frente a representaciones y complejos de representaciones (juicios) que aparecen en la conciencia o que son introducidos en ella desde afuera, oyendo a otros o leyendo. Toda crítica de estas representaciones consiste en que, apenas aparecidas en la conciencia, despiertan otras por asociación y entre éstas también algunas inconciliables con las primeras. La resistencia contra ellas depende por lo tanto de la posesión de la conciencia potencial de tales representaciones antagónicas y su fuerza corresponde a la relación entre la vivacidad de las representaciones nuevas y la de las despertadas por el recuerdo. Esta relación es muy variable aun en intelectos normales. De ellos depende en gran parte lo que llamamos temperamento intelectual. El sanguíneo, a quien siempre encantan las personas y cosas nuevas, seguramente es así porque la intensidad de sus imágenes mnémicas es menor que la de las impresiones nuevas, en comparación con la persona más tranquila, “flemática”. En el curso de situaciones patológicas crece la preponderancia de las representaciones nuevas y de la falta de resistencia frente a ellas, tanto más cuanto menos imágenes mnémicas se despiertan, es decir, cuanto más pobre y débil es la asociación. Así sucede ya durante el dormir, en el ensueño, en la hipnosis, en cualquier disminución de la

energía mental, en tanto esta disminución no dañe también a la vivacidad de las representaciones nuevas.

La psiquis escindida inconciente de la histeria es eminentemente sugestible debido a la pobreza e incompletud de su contenido de representaciones. Pero también la sugestibilidad de la psiquis conciente de algunos histéricos parece reposar sobre lo mismo. Por su predisposición originaria ellos son excitables; las representaciones nuevas son de gran vivacidad para ellos. Por el contrario, la actividad intelectual propiamente dicha, la asociación, está descendida, porque debido a la escisión de un “inconciente” dispone solamente de una parte de la energía psíquica.

De este modo la capacidad de resistencia contra las auto y heterosugestiones se encuentra disminuida y a veces destruida; igual origen tiene la sugestibilidad de la voluntad. Por el contrario, la sugestibilidad alucinatoria, que transforma rápidamente cada representación de una percepción sensorial en la percepción misma, como toda alucinación, exige un grado anormal de excitabilidad del órgano de la percepción y no permite derivarla exclusivamente de la escisión psíquica.

6. PREDISPOSICIÓN ORIGINARIA; DESARROLLO DE LA HISTERIA

Casi en cada etapa de esta exposición he debido reconocer que la mayoría de las manifestaciones que nos esforzamos en comprender pueden reposar, también, sobre una particularidad congénita. Esta se sustrae a toda explicación que pretendiera ir más allá de la constatación de los hechos. Seguramente también *la capacidad de adquirir la histeria* está ligada a una particularidad de

la persona por lo que quizás no carezca de valor tratar de definirla un poco más exactamente.

Más arriba he expuesto por que la concepción de *Janet* de que la histeria se basa sobre una debilidad psíquica y congénita, resulta inaceptable. El práctico que como médico de cabecera observa a todos los miembros de una familia histérica y en todas sus edades, seguramente estará más inclinado a buscar esta predisposición en un exceso que en un defecto. Habitualmente los adolescentes que se vuelven histéricos, antes de enfermarse son vivaces, talentosos, llenos de intereses espirituales; su energía de voluntad es frecuentemente llamativa. Son también las niñas que se levantan de noche para dedicarse secretamente a algún estudio, prohibido por los padres por temor a un esfuerzo excesivo.

La capacidad para un juicio sensato seguramente es más rica en ellos que en otras personas. Pero raramente se encuentran entre ellos la pereza mental simple y obtusa y la tontera. La productividad exuberante de su psiquis llevó a uno de mis amigos a afirmar: los histéricos son la flor de la humanidad, claro que también las flores dobles son tan hermosas como estériles.

Su vivacidad e inquietud, su necesidad de sensaciones y de actividad psíquica, su incapacidad para soportar la monotonía del aburrimiento, pueden formularse así: pertenecen al grupo de personas cuyo sistema nervioso libera, durante el reposo, un exceso de excitación que exige utilización. Durante y a consecuencia del desarrollo puberal se agrega a este exceso originario un aumento importante de excitación que parte de la sexualidad naciente, de las glándulas genitales. Hay pues, ahora, un exceso de cantidad de excitación psíquica libre y disponible para fenómenos patológicos; pero para que éstos se presenten bajo forma de manifestaciones histéricas se exige, evidentemente, otra particularidad específica del individuo, ya que la mayoría de las personas

excitadas y vivaces no se vuelven histéricas.

Esta particularidad sólo puede denominarla más arriba con una expresión vaga y pobre en contenido: “excitabilidad anormal del sistema nervioso”. Pero quizás pueda irse más allá diciendo que la anormalidad reside en que, en estas personas, la excitación del órgano central puede penetrar en el aparato nervioso sensorial, el que normalmente es accesible sólo a los estímulos periféricos, del mismo modo como puede hacerlo en el aparato nervioso de los órganos vegetativos que están aislados del sistema nervioso central por fuertes resistencias. Esta representación del exceso de excitación siempre presente, pudiendo acceder al aparato sensitivo, vasomotor y visceral, parece responder ya por algunos fenómenos patológicos.

Del mismo modo como en las personas así conformadas la atención está concentrada fuertemente sobre una parte del cuerpo, ella sobrepasa la “facilitación atencional” (*Exner*) normal de la correspondiente vía sensitiva; por así decirlo, la excitación libre, flotante, se traslada a la vía y se produce una hiperalgesia local que hace que todos los dolores tengan una intensidad máxima, cualquiera sea su causa, y que todos sus sufrimientos sean “espantosos” e “insoportables”. Pero esta cantidad de excitación que ha ocupado una vez la vía sensitiva no la abandona del todo, tal como lo hace en la persona normal; no sólo persiste sino que aumenta por el aflujo de excitaciones nuevas. Así se desarrolla, después de un leve traumatismo articular, una *neurosis articular*; así la sensación dolorosa de la inflamación ovárica se transforma en una *algia ovárica* permanente.

Los aparatos nerviosos de la circulación son más accesibles a la influencia cerebral que en el normal; se presentan palpitations nerviosas, tendencia al síncope, enrojecimiento y palidecimiento excesivos, etc.

Pero los aparatos nerviosos periféricos no sólo son más fácilmente excitables frente a las influencias centrales: también reaccionan de un modo excesivo y perverso frente a los estímulos funcionales adecuados. Las palpitaciones ya suceden a un esfuerzo moderado así como a una excitación placentera, y los vasomotores provocan la contracción de las arterias (“dedo muerto”) aun sin influencia psíquica alguna. Del mismo modo como a un traumatismo leve le sigue una neurosis articular, una corta bronquitis deja como secuela un asma nervioso, y una indigestión frecuentes cardialgias. Debemos reconocer que la accesibilidad a sumas de excitación de origen central es solamente un caso particular de la excitabilidad anormal general (19), aunque este caso particular sea lo más importante para nuestro tema.

Por lo tanto, no creo que sea totalmente descartable la vieja “teoría de los reflejos” acerca de estos síntomas, que mejor podrían ser llamados nerviosos” aun perteneciendo al cuadro clínico empírico de la histeria. Los vómitos que acompañan a la distensión del útero grávido, pueden ser desencadenados fácilmente por vía refleja, y con estímulos uterinos mínimos en el caso de una excitabilidad anormal; casi también por las congestiones periódicas de los ovarios. Conocemos tantas modificaciones de órganos producidas por acciones a distancia, tantos peculiares “puntos conjugados”, que no puede rechazarse que un cierto número de síntomas nerviosos —que quizás en algunos casos son condicionados psíquicamente— puedan ser en otros casos acciones reflejas a distancia. Sí, oso pronunciar la herejía tan altamente no moderna, de que la debilidad motora de una pierna podría ser, en algunos casos, no condicionada psíquicamente, sino directamente, en forma refleja, debido a una enfermedad genital. Creo que hacemos bien en no hacer valer nuestros nuevos puntos de vista como demasiado exclusivos y como generalizables para todos los casos,

Otras formas de excitabilidad sensitiva anormal escapan aun más a nuestra comprensión; la analgesia generalizada, las placas anestésicas, los estrechamientos reales del campo visual, etc. Es posible, quizás probable, que ulteriores observaciones lleguen a probar el Origen psíquico de uno u otro de estos estigmas, y con ello consigan explicar el síntoma; hasta ahora ello no ha sucedido (no me atrevo a generalizar los puntos de referencia que nos proporcionó nuestra observación Anna O.) y no sería justificado presumirlo antes que se haya logrado tal explicación.

Por el contrario, parece que la peculiaridad descrita del sistema nervioso y de la psiquis, explica algunas de las propiedades conocidas de muchos histéricos. El exceso de excitación que se libera en su sistema nervioso en reposo condiciona su incapacidad para soportar el aburrimiento y la vida monótona; su necesidad de sensaciones que los impulsa, después de estallada la enfermedad, a interrumpir la monótona existencia de un enfermo por medio de toda clase de “acontecimientos”, siendo los fenómenos patológicos los que, ante todo y naturalmente, mejor se prestan para ello. En esto, frecuentemente la autosugestión los apoya. Así son conducidos cada vez más lejos por su necesidad de enfermedad, este rasgo particular, tan patognomónico de la histeria como lo es de la hipocondría, el temor a las enfermedades. Conozco a una histérica que con frecuencia se infligía importantes lesiones sólo para consumo propio; sin que el ambiente o el médico llegaran a enterarse. Cuando no hacía otra cosa, se entregaba a toda clase de locuras estando sola en su cuarto, buscando convencerse de que no era normal. Tiene un claro sentimiento de su enfermedad y cumple sus obligaciones en forma insuficiente, obteniendo una justificación ante sí misma a través de tales actos, Otra paciente, una mujer llena de suspicacia hacia sí misma, y que sufría mucho de una escrupulosidad patológica, percibe cada fenómeno como culpa “porque piensa que no tendría por qué tenerlo si lo quisiera suficientemente”. Sintió gran alivio cuando la

paresia de sus miembros inferiores fue declarada erróneamente enfermedad espinal, mientras le provocaba una grave angustia de conciencia la explicación de que sólo “era nervioso” y que se le pasaría. La necesidad de la enfermedad surge del deseo de la paciente de convencerse a sí y a los demás de la realidad de su enfermedad; cuando esta necesidad se asocia luego a la pena causada por la monotonía del cuarto de enfermo, se desarrolla la más intensa inclinación a tener siempre síntomas nuevos.

Pero cuando esto conduce a la mitomanía y a la verdadera simulación —y creo que ahora ya estamos tan lejos de negar la simulación como antes de suponerla— no reposa sobre la predisposición histérica, sino como *Moebius* decía de un modo tan excelente, en la complicación de la misma con otras degeneraciones, minusvalía moral primitiva. De] mismo modo como la “histeria maligna” se produce porque una persona primitivamente excitable pero pobre de espíritu, sucumbe a un deterioro caracterológico egoísta, el que a su vez crea muy fácilmente un padecimiento crónico. Por otro lado la “histeria maligna” es apenas más común que el tabético maligno de los estadios avanzados.

El exceso de excitación también produce fenómenos patológicos en la esfera motora. Los niños así constituidos desarrollan muy fácilmente movimientos ticosos, los que son estimulados primeramente por alguna sensación en los ojos o en la cara, o por la molestia de una pieza de ropa, y terminan por hacerse permanentes si no son combatidos de inmediato. Las vías reflejas se vuelven rápidamente un sendero “trillado”.

No puede descartarse que existe un ataque convulsivo puramente motor, independiente de todo factor psíquico, en el que sólo se descargue la cantidad de excitación acumulada por sumación, al modo de la cantidad estimulante condicionada por modificaciones anatómicas del ataque epiléptico. Esto sería la

convulsión histérica no ideógena.

Vemos tan a menudo a adolescentes que si bien excitables eran sanos, enfermar de histeria durante el desarrollo puberal, que tenemos que preguntarnos si este proceso no crea la predisposición donde no estaba presente originariamente, y si no debemos atribuirle algo más que un simple aumento de la cantidad de excitación; la maduración sexual afecta a todo el sistema nervioso, aumentando la excitabilidad y descendiendo las resistencias en todas partes. Esto nos lo enseña la observación de adolescentes no histéricos y nos justifica en la creencia de que se produce una predisposición histérica, en la medida en que ésta obedece también a esta propiedad del sistema nervioso. Con ello reconocemos ya a la sexualidad como un gran componente de la histeria. Veremos que su participación es aun mayor, y que contribuye por los caminos mas variados a la génesis de la enfermedad.

Cuando los estigmas no son de origen ideógeno, sino que directamente del fondo germinal originario de la histeria, la ideogenia tampoco puede ser colocada en el centro de la histeria, como se hace a veces hoy día. Nada podría ser más genuinamente histérico que los estigmas, aquellos hallazgos patognomónicos que establecen el diagnóstico y éstos, justamente, no parecen ideógenos. Pero cuando la base de la histeria es una peculiaridad de todo el sistema nervioso, sobre esta peculiaridad se eleva el complejo de los síntomas ideógenos psíquicamente condicionados, como un edificio sobre sus cimientos, y un edificio de varios pisos. Así como sólo se puede comprender la estructura del mismo cuando se distingue el plano de los diversos pisos, así, creo, la comprensión de la histeria está condicionada a la observación de la variada complicación de las causas de los síntomas. Si se prescinde de ello y se trata de dar una explicación de la histeria utilizando un nexo causal único, queda siempre un gran resto de fenómenos sin explicar; como si se quisiera superponer

los pisos de una casa de varios sobre el plano de uno solo.

Como vimos mas arriba y al igual que los estigmas, hay toda una serie de otros síntomas nerviosos que no son producidos por representaciones, sino que son consecuencia directa de una anomalía fundamental del sistema nervioso: algunas algias, fenómenos vasomotores, quizás ataques convulsivos motores puros.

