

Sigmund Freud

Textos inéditos y documentos recobrados

TRADUCCIÓN, INTRODUCCIÓN Y NOTAS
DE FERNANDO GABRIEL RODRÍGUEZ
Y MAURO VALLEJO

 **UNIVERSIDAD
DEL NORTE**
Editorial



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Sigmund Freud

Textos inéditos y documentos recobrados





**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Ciencias Sociales
y Humanas



**UNIVERSIDAD
DEL NORTE**

Editorial

Sigmund Freud

Textos inéditos y documentos recobrados

TRADUCCIÓN, INTRODUCCIÓN Y NOTAS
DE FERNANDO GABRIEL RODRÍGUEZ
Y MAURO VALLEJO

Freud, Sigmund

Sigmund Freud : Textos inéditos y documentos recobrados / Sigmund Freud; Traducción, introducción y notas de Fernando Gabriel Rodríguez y Mauro Vallejo. -- Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Fondo Editorial FCSH; Barranquilla: Universidad del Norte, 2017.

212 páginas; 23 cm. (tamaño 300 kb) (FCSH. Traducciones)

ISBN 978-958-5413-15-3 (versión PDF)

1. Psiconeurosis 2. Hipnosis 3. Psicoterapia 4. Metapsicología

I. Freud, Sigmund II. Serie.

150.195cd 21 ed.

© Fernando Gabriel Rodríguez; Mauro Vallejo

© Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias
Sociales y Humanas, Fondo Editorial FCSH

© Universidad del Norte

ISBN: 978-958-5413-14-6

ISBN E-book: 978-958-5413-13-9

ISBN pdf: 978-958-5413-15-3

Primera edición: febrero de 2017

Coordinación editorial: Diana Patricia Carmona
Hernández y Zoila Sotomayor O.

Diseño de la colección: Neftalí Vanegas Menguán

Corrección de textos: Eduardo Franco Martínez

Procesos técnicos: Munir Kharfan de los Reyes

Diagramación: Luisa Fernanda Bernal Bernal, Imprenta
Universidad de Antioquia

Hecho en Medellín, Colombia/

Made in Medellín, Colombia

Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier
medio o con cualquier propósito, sin la autorización
escrita del Fondo Editorial FCSH, Facultad de Ciencias
Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia y la
Universidad del Norte

El contenido de la obra corresponde al
derecho de expresión de los autores y no
compromete el pensamiento institucional
de la Universidad de Antioquia ni de
la Universidad del Norte, ni desata su
responsabilidad frente a terceros. Los
autores asumen la responsabilidad por los
derechos de autor y conexos.

Fondo Editorial FCSH, Facultad de Ciencias Sociales
y Humanas, Universidad de Antioquia

Calle 67 No. 53-108, Bloque 9-355

Medellín, Colombia, Suramérica

Teléfono: (574) 2195756

Correo electrónico: fondoeditorialfcs@udea.edu.co

Editorial Universidad del Norte

Km. 5, vía a Puerto Colombia, A.A. 1569

Área metropolitana de Barranquilla (Colombia)

Teléfono: (575) 3509509

www.uninorte.edu.co

Correo electrónico: edicionesun@uninorte.edu.co

Contenido

Introducción general	7 ·
Advertencia sobre la traducción	11 ·
Primera parte. Las grandes psiconeurosis: histeria, neurosis obsesiva y fobia	15 ·
1. Informe de la conferencia “Sobre histeria masculina” [<i>Über männliche Hysterie</i>] (1886)	20 ·
2. Caso “Nina”	27 ·
Anamnesis de “Nina R.” (S. Freud) (1891)	29 ·
Historial clínico “Nina R.” (S. Freud) (1893)	32 ·
Otros documentos	36 ·
3. Dos informes de la conferencia “Sobre histeria” [<i>Über Hysterie</i>] (1895)	38 ·
Informe aparecido en <i>Wiener Klinische Rundschau</i>	46 ·
Informe aparecido en <i>Wiener Medizinische Presse</i>	57 ·
Apéndice: Informe del debate posterior	66 ·
4. Autorreseña de la conferencia “Mecanismo de las representaciones obsesivas y las fobias” (1895)	71 ·
Autorreseña de la conferencia “Mecanismo de las representaciones obsesivas y las fobias” (1895)	75 ·
Discusión sobre la conferencia del docente Dr. Sigmund Freud “Sobre las representaciones obsesivas” (reunión del 15 de enero)	79 ·
5. Reseña de Leopold Löwenfeld, <i>Las manifestaciones psíquicas compulsivas</i> [<i>Die psychische Zwangerscheinungen</i>] (1904)	85 ·
Segunda parte. Las neurosis actuales y la sexualidad	93 ·
6. Reseña de A. Hegar, <i>La pulsión sexual: un estudio médico-social</i> [<i>Der Geschlechtstrieb; Eine sozial-medizinische Studie</i>] (1895)	97 ·

7. Reseña de P. J. Möbius, <i>La migraña</i> [<i>Die Migräne</i>] (1895)	99 ·
8. Reseña de Alfred Baumgarten, <i>Neurastenia. Esencia, curación, prevención</i> [<i>Neurasthenie. Wesen, Heilung, Vorbeugung</i>] (1904)	106 ·
9. Reseña de R. Wichmann, <i>Reglas de vida para neurasténicos</i> [<i>Lebensregeln für Neurastheniker</i>] (1905)	107 ·
10. Respuesta de Freud a la encuesta de la <i>Kulturpolitische Gesellschaft</i> sobre la reforma de la ley conyugal (1905)	108 ·
Tercera parte. Las terapias: de la hipnosis a la psicoterapia	115 ·
11. Informe sobre el texto de Berkhan, “Ensayos para corregir la sordomudez, y los éxitos de estos ensayos” [<i>Versuche, die Taubstummheit zu bessern und die Erfolge diese Versuche</i>] (1887)	129 ·
12. Informe sobre el texto de Obersteiner, <i>El hipnotismo, con especial consideración a su importancia clínica y forense</i> [<i>Der Hypnotismus mit besonderer Berücksichtigung seiner klinischen und forensischen Bedeutung</i>] (1888)	131 ·
13. Informe de la conferencia “Sobre hipnosis y sugestión” (1892)	133 ·
14. Reseña de G. Greve, “Sobre psicología y psicoterapia de ciertos estados angustiosos” (1911)	145 ·
Cuarta parte. Metapsicología	149 ·
15. Sobre algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y los neuróticos. I. El horror del incesto (1912)	155 ·
16. Sinopsis de las neurosis de transferencia (1915)	158 ·
17. Algo sobre lo inconsciente (1922)	189 ·
Quinta parte. Freud neurólogo	191 ·
18. Sobre un síntoma que a menudo acompaña la enuresis nocturna de los niños (1893)	196 ·
19. Sobre la perturbación de la sensibilidad del muslo de Bernhardt (1895)	200 ·
Bibliografía	205 ·

Introducción general

Este volumen contiene la traducción de una serie de documentos relativos a la obra integral de Sigmund Freud que, en su gran mayoría, jamás habían sido vertidos a la lengua española. La literatura psicoanalítica en nuestro idioma cuenta, como resultado de esta labor, con un conjunto de fuentes hasta ahora prácticamente inaccesible. Estos documentos habrán de interesar, por diferentes razones, a distintos tipos de lectores. En primer término, al estudioso de la obra de Freud, porque la compilación ofrece nexos importantes entre los trabajos más conocidos de su obra completa publicada (llenando un vacío cubierto en la lengua alemana desde largo tiempo atrás) y porque brinda un valioso aporte para una cabal reconstrucción del recorrido intelectual freudiano. En segundo término, al psicoanalista, porque los trabajos que se hallan reunidos mostrarán la fina línea evolutiva que llevó del tratamiento hipnótico hasta el planteo de una segunda tópica de lo inconsciente en la que el yo revela no ser todo percepción-conciencia: un recorrido que parte del saber médico del siglo XIX y lleva la psicoterapia a una renovación sin precedentes. Pero la obra freudiana pertenece hace ya largo tiempo a la cultura universal y por eso un tercer tipo de lector, intelectual pero no especialista, encontrará a lo largo de estas páginas la conflictiva gestación de un pensamiento destinado a entrar en pugna con la ciencia de su tiempo, y aun consigo mismo, prueba de indeclinable efervescencia espiritual. Por fin, este conjunto de trabajos incumbe también, de manera casi iconoclasta, al psicólogo y al psicoanalista en formación, por permitir apreciar la distancia entre el canon establecido, los conceptos fijados en los manuales, y el momento de la fragua teórica, que salva contradicciones y enfrenta, de manera pertinaz, el *statu quo*. Los artículos aquí reunidos transparentan la pugna constante, mes a mes y casi línea a línea, entre aquello que Freud piensa y lo que, de modo casi inmediato,

muchas veces ya ha dejado de pensar. Los lectores menos familiarizados con la obra y su evolución podrán sacar partido de notas e introducciones que pretenden justamente servir como hoja de ruta para aquellos menos prevenidos.

El presente volumen contribuye, pues, a componer un más completo Freud en lengua castellana. Comprende desde reseñas de lecturas, valiosos reportes sobre conferencias que él mismo dictara (que aportan datos preciosos para investigar el desarrollo de la futura doctrina) y hasta un extenso escrito metapsicológico plagado de especulaciones en torno a la filogénesis de las neurosis. Se incluye también su parecer sobre la ley de matrimonio y un texto sobre enuresis en los niños, de un tiempo en que repartía sus horas entre la atención de casos de neuropsicosis y el quehacer como neurólogo infantil. Ninguno de estos textos figura en las ediciones tradicionales de las obras completas en lengua española. Muchos de ellos proceden del volumen suplementario (*Nachtragsband*) de la edición más exhaustiva y rigurosa en lengua original (*Gesammelte Werke in achtzehn Bänden mit einem Nachtragsband* [GW], Fischer Verlag). Aquel volumen apareció en 1987 al cuidado de Angela Richards y con la colaboración de Ilse Grubrich-Simitis, y contiene muchos textos que no hallaron lugar en la Standard Edition, cuyo plan de publicación fue consumado entre 1953 y 1966. La edición española más prolija, publicada en 24 tomos por la Editorial Amorrortu, respetó el contenido y ordenamiento de la Standard Edition, y eso explica que tampoco contenga los materiales aquí recogidos.

Cuando entre 1953 y 1966 se preparó y organizó el clásico corpus freudiano, algunos de los textos aquí rescatados se hallaban perdidos, mayormente, entre viejas revistas médicas. Hubo que esperar a la investigación de historiadores y eruditos para que algunas reseñas, escritos o borradores fueran exhumados. Diferente es el caso con los informes sobre conferencias pronunciadas por Freud ante sociedades médicas de Viena a fines del siglo XIX. Esos informes —a nuestro entender, de lo más valioso del contenido de este volumen— eran bien conocidos por los responsables de la Standard Edition, quienes optaron por desestimarlos debido a su poca monta y escaso interés. El lector podrá juzgar hasta qué punto ese recorte fue atinado. La misma suerte tocó a las publicaciones de neurología, que fueron soslayadas de forma deliberada y por

razones discutibles: estos escritos no tendrían ninguna relación con la ulterior labor psicoanalítica de Freud. Toda esa rica producción de la literatura neurológica freudiana (libros y artículos) aguarda todavía su traducción al español. Para empezar al menos a paliar esta vacancia, se incluyen aquí dos breves comunicaciones, escogidas con criterio que oportunamente se explicitará.

9 .

En resumen, el presente volumen consiste en un trabajo de recuperación de muy diversas fuentes. Hay que decir, sin envanecimiento, que tampoco los lectores de lengua alemana disponen de todo lo reunido en nuestra selección. Algunos de estos documentos no tienen lugar en ninguna otra recopilación, y hasta el momento no habían sido impresos más que en las revistas médicas originales antes señaladas.

Hemos acompañado nuestras traducciones con notas introductorias que aportan información sobre el origen y los contenidos de los documentos. Están proyectadas para permitir una más amplia visualización, que describen tanto el contexto histórico como el recorrido conceptual de Freud.

Nuestra esperanza es que esta recopilación dejará conocer mejor su legado integral.

Fernando Gabriel Rodríguez y Mauro Vallejo

Advertencia sobre la traducción

Tratándose de Freud, de quien ya existen no tan solo diferentes traducciones sino incluso líneas de perfiles definidos en la traducción (basta con compulsar las versiones de López Ballesteros y de Torres, a la que “le sobra gracia, pero le falta rigor” según la opinión de José Luis Etcheverry [1978], la de Ludovico Rosenthal y la que se ha tenido, en castellano, por más técnica y precisa, la del citado Etcheverry, para no evocar a traductores de escritos aislados), se hace obligado que cada nuevo abordaje de su prosa y de su pensamiento contemple y se nutra con el fruto de aquellos esfuerzos consumados. De aquí que hayamos respetado en general las denominaciones estandarizadas para voces técnicas y teóricas del psicoanálisis, aun si en algún momento se hubiera podido optar por un equivalente castellano más exacto o por un giro conceptualmente más diáfano. La tradición existe y nada aporta empeñarse en corregirla si no existen motivos de peso suficiente: la rectificación hubiera sido en ocasiones solo un preciosismo en contra del lector.

Hecha esta salvedad, hay que indicar que hemos incorporado el número de notas necesario para que el sentido del original no se extraviara. En ellas, el símbolo * destaca un comentario filológico que los lectores desinteresados podrán ignorar. En el cuerpo del texto, hemos utilizado un conjunto de signos auxiliares para introducir información que tanto el lego como el estudioso, suponemos, agradecerán. Cuando la traducción de un término implicaba lisa y llanamente una interpretación, o cuando convenía tener presente cuál era el voquible en la pluma de Freud, se colocó entre llaves {...} la expresión original, adoptando la regla de volcarla en el nominativo singular (los sustantivos y los adjetivos), en el infinitivo (los verbos) y de reproducirla inalterada si era necesario copiar integralmente un sintagma. Eventuales corchetes [...] aparecen como tales en las mismas fuentes consultadas. Cuando se incluye

un término entre barras inclinadas /.../, allí se trata de añadidos o reposiciones, siempre bajo la pauta de guardar el sentido de una expresión que en el cambio de lengua podría verse amenazado, siempre también con el criterio de que las marcas de este tipo no fueran sino las mínimas imprescindibles. Con relación a la *Sinopsis de las neurosis de transferencia* (número 16 del índice del volumen), de la que hemos querido preservar el formato de borrador que fue ignorado en traducciones precedentes, debimos utilizar signos adicionales, los ángulos o pinzas <...>, debido a que se trata de un trabajo de reconstrucción. La explicación correspondiente se halla en la respectiva introducción.

Para los materiales de los que existía ya traducción (textos 10, 14, 15 y 16), los motivos para haber acometido una nueva versión pasan, de una manera general, por su flagrante condición de escritos de acceso difícil, publicados en revistas de escasa circulación. Ello sumado a que las traducciones anteriores no siempre hacían justicia al alemán de origen, hemos resuelto incorporarlos en este volumen junto con piezas inéditas.

Un comentario aparte merece la forma en que vertimos el *Konjunktiv I* del alemán al castellano. Dada la cantidad de reseñas y autorreseñas con que trabajamos, no era una posibilidad obviar el hecho de que la lengua alemana dispone de un tiempo para el estilo indirecto y reducir su peso, como es tan usual, al presente indicativo. Solo que ante la alternativa de minar los textos referidos a las conferencias con tediosos “x dice”, “x afirma”, se ha recurrido a emplear, en simultáneo con estas variantes obligadas, la estrategia del tiempo condicional de nuestra lengua, que exime de compromiso a la interpósita persona (a cargo de solo *referir* un contenido respecto del que carece de responsabilidad). Este uso corresponde al de los titulares de periódicos y noticieros de televisión cuando, frente a algún dato de fuente dudosa o simplemente no corroborada, la comunicación del caso se pone a resguardo de avalar lo que no obstante no deja de transmitir. Así es posible leer, en la primera plana, que “el gobierno *haría* tal cosa”. El tiempo condicional refleja una aseveración con la que el informante no cumple otro rol que el de la difusión, sin compromiso con su valor de verdad, el que deja en suspenso y sobre el cual la decisión se encuentra más allá de sus atribuciones. El *Konjunktiv I* comprende una cautela para con aquello que se

afirma, y así se ha intentado replicarlo. El uso de estas estrategias no persigue sino poner de relieve a los lectores la presencia de este recurso gramatical del alemán, ausente en nuestro idioma, con objeto de señalar dónde algo está parafraseado.

13

Es igualmente necesario dejar apuntado que para los términos con traducción consolidada (por ejemplo *Zwang*, *Vorstellung*, *Angst*, *Verdrängung*, ‘compulsión’, ‘representación’, ‘angustia’, ‘represión’, respectivamente) se han respetado mayormente los correspondientes castellanos, pero donde aparecen sin significado técnico (cuando no cuentan con valor psicoanalítico) nos hemos tomado alguna libertad, de acuerdo con nuestro mejor criterio, para adoptar formas acaso más naturales. *Vorstellung* es, en alemán, mucho más habitual que ‘representación’ en castellano, y escaso favor sería para el lector hallar una expresión como ‘hacerse una representación’ (*sich von etwas eine Vorstellung bilden*), cuando circula en nuestra lengua el giro cotidiano de ‘hacerse la idea’. ‘Representación’ se ha empleado, por tanto, para traducir *Vorstellung* donde atañe, específicamente, a un contenido/pensamiento en el aparato psíquico. Respecto de *Angst*, la cuestión se torna más sensible, porque no es lícito olvidar que, en sus empleos frecuentes, se ubica del lado de ‘ansiedad’, término menos cargado de ribetes existencialistas que los que encontramos en ‘angustia’, y consabidamente cerca de ‘temor’, acaso la acepción más familiar (de poco sirve recordar que existe también *Furcht* y pretender con ello que usando dos términos podría solucionarse toda la cuestión). No obstante, se ha mantenido indefectiblemente ‘angustia’ para volcar los usos clínicos.

Así como el respeto por versiones previas llevó a conservar algunas traducciones que se han vuelto un hábito en el léxico psicoanalítico, también se ha dado la ocasión de que, en provecho de la literalidad, hubiera que llevar algunas expresiones a su más genuino sentido alemán. En casos como el de *Zwangsvorstellung* o *Zwangsneurose*, ‘representación obsesiva’ y ‘neurosis obsesiva’, respectivamente, se encuentra soslayada la noción de *compulsión*; para este particular, se han mantenido las dos fórmulas convencionales, pero se tradujo ‘compulsión’ en las demás apariciones del vocablo *Zwang* (e incluso bajo este patrón debió hacerse lugar a algunas excepciones, como cuando se habla del influjo que el médico ejerce sobre su paciente, donde la idea es más

bien la de cierta ‘coerción’). En síntesis, se ha adoptado la regla, conforme lo previamente señalado, de indicar las voces alemanas entre llaves {...} toda vez que un término tenía un uso distinto del que el hábito ha sedimentado.

En distintos textos Freud se vale de enumeraciones. Publicados en revistas diferentes y bajo criterios de edición que no podían seguramente coincidir, en algún caso nos topamos con este formato: 1., 2., 3., etc.; en otros con 1), 2), 3), etc.; en otros con 1.), 2.), 3.), etc. Obviando la discusión de si el punto que sigue a los guarismos es señal de adjetivos ordinales (primero, segundo, etc.) o es simplemente un signo de separación, se ha convenido en igualar todas estas variantes adoptando una menos incómoda a la más correcta escritura española: (1), (2), (3), etc., teniendo en cuenta que las enumeraciones que aparecen no suelen estar por fuera del cuerpo del texto, sino incluidas, y que aquellos puntos, preservados, surtirían de dudas al lector (por no agregar que a cada paso deberíamos comenzar con iniciales en mayúsculas muy fuera de lugar).

Los términos o expresiones en bastardilla son formas alemanas del correspondiente voquible español, palabras en otras distintas lenguas extranjeras o palabras que Freud anotó de este modo (eventualmente sus reseñadores) para destacar algún particular matiz semántico.

EG.R y M.V.



**Primera parte. Las grandes
psiconeurosis: histeria, neurosis
obsesiva y fobia**

En esta primera parte se incluyen diferentes materiales freudianos que tratan sobre las principales psiconeurosis (histeria, neurosis obsesiva y fobia). Exceptuando el resumen de su primera conferencia sobre histeria (1886) y la reseña que Freud redactó sobre un conocido tratado de Löwenfeld (1904), el resto de los materiales fueron escritos durante la primera mitad de la década de 1890 y corresponden al corto periodo en el que el creador del psicoanálisis elaboró aquellos conceptos que serían la base de su doctrina. Sin menoscabo de su labor anterior sobre la histeria, es incontrovertible que recién durante el lapso 1890-1895 Freud logró dar forma, en cierta medida a partir de su colaboración con Josef Breuer, a un pensamiento original sobre el fenómeno neurótico. En un lapso de cinco años arribó a esclarecimientos que tendrían impacto perdurable sobre su teorización psicoanalítica futura y que se sucedieron con un ritmo acelerado: idea de defensa como mecanismo de la formación de síntomas neuróticos, percepción de la importancia de las vivencias sexuales durante la infancia, tempranos atisbos del valor causal de representaciones sustraídas a la conciencia. Al cabo de esos años Freud dejó de ser definitivamente un mero embajador de Jean-Martin Charcot en Viena y consiguió forjarse un nombre en el campo de la neuropatología continental merced a publicaciones como los *Estudios sobre los histeria* y los artículos que contienen su teoría de la seducción (concluida por cierto en 1896, pero nacida ya el año anterior).

El interés de Freud por las neurosis comenzó con la histeria bajo el tutelaje de Charcot y Breuer. Con una beca de la Universidad de Viena, Freud viajó a París a fines de 1885 para estudiar junto con una de las principales autoridades de la neuropatología europea. A su regreso, a comienzos del año siguiente, tenía ya la convicción de consagrar su vida a la investigación y el tratamiento de cuadros neuróticos y abandonar el territorio de su primera labor científica: la anatomía nerviosa. En 1886 inició una intensa labor en neurología infantil, reflejada en libros y en artículos publicados hasta 1897, y concentró a partir de allí crecientemente su atención en este nuevo campo de interés traído de Francia.¹

1 • En la introducción a la quinta parte de este libro daremos más información acerca del trabajo de Freud en neurología infantil.

En 1886 Freud pronunció dos conferencias ante sus colegas vieneses. La segunda de ellas, titulada “Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico”, fue publicada en una revista médica de Viena, y recogida en las *Obras completas* (Freud, 1886b). La primera, en cambio, no se ha conservado; solo ha sobrevivido una sinopsis publicada en un par de revistas médicas. Esta primera parte del volumen se abre con la versión castellana de este documento, que deja apreciar la marca del neurólogo francés en el cuidado concedido a los aspectos fenomenológicos y en la certeza sobre el papel etiológico de factores hereditarios (todavía en el marco de una perspectiva sintomatológica de la patología²).

Hacia la década siguiente tuvieron lugar algunos movimientos en la concepción de Freud, que iban a diluir la fuerte impronta de Charcot. Entre los materiales aquí recogidos, se puede reconocer esta transformación: cuestionamiento del factor hereditario, nuevo diseño de los procesos mentales (normales y patológicos), identificación de lo sexual como agente etiológico de todas estas afecciones y, como trasfondo, la ambición indeclinable de lograr una caracterización causal, no sintomática, de los distintos cuadros de neuropsicosis. Su progresivo acercamiento a la visión de Hippolyte Bernheim sobre el fundamento psíquico de la sugestión hipnótica (diametralmente opuesta a la postura de Charcot), sumado a la revalorización del método catártico de Breuer a comienzos de la década de 1890, conforman la base de la conversión intelectual de Freud.

Los documentos compilados en esta primera parte convergen en la temática y en la cronología, pero cumplen también con la función de iluminar la forja y recepción de las ideas freudianas. En efecto, y a diferencia de lo contenido entre las páginas del *Nachtragsband*, no solo hemos querido recoger intervenciones que Freud realizara en los espacios médico-institucionales de su tiempo, sino, de forma complementaria, el ida y vuelta de las discusiones suscitadas entre el público de especialistas que escuchaban, de su propia boca, sus primeras comunicaciones clínicas y sus primeras conjeturas. Para ello hemos rastreado, entre periódicos del siglo XIX, réplicas y contrarréplicas que tuvieron lugar durante esas sesiones de pares profesionales. Este relevamiento

2. Recordemos un fragmento de su escrito de 1888: “Esa fórmula fisiopatológica [de la histeria] no se ha hallado todavía; entretanto, será preciso conformarse con definir la neurosis en términos puramente nosográficos, por el conjunto de los síntomas que en ella aparecen” (Freud, 1888, p. 45).

permite entrever lo que aquellas hipótesis pioneras generaban en la audiencia, y acercarse, tibiamente y salvando grandes distancias, al debate vivo alrededor de Freud.

F. G. R. y M. V.

1. INFORME DE LA CONFERENCIA “SOBRE HISTERIA MASCULINA” [ÜBER MÄNNLICHE HYSTERIE] (1886)

Ediciones en alemán

1886 ‘Über männliche Hysterie’, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, vol. 36, n.º 43, 23 de octubre de 1886, pp. 1445-1447.

Gracias a una beca de la Universidad de Viena, a fines de 1885, Freud viajó a París para estudiar junto con una de las principales autoridades de la neuropatología europea, Jean-Martin Charcot. Seis meses después de su regreso de la capital francesa, el 15 de octubre de 1886, Freud dio una conferencia titulada “Sobre histeria masculina” ante sus colegas de la Sociedad de Medicina (*Gesellschaft der Ärzte*). No existen manuscritos o borradores de aquella presentación. El rastro más completo que ha sobrevivido es el informe publicado en una revista médica de Viena, que resume los dichos de Freud y las intervenciones realizadas por colegas asistentes.³

En su escrito autobiográfico de 1925, Freud recordaba del siguiente modo lo acontecido en esa velada de 1886:

Vuelvo al año 1886, en que me instalé en Viena como especialista en enfermedades nerviosas. Tenía la obligación de dar cuenta ante la Sociedad de Medicina (*Gesellschaft der Ärzte*) de lo que había visto y aprendido junto a Charcot. Solo que encontré mala acogida. Personalidades rectoras como su presidente, el médico internista Bamberger, declararon increíble lo que yo refería. Meynert me desafió a buscar en Viena y presentar ante la Sociedad casos como los que yo había descrito. Lo intenté, pero los médicos jefes en cuyo departamento los hallé me rehusaron su autorización para observar esos casos o trabajar con ellos. Uno de esos médicos, un viejo cirujano, me espetó directamente: “Pero, colega, ¿cómo puede usted decir tales disparates? ‘*Hysteron*’ (¡sic!) significa ‘útero’. ¿Cómo podría ser histérico un varón?”. En vano objeté que solo necesitaba disponer del caso,

3 • Informes más breves sobre la conferencia aparecieron ese mismo año en otras publicaciones en lengua alemana (Sulloway, 1979, p. 38, n. 11).

y no que se aprobase mi diagnóstico. Por fin descubrí, fuera del hospital, un caso de hemianestesia histérica clásica en un varón, a quien presenté ante la Sociedad de Medicina. Esta vez se me aplaudió, pero no se mostró ulterior interés en mí. Me quedó, inmovible, la impresión de que las grandes autoridades rechazarían mis novedades; así, con la histeria masculina y la producción sugestiva de parálisis histéricas, me vi empujado a la oposición. (Freud, 1925, pp. 14-15).

En efecto, el 26 de noviembre siguiente Freud expuso ante ese mismo público los detalles de un caso de histeria masculina. Esa segunda exposición se transformó en un artículo que vio la luz el 4 de diciembre en la revista antes mencionada. Ese texto, a diferencia del primero, sí ha sido recogido en las *Obras completas* (Freud, 1886b).

La presentación “Sobre histeria masculina” es un valioso documento sobre un periodo muy particular de la carrera profesional e intelectual de Freud. Junto con otras publicaciones de esos años, evidencia el fuerte impacto que las enseñanzas de Charcot tuvieron sobre su modo de comprender los padecimientos nerviosos, fundamentalmente los histéricos. De la mano de otros tres textos que se han conservado de esos años (Freud, 1886a, 1886b, 1888), la conferencia de octubre de 1886 coloca a Freud en el lugar de fiel discípulo de las teorías del neurólogo francés, “admirador incondicional de Charcot” (Freud, 1886a, 10).

La exposición de octubre retomó algunos puntos tratados ya por Freud en el informe sobre su estadía en París y en Berlín, concluido el 22 de abril de 1886 (Freud, 1886a). En primera instancia, en ambos trabajos se resaltan los méritos de Charcot en el estudio de la histeria, quien es señalado como el responsable de que esa patología lograra un verdadero reconocimiento clínico y científico. Con él es definida positivamente la afección, y se le pone un fin a la dudosa conexión entre el estado mórbido y los órganos sexuales (Freud, 1886a, pp. 10-11). En segunda instancia, tanto en las páginas de abril como en la comunicación de octubre, se alude al ensayo realizado por Charcot para encuadrar en la categoría de histeria a las neurosis desencadenadas en varones luego de traumas violentos, englobadas *grosso modo* en la noción de *Railway spine*.⁴

4. *Railway spine* fue el diagnóstico creado en la segunda mitad del siglo XIX para nombrar los síntomas postraumáticos que aquejaban a las víctimas de los accidentes ferroviarios. El cirujano inglés John

En la exposición cuya reseña hemos vertido al español, Freud desarrolla de manera más extensa este punto particular, ilustrándolo con un ejemplo de histeria traumática observado con Charcot. Interesa constatar que, de las cuatro intervenciones de los asistentes a la conferencia, tres se refieren muy precisamente al enlace entre histeria y traumatismo. Según la reseña en la *Wiener Medizinische Wochenschrift*, y a contrapelo de lo que en su escrito de 1925 Freud parece sugerir, ninguno de los sujetos presentes intentó cuestionar la existencia de histéricos de sexo masculino. Frank Sulloway ha sostenido, en su meticuloso comentario de aquel episodio, que la histeria masculina era un fenómeno desde hacía varios años admitido por la medicina de lengua alemana (1979, pp. 35-42). El tópico que generaba controversias era, en cambio, el de los traumas y su significación causal.⁵ Freud pudo haber equivocado la razón por la que fue objetado. Al mismo tiempo, es muy factible que la reacción crítica del auditorio radicara mayormente en la actitud del joven médico que, novel en el ámbito de la neuropatología, quiso elevar a rango de verdad probada las ideas controvertidas de Charcot.

F. G. R. y M. V.

Eric Erichsen (1818-1896), con su tratado *On Railway and Other Injuries of the Nervous System* (1866), suele ser señalado como iniciador de los debates médicos acerca de esa categoría nosográfica.

5. Este capítulo de la historia de la medicina ha recibido fuerte atención en los últimos años. El texto clásico editado por Mark Micale y Paul Lerner contiene valiosos trabajos acerca de las discusiones entabladas en varios países europeos y en los Estados Unidos sobre el vínculo entre la patología y el trauma (Micale y Lerner, 2001).

Informe de la conferencia “Sobre histeria masculina” [*Über männliche Hysterie*] (1886)

En su viaje de estudios a París, el orador tuvo la oportunidad de conocer los trabajos más recientes de Charcot —quien en la actualidad se ocupa casi exclusivamente del estudio de la histeria— y se permite exponer las tesis de aquel, que le han parecido tan importantes como novedosas.

23 ·

Espera no hallar contradicción al afirmar que los médicos en general no enlazan con la histeria ningún concepto realmente sólido y científico. Dice que la designación “histérico” es utilizada a menudo como equivalente a “nervioso”, que falta una nítida diferenciación de esta enfermedad con otras neurosis y que el diagnóstico está fundado la mayoría de las veces en circunstancias accesorias, edad del paciente, sexo, curso /de la enfermedad/, mutabilidad de los síntomas, etc..., en lugar de en síntomas positivos del cuadro patológico latente {*ruhend*}. Dice, además, que predomina casi en general una desconfianza hacia las declaraciones de los enfermos y un desgano a penetrar en el detalle de los fenómenos. Por último, la relación con el aparato genital femenino valdría como algo característico para la histeria. Charcot entretanto ha erigido además, al igual que para el estudio de otros cuadros patológicos, un tipo para la histeria, una forma extrema de la enfermedad, en la cual uno podría apoyarse para el diagnóstico de las formas más rudimentarias.

Este tipo, designado *grande hysterie*, muestra los siguientes síntomas:

(I) Ataques típicos, los cuales principian por un aura especial y revelan cuatro fases separadas. La primera fase es la de las convulsiones epileptoides, la cual se parece por completo a un ataque epiléptico. A continuación siguen los *grands mouvements*, movimientos de gran envergadura, movimientos de saludo {*Grussbewegungen*}, posturas en forma de arco, etc.; por último, el estadio *attitudes passionelles*, gesticulación cargada de afecto, cese de los movimientos desordenados; el enfermo se muestra, en cuanto a palabras y movimientos, dominado por alucinaciones. El *délire terminal* marca el final.

(II) Trastornos característicos de la sensibilidad, como hemianestesia de naturaleza cerebral y cosas similares.

(III) Trastornos típicos en los órganos de los sentidos, en especial del ojo, por ejemplo ambliopía unilateral o bilateral con estrechamiento concéntrico del campo visual, alteraciones en el sentido del color.

(IV) La aparición de puntos especialmente sensibles, placas histerógenas {*hysterogenen Plaques*}, las cuales se hallan en una relación remarcable con los ataques.

(V) Proclividad a trastornos motores, como parálisis, contracturas, que en su detalle son absolutamente características.

El orador destaca que, sin embargo, no puede esperarse en cada caso hallar todos estos rasgos; que se trata, al igual por ejemplo que en la enfermedad de Basedow, de casos absolutos y rudimentarios, los últimos de los cuales son reconocidos mediante la aproximación a los primeros.

Además, el orador pone de relieve como mérito de Charcot haber destruido, a través de sus investigaciones, el prejuicio de que todos los histéricos serían simuladores y haber dado, para un gran número de manifestaciones, por un lado, una constatación científica y objetiva, y por otro, el principio de un esclarecimiento.

Charcot ha mostrado además, especialmente a través de sus estudios sobre la histeria en los hombres y primordialmente sobre la histeria traumática, que la conexión de la neurosis con estados irritativos de los órganos sexuales ha sido sobrevalorada en cuanto a su importancia y que ella no pertenece necesariamente a las características de la enfermedad.

El orador habla luego de la histeria en los hombres, de la cual se conocían por cierto casos aislados, pero que a pesar de todo se tenían por infrecuentes, y de cómo de ello se desprende que la absurda etimología de los términos todavía nos resulte chocante. El tiempo de la pubertad, condiciones hereditarias, transmisión de la disposición de la madre al hijo es importante;⁶ no obstante, la edad madura no es inmune.

En cuanto a los síntomas, no existen diferencias esenciales respecto de la histeria de las mujeres. Así, la *grande hystérie* con todos sus detalles característicos se halla especialmente en los hombres, solo que los ataques son

mucho más espantosos,⁷ el cuadro patológico provocaría una impresión de mayor gravedad. También en la histeria masculina la conexión con la actividad sexual se muestra solo en algunos casos, pero en otros no, de manera decisiva los que se originan principalmente en base a un trauma.

El Dr. Freud menciona un caso acorde con lo señalado aquí, que ha visto también, entre otros casos, junto con Charcot: en el tiempo en que Ch./arcot/ comenzaba a estudiar estos casos, acudió a la observación un hombre joven de 17 años, condicionado hereditariamente, albañil, que hasta entonces había sido una persona saludable. El paciente mostraba una ligera contusión posterior a una caída desde un andamio, la pérdida de conciencia duró unos minutos. Tres días después ligera debilidad del brazo izquierdo, insensibilidad de la mano. Al vigésimo segundo día, parálisis completa y anestesia del brazo, la existencia simultánea de un defecto cardíaco sugería relacionar la parálisis con este último, pero los síntomas de la parálisis, de los cuales él no se ocupó con mayor profundidad, eran de un tipo tal que Charcot se decidió por descartar enfermedades orgánicas y suponer histeria. Un examen detallado mostró también de hecho que existía hemianestesia y analgesia en lado izquierdo, reducción del campo visual, trastorno del sentido del color y en un examen de placa histerógena la presión en una de esas partes sensibles desencadenó un grave ataque histero-epiléptico, con lo cual el diagnóstico estuvo asegurado. La movilidad del brazo se restableció después de un ataque, la hemianestesia permaneció.

Esta teoría de la histeria en los hombres posee todavía una faceta importante desde el punto de vista práctico. Dice que Charcot se inclina en favor de explicar como histeria, en buena medida por analogía con sus casos, los estados derivados de accidentes de ferrocarril, que son conocidos como *railway spine* o *r. brain*, en lo cual coincide con muchos investigadores americanos. Dice que si esta aseveración, que ha sufrido oposición por parte de los investigadores alemanes, tampoco está aún completamente demostrada —pues Charcot no estudia directamente tales casos—, a él de todas formas le parece que este indicio es digno de atención en el más alto grado para los médicos prácticos.