Más próximos a éstos están los fenómenos ideógenos que son simplemente conversiones de excitaciones afectivas. En personas con predisposición histérica, surgen como efecto de afectos y por lo pronto son sólo “expresión anormal de las emociones” (*Oppenheim*) (20). Ella se convierte por repetición en un síntoma histérico real, aparentemente somático puro, mientras que la representación desencadenante productora se vuelve inaparente o resistida y, por lo tanto, reprimida de la conciencia. Las más frecuentes e importantes representaciones resistidas y convertidas tienen contenido sexual. En su mayor parte son la base de la histeria de la pubertad. Las niñas que maduran —de ellas principalmente se trata— se comportan de una manera muy variable frente a las representaciones y sensaciones sexuales que actúan sobre ellas. Ya sea de una manera totalmente coartada, en la que algunas ignoran o escotomizan todo este campo; otras lo aceptan igual que los varones, lo que es la regla en muchachas campesinas u obreras. Otras manotean con curiosidad más o menos perversa, todo lo que puede aportarles de sexual la conversación o la lectura. Finalmente, los caracteres finamente organizados, de gran excitabilidad sexual, pero de pureza moral igualmente grande, conciben todo lo sexual como inconciliable con su norma moral, como algo que las ensucia y mancha (21), Estas últimas reprimen de su conciencia la sexualidad, y las representaciones afectivas de este contenido, que han producido fenómenos somáticos, se convierten en resistidos inconcientes”.

La tendencia a resistir lo sexual se refuerza por el hecho de que la excitación sensual de la virgen contiene una mezcla de temor, de miedo a lo desconocido, lo que intuye como que sucederá, mientras que en el hombre natural, sano y joven, se trata de una pulsión agresiva no mezclada. La niña intuye en el Eros un poder terrible que domina y decide su destino y se siente atemorizada. Tanto mayor es entonces la tendencia a mirar hacia otro lado y reprimir la conciencia de lo angustiante.

El matrimonio aporta nuevos traumatismos sexuales. Es sorprendente que la noche de bodas no actúe en forma patógena más frecuentemente, ya que, desgraciadamente, muy a menudo no tiene por contenido la seducción erótica, sino la violación. Pero, naturalmente, también en las mujeres jóvenes no son raras las historias que pueden retrotraerse a ese momento y que desaparecen cuando en el transcurso del tiempo surge el goce sexual y el traumatismo se borra. También en el curso ulterior de muchos matrimonios aparecen traumatismos sexuales. Las historias clínicas de cuya publicación debemos abstenemos contienen, *en gran número*, exigencias perversas del marido, prácticas antinaturales, etc. No creo exagerar si manifiesto que *la gran mayoría* de las neurosis graves en mujeres procede del lecho matrimonial (22).

Una parte de las noxas sexuales que *esencialmente* consisten en una satisfacción insuficiente (coitus interruptus, ejaculatio praecox, etc.) conduce, según el descubrimiento de *Freud* (22), no a la histeria sino a la neurosis de angustia. Sin embargo, creo que en estos casos, con frecuencia, la excitación del afecto sexual se convierte en fenómenos somáticos histéricos.

Es natural y surge plenamente de nuestras observaciones, que los afectos no

sexuales del sobresalto, del temor y de la ira llevan a originar fenómenos histéricos. Pero seguramente no está de más reiterar que el momento sexual es con mucho el más importante y el más fértil patológicamente. La observación ingenua de nuestros predecesores que sobrevive en la palabra “histeria” se aproxima más a la verdad que las consideraciones más recientes que colocan a la sexualidad casi en la última línea, buscando preservar a los enfermos de reproches morales. Seguramente las necesidades sexuales de los histéricos son por igual variables individualmente y no más fuertes que en los sanos, pero se enferman por ellas, lo que se debe en gran parte a que las combaten a través de la defensa de la sexualidad.

Al lado de las sexuales, debe recordarse aquí a la histeria por sobresalto, que es en realidad una histeria traumática. Ella representa una de las formas de histeria mejor conocidas y reconocidas.

Por así decirlo, en la capa de los fenómenos provocados por conversión de una excitación afectiva están aquellos que obedecen a la sugestión (generalmente autosugestión), en individuos originariamente sugestibles. La sugestibilidad de alto grado, es decir, la irrestringida preponderancia de representaciones recientemente surgidas, no pertenece a la esencia de la histeria, pero puede encontrarse como complicación en sujetos con predisposición histérica, en quienes esta peculiaridad del sistema nervioso posibilita la realización corporal de las representaciones sobrevaloradas. Por otra parte, son casi representaciones afectivas que se realizan sugestivamente en fenómenos somáticos, y de la misma manera se puede concebir el proceso de la conversión del efecto del sobresalto o de la angustia acompañante.

Los procesos de la *conversión de afecto* y de la *sugestión* resultan idénticos

también en las formas complicadas de la histeria que vamos a considerar ahora; aquí encuentran únicamente condiciones más favorables; para los fenómenos histéricos psíquicamente condicionados surgen siempre mediante uno de estos dos procesos.

El tercer constituyente de la predisposición histérica es el *estado hipnoide*, la tendencia a la autohipnosis, que en algunos casos se agrega a los antes referidos y favorece en alto grado y facilita el piso subsiguiente de la gran histeria, por encima de las pequeñas histerias que muestran sólo fenómenos histéricos aislados. Por de pronto constituye un estado transitorio y alternante con el normal y le podemos adscribir el mismo incremento de la influencia psíquica sobre el cuerpo que observamos en la hipnosis artificial. Esta influencia es aquí tanto más intensa y más profunda, porque se da en un sistema nervioso que, aun fuera de la hipnosis, se encuentra anormalmente excitado (24). No sabemos hasta dónde y en qué casos la inclinación a la autohipnosis es una propiedad original del organismo. Más arriba he expuesto la opinión de que se desarrollaba a expensas de la ensoñación llena de afectos. Pero aun para esto, seguramente, se precisa una predisposición original. Si este punto de vista es correcto, se aclararía la gran magnitud de la influencia de la sexualidad en el desarrollo de la histeria, puesto que, fuera del cuidado de los enfermos, no hay otro factor psíquico tan apto para crear ensoñaciones llenas de afecto como la nostalgia amorosa. Por lo demás el orgasmo sexual está muy emparentado con los estados hipnoides, en su plenitud de afecto y en su estrechamiento de la conciencia.

El estado hipnoide aparece más claramente en el ataque histérico y en el estado que puede denominarse histeria aguda, el que, como parece, tiene un papel muy significativo en el desarrollo de la gran histeria. Son estados cla-

ramente psicóticos, prolongados, al punto de durar frecuentemente varios meses, que muy a menudo podrían denominarse confusión alucinatoria; y aun cuando la perturbación no llegue tan lejos, aparecen en el estado hipnoide multiplicidad de fenómenos histéricos, de los cuales algunos persisten más allá de él. El contenido psíquico de estos estados en parte está constituido por las representaciones que han sido resistidas en la vida vigil y reprimidas de la conciencia (“delirios histéricos de los santos y de las monjas, de las mujeres castas, de los niños bien educados”).

Ya que estos estados, con tanta frecuencia, son prácticamente psicosis y sin embargo proceden directa y exclusivamente de la histeria, no puedo compartir la opinión de *Moebius*: “No se puede hablar, dejando de lado los delirios vinculados con el ataque, de una locura histérica propiamente dicha” (25).

En muchos casos estos estados son tales psicosis y también en la evolución ulterior de la histeria ellas se repiten, aunque en su esencia, naturalmente, no son otra cosa que el estadio psicótico del ataque, pero que evidentemente no puede ser denominado ataque cuando tiene una duración de varios meses.

¿Cómo se producen estas histerias agudas? En el caso mejor conocido (Anna O.) se desarrolló de la acumulación de estados hipnoides; en otro caso (de una histeria complicada ya existente) en conexión con una abstinencia de morfina. Generalmente, el proceso es muy oscuro y espera ser aclarado por más observaciones.

Para estas histerias aquí comentadas vale también la frase de *Moebius*: “La modificación esencial de la histeria consiste en que, transitoria o duraderamente, el estado psíquico del histérico es igual al del hipnotizado”.

La persistencia durante el estado normal del síntoma surgido en el estado hipnoide, se corresponde completamente con nuestras experiencias con la sugestión posthipnótica. Con ello queda dicho que los complejos de representaciones inadmisibles para la conciencia, coexisten con series de ideas que transcurren concientemente y que la *escisión de la psique* se ha realizado. Parece seguro que ésta también puede realizarse sin el estado hipnoide, a partir del conjunto de las representaciones resistidas, reprimidas de la conciencia, pero no suprimidas. De un modo y otro se produce un territorio de la vida psíquica que puede ser pobre en ideas o rudimentario o bien más o menos igual al del pensamiento vigil, cuyo conocimiento podemos agradecer ante todo a *Binet* y *Janet*. La histeria se completa a través de la escisión de la psiquis, tal como lo explican los rasgos esenciales de la enfermedad expuestos antes (cap. 5). En forma duradera, pero con una variable vivacidad de sus representaciones, una parte de la psiquis del enfermo se encuentra en estado hipnoide, siempre pronta, al ceder el pensamiento vigil, de ganar el dominio sobre toda la persona (ataque, delírium). Esto sucede cuando un afecto intenso perturba el curso normal de las representaciones, en estados de conciencia crepusculares o de agotamiento. De este estado hipnoide persistente emergen en la conciencia representaciones inmotivadas y extrañas a la asociación normal, son arrojadas alucinaciones a la percepción y se inervan actos motores independientes de la voluntad conciente. La psiquis hipnoide se encuentra altamente predispuesta a la conversión de afectos y a la sugestión y así se producen con facilidad nuevos fenómenos histéricos, los que sin escisión psíquica sólo se hubieran producido con gran dificultad y bajo la presión de afectos reiterados. Lo que el observador ingenuo, en tiempos antiguos y supersticiosos, creyó que era el *demonio* del que estaba poseído el paciente, es la psiquis escindida. Es cierto que en la conciencia vigil del enfermo actúa un espíritu extraño, sólo que no es extraño realmente, sino que es una parte de sí mismo.

Nuestra osada tentativa de construir sintéticamente la histeria a partir de nuestros conocimientos actuales, queda abierta al reproche del eclecticismo, si es que éste, en realidad, se justifica. Tantas formulaciones de la histeria, desde la vieja “teoría refleja” hasta la “disociación de la personalidad”, han tenido que encontrar aquí su lugar. Pero no puede ser de otro modo. Han sido tantos los observadores precisos y las agudas mentes que se han esforzado en torno a la histeria, que es muy improbable que cada formulación no contenga una parte de la verdad. La futura exposición del real estado de cosas seguramente contendrá a todas y combinará todos los puntos de vista unilaterales sobre la materia en una realidad corpórea. Por *ello el* eclecticismo no me parece censurable.

¡Pero qué lejos estamos hoy en día de la posibilidad de tan completa comprensión de la histeria! Con qué trazos inseguros se han dibujado aquí los contornos, con cuántas groseras representaciones auxiliares se han tapado más que llenado los huecos. Sólo tranquiliza una reflexión: que este mal es y debe ser propio de todas las exposiciones fisiológicas de procesos psíquicos complicados. De éstos vale siempre lo que *Teseo* dice acerca de la tragedia en “Sueño de una noche de verano”: “También lo mejor de esto son sólo sombras”. Y tampoco lo más débil carece de valor cuando busca retener con fidelidad y modestia los trazos de sombras que los objetos reales desconocidos proyectan en la pared. Es así como siempre se justifica la esperanza de que, en alguna medida, se producirá una correspondencia y similitud entre los procesos reales y nuestra representación.

NOTAS

(1) *Moebius*, Über den Begriff der Hysterie”, nuevamente impreso en “Neurologische Beiträge”, I, 1894.

(2) Este aparato perceptor, incluyendo las áreas sensoriales corticales, debe ser distinto del órgano que almacena y reproduce las impresiones sensoriales bajo forma de imágenes mnémicas. Porque la condición fundamental de la función del aparato perceptor es la rapidísima restitutio in status quo ante; y si no fuera así no podría tener lugar ninguna percepción ulterior. Por el contrario, la condición esencial de la memoria es que tal restitución no tiene lugar sino que cada percepción crea modificaciones duraderas. De ningún modo un mismo órgano podría cumplir con ambas condiciones contradictorias; el espejo de un telescopio de reflexión no puede ser al mismo tiempo una placa fotográfica. Estoy de acuerdo con *Meynert* en el sentido de creer, tal como he dicho, que lo que da su carácter de objetivo a la alucinación, es una excitación del aparato de percepción, aunque no estoy de acuerdo con él cuando habla de una excitación de los centros subcorticales. Si en cambio el órgano perceptor ha de ser estimulado mediante la imagen mnémica deberíamos suponer que la excitabilidad de este órgano ha sido cambiada en una dirección anormal y que este cambio es el que hace posible la alucinación. [Observa Strachey que la tesis de que un solo aparato no podía realizar las funciones de percepción y memoria, fue adoptada por Freud en el capítulo séptimo de la “Interpretación de los Sueños” (1900), Lo había aceptado ya en su “Proyecto”, escrito algunos meses después del presente trabajo, igual que en una carta a Fliess del 6 de diciembre de 1896, y volvió a este plinto en el capítulo IV de “Más allá del Principio del Placer” (1920) y en su trabajo sobre el “Block Maravilloso” (1925). Excepto en uno de estos trabajos atribuye esta línea de pensamientos expresamente a Breuer] [T].

(3) *Oppenheim* — “Labilität der moleküle” (labilidad de la molécula). Quizás más adelante resulte posible reemplazar la expresión muy vaga arriba mencionada, por una fórmula más rica en contenido y más precisa.

(4) Permítaseme adelantar aquí brevemente la noción en que se basa lo arriba expuesto.