7. El original dice "schreckenerregender". Suponemos que existe una errata, y debe decir "schreckenerrregender".

El Prof. Rosenthal menciona dos casos de histeria en niños que él ha observado, describe con detalle la clase de calambres, el tipo de desarrollo de los mismos y arriba a la conclusión de que en gran parte de los casos la agitación evidentemente debe provenir del córtex, con lo cual, empero, no está descartado que la oblongata no pueda haber tenido también participación.

El Prof. Meynert destaca que desde hace años en su clínica se observan casos en los que, mayormente luego de daños traumáticos {*traumatischen Insulten*}, han aparecido alteraciones psíquicas con calambres epilépticos y trastornos de conciencia, estados que son designados por él como epileptoides. Sería interesante /observar/ si todos estos casos ofrecen la regularidad de la serie sintomática tal y como ellos fueron retratados hace un instante por Freud.

El consejero áulico v. Bamberger opina que en la interesante exposición, con todo su reconocimiento a los méritos de Charcot, no puede reconocer mucha novedad, a excepción de la supuesta conexión de la *railway spine* con la histeria genuina; sin embargo, las observaciones que el orador realizó sobre este asunto no se corresponderían con este cuadro; si bien no cabe desmentir la similitud, en cualquier caso sería prematuro designar ahora esas observaciones como histeria.

El Prof. Leidesdorf en reiteradas ocasiones ha observado en su clínica casos donde se trataba de personas jóvenes, en las que, luego de accidentes de ferrocarril, aparecieron severas enfermedades de la médula espinal y parálisis progresiva, las que ciertamente no podían ser confundidas con histeria, lo cual no quiere decir que no se puedan generar también estados histéricos mediante un trauma. Es arriesgado tomar el trauma como una causa, porque uno no puede determinar el alcance de las alteraciones; pues si en personas jóvenes, luego de traumas en el cráneo sin heridas externas visibles, aparecen ulteriormente alteraciones, como hipersensibilidad e insomnio, que no tienen nada que ver con la histeria, han de ser interpretadas en cualquier caso como conmoción del sistema nervioso.

2. CASO “NINA”

Ediciones en alemán

1978 Hirschmüller, A., ‘Eine bisher unbekannte Krankengeschichte Sigmund Freuds und Josef Breuers aus der Entstehungszeit der “*Studien über Hysterie*”’, *Jahrbuch der Psychoanalyse*, vol. 10, pp. 136-168.

1987 ‘Vier Dokumente über den Fall “Nina R.” (1895)’. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 311-321.

Los cuatro textos breves que incluimos en esta sección son materiales exhumados de los archivos del sanatorio suizo Bellevue, en Kreuzlingen. Fueron publicados por primera vez en alemán en 1978 por Albrecht Hirschmüller, quien protegió la identidad de la paciente dándole el pseudónimo de Nina R., y luego recogidos en el *Nachtragsband* de las GW. Es posible que Breuer haya sido el médico de cabecera de la familia R. y haya tratado a Nina por irritación peritoneal. Hacia 1888 la paciente recibió atención ambulatoria en el sanatorio privado de Krafft-Ebing en Mariagrün y hacia 1893, con 24 años, fue trasladada a Bellevue, donde Robert Binswanger se desempeñaba como director y donde, por un corto tiempo, quedó bajo la responsabilidad de Breuer y de Freud, hasta octubre de 1894.

La anamnesis es autógrafa de Freud, pero (según figura en nota editorial de las GW) no surgiría de observaciones propias, sino de datos tomados de segunda mano (que, por terminología y demás indicios, podrían proceder de Richard von Krafft-Ebing).

La historia clínica fue redactada por Freud en 1893 y es seguramente el documento más valioso de la serie. A pesar de su brevedad, ofrece algunos indicios de la forma en la que Freud pensaba la patología mental, atento al medio familiar de la paciente y sobre todo a pistas de rasgos hereditarios o experiencias sexuales tempranas. Según su entender, la práctica masturbatoria fue la causa de un estado neurasténico enredado con sintomatología de histeria. Vale por tanto recordar que el historial es de un periodo durante el cual Freud estudiaba los perjuicios de determinadas prácticas sexuales —estudio que daría sus principales frutos en 1895 con la publicación de sus trabajos sobre neurosis

de angustia— y se esforzaba para distinguir patologías neuróticas en base a sus etiologías diferenciales.⁸

• 28

En cuanto a la terapéutica, la información es fragmentaria. Se hace evidente que el caso de Nina no fue un caso fácil. Para llegar a influir sobre el estado de la enferma, Freud se vio en la necesidad de ganar la confianza de la madre y aun de la enfermera. Su intervención pudo haber consistido en promover la modificación de ciertos hábitos de vida y en la prescripción de algunas drogas. Interesa poner de relieve que, desde la óptica de Freud —y muy probablemente también para la paciente— la desconfianza y resistencia hacia los médicos fue resultado de los tratamientos recibidos en el sanatorio de Krafft-Ebing hacia 1888-1889. Durante la estadía en la institución, los médicos sometieron a la paciente a hipnosis, produciendo una exacerbación del conjunto de síntomas. Que Freud consigne este hecho importa doblemente: por un lado, porque lo revela al tanto de lo que los detractores de la hipnosis solían alegar (para sus réplicas al cargo de que el hipnotismo pudiera tener efecto pernicioso en los enfermos puede consultarse, en general, sus textos sobre la materia y nuestra introducción a la tercera parte de este libro); por otro lado, debido a que no es indiferente que esa observación haya sido apuntada en 1893, precisamente cuando Freud, sin desechar la hipnosis todavía, se halla muy próximo a escribir sobre sus límites. Podría afirmarse que el bienio 1892-1893 corresponde a una etapa de transición en lo que atañe a técnica. Señala el momento en que termina de apropiarse del método catártico ideado por su colega Breuer, lo cual le permite abandonar paulatinamente el uso de mandatos sugestivos en estado hipnótico. Más aún, esa apropiación le abrió el acceso a una renovada intelección del mecanismo psíquico que está detrás de la formación de los síntomas, y no tardará en proseguir esa senda mediante una exploración clínica que prescinda del estado hipnótico.

La serie de documentos sobre el caso Nina se completa con un informe sobre la paciente escrito por Breuer en 1893, y por último con una carta de Freud a Robert Binswanger, fechada en enero de 1894.

E. G. R. y M. V.

8 • Volveremos a ese punto en la introducción a los informes sobre la conferencia de Freud de octubre de 1895, *Über Hysterie*.

Anamnesis de “Nina R.” (S. Freud) (1891)

Señorita R., 21 años, ya de niña muy excitada. Ya cuando era una niña de 3 a 4 años de edad fue notada leucorrea (*ex onanismo!*⁹), con 10 a 11 años muy agudizada a través del onanismo (*onanisierend gewetzt*).

29 ·

Hace dos años agitada sexualmente de modo paroxístico con agudización (*wetzen*) y gran excitación. Menstrua a los 11 años. A continuación regularmente. Desde siempre exaltada, sentimental, excitada, convencida de que los padres no habrían deseado tenerla. No quería estar en compañía. Cuando no obstante lo estaba, se mostraba coqueta y animada. Transpirada inmediatamente al más mínimo esfuerzo corporal.

Desde siempre peculiar, *non sentit, non agit ut ceteri homines*,¹⁰ precoz, compone versos, filosofa.

Ante cualquier compañía vomita de emoción. No bien ella se emociona, inmediatamente /ocurre/ lo usual. En todas partes descontenta, aburrida, dolida por sí misma y por el mundo. Breuer identificó también masturbación y opinaba que /la/ paciente debía contener a todo precio sus excitaciones (nost<algia> sexual). En este estado no soporta estar en cama, se encuentra sumamente agitada, y forzada a cavilar sobre lo que sucede cuando uno muere, vivencia situaciones de muerte, sensaciones como las de algo que se desplazara en el cerebro. En este estado no puede comer, adelgaza entonces alrededor de dos kilos.

En este estado tiene convulsiones. Imagina a veces que el padre no la ha querido; llanto espasmódico, convulsiones generales.

Ya desde hace años rápidamente emotiva y llorona.

/La/ paciente tomaba semicupios (*Halbbäder*) con 25°, que /le/ hacían bien pero /le/ producían algo de sofocamiento respiratorio.

Desde hace poco idea de que debe estar enloqueciendo. Siente horror a casarse. Pero cuando alguno le hace la corte es sumamente amable.

Padece desde hace poco intensamente de la representación obsesiva de que todo muere, acaba por pudrirse. Con gusto haría cualquier cosa para deshacerse de esta “representación delirante”.

9 · A partir de onanismo.

10 · “Ni siente ni actúa como los restantes hombres”.

/La/ paciente no hace nada excepto leer y escribir.

30

Indicaciones de la paciente: dice que desde hace varios años le sobrevienen por la noche, con intensa angustia, cavilaciones sobre la muerte, sobre la putrefacción, que solo combate con dificultad. También se habría sentido normalmente muy infeliz y molesta. Últimamente, y en particular con el periodo, intensos ataques de ese tipo, que poco a poco se vuelven permanentes, mientras que antes la fastidiaban solamente por lapsos de media hora. Los pensamientos serían siempre los mismos, todo lo que ella dice ver le recuerda la transitoriedad de la vida (de la ajena y de la propia), la muerte, la putrefacción. Jamás alucinaciones olfativas. Estaría afligida por este círculo de pensamientos en mitad del sueño y de la conversación. Comprendería lo mórbido de la situación, a menudo sabría también dominarse. Desde siempre sería propensa a la cavilación. Su manía de cavilación se concentraría solo en este círculo de pensamientos. No llegaría a visiones.

Dice que durante el ataque todo se le volvería apariencia, engaño, estaría bajo la impresión de que todo es irreal, de que por ej. ella y todo lo que la rodea se volvería otra vez nada. Entonces todo lo terrenal, su completo obrar le parecería necio, insignificante.

En realidad, desde siempre se habría sentido forzada a cavilar sobre sí y sobre el mundo.

Frecuentemente fatiga, debilidad, dolor de cabeza. En asaltos más prolongados de estos pensamientos también presión en la cabeza. Jamás irritación espinal. Dice que ama la soledad, pero que a esta altura teme estar sola, y también que es muy impresionable. Palpitaciones solo con ocasión de las representaciones obsesivas, "que la persiguen como Furias".

/El/ apetito sería muy cambiante, la mayoría de las veces anorexia. Jamás globos /histéricos/, a menudo sensación de inhibición respiratoria en la parte superior del pecho. /El/ dormir sería excitado, perturbado por sueños, pero suficientemente largo y sustancioso.

Dice que disfruta solamente las lecturas serias. Leer no la fatiga. /La/ menstruación /se le/ pospone, durando hasta ocho días. Luego de la menstruación dice estar de lo más excitada y de lo más molesta. Si no pudo dormir, toma cloral, en momentos de excitación; bromo 0.5. ¡La dosis le parecería

demasiado baja! Semicupios de hasta 24° /le/ habrían hecho bien. Estadía en el campo /le/ haría bien.

Paciente de estatura mediana. La excitación sexual se habría reducido en el último tiempo casi por completo. Rastro de anemia. Alimentación promedio. Constipada habitualmente. Lengua siempre limpia.

Rp. Semicupios 24°, eventualmente también fricciones, agua de Levico¹¹ en caso de ataque bromo 2-3.0.

31 ·

11 · Agua mineral con arsénico procedente de los manantiales del sur del Tirol, que era indicada para el mejoramiento del proceso digestivo.

Historial clínico “Nina R.” (S. Freud) (1893)

Srta. Nina R.

· 32

No puedo bosquejar de la paciente un retrato completo,

(1) porque no sé todo —yo no era su médico habitual, sino que la traté solo hace dos años, y ahora, antes de su partida, regularmente a lo largo de algunos meses;

(2) porque el cuadro clínico no ha llegado a ser para mí perfectamente transparente. Me limitaré a indicaciones particulares y a poner de relieve puntos particulares.

El suelo en el que la paciente creció no es uno especialmente favorable. Del lado del padre considerable carga hereditaria, el padre mismo —hasta donde yo sé— no neuropático, incluso cabalmente honorable, pero limitado, no menos afecto a intereses espirituales que a excentricidades, su casa levantada con su ingreso y relaciones sociales, sin incentivo por lo espiritual. La madre una mujer enteramente bondadosa y correcta, igualmente no neurótica, pero poco inteligente. La convivencia de ambos, excelente. Un hermano menor ha quedado asimismo incapacitado para la vida por una complicada neurosis de naturaleza predominantemente histérica; un hermano aún menor no es todavía, por así decir, un caso decidido.

La *naturaleza del padre*, su falta de ternura o al menos de signos de ella, ha creado en la paciente un fondo de insatisfacción para con su situación, y (tal y como sé por ella) ha establecido del modo habitual (aversión a las comidas en cuanto oportunidades de encuentro con otros) el fundamento para una anorexia histérica con vómitos.

Siempre fue de un carácter “complicado”, incluso a todos los médicos que la trataron les fue difícil separar en ella carácter y enfermedad. El carácter tortuoso {*Schiefheit*} innato de su naturaleza se manifestaba en que olvidaba el cumplimiento de sus obligaciones inmediatas y la adecuación con su ambiente {*Milieu*}, en tanto que se esforzaba por lograr intereses más elevados y por permitir que iniciativas espirituales superiores obrasen sobre ella. Era una “coqueta espiritual” y corporalmente una extrema mojigata. Desde la época infantil se prolongó en ella la masturbación hasta los años en que ya no podía haber duda para ella sobre la significación de su acción y de las sensaciones concomitantes. Como es regla en los individuos femeninos,

aparecieron en ella por primera vez, a consecuencia del abandono del hábito de la masturbación, en primer plano los síntomas de enfermedad, síntomas generales tanto como aquella reminiscencia que ella designa como “excitación” {*Reiz*} y que está acompañada de sensaciones tan penosas.

Asimismo la masturbación ha impreso a todo el cuadro el rasgo de la neurastenia, que actualmente es el predominante: las muchas y penosas parestesias, el desgano por comer, la tendencia al abatimiento en relación con las excitaciones, los múltiples celos y, en conexión con ello, el estado espiritual que supone, con angustia para ella, administrar el hogar con solo una limitada provisión de fuerzas, y que vela diariamente por que no se exija de ella nada que esté por encima de sus fuerzas. Ella en efecto ha abandonado paulatinamente todo lo que hace a la alegría de una muchacha, y no ha conservado de la existencia más que la preocupación por su salud.

Pero el cuadro no se encuentra exhaustivamente delineado con estos rasgos neurasténicos. Con las vivencias particulares provocadas por su enfermedad y los intentos de cura, se han añadido confusamente muchos síntomas histéricos de tipo psíquico y motor. Por último, no querría excluir causas orgánicamente eficaces. Hubo una época (1886) en que se instalaron súbitamente dolores en el bajo vientre, acompañados de fiebre, que llevaron al Dr. Breuer al supuesto de una irritación peritoneal debida al estallido de un folículo de Graf. El Dr. Fleischmann, que hace tres semanas sometió a la enferma a un examen ginecológico interno, constató el crecimiento unilateral del útero retroflexivo. Recién a partir de aquella afección peritoneal la anorexia debió alcanzar su punto máximo, y el influjo menstrual sobre el estado general se volvió desde entonces inequívoco; un flúor que pronto sobrevino debió manifestar la influencia más apreciable sobre la dificultad para comer. Debido a estas molestias, en junio de 1893 el Dr. Fleischmann efectuó la remoción del útero (cf. el informe procedente de él).

/La/ paciente pasó la mayor parte de 1887 y 1888 en el sanatorio Mariagrün,¹² que en ese entonces se encontraba bajo la conducción directa de Krafft-Ebing. Durante los intentos de colocarla en estado hipnótico, las

12 · Tal y como informan los editores del *Nachtragsband*, aquí Freud comete un error. Se trata de 1888 y 1889.

manifestaciones alcanzaron su punto máximo y se desencadenaron ataques histéricos. La estadía en Mariagrün adquirió en los años siguientes una gran importancia en función de haber dificultado mucho el tratamiento a los ulteriores médicos. La coerción {*Zwang*} estuvo de allí en adelante descartada, la confianza en los médicos quebrantada, las muchas oportunidades en que los médicos se dieron por vencidos en algún intento —concesión realizada luego de larga oposición— fueron utilizadas una y otra vez por la enferma para defender su voluntad en contra de quienes la atormentaban {*Angreifer*}; ella fue a partir de entonces su propia médica, y nos concedió acaso el derecho a consolarla, a estar amablemente junto con ella, a escuchar sus regaños, siempre y cuando estuviéramos dispuestos a respetar el ceremonial con el que se había rodeado y a no echar a perder ninguno de sus queridos hábitos. Incluso nos criticaba a los médicos de manera enteramente desconsiderada y presentaba una desconfianza indomeñable ante cualquier pormenor del tratamiento, diciendo que “solamente se la lastimará”.

La significativa inteligencia de la enferma, su suerte en el instituto, el respaldo que tenía en su muy bondadosa madre, la siempre repetida afirmación de que mediante la coerción {*Zwang*} solo podría lastimársela, movieron a que tanto el Dr. Breuer como yo mismo fuésemos a menudo muy condescendientes con ella. Su modo de vida se había conformado, hasta el momento en que volví a hacerme cargo de ella (comienzos de 1893), más o menos así: vivía en un cuarto que daba a una calle bulliciosa, con una enfermera a la que tenía completamente bajo su poder, y a la que ordenaba por ej. que debía compadecerla y cosas similares. Casi no se levantaba, jamás salía a la calle, evitaba temerosamente el trato con padre y hermano, y atormentaba a su madre de manera desconsiderada. La pobre mujer tenía la tarea de protegerla de las exigencias de los médicos, de lo contrario era “una desalmada”, y de cumplirle cada pequeño deseo sin retribución. Estaba acostumbrada a ingerir bebidas alcohólicas en abundancia, dormía solo con cloral, pero así y todo mal, de modo que ocupaba en ello la mañana y comenzaba el día cuando quería. En las comidas, lo más trabajoso del día, nadie podía estar presente, salvo la enfermera.

Con el respaldo de una enérgica enfermera y gracias a la por fin incipiente rebelión de la madre, pude eliminar lo peor de estos hábitos de vida. La paciente misma, por lo demás, se avergonzaba de estos desbordes de su estado. Solo bajo fuerte temor a la coerción {*Zwang*}, a nuevos requerimientos y excitaciones, dio su consentimiento a viajar a Constanza. Le prometí que los médicos de allí la tratarían tan humana y afectuosamente como nosotros, y que no creerían que ella simula o exagera. Si se respeta su interés, tal vez ha de lograrse algo con ella.

El opio que le he dado según prescripción correspondiente ha obrado de manera decididamente favorable tanto sobre el ánimo como sobre la capacidad de comer. /El/ alcohol ha sido muy restringido, /el/ cloral todavía continúa. La deposición es muy dolorosa, espontánea solo en momentos de suma agitación. Se queja de dolores en todos los miembros, que resultan en parte de las palpables transformaciones de la musculatura. El tiempo posterior al periodo es para ella el peor.

Solicito a la madre que /la/ envíe de vuelta a casa lo antes posible.

Con el deseo de haber proporcionado a ustedes, a través de estos informes fragmentarios, los primeros puntos de apoyo para la evaluación de la enferma,

Su más leal,

Dr. Sigm. Freud

Otros documentos

Informe sobre “Nina R.” (J. Breuer) (1893)

• 36

Tengo poco para agregar al informe del Dr. Freud. La carga hereditaria del lado paterno podría ser importante; la abuela tenía un tremendo tic del habla (específicamente un grito). Tío y tía son en parte muy neuróticos. El padre en sí mismo es sano.

Creo que realmente hubo una vez un proceso peritoneal (¿hematocele retrouterino?); que la endometriosis crónica, seguramente subsistente, tuvo una importante participación en su estado, especialmente en el ritmo; luego del periodo y hasta el vaciado de la mucosidad, por ende en el tiempo intermedio, la peor condición, vómitos; antes del periodo mejor.

En cuanto a lo moral, Nina es un ejemplar del conocido tipo de las “joven-citas judías espabiladas” que, por egoísmo y sobreestimación de sí mismas, además de por una limitada capacidad de amar, acaban enfrentadas a su familia. Pero con su inteligencia hay algo para hacer; la disciplina impersonal de la institución, ante todo la tranquilidad moral, podría sacarla ampliamente adelante.

Su propia historia clínica, así como las notas en lápiz, pertenecen al Prof. v. Krafft-Ebing (I. Maximilianplatz 4), y le pido encarecidamente que se sirva enviarlas allí de regreso.

Con saludos cordiales y un pedido de benevolencia hacia la paciente

J. Breuer

Carta a Robert Binswanger (S. Freud) (1894)

[Viena] IX, Bergasse 19

7/1/1894

37

Distinguido señor colega,

No carezco completamente de trato con R., cuya hija el año pasado enviamos a su institución con algún esfuerzo. Recibo las cartas que ella escribe a su casa, y los informes que el señor colega v. Holst le envía a los padres. Recientemente he sido abordado por los padres, para que me dirija a usted a fin de solicitarle información fidedigna {*authentisch*} sobre la situación de la paciente. Por la muerte de un hijo muchas cosas en la casa han cambiado, y me preocupa que la inclinación de llevar a Nina a casa sea ahora más fuerte que antes.

No me queda más remedio que pedirle tal informe. Sé cuán molesto seré para usted (o sus asistentes) con ello, pero cuento con la amistosa consideración hacia las exigencias que recaen en mí.

Muy atenta y lealmente,

su Dr. Freud

3. DOS INFORMES DE LA CONFERENCIA “SOBRE HISTERIA” [ÜBER HYSTERIE] (1895)

Ediciones en alemán

1895 *Wiener klinische Rundschau*, vol. 9, n.º 42 (20 de octubre de 1895), pp. 662-663; n.º 43 (27 de octubre), pp. 679-680; n.º 44 (3 de noviembre), pp. 696-697.

1895 *Wiener medizinische Presse*, vol. 36, n.º 43 (27 de octubre), pp. 1638-1641; n.º 44 (3 de noviembre), pp. 1678-1679.

1987 ‘Zwei zeitgenössische Berichte über den dreiteiligen Vortrag “Über Hysterie” (1895)’. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 322-351.

Freud dictó la conferencia *Über Hysterie* los días 14, 21 y 28 de octubre de 1895 ante el público del Colegio Médico de Viena (*Wiener Medizinischen Doktorenkollegium*). Luego, los días 4 y 11 de noviembre tuvieron lugar dos sesiones destinadas a la discusión de lo presentado. En dos revistas médicas (*Wiener Klinische Rundschau* y *Wiener Medizinische Presse*) se imprimieron sendos informes exhaustivos, y también otras publicaciones sacaron reseñas breves de la intervención de Freud. Aquellos fueron redactados de manera anónima, tal y como era costumbre en las revistas galénicas, pero recogen fielmente y con detalle lo expuesto por Freud. Dado el valor documental, hemos resuelto dar la versión española de ambos materiales.

En esta presentación, Freud recapitula aquellas líneas conceptuales sobre las que había venido trabajando en los últimos años y adelanta las primicias de lo que será más tarde una elaboración inédita del cuadro histérico. En este sentido, la conferencia se sitúa a medio camino entre *Estudios sobre la histeria* y la teoría de la seducción, funcionando como un punto de inflexión.

La apuesta teórica fundamental es el diseño de fijar una clara demarcación entre los cuadros patológicos. Tradicionalmente, al estudiar la producción freudiana de la década de 1890, se ha puesto el acento en los conceptos anticipatorios de las grandes novedades por venir. Esto último vale para la represión {*Verdrängung*, ‘esfuerzo de desalojo’}, en el principio un mecanismo de defensa

pluripatológico, o para el valor creciente que en la patogenia de la histeria va cobrando la sexualidad, o para el intento, más tardío, de indagar sobre los impulsos provenientes de zonas erógenas particulares.¹³ Pero la atención volcada a los conceptos dejó en un segundo plano la investigación sobre las estrategias más globales de la labor de Freud. A través de un trabajo pionero, Codell Carter (1980) mostró de una forma convincente que, en la pelea por imponer una definición no sintomática sino etiológica de la afección nerviosa, Freud simplemente trasladaba a su campo disciplinar una nueva interpretación del hecho mórbido que venía produciendo una revolución en el conocimiento médico desde el último tercio del siglo XIX.

Pues bien, en *Über Hysterie* Freud prosigue la búsqueda de un fundamento etiológico de las patologías, que venía elaborando desde hacía un año. El rastreo había comenzado partiendo de una definición causal, no sintomática, de las anomalías nerviosas en un grupo de trastornos específico. Ello se ve con claridad en dos escritos concluidos en diciembre de 1894: “Obsesiones y fobias” (impreso el 30 de enero de 1895 en la *Revue Neurologique* de París, Freud, 1895 [1894]) y “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de ‘neurosis de angustia’” (publicado el 15 de enero de 1895 en el *Neurologisches Zentralblatt* de Berlín, Freud, 1895a).¹⁴ En este último, se indica por primera vez que cada uno de esos dos cuadros clínicos resulta de cierta nocividad sexual particular (masturbación o *coitus interruptus*). Pero el esfuerzo en pos de una categorización de tenor etiológico llegó a su punto culmen en el breve artículo que apareció en las páginas del *Wiener Klinische Rundschau* en tres entregas en julio de aquel año (“A propósito de las críticas a la ‘neurosis de angustia’”). Hacemos mención de la respuesta que Freud prepara para las objeciones que un colega alemán había esgrimido contra su trabajo editado en el *Zentralblatt* hacía unos meses (Freud, 1895b). Esa obra menor, generalmente menospreciada por los comentadores de la obra freudiana, ocupa, no obstante, un sitio

13 · El clásico libro de Kenneth Levin continúa siendo una buena introducción a los primeros momentos de la génesis de la doctrina freudiana (Levin, 1978): lo mismo podría decirse sobre el injustamente olvidado trabajo de Ola Andersson (1962).

14 · Al respecto, puede consultarse el rico informe que Freud redactó sobre una conferencia suya del 15 de enero ante la Sociedad Vienesa de Psiquiatría y Neurología, no recogido en *Amorrorrtu* pero incluido en la presente colección.

primordial en la historización de este derrotero, pues allí Freud despliega con mayor profundidad la naturaleza de su abordaje etiológico de las neurosis, y defiende que: “(...) las diversas noxas sexuales no aparecían indistintamente en la etiología de todas las neurosis, sino que existían unos lazos particulares e inequívocos entre ciertas noxas y ciertas neurosis. Yo tenía así derecho a suponer que había descubierto las causas *específicas* de las neurosis singulares” (Freud, 1895b, p. 123).

Allí presentó una fórmula con la que el origen de ciertos padecimientos de tipo nervioso llegarían a ser inteligibles por concurso de tres diferentes componentes: condición, causa específica y agentes auxiliares (Freud, 1895b, p. 136).

La conferencia de 1895 en el *Doktorenkollegium* lleva ese planteo mucho más lejos, porque hasta ese entonces la pesquisa de algún basamento etiológico puro de la enfermedad mental no había sido ensayada para todas las patologías neuróticas: las neuropsicosis de defensa quedaban por fuera. El caso de la histeria es muy ilustrativo. Durante la primera mitad de la década de 1890, el creador del psicoanálisis había logrado, con su teoría de la defensa, visibles avances en la inteligencia de los síntomas histéricos (Freud, 1893a, 1894a). Pese a lo que entendía como progreso, dejó asentado, en más de una oportunidad, que el origen concreto de la histeria continuaba siendo impenetrable y que esta realidad traía limitaciones para la terapia. En otros términos, había asumido que la incurabilidad de la patología y los impedimentos para develar su fuente estaban asociados.¹⁵

Por ello, no es casualidad que el anuncio del hallazgo de la etiología efectiva de ese trastorno haya ido acompañado por la promesa de una potencial curabilidad de la histeria. Esos dos quiebres simultáneos —que se reclaman mutuamente— fueron realizados precisamente en la conferencia de octubre de 1895. Habrá no obstante que esperar hasta 1896, a los tres textos que contienen la teoría de la seducción (Freud, 1896a, 1896b, 1896c), para

15 De acuerdo con la prolija reconstrucción de Richard Skues, esa verdad había quedado de manifiesto en el caso de Anna O., tratada por Joseph Breuer, cuyos pormenores conocía de cerca Freud (Skues, 2006, pp. 38-53). Según este investigador, entre 1888 y la publicación de *Estudios sobre la histeria* (mediados de 1895), Freud asumió que ante la imposibilidad de dar con el origen de la histeria, la terapia debía contentarse con proporcionar remedio a la sintomatología, sin llegar a afectar la condición de base.

encontrar una articulación prolija de las modificaciones implicadas en aquel viraje (y que en la ponencia oral solo están indicadas), a saber: extensión de una definición etiológica a todas las psiconeurosis y propuesta de un modo de tratamiento que, descansando en la premisa de esa etiología, auguraba la posibilidad de poner fin irreversible a la enfermedad.

Pero ya en *Über Hysterie* puede apreciarse cómo se presentan estos elementos, cómo ocurre el pasaje de la incurabilidad a la esperanza de erradicación. De entrada es patente cómo el objetivo es reforzar la distinción de cuadros clínicos que otros autores siguen confundiendo; el énfasis de Freud cae sobre la necesidad de separar, por un lado, histeria y neurastenia, y por el otro, neurastenia y neurosis de angustia. Esa labor es realizada bajo una asunción elemental: “las diferencias sintomáticas constantes corren paralelas a diferencias constantes en la etiología”. En lo que respecta al planteo de causalidades específicas para la neurastenia y la neurosis de angustia (ambas de índole sexual), en *Über Hysterie* solo procede a reiterar el esquema indicado en su escrito de julio de ese mismo año (Freud, 1895b), de donde también recoge que determinadas causas auxiliares se combinan con el factor específico para el desencadenamiento. Ahora bien, tal y como ya dijimos, la segunda novedad que se produce en la exposición de octubre reside en que allí, por vez primera en su obra, Freud explica, mediante una argumentación que gira alrededor del valor de los traumas sexuales de la infancia, el origen último de la disposición histérica. Y extrae de allí la consecuencia práctica fundamental: si en la terapia logra develarse aquel primer hecho causal-traumático, y ello sirve para dismantelar el tejido representacional de formación de síntomas, entonces puede afirmarse que se ha descubierto el gran secreto de la histeria y, simultáneamente, su manera de curarla. Citemos el fragmento final de uno de los informes aquí traducido:

Podría objetarse contra este género de tratamiento que apenas valdría la pena si por medio de él solo se consiguiera eliminar un síntoma y debiera dejarse subsistir la predisposición. Se aprecia, empero, que los enfermos no han realizado muchas represiones de ese tipo durante su vida y que en general después de la pubertad parece que ya no efectúan ninguna.

Si más tarde se forman síntomas, entonces se anudan por regla general con las represiones existentes. Si se considera, por tanto, cuán limitadas son las

condiciones para el origen de las represiones (carácter sexual, origen en la época anterior a la pubertad, anudamiento de nuevos síntomas a las represiones originadas en la juventud), entonces está justificada la esperanza de que, si se llega a encontrar y a anular la primera represión, también podría lograrse obturar de modo duradero la fuente de ulteriores manifestaciones /de este tipo/.

Un comentario especial merece una de las afirmaciones de Freud que aquí aparece también por primera vez: la de la relevancia de los acontecimientos de índole sexual en la niñez. En esta conferencia, el auditorio escucha que esas vivencias tendrían un papel protagónico en la generación de las neurosis. Hasta ese entonces, sobre todo desde 1893, Freud estimaba que las representaciones de tipo traumático en la génesis de síntomas histéricos eran siempre elementos de extracción sexual, pero no se trataba *nunca* de hechos de la infancia. En los casos recogidos en *Estudios sobre la histeria* (1895), los traumas sexuales habían ocurrido siempre en la pubertad o más tarde. Para entender en base a qué razonamiento Freud puede ahora realizar una definición más amplia de sexualidad (y de su correlato de eficacia patogénica), es menester poner el foco en las ideas intercambiadas con su amigo Fliess. La primera parte de la conferencia que aquí comentamos fue de hecho dictada el mismo día (8 de octubre) en que remite a este colega de Berlín el largo manuscrito del *Proyecto de psicología para neurólogos* (Freud, 1895e), y es en este trabajo donde figura la tesis de la “supletoriedad”, ilustrada en el caso Emma, por la que *solo* experiencias tempranas de tenor sexual están en condiciones de satisfacer las exigencias para su teoría traumática: solo ellas, en virtud de los procesos de la pubertad, desencadenan como recuerdo un monto de afecto mayor al que generaron en el instante de la vivencia real (Freud, 1895e, pp. 397-407). Las dos piezas de teoría comunicadas en la alocución de octubre, la idea de una vivencia sexual de tono prematuro y la de una causalidad sexual en la base del cuadro histérico, se enlazan de forma argumental y de manera exclusiva en el *Proyecto*; texto recuperado, como es consabido, muchos años después de la muerte de Freud.

La esperanza acerca de la curabilidad de las neuropsicosis durará algo menos de dos años y caerá en desgracia junto con la conjetura de una seducción traumática (septiembre de 1897). Las dificultades de la clínica diaria tomaron a cargo refutar las pretensiones de una sanación irreversible. En la célebre carta a Fliess del 21 de septiembre de 1897, en la cual anuncia el

abandono de la teoría de la seducción, Freud puntualiza una de las razones de esta decisión: “Las continuas desilusiones en los intentos de llevar un análisis a su efectiva conclusión [...], la falta del éxito pleno con el que yo había contado” (Masson, 1985, p. 284). Y en esa misma carta concluía: “Influido por todo ello, me dispuse a una doble renuncia: a la plena solución de una neurosis y al conocimiento cierto de su etiología en la niñez” (Masson, 1985, pp. 284-285). Esa declaración permite establecer el siguiente diagnóstico: con la caída de la teoría de la seducción, se desmorona el edificio teórico cuyos cimientos —descubrimiento del origen último de la enfermedad, dado por un trauma sexual infantil real, sumado a la promesa de la cura radical de la patología— habían sido colocados y ordenados en la exposición *Über Hysterie*.

Si se considera el modo en el que Freud se manifiesta aquí contra el factor hereditario y la valoración exagerada que tenía entre sus colegas, el contenido de esta conferencia debe tenerse en cuenta en la historización del recorrido que fue distanciando a Freud del *hereditarismo* de la época. Sobre este tópico existe abundante material y es redundante retomarlo (Gilman, 1993; Roith, 2008). Sirva en principio destacar el adverso pronunciamiento, en el comienzo mismo de la alocución, relativo a la sobreestima que se daba por entonces a esta explicación.

En otro plano de cuestiones, hay un aspecto de tono biográfico merecedor de alguna reflexión. Resulta llamativa la insistencia con que Freud, en el transcurso de aquella ponencia, se amparó en el prestigio de Breuer. En la versión publicada en el *Wiener Medizinische Presse*, el expositor trae a colación el nombre de su colega en cinco oportunidades: primero, para recordar el capítulo teórico redactado por Breuer en el libro conjunto de 1895; segundo, para destacar que el método empleado en la histeria era obra suya; tercero, para referir que había sido pionero en señalar que el terapeuta cura mientras descubre las representaciones reprimidas; cuarto, para subrayar que el estado de los histéricos está signado por la escisión de conciencia; por último (aunque el nombre de Breuer no está explicitado), para apoyar la tesis de que en el histérico la represión ocurre en “momentos hipnoides”. Al aludir de esta manera al otro autor de los *Estudios sobre la histeria*, Freud buscó seguramente lograr un mayor efecto en los oyentes. Costo de esa estrategia fue que debiera manifestar apoyo a unas ideas de Breuer con las cuales claramente disentía. Ello es sensible sobre todo en cuanto a la noción de *momentos*

hipnoides, respecto de la que Freud, en los comienzos de la mutua colaboración, nunca emitió reparos, pero la que luego, en la medida en que avanzaba en su teoría de la defensa, encontró inaceptable, porque implicaba asumir que hubiese variedad de histerias en función del mecanismo subyacente (defensa o estado hipnoide). Al punto de que en el capítulo final del libro de 1895, firmado exclusivamente por Freud y concluido en marzo de ese año (Masson, 1985, pp. 120-121), este afirmaba que todo tipo de histeria era una histeria de defensa: “En mi experiencia, curiosamente, nunca he tropezado con una histeria hipnoide genuina; todas las que abordé se me mudaron en histerias de defensa. [...] siempre pude demostrar que el llamado estado hipnoide debía su segregación a la circunstancia de imperar en él un grupo psíquico escindido con anterioridad por vía de defensa. En suma: no puedo aventar la sospecha de que histeria hipnoide y de defensa coincidan en algún lugar de sus raíces, y que, en tal caso, la defensa sea lo primario” (Freud, 1895f, p. 291).

Un año más tarde, en su trabajo publicado en Viena en junio (“La etiología de la histeria”), la crítica hacia Breuer era más fuerte aún: “Yo hallo que a menudo falta todo asidero para presuponer tales estados hipnoides” (Freud, 1896c, p. 194). Todo lleva a pensar que el apoyo de Freud en el nombre de Breuer durante la conferencia de octubre de 1895 obedecía a un prolijo cálculo en aval de sus declaraciones.