Habitualmente pensamos, injustamente, en las células nerviosas sensitivas y sensoriales como aparatos de recepción pasivos. La propia existencia del sistema de fibras de asociación demuestra que también de ellas fluye excitación a las fibras nerviosas. En una fibra nerviosa que conecta por continuidad o por contigüidad dos células sensoriales debe existir un estado de tensión cuando de ambas células penetra en ella excitación. Este estado de tensión tiene la misma relación con la excitación que defluye en una fibra motora periférica por ejemplo, como la presión hidrostática con respecto a la fuerza viva del agua que fluye o como la tensión eléctrica con respecto a la corriente eléctrica. Si todas las células nerviosas se encuentran en estado de excitación mediana y excitan sus prolongaciones nerviosas, esta enorme red crea un reservorio unitario de “tensión nerviosa”. Tendríamos por lo tanto, además de la energía potencial que está contenida en la célula en estado químico, y de aquella forma, desconocida para nosotros, de energía cinética que recorre la fibra durante el estado de excitación, una supuesta excitación nerviosa incluso en estado de reposo, la excitación tónica o tensión nerviosa.

(5) La concepción de la energía del sistema nervioso central como una cantidad cambiante y oscilante en su distribución en el cerebro es vieja. “La sensibilité”, decía *Canabis*, “semble se comporter à la manière d’un fluide dont la quantité totale est déterminée et qui, toutes les fois qu’il se jette en plus grande abondance dans un de ses canaux, diminue proportionnellement dans les autres”

(Cit. según *Janet*, *Etat mental II*, p. 277).

[Acota J. Strachey, que esta llamada y su correspondiente pasaje en el texto, parecen haber sido considerados por *Freud*, como el motivo para atribuir a Breuer la distinción entre formas “libre” y “ligada” de la energía psíquica, y la correspondiente distinción entre sistemas primarios y secundarios de funcionamiento psíquico. En su trabajo sobre “El inconsciente” (1915), y en “Más allá del Principio del Placer” (1920), afirma categóricamente que estas ideas fueron derivadas de la contribución de Breuer a los “Estudios sobre la Histeria”, sin dar referencias más precisas. *Freud* había adoptado ya la idea en el capítulo VII de la “Interpretación de los Sueños”, pero la cuestión se discute con mayor extensión en el “Proyecto”] [T].

(6) *Lange*, *Über Gemütsbewegungen*, 1887.

(7) La pulsión a la venganza, tan poderosa en el hombre primitivo y que aparece más disfrazada que sometida por la cultura, no es más que la excitación de un reflejo no desencadenado. Defenderse del daño en la lucha y perjudicar al mismo tiempo al contrario es el reflejo psíquico, preformado y adecuado. Si éste no se realiza o lo hace insuficientemente, volverá siempre a desencadenarse de nuevo a través del recuerdo y surgirá la “pulsión de venganza” como impulso volitivo irracional, como todas las “pulsiones”. Prueba de ello es precisamente su irracionalidad, su independencia de toda utilidad y finalidad y ciertamente también su victoria sobre todas las consideraciones de la propia seguridad. En cuanto el reflejo se ha puesto en marcha, su irracionalidad puede hacerse conciente. “Una cara antes de que suceda y otra después de consumado el acto

8) No quisiera perseguir hasta la muerte la comparación con una instalación eléctrica; dada la diversidad fundamental de las circunstancias apenas puedo ilustrar y seguramente no explicar los procesos en el sistema nervioso. Pero aquí

debe recordarse el caso en que, debido a la elevada tensión, la aislación de los conductores de una red de iluminación ha sufrido y en un lugar se ha producido un “cortocircuito”. Si en este lugar aparecen fenómenos eléctricos (calentamiento, chisporroteo o similares), la lámpara hacia la cual este conductor se dirigía va no se enciende, del mismo modo como un afecto no se produce cuando la excitación se descarga en un reflejo anormal, convertida en un fenómeno *somático*.

(9) A propósito de este punto compárense algunas observaciones y comunicaciones de *Benedikt* (1889), recientemente reimpresso en el trabajo “*Hvnotismus und Suggestion*”, 1894 (pp. 51 y sig.).

(10) Encuentro en las “*Bewegungsempfindungen*” de *Mach* una observación que merece ser recordada aquí:

“Se ha demostrado reiteradamente en las experiencias (de vértigo) descritas, que las sensaciones de náuseas se presentaban principalmente cuando resultaba difícil hacer coincidir las sensaciones de movimiento con las impresiones ópticas. Parecía como si una parte de los estímulos procedentes del laberinto, abandonaran las vías ópticas, obstruidas por otro estímulo y tomaran por otras vías... También en las experiencias de combinación de imágenes estereoscópicas muy diferentes he podido observar repetidamente sensaciones de náuseas”.

Prácticamente es éste el esquema fisiológico de la provocación de fenómenos histéricos, patológicos, por la coexistencia de representaciones vividas inconciliables.

(11) Agradezco este caso al *Dr. Paul Karplos*.

(12) Las representaciones actuales, activas y sin embargo inconcientes, de que

aquí y más adelante se habla, raramente son representaciones aisladas (como quizás la gran serpiente alucinada por Anna O. que desencadena la contractura); casi siempre se trata de complejos de representaciones, de uniones, recuerdos de acontecimientos externos y procesos de pensamiento propios. En oportunidades las representaciones individuales contenidas en los complejos representacionales son pensadas concientemente y sólo determinada combinación está desterrada de la conciencia.

(13) *Moebius*, Über Astasie Abasie, Neurol, Beiträge, t. 1. p. 17.

(14) Quizás *Moebius* con esta denominación no quiere significar más que la inhibición del curso de las representaciones que evidentemente existe en el afecto, aunque por causas bien diferentes que en la hipnosis.

(15) “Srta. Anna O...” y “Sra. Emmy v. N..”

(16) Observación 1: Srta. Anna O., Obs. N° 2: Emmy v. N., Obs. N° 3: Miss Lucy R. Obs. N° 4: Catalina..., Obs. N° 5: Srta. Elisabeth v. R.

(17) Esta expresión no es unívoca y por lo tanto deja que desear. Creada según la analogía de “hoffähig” (apto o admisible para presentarse en la corte), habrá de utilizarse, en el ínterin, a falta de otra mejor. (N. del T. Podría usarse la expresión “concientizable” en castellano).

(18) Sin embargo debo observar que precisamente en el caso mejor conocido y más transparente de gran histeria con manifiesta *double conscience*, precisamente en Anna O., ningún resto del estadio agudo fue transportado al crónico y todos los fenómenos de este último se produjeron ya en el período “de incubación”, en los estados hipnoides y en los estados de afecto.

(19) *Oppenheim*: “Labilität der Moleküle”.

(20) Aquella disposición no es más que lo que *Strümpell* llama el “disturbio en lo psicofísico” que subyace a la histeria.

(21) Algunas de las observaciones nos hacen creer que la fobia al contacto, o mejor dicho, a ser ensuciadas y que compele a las mujeres a lavarse las manos a cada momento, tiene frecuentemente este origen. Este lavado se origina en un proceso psíquico como el de Lady Macbeth.

(22) Infortunadamente la clínica ignora uno de los momentos patógenos más importantes o sólo lo roza. Este es seguramente un tema donde la experiencia de los mayores debe ser comunicada a los médicos jóvenes, que habitualmente pasan ciegamente al lado de la sexualidad, al menos en lo que se refiere a sus enfermos.

(23) *Freud*: “Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Sympto— menkomplex als Angstneurose abzutrennen”. *Neurol. Zentralblatt* 1895. N° 2 (G. W. Bd. 1).

(24) Es plausible identificar la predisposición a la hipnosis con la excitabilidad originaria, ya que también la hipnosis artificial muestra modificaciones *ideógenas* de la secreción, de la irrigación local, la tendencia a formar vesículas, etc. Este parece ser el punto de vista de *Moebius*. Sin embargo, creo que aquí uno se mueve en un falso círculo. Esta taumaturgia de la hipnosis la observamos, hasta donde yo lo sé, sólo en el histérico. Por lo tanto atribuiríamos así a la hipnosis funciones de la histeria que después hacemos derivar como procedentes de la hipnosis.

(25) *Moebius*: Gegenwärtige Auffassung der Hysterie. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1895, I. Bd. p. 18.

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

Recibido el 30.III.75.

***RECONSIDERACION
DE FREUD
SAUL PACIUK***

- I Más acá del freudismo
- II Ser y conocer
- III Entre re-memorar y con-memorar
- IV ¿Observador o participante?
- V “El” inconciente

AL GRUPO DE LOS VIERNES

II MÁS ACÁ DEL FREUDISMO

1) En el cabo de los 80 años de la irrupción de esta corriente inabarcable que es ahora la palabra psicoanalítica, parece pertinente retomar el psicoanálisis en cuanto drama de “los pocos medios de que un hombre dispone para ejercer influencia psíquica sobre otro” (171) (*).

Elegir este arranque y este tema supone tener en vista al Freud que tienta una apertura a las cosas, antes de haberlas vestido con un ropaje de inteligencia que se fue confundiendo con lo que quería comprender y que fue relegando aquel drama en nombre de conformar una doctrina que fuera considerada digna de una tradición de pensamiento.

* Los textos entrecomillados transcriben expresiones de Freud o de Breuer. Los números entre paréntesis indican páginas de “La histeria”, tomo X de las Obras completas de Sigmund Freud; edición Santiago Rueda, Buenos Aires, 1953

Tal elección define una situación: *un poco más acá del freudismo*, a tiempo para ver cómo la hipótesis y el esquema van tomando el lugar de la experiencia de la alteridad.

.

Por cierto, el pensamiento supera la puntualidad de lo actual inscribiéndolo en una generalidad que le da cuerpo y significación. Pero así también puede clausurarse y tanto como su movimiento lleva al esquema, invita a retomar las evidencias originales (origen, original, originario) de las que partió.

Freud lo advierte: “Me sirvo aquí de una serie de comparaciones incompatibles entre sí y que no presentan sino una limitada analogía con el tema tratado. Pero dándome perfecta cuenta de ello, estoy muy lejos de engañarme acerca de su valor” (179). Mientras tanto se permite continuarlas por cuanto su intención es, dice, presentar claramente y desde distintos puntos de vista una cuestión nueva, nunca expuesta hasta entonces. Pero puso toda esta advertencia encerrada en un paréntesis y allí la dejó.

Hay que levantar ese paréntesis. Para acercarse a la cuestión nueva que intenta presentar a través de comparaciones, es decir, *diciendo una cosa por otra*, algo nada diferente de lo que hacemos al nombrar y tomar las cosas por su nombre. Y también para entrever *las cosas mismas* a las que los esquemas se refieren y restituir al hombre su condición de *organizador* del campo y eje de referencia del *sentido*.

Siendo éste el propósito, la aproximación a él necesariamente toma la forma de una *reflexión*, de una vuelta a sí (¿o en sí?).

2) ¿Cuántos Freud? Ya estamos cerca del ideal del Freud de cada uno. La opción aquí es: dos Freud, o Freud y el freudismo. Nada nuevo.

La bifurcación ocurrió múltiples veces. En “Charcot” se anuncia como la divergencia entre el camino de “un observador ingenuo” y el del maestro. Por un lado la mirada que trata de dar cuenta de lo que se descubre. Por otro la

preocupación por embretarlo en el esquema.

A uno se le ocurren “hipótesis singulares” que anota pero que desacredita en nombre de la jerarquía (científica) del edificio: la histeria se le hace “un especial estado psíquico en el que la coherencia lógica no enlaza todas las impresiones y reminiscencias, pudiendo un recuerdo exteriorizar su afecto mediante fenómenos somáticos sin que el grupo de los demás fenómenos anímicos, o sea el Yo, sepa nada ni pueda oponerse”.

Y agrega: “Charcot no siguió este camino”, guiado por el afán de “establecer un esquema”, el que culmina con una propuesta que es la antítesis de la que realizaría el observador ingenuo: “la única causa de la histeria sería la herencia”.

Freud recibe de Charcot el espaldarazo para tomar en serio las ideas, pero el viraje hacia las ideas fue más marcado en el discípulo. Charcot se apega a la hipótesis de la degeneración cerebral hereditaria, haciendo de la peripecia vital una ocasión de manifestarse lo determinado de antemano, un agente provocador que libera una condición preexistente. En tanto en Freud va tomando peso la historia (trauma, recuerdo, asociación) y también el vínculo, lo actual (resistencia), es decir, sus propias ideas acerca del carácter de este vínculo resultan también tomadas en serio (repetición, transferencia).

3) El puente es Breuer, el trauma, la catarsis y la conversión. El recuerdo de un hecho ha quedado fuera de la circulación psíquica y su energía, su imperativo, es descargado a través de otra vía, el síntoma. A la vez la hipnosis tiene ahora otro uso, no sugestivo: sirve para que se ponga en palabras el suceso vinculado a un síntoma y esto basta para que desaparezca. *El camino para hacer el diagnóstico, por aclaración de la etiología, es ahora la terapia misma.*

También con Breuer dos líneas de hipótesis se definen. Una lleva a considerar que el suceso se vuelve traumático por ocurrir en un estado hipnoide. La otra supone que algo de la situación resulta inapto para la conciencia y por ello es alejado. ¿Fisiología o sentido? En Freud se afirma lo segundo, se trata para él de una *defensa*, la conciencia se defiende de lo que la compromete y esta defensa expulsa de sí la experiencia de la situación original y luego impide que se vuelva recuerdo. Es la insistencia en la defensa la que marca la separación de Breuer, sostenedor del carácter impersonal del proceso.

Cuando Breuer deja de ser el mentor, el lugar del recuerdo lo toma el impulso. Ya no enferma el recuerdo de la seducción sufrida, sino los deseos. Es el aspecto apetitivo de la mente el que toma el primer lugar y con ello la revelación de la excentricidad de la conciencia cambia de definición: no se trata tanto de recuerdos que la exceden, sino más bien de *deseos que no son concéntricos con ella*, que mueven a un *hacer* cuyos alcances se le escapan y que necesita recuperar.

4) Estos pares tienen un paralelo en el par Freud-freudismo. El enfermo no sabe de lo qué lo enferma y como saberlo lo libera, es necesario que se acerque a ese saber, otro mediante. El analista será el mediador de la revelación de lo que hay detrás del síntoma. Como forzar los recuerdos se muestra insuficiente, es necesario asociar y luego atender las vicisitudes de la asociación, pero de la asociación analista-analizando: la resistencia, la transferencia, responden a esto.

Se trata ahora de uno frente a otro, y uno descubre la resistencia a partir de que *le resisten a él*, y el propio nombre menta esto, una idea (de Freud, lo que él siente, el sentido de lo que sufre). Se ve entonces que la idea a descubrir en el sujeto se vuelve inseparable de la del analista, lo que pasa ante todo para el

propio enfermo, que trata al analista de la misma manera como trata a la idea de la que se defiende.

Todo esto llevaría a un cambio en lo que se entiende por mente: el análisis del enfermo se haría análisis de la relación. Podría ser puesto en cuestión el objetivo de dar forma a una cosmética psicológica, en favor de la experiencia, del hacer conciencia de las vicisitudes del trato con e¹ otro, de lo que uno *hace* a y con el otro.

Pero rápidamente se le contrapone el freudismo: se acentúa la represión, *la contrapartida de la resistencia*. Una hipótesis acerca de lo que le pasa al sujeto consigo, que tiene la *ventaja* de ubicar el problema como *asunto privado, ajeno a la relación*.

Perdiéndose esta visión del otro como otro apenas se la vislumbra.

Puede verse que este freudismo está sustentado en una particular mitología antropológica: en el mito de la inocencia. Inocente Freud que no tiene nada que ver con lo que de) pasa. Inocente el sujeto, causado, víctima del trauma, remolcado por los instintos, apresado en una condición preexistente.

Es cierto que el Freud que está *antes* tiene poco peso en el freudismo y que está desacreditado por su *ingenuidad*, pero es posible que si nos situamos un poco más acá del freudismo, nos podamos encontrar más cerca de Freud.

II) SER Y CONOCER

1) Freud se pregunta por las oscuridades de la conciencia: la enfermedad, los síntomas, los sueños, los actos fallidos. Oscuridades para el sujeto que se enfrenta a lo que no puede entender. Oscuridades para el médico que no se las explica y que por ello las deja caer en el descrédito, como apunta en “Charcot”. Son des-enlaces de algo que el sujeto y Freud ignoran y Freud procura re-hacer el enlace.

Es la pregunta por el sentido y en el mismo texto esboza una respuesta. Dice que los hechos (históricos) ocurren como si respondieran a algún motivo, del que serían manifestación justificada... si ese presunto motivo fuera claro. El motivo daría entonces su sentido: satisfacen algo.

La pregunta por el motivo se reitera al comienzo de la “Comunicación provisoria”. Dice que se trata de “investigar la motivación de los diversos síntomas y formas de la histeria” (9).

Pero de inmediato la *pregunta se transforma en la pregunta por la etiología*, dice que se enlaza *con* un proceso anterior y que se enlaza de la manera *como* un efecto se enlaza con su causa. Habla de la motivación, “o sea, aquel proceso que hizo surgir por vez primera, con frecuencia muchos años atrás, *el fenómeno* de que se trata” (9). *Una relación de motivo* se ecuaciona sin más con una de causa, y serían las determinaciones, las causas, lo que excede la conciencia y el síntoma hasta aparece “sobredeterminado” (154, 178) determinado por múltiples factores, reemplazando con esta sobredeterminación la multivocidad del sentido.

Causa y motivo hablan de sujetos diferentes. Buscar causas supone un sujeto

causado, estando en relación de sufrimiento con la causa y lo que le pasa revela lo que lo determina. El motivo habla de metas y motores, de qué se busca, de deseos. Dice que lo que al sujeto le pasa o hace tiene el sentido de realizar apetencias propias. Y si todavía se quiere hablar de causas, habrá que oírlo como *razones para obrar*.

En ambos casos se trata de *lo que mueve* al sujeto y en este plano fáctico hallamos un punto de encuentro: dicen *cómo se entiende a sí mismo el sujeto movido*. Ser causado es la postulación que trae, hay factores que lo hacen ser como es. Se espera que el análisis modifique estos supuestos descubriendo motivos, su complicidad con lo que lo determina. Lo primero afirma cómo es el mundo y cómo son los otros. Lo segundo muestra como es él mismo y cómo el mundo *responde*, responde a lo que él hace y él responde por cómo le hace el mundo.

Pero en el plano teórico hay un desencuentro. El condicionamiento y la determinación son ciertos, pero sólo en tanto postulación del sujeto. Si se la convierte en teoría se está analogando la visión analítica y la del sujeto, como anota Freud que le ocurría cuando “consideraba el enlace de la histeria con el tema de la sexualidad como una especie de insulto personal... conducta análoga a la observada, en general, por las pacientes” (151).

2) Lo que Freud busca está en algo vivido, en el pasado, en “sucesos que al sujeto desagradan recordar” (9). Lo que no excluye que el sujeto no recuerda, realmente, lo buscado e incluso ni siquiera sospecha la conexión causal del proceso motivador con el fenómeno patológico” (9).

Una situación ejemplar es la del chasquido. La señora, devota madre y muy franca, se ve llevada a un chasquido en las circunstancias más inoportunas,

cuando debe haber silencio y en las que, por lo tanto, más notorio se vuelve su gesto. Rememora una situación primera, en la que era importante para su hija enferma el silencio y en la que una “voluntad contraria” la lleva al chasquido.

Esto hace pensar en su conciencia de buena madre, en que podría querer otra cosa tanto como cuidar a su hija, querer que sería *incompatible* con “la organización ya lograda, o sea el Yo”. Es decir, con esta visión de sí que puede tener en función de lo que es y se propone ser y de los motivos por los que responde. No sería más ella misma sino otra, si incubara tales intenciones. Ellas pueden ser des-conocidas, pero no por ello se desvanecen, sino que se reiteran y en una forma que más parece una denuncia.

Se des-encubre *otra* señora, des-encubriendo otros motivos a los que responde, y esto permite comprender tanto las circunstancias en que nació el síntoma como el empeño en silenciarlas. Y si hay una causación, estaría en que el recordar cura, pero recordar *es lo mismo que asumir los motivos rechazados, a la otra*. Lo olvidado o rechazado se vuelve así una provincia del propio ser que es rechazada.

Se puede suponer que la ecuación entre causa y motivo estuvo fundada en un intento *de satisfacer una* exigencia de la ciencia, exigencia que es llevada al extremo de hacer “necesaria a mi teoría la existencia de una relación cuantitativa, también en lo psíquico, entre la causa y el efecto” (174). Pero también hay un fundamento más valedero para esta ecuación: ocurre que *el conocimiento de las presuntas causas, de la etiología, cura*.

Es en la cura donde se hace visible una relación entendible como de causa a efecto. *Porque* recordar cura, se pasa a suponer que lo que enferma es no poder recordar. Para Freud se constituye así la “prueba terapéutica” (20) de un otro

enlace causal, que todavía deberá ser probado, porque en el esquema de producción de la cura no se evidencia un mecanismo de producción del síntoma.

La confirmación de la visión causal sería más bien su origen, y la trasposición la opera de un modo bien simple “invirtiendo el principio cessante causa cessat effectus” (13). Si algo es el supuesto efecto de algo, al cesar cesó también su supuesta causa.

Al insistir en la relación de causación Freud afirma al sujeto sufrido, agobiado por *el trauma, amenazado por el desplacer, asaltado* por el ello. Cuando habla de la coherencia, incompatible con ocurrencias que van surgiendo, habla de otro sujeto y también habla otro Freud.

3) Si hay una causa que explica el síntoma, ¿por qué no produce siempre el mismo efecto, el mismo síntoma? Por una disposición (21), que sería el nexo entre el suceso o la ocurrencia, en sí mismos sin valor patógeno, con el sujeto: la causa en él, que vuelve causa efectiva, agente provocador, a lo que ocurre.

Hay que dejar resonar esta palabra, *disposición*. Hay una disposición que se descubre, un estar dispuesto a tomarlo de esta manera, que vuelve patógeno al suceso, a lo que acontece. Esta disposición es para Breuer algo ajeno, el estado hipnoide. Una excitabilidad anormal del Sistema nervioso, que tiene el valor de una facilitación. De ello habrá de nacer lo constitucional, una visión particular de la disposición, explicada apelando a la herencia. Que dice que el deseo que se realiza es el de otros, plantando al sujeto como acreedor de una reparación imposible por una culpa ajena. Aun para Breuer lo congénito “se sustrae a toda explicación que pretendiera ir más allá de la constatación de los hechos”. Más bien se trataría, en la disposición, de un deseo, de una forma de tomar lo que pasa. Lo que pasa es la realización de una disposición previa a que le pase,

mostrando lo que pasa como una apetencia de alguna manera satisfecha y que, como tal, pertenece al sujeto que ahora es.

Otra vez, dos antropologías. La del sujeto causado por la disposición de otros, o del motivado que *responde* por lo que *es*.

4) En el descubrimiento de que el conocer cura se desliza una afirmación trascendente. El conocer va no es mera información ni la interrogación simple curiosidad, Sino que *el conocer es una modificación del ser*.

Lo que escapa a la conciencia de lo des-conocido, lo que por lo tanto no puede ser tenido por in-significante. Su integración modifica al Yo, lo hace otro-Yo, el que, paradójicamente, *de hecho*, ya es, pero que es resistido, *contenido*, en el doble sentido de algo que está en él y de algo que no permite que aflore.

En este marco, la tarea de hallar sentido se vuelve una afirmación de la racionalidad y ella sería más propia al psicoanálisis que el determinismo, como lo es el motivo más que la causa, el deseo que el instinto.

Una forma primaria de la racionalidad es la necesidad de coherencia que Freud señala en el historial “Emmy”, indicativa de que *todo acto es incluido en alguna organización en que cobra sentido*. Emmy inventa una historia, y “en aquellos casos en que la verdadera causa se sustrae a la percepción de la conciencia, intenta establecer una distinta conexión a la que luego presta completa fe, no obstante ser falsa” (41). Es así como “el sujeto se ve llevado por una especie de «coerción asociativa»” (42) a establecer tales enlaces que integran las sucesivas experiencias puntuales. O como lo dice Breuer, “las representaciones se asocian con todo el patrimonio de la conciencia potencial”.

Que hacer conciente cure, implica que el psicoanálisis considera como lo más propio del hombre, como lo que lo acerca a su ser verdadero, la integración, la superación del desconocimiento, el conocer-se. El hombre está tan alejado de la verdad cuanto se des-conoce, cuanto está alejado de su ser.

Se afirma así también la disociación como un modo específicamente humano de organizar la experiencia, que implica retener y poner en otro lado el aspecto de ella que cuestiona la conciencia, tratándolo como im-pertinente y permaneciendo inconciente la vinculación entre ambos aspectos, que el conocimiento mostrará en su unidad.

El hombre emprende el conocer-se, ubicado en el plano de la mutua aclaración entre lo que soy y lo que me pasa y el mundo.

Esta integración, esta experiencia simultánea, de sí y del acontecer y del otro, no es una tarea a término, no hay una lista que acabe ni un reservorio que se agote. Esta integración es la tarea de hallar *sentidos*, lo que menta a la vez algo que está en la cosa o se afirma como tal, y *lo sentido* por el analista: el sentido es para alguien, requiere la respuesta de alguien para conocerse y en el sentido el analista reconoce su modo de estar implicado en el sujeto y las formas de su unidad con él.

III) ENTRE RE-MEMORAR Y CON-MEMORAR

1) Se trata entonces, para Freud, de despertar y dar salida a recuerdos y afectos que encuentran impedido su acceso a la conciencia. Desde que abandona la sugestión intenta propiciar condiciones que faciliten este recordar, a la vez que anular las trabas que lo impiden. Primero con la hipnosis, luego mediante la presión y la insistencia, al fin por la asociación libre. El vínculo de Freud con el enfermo pasa así de la imposición a la asociación libre y las vicisitudes de esta *libertad en la asociación* irán constituyendo un nuevo foco de la atención del analista, a medida que se va haciendo evidente que el enfermo, en lugar de asociarse libremente con el analista, se di-socia de él y actúa como si sus

objetivos difirieran y aun fueran encontrados. El enfermo, no se acuerda y no acuerda su querer con el del analista.

Este primer objetivo es formulado por Freud como ampliación de la memoria (158), hallando “los recuerdos patógenos no existentes en la conciencia ordinaria” (158). El recordar se hace así la *primera da regia* del psicoanálisis.

¿Por qué este privilegio? La primera respuesta es: porque cura. Breuer mediante, Freud encuentra que “los síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador y con él, el afecto concomitante y el paciente describía, con el mayor detalle posible, dicho proceso, dando expresión verbal al afecto” (12).

Así es como el recuerdo cura, y la cura es la superación del des-conocimiento por el re-conocimiento. Pero, ¿qué cura?

Cura la curiosidad del analista: ahora conoce causas, identifica el proceso provocador, tiene una etiología y un diagnóstico. Cura la memoria del paciente: introduce una forma de continuidad y lo que era un recuerdo del que *se defendía* pasa a ser un aspecto de sí mismo con el - que puede *contar*, que entra en el cuento que es su historia. Cura porque despierta el afecto concomitante, porque se asocian afecto y recuerdo. Y porque describe con detalle, esto es, asocia con el recuerdo. A la vez, porque todo esto se expresa verbalmente, no en acto, y ante otro que oye, es dicho para otro. Cura porque, en fin, se re-cuerdan, se asocian, acuerdan analista y analizando, superando la anterior di-sociación entre el deseo de ambos.

2) *El analista se cura* porque ahora conoce qué pasa, de qué se trata, porque

sabe de las causas. Aun cuando este conocimiento causal sea discutible, porque se puede hablar de causa cuando el conocimiento del proceso provocador permite predecir idénticos resultados en las oportunidades en que el mismo actúa, o cuando los resultados difieren porque ocurren variaciones conocidas en el proceso provocador. Y nada de esto pasa y aun más, el propio psicoanálisis es uno de los cuestionadores de la validez del pensamiento causal en psicología.

Si por algo cura al analista, hay que buscarlo por otro lado. Freud pide que se asocie y se diga cuanto se pase por la mente. Pero acepta la asociación a condición de que se trate de un *recuerdo* y toda su insistencia está dirigida a lograrlos. Quiere recuerdos porque son *lo único* que el propio Freud puede asociar con el síntoma en forma plausible. Y ni siquiera todos los recuerdos: “Ninguna de estas reminiscencias parecía poderme ser de alguna utilidad, pues no me era posible relacionarla con la etiología de los ataques.” (164).