La exposición de Freud fue recibida en forma despareja. En las sesiones de los días 4 y 11 de noviembre, cinco profesionales discutieron diferentes puntos de su desarrollo. A continuación de ambos informes, a modo de apéndice, el lector dispone de una de las transcripciones conservadas de estas participaciones. Algunos colegas objetaron que, si acaso el factor sexual debía reconocerse como un fundamento de importancia en la histeria o la neurastenia, era incorrecto sostener que tal constituyera la única fuente genuina de estos cuadros. Otro orador (Teleky) puso en duda que el tratamiento psíquico fuera el más indicado para el abordaje de la histeria, y trajo a colación los resultados obtenidos con la aplicación de la ovariectomía (real o simulada).¹⁶ La intervención de Joseph Breuer, que según las crónicas fue

16 • El psicoanalista italiano Carlo Bonomi ha reconstruido con mucho detalle la popularidad que las intervenciones quirúrgicas (sobre todo la extirpación de los ovarios a la que se refiere Teleky en este caso) tuvieron en Europa y los Estados Unidos en el tratamiento médico de la histeria durante la

saludada con un generoso aplauso, tiene un sabor de anécdota muy especial. Esta tuvo lugar el 4 de noviembre; se han conservado de ella al menos tres versiones.¹⁷ Por una parte, devolviendo gentilezas, dejó en claro al auditorio que los desarrollos teóricos sobre la histeria (incluyendo el resorte de la represión) correspondían enteramente a Freud. Por otra, remarcó que las ideas comunicadas no eran fruto de especulación, sino un prolijo rédito de observaciones cuidadosas. Por último, y más importante, confesó que si al inicio había mirado con recelo los planteos de su colega, ahora los aceptaba sin ambages hasta el punto de reconocerse como un adherente de aquella teoría. Pero este encomio deberá tratarse con cautela (la misma cautela que era necesaria al ponderar el modo en que el creador del psicoanálisis defendía en público la tesis de los estados hipnoides). En la carta a Fliess del 8 de noviembre, leemos:

No hace mucho, en el Colegio Médico, Breuer tuvo grandes palabras para mí y se presentó como un partidario converso de la etiología sexual. Cuando se lo agradecí en privado, me arruinó el contento diciéndome: “Pero si no creo en ello”. (Masson, 1985, p. 155)

E. G. R. y M. V.

segunda mitad del siglo XIX. El mismo autor ha sugerido que el concepto freudiano de castración debe ser comprendido como un rechazo y transformación de esa tradición (Bonomi, 1994, 2007, 2009). Por otro lado, conviene recordar que la castración ovárica ganó lugar en el abordaje de ciertos trastornos nerviosos de las mujeres como consecuencia del tratado de Alfred Hegar *Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen* (La relación de las enfermedades sexuales con el padecimiento nervioso y la castración) (1885) (Laqueur, 1990, pp. 175-181; Bonomi, 2010). En 1895, Freud redactaría una reseña muy negativa de un libro de Hegar, que hemos traducido e incluido en este volumen (véase *infra*, segunda parte).

17 · Los editores de las *Gesammelte Werke* reproducen las versiones aparecidas en *Wiener Klinische Rundschau* y en *Wiener Medizinische Presse* (en el apéndice hemos traducido esta última). Por su parte, Frank Sulloway, en su obra clásica, ofrece además la traducción al inglés de la versión impresa en el *Wiener Medizinische Blätter* (Sulloway, 1983, pp. 507-509).

Informe aparecido en *Wiener Klinische Rundschau*

Sobre la histeria (1895)

Sesión del 14 de octubre de 1895

· 46

Hasta el día de hoy no se ha logrado determinar con exactitud el alcance y el contenido del concepto de *histeria*. Pero mientras que hace diez años los esfuerzos de los autores iban dirigidos a separar la histeria de las enfermedades orgánicas, hoy nuestra tarea es aprender a diferenciarla de las neurosis, sobre todo de la neurastenia. De este modo crecen las dificultades de un estudio sobre la histeria, pues el concepto de *neurastenia* es mucho más difuso que el de las otras neurosis. Además los elementos histéricos y neurasténicos muy a menudo se dan juntos en un cuadro patológico, de suerte que numerosos autores consideran como algo imposible una separación nítida, y manifiestan al respecto que la histeria y la neurastenia se fusionarían entre sí.

El acento excesivo concedido a la degeneración nerviosa y a su rol en la génesis de las neurosis conllevó que no se dedicara a los distintos modos de manifestación de la histeria el celo necesario. Tampoco las medidas terapéuticas son realizadas de manera que valga la pena poner especialmente de relieve las diferencias entre histeria y neurastenia: circunstancias externas favorables, tranquilidad, restablecimiento de las fuerzas, parecen ser para ambas la terapia indicada.

No está sin embargo descartado que, en la búsqueda de fronteras más claras, se arribe a resultados que conduzcan la acción terapéutica hacia una dirección mejor determinada.

¿Puede deducirse, de la reunión de síntomas histéricos y neurasténicos en un mismo cuadro clínico, la existencia de una raíz común para ambas enfermedades? La medicina interna {*interne Klinik*} develó una simbiosis de agentes infecciosos, que constituye una analogía para la sumatoria de síntomas histéricos y neurasténicos. Tipos puros, genuinos, se hallan ante todo al comienzo de la neurosis, por tanto en pacientes jóvenes. En una histeria de más larga duración, la mayor parte de los síntomas neurasténicos se suceden unos a otros. Más raramente se desarrolla la histeria sobre una base neurasténica.

La cuestión de la etiología de las neurosis no puede liquidarse a través de una referencia a circunstancias hereditarias. La observación imparcial y sondeos anamnésicos cuidadosos nos conducen de modo más seguro a los orígenes de la enfermedad, y nos aportan simultáneamente puntos de apoyo para una terapia profiláctica.

A través de una delimitación más rigurosa de los conceptos de histeria y neurastenia, también se asegura el pronóstico, que solo en la verdadera neurastenia ha de considerarse como desfavorable.

Un intento de división de las neurosis sería el siguiente: (1) histeria; (2) neurastenia en sentido estricto; (3) neurosis obsesiva; (4) neurosis de angustia. No se contemplan otros cuadros clínicos de la así llamada neurastenia, que carecen de valor para los objetivos de este estudio. Entonces, lo que normalmente se llama neurastenia, se descompone en neurastenia *stricto sensu*, en una neurosis obsesiva y una neurosis de angustia. De acuerdo con las diferencias en los síntomas, la etiología muestra ser en cada caso distinta.

Westphal menciona la existencia de representaciones obsesivas neurasténicas y las concibe como síntomas de la degeneración. Otros las separan de la neurastenia. Para esto último estamos también nosotros autorizados por nuestros resultados clínicos. Pues hay representaciones obsesivas sin complemento neurasténico, y allí donde ellas normalmente se asocian con síntomas neurasténicos son de otra duración e intensidad. Por cierto, también en la histeria se hallan ocasionalmente representaciones obsesivas.¹⁸

Como manifestaciones de la neurastenia, conocemos la fatiga, el déficit del funcionamiento nervioso, la dispepsia, el estreñimiento espástico, el dolor de cabeza, los dolores espinales. Pero bastante a menudo se encuentra entre los así llamados neurasténicos un tipo distinto, que vivamente se destaca y se caracteriza por sobreexcitación, agitación, intranquilidad, excitabilidad auditiva, angustia en todas sus formas, angustia de curso agudo o crónico, angustia como concomitancia de parestesias, acompañada por taquicardia, trastornos del sueño, convulsiones. En casos particulares es importante develar la angustia enmascarada. Hay pacientes que están en tratamiento

18 · Este aspecto se encuentra desarrollado de forma más precisa en la segunda versión de la conferencia (véase *infra*).

por disnea, trastornos de arritmia cardíaca, voracidad, convulsiones, hasta que sus estados se revelan, por medio de una investigación más exacta, como concomitantes de una neurosis de angustia. Hecker aborda tales casos como rudimentos o equivalentes de los ataques de angustia; a menudo faltan la fatiga y la presión intracraneana, en lugar del estreñimiento se encuentra aceleración de la actividad intestinal. Se está entonces autorizado a distinguir la neurosis de la neurastenia. En manuales más antiguos, este caso clínico es tratado bajo el nombre de hipocondría, nombre que no puede aceptarse para la neurosis de angustia, simplemente porque es identificado con el concepto de *temor a la enfermedad*, y por ello parece demasiado limitado.

En la búsqueda de la etiología de la neurastenia y de la neurosis de angustia auténticas, se arriba casi exclusivamente a nocividades que resultan de la vida sexual. Casi siempre subyace a la neurastenia auténtica en hombres y en mujeres la masturbación; donde falta este factor etiológico, se comprueba la herencia, que se exterioriza en precoces y abundantes descargas sexuales (poluciones).

La neurosis de angustia se funda, para los hombres hasta entonces saludables, en la abstinencia. Donde fuertes excitaciones {*Erregung*} sexuales no se satisfacen en absoluto, o lo hacen solo mediante miradas y toqueteos, se desarrolla fácilmente esta neurosis de angustia. Las mujeres caen presas de ella la mayoría de las veces a través del *coitus interruptus*. La separación entre la neurosis de angustia y la neurastenia auténtica se nos impone entonces no solo por la sintomatología, sino también por la etiología; la neurastenia auténtica se basa en una descarga sobreabundante, la neurosis obsesiva en una acumulación de la sustancia sexual.¹⁹

Esta etiología se constata en todos los casos extremos y puros. La comprobación alcanzó el 80 % de los casos indagados. Si se consideran las dificultades de una investigación así, parece quedar perfectamente comprendido el 20 % restante de los casos.

19 • Tal y como observan los editores del *Nachtragsband* hay aquí un error conceptual, lo que prueba una vez más que Freud no intervino en la redacción de este informe. En lugar de neurosis obsesiva, debe leerse neurosis de angustia.

Frente a estas causas, pierden mucho peso los factores etiológicos relacionados con la vida cultural, normalmente aducidos para las neurosis. Los perjuicios sexuales son desencadenantes específicos de enfermedad, y dan a la neurosis dirección y meta. Pero las neurotoxinas, las alteraciones del ánimo, la sobreexigencia, la incertidumbre sobre las condiciones laborales {*Erwerbsverhältnisse*}, desempeñan en esto un rol preparatorio o condicionante. Determinan la gravedad de la neurosis. No toda persona que en la vida sexual toma el camino equivocado adquiere una neurosis. Aquí entran en juego las nocividades que imputamos a nuestra cultura, que promueven el daño y lo hacen realmente significativo. Y los niños que en la escuela sucumben a la sobreexigencia se convierten en onanistas y experimentan poluciones.

La histeria rara vez se halla en estado puro. De ordinario constituye un complejo de síntomas en una mezcla de neurosis. Su observación empuja al ámbito de la psicología, de la cual uno se mantiene alejado en la indagación de las demás neurosis debido a su carácter fisiológico, somático. Solo las representaciones obsesivas tienen una estructura interna similar y se asemejan a la histeria también en lo que respecta a los logros terapéuticos.

(Continuación, sesión del 21 de octubre de 1895)

En el complejo sintomático de una enfermedad neurótica, el elemento histérico se distingue a través de un mecanismo psíquico bien delimitado. Toda histeria tiene por fundamento una “represión”. El proceso de la represión histérica posee un equivalente en el terreno de lo normal, y es aquí fácilmente comprensible.

Uno busca suprimir las representaciones que despiertan asociaciones de pensamiento desagradables. No es indiferente si un examinador hace objeto de una indagación de medicina forense a personas extrañas o a aquellas que nos son cercanas. En el último caso, nuestra fantasía adquiere un contenido penoso. Pero el sentimiento de displacer se hace todavía mayor si en el camino {*Verkehr*} crecen impulsos que se topan con recuerdos penosos de un pasado real. Uno busca defenderse de sentimientos de displacer semejantes. “Siento escalofríos cuando escucho hablar de eso”, “mejor no hablemos de eso”, tales

palabras y otras parecidas dan testimonio del afán por impedir el despertar de las representaciones perturbadoras. Una dama de la alta sociedad, que en otro tiempo se encontró en una circunstancia comprometedora, considerará con razón como una falta grosera a los usos y costumbres la evocación, en una plática, de su condición pasada, y rechazará indignada una conversación semejante. Evitará también el teatro, en el que en otro tiempo actuara, si es desagradablemente afectada por el recuerdo de aquella época. Se empeña por olvidar la situación comprometedora, por reprimir las representaciones ligadas a ella, y emplea su control sobre el curso de los pensamientos para evitar la ocasión de suscitarlas. Siempre precavida, preparada de forma constante para la defensa, se abre camino finalmente a la vida virtuosa a través de la represión de su recuerdo penoso.

¿Cómo tiene lugar en la histeria una represión análoga? Se pueden diferenciar los siguientes grupos principales de síntomas histéricos: (1) Restos de percepción. Estos surgen como recuerdos en la conciencia. La persona sufre de una alucinación que retorna espontáneamente, y presiona con fuerza en el primer plano de la conciencia. Los dolores histéricos también pueden concebirse como representantes de este grupo. (2) Descargas motrices. Estas son el llanto, risa espasmódica, convulsiones, etc. (3) Formaciones psíquicas complicadas, complejos de representaciones, inclinaciones {*Tendenz*}, abulia. Las conexiones de estos grupos son de las más variadas. Una persona experimenta, por ejemplo, una alucinación olfativa y al hacerlo se entristece. Ve una aparición que despierta en ella la idea de saltar por la ventana. Surge la representación de que algo le sucederá a un ser querido, y con ello desarrolla sentimientos de angustia. Si se obliga a una persona histérica a comer pese a que sienta aversión por ello, entonces se asiste a una exteriorización del afecto: la enferma vomita. Si se la quiere obligar a caminar, aparece un ataque histérico. No bien se implanta un elemento de uno de los grupos, este trae consigo incondicionalmente síntomas del otro de los grupos, un mecanismo que cursa de manera compulsiva y está sustraído a la voluntad. Las representaciones histéricas aparecen de manera hiperintensa, quedan, empero, aisladas en la esfera consciente y permanecen incomprendidas. La persona histérica no puede comer, no puede caminar; le faltan, empero, los motivos de este comportamiento. Allí donde existe una compulsión histérica de esa

índole, ha tenido lugar una represión; la enferma que no puede comer por el asco ha reprimido un recuerdo penoso.

Si se quiere recuperar ese recuerdo, entonces se topa con una enorme resistencia. La enferma se comporta en relación con la fuente de su sentimiento de displacer tal y como su equivalente normal, la dama de la alta sociedad antes mencionada. La represión histérica es superior a la normal solo desde el punto de vista cuantitativo.

A través del método de investigación de Breuer se está en condiciones de evocar los recuerdos reprimidos y de poner en claro su conexión con el resto de percepción. Se ve entonces que, por ejemplo, la aversión contra el alimento y la bebida resulta del rechazo enérgico al recuerdo de las comidas familiares en las que reinaban la discordia y la pelea, y en las que los desacuerdos eran dirimidos. Entonces se concibe el vínculo entre la alucinación olfativa de tabaco y el sentimiento de nostalgia, cuando uno se entera de que cierta vez una esperanza frustrada se vinculó con la representación del humo de cigarro.²⁰

Cuando se examinan las impresiones penosas causales, todas ellas muestran un contenido sexual. Y precisamente el factor sexual es hasta el día de hoy menospreciado por los médicos. Se examinan las funciones de todos los órganos y solo con respecto al aparato sexual se omite recatadamente cualquier pregunta.

¿Cómo se desarrolla un síntoma histérico a partir de la represión? Aquí podría pensarse que la analogía con la vida normal nos abandona. En realidad, queda aún un vestigio de similitud. Nuestra dama de la más refinada sociedad juzgará de la manera más severa cuando se hable sobre la decencia en la sociedad. Para quien ha cambiado de credo, es de una nacionalidad sospechosa o pertenece a la nueva aristocracia, nunca es el otro suficientemente creyente, nunca está suficientemente animado de sentimiento nacionalista (*national gesinnt*), nunca es suficientemente aristocrático. Tienen las máximas más severas y enfatizan su antipatía de la forma más dura con quienes piensan distinto. Pero su radicalismo se explica cuando se averigua que, con él, reprimen un recuerdo penoso.

20. Se trata de la paciente Lucy R., cuyo historial se incluye en *Estudios sobre la histeria*.

De manera similar se desarrollan en la histeria los restos de percepción fuertemente acentuados. Las representaciones obsesivas, que están muy vinculadas con la histeria y que coinciden con ella en muchos puntos, muestran de modo más claro la génesis y la conformación de esta singular hiperestesia. Así se ve en el siguiente caso: Un hombre escuchó en una lección de Leidesdorf cuáles acciones agresivas podían ocurrir en el estado crepuscular posepiléptico. Poco después se despertó en él el temor {*Angst*} de poder hallarse alguna vez en ese estado, de cuya existencia de hecho nada se sabía, y lastimar a alguien. De su vida anterior resultaba que había padecido alguna vez de conciencia de culpa por haber tomado demasiado dinero de un deudor, y en otra ocasión por haber dado demasiado poco dinero a un camarero. Aquí se muestra de manera constante la inclinación a los autorreproches, de forma continua se encuentra en este paciente una conciencia de culpa desmoralizante, que seguramente se originó alguna vez a partir de lo real. La raíz real se ha perdido, y los enlaces de pensamiento subsistentes son absurdos. Esto último también resulta evidente para el paciente, pero recién después de un largo tiempo consigue liberarse {*fallenlassen*} de sus representaciones obsesivas.

La investigación de la histeria muestra: que la disposición para el afecto está de la manera más clara anudada a una culpa real. La persona busca reprimir el recuerdo penoso. Lo logra, pero con ello la conciencia de culpa deviene descomunal, y retorna una y otra vez la idea de que algo horrible habría sucedido. Así llega la persona a una pura y pronunciada conciencia de culpa, sin recuerdo del hecho.

Si la posibilidad de una culpa se aproxima al individuo por medio de un acontecimiento cualquiera, entonces la conciencia de culpa hiperestética emerge de inmediato con fuerza, y bajo la influencia de este nuevo acontecimiento cobra determinados rasgos. Ahora la persona es dominada por el sentimiento de su primera culpa fatídica, y se halla bajo la influencia del “subrogado” de una culpa.

Las formaciones subrogadas tampoco son ajenas a la vida normal. Aparecen bajo distintas formas: como solteros que coleccionan tabaqueras, como solteronas que miman gatos y perros; y la religiosidad apasionada es igualmente a menudo un subrogado para el amor apasionado.

El siguiente ejemplo enseña cómo, a través de la represión del recuerdo, la conciencia de culpa resulta enfatizada {*akzentuiert*}, y cómo de allí se origina la compulsión histérica: una señorita, con la carga de una culpa sexual, es atacada por el temor de delatarse ante los demás al ruborizarse. Reprime su recuerdo, y el acento recae sobre el rubor. Junto con el ruborizarse compulsivo, aparentemente inmotivado, surge el sentimiento ominoso de que se sepa algo sobre ella. Si consigue dejar de ruborizarse por completo, entonces se robustece la sensación de que los demás la tomen por alguien que carga con una culpa. Así, con cada represión, ella suma al siguiente eslabón de la cadena histérica la compulsión histérica.

A-r.

(Conclusión, sesión del 28 de octubre de 1895)

Cada eslabón de esa cadena, que es tan significativo para la estructura de la representación obsesiva, se graba con una determinada intensidad en la esfera de la conciencia. Si el sentimiento de displacer obliga a la represión del recuerdo penoso, entonces el siguiente eslabón asume la herencia de su intensidad y el valor psíquico se desplaza del recuerdo reprimido a la conciencia de culpa. Ahora el individuo está en situación de anudar a su conciencia de culpa hipertrófica todo acontecimiento más o menos apropiado y de abrumarse con el pensamiento o la expectativa de una culpa. El mismo proceso ocurre de modo complicado en la acentuación de los principales eslabones histéricos.

Contra la explicación dada puede objetarse ante todo que no devela las causas últimas de la histeria. Para ser justos, no puede exigirse, tratándose de las enfermedades de la psique, ir más allá de donde han llegado los actuales conocimientos psicológicos. La importancia de la concepción expuesta radica en que ahora es posible comprender el desarrollo y el ensamble {*Zusammenhang*} de los síntomas histéricos, y disponer de ventajas terapéuticas. La ciencia del futuro deberá referirse a la identidad entre las representaciones histéricas y oníricas, tanto como a una predisposición exclusiva de la niñez.

La represión histérica va mucho más allá de los límites de una represión normal. Ella es un exceso. La representación reprimida puede normalmente

ser extraída de manera clara solo al precio de un sentimiento de displacer; en el caso de la histeria, su reanimación {*Reproduktion*} tiene éxito solamente con la asistencia del médico. Esta diferencia cuantitativa obliga a pensar que en la génesis de la histeria está en juego una disposición hereditaria o individual no explicada.

En la representación obsesiva, el síntoma compulsivo y la represión se instalan en tiempos distintos: el nuevo acontecimiento por reprimir se liga con una conciencia de culpa generada con anterioridad. Por el contrario, en la histeria el acontecimiento y la formación de síntoma van de la mano. Simultáneamente con el acontecimiento originario se había presentado una sensación olfativa, y el ataque se exterioriza luego de la represión de manera tal que la persona histérica registra un olor y se ve compelida a llorar.

En la histeria se halla además una clara inclinación a la “conversión”, esto es, las representaciones propenden al área motriz y procuran descargarse. La furia compulsiva porta como característica el temor {*Angst*} de infligir a otros un daño; quien es afectado por ella evita la ocasión de estar a solas con otros. Si en ello ha de imponerse la histeria, entonces el temor {*Angst*} se exterioriza y se descarga en gritos, rabia, ira, destrozos, auténticos síntomas histéricos.

A partir de la representación obsesiva se descubre fácilmente el acontecimiento originario. Se explica el afecto como algo que subsiste justificadamente y se reemplaza al subrogado por una representación más adecuada. En la histeria se ha de buscar un asunto {*Affäre*} contemporáneo a la formación de síntoma, el cual debió ser reprimido conforme a su carácter. Para el caso arriba mencionado: la sensación olfativa y una representación que torna explicable el llanto cierta vez se hallaron juntas en la realidad.

Los recursos diagnósticos, cuya utilidad por lo demás se acaba cuando la enfermedad es descubierta, se convierten en la histeria en recursos terapéuticos. Mientras el médico trabaja para hallar la representación reprimida, ayuda al paciente a anular la represión. Un momento antes, cuando el médico adquiere noción del acontecimiento, la compulsión del enfermo ha cedido, y la intensidad excesiva que correspondía al síntoma histérico se desliza de regreso hacia la representación del acontecimiento.

Ahora bien, en la histeria se trata de procesos de la vida anímica que no están a la luz. El paciente, en efecto, no tiene a su disposición la representación

deseada. Por eso Breuer pedía a los pacientes que se retrotrajeran a aquel momento en que el síntoma apareció por vez primera, y los enfermos hallaron en la hipnosis el camino desde el afecto acentuado hacia la representación reprimida.

La hipnosis puede ser reemplazada. El paciente recibe la indicación de recordar cuándo, dónde, bajo qué circunstancias el síntoma comenzó a mostrarse. Allí donde la huella mnémica se extingue, se ubica aquella zona de representación a la cual el paciente no dirige su atención. Se exige al enfermo que siga indagando, y se le explica que algo se le vendrá a la mente tan pronto como uno presione sobre su frente. Así se dirige toda la atención a lo esencial. En este momento ella²¹ reanima {*reproduziert*}, voluntariamente o bajo resistencia, la representación reprimida.

La esencia de la represión consistía, entonces, en que la persona no era capaz de dirigir de manera espontánea sus pensamientos a la representación correspondiente. Cuando ella llega a las inmediaciones de este círculo de representaciones, experimenta un sentimiento de displacer, que es causa de que ella abandone la continuación de la indagación. Ella conserva las imágenes mnémicas, pues de otro modo sería ciertamente imposible que se pronunciara acerca de estas. Pero la enferma cree que ella no puede acordarse, y no sabe que le falta la voluntad de recordar. Tiene una doble vida anímica; una de ellas conoce la representación penosa, la otra cree no estar en posesión del recuerdo. Breuer ha llamado a este fenómeno “escisión de la actividad anímica”.

Las percepciones internas no son menos incompletas e incorrectas que las externas. Son histéricas en especial aquellas personas a las que su conciencia restituye un recuerdo de modo incorrecto e incompleto. La gran resistencia que resulta cuando uno se aproxima a la representación reprimida debe ser indicada al enfermo; él debe reconocer que no se ha adueñado de la representación porque no quiso revelarla {*preisgeben*}.

Esta gran resistencia que aparece en la indagación del acontecimiento originario conduce fácilmente hacia un camino equivocado. El paciente se aferra a cuestiones secundarias y no quiere proseguir. De hecho, interrumpe el tratamiento, huye de él, a pesar de que en un comienzo se entregaba a él

21 • En el informe original se produce aquí un abrupto cambio en el género del sujeto gramatical.

con grandes esperanzas. Esto da testimonio del gran displacer que provoca dirigir la atención al punto buscado, y de la magnitud de la fuerza psíquica necesaria, que es igual a aquella fuerza que alguna vez causó la represión.

El paciente, con este redireccionamiento psíquico, se siente tentado de abandonarse a la resistencia, si se le abren las salidas adecuadas. Se tiene la impresión de un demonio que se resiste a salir a la luz porque sabe que esto sería su fin.

El inmenso esfuerzo es recompensado por un logro terapéutico considerable. En todos los casos se logra desterrar los síntomas de la represión. La inteligencia y la confianza del paciente son fuertemente requeridas. El tratamiento es lento y exige al paciente que revele sus secretos. No existen contraindicaciones.

¿Pero no subsiste indemne la predisposición? Se observa con esta tarea que los pacientes no atraviesan muchas represiones; en efecto, después de la pubertad estas parecen en general estar excluidas. Si en épocas posteriores de la vida se forman nuevos síntomas, ellos se anudan a los recuerdos antes reprimidos; una situación funesta repetitiva es desalojada {*verdrängt*} del recuerdo de la misma forma que antes. Si se anula la primera represión, con la cual en lo sucesivo otros numerosos síntomas están anudados, se tiene la perspectiva de lograr la curación de la histeria.

A-r.

Informe aparecido en *Wiener Medizinische Presse*

Sobre la histeria (1895)

Reuniones científicas del 14 y el 21 de octubre de 1895

57 ·

El intento de discutir esta o aquella cuestión de la teoría de la histeria topa con más dificultades que la consideración de cualquier otro concepto de enfermedad cuyo cuadro esté bien delimitado. De ahí que resultará práctico, antes de ocuparse del diagnóstico de la histeria, considerar respectivamente sus diferencias con afecciones similares. Es mérito de Charcot y sus discípulos haber deslindado la histeria de ciertas afecciones orgánicas. En la actualidad, se ubica en el centro de los intereses el problema de diferenciar la histeria de ciertas neurosis con las cuales está resueltamente emparentada de forma cercana en lo que concierne a su esencia. Aquí viene al caso primero que todo la neurastenia. Ocuparse de discutir la misma parece no ser *a priori* una ventaja para el esclarecimiento de la esencia de la histeria, pues por lo pronto la neurastenia es un concepto más borroso y menos claro. Pero este punto se suprimiría si se lograra circunscribir también la neurastenia más nítidamente. Además está justificada la objeción de que, según declaraciones de los autores más entendidos, parece como si estas dos neurosis hubieran de distinguirse una de otra solo en las formas más extremas. Es cierto que la clínica diariamente nos muestra que muy a menudo los síntomas histéricos y neurasténicos se encuentran juntos, pero esto no impide en lo más mínimo separar ambas afecciones desde el punto de vista conceptual y por ende diagnóstico. En la juventud uno encuentra aquellas formas de histeria que no tienen rastro de mezcla neurasténica, y viceversa. Finalmente, en lo que atañe a la cuestión de si tiene algún valor una separación tal de la histeria con respecto a la neurastenia desde un punto de vista terapéutico, hay que decir que, en la actualidad, el tratamiento se ocupa demasiado de la herencia, y atiende demasiado poco al cuadro sintomático de las neurosis. Y sin embargo mediante el estudio atento de la sintomatología se obtiene valiosa información sobre la naturaleza de las neurosis y, ante todo, sobre la etiología de las mismas. Es que hay una relación constante entre la manera en que se expresa la “nerviosidad” y la etiología, que en casos especiales inclusive desempeña un papel junto con la herencia. Se puede,

en consecuencia, atendiendo a la sintomatología, extraer una conclusión directa sobre la etiología y obtener con ello valiosos puntos de apoyo para la profilaxis. Esto es importante dado que la experiencia ha mostrado que la curabilidad de un cierto síntoma dentro de un complejo depende sencillamente de si este es de naturaleza histérica o neurasténica, en tanto que un método de curación bien determinado elimina un síntoma histérico, pero no cura en absoluto un síntoma neurasténico.

En el ámbito de lo que llamamos neurosis uno puede distinguir los siguientes cuatro tipos: la histeria, la neurastenia en sentido estricto, la neurosis de angustia y la neurosis de representación obsesiva o neurosis obsesiva. Lo que normalmente se llama neurastenia se descompone aquí en la neurastenia *sensu strictiori*, en la neurosis obsesiva y en la neurosis de angustia. La justificación para esta denominación reside en que junto con la diferencia de los síntomas también es reconocible, de modo constante, una diferencia de la etiología. La representación obsesiva es en parte aducida como síntoma de la neurastenia, en parte separada de la neurastenia como neurosis obsesiva y en parte presentada como síntoma de la degeneración. En favor de que la neurosis obsesiva no tiene nada que ver con la neurastenia común habla: (1) el que haya una serie de casos que no acusan ningún otro signo neurasténico que el de las representaciones obsesivas y (2) que allí donde existen conjuntamente representaciones neurasténicas [esto es, otros signos o síntomas neurasténicos] y obsesivas, estas últimas de ninguna manera van en paralelo con la gravedad de los restantes síntomas neurasténicos. Parece más bien como una mezcla; por lo demás las representaciones obsesivas se dan igualmente a menudo junto con la histeria.

La neurosis de angustia, al contrario de la neurastenia, da la impresión de una sobreexcitación. Las personas se hallan en intranquilidad permanente, agitación irritable y muestran en primer lugar angustia en todas las formas posibles: angustia aguda al modo de un ataque que súbitamente les sobreviniera, angustia de forma crónica, latente, al acecho de algún suceso al cual adherirse. Junto a eso existen parestesias, molestias respiratorias, taquicardia, congestiones, brotes de sudor, trastornos del sueño y otras cosas semejantes. A menudo el estado de angustia se enmascara mediante ciertos síntomas, tales como malestar, disnea, trastornos cardíacos, manifestaciones estomacales, etc. En ataques más fuertes se destaca claramente el sentimiento de

angustia. Hecker (1893) llama a estas manifestaciones rudimentos o equivalentes del ataque de angustia. En muchos ejemplos los síntomas particulares de la neurosis de angustia son directamente opuestos a los de la neurastenia, en especial la tan a menudo mal diagnosticada diarrea de angustia. Lo que da un derecho especial para singularizar el tipo de la neurosis de angustia es la relativa frecuencia con que ocurre de forma completamente pura, sin rastro de otras manifestaciones neurasténicas. Naturalmente, los casos mixtos {*Mischfälle*} son aún más frecuentes. En la época en que la neurastenia no estaba todavía en el primer plano, este cuadro de la neurosis de angustia sirvió evidentemente de base al viejo concepto de *hipocondría*.

Se ha dicho más arriba que las diferencias sintomáticas constantes corren paralelas a diferencias constantes en la etiología. Esto acontece de la siguiente manera: cuando se estudian casos típicos puros en individuos jóvenes, la experiencia diaria muestra que la etiología, tanto en la neurastenia genuina como en la neurosis de angustia, atañe a nocividades de la vida sexual. Pero estas son, en ambos casos, de distinto tipo. A saber, en la neurastenia auténtica se halla siempre como causa la masturbación, y por cierto tanto en hombres como en mujeres; allí donde no existe masturbación, se puede demostrar con facilidad que se trata de una afección hereditaria del sistema nervioso, que se exterioriza en descargas sexuales espontáneas (en poluciones) extraordinariamente abundantes y precoces. Se puede pues admitir de modo esquemático dos formas de neurastenia: una adquirible, la neurastenia de *masturbación*, y una heredada, la neurastenia de polución. Pero en lo que concierne ahora a la etiología de la neurosis de angustia, también se trata por cierto de nocividades sexuales, pero de un carácter por completo distinto. En los hombres, la neurosis de angustia ha de ser reconducida a la *abstinencia* durante un estado en que exista una libido intensa; además pertenecen a este grupo aquellas formas de la satisfacción anormal en las cuales fuertes excitaciones sexuales no son, empero, eliminadas por la vía normal. En las mujeres, la causa más frecuente de la neurosis de angustia, dejando de lado la ocasión que para la abstinencia aporta la viudez, es el *coitus interruptus*. Mientras que en la neurastenia se trata, entonces, de una emisión sobreabundante de sustancia sexual, en la neurosis de angustia desempeña un importante papel la retención, el ahorro —de cierto modo— de la sustancia sexual.

Por medio de una intensa observación y del estudio de numerosos casos, Freud encontró esta etiología sexual en cerca del 80 % de los mismos. A la cuestión de si no deben tomarse para nada en consideración los factores comúnmente válidos como causas de la nerviosidad (civilización, la vida en las grandes ciudades, sobreexigencia escolar, el agotamiento excesivo de los órganos de los sentidos, la precipitación y afán de consumir [*Hasten und Jagen nach Erwerb*]), las condiciones de vida inseguras, las grandes catástrofes, las neurotoxinas con las cuales nos sobrecargamos), debe responderse que esos factores de hecho no suministran ningún aporte directo a la etiología de la neurastenia. Las nocividades sexuales representan causas específicas, esto es, no han de faltar cuando haya de producirse una determinada neurosis. Las más variadas nocividades pueden entonces realmente contribuir, en calidad de factores cuantitativos, a la génesis de las neurosis. Así, las nocividades sexuales aportan al conjunto la dirección, pero no aportan el desencadenamiento. El desencadenamiento se produce debido a que las causas banales que actúan sobre el individuo alcanzan una cierta medida. Un ser humano sexualmente normal, sobre el que actúan unas tales nocividades, no colapsa bajo su influjo y no contrae ninguna neurosis, mientras que por otra parte no es necesario que estas nocividades banales estén presentes en absoluto, si simplemente las nocividades sexuales actúan de modo suficientemente intenso y prolongado.

Según estos principios, se logra fácilmente reconocer las formas puras de neurastenia y de la neurosis de angustia, y diferenciarlas de la histeria. También reconocemos los tipos puros de histeria en función de los casos típicos, tal y como Charcot los ha descrito. Las demás formas son formas mixtas, y es igualmente inapropiado llamarlas histeria porque muestren fenómenos histéricos, o neurastenia porque estén presentes síntomas neurasténicos.

Cuando uno busca formarse una idea acerca del mecanismo de las neurosis, entonces, en función de lo desarrollado hasta aquí, puede afirmarse que la neurastenia o la neurosis de angustia representan trastornos de carácter puramente somático, trastornos de tipo fisiológico, como por ejemplo las intoxicaciones, y no estamos para nada obligados a recurrir al ámbito psíquico. Para la histeria, en cambio, puede aceptarse, de acuerdo con los trabajos de los últimos años, que el mecanismo del complejo sintomático histérico es de tipo psicológico, esto es que los trastornos en la histeria

suceden en el ámbito psíquico y que hay un mecanismo psíquico que coloca juntos a todos los síntomas histéricos. Es interesante que las representaciones obsesivas tengan un mecanismo psíquico bien similar, y que sobre ello pueda fundarse una terapia perfectamente definida y muy exitosa.

La prueba de que en la histeria se trata realmente de un mecanismo psíquico fue proporcionada muy recientemente por J. Breuer en un ensayo titulado “Parte teórica sobre la histeria” {*Theoretisches über Hysterie*}.²² Este mecanismo psíquico es de tipo uniforme; a saber, todos los fenómenos histéricos se originan a través del mecanismo psíquico de la “represión” histérica o neurótica. Ya en la vida normal uno busca olvidar acontecimientos con los cuales están enlazados recuerdos desagradables, rechazar el recuerdo de ciertas cosas desagradables. Esto sucede al alejarse uno de todas las percepciones que podrían reanimar por asociación los pensamientos correspondientes, o al emplear uno su dominio sobre el curso de los propios pensamientos de manera tal de evitar todo lo que induce el despertar de la representación penosa, y al volverse uno cada vez más cuidadoso, se lleva eso a un virtuosismo tal en materia de reprimir y olvidar que el recuerdo correspondiente nunca más emerge en la conciencia de forma espontánea. Algo muy similar ocurre en la histeria. Los síntomas histéricos más importantes pueden ser divididos esquemáticamente en los tres siguientes grupos: (1) recuerdos de intensidad alucinatoria; (2) descargas motrices (ataques de llanto, ataques de risa, convulsiones); (3) encierros {*Schlüsse*}, propensiones (inclínación a hacer alguna cosa cualquiera), abulia (incapacidades, por ejemplo, para comer, para andar, etc.). Naturalmente los fenómenos histéricos no son siempre tan simples, sino que se componen a partir de tales elementos. Por ejemplo, no se trata de que la paciente meramente vivencie de tanto en tanto un olor de forma alucinatoria, sino de que ante un olor determinado se sienta compelida a llorar, se sienta triste, etc. Todos estos síntomas tienen el carácter común de que están completamente sustraídos a la voluntad y de que se trata de “representaciones hiperintensas”.