Así como el psicoanálisis lleva a una ampliación de la conciencia del enfermo, lleva a un mismo proceso en el analista, quien progresivamente va asociando con el síntoma nuevas asociaciones que antes debía desechar. Y no queda atado a las asociaciones que el enfermo califica como recuerdos.

Más aun, Freud llega a elaborar una lógica de interpretación que le permite asociar según ciertas reglas multiplicando las asociaciones que llevan al encuentro de la meta, que culmina en el llamado proceso primario.

3) *Cura la memoria del enfermo*, rellena sus lagunas, recompone su arqueología. Pero esta es una versión muy sumaria que no atiende a sus supuestos.

Porque no se trata de una mera situación inicial clara que debe ser evocada o

completada, como si se la retirara de un archivo, y porque quien califica una ocurrencia, una asociación, como recuerdo, es parte interesada.

Al poner el acento en el recuerdo se trata de otra cosa: de buscar *el antecedente*; lo que supone ver la vida como continuidad que ha sufrido una fractura. Y la fractura no se refiere a que la cronología tenga un hueco, sino a que al sujeto le falta algo de sí mismo, una experiencia¹ un aspecto de sí, la posibilidad de ver lo actual en continuidad con lo que siempre fue y él mismo es.

Para Freud, falta porque ha sido desconocido y las mismas razones que movieron al desconocimiento mueven ahora a no poder recordarlo. En cuanto al sujeto, no es *el mismo* que era antes de la revelación que se constituyó en agente provocador, ni será *él mismo* mientras no recupere la evidencia que *contiene*, que guarda y que retiene, de la que se *defiende*.

El recuerdo es el puente que hace del síntoma algo propio, supera su ajenidad. Puede decir el enfermo *es mío* de la misma manera como dice del recuerdo *es mío*, me pasó. “El análisis hace emerger, en fin, como supremo rendimiento de la reproducción, pensamientos que el enfermo no quiere reconocer jamás como suyos, no *recordándolos* en absoluto (162). Por lo que recordarlos es el proceso de hacerlos suyos y de hacer suyo al otro capaz de tener esos pensamientos, el otro que tiene sus razones para este no-querer.

A veces esta búsqueda lleva a un recuerdo claro y único: hay un trauma, rotundo. Pero Freud pronto admite que ésta es la excepción. Ocurre más que varios recuerdos se unen en una *historia*, en el sentido de un cuento que tiene una trama que es necesario urdir (12). Lo recordado pueden ser hechos apenas contiguos con factores patógenos efectivos (¿para causar el síntoma o para la

curación?) y el analista debe estar alerta para no engañarse. La *causa* empieza a estar encubierta, a mostrarse disfrazada, á pedir que se le descifre. Hasta se plantea que la relación entre lo recordado y el factor patógeno es simbólica, que se trata de *una pura relación de sentido* en la que ya no puede verse una mera supervivencia de lo mismo.

Aun más, con el descubrimiento de la “sobredeterminación” Freud se topa con la multivocidad del sentido y de las interpretaciones posibles. Más que de un recuerdo, ahora se trata de una representación de algo que menta otra cosa que sólo se hace clara por ser interpretada, por lo que requiere un intérprete: y esto es lo que Freud es llevado a ser, cuando apenas quería ser el agente del relato de recuerdos, de la catarsis. Ignorando que lo que se llamó recuerdos eran apenas presunciones, que se trata de una relación presumida (y por alguien y por algo) entre la ocurrencia actual y lo va vivido.

Esta relación de re-presentación es una relación de doble sentido. Dice que *lo actual remite siempre a otra cosa*, no se agota en sí mismo. Lo actual no es algo nuevo, inédito, a su propósito hace recordar cosas. Porque representa, cada cosa tiene la virtud de mentar al mundo, de ser una presencia del mundo. Lo mismo resulta estar en lo mismo y también en otra cosa y por esta otra cosa es que es lo que es, y de esto no se sale, al punto que para Breuer “las representaciones son los objetos constantes de nuestra experiencia”.

El propio nombre es ya un eslabón de esta generalidad. Es el nombre de esto, pero el nombre lo hace miembro de una clase de sucesos y de una clase de experiencias, de la experiencia que tiene una clase de sujetos, de la que *se* tiene frente a sucesos así y así.

Análogo es el significado de la transferencia, este *gesto heroico* de Freud

que le lleva a pensar que lo que pasa con él re-presenta algo que pasa con otro. Así como buscando el recuerdo supone una continuidad temporal y *lo* de ahora se hace de otra vez, con la transferencia afirma una generalidad: es conmigo y es con otros. Un objeto es todos los objetos, un punto es el tiempo, se trata del mundo. Ahora conmigo es siempre y con todos y es un ser el mundo el que se evidencia en cada peripecia.

Así pues, se trata de una unidad de experiencia que se hace en un proceso elaborativo que llamamos integración, esta función primordial del Yo, anterior en Freud a la función conciliatoria que luego le asigna al *yo*. y está mal decir función porque Yo no es otra cosa que esta integración y ella no es una función de la que dispone. Este Yo se confunde con *la racionalidad*, esta confianza en que las perspectivas se recubren, en que lo que aparece es integrable y que se realiza una experiencia primordial de mundo en la diversidad de las experiencias actuales. Por lo que “no surge una sola reminiscencia, carente de significación” (184).

4) Con el recuerdo debe despertarse el afecto concomitante, lo que suena a ligado. Como si se tratara de la psicología clásica que definía el hecho psíquico como compuesto de afecto-voluntad y representación o idea. La idea sería el tema y el afecto su fuerza o eficacia, el grado en que es imperativo y se impone a la conciencia o al movimiento.

La idea puede o no ser apta para la conciencia pero su desconocimiento ocurriría sólo si su carga es fuerte, es decir, si trae urgencia en ser descargada y requiere para sí la vía eferente o se reitera en la mente como una idea obsesiva. Una idea con poca carga puede ser olvidada o admitida, no llega al umbral o es una simple ocurrencia que no tiene mucho que ver con el sujeto o es una idea en el sentido de intelectualización.

La represión produciría una fractura (spaltung) en el recuerdo de la situación traumática, partiéndolo por la línea que separa idea y afecto. Y según las vicisitudes de cada uno de estos dos elementos se producirían diferentes cuadros. En la histeria habría conversión, descargándose el afecto por vía motora, librando a la representación de su carga y pudiendo *así* permanecer sin acosar a la conciencia. En la neurosis obsesiva se cargan otras ideas en lugar de la patógena y contra ellas lucha la represión, sin éxito, porque se reiteran, en tanto la idea original puede quedar apaciguada.

Ahora bien, ¿hasta dónde es legítima esta psicología? Porque más que de un modelo de funcionamiento mental, la fractura habla de una disociación (y en particular, disociación histérica: pueden pasarle cosas y no sentir nada). Lo que se llama afecto no es un colorante de una idea en sí misma gris, que dice los hechos tal cual son pero sin el condimento afectivo. *Afecto es el modo como me afecta*, como se inscribe en la propia vida y se integra a ella. Por ello es que “el recuerdo desprovisto de afecto carece casi siempre de eficacia” (12). El recuerdo de la pura idea no es un recuerdo incompleto, al que le falta afecto, sino que la asociación (que el sujeto asocie, que lo deje resonar) con el afecto lo hace *otro recuerdo* que descubre a *otro sujeto*.

La unión de afecto e idea es una integración y no una suma y esta integración descubre el deseo, revela al sujeto apetencias propias, algo que quiere y procura pero que es incompatible con el sujeto que hasta ese momento creía (y quería) ser.

A la vez el afecto, la carga, la fuerza, representa lo que el deseo tiene de imperativo, de urgencia. Se impone, urge su realización y se reitera si no es satisfecho. Se re-presenta una y otra vez porque esta conciencia que se defiende

del deseo lo *expecta*, ansiosamente (150), en todo otro deseo, no puede renunciar a este aspecto de su ser. Despojada de afecto, se vuelve idea que pierde su carácter imperativo, pero crea el síntoma que de continuo lo delata.

El afecto, la asociación de la idea con el afecto, indica *cómo se mueve*, hacia qué se mueve el sujeto, *cuál es su causa, su motivo*. El sujeto se asocia consigo en tanto que las ocurrencias son puntuales, fragmentarias mientras “faltaba en ellas, precisamente, lo esencial, la relación con la persona o con el tema” (171).

5) Se trata también de *describir, con el mayor detalle posible*. Diciendo cuanto se le ocurre acerca del *recuerdo*, asociando con él. Se trata de que los recuerdos, presuntamente archivados y fijos se vuelvan motivo de la asociación, no sólo de que sean convocados. De esta manera es como pueden ingresar a la “circulación psíquica”, pudiendo así asociarse a otros recuerdos, ser comparados, rectificadas, transformados de hechos fijos y congelados que conforman una historia, en pautas de un cuento en el que se va revelando una fantasmagoría personal en la que se disuelven como “factores patógenos” y pasan a ser mojones de una vida.

6) Todo esto se cumple *en la expresión*, sea en el acto o en la palabra, en la conciencia o en el movimiento. Por la repetición o por la inclusión por la palabra en el circuito asociativo (dos vías que se mantienen separadas hasta la identificación proyectiva: allí se trata de que también algo se hace hablando).

En palabras, poniendo nombre y por nombrar, trivializando, volviendo, a cada uno, un suceso miembro de una cadena de sucesos y, al sujeto, miembro de una generalidad de sujetos. La palabra propia, apropiada, vuelve humano, transforma la “miseria histérica en un infortunio corriente” (192). De esta manera la imagen se va desgastando (y la imagen de la excepcionalidad del

sujeto), “*El enfermo la va gastando y extinguendo al ir la traduciendo en palabras*” (170). Recordar, asociar, desplegar el recuerdo, es poner en marcha la fantasía.

Los recuerdos, dice Freud, *surgen en nosotros espontáneamente* (21). No son sino asociaciones privilegiadas por el que recuerda en el mareo de una relación particular con el que escucha. Al postular que una asociación es un recuerdo, el enfermo confirma al analista, le dice que las huellas que seguía responden a *alguna verdad* del sujeto, con lo cual lo gratifica y repara y de esta manera el re-memorar se convierte en un con-memorar entre ambos. Éste es el privilegio del recuerdo, el sujeto dice al analista que es así desde siempre, que éste es un modo de ser propio y no algo accidental.

Todo esto hace del recordar algo diferente de la puesta en marcha de una memoria trabada o de un vaciamiento de algo retenido: se vuelve *una relación* en la que el sujeto se asocia y se asocia también con el analista.

La asociación no se derivaría entonces de la teoría asociacionista. Tiene el sentido de vida mental espontánea, de ocurrencia, vida mental afirmada en la racionalidad, en la certeza de que apunta a algo aun cuando sea necesario otro para que aclare a qué. Que lo que ocurre se podrá vincular en una estructura sin que sea necesario pensar que ella está detrás dictando las ocurrencias, sino que está adelante, ordenándolas, como veremos luego.

Recordar, integrar, hablar, asociar (fantasear), se vuelven caras de un mismo milagro y participan del mismo misterio que se nos escapa en cuanto -tentamos apresarlos y sobre los cuales tenemos un dominio sumario. No sabemos cómo es que las palabras se nos van ordenando en un discurso y no se trata de que vamos diciendo las líneas que nos dictan o leyendo lo que está detrás de los ojos. Las

palabras salen solas y nos llevan de la mano y nos enseñan lo que ellas quieren decir y nos revelan lo que pensábamos y aun lo que no pensábamos. Porque dicen siempre más de lo que teníamos pensado decir y porque antes de empezar no sabíamos bien, del todo, qué es lo que íbamos a terminar diciendo. Y además porque lo que queríamos decir termina siendo algo que *necesita del auditor para aclararse*, de su eco.

7) El re-cordar es re-memorar y esto hace con-memorar, trae la alegría del fruto. Freud se anticipa, necesita “adivinar la conexión buscada” (18) y cuando algo de lo anticipado surge, efectivamente, luego, queda siempre testimoniada su actitud por múltiples reminiscencias insospechables” (184) y se abre así el cauce de la asociación. La experiencia del re-cordarse aleja de la incertidumbre que representan las huellas y las reminiscencias entre las que se movía el análisis y el analista. El histérico “sufre de reminiscencias” quizás pueda ser entendido como que su análisis sufre de ellas, de lo que insinúa pero que no descubre.

La huella no remite a una teoría de la memoria, no tiene que ver con la grabación que supone la psicología clásica. Como la memoria no es una cuerdoteca, un almacén de fotografías más o menos fieles. Huella es la indicación del estado del recuerdo que espera el analista, de lo que él supone que será el contenido del recuerdo cuando emerja. El analista tiene apenas huellas, indicios, trazas de algo que se insinúa pero que no aparece. La repulsa vuelve huella lo que será recuerdo, lo que debiera ser recuerdo, asociación fecunda.

Hay huella sólo en tanto falta el recuerdo y Freud sabe que algo falta porque hay huellas que el olfato detecta como delatando una falta. *La huella no está en el sujeto*, la descubre Freud en *lo sentido* por él y la toma como invitación hacia una dirección a seguir para colmar la falta. El recordar cura, mientras que las

huellas y reminiscencias enferman. Al no ser recuerdos se re-presentan de varias maneras una y otra vez y el enfermo lucha contra esta re-presentación que provoca en él una “expectación angustiada” y confusión en el analista que no precisa lo que siente.

La huella o la reminiscencia se pueden volver recuerdo sólo por la *disposición* a asociar con ellos. El recordar (y no la memoria) es así una facultad, algo facultativo, que puede o no darse, a lo que se puede o no acceder y que se inscribe en la relación con el analista, en la asociación con él, a la que opone resistencia. “Una vez que hemos laborado en esta forma, durante algún tiempo, surge, por lo general, en el paciente, una fuerza colaboradora. Evoca, en efecto, multitud de reminiscencias, sin necesidad de interrogarlo por nuestra parte” (180).

A la vez el recuerdo aparece en el análisis en *status nascendi* (12). Esto significa que renace y se le ve nacer, como si algo actual lo estuviera motivando de la misma manera como en la situación original. Y lo actual es lo que está pasando con el analista. Por ello no es casual que cuando Freud insiste con presiones y maniobras (160), aparezca regularmente el *recuerdo* de la seducción. No es la huella de un pasado —que como tal nunca existió— sino que indica una forma en la que están enlazados, re-cordados, analizando y analista.

Si en esta circunstancia algo puede ser recuerdo, es el que con llamativa frecuencia el sujeto tiende a imaginar vínculos del mismo orden, que es *una manera suya* de tomar las cosas que pasan que tiene respetables antecedentes en su vida. Que es por tales antecedentes que puede decir que esta manera es suya. Se descubre un *estilo* de hacer, de tratos, que re-conoce como propio y éste será su forma de re-cordar-se con Freud.

Recordar, como se propone aquí, no es entonces la entrada en funciones de una memoria. Es *desplegar lo plegado*, lo que se es. Lo que Yo soy, lo que Yo quiere decir, lo que la *cosa es*, lo que *está implicado en* su nombre, lo que él sintetiza.

Es desplegar los sentidos que tiene para mí, la forma de insertarse la cosa en mi vida, la historia de sus presentaciones, el cuento que cuentan.

El despliegue no es posible igualmente en todas direcciones: hacia algunas está como “contenido” y el psicoanálisis hace de estas direcciones su campo.

IV) ¿OBSERVADOR O PARTICIPANTE?

1) El doble propósito de Freud, saber y curar, que supuestamente debiera ser también el del enfermo, encuentra un *obstáculo*, cuyo carácter es definido por Freud como una fuerza que se opone al logro. Tiene este carácter de fuerza, porque le obliga a un ex-fuerzo, a un re-fuerzo de su propósito para vencerlo. Por ello lo llama, en aparente analogía con la mecánica, resistencia, que vence con la insistencia (159).

Bajo aquel nombre se fue cobijando una variedad de modos de entender lo que ocurría. Desde la resistencia a la represión. Desde que se entiende como algo que el sujeto trata de contener, reforzando la presión, haciéndola represión para que no aparezca, hasta la represión en el sentido policial del término, de negación de lo -que se reprime (disociación). Desde que se trata de una resistencia que está en las cosas, lo difícil de entender, hasta que se trata de una dificultad en la relación, propiciada por el propio enfermo y que toma la forma

de una negativa a la alianza con Freud en contra del síntoma, de una “resistencia a la asociación” (160).

En el texto se enfatiza lo último: el obstáculo es vivido por Freud como una *negativa* de los enfermos a seguir sus directivas, se define por la contra-transferencia. “Este obstáculo parece ser la voluntad misma del sujeto y muchos aprenden a prescindir de tal voluntad y a mantenerse en una observación totalmente objetiva ante los procesos psíquicos que en ellos se desarrollan» (161). Esta forma de ver se reitera unas páginas más adelante, al señalar que “jamás cumplen con su promesa”, con el compromiso de “decir todo lo que se les ocurriere” (168) sin ejercer selección ni crítica alguna. Dicen, por ejemplo, que nada se les ocurre, “afirmación a la que el médico no debe dar crédito alguno, suponiendo siempre que el paciente silencia algo, por parecerle trivial o serle desagradable comunicarlo” (169).

Algo que del enfermo es hurtado al conocimiento del analista, en nombre de evitar un sufrimiento. Pero al mismo tiempo este afán tan comprensible y humano se vuelve *el obstáculo para el análisis, como quizás lo sea también toda la teoría del sujeto sufrido*. Puede ser más valedero decir que con la asociación se llega a “pensamientos que el enfermo no quiere reconocer jamás como suyos, no recordándolos en absoluto” (162), a los que, en el sentido más propio, des-conoce y a la vez se niega al “re-conocimiento” que Freud espera y a cuya ocurrencia no es nada indiferente.

2) Ante este obstáculo Freud puede optar por afirmar su determinación de mantenerse en “una observación totalmente objetiva”, como la que predica para el enfermo, prescindiendo él también de las fluctuaciones de su voluntad ante las peripecias de la relación entre ambos. Atendiendo sólo a los procesos psíquicos que se desarrollan.., en el enfermo. Hace algo de esto cuando después

de descubrir la necesidad de establecer una particular relación entre enfermo y analista como condición para el análisis, declara que no puede evitarse que su relación personal con él ocupe, indebidamente, por algún tiempo, un primer término” (156) y también cuando supone que esta fuerza que enfrenta es, en realidad, sólo la reedición de la que originó la repulsa en la situación patógena inicial. De esta manera no percibe lo que le pasa a él sino que “Percibía a título de resistencia la misma energía que antes, en la génesis del síntoma, se había manifestado como repulsa” (160). Convirtiendo a la represión en el pivote de su doctrina se sustrae a la contratransferencia (y quizás, como sucede muchas veces en estos casos, la reserva para los comentarios entre colegas). Y cuando la atiende, la deriva, tratándola como una “falsa conexión”, que es el aspecto que releva en su descubrimiento fundamental de la transferencia (190).

Cuando la hipnosis no le sirve, recurre a la insistencia (159) intentando salvar el obstáculo. Pero ella no es sino otra forma de pasar por encima de él. Entiende que si ruega y prueba al enfermo cuál es su propia voluntad, su deseo, el obstáculo cederá. Para ello el enfermo debe estar bien cierto de qué quiere Freud. Por lo que el que Freud algo quiere, la contratransferencia eliminada por Freud, es dada por existente por el enfermo.

En otro momento, en cambio, hace otra opción. Supone que esa *voluntad* es lo enfermo y que debe ser atendido el querer. “La ignorancia del enfermo depende, por lo tanto, de una volición más o menos conciente y el cometido del terapeuta consiste en vencer, por medio de una labor psíquica, esta resistencia a la asociación” (160), que es como decir, a la asociación con Freud. Entiende entonces que se trata de una “defensa”, un término que en español elude lo que en el original dice de esfuerzo de contención, de contener y no permitir una libre circulación de ciertas líneas de asociación.

3) Comprendida la complejidad del querer, se inicia una cadena asociativa. Es decir, no surge algo de la nada, una ocurrencia que ya venga signada como clave y definitoria. El sujeto asocia, *¿qué es asociar* y cómo se entiende que aparece algo con lo que está asociado lo que va diciendo?

Se trata de las ocurrencias, del curso espontáneo del pensamiento en el cual las ocurrencias van apareciendo una tras otra y nunca penetra en la conciencia del Yo sino un solo recuerdo”, lo que define una “angostura de la conciencia [que] adquiere nueva vida y sentido a los ojos del médico que practica un tal análisis” (180). Porque si bien las ocurrencias van siendo formuladas de a una, mientras el enfermo se encuentra ocupado en su formulación “no ve nada de lo que detrás de él se agolpa” y ocurre que “toda la amplia masa que forma el material patógeno tiene así que ir filtrándose a través de este desfiladero, llegando por lo tanto en fragmentos a la conciencia” (180).

Lejos entonces de una especie de fuente de la que mana sin trabas lo buscado, habría una *labor de organización* por parte del enfermo. Y ella se corresponde con una del analista: “De este modo el terapeuta se ve obligado a reconstruir luego, con estos fragmentos, la organización sospechada, labor comparable a la de formar un puzzle” (180), un todo coherente, que tenga sentido. Porque se trata de ver el conjunto incoherente de las ocurrencias teniendo en cuenta que “durante el análisis no surge una sola reminiscencia carente de significación” (184).

Lo que hace que sean asociaciones las ocurrencias es *el que sean asociadas*, Lo que supone que lo son de *alguna* manera y esto lleva a que lo son por *alguien*. Que las ocurrencias se asocien no está en ellas mismas, como algo intrínseco a ellas. Es una organización que alguien hace. Que hace una secuencia donde sólo hay sucesión o ni siquiera ella, porque ya sucesión supone organizar en unidades sucesivas y operar una segregación en un continuo.

Que sea entonces una asociación implica una interpretación que “descubre” en las ocurrencias una referencia común.

Asimismo las ocurrencias *son recuerdos si* se asocian con el sujeto y se hacen así *una* interpretación de su pasado, de lo que pasó y de cómo fue lo que le pasó y de cómo fue que le pasó a él. Que sea *una* interpretación lo parece degradar, porque indica que hay otras posibles, que ninguna es definitiva. Que puede re-cordarse con su pasado de otras maneras, asociando otras ocurrencias con él que revelen *otro* pasado como fundamento de *otro* Sujeto.

4) La labor organizativa por parte del enfermo ha sido mencionada antes, a propósito de la racionalidad, como una necesidad de coherencia. Era *Una* organización que tenía lugar una vez producidas las *ocurrencias*, que tenía lugar al intentar asociarlas entre sí. Ahora aparece una forma de organización anterior: por filtrar ya está organizando, establece una cierta selección entre las posibles direcciones que puede tomar la asociación, presentando algunas, dejando fuera otras.

Este fondo es tanto lo no-reconocido como lo inconciente y Freud plantea la pregunta por su naturaleza. Se trata de ideas formadas, entre las que se elige, o bien “habremos de suponer que se trata realmente de ideas que no han llegado a existir, esto es, de ideas para las cuales sólo había una posibilidad de existencia, aceptando así que la terapia consistiría en la realización de un acto psíquico no cumplido” (188).

Estén o no preformadas estas asociaciones, importa que el asociar tiene el sentido de elegir una dirección, y que más que la asociación concreta, que el contenido de lo que se asocia, importa la dirección que se le imprime o toma el

proceso asociativo. Es el analista el que trata a su vez de dar cuenta de la inspiración de estas *asociaciones*, de la dirección de la organización, del filtrado. Y la devela con su propia asociación, la que toma en cuenta tanto lo que el enfermo manifiesta como las *huellas* que de alguna manera indican direcciones, sentidos del fondo del cual fue destacado lo filtrado. Las huellas se refieren a este fondo, son huellas de él y son más notorias cuanto mayor resulta ser la discordancia notada por el analista entre lo filtrado y lo retenido.

La interpretación *propone al enfermo la visión, la organización que hace el analista* de ese fondo; el analista confronta con ella al enfermo (171). Y el enfermo responde con la suya.

El *cómo toma el enfermo la interpretación* al “confrontarlo” con ella (171), si la resiste o no o cómo la resiste se vuelve ahora la materia del análisis. Tratándose de algo nuevo, acabará (o no) siendo reconocido, pero sólo después de largas reflexiones y vacilaciones (187), negándole en un principio su reconocimiento.

5) El enfermo asocia, dice lo que se le ocurre. Pero todavía hay que saber *de qué se trata*; orientarse entre sus asociaciones, que son muchas, que son apenas “datos” (165), que ocultan y develan, a la vez, el fondo del que derivan; hallar “el hilo lógico sin cuya guía no podemos abrigar esperanza alguna de penetrar en el interior” (181). Y aun cuando “la exposición del enfermo parece completa y segura”, igualmente “al principio nos encontramos ante ella como ante un muro que tapa por completo la vista y no deja sospechar lo que al otro lado pueda haber” (181), y sólo en un sentido particular puede decirse que el sentido se revela (166).

La intervención organizativa arranca ya del punto en que Freud dice que

sólo acepta ciertas reminiscencias, aquellas que pueden resultarle de utilidad para relacionarlas con la etiología (164). Hay que pensar entonces que no sólo organiza las ocurrencias al interpretar, sino que también *propone direcciones* a las *ocurrencias*. Y así es en efecto y hay que asumir que así sigue siendo: el sujeto le habla a alguien y pauta su decir según le van *respondiendo*. El análisis no es una *confesión* ante un oído mecánico, sino un *diálogo* en el que el eco del analista es un vector que señala direcciones de asociación, de organización.

Además el analista organiza lo que el enfermo ya ha dicho, trata sus asociaciones como “emergencia de palabras aisladas que habíamos de transformar en frases, pues la aparente falta de relación y de coherencia es un carácter común a todas las ideas y escenas que surgen al ejercer presión sobre la frente de los sujetos” (166) y en la versión alemana agrega: “del mismo modo como las palabras que puede expulsar un oráculo”. Esta participación es subrayada al punto de decir que “lo esencial es adivinar el secreto y confrontar con él al sujeto” (171).

El analista hace lugar a la organización mediante su propia asociación (y ella será más fecunda cuanto más libre sea, cuanto menos se proponga dejar afuera toda una serie de asociaciones, como hace cuando su intención es ser apenas objetivo). El sentido se hace así carne con lo que el analista siente.

Esta organización es intencionada al punto de que Freud reconoce que encuentra.., lo que busca, y que si en los cuatro casos que presenta pudo “prescindir en su solución de toda referencia a las neurosis sexuales, ello se debió tan sólo a tratarse de casos anteriores a la época en que comenzó a investigar intencionada y penetrantemente la subestructura neurótica sexual” (152).

De estas formas de intervención del analista se prefigura una “segunda inteligencia”, una “inteligencia superior, exterior a la conciencia del enfermo, que mantiene en orden, para determinados fines, un considerable material psíquico y ha hallado un ingenioso arreglo para su retorno a la conciencia” (162). Es el analista que participa con su propia inteligencia —con lo que entiende de la asociación, la que se hace de esta manera una tarea común entre enfermo y analista. En cierto momento, para tomar su lugar en esta asociación, para tener un “hilo lógico” (181), el analista se vio llevado a usar una lógica que

no era la común, la que llegó a perder terreno al punto de quedar como secundaria. La primacía la toma el proceso primario, una lógica interpretativa, un sistema de relaciones por el que adquiere sentido lo que carece de él en el terreno de la lógica secundaria.

Éste, que es un proceso de dotar de sentido en el ámbito del diálogo, que implica la forma de asociación del analista con el analizando, *fue confundido con el proceso productor*, en la necesidad de mantener el mito del analista observador objetivo e inocente de algo que pasa en alguien exterior y ajeno. Sobre esta *transferencia* habremos de volver más adelante.