22 · En la edición original en alemán, el capítulo tercero de *Estudios sobre la histeria* se titula en verdad “Theoretisches”. En la traducción al español efectuada por José Luis Etcheverry, esa parte lleva el título “Parte teórica”.

Estas representaciones están siempre afectadas de un carácter compulsivo. Ahora bien, se puede afirmar que en todas partes *donde existe una compulsión histérica, ha tenido lugar una represión*. Cuando por ejemplo una histérica no puede comer y desarrolla asco por ello, entonces se trata de la represión de un recuerdo de algo desagradable que se vincula a la comida y que verdaderamente era capaz de suscitar asco. Que esto es así resulta de un método de investigación que fue aplicado primero por Breuer y sobre el cual se hablará más tarde.

Todas las representaciones reprimidas en la histeria tienen un carácter común; esto es, son invariablemente de contenido sexual y las personas las han experimentado siempre de manera penosa. En realidad nosotros los médicos —que por lo demás concedemos a la nutrición, al sueño, etc., tanto valor en la explicación de las enfermedades y como punto de apoyo de nuestra terapia— no deberíamos desatender tanto las funciones sexuales de nuestros pacientes. Por lo menos la experiencia cotidiana enseña cuán importantes son las relaciones sexuales para el bienestar general.

Pues bien, la cuestión es de qué manera se origina el síntoma histérico en la represión o a través de la represión. Se trata así en lo esencial de algo similar a lo que sucede en la representación obsesiva o en el delirio de ser observado {*Beachtungswahne*}, donde tiene lugar un desplazamiento del acento, de la intensidad psíquica, a lo largo de un camino prefigurado o una cadena argumentativa {*Schlußkette*}.

(Conclusión, reunión científica del 26 de octubre de 1895)²³

La teoría de la represión —que el orador coloca en el centro de sus consideraciones— puede ser por lo pronto más fácilmente considerada en las representaciones obsesivas. En estas últimas está presente un recuerdo; este crea una conciencia de culpa; entre ambos existe una asociación lógica. La formación de la representación obsesiva ocurre en dos tiempos: en un primer momento, la representación del recuerdo de un determinado acontecimiento

23 • Este error en la fecha aparece en el original (*Wiener Medizinische Presse*). En verdad, la última conferencia de Freud tuvo lugar el 28 de octubre.

desprende su intensidad psíquica; y esta se desplaza, por el camino de la asociación lógica, sobre la conciencia de culpa; esta se vuelve hiperintensa. En un segundo tempo, la tendencia afectiva hiperintensa se une con alguna otra representación (*subrogado*); esta representación-subrogado es aquella por la que, en calidad de representación obsesiva, se nos queja el enfermo. Ahora bien, este mecanismo muestra en la histeria ante todo la diferencia de que los procesos de represión no tienen lugar en dos tiempos, sino que la represión ocurre en simultáneo con la formación del síntoma y se da en ciertos momentos destacados de la vida, en los que un afecto desempeña un papel importante (*momentos hipnoides*). Tales momentos hipnoides no se dan en la representación obsesiva. Hasta donde se pudo averiguar, en la histeria se trataba invariablemente de un material de representación de tipo sexual y de que las primeras represiones siempre habían tenido lugar en la época anterior a la pubertad.

Se trata entonces en la histeria de buscar estas representaciones reprimidas. Pero con esta investigación coincide también la *terapia*. Mientras el médico trabaja para hallar estas representaciones reprimidas, está curando al paciente. Breuer hizo esta observación por primera vez hace trece años, cuando logró penetrar {*durchschauen*} los síntomas histéricos de una paciente y liberarla de la compulsión de estos síntomas.²⁴ Se sirvió para esta meta de la hipnosis, requiriendo a la paciente, durante la aplicación de la misma, colocarse en la situación en que los síntomas habían aparecido por primera vez, por ende, en el “momento de la represión”, en el “momento hipnoide”. Pues bien, en estado hipnótico {*in der Hypnose*} la paciente era claramente capaz de encontrar el camino desde los síntomas histéricos existentes a las representaciones reprimidas. Con ello llegaba a su fin la hiperintensidad de los síntomas reprimidos. Por tanto, no hay represión para la hipnosis.

Freud ha reemplazado este método por otro, y esto porque tuvo que superar muchas dificultades en la implementación práctica de la hipnosis. El procedimiento de Freud es de hecho idéntico a la hipnosis. Se retoma el resto mnémico existente y se requiere a la enferma que relate de qué más se acuerda a partir de allí. De esta forma se logra despertar algunos de los últimos recuerdos, los más próximos a la representación reprimida. Si entonces la

24. Se trata evidentemente del caso Anna O. incluido en *Estudios sobre la histeria*.

paciente no puede encontrar la última representación de la serie, uno asume que esta representación es en efecto la más próxima /a la reprimida/, pero que la paciente no es capaz de dirigir su atención sobre ella. Ahora bien, uno fuerza a la enferma a concentrar su atención sobre este punto de la situación, por ejemplo poniéndole la mano en la frente y diciéndole: “Cuando yo ahora presione, aquel acontecimiento que buscamos le vendrá a la mente”. Lo que luego aporta la paciente es, por regla general, lo correcto. Sucede aquí lo mismo que en la hipnosis: toda la atención psíquica es vuelta hacia la representación correspondiente. Se asumió que los enfermos no son capaces de volver su atención de manera espontánea hacia la representación reprimida, y que en ello consiste la esencia de la represión. Los pacientes tienen una resistencia a recordar ciertas representaciones. Esta resistencia solo puede concebirse como resistencia de la voluntad. Si se busca el motivo para ello, entonces se encuentra muy regularmente que los enfermos, en el intento de guiar su atención hacia circunstancias colaterales reprimidas y difíciles de recordar, experimentan gran displacer y se tornan intranquilos. Precisamente, este displacer es en realidad la razón por la cual están impedidos de pensar en determinadas representaciones y a las cuales jamás arriban sin forzamiento externo. También en la vida psíquica normal vale el sentimiento de displacer frente a los recuerdos reprimidos, pero subsiste por cierto una diferencia: los seres humanos psíquicamente normales saben que no quieren recordar algo, los histéricos no saben que no quieren. Este estado psíquico /de los histéricos/ es y resta enigmático; pero tenemos una palabra para designar este estado, hablamos de una “escisión de la conciencia”, o mejor aún, siguiendo a Breuer, de una “escisión de la actividad anímica”.

La resistencia que los enfermos oponen al esclarecimiento de las representaciones reprimidas puede tomar todas las formas posibles; de manera especialmente frecuente ellos emplean excusas; uno intenta desenmascararlas, aclarar a los enfermos que es solo el displacer lo que les impide pensar en lo verdadero. Este método no es en absoluto sencillo, pertenece más bien a las tareas más difíciles que hacen a la formación del médico. Pero su valor terapéutico, dada la habitual impotencia de nuestra terapia, no es pequeño, pues en principio es capaz de curar el síntoma de la represión. Es cierto que el método puede afligir a los pacientes, pero no es capaz de producirles daño. Constituye una operación que se prolonga por muchas semanas y meses y en

la cual los dolores, el malestar y el displacer que de allí resultan no pueden ser evitados a los enfermos por medio de ningún tipo de anestesia {*Narkose*}. Podría objetarse contra este género de tratamiento que apenas valdría la pena si por medio de él solo se consiguiera eliminar un síntoma y debiera dejarse subsistir la predisposición. Se aprecia, empero, que los enfermos no han realizado muchas represiones de ese tipo durante su vida y que en general después de la pubertad parece que ya no efectúan ninguna.

65 .

Si más tarde se forman síntomas, entonces se anudan por regla general con las represiones existentes. Si se considera, por tanto, cuán limitadas son las condiciones para el origen de las represiones —carácter sexual, origen en la época anterior a la pubertad, anudamiento de nuevos síntomas a las represiones originadas en la juventud—, entonces está justificada la esperanza de que, si se llega a encontrar y a anular la primera represión, también podría lograrse obturar de modo duradero la fuente de ulteriores manifestaciones /de este tipo/. Nuevas experiencias deben mostrar si esta esperanza está realmente justificada.

Apéndice: Informe del debate posterior²⁵

Discusión sobre la conferencia de S. Freud: Sobre histeria

• 66

Reunión científica del 4 de noviembre de 1895

Colegio Médico de Viena

Paul Mittler echa en falta una definición estricta de la histeria en el agudo análisis de Freud, construido indudablemente sobre una base correcta. Dice que atribuir etiológicamente la histeria solo a fundamentos sexuales es ir demasiado lejos; que las circunstancias sexuales desempeñan indudablemente un papel importante, pero que la histeria puede seguramente también generarse a partir de una serie de otras causas.

M. Grossmann comenta una serie de síntomas que en el curso de la histeria pueden presentarse en la parte de la laringe {seitens des Kehlkopfes}, a saber, en particulares trastornos de la motilidad {im Speziellen Motilitätstörung} que en la histeria aparecen de modo muy característico. Pueden ser divididos en dos grupos: (1) trastornos en el área del N./ervio/ laryngeus inferior; (2) trastornos en el área del N./ervio/ laryngeus superior. Ambos están nítidamente caracterizados y no han de ser confundidos entre sí.

Los trastornos en el ámbito del N./ervio/ laryngeus inf./erior/ son más frecuentes. Los pac./ientes/ están con ello por cierto más roncos, pero pueden así y todo hablar con claridad. En el examen laringoscópico se halla una glotis muy entreabierta, las cuerdas vocales y sus alrededores son normales; en cada inspiración las cuerdas vocales se separan bastante, en la fonación queda siempre una amplia fisura ovalada. La paresia de la cuerda vocal nunca se transforma en parálisis a consecuencia solo de la histeria. Esta paresia de la cuerda vocal tiene algunas peculiaridades: en primer lugar, su súbita desaparición y resurgimiento, además de su bilateralidad; en la histeria la paresia nunca es unilateral; por cierto se puede decir que en la paresia unilateral, a pesar de histeria patente, siempre existe otra causa de patología. M. /Grossmann/ informa de un caso de una histérica {Hysterica} que resulta

25 • El presente informe, aparecido en dos números consecutivos del Wiener Medizinische Presse (año xxxvi, n.º 45, 10 de noviembre de 1895, pp. 1717-1718, y n.º 46, 17 de noviembre de 1895, pp. 1757-1758), reproduce el debate sostenido a partir de la conferencia de Freud.

apropiado citar aquí, en el cual la paresia unilateral, que posteriormente se transformó en parálisis, se debía a un carcinoma en el esófago, cuyo diagnóstico fue confirmado mediante la exploración por sonda y su curso ulterior.

67 .

En la segunda forma de los trastornos de la motilidad que se presentan en el tracto del n./ervio *laryngeus* superior, se hallan cuerdas vocales de apariencia bastante normal, las cuales en cada inspiración se separan ampliamente y en la fonación se cierran de súbito, a veces incluso se enciman. Sin embargo, estos pac./ientes/ están siempre afónicos. Algo característico en estos casos es que los pac./ientes/ se quejan siempre de molestias en la deglución. Están en curso estudios experimentales sobre estas circunstancias, cuya comunicación en detalle G./rossmann/ se reserva.

J./Osef/ Breuer observa, para empezar, que si también él ha colocado la piedra fundacional al edificio construido por Freud, el edificio en sí mismo es exclusivamente propiedad intelectual de Freud; naturalmente al comienzo él afrontó con reparos y dudas el desarrollo de las conclusiones y teorías de Freud. Ciertamente, tuvo que desandar paso a paso sus reparos, y hoy en día está convertido y convencido.

Si bien las teorías de Freud dan al principio la impresión de ser por cierto ingeniosos teoremas psicológicos, ligados a los hechos pero en lo esencial contruidos de manera apriorística, el orador puede asegurar que se trata fácticamente de hechos y de sus interpretaciones, que han nacido de las observaciones. Contra la sospecha de que los recuerdos de los enfermos podrían ser productos artificiales sugeridos por el médico, B./reuer/ puede asegurar, a partir de sus observaciones, que es enormemente difícil imponer o hacer creer algo a este tipo de enfermos. Por lo demás, este punto apenas puede desempeñar algún papel contra la enorme cantidad de hechos en los que se basan las teorías de Freud. Un tercer reparo concierne a la sobrevaloración de la sexualidad. En relación con esto, tal vez se puede decir que por cierto no todo síntoma de la histeria es sexual, pero que la raíz original del mismo sí lo es. La neurastenia es por cierto una enfermedad que es sexual en su raíz. B./reuer/ debe a estos puntos de vista /de Freud/ pistas para la actuación práctica cotidiana en asuntos que anteriormente él nunca había comprendido. Así, por ejemplo, no sería correcto que frente a una jovencita, debido a que está pálida y se agota fácilmente, dicho brevemente a que se encuentra en

un estado que, en el caso de un muchacho, enseguida nos hace pensar en la masturbación y en poluciones, pasemos por alto el factor sexual y prescribamos hierro meramente por tratarse de una jovencita. Sería sencillamente un progreso si en la vida práctica pensáramos más a menudo en aquello que al fin y al cabo pertenece a los fundamentos de la existencia humana. El ser humano adulto en realidad es sexual solo en una pequeña porción, pero ¿quién no sabe hasta qué punto la sexualidad desempeña un papel en la época de la pubertad? Lo suponemos y lo sabemos de los muchachos, pero no de las jovencitas. Sabemos en general muy poco sobre la sexualidad de las jovencitas y tampoco somos capaces de transponer nuestra sexualidad en la de las mujeres. Con todo, se trata de condiciones de una mitad de la humanidad que son muy dignas de ser conocidas. Pues bien, para ello las cosas que Freud encuentra son los documentos humanos más importantes. A pesar de que las teorías expuestas parezcan en uno u otro lugar forzadas, sucede también que son solo una conclusión provisional, en la medida en que ella se corresponde con los hechos hallados.

Reunión científica del 11 de noviembre de 1895

Discusión sobre la conferencia de S. Freud: Sobre histeria

(Conclusión)

Teleky expresa ante todo su satisfacción por el hecho de que a través de las propuestas de Breuer y Freud se hayan dado los primeros pasos para una psicoterapia racional. Dice que en las instituciones ese tipo de tratamiento ha sido hasta ahora completamente descuidado. Sin duda, no es dado a todos implementar el método tal y como están en condiciones de hacerlo sus creadores. De ahí que habría sido también deseable que hubieran especificado con un poco más de profundidad la naturaleza de su tratamiento. A través de un conocimiento de historiales clínicos abordados con el respectivo modo de tratamiento, uno podría familiarizarse más fácilmente con la técnica de este método. El fundamento sexual de la histeria, especialmente enfatizado por Freud, es en realidad reconocido como tal desde siempre, lo cual se expresaría en efecto ya en el nombre de la histeria. Cabría poner en duda si solo el tratamiento psíquico produce la curación; en algunos casos seguramente

también sería posible obtener la curación por otros medios; dice que es bien sabido que operaciones de los genitales femeninos son capaces de curar histerias graves, y durante mucho tiempo la ovariectomía ha desempeñado un importante rol en este asunto.

En uno de los casos descritos por Israel incluso la ovariectomía ejecutada de manera ficticia —evidentemente por medio de la sugestión— había provocado la curación. Uno de nuestros primeros ginecólogos sostiene que en no pocos casos la histeria y otras psicosis se fundan en una hipoplasia del útero. En dos de tales casos, que en un manicomio eran alojados como incurables, se logró una curación completa mediante una extirpación de los ovarios. Una intervención somática, y acompañada de éxito, sería por consiguiente también posible en algunos casos.

Heinrich Weiss se niega a aceptar que la neurastenia esté basada exclusivamente en factores sexuales. Dice que no es posible descuidar completamente las continuas conmociones que genera la lucha por la vida en el estado de cultura moderno. Desagregar la neurosis de angustia como un grupo separado no es en absoluto necesario; en la mayoría de tales casos se trata de estados hipocondríacos, que vuelven a desaparecer tras una apropiada elucidación hecha al paciente por parte del médico. Si la teoría sexual fuese correcta, la histeria debería aparecer de la manera más frecuente y severa allí donde el sistema de dos hijos es universal, como en Siebenbürgen;²⁶ en Francia, el clásico país de la histeria, la misma estaría condicionada por encima de todo por factores políticos y nacionales, al igual que en su momento ocurrió con los polacos. Habría por supuesto casos en los cuales el factor sexual conduciría a la histeria, y estos casos son aquellos a propósito de los cuales Benedikt ha dicho ya tempranamente que uno dominaría con facilidad cuando en alguna medida comprendiera la psicología de los casos. Uno debería oponerse, empero, a la generalización según la cual toda histeria debe ser colocada solo y exclusivamente en la esfera sexual. Entre los casos comunicados por Breuer y Freud se echa en falta por lo demás completamente el factor sexual en el primer caso. Tal y como están escritas, las historias clínicas provocan en general la impresión de una determinada subjetividad, una

26 · Ciudad del noroeste de Rumania, que durante el siglo XIX formó parte del Imperio austro-húngaro.

cierta coerción en la marcha de las ideas. En lo que se refiere al método de Freud, dice que no se trata en absoluto de la hipnosis; el estado en que Freud coloca a sus pacientes corresponde más bien a aquel estado onírico {*traumartigen Zustand*} que desde hace mucho tiempo está descrito y es perfectamente conocido como *second life*, como vida interior del alma {*Seelenbinnenleben*}.

Por último, W./eiss/ no puede evitar ver, en el examen de enfermos de Freud, un cierto peligro para los pacientes, que sería aún agravado si no se procede con cuidado y con grandes rodeos, tal y como Freud ciertamente lo hace. También el médico debería imponerse un cierto recato frente a sus enfermos.

4. AUTORRESEÑA DE LA CONFERENCIA “MECANISMO DE LAS REPRESENTACIONES OBSESIVAS Y LAS FOBIAS” (1895)

Ediciones en alemán

1895 *Wiener klinische Wochenschrift*, vol. 8, n.º 27 (4 de julio), p. 496; n.º 43 (24 de octubre), pp. 762-763.

1987 ‘Autoreferat des Vortrags “Mechanismus der Zwangsvorstellungen und Phobien” (1895)’. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 352-359.

El 15 de enero de 1895 Sigmund Freud pronunció, ante sus colegas de la Sociedad Vienesa de Psiquiatría y Neurología, una conferencia titulada “El mecanismo de las representaciones obsesivas y las fobias”. Unos meses más tarde, el 4 de julio, apareció en el número 27 de la *Wiener Klinische Wochenschrift* un reporte de la misma redactado de su puño y letra. En este semanario también apareció, en el fascículo 43, el debate siguiente a la presentación oral. Aparentemente ese debate se vio demorado hasta el 11 de junio debido a que Richard von Krafft-Ebing, quien debía presidir esa sesión, estuvo enfermo en las semanas posteriores a la alocución de Freud (Masson, 1985, p. 122). En la discusión, hicieron uso de la palabra Krafft-Ebing y el doctor Holländer. Ambos plantearon objeciones a las que a su vez el orador tuvo oportunidad de responder. Los editores de las GW solo incluyeron el intercambio entre Krafft-Ebing y Freud. Conforme a lo señalado en nuestra introducción a la primera parte, damos aquí una versión íntegra del episodio.

La conferencia fue efectuada dos semanas antes de que apareciera, en las columnas de la *Revue Neurologique* de París, el trabajo redactado en francés “Obsesiones y fobias” (Freud, 1895a). Dicho texto había sido concluido a finales de 1894, y es obvio que existe una relación muy íntima entre él y la presentación oral de enero. Tan es así que el informe sobre la conferencia podría parecer solo un resumen de aquella publicación (y traducirlo, algo injustificado). El contenido de la discusión entablada entre Freud y sus colegas es, empero, lo que, retrospectivamente, desnuda el valor documental de los fragmentos que aquí nos ocupan.

Ese mismo 15 de enero se editaba en Berlín el volumen del *Neurologisches Centralblatt*, que contenía el escrito freudiano, concluido en diciembre de 1894, que lleva por título: “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de ‘neurosis de angustia’” (Freud, 1895b). El ensayo en francés y este último escrito en lengua alemana componen el trasfondo sobre el que debe emprenderse la lectura de la autorreseña.

En ellos se resume el cúmulo de ideas que Freud había acopiado hasta ese punto. Como se indicara en nuestra introducción a la ponencia “Sobre histeria” (octubre de 1895), en el primer lustro de esa década Freud se afanó en el esclarecimiento de los mecanismos de la formación de síntomas en los cuadros neuróticos. Su hipótesis de una “defensa” con la que el psiquismo se revolvería contra el recuerdo de cierta vivencia normalmente de índole sexual se aplicó en el comienzo a los fenómenos histéricos, y luego se exportó a la intelección de otras patologías: las psicosis alucinatorias, las representaciones obsesivas y algunas fobias (Freud, 1894a). Casi en simultáneo, Freud se orientó a otros tipos de neurosis (neurastenia y neurosis de angustia), que serían también presuntamente consecuencia de aspectos sexuales, pero en los que el mecanismo en juego no sería, al contrario, una defensa contra representaciones sino una respuesta fisiológica ante una mala gestión de la energía sexual. Las cartas a su amigo Fliess nos muestran que, ya desde fines de 1892, Freud había comenzado a bosquejar la explicación de este tipo de desarreglos (Freud, 1892, 1893c, 1894b, 1894c, 1894d, 1894e). Esa teoría iba a ser articulada en dos trabajos de 1895 (Freud, 1895a, 1895b) y, en medio de todo ello, se ubica esta conferencia de enero de 1895, donde sugería, así como en su escrito “Obsesiones y fobias”, separar las representaciones obsesivas de las fobias en función de mecanismos etiológicos y no de síntomas. Las primeras resultaban de la defensa ante una representación, las fobias en cambio debían ser pensadas dentro de las neurosis de angustia. En el informe traducido Freud destacó: “[Uno] se topa como fundamento de la fobia solo con una proclividad a la angustia que psíquicamente ya no puede reducirse, y que tampoco puede ser influida a través de psicoterapia”.

En la presente autorreseña, se puede apreciar cierta dubitación sobre el rol de la herencia. Ese cuestionamiento no llegaba todavía a rechazo, pues en el año en curso Freud iba a asignarle a este factor, en varias ocasiones, una

función destacada sobre la morbilidad. Sin ir más lejos, en el material que traducimos consta que “la capacidad de sustitución es evidentemente una especial disposición psíquica, dado que una *herencia similar* se verifica muy a menudo en las representaciones obsesivas”. Pero, por otro lado, Freud daba a la herencia un papel circunscripto, una categoría de *condición* que se ve precisada de agentes colaterales, sobre todo sexuales, para producir la enfermedad. Para algunos contemporáneos, adherentes a la teoría de la degeneración, esa admisión parcial del valor etiológico del factor hereditario podía parecer una forma de negligencia intelectual. Ello se aprecia en una de las objeciones del debate del 11 de junio, cuando Krafft-Ebing, el padre de la sexología moderna, afirmó: “Esta exigible predisposición [hereditaria] del individuo no parece ser suficientemente destacada por Freud”. El futuro artífice de la teoría psicoanalítica supo dejar a los historiadores, en su esfuerzo por tasar la verdadera participación de este elemento atávico entre las neurosis, sobrada evidencia de su posición vacilante. En uno de sus trabajos de 1895 sugería, a la vez, que la herencia cumplía un papel *sine qua non* dentro de la patología, y que podía faltar, con todo, en ciertos casos (Freud, 1895c, p. 134). Todavía más curioso es el contraste entre la asignación de un rol considerable (pero limitado) a la variable hereditaria y los argumentos de uno de sus textos de 1896, en el que afirmaba, en suma, que hasta que no hubiera estudios estadísticos confiables no tenía ningún sentido hablar de herencia (Freud, 1896a).

El debate producido en la sesión de junio permite indagar sobre las reacciones despertadas entre la comunidad de médicos. Resulta coherente (amén de significativo) que Krafft-Ebing rechazara una específica causalidad en la neurosis obsesiva, pues ello iba en contra de la explicación inespecífica dictada por la herencia. De todas maneras, no cabe hacer generalizaciones a partir de esa actitud del padre de la sexología. Lamentablemente, ninguno de los estudios clásicos en la materia (Decker, 1977; Kiell, 1988; Tichy y Zwettler, 1999) ha sido traducido a nuestro idioma: ellos demuestran que en muchos momentos la labor de Freud fue recibida, si no de manera positiva, sí bajo una atenta inspección y criticada con mesura.

De modo particular puede indicarse cómo el rescate del texto de la discusión deja entrever el vínculo profesional que mantuvieron Freud y Richard von Krafft-Ebing, uno de los principales nombres de la psiquiatría oficial de Viena. Hubo entre el creador del psicoanálisis y el notable sexólogo

una relación de diferencias teóricas y de respeto mutuo. Luego de haber manifestado su parecer crítico, no totalmente impugnatorio, en la sesión de junio de 1895, y de la réplica de Freud (incluida en esta traducción), ambos serían protagonistas de un nuevo debate el 21 de abril del año subsiguiente, en ocasión de otra conferencia de Freud ante la misma Sociedad Vienesa de Psiquiatría y Neurología. Según el relato de Freud en sus cartas, Krafft-Ebing habría dicho entonces que lo expuesto sonaba “como un cuento científico” (Masson, 1985). Al mismo tiempo fue Krafft-Ebing uno de los especialistas que, a comienzos de 1897, respaldó enfáticamente la designación de Freud en la universidad. Aún más, como encargado del informe que daba los fundamentos de la recomendación, resaltó la profunda originalidad de los trabajos de aquel aspirante (sin omitir, justo es decirlo, que advertía en su esfuerzo de teorización una tendencia a generalizar sus conclusiones demasiado prematuramente [Gicklhorn y Gicklhorn, 1960]).

F. G. R. y M. V.

Autorreseña de la conferencia “Mecanismo de las representaciones obsesivas y las fobias” (1895)

El Dr. Sigmund Freud brinda una conferencia sobre “Mecanismo de las representaciones obsesivas y las fobias”.

75 ·

El orador²⁷ se refiere brevemente a la concepción dominante de las representaciones obsesivas, según la cual ellas valen como trastornos puramente formales del ámbito del representar, y deben su intensidad no a motivos psicológicos sino a causas fisiológicas. Luego propone clasificar los casos correspondientes, en tres grupos: (1) el grupo de las *representaciones obsesivas traumáticas*, (2) el de las representaciones obsesivas verdaderas u *obsesiones*,²⁸ (3) el de las *fobias* verdaderas. Hay que apartar los casos del primer grupo - tendrían la máxima concordancia con los síntomas histéricos y habría que designarlos como restos mnémicos inalterados. Un ejemplo histórico de una representación obsesiva traumática sería quizá el padecimiento de Pascal, a quien nunca abandonó el temor de tener de su lado izquierdo un precipicio desde que, con verdadero apuro, evitó el peligro de ser arrojado de su coche por la izquierda al Sena torrentoso.

Acerca de las representaciones obsesivas verdaderas, el orador dice que es posible describirlas como unión de un fuerte estado afectivo y un contenido representacional, que en muchos casos se modificaría de manera que el peso mayor claramente recayera en el afecto, que seguiría inmodificado. El afecto sería siempre de naturaleza penosa, /pero/ la representación no sería congruente con el afecto, de modo tal que la unión provocaría al enfermo mismo una impresión de absurdo. El enfermo es sin embargo impotente para defenderse de esa representación. La explicación de la compulsión que ella ejerce sería la siguiente: el afecto penoso estaría *en todos los casos plenamente justificado*; quien por ej. padece de reproches compulsivos, de hecho tendría

27 · En el informe de su propia conferencia, Freud se refiere a sí mismo en tercera persona (en alemán). Sustituimos por “el orador”.

28 · *La redundancia se esclarece al indicar que, en alemán, Freud utiliza primero *Zwangsvorstellungen*, literalmente ‘representaciones compulsivas’, y luego utiliza la designación con la que él mismo había denominado este hecho clínico en francés (*obsession*) en su escrito de 1895 ya mencionado. Traducimos, sin embargo, ‘representación obsesiva’, para guardar coherencia con la versión estandarizada del concepto en castellano al precio de que pudiera parecer forzada o sin sentido esta línea particular.

buenos motivos para hacerse un reproche; pero la representación ligada al afecto no sería la correcta, la originariamente anudada al afecto, sino un *sustituto*, un *subrogado* de ella.

La representación originaria y *reprimida* podría verificarse, por tanto, en cada ocasión y presentaría las siguientes peculiaridades: procedería de la vida sexual del enfermo, sería de naturaleza penosa y se ajustaría perfectamente con el afecto conservado en la representación obsesiva. La reinserción de la representación reprimida en las relaciones /psíquicas/ que existían antes de la emergencia de la representación obsesiva es a menudo también un logro terapéutico que pone término a la representación obsesiva como tal o al menos brinda un indicio sobre la terapia requerida.

El orador procura demostrar estas afirmaciones mediante la comunicación de más de doce casos de representaciones obsesivas, en los cuales pudo corroborar la etiología y reinsertar la representación reprimida.²⁹ No se pronuncia sobre la técnica que conduce a la localización de la representación reprimida. Procura responder a las tres preguntas que se desprenden de lo comunicado: (1) ¿Cómo es posible que ocurra una *sustitución* tal (de la representación reprimida por la representación obsesiva)? (2) ¿Con qué propósito puede suceder eso? (3) ¿De dónde proviene que la representación sustituida sea conservada por un tiempo indefinidamente largo? A la primera pregunta hay que responder que la capacidad de sustitución es evidentemente una especial predisposición psíquica, dado que una *herencia similar* se verifica muy a menudo en las representaciones obsesivas, y también en la pequeña colección de casos del orador. En respuesta a la segunda pregunta, el orador aduce que la sustitución se da probablemente con un propósito de *defensa* contra una representación inconciliable con el yo (cf. el artículo del orador

29. * El verbo *wiedereinsetzen*, que hemos vertido como reinsertar, conjura una segunda traducción de *Verdrängung* (represión) y su verbo correspondiente, *verdrängen* (reprimir), a saber, la de 'estuerzo de desalojo', preservada con acierto en la versión en castellano de la obra de Freud por José Luis Etcheverry. En efecto, esta valencia "locativa" o "espacial" del término permite comprender la preferencia léxica de Freud: la explicación de la dinámica y la patogénesis de las patologías animicas que aquí se encuentran referidas consiste en un movimiento de relocalización del elemento retirado de su circuito de asociaciones. Este se ha sustraído de su lugar psíquico y sustituido por un elemento semánticamente inadecuado (semántica de contenidos psíquicos). El restablecimiento de lo reprimido-desalojado en su lugar correspondiente devuelve el padecimiento a la coherencia ausente en la sintomatología.

sobre las “neuropsicosis de defensa” en el *Neurologischen Zentralblatt*, 1894); finalmente, el problema de la perdurabilidad de la representación obsesiva coincide con el problema de la perdurabilidad de los síntomas histéricos, y la explicación ensayada para estos por J. Breuer y el orador cubre también el caso de las representaciones obsesivas.³⁰

Acercas del grupo de las fobias el orador manifiesta que ellas se diferencian de las obsesiones ante todo porque el afecto del que en ellas se trata es siempre uno más monótono que el de la angustia y, además, por sus formas típicas de manifestación, comparadas con las formas especializadas {*Spezialisierung*} de las obsesiones.

Según su contenido, se pueden clasificar las fobias en dos grupos: (1) el de las fobias comunes o las inquietudes {*Ängstlichkeiten*} ante cosas que también despiertan normalmente una cierta medida de angustia {*Angst*}, tales como tormenta, oscuridad, serpientes, peligros, enfermedades y cosas similares. Para la angustia excesiva ante las enfermedades uno puede reservar el viejo nombre de hipocondría. En el terreno moral la inquietud aparece como remordimiento, escrupulosidad y pedantería. (2) El grupo de las fobias locomotrices, como cuyo modelo hay que nombrar a la agorafobia. A estas falta el carácter obsesivante {*obsedierende*}.

El mecanismo psíquico de las fobias es, no obstante, muy distinto al de las obsesiones. Aquí uno no encuentra, con el análisis psicológico, ninguna sustitución, ninguna representación reprimida, sino que se topa, como fundamento de la fobia, solo con una proclividad a la angustia que psíquicamente ya no puede reducirse, y que tampoco puede ser influida a través de psicoterapia. Se trata pues de dar una explicación de la procedencia de esa proclividad a la angustia. Según la interpretación del orador, ella no es de origen psíquico, sino que representa el síntoma principal de una neurosis que merece ser separada de la neurastenia y llevar el nombre de “neurosis de angustia”, porque sus síntomas en conjunto pueden ser interpretados como piezas del complejo “angustia”. Así pues las fobias pertenecían a esta neurosis

30 · En la *GW*, los editores insertaron luego de este párrafo una línea en blanco, que no figura en la edición original publicada en el *Neurologisches Zentralblatt*.

de angustia, confundida hasta el presente con la neurastenia, y se hallaban regularmente acompañadas por otros síntomas de esta neurosis.

• 78

El orador menciona además como acontecimiento frecuente la combinación de obsesión y fobia, de manera tal que sobre la base de la “expectativa angustiosa” se constituye por de pronto una fobia (hipocondriaca u otra), y que el contenido representacional de esta fobia experimenta una sustitución. La representación penosa de la fobia es sustituida, por regla general, por la “*medida de protección*”, que originariamente fue elegida para defensa ante la fobia. Así es como, por ejemplo, se generan los casos de manía de cavilación: estaba disponible originariamente una representación de angustia hipocondriaca, cuyo contenido era: volverse loco. La persona en cuestión, para probarse que todavía no estaba loca, se había acostumbrado a reflexionar sobre problemas autogenerados, y esta actividad, útil en un comienzo para llevarle tranquilidad, más tarde atrajo sobre sí la angustia de la fobia. Precisamente las formas más conocidas, descritas como la *folie de doute*, onomatomanía, y similares, caen dentro de este punto de pista (Autorreseña).³¹

31 • Hasta aquí llega lo redactado por el propio Freud. En el número original del *Wiener Klinische Wochenschrift*, la autorreseña se continúa con una indicación (“La discusión es postergada”) y un pequeño párrafo, no incluidos en la edición del *Nachtragsband*: “El consejero áulico v. Krafft-Ebing, en conexión con la conferencia del Dr. Freud, muestra un enfermo cuyo estado describe como basofobia. Este está impedido, a partir de un intenso susto padecido hace tres meses, de caminar libremente, ya que en cada intento es invadido por la angustia: por el contrario, consigue caminar bastante bien cuando ve puntos de apoyo cerca”.

Discusión sobre la conferencia del docente
Dr. Sigmund Freud “Sobre las representaciones obsesivas”
(reunión del 15 de enero)

79 ·

El consejero aúlico v. Krafft-Ebing hace un resumen de la conferencia de Freud, y luego toma posición frente a algunos puntos particulares. Se reconoce como justificada la separación entre las fobias y las representaciones obsesivas. Las representaciones obsesivas se dan en distintos estados psico- y neuropáticos; para que las representaciones obsesivas puedan desarrollarse y fijarse, es necesario una condición muy especial del sistema nervioso, un estado de debilidad irritable, que también es lo esencial de la neurosis neurasténica. En el individuo particular, las representaciones obsesivas existentes pueden, no obstante, desaparecer por completo, pero según nuestra experiencia a menudo afloran nuevamente de manera paroxística. A grandes rasgos, las representaciones obsesivas corresponden a una conformación neurasténica del sistema nervioso, que debe ser considerada como constitucional y en la mayoría de los casos también como hereditaria. Esta exigible predisposición del individuo no parece ser suficientemente destacada por Freud. Hay que admitir sin más un mecanismo especial para las representaciones obsesivas; sin embargo, es arriesgado concebirlas como una neurosis autónoma, puesto que ellas son síndromes en el cuadro de las neurosis o de las psicosis. El factor sexual en la génesis de las representaciones obsesivas puede admitirse para los casos de Freud, pero no se puede generalizar; el orador /Krafft-Ebing/ conoce casos en los que no existió un factor sexual. Pero en cualquier caso este desempeña un importante papel en la etiología; así, a menudo se encuentran representaciones obsesivas en los masturbadores; también para las representaciones obsesivas de carácter religioso podría existir, en la afinidad entre sexualidad y religiosidad, una base sexual; igualmente en las representaciones obsesivas homicidas, en las cuales estaba presente originariamente un acento lujurioso. El orador /Krafft-Ebing/ no puede ni confirmar ni impugnar la teoría de la sustitución de Freud, por carecer de observaciones en esa dirección; seguro cabe dar, en casos particulares, otra explicación que la de una medida de protección, a saber, la de la debilidad mnémica de los neurasténicos, utilizada por primera vez para esto por Kaan en su trabajo “Sobre los afectos neurasténicos de angustia”; el enfermo llega hasta la angustia porque no se siente seguro de su

memoria, y debe, por ese motivo, realizar permanentemente verificaciones. Respecto de las fobias el orador /Krafft-Ebing/ aprueba completamente la concepción de Freud, en especial en lo que atañe al importante rol etiológico de la *vita sexualis*; a través de este discernimiento se indica a la terapia, en casos singulares, un camino promisorio.

Dr. Holländer: El estado patológico descrito con el nombre de “representaciones obsesivas” se identifica por tres características:

- a) una representación con contenido mayormente absurdo;
- b) un yo que se muestra impotente para dominar esta representación;
- c) estados afectivos que son estimulados por el contenido de la representación.

En oposición a otros autores, Freud pone el énfasis en los factores emocionales, particularmente en razón de que ellos persisten, en oposición a la naturaleza variable de las representaciones asociadas.

El orador /Holländer/ no puede plegarse a esta visión, que aprehende en los estados de sentimiento la esencia de la enfermedad. Los estados emocionales, que confieren al cuadro patológico una impronta tan peculiar, no son como los estados de ánimo en la manía o melancolía, ocasionados sin fundamento psíquico alguno, sino que son introducidos en la conciencia por una impresión o representación. Ellos son síntoma, secuela, no una característica constitutiva.

Todo intento que aspire a conocer los estados en cuestión debe procurar la respuesta a la pregunta de por qué una representación no puede ser negada por la conciencia, aun cuando su contenido, considerando las experiencias acopiadas por el enfermo, no es capaz de despertar confianza a su propia conciencia.

Surge, por ejemplo, en alguien la representación de que podría haber robado o falsificado dinero. Repasa el cuadro de su biografía y no encuentra asidero para la realidad de esa representación; sabe que no lo hizo, que un acto así no es compatible en absoluto con su persona {*Individualität*} y, sin embargo, esta representación produce exactamente el mismo estado afectivo que si hubiese llevado a cabo el acto en la realidad.

Esto en consecuencia indica que el enfermo, a pesar de la coherencia ininterrumpida de sus recuerdos, no posee aquel sentimiento de certeza que

suele estar conectado con ello. Cuando en nosotros surge el recuerdo de una acción que hemos realizado, también va asociada con ello la representación de nuestro yo.

Este elemento le otorga al recuerdo la característica de su verdad y fiabilidad. Las representaciones cuya conexión con el yo no alcanza una clara conciencia, no son nunca percibidas como recuerdos sino como nuevas representaciones.

La razón para esto reside en nuestro sentimiento yoico, en cuya presente claridad se asienta, con evidencia irrefutable, el “yo fui previamente”.

Las condiciones para la producción de las representaciones obsesivas han buscarse por tanto en una alteración de la autoconciencia, y por cierto en el sentido de que la representación del yo no está actualmente en la conciencia con aquella claridad que corresponde a la vida psíquica normal.

El orador /Holländer/ se reserva por ahora para una ocasión distinta pronunciarse en este lugar acerca del carácter de este cambio.

Cuando Freud concede una importancia tan grande a los sucesos sexuales en la producción de las representaciones obsesivas, uno solo puede darle la razón, sin embargo, con la restricción de que las irregularidades sexuales conforman solo una de las muchas causas. La pulsión sexual desempeña en nuestra vida un rol peculiar; por una parte, pertenece a nuestras pulsiones más potentes; por otra, experimenta una pobre valoración por parte del juicio moral. Por medio de esta oposición se da la condición para intensos conflictos psíquicos, los cuales son de una gran importancia especialmente para las mujeres. Su ser social se relaciona de forma íntima con los sucesos sexuales, de manera tal que precisamente en este ámbito se plantea un desafío para su pleno autodomínio.

La batalla frecuente con este instinto y la derrota frecuente debe dar lugar necesariamente al sentimiento de fracaso, a la manera de remordimiento o vergüenza, y genera entonces aquel sentimiento de incapacidad que conforma el suelo más propicio para la producción de las representaciones obsesivas. Pero este estado psíquico de apocamiento puede ser también generado por medio de otras circunstancias. La experiencia enseña que la neurastenia se desarrolla también en individuos con la función sexual intacta. A la enfermedad precede en tales casos un esfuerzo mental excesivo y duradero. O

son personas {*Menschen*} en medio de una situación vital que plantea a su capacidad psíquica exigencias para las cuales no están preparadas. Todo esto —que es capaz de generar una conmoción de la conciencia de sí y desconfianza en sí mismo— parece dar lugar a aquella constitución psíquica que está expuesta a representaciones obsesivas.

El orador /Holländer/ pretende retornar en breve con todo detalle a la pregunta relativa a la separación de las fobias y las representaciones obsesivas.

Dr. Freud: En v. Krafft-Ebing el orador /Freud/ dice haber encontrado mayormente aprobación. Percibiría una diferencia en cuanto a la validez general de sus posiciones. Se trataría pues de lo siguiente. Por cierto él /Freud/ se inclinaría a asumir que el mecanismo de las representaciones obsesivas por él descubierto valdría para todas las auténticas representaciones obsesivas en el sentido de Westphal.³² Esa opinión no sería aún hoy comprobable. Corroborando su expectativa, él lo habría encontrado en quince casos de representaciones obsesivas cuidadosamente analizados; si en las representaciones obsesivas tuviera lugar, una vez en veinte, otro mecanismo, esto habría podido escapar a su atención. Dice que cada uno debería formarse una opinión sobre cuán probable es que esto suceda. La pregunta sobre si uno ha de computar las representaciones obsesivas en la neurastenia o si, tal y como él /Freud/ opina, han de ser explicadas como una neurosis *sui generis*, es antes que nada una cuestión de nomenclatura, por tanto, de convención y de conveniencia. Dice que la respuesta depende del punto de vista que el observador asuma respecto del tema de las neurosis en general. Quien ponga el mayor énfasis en su ocurrencia conjunta encontrará poco motivo para separar las representaciones obsesivas de la neurastenia; pero tampoco podrá separar fácilmente histeria y neurastenia. Por el contrario, quien, al igual que él /Freud/, considere en primer plano la etiología y el mecanismo de las neurosis y asuma la concepción de que la mayor parte de las neurosis observadas se presentan “mezcladas”, para esa persona se separan sin duda la neurastenia, la neurosis de angustia, las representaciones (neurosis) obsesivas y la histeria. Este es entonces un punto que no puede ser tratado por fuera de un contexto más extenso.

32 • Según indicación de los editores del *Nachtragsband*, se trata de un texto de Westphal de 1877.

Dice que v. Krafft-Ebing ha ensayado remitir una serie de casos con *folie de doute* a la debilidad mnémica neurasténica y a la desconfianza en el propio recuerdo, que de modo justificado se funda en aquella. Él /Freud/ vacila en adherir a esta explicación debido a que hay muchos enfermos con debilidad mnémica neurasténica que no se presentan ante el médico sin este célebre “rótulo” y que, sin embargo, no se hallaban afectados de la *folie de doute*. Afirma que aquí debe añadirse todavía algo más. Casualmente él /Freud/ no ha podido sin embargo analizar ninguno de esos casos de manía difusa de duda, de modo que no puede aportar aquí información precisa. Según las distintas cosas que él observa, opina que la *folie de doute* difusa sería un estado terminal que surgiría en aquellas personas que padecieron durante años de representaciones obsesivas aisladas.

Dice que debería protestar de manera más decidida contra Holländer, cuyas declaraciones no contemplan que él /Freud/ habría aportado hace un instante nuevo material para la concepción de las representaciones obsesivas. No sería por cierto imposible dar una explicación psicológica de las representaciones obsesivas, pues esto podría conseguirse en más de un modo; solo que, ¿dónde tiene uno la garantía de su veracidad? Merecería atención solamente aquella explicación psicológica que tomara en cuenta los caracteres de las representaciones obsesivas comprobados clínicamente. La propia presentación del orador habría evitado por de pronto plantear una teoría psicológica, y habría solamente empleado tantos términos psicológicos cuantos en cierto modo hubieron sido necesarios para la traducción del estado de cosas. Holländer no toma en cuenta este estado de cosas. ¿Qué significa la descripción: “La angustia de las fobias surgiría cuando el yo se siente demasiado débil (micropsíquico) para efectuar su unión con una cierta representación, porque la representación del yo no sería suficientemente clara para ello” —donde por lo demás está contenido un uso ambiguo de “unión”— contra el simple hecho de que las fobias no ocurren en una *vita sexualis* normal? Además, debería rectificar una observación de Holländer acerca de la separación entre representaciones obsesivas y fobias. Holländer ha cuestionado que el afecto en las representaciones obsesivas sea constante, en comparación con el cambiante contenido de representación, al cual se anuda el afecto. Ha puesto de relieve que en las representaciones obsesivas también el afecto es variable: duda, angustia, conciencia de culpa y similares.

Solo que aquí hay una confusión; no se ha desmentido que el afecto de las representaciones obsesivas sea múltiple, sin embargo sigue siendo, para cada caso particular, el mismo, con contenido variable.

5. RESEÑA DE LEOPOLD LÖWENFELD, *LAS MANIFESTACIONES PSÍQUICAS COMPULSIVAS* [*DIE PSYCHISCHEN ZWANGSERSCHEINUNGEN*] (1904)

Ediciones en alemán

1904 *Journal für Psychologie und Neurologie*, vol. 3, n.º 4, pp. 190-191.

1987 'Besprechung von Leopold Löwenfeld, *Die psychischen Zwangerscheinungen*, Wiesbaden, 1904'. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 496-499.

Leopold Löwenfeld (1847-1924) fue un psiquiatra muniqués que mantuvo con Freud un intercambio fluido de opiniones, siguió de cerca sus publicaciones e incluso participó de los primeros congresos de psicoanálisis con alcance internacional (1908 y 1910). En dos oportunidades incluyó textos de Freud en sus libros (Freud, 1904, 1906).³³ El volumen que Freud reseñó en 1904 (*Die psychischen Zwangerscheinungen*) contenía precisamente un texto de su autoría (Freud, 1904). Sin embargo, nunca fue partidario de la doctrina analítica.

Era natural que las carreras profesionales de esos dos hombres se entrecruzaran. Löwenfeld fue un prolífico teórico de la sexualidad humana, y produjo numerosos trabajos acerca del papel de ese factor en las enfermedades neuróticas. Su mayor tratado sobre el tema, *Sexualleben und Nervenleiden*, conoció al menos seis ediciones. Por otro lado, demostró siempre un fuerte interés por la hipnosis y otros métodos de psicoterapia, y dejó sobre esos tópicos varios libros en lengua alemana.

En enero de 1895, apareció en el *Neurologisches Centralblatt* de Berlín el escrito de Freud que proponía la separación entre la neurastenia y la neurosis

33 · En términos estrictos, fueron tres los escritos de Freud aparecidos en obras de Löwenfeld. El primero de ellos, "Sobre el sueño" (Freud, 1901a), fue redactado a instancias de este y apareció como el octavo cuaderno de una colección que coordinaban Löwenfeld y Hans Kurella (de Breslavia), titulada *Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Einzel-Darstellungen für gebildete aller Stände. Im Vereine mit hervorragenden Fachmännern des In- und Auslandes*, editada entre 1900 y 1914.

de angustia (Freud, 1895a). El médico de Múnich publicó en marzo un artículo (en el *Münchener medizinische Wochenschrift*), en el que atacaba aquella idea.³⁴ Freud se despachó con Fliess diciendo que aquella publicación de Löwenfeld solo expresaba “las objeciones más obvias” (Masson, 1985, p. 125), sin dejar de ocuparse de los argumentos del colega en un segundo texto en el que sentenciaba: “Desde el comienzo mismo querría combatir la impresión de que mi doctrina se puede refutar tan fácilmente, como de pasada, con las primeras objeciones que a uno le acuden” (Freud, 1895b, p. 125), y donde luego desplegaba, con mayor detalle, la “ecuación etiológica” en la base de cada una de las afecciones concernidas. No obstante el tono irónico empleado por Freud para desmoronar aquellas críticas, nació a partir de allí un flujo cortés, pero no complaciente, de puntos de vista. La correspondencia entre ambos lamentablemente no fue conservada.

En 1899 apareció la segunda edición del libro de Löwenfeld sobre la importancia de los hechos sexuales en los padecimientos nerviosos (el ya citado *Sexualleben und Nervenleiden*). Aquí consagró todo un capítulo a la perspectiva de la etiología sexual de Freud (Löwenfeld, 1899, pp 192-200), único autor a quien estuvo dedicado un tratamiento pormenorizado. Como no podía ser de otro manera, Löwenfeld solo tomaba en cuenta los escritos en los cuales se había dado a conocer la “teoría de la seducción” (Freud 1896a, 1896b, 1896c), más un escrito de 1898, “La sexualidad en la etiología de las neurosis” (Freud, 1898). Destacaba que el autor de Viena no sabía indicar a qué factores quedaba subordinado el hecho de que los recuerdos infantiles de tipo sexual en algunos sujetos se localizaran en el registro inconsciente (Löwenfeld, 1899, pp. 194-195). Por ese motivo, no dudaba en conceptuar

34. Los editores de la correspondencia de Freud con Fliess ofrecen al menos dos citas del trabajo de Löwenfeld: “Si los estados de angustia, o sea, las manifestaciones de la neurosis de angustia, fueran producidas exclusivamente por acumulaciones subcorticales de la excitación sexual somática y un empleo anormal de esta, entonces toda persona aquejada de estados de angustia, en la medida en que no ocurrieran cambios en su vida sexual, sufriría de tiempo en tiempo un ataque de angustia, tal como el epiléptico tiene su ataque de *grand* y de *petit mal*” (citado por Masson, 1985, 185 n.): “La teoría de Freud acaso tenga cierta justificación para una gran cantidad de casos con estados de angustia. Mis propias observaciones también abonan la tesis de que anomalías en la vida sexual son de gran significación para la génesis de representaciones obsesivas y fobias. Lo que tengo que objetar es exclusivamente la regularidad y especificidad de la etiología sexual que Freud supone para los estados de angustia ‘adquiridos’” (citado por Masson, 1985, 125 n.).

como “muy incompleta” la visión de su colega. Por otro lado, entendía que la constancia de las vivencias sexuales infantiles en la histeria no había sido de ningún modo comprobada. Löwenfeld sentenciaba al respecto que Freud, en uno de sus trabajos de 1896, afirmaba haber verificado su punto de vista en el cien por ciento de los dieciocho casos que había sometido a indagación, pero que en virtud de su forma de proceder era imposible otorgar crédito a sus conclusiones. Y citaba el pasaje de “La etiología de la histeria” en el que consta que el enfermo nada sabe de las escenas traumáticas antes del análisis: “Solo en virtud de la más intensa compulsión del tratamiento pueden ser movidos a embarcarse en su reproducción”, e incluso luego les deniegan creencia (Freud, 1896c, p. 203). Después de recordar esa declaración, se autorizaba a un comentario que dejaba a Freud en un lugar incómodo:

Estos comentarios [de Freud] muestran dos cosas: 1. Que los enfermos estaban sometidos a una influencia sugestiva por parte del analista, por lo cual la emergencia de las escenas mencionadas fue acercada a su imaginación. 2. Que a las imágenes de fantasía {*Phantasiebilder*} que habían emergido bajo la influencia del análisis se les negó definitivamente reconocimiento como recuerdos de hechos reales. Para esta última deducción tengo también una experiencia directa. Uno de los casos en los que Freud aplicó su método analítico llegó por azar a mi observación. El paciente en cuestión aclaró de manera rotunda que la escena sexual infantil que en su caso el análisis había aparentemente descubierto no era más que una fantasía y nunca había sido realmente vivida por él. (Löwenfeld, 1899, pp. 195-196)

Si bien Freud había desestimado aquella hipótesis de la seducción en septiembre de 1897, no había realizado todavía publicaciones donde se rectificara. Hasta 1904, nadie ajeno a su círculo más íntimo podía saber que desde aquella fecha Freud no creía ya que un ataque sexual violento sufrido en la temprana infancia fuera la condición necesaria (mas no suficiente) de toda psiconeurosis. Por otra parte, muchos médicos le habían hecho la acusación de que sus técnicas exploratorias no eran sino variaciones del influjo sugestivo, y que, por tanto, faltaba a sus materiales clínicos toda objetividad. No podía descartarse que los dichos o los signos del paciente no fueran al fin y al cabo un resultado de la manipulación del médico (Borch-Jacobsen, 1996; Vallejo, 2012).

No tenemos indicios de que Freud haya leído aquel pasaje de 1899. En la biblioteca de Freud que ha llegado hasta nosotros, figura la primera (1891), la tercera (1903) y la quinta (1914) edición del libro de Löwenfeld *Sexualleben und Nervenleiden* (Davies y Fichtner, 2006). Si bien la cuarta falta en ella, es casi seguro que Freud alguna vez poseyó un ejemplar, pues en esa edición (impresa en 1906) apareció por primera vez su trabajo “Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis” (Freud, 1906). En ella, por supuesto, el pasaje citado antes ya no figuraba, pues el autor de Múnich ya estaba al corriente de los cambios operados en la doctrina freudiana.

Nos permitimos agregar otro pormenor de la relación entre estos autores. Tal y como dijimos recién, Freud se demoró varios años en hacer público su abandono de la teoría de la seducción. Pues bien, la primera oportunidad en que ese giro apareció en un escrito fue en 1904, precisamente en el libro de Leopold Löwenfeld (*Die psychischen Zwangsercheinungen*) reseñado por Freud. En esas páginas, el psiquiatra alertaba que su colega vienés ya no daba una significación tan importante a los hechos reales de la infancia, sino que otorgaba mucho mayor peso a las fantasías generadas en aquella época de la vida. En apoyo de esto, Löwenfeld refería pasajes de unas cartas que Freud le había dirigido (Masson, 1984, pp. 127-128).

En esta reseña de 1904, Freud explicita los reparos que le inspira la categoría de la “compulsión psíquica”, creada por Löwenfeld con la función de aglutinar las manifestaciones excedentes de la enfermedad neurótico obsesiva. Según su criterio, sería una noción artificial y de fronteras poco definidas. Este primer cuestionamiento se enlaza con un segundo punto de importancia. Retomando su propia teoría sobre la angustia tal y como había sido planteada en los trabajos de 1895 (aquellos que motivaron la polémica con Löwenfeld), Freud dice lamentar que su colega siga rechazando su propuesta, “la cual enuncia que la angustia neurótica es de origen somático, proviene de la vida sexual y se corresponde con una libido transformada”.

F. G. R. y M. V.

Reseña de Leopold Löwenfeld, *Die psychischen Zwangerscheinungen* (Las manifestaciones psíquicas compulsivas), (Wiesbaden, 1904)

89 ·

La presente obra de Löwenfeld que, bajo el título de *Las manifestaciones psíquicas compulsivas*, trata de una parte importante de la clínica y la sintomatología de las neurosis, reúne de nuevo todas las ventajas por las cuales las exposiciones sumarias del neuropatólogo muniqués han resultado valiosas, verdaderamente indispensables para todos los especialistas. El dominio por completo extraordinario de la bibliografía relativa al tema, la abundancia de observaciones propias, la claridad del estilo, no han de hacer olvidar sin embargo al lector que el valor principal del libro no reside en estas cualidades del compilador,³⁵ sino en la crítica imparcialmente juiciosa y en la concepción absolutamente autónoma del autor. Me parece que debe agradecerse en especial que Löwenfeld no haya aplicado su fuerza de trabajo a la exposición de un tema ya tratado innumerables veces, sino que haya abordado un campo aún poco explorado para ordenarlo y clasificarlo.

Las dificultades a las que bajo tales circunstancias debe enfrentarse el autor {*Bearbeiter*} no son de tipo habitual. Todas las definiciones son vacilantes, no se ha logrado acuerdo todavía acerca de las demarcaciones. Lo que Löwenfeld trata como “compulsión psíquica” va mucho más allá de la extensión de la así denominada enfermedad de representaciones compulsivas e incluye aún las fobias, una parte de las abulias y los estados neuróticos de angustia en su conjunto, además de los ataques de angustia “sin contenido”. Para el lector del libro resulta entonces una ganancia inesperada, pero para el autor se produce la imposibilidad de enunciar algo certero en general acerca del mecanismo, la etiología y el curso de las “manifestaciones psíquicas compulsivas”, pues las afecciones dispares en cuanto a su esencia también se distancian entre sí en lo que respecta a todos estos factores.

Löwenfeld mantiene integrada esta unidad —artificial según el parecer de este reseñador— mediante la definición de la compulsión psíquica, cuyo carácter fundamental considera ser la “inmovilidad, la deficiencia para un desalojo {*Verdrängbarkeit*} a través de influjos de la voluntad”. Pero él

35 · Vale recordar que en su obra Löwenfeld incluía colaboraciones de otros colegas, entre ellos Freud.

también reconoce —por cierto con razón— sensaciones compulsivas y afectos compulsivos, mientras que nosotros estamos habituados a reclamar de nuestra actividad voluntaria normal solo la represión de representaciones y complejos de representación, pero no la abolición de sensaciones o sentimientos. Quien padece un ataque de angustia suele quejarse de lo mal que se siente, pero no sorprenderse de no poder eliminar una compulsión. Aplicando consecuentemente su criterio, el autor habría debido tratar por lo demás también una buena parte de la sintomatología histérica, a la cual corresponde del modo más pronunciado el carácter de la inmovilidad y de la incapacidad para el desalojo {*Unverdrängbarkeit*} a través de influjos de la voluntad.

De ahí quizá que no fuera adecuado utilizar el concepto de *compulsión* en su sentido lógico para la demarcación. Pero por el momento es difícil colocar algo mejor en ese lugar. En realidad, es más fácil entrever y, a partir de ciertos indicios, adivinar la desigualdad interna de las afecciones reunidas por el autor que explicarla con claridad. Las discriminaciones correctas recién podrían ser indicadas cuando se hubiera logrado conocer más exactamente el mecanismo psicológico de las diversas formas. En el centro de todas las cuestiones referidas a la concepción de los fenómenos compulsivos, está el problema de la angustia neurótica. Con el esclarecimiento de la procedencia de esta angustia y de las condiciones bajos las cuales surge, se ganaría la clave para la comprensión de las psiconeurosis. Este reseñador solo puede lamentar que tampoco esta vez el autor adhiera a la fórmula trazada por él (reseñador), la cual enuncia que la angustia neurótica es de origen somático, proviene de la vida sexual y se corresponde con una libido transformada. Este reseñador intentó mostrar en su momento (1895) la exactitud o al menos el valor heurístico de esta formulación en el ejemplo de su “neurosis de angustia”. Löwenfeld objeta, contra esta derivación de la angustia, que estas nocividades sexuales no se verifican en la etiología de todos los casos de neurosis de angustia, sino solo en un 75 %. Este reseñador acepta esta cifra; querría sin embargo protestar contra el inmediato reproche de haberse dejado deslumbrar por la teoría más que por las observaciones. El reseñador ya en 1895 conoció y valoró los casos de neurosis de angustia sin etiología sexual, pues dice expresamente en el mencionado artículo sobre la neurosis de angustia: “La última de las

condiciones etiológicas por aducir no parece por lo pronto ser, en realidad, de naturaleza sexual. La neurosis de angustia se genera, y por cierto en ambos sexos, también por el factor del trabajo excesivo, del esfuerzo extenuante, por ejemplo tras vigiliass nocturnas, el cuidado de enfermos e incluso tras enfermedades graves”.³⁶

Los críticos suelen pasar por alto este fragmento en aras de la simplificación.

Si la teoría del reseñador deriva sin embargo, de manera universal, la angustia neurótica de la libido [por ende también en estos casos], entonces parece que se trata inevitablemente, o bien de una inconsecuencia del reseñador, o bien de una incomprensión de sus críticos. No es complicado demostrar esto último. Este reseñador ha separado conceptualmente de manera nítida etiología de mecanismo, cosa que sus críticos no hacen. Opina que en la neurosis de angustia la *etiología* de los casos patológicos no es en su totalidad una nocividad sexual, pero el *mecanismo* del trastorno debe concernir regularmente a la sexualidad. Esta diferenciación conduce a la presunción, por cierto no improbable, de que los procesos orgánico-sexuales pueden experimentar un trastorno tanto por nocividades de la misma vida sexual como también por noxas generales y profundas, de manera similar a como, por ejemplo, los procesos de la actividad digestiva pueden ser alterados patológicamente, por una parte, por la ingesta, por otra por enfermedades tóxicas comunes, caquexias y alteraciones en la sangre.

El reseñador conoce también los casos, aducidos en su contra por Löwenfeld, de neurosis de angustia con considerable aumento de la libido, en lugar de una disminución; sabe, no obstante, que en ellos no existe sino un oscilar entre una agitación libidinosa y otra transformada (parcialmente) en angustia.

Entre las causas de la neurosis de angustia, Löwenfeld además pone de relieve los sobresaltos y otras noxas emocionales. El reseñador debe más bien afirmar, según los resultados de sus investigaciones, que estos casos tan frecuentes producen sin excepción las reacciones de la histeria y deben por ende asignarse a esta neurosis.

36 · La traducción de este fragmento nos pertenece (Freud, 1895a, p. 103)

Es imposible enumerar en el marco de una reseña la abundancia de informaciones y propuestas que contiene el libro de Löwenfeld acerca de las manifestaciones psíquicas compulsivas. Podemos esperar que su publicación tendrá como consecuencia un aumento extraordinario del interés por estas formas patológicas notables y clínicamente significativas.

Sigm. Freud (Viena)



Segunda parte. Las neurosis actuales y la sexualidad

En esta sección ofrecemos la traducción de cinco breves intervenciones de Sigmund Freud relativas a la vida sexual. Los primeros cuatro textos son reseñas referidas a las afecciones que en el léxico freudiano reciben el nombre de neurosis actuales. Ninguna de ellas ha tenido previas ediciones en lengua española. La publicación de recensiones en revistas médicas fue para Freud, hasta la primera década del siglo xx, parte de sus labores regulares. Además de estas colaboraciones (muchas de ellas atinentes a capítulos tradicionales del saber galénico y, por consiguiente, perdidas en el olvido), integró los comités científicos o editoriales de ciertas publicaciones especializadas. Esas tareas cuadraban a la perfección con la carrera de un neurólogo que no abrigaba en el comienzo otro interés que el de forjarse un nombre en la medicina académica. Solo más tarde, habiendo comprendido la ruptura que respecto del marco convencional significaba el psicoanálisis (y de haberlo acondicionado con mecanismos institucionales y de legitimación imprescindibles: filiales, revistas propias, congresos), resignó continuar con el cultivo de este espacio que había frecuentado de manera sostenida.

Lo antedicho afecta de forma global a las reseñas de la primera y tercera partes de este libro. Entre la merma de contribuciones a publicaciones médicas (hacia 1910) y el surgimiento de órganos de prensa estrictamente psicoanalíticos, Freud realizó incursiones en otros distintos canales de comunicación. Así, dos de las cuatro reseñas que figuran a continuación aparecieron en un célebre diario liberal de Viena, el *Neue Freie Presse*.¹ Puede conjeturarse que los pilares de su nueva concepción de la vida mental —*La interpretación de los sueños* (1899), *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901), *El chiste y su relación con lo inconsciente* (1905)—, y en simultáneo con el incipiente número de seguidores, Freud tomó distancia de los foros académicos en que solía moverse y buscó otros canales con los que brindar a sus ideas más amplia visibilidad, calculando penetrar otras jurisdicciones de la vida cultural más allá de la clínica.

1 • Recuérdese que otros tres breves escritos de Freud publicados en ese diario en el mismo período (1903-1905) si fueron recogidos en las ediciones clásicas de las obras completas, incluida la española (véase *Obras completas*, Amorrortu, vol. vii, pp. 225-231).

El último texto, por su parte, recoge las respuestas brindadas por Freud en 1905 al cuestionario que un grupo de intelectuales liberales le acercaron en vísperas de una posible reforma del código civil, en particular de las leyes matrimoniales.

F. G. R. y M. V.

6. RESEÑA DE A. HEGAR, *LA PULSIÓN SEXUAL: UN ESTUDIO MÉDICO-SOCIAL* [*DER GESCHLECHTSTRIEB; EINE SOZIAL-MEDIZINISCHE STUDIE*] (1895)²

Ediciones en alemán

1895 *Wiener klinische Rundschau*, vol. 9, 5, 3 de febrero de 1895, p. 77.

1983 Kästle, U., 'Zwei wiederentdeckte Rezensionen Sigmund Freuds von 1895', *Psyche*, año 37, pp. 805-827.

1987 'Besprechung von A. Hegar, *Der Geschlechtstrieb; Eine sozial-medizinische Studie*, Stuttgart 1894'. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 489-490.

Este pequeño escrito del célebre ginecólogo provocará decepción en aquel individuo que —seducido por el título— aguardara de un experto auténticos esclarecimientos sobre la vida sexual de las mujeres. Se trata de una réplica al conocido libro de Bebel *Die Frau und der Sozialismus* (1883), una réplica que, sin embargo, ni por el contenido ni por la forma de presentación es capaz de disputar con éxito al adversario la influencia sobre el lector. Por lo demás, el escrito de Hegar está tan poco libre de tendenciosidad {*Tendenz*} como el del líder socialista. Mientras este último saca a relucir lo más posible las exigencias de la pulsión sexual, a las cuales el orden actual de la sociedad no se ajusta, el médico se muestra empeñado por colocar el incómodo apremio {*Dränger*} como un compañero relativamente inofensivo. Según Hegar, uno no puede sustraerse a la suposición de que la pulsión sexual genuina no es

- 2 • Alfred Hegar (1830-1914) fue un ginecólogo alemán. Luego de trabajar unos años en su ciudad natal, Darmstadt, a partir de 1864 se desempeñó como profesor de ginecología y obstetricia en la Universidad de Friburgo. Fue responsable del desarrollo de varios instrumentos utilizados en su especialidad. El libro de 1894 reseñado por Freud se cuenta entre los primeros trabajos en lengua alemana que abogaron por una eugenesia negativa y una higiene racial activa. Es probable que esta última situación explique el comentario extremadamente crítico y violento publicado por el creador del psicoanálisis. Otro motivo del desencanto de Freud pudo haber sido el hecho de que Hegar fue un fuerte impulsor de la castración ovárica en el tratamiento de la histeria (véase *supra*, introducción a primera parte)

en modo alguno, en los seres humanos civilizados de hoy, tan excesivamente fuerte como ha sido descrita. En el varón cabe diferenciar “entre la disposición natural y la llama avivada artificialmente” (p. 5), mientras que “la inclinación natural de la mujer al amor físico en general, prescindiendo naturalmente de las excepciones, no es muy grande”.

Como es de prever, Hegar ocasionalmente tiene que dejar constancia de hechos que se ajustan mal a esta reducida valoración de la pulsión sexual. De esta manera se habla en torno al debate sobre el “amor salvaje”: “Dados los peligros que el amor salvaje trae consigo, tan correctamente observados hoy en día, uno debería estimar apenas posible que alguien se expusiera a ellos” (p. 51). Hegar encuentra una explicación /para ello/ en que para la gran cantidad de nocividades del amor salvaje se carece todavía de una concepción clara. En el ejemplar del escrito hegariano que yo adquirí, se encuentra una glosa en el margen: “El señor Hegar olvida justamente: la pulsión sexual”.³ Por lo demás, el escrito contiene múltiples estadísticas sobre temas que no están conectados directamente, en cualquier caso no de manera esencial, con la pulsión sexual: crecimiento poblacional, mortalidad infantil y cosas similares. Acerca del núcleo de todo el problema, el hecho de que los hombres —entre otros perjuicios a su salud— son compelidos a engendrar sus hijos como subproductos involuntarios de la satisfacción de una necesidad natural, apenas dice Hegar una palabra, y en relación con la importancia de los afanes que tienden a separar la concepción {*Konzeption*} del coito sin acarrear trastorno en la salud, ¡no aporta ninguna comprensión!

F.

3 • Según consta en una nota al pie de los editores del *Nachtragsband* (p. 490), en el ejemplar del libro de Hegar hallado en la biblioteca personal de Freud figura efectivamente ese señalamiento al margen (con la salvedad de que no aparece allí el término *eben*, ‘justamente’)

7. RESEÑA DE P. J. MÖBIUS, *LA MIGRAÑA* [*DIE MIGRÄNE*] (1895)

Ediciones en alemán

1895 *Wiener klinische Rundschau*, vol. 9, 9, 3 de marzo de 1895, pp. 140-141.

1983 Kästle, U., 'Zwei wiederentdeckte Rezensionen Sigmund Freud von 1895', *Psyche*, año 37, pp. 805-827.

1987 'Besprechung von P. J. Möbius, *Die Migräne*, Wien 1894 (1895)'. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 360-369.

Paul Julius August Möbius (1853-1907) fue un autor sumamente prolífico. Además de sus trabajos en el campo de la neurología, escribió numerosas *patografías* (sobre Rousseau, Goethe, Nietzsche, entre otros). Su nombre aparece en varias ocasiones en la correspondencia que Freud mantuvo con Fliess. En la carta enviada a fines de agosto de 1894, refiriéndose a un compilado de ensayos de Möbius, el vienes le dice a su amigo: "De Möbius ha aparecido [...] [una] recopilación de ensayos 'breves' anteriores, muy buena, para la histeria de suma importancia. Es la mejor cabeza entre los neurólogos, por suerte no está sobre la pista de la sexualidad" (Masson, 1985, pp. 91-92). Es natural que Freud siguiera de cerca las contribuciones de Möbius acerca de la histeria, pues también este último había proseguido la doctrina de Charcot en relación con el papel del trauma en la patología. Dicho en otros términos, ambos estaban en la búsqueda de una explicación psicológica de la enfermedad. Disentían en varios aspectos, sobre todo en el gran peso que Möbius concedía a la degeneración hereditaria.

En esa misma esquila a Fliess es posible entrever que Freud planea escribir una reseña, la que aquí ofrecemos, sobre el libro de Möbius referido a la migraña (aparecido en la colección dirigida por H. Nothnagel, *Speciellen Pathologie und Therapie*, en la que luego se incluiría el tratado de Freud sobre las parálisis cerebrales infantiles, Freud, 1897c). Al menos dos puntos de la reseña de Freud merecen ser señalados. Por un lado, la objeción contra el concepto de *migraña* esgrimido por su colega, que ubica la causación

en el factor hereditario degenerativo. No sería arriesgado suponer que esta objeción se halla ligada a pasajes confesionales donde Freud, en la misma reseña, alude a su propia migraña, pero de todas formas procede de la postura general según la que, como se ha puesto de relieve ya en la introducción a la primera parte de este volumen, Freud venía preparando desde hacía unos años ese alejamiento respecto de los modelos *hereditaristas*. Por otro lado, tal vez nos hallamos ante el escrito que más abiertamente prueba la estima freudiana por el pensamiento de su amigo Wilhelm Fliess. El psicoanalista no solo celebra las virtudes de la doctrina de su amigo berlinés respecto de los nexos entre la nariz y las molestias cefálicas, sino que se da a sí mismo como ejemplo, al recordar el efecto benéfico que en su propia migraña había tenido, tiempo atrás, la cirugía de cuerpos cavernosos en la cavidad nasal.

E. G. R. y M. V.

**Reseña de G. J. Möbius, *La migraña*,
Viena, 1894 (1895)**

El señor Möbius ha abierto la serie de contribuciones neurológicas del gran manual de medicina interna de Nothnagel con un sólido librito de siete pliegos acerca de la migraña, el cual podría hallar reconocimiento y despertar interés mucho más allá del círculo de los neurólogos. Los trabajos del señor Möbius pertenecen a aquellos que simultáneamente dan un retrato de la personalidad del autor y que, en la mente del lector, no han de ser separados de esa personalidad. De este modo, el presente escrito certifica también todos los rasgos del señor Möbius que uno ha aprendido a valorar: la valentía de fiarse en la observación realizada con sus propios ojos, el prurito crítico de desbaratar las apariencias, la coherencia lógica del pensador que en la discusión no evita remontarse a los últimos fundamentos del conocer y de la duda. A esas características se añade todavía que la presentación de nuestro autor aclara todos los vacíos y contradicciones de un campo del saber con la rectitud más implacable, así como el hecho de que presta atención, de forma cuidadosa, a si en la concepción sobre los síntomas patológicos y en la ponderación de la terapia se hace justicia al factor psíquico, que en la medicina alcanzó recientemente importancia.

Este librito no es meramente instructivo, también es atrapante de comienzo a fin. Está escrito en un estilo correcto y noble, mientras que tantos autores médicos, por el contrario, olvidan que la especialización no dispensa de una formación universal y no suprime las exigencias que una nación puede plantear a las personas que escriben en su lengua. Aporta proposiciones críticas y pensamientos de trascendental importancia, revestidos a menudo con los ropajes más felices y expresivos. Cito algunas frases en las cuales Möbius abandona su opinión acerca de la "teoría vasomotora" de la migraña (p. 105). "Tengo la convicción de que la teoría vasomotora está muerta, que ella es todavía profesada solo en virtud de la *vis inertiae*,⁴ y por tanto me falta el ánimo para ocuparme detenidamente en la disputa de lo que ya no vive más. Destaquemos solo los puntos más importantes. En todas partes, tanto en lo fisiológico como en lo patológico, lo primario son los

101 ·

4 • Fuerza Inercial.

procesos en las células de la parénquima, las modificaciones de la circulación local son las consecuencias {*Folgeerscheinungen*}; la parénquima es el amo, la circulación el criado”.