6) La interpretación parte de una adivinación, de *una evidencia cuyas raíces escapan a la conciencia del analista*. Como toda adivinación, ella se orienta, dispone de huellas, dejadas por el factor patógeno buscado. Esto se puede entender de dos maneras, ambas válidas. Ha sido una conmoción, que hace que el sujeto ya no sea el mismo que era antes y a la vez hace que ya no pueda ser él mismo hasta que no la recupere. Y por otro lado se trata de huellas, de pistas que le dicen a Freud algo de lo que el sujeto no le dice. Son defectos, lagunas que se descubren. Cuando “consideramos críticamente la exposición que sin gran trabajo ni considerable resistencia hemos obtenido del enfermo, descubrimos siempre en ella lagunas y defectos. En unos puntos aparece visiblemente interrumpido el curso lógico y disimulada la solución de continuidad con un remiendo cualquiera; en otros tropezamos con un motivo que no hubiera sido tal para un hombre normal” (181).

Huella es también la resistencia: “La penetración se lleva a cabo venciendo la resistencia” (181) dice la versión española en tanto la alemana dice “venciendo y siguiendo como una huella la resistencia”. Huella es, por fin, la falsa conexión que es para Freud la transferencia a su vez en este momento una forma

de la resistencia (190).

Todas estas huellas son como invitaciones de rumbos a seguir, que orientan la asociación del analista en su adivinación inicial, con ellas “averiguamos en qué dirección hemos de investigar” (172) a partir de “una condición previa indispensable, que hayamos acertado aproximadamente la naturaleza del caso y los motivos de la resistencia que manifiesta” (172).

7) Así entonces, esta vuelta sobre sí mismo que significa la necesidad de recuperar un pasado buscando los recuerdos ausentes, no sólo se hace *con otro* sino que aun lo que parecería un mero *asunto privado*, un arreglo de cuentas consigo mismo que requiere del otro apenas como auxiliar, se vuelve un *asunto público*. El otro, de auxiliar, pasa a estar implicado y a participar y empieza a tratarse no tanto de recordar sino de *resolver* la relación entre ambos. El análisis comenzó con una vertiente, “la facultad de recordar lo inconciente” a la que pronto se sumó “la peculiarísima relación personal del enfermo con el médico” (173), encuentra finalmente que ambas se reúnen en una común.

De un hombre que procura la evitación del displacer e intenta una conciliación consigo y con el medio, el psicoanálisis pasa a tener en vista *un hombre para quien la integración de si mismo pasa por un arreglo de cuentas' con otro*. Este mismo paso lo da Freud al reconocer su divergencia de Breuer, para quien “la representación se haría patógena por el hecho de haber surgido en ocasión de un especial estado psíquico, circunstancia que la hace permanecer desde un principio exterior al Yo” (175).

La defensa, la repulsa y su motivo, el deseo que la motiva, está tanto antes

en la represión como ahora en la resistencia. Y es así como el antes y el después pierden relevancia en este contexto y “con respecto al resultado parecía indiferente que instituyésemos en tema de nuestras tareas analíticas la repulsa psíquica de dicho deseo en el caso primitivo o en el reciente” (191).

Esto que ahora ocurre es el análisis, la relación entre analizando y analista. Entonces curar ya no resulta del recordar el hecho patógeno sino del hecho mismo de re-cordar, de la posibilidad de establecer con el analista una relación de re-cordarse mutuamente y curar así la relación. Este re-cordarse a su vez implica re-conocimiento, en el doble sentido de asumir su historia y de gratitud y ambos sentidos son apreciados por *Freud*.

En efecto, el análisis es para Freud una fuente de satisfacción, en la medida en que puede “haber logrado sustituir las oscilaciones espontáneas del estado del enfermo por aquellas otras que provocamos y comprendemos, del mismo modo como nos satisface ver surgir en lugar de la desaparición espontánea de los síntomas, aquel orden del día que corresponde al estado del análisis” (186). Se trata de una *obra*, responde a un obrar y el analista espera que esto sea evidente. Por ejemplo, “por el enriquecimiento de la personalidad psíquica ampliada por el descubrimiento e introducción en el Yo de un recuerdo o un enlace patógeno” (187).

Pero, asimismo, tiene claro que “con especial frecuencia, sucede que el enfermo, después de haberle nosotros impuesto, a fuerza de penoso trabajo, un cierto conocimiento, alega haber sabido siempre aquello, habiéndonoslo podido comunicar desde un principio. Los más penetrantes reconocen luego que se trata de una ilusión y se acusan de ingratitud” (187).

La resistencia, el obstáculo desde un comienzo, se revela ahora de otra

manera. Como una negativa al re-conocimiento cuya fuente *es* la ingratitud: un sentido del obstáculo que ahora nos es más claro de lo que en su momento pudo haber sido para Freud.

Este sentido aparece ya en la nota a “Emmy”: “la mayoría de los neurópatas no tiene, en parte, conocimiento de la verdadera causa (o por *lo menos* de la causa ocasional) de su padecimiento, y en parte rehuye intencionadamente dicho conocimiento, por serle desagradable recordar lo que de culpa personal hay en su dolencia” (42).

Pero entonces, ¿qué hace lo patógeno, si La razón del displacer es apenas la cáscara de una culpa y la máscara de las raíces de la ingratitud?

V) “EL” INCONCIENTE

1) “Llamamos concientes a aquellas representaciones que conocemos”, aclara Breuer al plantearse el tema de las “representaciones inconcientes o inaptas para la conciencia”. Estas últimas serían las que no caben entre las que “podemos observar vívidas o que podríamos observar si pusiéramos atención” y que conformarían un inconciente al modo perceptivo.

“Si además hay otras [representaciones] también actuales, deberíamos llamarlas representaciones inconcientes”, siendo aquellas que no se hacen concientes e igualmente son actuales, efectivas al punto de ser patógenas.

Freud agregó que “Podemos pues decir que las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y plenas de afecto porque les está negado el desgaste normal mediante la descarga por reacción o la reproducción en estados de asociación no cohibida” (16).

Estas representaciones que están fuera de la conciencia y que *se han convertido en causa* de los síntomas, se caracterizan por “faltar totalmente de la memoria de los enfermos” (15) y porque “el sujeto no recuerda, realmente” (9) ni su existencia ni su relación con el síntoma, habiéndose “conservado con maravillosa nitidez” (14), aisladas en tanto su acceso a la circulación psíquica les está negado.

Para Breuer están en esta condición las raíces del ánimo, los recuerdos no presentes a la conciencia pero determinantes de la conducta, las representaciones débiles y que no alcanzan un cierto umbral por encima del cual pueden hacerse concientes. Pero, sobre todo, es la condición en que están las representaciones “inaptas para la conciencia

De esta manera llega a concebirse que “*la actividad psíquica representacional se descompone en una conciente y una inconciente*”, cada una de las cuales se desarrolla en relativo aislamiento respecto de la otra.

2) Hay dos hipótesis acerca de por qué estas representaciones están en este aislamiento, O bien por haber ocurrido durante un estado hipnoide, o bien porque su contenido las convierte en inaptas para la conciencia y la defensa las empuja y mantiene fuera de la conciencia: están *contenidas*, evitando que se hagan concientes. En tanto lo primero habla de un proceso no significativo, la inaptitud supone un conflicto en el origen de este inconciente; según Breuer son representaciones “inconciliables entre sí, pensamientos nuevos que entran en conflicto con complejos representacionales muy arraigados” que identifican al Yo.

Estas dos hipótesis son luego unificadas por Freud, al “comprobar que el

estado denominado hipnoide debía su aislamiento al hecho de basarse en un grupo psíquico previamente disociado por la defensa” (175). La *defensa* se convierte así en el pivote en torno del cual se ordena su pensamiento en lo relativo a lo inconciente, defensa que es la huella de un conflicto que la misma defensa intenta evitar y elaborar y que hace innecesaria la hipótesis de la segunda conciencia a la que apuntan los estados hipnoides.

Ambas hipótesis tienen una traducción en dos encares acerca de la naturaleza de la dificultad para asociar, los que son explicitados por Breuer como habiendo “dos formas de tales exclusiones de las representaciones afectivas de la asociación. La primera es la *defensa*, la supresión deliberada de representaciones penosas que amenazan al hombre en su alegría vital o en su autoestima”. Y también “hay otro tipo de representaciones que se sustraen al desgaste por el pensar, no porque uno *no quiere* recordar sino porque *no puede*; porque emergieron en estados [...] para los cuales existe amnesia en el estado de conciencia vigil, esto es, en estados hipnoides o similares a él”,

Las dos formas se continúan en Freud, quien oscila entre atenuar o acentuar en lo que llama defensa, la participación de una forma de deseo. Cuando la atenúa no es al modo de Breuer, recurriendo a lo impersonal, sino atenuando las implicaciones de que se trate de una voluntad — y quizás atenuando el impacto sobre el mismo Freud. Es así como ante la afirmación del enfermo de no recordar aquello que Freud le propone en su interpretación, fundada en múltiples indicios, Freud dice que “en estos casos nos ponemos fácilmente de acuerdo con él, manifestándole que se trataba de pensamientos *inconciente*?” (188). También en “Isabel”, Freud va desgastando con “consoladoras alegaciones de que nadie es responsable de sus sentimientos” (123) las negativas a sus interpretaciones.

3) Lo inconciente quedaría así fundado en un querer: “el no saber del histérico depende, por lo tanto, de un no querer más o menos conciente y el cometido del terapeuta consiste en vencer, por medio de una labor psíquica, esta resistencia a la asociación” (160).

Se comprende entonces que el análisis haga emerger “como supremo rendimiento de la reproducción, pensamientos que el enfermo no quiere reconocer jamás como suyos, no *recordándolos* en absoluto” (162).

Este querer no está sólo en la negativa a asociar libremente, sino también en la imposibilidad de reconocer lo que el analista ha llegado a colegir y que formula como interpretación. Hay una negativa al reconocimiento (188) y Freud entiende seguir “en el análisis el principio de hacer independiente la valoración de una reminiscencia emergida, de su reconocimiento o repulsa por parte del enfermo” (187), seguramente porque éstas no son un índice fiel de su veracidad.

El estatuto de lo inconciente se hace el de lo des-conocido (a menos que se trate de mala fe, pero entonces es otra cosa). El aspecto vertebral es la “voluntad contraria” a la asociación, cuyas raíces son inconcientes y cuyas razones se han hecho más claras con la obra de Melanie Klein.

4) Lo inconciente es lo que falta. Son las causas, en el doble sentido de una etiología y de lo que por hacerse conocido causa la cura, *causa* del síntoma y de la cura. Y esto que falta, falta tanto de la comprensión de Freud como de la conciencia del sujeto.

A partir de serle trabado su acceso a la conciencia se convierte en *lo encubierto*, que hay que des-encubrir por un ex-fuerzo dirigido en dos direcciones: desentrañar el sentido y llevar al sujeto a que permita su acceso a la conciencia,

a vencer su resistencia. Es que “el simple examen del enfermo no basta, por penetrante que sea, para descubrirnos el punto de partida” (9), el origen.

Falta también de la conciencia la relación con el punto de partida, parafraseando ahora a Freud. La relación entre el trato del sujeto, obstáculo a la asociación, y el punto de partida que fue su disposición a colaborar con ella (162). Faltan los motivos de la resistencia, porque fundarlos en el placer no los comprende. Esto hace que en lo inconciente se impliquen las raíces del trato que el sujeto da al analista, las raíces de lo que hace y lo inconciente ya no se limitaría a los recuerdos reprimidos.

Lo inconciente no es sólo lo encubierto, es también *lo contenido* y el par resistencia-represión da cuenta de esta contención.

El sujeto se resiste y ésta es tanto una interpretación de lo que el sujeto hace con lo que se le ocurre, como una interpretación de lo que hace con Freud, con lo que Freud espera que haga. Al poner el acento en la represión se enfatiza el aspecto de negativa o imposibilidad de recordar y se pierde la resistencia como encuentro de ambas vertientes, en un plano que supone la posibilidad de disolver la oposición interno-externo: el plano del trato o de la relación. La resistencia habla de que el sujeto *trata de la misma manera* a las ideas que no desea recordar, como a las ideas y a la persona de Freud. Movido según Freud por el deseo de ponerse a cubierto del desplacer, del que le traería el acceso a la representación patógena (160, 169) como, quizás, el acceso a la relación con un Freud confirmado en la infalibilidad de su método (160) y en sus entendimientos y en sus afanes por curar.

La resistencia es entonces “resistencia a la asociación” (160), a la comunicación de las ocurrencias y a la asociación de los propósitos de ambos.

Si *lo inconciente* se define como aspecto del trato, el aspecto *contenido*, se refiere a lo que el sujeto *hace* de la relación, hacer cuyos sentidos y alcances se le escapan y que sólo puede conocer de la respuesta del otro.

5) Por fin, el sujeto hace lo que Freud espera, asociando-se. Esto es, va diciendo sus ocurrencias, que se vuelven asociaciones a partir de una interpretación que las elabora al punto de que se convierten en *representaciones*. Ellas se ubican en el plano del sentido y no de la fotografía. Es *el modo* como se presenta un asunto, o aquello que *menta*, que convoca la presencia de otra cosa, la que esto actual le significa. Es, en fin, la experiencia de que lo actual no se agota en sí mismo sino que remite a otra cosa por la que cobra sentido.

El que Freud viera una “voluntad” en el origen de lo inconciente, parecería restaurar la soberanía de la conciencia en el momento en que, descubriendo lo inconciente, ella pueda puesta en cuestión. Sería así si “voluntad” fuera tomada en el sentido corriente de motor, que exige esta posesión por la conciencia de la raíz de sus actos y del alcance de los mismos, si se olvidara que se trata del deseo. En el sentido en que se dice que los sueños son una realización de deseos, es el sentido en que se puede decir que el par represión-resistencia que funda lo inconciente es una realización de deseos, expresión de una “voluntad”.