Sería tentador repasar en detalle el rico contenido de este libro; solo me rehusó debido a que no deseo aportar aquí un mero resumen ni una colección de pequeñas exposiciones. Que me sea permitido a cambio tratar en profundidad, a modo de complemento de la explicación de Möbius, dos puntos que, según mi parecer, deberían ocupar un mayor espacio en una próxima presentación de la migraña. Para comenzar, quisiera dirigir la atención sobre los “equivalentes hemicraneales”, condiciones de los ataques que se componen a partir de otros síntomas que la migraña, pero que, según todas las condiciones de ocurrencia y curso, y sobre todo debido a su capacidad de ser sustituido por migraña, deberían ser identificadas con esta última. Es claro que a estos equivalentes de migraña es inherente un alto interés diagnóstico y teórico. Möbius tampoco omite mencionarlos y lamenta que sobre ellos se sepa aún muy poco.

Conozco por propia experiencia que todo lector puede ciertamente constatar tres formas de los equivalentes de migraña: la migraña estomacal {*Magenmigräne*}, migraña dorsal {*Rückenmigräne*} y migraña cardíaca {*Herzmigräne*}. La migraña estomacal es en realidad una migraña cefálica rudimentaria de la cual han perdurado solo las manifestaciones estomacales. Me acuerdo de la paciente en la que la diagnosticué por vez primera, una joven dama cuyo “padecimiento estomacal” no es reconocido aún hoy como migraña por su médico. El padecimiento estomacal consiste en ataques frecuentes, que acaban en repetidos vómitos y duran hasta veinticuatro horas, que aparecieron poco tiempo después de la pubertad, al comienzo ocurren de modo infrecuente, ahora más a menudo, y las pausas suelen ser de varias semanas. Una ligera presión en la frente y una pronunciada sensibilidad a la luz y al sonido, que se mantienen durante el ataque, permiten el reconocimiento {*Agnoszierung*} de este padecimiento estomacal nervioso como migraña.

Tal y como se ve, la migraña estomacal no es algo que enriquecería con nuevos rasgos el cuadro de la migraña. Este sí es el caso en la migraña dorsal, que conocí sorprendentemente por vez primera en la hermana de la paciente antes mencionada. Esta dama había padecido migrañas comunes

y no demasiado severas durante toda su juventud hasta una determinada época. Hubo una modificación cuando en ella se desarrolló una grave neurosis de carácter mixto (histero-neurastenia).⁵ A partir de entonces ella padeció ataques de dolores de espalda que se desencadenaban en la espina dorsal y que, tras completar su desarrollo, abarcaban todo el cuerpo. La espalda mostraba (también por intervalos) una analgesia histérica; la interpretación como migraña proviene de la enferma misma, quien definió como absolutamente idénticos los dolores de un lado y otro. Decía tener, según explicaba, “migraña en la espalda”; por momentos había en ella *états de mal*, ataques confluentes; tras años de observación aprendí a descartar este dolor de espalda de la enfermedad orgánica. Con la mejoría de la neurosis se presentaban nuevamente las migrañas cefálicas, en los últimos dos años la dama ha tenido, en un estado de salud aceptable, la alternancia entre sus viejos ataques de migraña y los modificados, que, por lo demás, solo esporádicamente ocurren juntos. La migraña dorsal ocurre en ella bajo los mismos motivos que las otras, pero dura por regla un poco más. Entre los motivos solo es incuestionable el *coitus interruptus*, que también desempeña un papel en la génesis de la neurosis. Los síntomas estomacales estaban en el mismo caso apenas insinuados. Desde entonces he encontrado repetidas veces la migraña dorsal. La última vez, en una muchacha que fue liberada por mí de sus representaciones obsesivas durante una cura por sobrealimentación {*Mastkur*}.⁶ Esta enferma había padecido durante mucho tiempo migraña común, en cuyo cuadro estaban incluidos tanto síntomas usuales como dolores en el cuello y hombros.⁷ Durante un empeoramiento de su estado generado por representaciones obsesivas, se quejó en sus ataques de migraña de los intensos dolores a lo largo de toda la espalda, al lado de los cuales los dolores de cabeza quedaban en un segundo plano. En el curso de la cura por sobrealimentación, observé en ella un ataque del que eran parte en la misma medida los dolores de cabeza y de espalda, y dos ataques más, separados cada

- 5 • Esta descripción concordaría con el caso “Nina R.”, cuya historia clínica y anamnesis figuran en la primera parte de este volumen.
- 6 • La cura por sobrealimentación {*Mastkur*} era el método terapéutico propuesto por Weir Mitchell (1829-1914), que Freud utilizó y elogió durante los inicios de su trabajo con la histeria (Freud, 1887, 1888).
- 7 • Se trata claramente del caso Emmy von N., incluido en *Estudios sobre la histeria*.

uno por cuatro semanas, que eran en cambio migrañas cefálicas puras. Tal y como se ve, en este caso la migraña dorsal no se había desprendido {*abgelöst*} completamente de la “migraña cefálica”. También aquí, al igual por cierto que en el caso antes mencionado, la migraña dorsal correspondió a un periodo de empeoramiento, y remitió con el mejoramiento del estado general. En ambos casos existió además una neurastenia espinal muy fácil de reconocer, la cual fue casi remediada mediante el tratamiento.

De la tercera forma del equivalente de migraña, la migraña cardiaca, conozco solamente unos pocos ejemplos; creo, de todas maneras, que otros deben haber tropezado con ella con mayor frecuencia. A modo de ejemplo típico, describo el caso de un colega de cerca de cincuenta años, que en su juventud padeció una migraña común. Este médico, que contaba con un corazón apto {*suffizient*} a juzgar por su desempeño, es invadido, durante momentos de pausa y en algunas ocasiones, tal y como corresponde a la migraña, de una arritmia con opresión ligeramente desagradable que dura entre tres y seis horas y que está acompañada de leve presión en ambas sienes. Las ocasiones son un reposo nocturno perturbado, un enojo o una pesada preocupación en el trabajo; la frecuencia de los ataques varía entre dos veces por semana y una vez cada tres semanas. Considero estos ataques como equivalentes hemicraneales, pero querría añadir que en la serie que va de tales ataques hasta la hemicránea común, faltan aún algunos eslabones intermedios. No creo, por lo demás, que con estos agregados a la migraña común y a la migraña oftálmica se agote la diversidad de las formas de la migraña.

Por otro lado, quisiera poner de relieve una relación propia de la migraña, a la cual por cierto Möbius no se muestra contrario: la relación de este estado para con la *nariz* —deliberadamente no digo *para con las enfermedades de la nariz*—. Tengo dos motivos válidos, en principio solo subjetivos, para abogar en favor de ello; primero, la experiencia vivida en carne propia de que migraña/s/ frecuentes y severas pueden ser convertidas en infrecuentes y ligeras a través del tratamiento del cuerpo cavernoso hipertrófico;⁸ y segundo, el buen conocimiento de los trabajos y los sorprendentes éxitos curativos de

8• Freud alude aquí claramente al hecho de que él mismo se había sometido a una intervención en la nariz, realizada por su amigo Wilhelm Fließ, con la finalidad de aliviar algunos de sus síntomas (migrañas y trastornos cardíacos).

un investigador bien conocido por los lectores de esta revista, el Dr. W. Fließ de Berlín.⁹ Según Fließ, quien aventaja a su predecesor Hack /en el uso/ de la cocaína como recurso diagnóstico, del arriesgado método de la terapia moderna y /en la asunción/ de puntos de vista de alcance general, habría que conceder a la nariz un rol en la patogénesis de los dolores de cabeza en general así como de la migraña no solo de manera excepcional, sino más bien como regla. Si esto pudiese ser confirmado, entonces podremos entender mucho mejor que hoy en día la relación de los “ataques de migraña sintomáticos” con la “enfermedad migraña” (p. 69). Resultará entonces también más sencillo formular las objeciones contra la poco sugerente definición de migraña planteada por Möbius, quien ve una “forma de degeneración hereditaria” en este padecimiento extremadamente frecuente y fácilmente adquirible.

Sigm. Freud

9 • Tal y como recuerdan los editores del *Nachtragsband*, los lectores de la revista en que apareció esta reseña de Freud (*Wiener Klinische Rundschau*) conocían seguramente a Fließ, pues en esas mismas páginas se editó, por entregas y durante ese mismo año (1895), su ensayo “Magenschmerz und Dysmenorrhoe in neuem Zusammenhang”.

8. RESEÑA DE ALFRED BAUMGARTEN, NEURASTENIA. ESENCIA, CURACIÓN, PREVENCIÓN [NEURASTHENIE. WESEN, HEILUNG, VORBEUGUNG] (1904)¹⁰

Ediciones en alemán

1904 *Neue Freie Presse*, 4 de febrero de 1904, p. 22.

1987 'Besprechung von Alfred Baumgarten, *Neurasthenie. Wesen, Heilung, Vorbeugung*, Wörishofen 1903 (1904)'. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, p. 494.

La indicación del prólogo sobre una experiencia médica de dieciséis años en el estudio de la enfermedad y el anuncio de una "verdad sin reservas ni miramientos" son apropiados para incitar en el lector expectativas que luego, a lo largo de la lectura de las 338 páginas del grueso libro, resultan en una completa decepción. Ni en la descripción de los síntomas ni en su esclarecimiento sabe el autor decirnos algo distinto de lo que es comúnmente conocido. Y por cierto la doctrina imperante acerca de esta enfermedad producto de la cultura, la neurastenia, contiene de sobra elementos dudosos y equivocados, algo que un observador independiente y un hombre que aspire a la verdad habría debido abordar. El libro tiende naturalmente a colocar bajo una correcta luz la importancia de la cura de Kneipp para la sanación de la neurastenia. Que Wörishofen sea en suma el lugar adecuado para la persecución de la verdad "sin reservas ni miramientos", se encontrará con un firme prejuicio en el lector entendido.

Profesor S. Fr.

10 • El médico Alfred Baumgarten (1862-1924) fue un discípulo de Sebastian Kneipp (1821-1897), creador de la "cura de Kneipp", método terapéutico que combinaba la hidroterapia con el uso de hierbas medicinales y ejercicios. Ese abordaje fue desarrollado sobre todo en Wörishofen, donde Baumgarten trabajó desde 1892. Tras la muerte de su maestro, acaecida en 1897, Baumgarten quedó a cargo de la continuación de esa orientación curativa.

9. RESEÑA DE R. WICHMANN, *REGLAS DE VIDA PARA NEURASTÉNICOS [LEBENSREGELN FÜR NEURASTHENIKER]* (1905)¹¹

Ediciones en alemán

1905 *Neue Freie Presse*, 31 de agosto de 1905, p. 21.

1987 'Besprechung von R. Wichmann, *Lebensregeln für Neurastheniker*, Berlín 1903 (Erstauflage Berlín 1898) (1905)'. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, p. 495.

En cuarta edición se presenta aquí un pequeño librito que en forma de un juego de preguntas y respuestas informa al "neurasténico" cosas muy razonables sobre su padecimiento y le brinda consejos cuyo valor para la curación no ha de ser por cierto sobreestimado. El autor toma distancia de toda tentativa de volver superfluo, mediante este escrito, el trabajo personal del médico sobre el enfermo, y dado que los individuos sanos no suelen leer estos libros, podría perfectamente impugnarse el derecho de existencia a todo este género de literatura médico-popular. En muchos puntos sobre los cuales serían especialmente importantes el esclarecimiento teórico y la instrucción práctica, el autor se hizo bien fácil la tarea; también lo formulado acerca de los estados de angustia y los estados compulsivos es completamente insuficiente.

Profesor S. Fr.

11 • El médico Ralf Wichmann (1860-?) trabajó como especialista en problemas nerviosos en Wiesbaden. Publicó varios libros de divulgación sobre la neurastenia y sobre la hidroterapia. La primera edición del libro reseñado por Freud había aparecido en Berlín en 1898.

10. RESPUESTA DE FREUD A LA ENCUESTA DE LA *KULTURPOLITISCHE GESELLSCHAFT* SOBRE LA REFORMA DE LA LEY CONYUGAL (1905)

Ediciones en alemán

1905 *Mitteilungen der Kulturpolitischen Gesellschaft. Protokolle der Enquete betreffend die Reform des österreichischen Eherechts*. Viena: s/d.

1978 Boyer, John, 'Freud, Marriage and Late Viennese Liberalism: A Commentary from 1905'. *The Journal of Modern History*, vol. 50, n.º 1 (marzo de 1978), pp. 72-102.

Ediciones en español

1990 'Encuesta sobre las reformas de las leyes de matrimonio', *El Murciélago*, n.º 2, mayo de 1990, pp. 9-10 (traducción realizada por Graciela Musachi a partir de una versión francesa del material).

En 1902 un grupo de intelectuales liberales había fundado la *Kulturpolitische Gesellschaft*, liderada por el abogado y escritor Robert Scheu (1873-1964), cuyo fin era propiciar investigaciones y proyectos de reforma política que tuviesen impacto público. Cuando en mayo de 1904 el Gobierno imperial creó una comisión que evaluara una posible reforma del código civil, aquella sociedad decidió tomar la delantera y organizó una serie de conferencias que versaron acerca de uno de los puntos más polémicos: el derecho al divorcio. La ley por entonces vigente no reconocía aquel derecho; cuando una pareja casada se disolvía, el único recurso disponible era la obtención de una separación legal, que impedía obviamente la posibilidad de contraer un nuevo matrimonio.

Muchos de los comentadores y conferencistas que participaron de aquellos debates auspiciados por la mencionada sociedad de liberales eran abogados, periodistas y algunas representantes feministas. Por el lado de la psicología, hicieron saber su parecer Wilhelm Stekel y Sigmund Freud. Este último envió por escrito su respuesta a algunas de las preguntas del cuestionario. Su intervención, leída el 8 de febrero de 1905 por Fred Fakler, fue incluida en las actas impresas por la *Kulturpolitische Gesellschaft* ese mismo

año. Ese material permaneció olvidado hasta su recuperación en 1978 por el historiador John Boyer (1978), quien en su rico comentario ha subrayado dos aspectos principales: por un lado, el modo en que estas opiniones de 1905 anticipan aquello que más extensamente Freud (1908) abordará en su ensayo titulado “La moral sexual ‘cultural’ y la nerviosidad moderna” (Freud, 1908); por otro, que allí se refleja el tipo de liberalismo desilusionado que abrazó durante la mayor parte de su vida.¹² A diferencia de muchos liberales de fines del siglo XIX, Freud descreía de la capacidad transformadora de la ley, pues le asignaba un papel de mera regulación de aquello que él consideraba como algo natural o inmodificable.¹³

E. G. R. y M. V.

- 12 • En el trabajo de Boyer, el lector encontrará una completa presentación del contexto en que la *Kulturpolitische Gesellschaft* llevó a cabo sus actividades, y un excelente análisis de las distintas respuestas dadas por intelectuales y activistas al cuestionario sobre la ley de matrimonio. Ese texto contiene asimismo una transcripción de la intervención original de Freud (en alemán) y su traducción al inglés.
- 13 • El trabajo clásico de William McGrath (1986) sigue siendo un análisis aleccionador sobre el paulatino descreimiento de Freud respecto de la eficacia transformadora de la política.

**Respuesta de Freud a la encuesta
de la *Kulturpolitische Gesellschaft* sobre la reforma
de la ley conyugal (1905)**

• 110

Secretario Fred Fakler: El señor profesor Freud comienza [Fakler lee]: “Solo contesto a aquellas preguntas que están en relación más próxima con mi actividad y mi experiencia como médico”.

Preg. 2: ¿Está implicado en el concepto de *matrimonio* de nuestra cultura que el matrimonio sea monogámico, esto es, está una poligamia simultánea o sucesiva en contradicción con nuestro concepto de *cultura*?

Ad 2: Puedo claramente figurarme que al menos la poligamia sucesiva puede ser conciliada con las exigencias de nuestra cultura. Esto sería en parte solo una legitimación [*Sanktion*] de circunstancias ya existentes.

Preg. 7: ¿Presta un mayor servicio a la moralidad que las relaciones sexuales existentes resulten legalizadas o, en la medida en que sean extramatrimoniales, que resulten obstaculizadas?

Ad 7: Quizá el único camino practicable para promover la moralidad sería la legalización de relaciones entre los sexos distintas de las matrimoniales, por consiguiente el otorgamiento de una magnitud mayor de libertad sexual y el acotamiento de la prohibición sobre esa magnitud.

Preg. 8: ¿Cabe exigir la igualdad de derechos de ambos sexos?

Ad 8: La igualdad de derechos de ambos sexos está directamente excluida a causa de sus diversos roles en la función reproductora.

Preg. 9: ¿Puede pensarse dentro del matrimonio una diferenciación de tipo tal que fuesen reconocidos matrimonios con distinto estatuto legal, en especial con respecto a la descendencia (*matrimonium iuris gentium* y *matrimonium iuris civilis*)?

Ad 9: Nuestro conocimiento actual de las leyes de la herencia no me parece ir suficientemente lejos como para disponer en numerosos casos —o categorías de casos— una prohibición de matrimonio en razón del daño temido de la descendencia. Junto con la degeneración comúnmente reconocida a consecuencia de la herencia, deben ser también admitidos, en las generaciones siguientes, los procesos de regeneración; si fuera de otro modo,

todos los hombres vivos de hoy tendríamos que haber sucumbido desde hace mucho a la progresiva degeneración hereditaria.

Tampoco es cuestión de reducir tan sensiblemente los derechos de los vivos en favor de los no natos.

111

Preg. 25: ¿Debe el matrimonio ser indisoluble? ¿Incluso tras la ruptura de hecho?

Ad 25: La indisolubilidad del matrimonio contradice principios éticos e higiénicos y experiencias psicológicas. Se presenta especialmente como una injusticia contra la mujer, la que es obligada por condiciones naturales a contraer matrimonio a edad muy joven y así en plena inmadurez emocional {*geistige Unreife*}, y que es también forzada, por exigencias sociales, a entrar en el matrimonio sin conocimiento de la vida amorosa.

Preg. 37: ¿De qué manera se pronuncia la ciencia sobre los efectos de la continencia sexual continua en las diferentes edades de la vida para diferentes disposiciones individuales?

Ad 37: Acerca de los efectos de la continencia sexual continua los representantes de la ciencia médica se han pronunciado de modos muy distintos, en buena parte porque aspiraron a evitar, con intención más o menos clara, expresiones que habían de ser incómodas para el orden sexual imperante. Muchos médicos prefieren todavía hoy subestimar la poderosa pulsión sexual en una magnitud que debe parecer extraña a todo conocedor de las circunstancias reales, y esto porque suponen que la dignidad de la ciencia así lo exige de ellos.

Soy de la opinión de que solo a una ínfima minoría de personas, con una constitución particularmente afortunada, le es posible llevar a cabo la abstinencia sexual sin daño, ya sea que fueren de naturaleza más fría, ya sea que acudieren en su ayuda unos distractivos extraordinarios. La abstinencia sexual superior a un periodo prolongado de la vida es, no obstante, casi imposible para la gran mayoría; a los obstáculos existentes suelen someterse solo los débiles; pero las naturalezas más potentes suelen sustraerse a ellos. Es admitido que la abstinencia sexual por sí sola no es muy frecuentemente encontrada como causa de enfermedad. Pero esto procede en principio de que los hombres normalmente dotados suelen abrirse paso a través de tales restricciones de forma tal que sus efectos solo pueden ser estudiados

de modo apropiado en aquellos predispuestos para la patología, que frecuentemente también se perjudican a través de un sustituto inadecuado para las relaciones sexuales. El daño físico en caso de la contención sexual continua puede describirse como una disposición para distintas formas de nerviosidad; pero más significativas me parecen las consecuencias psíquicas, habitualmente menos observadas, de la abstinencia {*Enthalsamkeit*} no voluntaria. El individuo consume sus fuerzas espirituales en la lucha sin descanso contra la tentación, y con ello se empobrece en las cualidades que necesita para sus deberes sociales: autoconfianza, energía y atrevimiento.

Lo dicho se refiere ante todo a varones y a la exigencia de contención por un largo espacio de tiempo. Una abstinencia {*Enthalsamkeit*} temporaria es en cambio fácil de alcanzar, y por cierto tanto más fácil cuanto más normal es el varón en su vida sexual, en especial si existen ocupaciones espirituales abundantes.

Para las mujeres me parece seguro que el cumplimiento de la abstinencia tiene éxito más frecuentemente que para los varones, aunque para muchas de ellas implique un sacrificio psíquico aún mayor. Por lo demás, una parte de las mujeres cultas parece actualmente haber sido educada para la frigidez.

Un aplazamiento de las relaciones sexuales en la juventud es posible sin perjuicio en circunstancias normales.

Preg. 38: ¿Puede elevarse una aspiración general de abstinencia {*Enthalsamkeit*}? ¿No debería reconocerse una compulsión irresistible en muchos casos de adulterio donde la satisfacción dentro del matrimonio, en especial en las parejas separadas, por las razones que fuere está siempre excluida?

Ad 38: Surge de lo anterior que no puede elevarse una aspiración general de abstinencia, y que del hecho del matrimonio no se deriva en modo alguno un compromiso sexual en tanto el matrimonio ya no cumpla los deberes de satisfacción de las pulsiones sexuales normales.

Preg. 45: ¿Debe conformar la enfermedad mental {*Irrsinn*} duradera una razón para la separación?

Ad 45: La enfermedad mental duradera merece un lugar entre las razones de separación marital, ya que supone la extinción de la personalidad.

Preg. 54: ¿Debe el sexo femenino estar representado en el Tribunal de Parejas?

Ad 54: Simplemente es justo y adecuado consultar a las mujeres para tratar los problemas que conciernen a su esencial rol en la vida, y reconocerles voz en todas esas decisiones.

113 .

Profesor Dr. Sigmund Freud

Tercera parte. Las terapias: de la hipnosis a la psicoterapia

En esta parte se han incluido tres opúsculos del periodo en que Sigmund Freud utilizó la hipnosis como terapéutica de las neurosis, más una reseña acerca de un temprano informe sobre psicoanálisis presentado en 1910 en Buenos Aires por un médico de origen chileno. Las palabras que figuran a continuación sirven como introducción general a aquellos tres documentos relativos al hipnotismo. Respecto de la reseña de 1910 el lector hallará mayor información en la oportuna presentación del material traducido.

Existe una profusa bibliografía acerca de la importancia que tuvo la hipnosis para la construcción de los fundamentos de la teoría y la técnica psicoanalíticas. La experiencia directa y cotidiana que Freud tuvo con el hipnotismo en su trabajo clínico durante diez años (entre 1886 y 1896) ha sido descrita, muchas veces, como un elemento esencial de la historia del psicoanálisis, tanto en lo que respecta al esclarecimiento de los fenómenos inconscientes como en lo tocante a la creación de un novedoso dispositivo terapéutico basado en la relación transferencial.¹ No obstante, hay una serie de dificultades relativas a este tópico que generan disenso entre los investigadores que se han ocupado de él. Por una parte, hay un problema consistente en la manera con que el propio Freud se refirió más tarde al rol desempeñado por la hipnosis en la génesis de su teoría y su técnica. En diversos escritos aparecidos después de 1900 aludió diversamente al vínculo entre su terapia y el tratamiento hipnótico-sugestivo, a las razones por las cuales había decidido abandonar este último y a la función que aún le correspondía a la sugestión en el análisis.² Es evidente que acerca de esos puntos Freud emitió a lo largo de su vida juicios sobremanera dispares. Por otra parte, hay que considerar la relativa escasez de fuentes primarias. A pesar del interés que Freud mostró hacia la hipnosis en sus primeros acercamientos a la terapia de las neurosis, no dejó mucho escrito sobre el tema. Durante el periodo en que utilizó la herramienta hipnótica en su consultorio, Freud redactó pocos informes que

- 1 • Para una primera aproximación a esta temática, véase Ellenberger (1970), Chertok y Saussure (1973), Levin (1978) y Le Gaufey (1998). La investigación más completa e informada sobre la relación entre Freud y la hipnosis se debe a Andreas Mayer y su libro *Mikroskopie der Psyche. Die Anfänge der Psychoanalyse im Hypnose-Labor* (2002).
- 2 • Este tema ha sido tratado recientemente en Thompson (2011). Para conocer la lectura que de él han hecho algunos historiadores críticos, véase Borch-Jacobsen (1996) y Borch-Jacobsen y Shamdasani (2006).

sirvan de testimonio sobre su trabajo terapéutico o en los que ensayara un desarrollo teórico sobre un enfoque que por aquel entonces algunos médicos consideraban una opción legítima del *ars curandi*. De hecho, fuera de los informes preparados para *Estudios sobre la histeria* (1895), existe un único texto freudiano referido a la curación por hipnosis de un trastorno nervioso (Freud, 1892-1893). A él cabe sumar algunos prólogos, unas pocas reseñas y un solo artículo conceptual (Freud, 1888 [1888-1889], Freud [1889], Freud [1891a]). Freud dio en cambio varias conferencias sobre este particular, pero no queda de ellas, en su mayoría, ningún registro.³ Finalmente, existen materiales que, a pesar de contener valiosas informaciones sobre la familiaridad de Freud con la hipnosis, aún no habían sido traducidos a otras lenguas, como por ejemplo al español. El libro que el lector tiene entre sus manos viene a saldar esa deuda.

La confluencia de estos factores motiva que todavía al presente este periodo de la vida profesional de Freud no sea —ni siquiera por especialistas— cabalmente conocido.

La historia del acercamiento de Freud a la técnica hipnótica tiene un punto de inicio muy claro: su estadía de algunos meses, entre fines de 1885 y comienzos de 1886, en París junto con Charcot. Allí, tal y como él mismo relata, tuvo oportunidad de procurarse “experiencias propias sobre los fenómenos del hipnotismo” (Freud, 1886a, p. 13). No fue, sin embargo, con Charcot que tuvo la ocasión de estar ante experiencias de ese tipo por vez primera, pues siendo joven había presenciado las demostraciones públicas que realizara el magnetizador e ilusionista Hansen (Freud, 1925, p. 16).⁴ Pero esos meses en la capital francesa le significaron la oportunidad de valorar de cerca, y desde un ángulo científico, las inquietantes manifestaciones de la hipnosis. El joven neuropatólogo, que había planeado consagrarse a la morfología del órgano cerebral, retornó a Viena con la determinación de cambiar el laboratorio de anatomía por la clínica de las enfermedades neuróticas. En

3 • Esa carencia de fuentes quizá algún día sea subsanada mediante la edición de las cartas de Freud de ese periodo, muchas de las cuales aún no pueden ser consultadas.

4 • Estudios recientes (Wolffram, 2009, pp. 86-88) han mostrado que otras grandes figuras de la ciencia médica alemana comenzaron a interesarse en la hipnosis luego de haber asistido a las sesiones públicas realizadas por Hansen en sus giras.

mayo de 1886 dictó ante dos distintas sociedades médicas un par de conferencias sobre hipnosis, cuyo contenido no se ha conservado. En octubre y noviembre de ese año, poco después de haber concluido la traducción de un volumen con las clases de su maestro Charcot (Freud, 1886c), realizó dos exposiciones sobre manifestaciones histéricas en el hombre (véase *supra*, primera parte).

Su progresivo trabajo en relación con la histeria puede ser reconstruido fácilmente en base a sus publicaciones de la época, pero, como ya se ha indicado, los materiales escritos sobre la hipnosis son en cambio escasos. Dado que el intercambio epistolar con su amigo y colega Wilhelm Fliess comienza recién hacia fines de 1887, la primera indicación proviene de una reseña redactada para una publicación pediátrica, aparecida en marzo de ese año y nunca antes traducida a nuestro idioma. Se trata del comentario de un texto de Oswald Berkhan, referido a unos intentos de este clínico por abordar, mediante hipnosis, la sordera de nacimiento en niños pequeños. Si bien la reseña es demasiado breve y no contiene un juicio de corte valorativo, la decisión de haberla realizado implica muy probablemente una defensa entusiasta de las posibilidades curativas de esta técnica, incluso para patologías consideradas incurables. En esa misma dirección parece apuntar la segunda reseña traducida aquí, publicada en febrero de 1888, sobre un trabajo de Heinrich Obersteiner, quien postulaba, para explicar ciertos fenómenos de los imanes en la sensibilidad humana, un “sentido magnético” que se mostraba acrecentado en algunos estados (hipnosis e histeria). Freud destinó palabras elogiosas a Obersteiner por su atrevimiento para abordar, sin prejuicios, unos hechos de tenor maravilloso: “De modo especial debe ponerse de relieve el punto de vista científicamente correcto del autor, que evita cuidadosamente rechazar como imposible o como engañoso lo que sobrepasa el círculo de sus propias experiencias, y en cada oportunidad separa la pregunta sobre la veracidad de un hecho establecido, aun si este fuera de apariencia milagrosa, de la pregunta acerca de la posibilidad de explicarlo a través de nuestras actuales concepciones fisiológicas”.

Poco antes, en diciembre de 1887, en una carta a Fliess, Freud le había confiado que en las últimas semanas se había “arrojado sobre la hipnosis” y que había “alcanzado toda clase de logros pequeños pero asombrosos” (Masson, 1985, p. 5). En una esquila de mayo del año siguiente, por medio

de un enunciado escueto y aforístico, le hacía entender a su interlocutor que ese nuevo interés había llegado a monopolizar su atención: “La época de la hipnosis ha llegado” (Masson, 1985, p. 9). En 1888, comienza a redactar algunas páginas sobre hipnosis, las cuales permiten apreciar su posición respecto de un tema que, para el momento, generaba fuertes controversias en la comunidad científica.

Para los que aceptaban el recurso hipnótico, existía el debate entre las diferentes perspectivas pregonadas por dos escuelas francesas: la de París, liderada por Charcot, y la de Nancy, por Bernheim. Freud siguió de cerca las polémicas entre las dos líneas enfrentadas, y tradujo al alemán algunas obras de aquellos autores (Freud, 1886c, 1888 [1888-1889]). Su temprana defensa de la escuela de Charcot fue cediendo terreno a una creciente aceptación del enfoque de Bernheim, sin abandonar jamás del todo los puntos de vista de la Salpêtrière. Debido a que la conferencia dictada por Freud (abril y mayo de 1892) constituye un episodio inflexional dentro de su periplo intelectual (y es sin lugar a duda el documento más valioso incluido en esta parte), será apropiado contextualizarla en el foco más amplio del debate mencionado.

En resumidas cuentas, la batalla entre aquellas escuelas giró alrededor de la definición de dos grandes problemas, recíprocamente vinculados: la naturaleza de la patología histérica y la de la hipnosis. Para Charcot y sus discípulos la histeria era una enfermedad en el cabal sentido de este término, pasible de caracterización mediante una semiología objetiva, siempre verificable. Por otro lado, para esos mismos médicos, la hipnosis era un *estado patológico*, existente solo en organismos enfermos, y que permitía poner al descubierto procesos reflejos y automáticos. El individuo hipnotizado era, a sus ojos, un “sujeto descerebrado” en quien se producían fenómenos de resorte inconsciente y donde los procesos ideativos no tenían ninguna participación (Carroy, 1991). Por el contrario, para los integrantes de la escuela de Nancy todo lo que ocurría en estado hipnótico era consecuencia de las sugerencias producidas, muchas veces sin saberlo, por la mano del operador. Siendo que la sugestión era definida como la capacidad de injertar una idea en la mente de otro (y de manera tal que este, más tarde, la asumiera en calidad de propia), y dado que la hipnosis era por completo reductible a los poderes de la sugestión, derivaba de ello, en consecuencia, que los sucesos hipnóticos no develaban presuntos procesos fisiológicos de automatismo,

sino que eran la expresión de representaciones e imaginaciones impuestas por un tercero. La crítica de Bernheim a las experiencias realizadas en París iba adherida a una refutación de la teoría sobre la histeria sostenida por Charcot. Los fenómenos histéricos observados en la Salpêtrière no tenían objetividad: no eran los signos positivos de una enfermedad, sino simples derivaciones de las sugestiones instiladas por profesionales demasiado crédulos.⁵

En los inicios de su recorrido, Freud adhirió sin reservas al bando de Charcot, tanto en cuestión de histeria (su primer escrito acerca de este cuadro puede ser calificado como lo más *charcotiano* de su producción [Freud, 1888]) como en lo relativo a los fenómenos hipnóticos. Sobre este punto expuso por primera vez su parecer en el prólogo que redactó en agosto de 1888 para su traducción de un trabajo de Bernheim (Freud, 1888 [1888-1889]). En estas páginas hizo un encomio de los aportes del médico de Nancy, sobre todo de su afirmación acerca de que los fenómenos del hipnotismo se aproximan a los hechos de la vida psíquica normal, pero en torno a las tesis capitales del debate se mostró adherente, todavía, de las enseñanzas de Charcot. Freud revelaba conocer perfectamente los alcances y las consecuencias de las críticas de Bernheim:

Si los partidarios de la teoría de la sugestión están en lo cierto, todas estas observaciones de la Salpêtrière pierden valor, y aun pasan a ser unos errores de observación. En tal caso la hipnosis de los histéricos no tendría caracteres propios; el médico podría instilar en sus hipnotizados la sintomatología que él quisiera; por el estudio del *grand hypnotisme* no averiguaríamos qué alteraciones de la sensibilidad dentro del sistema nervioso de los histéricos se relevan entre sí frente a diversos tipos de intervención, sino solo qué propósitos sugirió Charcot a sus sujetos de experimentación, de una manera inconsciente para él mismo (Freud, 1888 [1888-1889], p. 84).

Como puede apreciarse, deja fuera de dudas que para él los fundamentos últimos de la doctrina de Charcot siguen siendo acertados a pesar de los embates de sus enemigos de Nancy. Destaca su creencia en la “objetividad de la sintomatología histérica”, cuyos principales elementos “no son

5 • Existen excelentes trabajos acerca de los debates entre Nancy y París. Para una útil introducción en esa materia, recomendamos sobre todo Carroy (1991), Gauchet y Swain (1997) y Edelman (2003).

sospechables de provenir de la sugestión médica” (Freud, 1888 [1888-1889], p. 85), y rechaza el argumento más incisivo y audaz de Bernheim, al subrayar que las manifestaciones del hipnotismo en la histeria no son “debidas a la sugestión del investigador” (Freud, 1888 [1888-1889], p. 85).⁶

En ese mismo prólogo se evidenciaba otro aspecto del vínculo de Freud con los fenómenos hipnóticos, generalmente pasado por alto. Si a todo médico que practicara la terapia hipnótica se le volvía imperioso tomar posición en la polémica por uno u otro bando, Freud se posicionaba, gracias a sus traducciones y por fuera de aquella disputa entre autores franceses, de cierta manera ante el medio científico especializado de lengua alemana. Sus tempranas incursiones teóricas en este problema están llenas de alusiones y críticas a colegas de habla alemana, sobre todo a su antiguo maestro Theodor Meynert (1833-1892), quien poseía un fuerte influjo en la comunidad de neurólogos de Viena y desde temprano había mostrado su desacuerdo con la aplicación de hipnosis (Sulloway, 1979, pp. 22-51). En este prólogo, Freud es consciente de las consecuencias que la traducción de un trabajo de Bernheim podía producir entre sus pares inmediatos: por un lado, la circulación de las ideas del médico francés podía servir para la difusión de las ventajas terapéuticas del hipnotismo, pero su tesis de la sugestión, según la cual los signos de la hipnosis y la histeria eran a fin de cuenta resultados del influjo psíquico del médico, daría por seguro pábulo para afirmar que los dos grupos de fenómenos pertenecían al terreno de la simulación, y que por ende no merecían atención científica.⁷

- 6 • Esas mismas ideas están contenidas en la carta que le envía a Fliess el 29 de agosto de ese año, en la que le informa: “No comparto las opiniones de Bernheim, que me parecen unilaterales, y he intentado defender en el ‘Prólogo’ el punto de vista de Charcot” (Masson, 1985, p. 10).
- 7 • Freud muestra tener conocimiento de ese estado de cosas no solo en varios pasajes del prólogo de 1888, sino también en una carta a Fliess ya citada, en la cual escribe: “La teoría sugestiva, o sea, ‘iatrosugestiva’ de Bernheim tiene un hechizo de *common place* para los médicos alemanes que no necesitan dar un gran salto para pasar de la teoría de la simulación, que ahora sustentan, a la teoría de la sugestión” (Masson, 1985, pp. 10-11). En esa misma esquelita queda claramente en evidencia que Freud se interesaba en la hipnosis no solo por el valor clínico de esa terapia, sino en base a una estrategia consciente: especulaba que el hipnotismo se convertiría en el futuro en un gran capítulo de la neurología y la psiquiatría; en tal sentido, si uno quería tener cierta incidencia en esos campos, era obligado dirigirse en esa dirección. En un pasaje de esa carta, le dice a Fliess: “He emprendido

Las críticas a Meynert se endurecieron en la reseña que Freud publicó a mediados de 1889 sobre un libro de Forel (Freud, 1889). Esa reseña, tal y como nos informa James Strachey en su presentación, apareció en dos entregas. La primera de ellas, editada en julio, contiene casi exclusivamente una crítica frontal y por momentos irónica a todos los profesionales que, al modo de Meynert, rechazan el uso de la hipnosis sin haber jamás utilizado esa herramienta y sin tener conocimientos suficientes de ella. Antes de dar a la prensa la segunda entrega, impresa a fines de noviembre, Freud viajó a Nancy para conocer a Bernheim y sus experiencias.⁸ Es imposible minimizar el impacto inmediato y duradero que ese viaje tuvo en Freud, pero basta indicar que luego de él se inclinó por primera vez en favor de la escuela de Nancy. Así, al momento de recordar las distintas teorías existentes sobre el hipnotismo (la “somática” de Charcot, y la de “la sugestión” de Bernheim), Freud emite un parecer que supone un giro significativo en su pensamiento: “Solo apuntaremos aquí que para el médico que se proponga estudiar y aplicar la hipnosis lo mejor será, indudablemente, adherir de antemano a la teoría de la sugestión” (Freud, 1889, p. 106). Al continuar la lectura de esa reseña, vemos que la nueva defensa de Bernheim se apoya no solo en motivos prácticos o clínicos, sino que está basada asimismo en una nueva valoración de su teoría completa. Dando la espalda a Charcot, Freud de pronto sostiene que el hipnotizado “no es un mero autómatas” (Freud, 1889, p. 107).

el trabajo [de traducir a Bernheim] muy de mala gana, solo para mantener mi participación en un asunto que en los años venideros ha de influir sin duda profundamente en la práctica de los especialistas en enfermedades nerviosas” (Masson, 1985, p. 10). En otro orden de cosas, el diagnóstico trazado por Freud en su prólogo a Bernheim acerca de la poca aceptación que la hipnosis había logrado en la ciencia producida en lengua alemana parece hallar su comprobación en el hecho siguiente. Cuando en agosto de 1889 se realizó en París el Primer Congreso Internacional de Hipnotismo (en el cual confluyeron los representantes principales de París y de Nancy), fue llamativamente escaso el número de miembros adherentes por parte de Alemania (cinco miembros) y del Imperio austro-húngaro (apenas dos, incluido Freud) (Bérillon, 1889, pp. 11). De hecho, Freud asistió a ese encuentro internacional en compañía de Bernheim, pues poco antes había visitado al maestro de Nancy en compañía de su paciente Cécilie M.

- 8 • Al proceder de ese modo, Freud hacía lo mismo que los extranjeros que viajaban a Francia para profundizar sus conocimientos sobre hipnotismo. Tal y como ya ha sido documentado en investigaciones recientes, la mayoría de los médicos alemanes o ingleses elegían dirigirse a Nancy en vez de a París (Chetnar, 2012).

Los ecos de ese giro se perciben en el único artículo teórico redactado por Freud sobre hipnosis antes de las conferencias de 1892 (Freud, 1891).⁹ Allí enunciaba, contra una de las premisas de Charcot, que “todos los seres humanos son hipnotizables” (Freud, 1891, p. 138), y volvía a descartar que el individuo hipnotizado fuera un “autómata psíquico” (Freud, 1891, p. 144). Realizó largas consideraciones en torno a las técnicas inductivas de hipnosis, a las condiciones en que esta podía ser aplicada y a sus usos más recomendados.¹⁰ No dijo, sin embargo, nada acerca de las diferentes versiones del hipnotismo, acaso en razón de que el artículo debía integrar un libro sobre terapéutica para médicos prácticos.

El recorrido hecho hasta aquí conforma una instructiva antesala para referirnos, finalmente, al ya citado informe de la conferencia de abril y mayo de 1892, cuya traducción se encuentra más abajo. Este material permite seguir con un mayor detalle de qué forma Freud abandonó en su práctica la hipnosis terapéutica tradicional, apoyada en mandatos (sugestión), para abrazar la técnica de Breuer y más tarde aventurarse en su propia teorización sobre la formación de síntomas histéricos, de síntomas neuróticos

- 9 • Dejamos de lado en nuestro recorrido el texto “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)”, cuya verdadera fecha de publicación ha dado lugar a reiterados errores. En las obras completas en español, al igual que en la Standard Edition, sigue figurando 1890 como el año de su publicación. Gerhard Fichtner ha brindado sobradas evidencias de que en realidad ese artículo fue escrito mucho después, entre 1895 y 1897 (Fichtner, 2008).
- 10 • En las páginas de 1891, Freud afirma que el “genuino valor terapéutico” de la hipnosis reside en las sugerencias que se le imparten al enfermo en ese estado (por ejemplo se le ordena que deje de sentir tal o cual dolor). Ahora bien, al final de ese párrafo, agrega que solo en los casos en que los pacientes entran en sonambulismo completo es aconsejable dejarlos hablar; a renglón seguido, y en alusión al método catártico ideado por su colega y maestro Breuer, afirma: “Se alcanza el más vasto influjo psíquico si en la hipnosis se les indaga acerca de sus síntomas y del origen de estos” (Freud, 1891, p. 144). Cabe recordar que ya en su temprano escrito de 1888 Freud describía, con un poco más de detalle, los ventajosos resultados de la técnica catártica de Breuer (Freud, 1888b, p. 62). Continúa siendo un enigma la razón por la cual Freud, quien indudablemente conocía los pormenores de la catarsis desde antes de 1888, no habló de ella en los escritos del periodo que estamos considerando aquí. Gracias a los detalles sobre el tratamiento de la paciente Emmy von N., contenidos en *Estudios sobre la histeria*, sabemos que en mayo de 1889 Freud utilizó por primera vez el método catártico en su clínica, sabemos también que por ese entonces, según sus palabras, “estaba aún muy lejos de dominarlo” (Freud y Breuer, 1895, p. 71).

en general y, de un modo más vasto, sobre el modo de procesamiento psíquico inconsciente.

En esta conferencia, como en intervenciones anteriores, Freud se había dado al objetivo de reivindicar el uso médico del hipnotismo. Extensos tramos de su exposición los dedicó a tratar determinados puntos que ya habían sido considerados previamente, sobre los que a su vez retornará en algunas obras ulteriores, como ser la importancia de atender a aquellas condiciones en que el hipnotismo es efectivo o la falta de consistencia de los argumentos esgrimidos por quienes lo denostaban. Ahora bien, en este informe de 1892 aparecen como novedad algunos elementos que retienen nuestra atención. En primer lugar, un pasaje en particular de ese documento parecería indicar que Freud, llevando al extremo la postura que ya se insinuaba en su prólogo a Forel (Freud, 1889), había decidido inclinarse casi completamente en favor de la escuela de Nancy. Así, siempre según el informe, en esa conferencia Freud se habría reconocido “sin reservas partidario” de esa corriente. Ese acercamiento a Bernheim, sin embargo, fue acompañado de críticas a su doctrina (por ejemplo a su definición de la sugestión, a la cual Freud calificaba de “insatisfactoria”), y no conllevó una refutación de la teoría alternativa. Por el contrario, en esta exposición de 1892, Freud defendió diversos puntos de la perspectiva de Charcot, por ejemplo al manifestar que la hipnosis era para él un “estado peculiar físicamente determinable” y no un mero accidente de la sugestión, y también al declarar que él, al igual que Charcot, veía “relaciones especiales entre histeria e hipnotismo”.

En segundo lugar, la exposición de 1892 contiene el germen de la progresiva disconformidad respecto de este acceso hipnótico hasta el sistema inconsciente del enfermo, como si ya aquí empezara a malograrse, prematuramente, el futuro del hipnotismo dentro de la concepción de Freud. En este caso, ello está referido a la duda de si la “sugestionabilidad” es el agente decisivo, y la hipnosis tan solo un epifenómeno. En ese punto, Freud volvía la espalda a Bernheim, desistiendo de privarla de cierta naturaleza irreductible. El mayor problema era que en la experiencia la hipnosis profunda, donde se revela toda la potencia clínica de este utillaje, es un estado que se alcanza solo con pocos pacientes. Ya fuere que su formación fuertemente organicista (sumada a la fidelidad a su maestro Charcot, con

quien compartía el anhelo de no abandonar el terreno de la neurología a la hora de considerar estos problemas) impidiera a Freud abrazar una teoría completamente psicológica de la sugestión y la hipnosis, ya que sus problemas personales en el ejercicio de la hipnosis (tal como él mismo confesará años más tarde) lo hayan movido a necesitar siempre el terreno seguro de la hipnosis profunda para hacer valer sus intentos de sanación, lo cierto es que ya en mayo de 1892 se ve un pujante escepticismo por parte de Freud respecto del hipnotismo.

En tercer y último lugar, es menester atender a un autor que desempeña una función sobresaliente en las conferencias de 1892. Respecto del tema teórico que más preocupaba en ese entonces, ligado a la posibilidad de reducir la hipnosis a la sugestión, Freud modifica el panorama de las opciones posibles. Ya no se trata de elegir entre París y Nancy. Ya no se trata de defender las obras de Charcot o de Bernheim. De forma reiterada, en el informe de 1892 Freud afirma que, en vistas de despejar la incógnita más importante de ese capítulo de la medicina, uno debe decidir si está en favor o en contra de Joseph Delboeuf (1831-1896) cuando este afirma que a fin de cuentas no existe el estado hipnótico sino solo distintos grados de sugestionabilidad. Dado el valor que Freud asigna a este autor en esa oportunidad, podemos colegir que había leído con detenimiento sus libros y artículos.¹¹ El material de 1892 nos enfrenta a una evidencia que no aparece más que en esta fuente primaria. Esa evidencia tiene que ver con la pertinencia de incluir a Delboeuf en la lista de influencias teóricas de Freud en uno de los momentos más relevantes de su desarrollo profesional. Siendo que Delboeuf fue el autor que, distanciándose de las dos posturas francesas (que coincidían en concebir como pasivo al individuo hipnotizado), señaló el papel radicalmente activo asumido por el sujeto de la hipnosis, se impone la necesidad de edificar alguna conjetura sobre el impacto que esa obra tuvo sobre el pensamiento de Freud (Carroy, 1991). Es atinado preguntar si ese contacto con las tesis de Delboeuf no cumplió alguna función en el movimiento que permitió a Freud,

11 • Cabe aclarar que el nombre de Delboeuf ya había aparecido incidentalmente en la reseña a Forel (Freud, 1889, p. 110), y que volvería a figurar, en varias oportunidades, en *Estudios sobre la histeria*. Por otro lado, un libro de Delboeuf acerca de los sueños (editado en 1885) sería citado en varias ocasiones por Freud en *La interpretación de los sueños*.

primero, readueñarse del método catártico de Breuer (en el cual la hipnosis terapéutica ya no se basa en la aplicación de mandatos sugestivos, sino en la convocatoria a que el paciente se involucre activamente en la búsqueda de recuerdos), y segundo, comenzar a especular sobre la posibilidad de una mente inconsciente que manipula representaciones.

127 ·

E. G. R. y M. V.

Nota sobre la traducción

• 128 Para los tres documentos sobre hipnosis que siguen a continuación hay que advertir que, cuando *Hypnose* no indicaba la herramienta terapéutico-experimental sino la condición en que se encuentra el individuo sometido a ella, se ha traducido 'estado hipnótico'. En las otras ocasiones, se ha vertido por 'hipnosis'. Según entendemos, ello preserva la distancia entre la técnica y la situación a la cual es llevado el sujeto de este abordaje.

11. INFORME SOBRE EL TEXTO DE BERKHAN, “ENSAYOS PARA CORREGIR LA SORDOMUDEZ, Y LOS ÉXITOS DE ESTOS ENSAYOS” [VERSUCHE, DIE TAUBSTUMMHEIT ZU BESSERN UND DIE ERFOLGE DIESE VERSUCHE] (1887)¹²

Ediciones en alemán

1887 ‘Referat über Berkhan, “Versuche, die Taubstummheit zu bessern und die Erfolge diese Versuche”, *Zentralblatt für Kinderheilkunde*, vol. 1, n.º 2, 19 de marzo de 1887, p. 36.

1987 ‘Referat über Berkhan, “Versuche, die Taubstummheit zu bessern und die Erfolge diese Versuche”. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 103-104.

Esta comunicación no dejará de provocar revuelo y de recomendar nuevamente a los médicos los escritos del original investigador Braid, el padre del hipnotismo. Sobre la base de las indicaciones de Braid en cuanto que habría conseguido devolver a varias personas sordomudas de nacimiento, a través de la sumisión en estado hipnótico, un uso al menos parcial de la audición, Berkhan se puso en contacto con médicos especialistas en sordomudez para la reiteración de tales ensayos. Varios niños, cuya absoluta sordera había sido confirmada antes de la experiencia, fueron hipnotizados mediante la fijación de la mirada en una bola de cristal brillante. La hipnosis se logró después de entre cinco y nueve minutos. Durante la misma se gritaba al oído de los niños las distintas vocales, ante ellos se hacía barullo, se silbaba y cosas similares. Transcurridos ocho días la hipnosis fue repetida, y el procedimiento realizado en total de cuatro a seis veces con cada niño. Luego de la hipnosis la capacidad auditiva de los niños fue nuevamente probada y fue establecido que algunos de ellos podían oír algunas vocales, el ruido de un reloj de torre, el silbido del tren y cosas similares. Pudo constatarse una ganancia duradera,

12 • El texto de Oswald Berkhan reseñado por Freud había aparecido ese mismo año en el *Berliner klinische Wochenschrift*. Berkhan (1834-1917) practicaba la medicina en Braunschweig. En 1881, había fundado una institución educativa destinada a oligofrénicos.

en un caso un año y medio después de la puesta en marcha de la experiencia. *El enorme aumento de la excitabilidad de los centros sensitivos por medio de la hipnosis*, que fue comprobado por Charcot en la Salpêtrière, torna comprensibles estos éxitos. En algunos niños sordomudos Berkhan no obtuvo ningún éxito, tal y como él informa abiertamente.

Freud (Viena)

**12. INFORME SOBRE EL TEXTO DE OBERSTEINER,
EL HIPNOTISMO, CON ESPECIAL CONSIDERACIÓN
A SU IMPORTANCIA CLÍNICA Y FORENSE
[DER HYPNOTISMUS MIT BESONDERER
BERÜCKSICHTIGUNG SEINER KLINISCHEN UND
FORENSISCHEN BEDEUTUNG] (1888)¹³**

Ediciones en alemán

1888 'Referat über Obersteiner, *Der Hypnotismus mit besonderer Berücksichtigung seiner klinischen und forensischen Bedeutung*, *Zentralblatt für Physiologie*, vol. 1 (1887/88), n.º 23, 4 de febrero de 1888, p. 632.

1987 'Referat über Obersteiner, *Der Hypnotismus mit besonderer Berücksichtigung seiner klinischen und forensischen Bedeutung*'. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 105-106.

El grueso escrito de ochenta páginas¹⁴ se impone la tarea de caracterizar con la mayor brevedad posible el punto de vista al cual la teoría del hipnotismo ha sido conducida por medio de las investigaciones de los últimos años,

- 13 • La obra de Obersteiner reseñada por Freud había aparecido en 1887 en la colección *Klinische Zeit- und Streitfragen* en Viena. Heinrich Obersteiner (1847-1922) había concluido en 1870 la Carrera de Medicina en esta ciudad. Trabajó como psiquiatra y neurólogo y a mediados de la década de 1870 se hizo cargo de la dirección de una institución para enfermedades nerviosas ubicada en Oberdöbling, en las afueras de la ciudad. En 1887, Freud publicó en el *Wiener Medizinische Wochenschrift* (vol. 37, n.º 50, pp. 1642-1644) una reseña de uno de los trabajos más importantes de Obersteiner, titulado *Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande* (Orientación para el estudio de la configuración del órgano nervioso central en estado de salud y enfermedad). Freud y Obersteiner se conocían personalmente, y por ese entonces mantenían buenas relaciones. En junio de 1885, el primero trabajó durante algunas semanas en el establecimiento de su colega, y no se puede descartar que allí hubierta tenido un primer contacto con la hipnosis, que poco después, durante su estadía en París, se profundizaría (Fichtner y Hirschmüller, 1988).
- 14 • Tal y como se informa en una traducción francesa de este documento, aparecida en 1988, el escrito de Obersteiner tenía en verdad 32 páginas. El error de Freud se produjo, según la atinada conjetura de Fichtner y Hirschmüller, con toda probabilidad debido a que la obra de Obersteiner, aparecida como fascículo segundo de una colección lanzada por Johann Schnitzler, continuaba la paginación de la serie, yendo de la página 49 a la 80 (Fichtner y Hirschmüller, 1988).

y de allí derivar para el médico la necesidad de familiarizarse de forma más cercana con este asunto. En base al más rico conocimiento de la bibliografía y a la propia experiencia, Obersteiner trata el método para la inducción de la hipnosis, las manifestaciones que aparecen durante el estado hipnótico en el área de la motilidad, de la sensibilidad, en la esfera vegetativa, y los fenómenos físicos, así como los hechos y problemas que se anudan a la así llamada “sugestión”, además de la utilización terapéutica de la hipnosis, que parece llamada a tener un rol destacado en la terapia de las neurosis y la importancia del estado hipnótico en el ámbito forense. De modo especial debe ponerse de relieve el punto de vista científicamente correcto del autor, que evita cuidadosamente rechazar como imposible o como engañoso lo que sobrepasa el círculo de sus propias experiencias, y en cada oportunidad separa la pregunta sobre la veracidad de un hecho establecido, aun si este fuera de apariencia milagrosa, de la pregunta acerca de la posibilidad de explicarlo a través de nuestras actuales concepciones fisiológicas. Con respecto al influjo sobre el sistema nervioso a través de imanes, Obersteiner sostiene el punto de vista de que ha de asignarse a los seres humanos un “sentido magnético”, cuyas sensaciones permanecen por norma general por debajo del umbral, pero lo rebasan en circunstancias patológicas (hipnosis, histeria). Obersteiner realiza una observación desacertada — según el parecer del reseñador — acerca de los famosos ensayos de Babinsky junto con Charcot, en los cuales la sugestión es transferida desde una persona hipnotizada a otra por mediación de un imán. Si debiera aceptarse que un imán ejerce efectos sobre un hombre bajo ciertas circunstancias, entonces no debería parecer extraño si este hombre ejerciera a su vez efectos sobre un segundo, así como un trozo de hierro flexible imantado conserva la propiedad de atraer un segundo trozo. Esta analogía no reduce, por cierto, el carácter fantástico del hecho de que un sistema nervioso puede influir sobre otro sistema nervioso a través de otros medios que las consabidas percepciones sensoriales. Más bien debe admitirse que una ratificación de estos ensayos añadiría algo nuevo, hasta ahora no reconocido, a nuestra cosmovisión, y en cierto modo ensancharía las fronteras de la individualidad.

Sigm. Freud (Viena)

13. INFORME DE LA CONFERENCIA “SOBRE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN” (1892)¹⁵

Ediciones en alemán

1892 ‘Über Hypnose und Suggestion. Von Dr. S. Freud, Dozent an der Wiener Universität’, *Internationale klinische Rundschau*, vol. 6, n.º 20, pp. 814-818; 21, pp. 853-856.

1987 ‘Bericht über einen Vortrag “Über Hypnose und Suggestion”’. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 165-178.

Luego de algunas observaciones introductorias sobre su relación personal para con el tema de la conferencia, el orador recuerda que el punto de vista dominante todavía hasta hace poco, según el cual el hipnotismo sería un tejido de embuste y autoengaño, hoy está superado, y que puede afirmarse que en él se trata de un importante campo de hechos psicológicos que concierne muy de cerca al médico. Informa luego que el hecho fundamental del hipnotismo ha sido enunciado en una doble versión, por Charcot y por los hombres de la escuela de Nancy. Luego de una breve ilustración de las teorías charcotianas, pasa a la concepción de la escuela de Nancy, de la que se reconoce sin reservas partidario. Antes de ello, efectúa algunas comunicaciones de interés tanto sobre la personalidad del fundador de esta escuela, el Dr. Liébeault —quien del modo más abnegado ha dedicado su vida a la indagación de este problema— como sobre el profesor Bernheim, cuyas publicaciones han guiado la atención general hacia la teoría, hasta entonces desatendida, y la actividad de Liébeault.

Según el orador, la escuela de Nancy define la *hipnosis* como un estado psíquico particular, en el que la *sugestionabilidad* está aumentada. El orador desea pues consagrar la primera lección a la discusión de los conceptos

15 • Los días 27 de abril y 4 de mayo de 1892, Sigmund Freud dictó una conferencia titulada “Sobre hipnosis y sugestión” ante los miembros del *Wiener medizinische Klub* (Club médico de Viena). En el número 20 del *Internationale klinische Rundschau* apareció, sin firma, un extenso informe sobre el contenido de esa conferencia. Ese informe parece brindar una versión bastante exhaustiva y fiel de las palabras pronunciadas por Freud.

sugestión e hipnosis, y en una segunda conferencia ocuparse del rol terapéutico de la hipnosis.

• 134

El orador dice que la “sugestión” es definida por Bernheim como el acto psíquico a través del cual una representación es introducida en el cerebro de otro y aceptada por este. Pero esta definición parecería insatisfactoria, porque es demasiado amplia; admitiría la derivación de que todo influjo psíquico entre personas distintas es una sugestión, y así quitaría a la sugestión que nos asombra en la hipnosis aquello que le es característico. El orador afirma que Bernheim estaría de hecho dispuesto a aceptar una derivación tal, y que en todos los sucesos psíquicos ve una manifestación de la sugestión. Contra eso, el orador busca determinar, de la mano de ejemplos de mandato, persuasión, instrucción y cosas similares, lo característico de la sugestión, y arriba a la conclusión de que la sugestión consiste en que un cerebro acepta una representación que se le ofrece desde fuera, sin practicar sobre ella ninguna crítica, aunque cuenta con material para esta crítica.

El mérito mayor de la escuela de Nancy consiste pues en que ella ha seguido el rastro a las manifestaciones de la sugestión en todos los campos de la vida anímica del hombre, y en que habría evidenciado que todos nosotros nos revelamos como sugestionables bajo gran cantidad de condiciones, hecho que reclama un interés mucho más vasto que el que meramente tiene para el médico. El orador informó acerca de algunos ensayos de Bernheim sumamente llamativos, que prueban la magnitud de la credulidad {*Gläubigkeit*} por completo inesperada de los seres humanos normales.

Ahora bien, al médico interesaría sobre todo saber bajo qué condiciones los seres humanos son sugestionables. La siguiente es una enumeración no exhaustiva:

1. La sugestionabilidad aumentada se da espontáneamente como un estado anímico anormal duradero en raros casos.
2. Ella se encuentra por momentos en estados afectivos {*Affektzustand*} y bajo el efecto de contagio psíquico {*psychische Infektion*}; de los primeros, cabe citar en especial el estado de credulidad {*Gläubigkeit*} religiosa.
3. Ella se encuentra en los estados de hipnosis profunda que se alcanzan a través de ciertos métodos.

La sugestionabilidad del estado hipnótico muestra ciertas diferencias con respecto a la sugestionabilidad bajo otras condiciones. A saber, que es de tipo general, mientras que otro tipo de aumento de la credulidad {*Gläubigkeit*} se relaciona solo con la<s> sugestión<es> que tienen relación con la condición operante. Así, un individuo religiosamente sugestionado {*ein religiös Suggerierter*} se vuelve crédulo solo ante sugestiones que cuadran con el contenido de su creencia religiosa, pero no crédulo en general. Por ejemplo en Lourdes admitirá sin examen una cura milagrosa, pero ante un intento de ofrecerle en el lugar de un alimento un espejismo, practicará una crítica mordaz. En la hipnosis la sugestión sería posibilitada mediante el debilitamiento uniforme de todas las representaciones existentes, por el contrario, en la credulidad {*Gläubigkeit*} religiosa, mediante el fortalecimiento de un grupo particular de representaciones.

Otro rasgo distintivo de la sugestionabilidad hipnótica consistiría en que ella está unida a la amnesia, lo cual faltaría en la sugestionabilidad que se da bajo otras condiciones. Pero el orador intentó limitar la importancia de esta diferencia en sí misma, al realizar la afirmación de que la amnesia del estado hipnótico procede de que evitamos asociar entre sí estados muy distintos de la conciencia, de modo que ligamos inmediatamente, por ejemplo, los cursos de pensamiento de la mañana con los de la última hora del día anterior {*Abend*}, salteando la noche {*Nacht*}, y en ocasiones notamos que asociamos una noche con otra, y los sueños que comenzaron en una —de los que en el día no hemos sabido nada— son proseguídos luego en la noche siguiente. La amnesia de los hipnotizados no sería otra cosa que la evitación del anudamiento de dos estados de conciencia distintos, puesto que toda hipnosis subsiguiente restituye el recuerdo de las anteriores. Bajo otras condiciones nosotros también seríamos ocasionalmente amnésicos, incluso en el plano de los afectos, tal y como puede observarse en los coléricos, que luego niegan haber empleado expresiones maliciosas.

El orador concluyó diciendo que hasta aquí se habría logrado distinguir los conceptos de *hipnosis* y *sugestión*, pero que en adelante ello se volvería más difícil. Es que cuando se atiende a los métodos a través de los cuales el estado hipnótico es producido, debe entonces concederse que estos consisten por sí mismos en la aplicación de la sugestión. Si se acepta que el estado hipnótico, de acuerdo con las doctrinas de la escuela de Nancy, no tiene

signos corporales permanentes, sino solo el carácter de la sugestionabilidad aumentada, entonces se comprende cómo un partidario sagaz de la escuela de Nancy, el profesor Delbœuf, pudo enunciar la proposición: no hay estado hipnótico sino solamente distintos tipos y grados de sugestionabilidad.

En la segunda conferencia acerca de la importancia de la hipnosis y la sugestión para la terapia —que pretendemos reproducir en detalle— dijo el doctor Freud aproximadamente lo que sigue:

Junto a la medicina académica, que se esforzaba por basar la terapia médica en el conjunto de los respectivos conocimientos de las ciencias naturales (comprendiendo en ellos la concepción físico-matemática o, como en el presente, la químico-biológica), ha habido siempre una medicina “salvaje”, profana y antagónica, cuyo principal carácter era justamente dejar a un lado los fundamentos científicos de la terapia. Así sucede en nuestro tiempo con la homeopatía, los artífices de la medicina naturista, el pastor Kneipp y otros similares. Pero los éxitos de esta terapia profana serían indudables, y no han de ser menospreciados. Si uno se pregunta en qué consistirían, puede muy bien decirse que no se ha dado, por esos métodos, un solo caso de curación que contradijera nuestras inferencias basadas en la anatomía; que nadie, cuyos nervios isquiáticos estuvieran transformados en una madeja de tejido conectivo graso, ha sido llevado a caminar por un curandero o a ver cuando no tuviera en la retina una capa de conos y bastones. Se trataría allí siempre de casos que nosotros también interpretaríamos en principio como curables, y en cuya curación también tendríamos éxito en una serie de oportunidades. Debería mover a la reflexión, no obstante, el hecho de que esta medicina salvaje pudiera ocuparse {*auswählen*} de más o menos lo mismo que nuestra medicina científica, y que incluso logre curar casos particulares que hayan resistido a la terapia racional. Valdría la pena buscar con detenimiento a qué factor la medicina profana debe sus éxitos, y en un examen más fino debería decirse que este solamente puede ser un factor psíquico, puesto que estas curaciones se efectúan bajo tres condiciones diferentes, en todas las cuales el factor psíquico de la sugestión es inconfundible: (1) en lugares a cuya visita está asociado un aumento de la credulidad religiosa, como en Lourdes, el centro de oración de Zellers en el lago de Zúrich y sitios similares. Pero acabamos de reconocer que la credulidad religiosa está entre las más fuertes

influencias sobre el aumento parcial de la sugestionabilidad; (2) en métodos de tratamiento que toman prestada su forma de la medicina científica, pero que solo pueden surtir efecto a través de la fe que inspiran {*Glauben an sie*}, dado que según nuestra visión son completamente inadecuados para los padecimientos que tratan; allí se ubica, por cierto, la homeopatía; (3) allí se ubican incluso los casos en los que una terapia efectivamente racional produce efectos que exceden extensamente su poder real, debido a que aprovecha el influjo sugestivo del médico que conduce el tratamiento. El orador cita aquí las curas de masaje de Metzger y se remite, para esta concepción, a una conferencia de Charcot que describe el efecto sugestivo que emana de Metzger.

A la vista de estas experiencias, adueñarse de este factor sugestivo para emplearlo en su actividad terapéutica puede resultar un deseo legítimo del médico. Para ello se le ofrece, como el procedimiento más cómodo, la aplicación de la sugestión en la hipnosis. La esperanza de expandir considerablemente la esfera de influencia de la terapia racional, cuando se logra colocar a los enfermos en profundo estado hipnótico con amnesia (en el así llamado sonambulismo), se funda, sin embargo, no solo en las ya mencionadas experiencias atinentes a los éxitos de la terapia sugestiva profana, sino también en una serie de hechos que conciernen al tema de la acción recíproca de lo físico y lo psíquico en el hombre. Este tema es tratado en la academia la mayoría de las veces de modo unilateral, de manera tal que los procesos psíquicos se presentan como lo dependiente y lo influenciado. El estudiante oye hablar de las condiciones somáticas de las funciones psíquicas, de la influencia en las mismas a través de la modificación del flujo sanguíneo y a través de sustancias o productos tóxicos. Pero una serie distinta de hechos, que actualmente son dejados en un segundo plano por la medicina académica, muestra que también lo contrario es cierto, que también tiene lugar una influencia altamente significativa de los procesos psíquicos sobre las funciones corporales.¹⁶ Dan testimonio de ello sobre todo aquellas alteraciones corporales que desempeñan el más importante papel para los intercambios entre los hombres, que uno agrupa como expresión de las emociones, y que han adquirido una significación tan grande para la comprensión de las neurosis

16 • El conocido libro de Hack Tuke, *Influence of the mind upon the body* (1872), contiene una magnífica colección de ejemplos de ello (nota del redactor del informe).

desde que se ha reconocido, como lo característico del *status nervosus*, la expresión aumentada de las emociones. Es sabido además que todas las secreciones son producidas e inhibidas en base a las representaciones; se conocen ejemplos de alteraciones tróficas llamativas como consecuencia de alteraciones primarias de la vida representacional {*Vorstellungsleben*}, y precisamente en el ejemplo de la neurastenia se evidencia que actualmente uno a menudo está forzado a admitir un efecto de lo psíquico sobre lo físico allí donde antes lo contrario se consideraba seguro. El orador menciona, como el fenómeno más llamativo de esta serie, la provocación de enrojecimientos de la piel en ciertos sitios por medio de la introducción de una representación en el estado hipnótico —un ensayo que él mismo realizó en reiteradas ocasiones en una paciente de Liébeault— e informa que también, por la misma vía, fueron producidos, por hombres dignos de crédito, supuración y vesicación.

Así pues, si se lograra producir un estado hipnótico profundo, entonces mediante la introducción de representaciones apropiadas: (1) se podrían suprimir todas las manifestaciones que en sí mismas derivan de representaciones, contradiciendo enérgicamente esas representaciones patógenas; (2) se inhibiría o suprimiría también otros síntomas patológicos que son de origen somático, cuando el proceso mórbido no se dé a conocer inevitablemente a través de esos síntomas.

El orador dice que si el empleo terapéutico de la hipnosis parece de tal suerte justificado, entonces es tiempo de valorar la objeción que proviene justamente de aquellos que creen apreciar la significación de la sugestión para la terapia. Se dice que el médico, por cierto, ha de sugestionar, pero que hace esto de todos modos y desde siempre. El médico sugestionaría siempre mediante su personalidad, mediante su aseveración consoladora e incluso introduce una cuota {*Portion*} de sugestión en nuestros métodos de tratamiento racionales. En toda intervención médica, el factor psíquico de la sugestión se mezclaría con el efecto físico-químico de la terapia. Respecto de nuestra electroterapia, actualmente se ha ido volviendo algo cuestionable si ella no descansa en su mayor parte en la sugestión. ¿Por qué entonces la hipnosis, la autosugestión no traería nada nuevo, no sería otra cosa más que un nuevo nombre? Se escucharía muy a menudo este reparo de parte de médicos destacados que gozan de una gran reputación y son de hecho capaces, a través de su mero trato, e incluso de su semblante, de aliviar a los

enfermos. A ello habría de replicarse que la sugestión consciente no es sin embargo practicada en general por los médicos, que ellos no añaden generalmente nada al hecho de que los enfermos se sugestionan. Esto ocurriría en ocasiones, especialmente con personalidades singulares, pero se trataría de causar la sugestión intencionalmente y a gran escala, y de acercar el auxilio de ese factor enteramente general a aquellos médicos que no gozan de un influjo personal especial.

La valoración apropiada de esta objeción, opina el orador, solo es posible si uno se decide a estar en favor o en contra de Delboeuf, a aceptar ubicar a la hipnosis como un estado especial o solo como un producto de la sugestión. En este último caso, la objeción estaría justificada: uno no precisaría de la hipnosis si uno no consiguiese con ella otra cosa que esa sugestión {*Suggestierung*} del enfermo que se obtiene también sin hipnosis. Cabría entonces también aguardar que la hipnosis habría de perder su efecto particular sobre los enfermos cuando ellos hubieren advertido que este estado no podría ejercer ningún efecto independiente de sus creencias. En el otro caso, si la hipnosis es un estado peculiar físicamente determinable, resultaría claro que su empleo significaría un gran progreso en comparación con la sugestión {*Suggestierung*} habitual de parte de los médicos.

El orador no quiere ocuparse aquí de esta decisión en extremo importante; solamente observa que por su parte adhiere a la concepción de la hipnosis como un estado peculiar. La hipnosis puede ser separada con claridad, al menos en definición, de los otros estados caracterizados por una sugestibilidad acrecentada. Pues sugestionar significaría en general conducir a otro a que aceptara una representación en base a un motivo psicológico en lugar de hacerlo en base a un fundamento lógico. Esta definición valdría literalmente para los otros tipos de sugestión; en la hipnosis ello ocurriría no porque se proporcionara al otro un motivo psicológico, sino debido a que ese particular estado psíquico anula la resistencia contra la nueva representación. Sin embargo, igual de cierto es que aquellos que alzaron la objeción pueden estimar la aplicación de la hipnosis solamente como superflua, no como reprobable. El orador se dirige ahora a la consideración de tres cuestiones: (1) qué logros realmente se observan en la aplicación de la hipnosis; (2) cuáles son las indicaciones y (3) cuáles los riesgos y las objeciones contra el uso de la hipnosis.

(1) Los logros que se ven en la aplicación de la hipnosis en la clínica de Bernheim y en el Ambulatorium de Liébeault son completamente extraordinarios, tal y como el orador prueba mediante ejemplos. También es inesperadamente grande el número de personas en quienes Bernheim induce el sonambulismo. Bernheim hipnotiza, por ejemplo, a diez de veinte enfermos de una sala mientras la recorre, y, por cierto, no solo a antiguos pacientes, sino también a aquellos que recién habían sido admitidos hacía uno o dos días. Si uno intenta hacer algo similar en su consultorio privado, deberá contentarse con un número mucho más modesto de hipnosis. El mismo Bernheim, quien es un investigador que ama plenamente la verdad, relata que en su consultorio de la ciudad no obtiene los mismos logros que en sus pacientes de hospital. Aparentemente varios elementos se reúnen para explicar los logros en la clínica: la inusual seguridad de Bernheim, el influjo personal que siempre ejerce el médico a cargo de un pabellón de enfermos, la naturaleza de los hechos mórbidos {*Krankenmaterial*} en una clínica y el contagio {*Infektion*} psíquico que allí es común. En una palabra, aquello que uno observa en Bernheim sencillamente no es tanto el efecto de la hipnosis como el efecto de la sugestión, de modo similar a como ello ocurre en Lourdes, con el pastor Kneipp o en los casos puntuales de algunos médicos célebres. En una consulta privada, donde enfermos instruidos y prevenidos, que abonan al médico honorarios, llegan al tratamiento por propia cuenta, todos esos factores sugestivos no tienen lugar. El éxito depende pues, si bien no siempre, sí en forma regular de la profundidad del estado hipnótico. Se podría establecer como regla aplicar el tratamiento hipnótico en el consultorio privado solo cuando se ha logrado producir una hipnosis profunda. Solo que entonces uno restringiría demasiado la aplicación de esta terapia, y estaría también impedido de aceptar esta regla por experiencias puntuales, en las que, a pesar de una hipnosis defectuosa, se logra un éxito absoluto.

Uno se conforma entonces con intentar la terapia sugestiva también bajo hipnosis imperfecta o insuficiente; pero este esfuerzo por provocar la sugestión allí donde ella no aparece por sí misma es una tarea difícil y fatigosa para el médico, una suerte de doma de animales {*Tierbändigertum*} que uno a la larga no tolera /tratándose de/ otras labores. Hay, por cierto, personas que poseen una gran maestría en ello, pero las dificultades de esta técnica psicológica se ubican hasta tal punto en primer plano que uno reconoce la

legitimidad de admitir aquí una especialización de acuerdo con la técnica (tal como la hay, por lo demás, de acuerdo con los órganos), y uno preferiría confiar este tipo de terapia sugestiva a personas que no realizan ninguna otra función médica. Con la supresión de la amnesia que forma parte de la hipnosis profunda, también se elimina para el médico la entera libertad de impartir la sugestión, la audacia apropiada para negar *{Ableugnen}* las manifestaciones de la enfermedad. Eso lo obligará a contenerse, contra su voluntad e intención, cuando sabe que el enfermo la próxima vez reprochará que siente la más cabal contradicción entre la realidad de la afirmación contenida en la sugestión y él mismo. Por consiguiente, él se vuelve cada vez menos optimista, el éxito cada vez más exiguo, la inclinación a proseguir con este tratamiento se debilita por ambas partes, y la terapia sugestiva debe pronto prescindir del factor de sumación por repetición, al cual ningún otro método renuncia.