Que algo realice un deseo, implica decir que lo que ocurre le pertenece al sujeto y que se vuelve algo propio hallando, haciendo presentes deseos, apetencias que el sujeto tiene, aun sin *ser conciente* de ellas. Que lo que ocurre *responde*, realiza, lo que el sujeto espera. Y que a partir de asumir lo que ocurre como realización del deseo, será posible des-encubrir los motivos, las buenas razones que tenía para esperar y propiciar este desenlace y no otro.

Al hablar de la “voluntad” no se habla de una causa. Se revela un sujeto que es a la vez, objeto y sujeto. Que es objeto de algo que vive como que *se quiere en él* y lo determina, de lo que está preso. Pero cuyo destino es volverlo sujeto, descubrirlo como *actor de aquello que le pasa*.

La “voluntad contraria”, la resistencia, habla de conflicto de motivos, de lo apto y de lo inapto para la conciencia, y no de una conciencia soberbia. Conflicto entre motivos para asociarse y motivos para disociarse del analista y de los objetivos del análisis. En definitiva para *tratar* de una y otra manera al análisis y al analista, porque de las relaciones y los tratamientos es que se trata.

En este sentido, aparecen dos modalidades de lo inconciente. Como reprimido y como disociado, que son a la vez dos modalidades de trato con lo que está excluido de la conciencia. En la represión es más notorio lo que tiene de defensa, de contenido, de contención del algo que está en los alrededores de la conciencia. En la disociación hay una configuración de los objetos y del mundo, en la que el sujeto afirma que trata a los objetos tal cual son, que su trato es el que los objetos piden. Y es sólo luego, en la experiencia, cuando las configuraciones de lo que era tenido por objetos diversos, se evidencian como pertenecientes a un mismo objeto, que *los* objetos eran *sus* objetos. Entonces lo inconciente, lo tenido como des-conocido, resulta ser el vínculo entre estas configuraciones, su unidad; y los motivos, la forma como le pertenece al sujeto, el que este vínculo no haya podido hacerse consciente.

Es entonces una organización del mundo que *responde* al deseo del sujeto, lo que, en una de sus interpretaciones, puede ser visto como *hecho* por su “voluntad”.

6) Pero *lo* inconciente no es lo mismo que *el* inconciente. Las repre-

representaciones le permiten a Freud ir conformando una especie de territorio inconciente, un *mapa* del inconciente. Las representaciones pueden asociarse entre sí y alcanzar por este camino grados elevados de organización psíquica (17), al estilo de los complejos.

Paso a paso Freud llega a la comprobación de que “el material psíquico patógeno que aparentemente ha sido olvidado [...] se encuentra dispuesto y en perfecto orden [...] y cada una de las representaciones patógenas tiene con las demás y con otras no patógenas, con frecuencia recordadas, enlaces diversos, que se establecieron a su tiempo y quedaron conservados en la memoria” (176). Es así como llega a concluir que este material patógeno se encuentra tan ordenado que se le hace posible discernir una triple estratificación, con un nódulo, temas que se ubican en su torno y que ordenan grupos de recuerdos vinculados por una común asociación con el nódulo, y un enlace lógico, de carácter dinámico, que representaría el curso seguido en el camino de llegar al nódulo (177, 178).

Esto culmina en la evidencia de que “el material psíquico patógeno parece pertenecer a una inteligencia equivalente a la del Yo normal. A veces esta apariencia de una segunda personalidad llega a imponérsenos como una realidad innegable” (176). Y hasta “en ocasiones los datos que obtenemos [...] surgen en forma y circunstancias tan singulares que nos inclinamos nuevamente a la hipótesis de una inteligencia inconciente” (165).

Estamos ahora ante *el inconciente y su contenido*, que se fija en su acepción de cosa formada que esté contenida en un reservorio. Falta agregar que esta segunda inteligencia emite mensajes y que los articula y transforma de una manera singular —el proceso primario— para que la conciencia pueda admitirlos sin sospechar el verdadero contenido que, disfrazado, le llega del

inconciente.

Una hipótesis o un modelo resultan ser una parte esencial del proceso del pensar. Permiten formular una experiencia, integrarla en una generalidad, participando de un sistema de símbolos que enriquecen la experiencia teóricamente puntual (aunque si lo fuera, no podría hablarse de experiencia). Se trata de un modelo, sustentado en una ideología (por ejemplo, la científica, si es que esto hoy día tiene algún sentido que no sea el valorativo) y ocurre que insensiblemente el modelo es tomado por “lo real” y a partir de allí comienzan elaboraciones que ya no necesitan referirse a la experiencia original, pues se validan en la coherencia con el modelo. Quizás algo de esto ha pasado con la constitución de el inconciente.

En Freud esta tras posición tiene matices: “Todos estos resultados nos dan la falsa impresión de que existe una inteligencia superior, exterior a la conciencia del enfermo, que mantiene en orden, para determinados fines, un considerable material psíquico y ha hallado un ingenioso arreglo para su retorno a la conciencia. Pero a mi juicio esta segunda inteligencia no es sino aparente” (162).

Porque si hay una segunda inteligencia que hace este ingenioso arreglo, es la del analista, que con su interpretación ordena de modo ingenioso el material que por esa vía ha de retornar a la conciencia del enfermo.

7) El inconciente aparece como una *representación*, que permite una mejor comprensión de lo que pasa. Esta representación se realiza a partir de lo que ya es conocido y se estructura según la regla del como si: es como si fuera esto, o así.

Este origen es claro en lo que respecta a la defensa. Sobre ella Breuer comenta que, “Las observaciones y análisis de Freud demuestran que la escisión de la psiquis puede tener lugar también como «defensa», es decir, mediante el apartamiento voluntario de la conciencia de representaciones penosas”. “Por cierto no es comprensible de qué modo una representación puede ser reprimida deliberadamente de la conciencia; pero conocemos el correspondiente proceso positivo: la concentración de la atención en una representación, del que tampoco podemos decir cómo lo realizamos”.

El sujeto puede concentrarse voluntariamente y atender una representación. Y puede no hacerlo, es facultativo. No lo hace porque tiene motivos: le crearía conflictos que desea evitar. Aquello de lo que se defiende se vuelve desconocido, algo a lo que niega su acceso a la conciencia por negar su disposición a que tal acceso sea posible. De este modo la definición de que se trata de una negativa viene de que Freud entiende que la voluntad del enfermo no es la que espera él, Freud.

Algo similar ocurre con el estado hipnoide. En la hipnosis hay una segunda inteligencia, la del médico y el estado hipnoide es asimilado a esta situación, como si se tratara de una auto-hipnósis en la que el sujeto se trata a sí mismo de la manera como es tratado en la hipnosis. Lo que es una vía de comprensión pronto se transforma en una cosa: el estado hipnoide se hace una cosa que gobierna al sujeto, que tiene sus leyes, etc.

Ni Freud ni Breuer eran ajenos a esta vuelta de tuerca y a las dudas acerca de su legitimidad. Freud se pregunta sobre el origen de su impresión de que existe una segunda inteligencia, aun cuando no desea “entrar a examinar por el momento si esta impresión responde efectivamente a un hecho real o si lo que hacemos es transferir a la época de la enfermedad la ordenación que nos

muestra el material psíquico después de lograda la solución del caso” (176) y de la cual son autoras, al menos por igual, la inteligencia del sujeto y la segunda, la del analista.

Por su parte Breuer advierte que “se cae con excesiva facilidad en el hábito de pensar una sustancia detrás de un sustantivo, de concebir paulatinamente la «conciencia conciente» como una cosa, y uno se acostumbra a utilizar metafóricamente relaciones topográficas tales como “subconciente”; con el tiempo se produce una real representación en que la metáfora ha sido olvidada y con facilidad se la manipula como si fuera real. Y así se completa la mitología”.

Quizás todo el inconciente responde a esta sustancialización y a tratarse de una *ilusión retrospectiva*, que coloca en algo (inconciente) y a título expreso, una organización que sólo luego será realizada, confundiendo el trabajo de organización y dar sentido a lo que va ocurriendo, con uno mítico de producción, al atribuir a *el* inconciente el orden que inaugura la interpretación.

Si fuera así, ¿por qué mantener la hipótesis de *el inconciente*? Dice Freud que es así “de todos modos, como mejor podemos describir la experiencia lograda en estos análisis”, descripción que parte de que nos colocamos “en el punto de vista que, una vez llegados al fin de nuestra labor, adoptamos para revisarla” (176) adjudicando los hallazgos a una supuesta fuente de la que provendrían. A un reservorio donde ya está lo que solamente luego se habrá de experimentar — y que además lo será en el marco de la relación con otro y no en una fantástica excursión solitaria a las intimidades.

Nota: A raíz de una conversación con H. Garbarino se me plantea si, de acuerdo con la hipótesis de este trabajo, no corresponde decir *cosificación* en lugar de *sustancialización*.

VI) RESUMEN

Reconsideración de Freud

Esta reflexión sobre el Freud primitivo y lo original del psicoanálisis sobre lo que está más acá del freudismo, se propone una recuperación de la situación que es objeto de análisis, la de relación entre dos sujetos en la que el trato que uno da al otro y a sí mismo es lo analizado. En la que analizar significa dar sentido, una dotación que se hace a través de lo que uno de los implicados, el analista, siente: se trata de *lo sentido* por él.

Bajo esta óptica se estudian algunos de los temas de los “Estudios sobre la

histeria” y se señala que en un comienzo se plantearon dos direcciones. Una que descubre lo que ocurre, las cosas mismas y las implicaciones del analista en ellas. Otra que trata de hacer caber lo que se descubre en moldes de pensamiento, esquematizándolos y perdiendo el anclaje en la experiencia concreta. Estas dos direcciones definen a Freud y el freudismo.

En un primer capítulo se pone en evidencia la oscilación entre proponerse como tema la investigación de la etiología o de las motivaciones, viéndose al sujeto como determinado por causas ajenas a él o bien como movido por deseos. Luego se estudia el recordar como una particular forma de la relación, lo que se opone a entenderlo como la puesta en marcha de una función que encuentra trabada su marcha.

En otro capítulo se destaca cómo el enfermo y el analista organizan su experiencia y su campo, a partir del hecho básico de que lo que llamamos una asociación es ya una interpretación que *convierte* en una secuencia lo que sería mera sucesión. Por último se intenta mostrar cómo el inconciente resulta de una sustancialización y de una ilusión retrospectiva sobre la que ya alertaron Freud y Breuer.

El análisis se entiende así el de las peripecias de la asociación-disociación analista-analizando. Si lo que Freud entiende que hace es adelantarse y formular su adivinación y confrontar con ella al sujeto, lo que pasa a importar es el destino de esta confrontación, el cómo toma el sujeto lo que le dice o aun el hecho de decir algo. Porque aun cuando la interpretación sea inadecuada, el sujeto puede tomarla (o no, y esto es lo facultativo) como punto de partida para llegar a una adecuada.

Esta recuperación de Freud deja ver el psicoanálisis como llevando implícita una antropología, en el sentido amplio del término. Ella supone que el hecho fundamental humano es el que el hombre se halla siempre entre otros hombres en trato con ellos. Que esta relación no deriva de otro factor (el nacimiento prematuro por ejemplo) sino que es primaria y es de ella que deriva lo demás. Los conceptos psicoanalíticos estudiados aquí aparecen como racionalizaciones de este trato primordial, racionalizaciones que han llevado en la dirección de comprender este trato o bien de sustraerlo y colocar lo que se entiende en un mítico interior del sujeto, interior que es anterior a toda experiencia efectiva.

VII) SUMMARY

Reconsideration of Freud

This paper is a reflection on the early Freud and what is original in psychoanalysis, a reflection on what lies on this side of freudism. It aims at reconsidering the situation, object of analysis, i.e. the relationship between two persons, where the treatment that one of them gives to the other and to himself is being analyzed, where to analyze signifies to give a meaning, this being done through the feelings of one of the two persons involved: the analyst. It deals with what the analyst *feels*.

From this viewpoint some of the subject matters of “Studies on Hysteria” are dealt with. It is pointed out that there were two directions at the beginning: one which discovers what is happening, the things themselves and the analyst’s implications; the other one tries to place what is discovered into patterns of thought, through schematizing and by abstracting from concrete experience. These two directions define Freud and freudism.

The first chapter shows the oscillation at setting as a subject matter the research of the etiology or of the motivations, the person being considered either determined by reasons beyond his control, or moved by desires. Further on remembering is studied, as a particular form of relationship, this being opposed to considering it as the setting to work of a function whose running is checked.

Another chapter shows how the patient and the analyst organize their experience and their field, starting from the basic point that what we call an association is already an interpretation, which transforms into an ordered sequence what would have been a mere succession. Finally this paper attempts to show how the unconscious is the result of a substantialization and a retrospective illusion to which Freud and Breuer had already called attention.

Analysis is then understood as the analysis of the vicissitudes of the association-dissociation analyst-analyzand. If Freud understood that what he did was to take the lead and state his guess and confront the analyzand with it, what matters then is the end of this confrontation, how the analyzand takes in what he is told, or even the fact of saying something. For even if the interpretation is not adequate, the analyzand can take it (or not, and this is optional) as a starting point to get to an adequate one.

The reconsideration of Freud allows us to see psychoanalysis as carrying implicitly an anthropology, in the broad sense of the term. This supposes that the fundamental human fact is that man is always in the society of his fellow men, dealing with them; that this relationship does not derive from some other factor (premature birth for instance) but it is primary and the rest derives from it. The psychoanalytic concepts studied in this paper appear as rationalizations of this primordial dealing; these rationalizations lead to an understanding of this dealing or else to a substracting of it and placing ah that is understood into a mythical interior of the analyzand; interior which comes before any effective experience.

Saúl Paciuk *

Recibido el

30.III.75.

BIBLIOGRAFÍA

J. BREUER: “Consideraciones teóricas”, capítulo III de “Estudios sobre la histeria”.

S. FREUD y J. BREUER: “Comunicación provisoria”, de “Estudios sobre la histeria”

S. FREUD: “Psicoterapia de la histeria”, de “Estudios sobre la histeria”.

S. FREUD: “Charcot”.

E. JONES: Vida y obra de Sigmund Freud.

J. B. PONTALIS: Después de Freud.

R. WOLLHEIM: As ideas de Freud.

.