El orador no puede por tanto declararse como un “partidario entusiasta” de la terapia de sugestión, cuando esta es practicada bajo tales condiciones sin un medio que actúe de forma sugestionante y bajo renuncia a la hipnosis profunda. Dice que considera ante todo que esta cuestión puede ser juzgada con objetiva serenidad. Los hombres anhelan en general con demasía algo por lo cual entusiasmarse, i. e. algo ante lo cual puedan comportarse como sugestionados y ante lo cual puedan dotar de un límite a su racionalidad *{ihrer Logik}*. La verdad científica es ciertamente un tema digno de entusiasmo, y Liébeault, para quien la exploración de la sugestión era una parte de esta verdad, había estado en lo cierto al entusiasmarse por ella. Los continuadores, a quienes la doctrina se les transmitió acabada, ya no están más en esta situación; solo tenían que realizar comprobaciones de manera despreocupada, y para un hombre de ciencia es igualmente indigno comportarse como un “entusiasmado partidario” de la terapia sugestiva que como un enconado adversario de ella.

Las cosas serían distintas, opina el expositor, si mediante cualquier conducta se lograra producir la hipnosis profunda junto con amnesia en todos o en la mayoría de los enfermos; esto resultaría en una ampliación tan significativa de nuestra terapia como no puede imaginarse.

El orador enfatiza reiteradamente que el problema más importante en la doctrina del hipnotismo consiste en decidir si el estado de hipnosis es un

estado caracterizado por particulares signos somáticos y físicos, o solo un producto artificial de la técnica médica, tal y como sostiene Delboeuf. A la decisión de esta cuestión se anudan también todas las expectativas que uno puede abrigar para el futuro del hipnotismo. Que la hipnosis pueda ser generada mediante sugestión no decide para nada la cuestión. Su opinión sería la de mantener la autenticidad de la hipnosis; él tomaría sus argumentos de la observación del estado hipnótico en histéricos, y por ende se acercaría, en este punto importante, al parecer de la escuela de Charcot. Pero dice que no puede ocuparse aquí más extensamente de ese significativo problema.¹⁷

El expositor se dirige a las indicaciones para la aplicación de la terapia hipnótica. Por ello es mentado aquí algo distinto que en las demás indicaciones terapéuticas. Normalmente las indicaciones estarían determinadas solamente por los estados mórbidos. En la terapia hipnótica entra en consideración en medida sobresaliente el factor de la individualidad del enfermo. Por ese motivo es difícil expresar algo de carácter general. En un enfermo se logra suprimir los síntomas de enfermedad que solo parecen justificados por alteraciones anatómicas comprobables. En otro, un síntoma subjetivo de origen decididamente psíquico opone resistencia. Como ejemplo de lo primero, cita el caso de un hombre de la clínica de Bernheim que sufría de vértigo de Menière como consecuencia de una enfermedad del laberinto; era ya incapaz de mantenerse erguido, y luego de cada sugestión hipnótica caminaba casi normalmente durante cuatro o cinco días. Después de este lapso el efecto disminuía y debía ser renovado mediante una nueva sugestión. En general podrían enumerarse tres categorías en las que correspondería una indicación de terapia hipnótica: (1) Casos de molestias puramente funcionales, la mayoría de las veces de naturaleza nerviosa; (2) casos de enfermedades orgánicas en las que las molestias son provocadas por un elemento nervioso {*nervöses Mittelglied*}. El orador mencionó aquí como ejemplo el fenómeno de la “inhibición del dolor”, tal y como se observa en el reumatismo articular agudo. Dice que Bernheim ha mostrado reiteradamente que a través de la hipnosis uno puede inducir a un enfermo con una hinchazón articular aguda a mover por varias horas el miembro enfermo, de lo contrario

17 • Tal y como señalan acertadamente los editores de la GW, en la primera impresión figura erróneamente *entgehen* (sustraer) en lugar de *eingehen* (ocuparse).

mantenido quieto, como si fuese uno sano; (3) casos de lesiones orgánicas en los que las molestias son una consecuencia directa de la lesión. Para la explicación de estos logros, que de lo contrario parecen enigmáticos, uno debe asumir que aquí el trastorno funcional va más allá del ámbito de la lesión anatómica, que a través de la sugestión otros órganos serían conducidos a un rendimiento compensatorio y cosas similares.

Determinados grupos de enfermos, como los neurasténicos, sobre todo personas con trastornos depresivos de la conciencia, serían realmente no aptos para la hipnosis. Esto es tanto más lamentable cuanto que en estos enfermos se encuentra la mayoría de las condiciones que por su naturaleza se prestaría al tratamiento hipnótico. Agrega que, sin embargo, uno no debería tomar esto como regla general; cada recopilación de curaciones hipnóticas exitosas, como las de Bernheim mismo, Wetterstrand y otros, contendría ejemplos particulares de curaciones de neurastenia psíquica severa. El comportamiento de los histéricos ante la terapia hipnótica es un capítulo especial que el expositor excluye hoy de la discusión. Dice acercarse también a la doctrina de Charcot en que reconoce relaciones especiales entre histeria e hipnotismo. El tratamiento hipnótico promete los mejores éxitos en las personas sanas que evidentemente no necesitan este tratamiento.

En cuanto a las objeciones contra la terapia hipnótica, el orador opina que son casi todas correctas, pero a la vez injustas debido a que alcanzan en igual medida a toda otra terapia. La objeción de que el procedimiento conlleva un daño psíquico del paciente proviene de aquellos médicos que no han practicado este tratamiento, en tanto que aquellos que hipnotizan regularmente no tienen nada para decir sobre esos riesgos. Naturalmente entra en consideración en toda terapia, y así también en la hipnótica, dónde y cuándo se la aplica. Se ha ocasionado suficiente daño con una terapia ciertamente imprescindible para el tratamiento local de las enfermedades femeninas, toda vez que se la ha aplicado en demasía y bajo determinadas condiciones personales a personas inadecuadas. Algo similar se observa también en la hipnosis, sin que por ello deba elevarse un reproche contra la hipnosis. La objeción de que la terapia hipnótico-sugestiva es un tratamiento meramente sintomático es otra vez completamente correcta, pero eso vale para la mayor parte de nuestros métodos curativos; poseemos solo muy pocas terapias causales, nos hallamos en general muy satisfechos con los métodos sintomáticos y el

enfermo no demanda ninguna otra cosa de nosotros. A propósito de ello, dice que Bernheim, en una parte brillante de su nuevo libro sobre psicoterapia, ha expuesto que, a consecuencia de la acción recíproca de los síntomas entre sí, el tratamiento sintomático contribuye muy a menudo directamente a la curación. En la histeria habría por lo demás un caso en el cual la hipnosis posibilitaría un genuino tratamiento causal, /pero/ el expositor no quiere hablar más extensamente sobre ello aquí.

Dice que otro reproche reza que la terapia sugestiva alcanza solamente logros transitorios, y que ella, más tarde o más temprano, suele presentar una recaída. Eso sería incorrecto si con ello se quiere indicar que en la terapia hipnótica las recaídas se presentan más fácilmente que en otro tratamiento. Esta impresión puede originarse del siguiente modo. En un tratamiento de otro tipo, por ejemplo el eléctrico, uno está predispuesto desde el comienzo a la sumación de los influjos curativos. Uno no se asombra si la neuralgia no ha desaparecido luego de la primera sesión, y continúa galvanizando {*elektrisiert weiter*} /al paciente/ hasta que ha llevado a cabo lo que, de acuerdo con la experiencia, constituye una serie suficiente de sesiones. En el tratamiento hipnótico de la misma neuralgia puede ocurrir que la neuralgia desaparezca inmediatamente por la sugestión. Si ella reaparece al día siguiente, entonces no puede llamarse a eso recaída, sino que también aquí debe agruparse una serie suficiente de sugestiónes para que tenga lugar un tratamiento. Dejando de lado este malentendido, las recaídas en la terapia hipnótica no son más frecuentes que en otra. Allí donde ellas ocurren, resultan de la naturaleza del caso tratado. Eso depende de si uno tiene que vérselas con un proceso neurótico florido, en el cual ese factor causal aún está activo, o con casos en los que el proceso está caduco y solo subsisten manifestaciones residuales. En el primer caso se obtendrán recaídas con cualquier terapia, en el otro se eliminan definitivamente las manifestaciones residuales a través del tratamiento hipnótico. El orador cita al respecto ejemplos de su propia experiencia médica.

El orador concluye con la exhortación a visitar la clínica de Bernheim en Nancy; dice que no espera que todos se conviertan luego en hipnotizadores (eso no sería tampoco deseable), pero que /quienes lo hagan/ no podrían sustraerse a las numerosas e importantes enseñanzas que emanan del estudio de la sugestión, y a partir de entonces quizá ya no se verían con menosprecio a los colegas que practican el tratamiento hipnótico.

14. RESEÑA DE G. GREVE, “SOBRE PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA DE CIERTOS ESTADOS ANGUSTIOSOS” (1911)¹⁸

Ediciones en alemán

1911 *Zentralblatt für Psychoanalyse*, vol. 1, n.º, pp. 594-595.

1987 ‘Besprechung von G. Greve “Sobre psicología y psicoterapia de ciertos estados angustiosos, 1910”’. En Freud, S. ‘*Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*’, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 501-502.

En mayo de 1910, en la Sección Neurológica del Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene celebrado en Buenos Aires, un médico de Chile, Germán Greve Schlegel, brindó una conferencia sobre la teoría psicoanalítica. Esa alocución es considerada la más temprana exposición detallada de la doctrina de Freud en América Latina. En ella, tal y como ya ha sido señalado por varios investigadores (Vezzetti, 1989), Greve se detiene en la importancia concedida por Freud a la sexualidad en las psiconeurosis y a los fundamentos del método clínico ideado por él.¹⁹ Ofrece, de todas formas, una particular lectura de los conceptos freudianos, aproximándolos a los planteamientos del neurólogo francés Pierre Janet.

Freud se refirió a la intervención de Greve en su texto de 1914 sobre la historia del movimiento psicoanalítico. Al destacar la pronta difusión de su teoría en distintos territorios, señala: “Un médico de Chile (probablemente un alemán) se pronunció en el congreso internacional que sesionó en Buenos Aires, en 1910, en favor de la sexualidad infantil, y encomió los éxitos de

18 • En varios pasajes de su reseña, Freud coloca entre paréntesis fragmentos textuales y en español del texto de Greve. A los fines de indicar con mayor claridad tales fragmentos, los hemos colocado en itálicas.

19 • En uno de sus trabajos clásicos, Hugo Vezzetti ofrece una transcripción íntegra del trabajo de Greve (Vezzetti, 1989). Allí mismo ubica la intervención en el contexto más amplio de la recepción del psicoanálisis en Buenos Aires. Posteriormente, Mariano Rupertthuz Honorato se ha ocupado en detalle de la trayectoria profesional de Greve y de su distanciamiento de la doctrina freudiana (Rupertthuz, 2012).

la terapia psicoanalítica en el caso de los síntomas obsesivos” (Freud, 1914, p. 29).

• 146

Tres años antes, empero, ya había escrito una breve reseña del trabajo de Greve para el primer periódico del psicoanálisis: el *Zentralblatt für Psychoanalyse*. Todo indicaría que el médico de Chile le envió a Freud su trabajo, quien, como se sabe, podía leer el español y redactó el pequeño comentario que ahora traducimos.²⁰ Corrían tiempos en que la disciplina freudiana precisaba defensores y propagadores y, desde un punto de vista estratégico, no convenía exigir un purismo conceptual o una ortodoxia doctrinaria de aquellos profesionales y escritores que asumían esa tarea de difusión. Así, en su elogiosa reseña, Freud decide pasar por alto no solo las dudosas combinaciones conceptuales que Greve aventuraba en el ensayo original, sino también la propuesta de equiparación de su pensamiento con el de Janet, algo que jamás hubiese consentido de un discípulo o de un crítico.²¹

E. G. R. y M. V.

20 • Existen otras traducciones previas de la reseña de Freud, entre ellas la realizada por Juan Pablo Jiménez e incluida en un volumen titulado *Cuarenta años de psicoanálisis en Chile* (publicado en 1990 en Santiago de Chile por la editorial Ananke).

21 • Solo a título ilustrativo, citemos algunos pasajes del escrito de Greve de 1910: “Permítasenos poner frente a frente la opinión que Freud tiene sobre la etiología primera de las neurosis, con la que Janet ha emitido sobre la misma cuestión, ya que quisiéramos hacer notar las concordancias de ambas, a fin de conciliarla con opinión tan distinguida. [...] Verdaderamente no encontramos, aparte de los términos en que se expresan, diferencia alguna en la concepción de las neurosis que ambos autores manifiestan tener. Ambos aceptan su génesis antropogenética: uno las refiere a todas las funciones del organismo, el otro, siguiendo su rumbo específico, las refiere a la reproducción de la especie” (citado por Vezzetti, 1989, pp. 77-78).

Reseña de G. Greve, "Sobre psicología y psicoterapia de ciertos estados angustiosos" (1910 (1911))

Discurso brindado ante la Sección Neurológica del Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene, Buenos Aires (mayo de 1910)

147 ·

El autor, que asistió al Congreso en calidad de delegado del Gobierno de Chile, expuso de un modo especialmente clarificador y libre de malentendidos, el contenido esencial de la doctrina de la represión y la importancia etiológica del factor sexual para las neurosis. Con una discreción muy digna, se reserva un juicio definitivo sobre la totalidad de la doctrina; su experiencia, opina, no le permite decir más, pues por regla general no ha conducido el análisis más allá de las causas puberales de la enfermedad (*y aun cuando nos mostramos reservados para emitir una opinión propia, se nos ha de perdonar, ya que nuestra experiencia personal no alcanza á abarcar toda la latitud de sus doctrinas*).²²

Sin embargo, numerosas declaraciones no dejan subsistir duda alguna sobre las convicciones con las que él simpatiza. La existencia de la sexualidad infantil le parece demostrada con certeza (*demostrada hasta la evidencia*) a través de las investigaciones existentes; él y otros (*todos nosotros*) habrían tenido oportunidad de observarla en niños neuróticos, en los cuales ella se presenta con ciertos rasgos de exceso. Incluso afirma que la aplicación de un tratamiento analítico incompleto basta, en un gran número de casos, para lograr una considerable mejoría en el estado psíquico general, de forma tal que los enfermos recuperan su capacidad de desempeño, aun si los síntomas hubieran todavía de subsistir con menor intensidad (*para traer una notable mejoría del estado general psíquico del paciente, aun cuando puedan seguir persistiendo síntomas que, por su poca acentuación, no aparenten enfermedad y no lo inutilizen para la sociedad*). (Este reseñador querría destacar qué buena comprensión de las enfermedades neuróticas se devela allí, al buscar el éxito curativo no en la eliminación de síntomas particulares sino en el establecimiento de la capacidad de desempeñarse en la vida). El autor pondera la neurosis obsesiva como especialmente accesible a la terapia analítica; ha logrado en una oportunidad, en dos

22 • Tanto aquí como en lo que sigue, se respeta la ortografía original del texto de Greve, tal y como aparece en la reseña publicada por Freud en el *Zentralblatt für Psychoanalyse*.

entrevistas privadas que en total duraron menos de una hora, eliminar ideas obsesivas que habían resistido tenazmente a todo otro tratamiento. El autor exhorta a sus colegas a prestar la máxima atención a las teorías presentes en su alocución; afirma que están fundadas en la investigación más cuidadosa y de ellas mucho extraerían, que luego podrían emplear con gran provecho para sus enfermos. *(Pero insisto ante vosotros, que de un atento estudio de las teorías de F., teorías basadas en la más escrupulosa y paciente observación de hechos clínicos que se pueda exigir, podreis cosechar mucho, muchísimo que puede favorecer á vuestros enfermos).*

Le agradecemos al colega (probablemente alemán) en el lejano Chile por la valoración imparcial del psicoanálisis y la inesperada confirmación de su efecto terapéutico en países extranjeros.

Freud



Cuarta parte. Metapsicología

En esta parte, se incluyen tres textos concernientes a aquello que Freud denominó metapsicología: el conjunto de nociones teóricas del que está suspendida la experiencia clínica del psicoanálisis en lo que tiene de más específico. En “Lo inconsciente” (1915b), Freud puntualizaba que este elenco de conceptos integraba los aspectos tópicos del aparato psíquico (sistemas consciente, preconsciente e inconsciente; luego —segunda tópica— las instancias del yo, del superyó y del ello), los dinámicos (relacionados con las fuerzas que intervienen en la vida anímica y sus movimientos) y los económicos (que explican el equilibrio pulsional del aparato). La noción, empero, es anterior a esta definición, aparecía de forma vaga en el epistolario a Fliess (cartas del 13 de febrero de 1896 y del 10 de marzo de 1898) y, en cierto modo, eran ya textos metapsicológicos las presentaciones del modelo psíquico freudiano que se hallan en *La interpretación de los sueños* y en el largo y abortado *Proyecto de psicología para neurólogos*, aun si no comprendían las exigencias de enunciar proposiciones tópicas, dinámicas y también económicas. *Lato sensu*, la metapsicología alcanza también a la producción de tono antropológico de Freud, vale decir, a aquellas tentativas con las que buscó cruzar el psicoanálisis y las instituciones, la filosofía y la filogénesis del individuo. *Stricto sensu*, en cambio, el término ha quedado para designar, en su uso más corriente, los esfuerzos que allá en la segunda década del siglo XX Freud llevó adelante para coordinar, en la forma de ensayos, todo el entretejido de las nociones fundamentales *aggiornadas* al estado actual de su trabajo. La obra nunca arribó a su justa finalización: de doce artículos que daban cuerpo al plan trazado, concluidos o muy próximos a estarlo, solo se publicaron cinco en vida del autor, y en 1985, recuperado como borrador, el último de todos, que se ofrece en nueva traducción.

La denominación *meta-psicología* parece *in origine* menos ligada al intento por ubicar una psicología por sobre o por detrás de la psicología corriente (clásica) en tiempos de Freud, como sugieren, por ejemplo, Roudinesco y Plon (2008, p. 715) que vinculada al expediente filosófico de dar una elucidación del mundo físico por el recurso metafísico. Solo que en Freud este camino a lo suprasensible es invertido, tornando desde la dimensión etérea a una distinta alternativa, lejos de la conjetura y radicada en el saber científico, donde aquellos misterios sempiternos esenciales a la condición

humana podrían recibir un tratamiento diferente desde coordenadas psicológicas renovadoras. El prefijo *meta*, entonces, obedece al puente que trae de regreso lo elevado-abstracto a la teorización-*concreta* de hechos comprobables, y en especial al suelo de una concepción sin precedente de los fenómenos psíquicos. En este sentido, pueden confrontarse las líneas de Freud en “Psicopatología de la vida cotidiana” (1901): la metapsicología carga con el pesado lastre de ser el relevo empírico de aquella tradición empírea (Freud, 1901, p. 251). Puesto en un lema: la metapsicología como sustitución metodológica del hombre metafísico.

Los trabajos de esta cuarta parte atañen a distintos aspectos de la teoría psicoanalítica. Los dos primeros, “Sobre algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y los neuróticos” y “Sinopsis de las neurosis de transferencia”, tocan cuestiones particularmente caras al afán de Freud por identificar universales del comportamiento, una ambición que lo condujo a realizar osadas especulaciones (contra los afanes de renovación metodológica antes mencionados) acerca de la génesis de la afección mental (el paralelo entre la vida anímica de las comunidades primitivas y el campo de la psicopatología: tales las “concordancias” del primero de estos textos) o entre los distintos tipos de neurosis y un origen hipotético determinado por las glaciaciones (la “sinopsis”). El último texto es una brevísima autorreseña en la que Freud adelanta la reformulación general de su primera tópica y menciona la próxima aparición de “El yo y el ello”.

F. G. R. y M. V.

15. SOBRE ALGUNAS CONCORDANCIAS EN LA VIDA ANÍMICA DE LOS SALVAJES Y LOS NEURÓTICOS. I. EL HORROR DEL INCESTO (1912)

Ediciones en alemán

1912 'Über einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker. I. Die Inzestscheu', *Imago. Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Gesiteswissenschaften*, vol. 1, n.º 1, pp. 17-18.

1987 'Über einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker. I. Die Inzestscheu'. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 743-745.

Los párrafos siguientes corresponden a la publicación original del ensayo de Freud "El horror del incesto", primero de los cuatro pensados para integrar un único volumen con el nombre *Sobre algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y los neuróticos* (que acabó titulado *Tótem y tabú* [1913]). El material traducido apareció en la revista *Imago*, primer número (1912), y luego fue retirado en la edición con formato de libro, sin que volviera a figurar en ediciones sucesivas del texto alemán ni constara tampoco en la Standard Edition (o en las distintas versiones en español). Su contenido fue transformado al de un prólogo general de la obra, con una cierta matización del reconocimiento original a Jung, en relación con quien Freud se expresaba aquí entusiastamente. De hecho, en el prólogo definitivo de 1913 marcaba distancia respecto de su discípulo (con quien acababa de romper), al señalar que si, por una parte, la escuela de Zúrich buscaba echar nueva luz en la psicología del individuo merced a la etnopsicología (*Volkspsychologie*, en un determinado punto confundida con paleopsicología), por el contrario, su diversa percepción cursaba en la dirección opuesta, pretendiendo fecundar el territorio oscuro de los tiempos primitivos con auxilio del acopio de conocimientos producidos por el psicoanálisis (Freud, 1913, p. 7). Este apretado material se cuenta por tanto entre las manifestaciones últimas de reconocimiento a Jung, por *interposita persona* de un psiquiatra zuriqués de muerte prematura, Johann Jakob Honneger,

portavoz de las intuiciones junguianas y aludido como responsable de un trabajo precursor sobre las relaciones entre la psicopatología y la filogénesis (presentado en el Congreso Psicoanalítico de Nüremberg en 1910 y más tarde resumido en el *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* del mismo año, nunca editado íntegramente). El señalamiento de que la psicología del individuo, incluso bajo formas mórbidas, y los orígenes del hombre podrían encontrarse vinculados de un modo directo fue tomado y explorado por el propio Freud, de siempre interesado por cuestiones arqueológicas y paleoantropológicas. El resultado de ello está plasmado en los ensayos que conforman *Tótem y tabú*, en el *Moisés y la religión monoteísta* y en otras obras, de manera menos pronunciada, quedando por el camino un proyecto de libro en coautoría con Sándor Ferenczi (cf. *infra*, introducción a la *Sinopsis de las neurosis de transferencia*).

Según sugiere Ilse Grubrich-Simitis (GW, *Nachtragsband*, pp. 740-741), es muy posible que Freud apurase el texto acerca del incesto por la salida inminente del segundo volumen de *Transformaciones y símbolos de la libido*, cuyo contenido Jung le adelantara (carta del 14 de noviembre de 1911) y por el cual Freud experimentaba una incomodidad creciente. En esta circunstancia, con el objetivo de asentar su posición y dejarla muy clara a los psicoanalistas, publicó en *Imago* su célebre ensayo, introducido por estos siguientes párrafos salvados del olvido editorial.¹

F. G. R. y M. V.

1 • De modo reciente ha aparecido una traducción al español de estos fragmentos de 1912. Ella figura, junto con algunos fragmentos de cartas de Freud referidas al mismo tema, en un volumen colectivo publicado con ocasión del centenario de *Tótem y Tabú* (Braunstein, Fuks y Basualdo, 2013, pp. 26-29). La traducción fue, sin embargo, realizada, a todas luces, a partir de una versión francesa del original, con algunos desplazamientos de sentido.

Sobre algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y los neuróticos

Por Sigm. Freud

155 ·

I. El horror al incesto

Introducción

Desde el primerísimo comienzo la investigación psicoanalítica ha señalado similitudes y analogías entre sus resultados en lo tocante a la vida anímica del individuo y aquellos de la etnopsicología. Esto ocurrió, como es comprensible, al principio solo tímidamente, en una modesta escala, y no fue más allá del ámbito de las narraciones fabulosas {*Märchen*} y los mitos. El propósito de tales tanteos no era otro que el de otorgar credibilidad a sus resultados, en sí muy inverosímiles, por medio de esas concordancias inesperadas.

En la década y media transcurrida desde entonces, el psicoanálisis ha ganado, empero, confianza en su labor; el grupo nada desdeñable de investigadores que ha seguido la iniciativa de un individuo en particular ha obtenido una satisfactoria concordancia en sus apreciaciones, y el momento parece pues propicio para fijar un nuevo objetivo a una labor que trasciende la psicología individual. No solo hay que detectar sucesos y conexiones similares en la vida anímica de los pueblos, tal y como han sido sacados a la luz a través del psicoanálisis en el individuo, sino que también hay que hacer el intento de esclarecer, mediante los conocimientos del psicoanálisis, aquello que ha permanecido oscuro o incierto en la psicología de los pueblos. La joven ciencia psicoanalítica pretende, en cierto modo, restituir aquello que en sus comienzos tuvo que agradecer a otros dominios del saber, y espera poder devolver más que aquello que en su momento recibió.

Una dificultad de esta empresa reside en la calificación de los hombres {*Männer*} que se consagran a esta nueva tarea. Vano sería esperar hasta que los investigadores de mitos, psicólogos de las religiones, etnólogos, lingüistas y demás comenzaran a aplicar a su propio material el modo de pensar psicoanalítico. Los primeros pasos en todas estas direcciones deben ser dados enteramente por quienes a la fecha, como psiquiatras o investigadores del sueño, estén en posesión de la técnica psicoanalítica y sus resultados. Pero ellos son de momento legos en otros dominios del saber, y si en estos han adquirido

laboriosamente algún conocimiento, son diletantes o, en el mejor de los casos, autodidactas. Sus producciones no podrán evitar defectos y errores que el investigador profesional {*zünftig*}, el especialista, con su dominio del material y su práctica para manejarlo, descubrirá fácilmente y de los que estará al acecho acaso con burla arrogante. Ojalá tome él en consideración que nuestra labor no tiene otra meta que la de aportarle el incentivo para que él mismo lo haga mejor, ensayando en la materia que le es familiar el instrumento que podemos prestarle.

Para el siguiente breve trabajo, debo aún hacer valer otra disculpa en tanto que significa el primer paso del autor en un suelo hasta ahora ajeno para él. Y todavía cabe añadir que, como consecuencia de diversas incitaciones exteriores, el trabajo fue lanzado prematuramente a la luz pública, luego de un tiempo de incubación mucho más corto que el de las restantes comunicaciones del autor, mucho antes de que le fuera posible estudiar a fondo la abundante literatura sobre el tema. Si no he aplazado, empero, esta publicación, me tranquiliza considerar que de todos modos los primeros trabajos en general fallan en que pretenden abarcar demasiado y aspiran a una solución completa, la cual, según muestran ulteriores estudios, casi nunca ha de ser alcanzada al primer intento. El daño entonces es poco cuando uno, con propósito y conocimiento, se limita a una pequeña prueba. Por lo demás, el autor se encuentra en la situación del niño que ha encontrado en el bosque una cesta de bayas deliciosas y ricos hongos, y llama entonces a sus compañeros antes de recogerlo todo por sí mismo, porque ve que él solo no es capaz de manejar esa gran cantidad.

Paralelo entre el desarrollo ontogenético y filogenético de la vida anímica

Para todos los que participan del desarrollo de la investigación psicoanalítica, fue un momento memorable cuando C. G. Jung, en una reunión científica privada y a través de uno de sus discípulos, hizo saber que las formaciones de fantasía de ciertos enfermos mentales (demencia precoz) concordaban de la manera más llamativa con las cosmogonías mitológicas de pueblos antiguos, de las cuales era imposible que los enfermos no instruidos hubieran tenido alguna información científica.² No se había indicado con

2 • /Nota original de Freud:/ En el Congreso Psicoanalítico de Núremberg de 1910. A quien se confió la conferencia fue al muy talentoso C. Honegger, luego de eso fallecido. Jung mismo y sus discipu-

ello solo una nueva fuente de origen para las más peculiares producciones psíquicas mórbidas, sino también acentuado, del modo más enérgico, la importancia del paralelismo entre el desarrollo ontogenético y filogenético también para la vida anímica. El enfermo mental y el neurótico se acercan, por consiguiente, al primitivo, al ser humano de la remota prehistoria, y si las presuposiciones del psicoanálisis son correctas, aquello que es común a ellos debe poder reconducirse al tipo de la vida anímica infantil.

157 ·

los (Nelken, Spielrein) han proseguido desde entonces en otros trabajos esos puntos de vista que en aquel momento habían sido tratados por vez primera (Jung, 1911) [El texto de Jung al que alude Freud es: *Transformaciones y símbolos de la libido* (*Wandlungen und Symbole der Libido*). *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung*, vol. III, 1911].

16. SINOPSIS DE LAS NEUROSIS DE TRANSFERENCIA (1915)

Ediciones en alemán

1985 *Übersicht der Übertragungsneurosen; ein bisher unbekanntes Manuskript. Ediert mit einem essay versehen von Ilse Grubrich-Simitis*, Frankfurt am Main, Fischer, 128 p.

1987 'Übersicht der Übertragungsneurosen (Entwurf der zwölften metapsychologischen Abhandlung von 1915) (1985 [1915])'. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 634-651.

Ediciones en español

1989 *Sinopsis de las neurosis de transferencia*. Madrid: Ariel. Traducción de Ángela Ackermann y Antoni Vicens.

El siguiente es uno de los siete ensayos perdidos de la obra sobre metapsicología que Freud planeaba publicar (*Zur Vorbereitung einer Metapsychologie* [Preliminares para una metapsicología]). Otros cinco, para un total de doce, son textos clásicos de la literatura freudiana: "Pulsiones y destinos de pulsión", "La represión" y "Lo inconsciente" (los tres de 1915), más "Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños" y "Duelo y melancolía" (ambos de 1917). La historia de su recuperación está asociada a la edición del epistolario Freud-Ferenczi. Según refiere Grubrich-Simitis (*GW, Nachtragsband*, p. 628), la feliz descubridora de este borrador, hacia 1983 apareció en Londres, entre unos papeles del psicoanalista húngaro llegados hasta Michael Balint, el documento autógrafo de Freud que presentamos.

Es sencillo rastrear el origen de este ensayo en base a la lectura de la correspondencia intercambiada por Freud con su discípulo de Budapest. En plena redacción de aquellos ensayos metapsicológicos, el vienes compartió con su amigo el plan de dar forma al manuscrito que ahora traducimos. El primer anticipo extenso y detallado de ese escrito figura en la carta del 12 de julio de 1915. Dado el valor de esa esquela, nos permitimos citarla *in extenso*:

Querido amigo:

En mi preparación de la *Síntesis de las neurosis de transferencia*, me veo enfrentado actualmente con unas fantasías que me molestan y que no tendrán ningún sentido para el público. Verá usted:

Los individuos enfermos presentan la secuencia siguiente:

Histeria de angustia - histeria de conversión - neurosis obsesiva - *dementia praecox* - melancolía/manía.

Las disposiciones libidinosas son en ellos, en general, cronológicamente *opuestas*, es decir en las primeras patologías, la fijación se produce en fases de desarrollo tardías; y, en las últimas, en fases de desarrollo muy tempranas, aunque esto no es totalmente cierto.

Desde la perspectiva filogenética, esta secuencia parece reproducir un proceso histórico. Lo que ahora conocemos como neurosis han sido estados históricos de la humanidad.

Al sobrevenir las privaciones de la era glacial, los seres humanos conocieron la *angustia*; tenían motivos serios para convertir la libido en angustia.

Cuando aprendieron que la procreación había empezado a ser perjudicial para la conservación de la especie, se pusieron —aún sin lenguaje— histéricos.

Una vez que, en la dura escuela de las épocas glaciales, habían desarrollado la lengua y la inteligencia —sobre todo, los hombres—, se formó la horda primitiva, con las dos prohibiciones del padre primitivo, mientras que la vida amorosa permanecía egoísta-agresiva. Contra el retorno de esto se defiende la neurosis obsesiva.

Las neurosis que le siguieron corresponden a la era nueva y fueron adquiridas por los hijos.

Al principio, ellos estaban obligados a abandonar el objeto sexual; posiblemente, fueron desprovistos mediante castración de toda libido: *dementia praecox*.

Después, expulsados por el padre, aprendieron a organizarse de modo homosexual. Contra esto se rebela la paranoia. Finalmente, mataron al padre para poder identificarse con él, triunfaron sobre él y, luego, lloraron su muerte: manía/melancolía.

Aparte de esta, no hay más noticias personales. Su derecho de autor sobre la descripción anterior es evidente.

Reciba un cordial saludo. Suyo,

Freud. (Falzader y Brabant, 1996, p. 112)

En los días subsiguientes ambos psicoanalistas intercambiaron varias cartas en las cuales aparecen referencias tangenciales y escuetas al proyecto de Freud. El 24 de ese mismo mes, y gracias a la insistencia del maestro, Ferenczi realizó a Freud algunas objeciones. La más importante tenía que ver con la correlación entre la *dementia praecox* y la fase de castración. Según el parecer del psicoanalista húngaro, “los castrados no pueden haberse reproducido para fijar filogenéticamente su estado” (Falzeder y Brabant, 1996, p. 117). El día 28, Freud le envía finalmente a su amigo el borrador del ensayo junto con una carta que comenzaba del siguiente modo:

Querido amigo:

Adjunto le envío el borrador del ensayo XII, que seguramente le interesará. Puede tirarlo o guardarlo. La copia en limpio es idéntica, frase por frase, salvo cambios insignificantes. Las páginas 21-23 las añadí después de leer la carta esperada de usted. Su excelente objeción afortunadamente no me cogió desprevenido. (Falzeder y Brabant, 1996, p. 120)

Freud tenía en Ferenczi a su más ducho interlocutor en materia de biología, y de la mano de ello a un importante aliado para intercambiar sobre la filogenia de la especie humana, una cuerda sutil, resbaladiza y tentadora que ya anteriormente Freud había pulsado, con todos los riesgos, de forma palmaria en *Tótem y tabú*. Si bien su inquietud por lo arqueológico, y lo arcaico del psiquismo, era un orillo de su pensamiento que podía reconocerse en su más joven producción (por caso, en el problema de la herencia), aquí iba a lanzarse como nunca antes del estrato ontogenético al filogenético, del estudio de las condiciones de la enfermedad y la psicología normal del individuo a presuntas razones con las que explicar la universalidad del complejo de Edipo y el de castración. Volvía para ello a tomar la idea de unas vivencias que, en el curso de nuestra prehistoria evolutiva, podrían haber sido transmitidas desde una generación a otra. Aunque el resorte de esa transmisión (*Übertragung*) no recibe aquí tampoco un esclarecimiento, Freud proseguía en la senda de sus conclusiones anteriores y las conducía más lejos, con el máximo de atrevimiento, postulando cuáles mecanismos defensivos *reales* —las respuestas efectivas a peligros *de hecho* que habría debido arrostrar los ancestros humanos— todavía perduran y conforman los puntos de fijación a

los que el pensamiento individual regresa en circunstancias de padecimiento real o fantaseado.

El estudio estaba concebido como el corolario de una obra integral en la que un Freud maduro como terapeuta y como teórico del aparato psíquico se disponía a pasar en limpio la acumulación y las transformaciones de aquellos conceptos sobre los que se emplazaba el corpus del saber psicoanalítico: doce ensayos, el duodécimo encargado de cerrar todo el conjunto mediante un análisis comparativo de las neurosis transferenciales. Esta refundición de grandes ambiciones fue en principio postergada y luego reemplazada por otra más amplia y revolucionaria (la reordenación del mundo pulsional introducida hacia el final de aquella misma década).

Solo unos cinco ensayos (previamente mencionados) fueron publicados, aunque hacia junio de 1915 ya todos contaban con una escritura por lo menos avanzada (cartas a Ferenczi del 10 y el 12 de julio, carta del 9 de agosto). Los contenidos de los otros siete estudios dejaron de conformar muy pronto a Freud. Se presume que fueron destruidos por su mismo artífice. Las ideas que no perdieron entidad serían aprovechadas en la reformulación de 1920. En esta época, las pulsiones se encontraban divididas entre las del yo (o autoconservación) y las sexuales, la tópica del aparato psíquico era todavía la que escindía, por una parte, lo inconsciente, por otra, los sistemas percepción-conciencia y preconsciente, respetando el diseño trazado en su obra capital *La interpretación de los sueños*. La pulsión tanática no estaba todavía en la proyección más optimista de la doctrina psicoanalítica. En el rubro nosología, Freud distinguía dos grupos de neurosis, narcisistas y transferenciales, respectivamente las centradas en el yo —por ende ajenas al fenómeno de amor transferencial— y aquellas que investían objetos en la fantasía, haciendo espacio a representaciones por fuera del yo. Este es el mirador para internarse en la aventura propuesta por Freud, sin olvidar los desarrollos comprendidos en los historiales clínicos de Hans (Freud, 1909a), el hombre de las ratas (Freud, 1909b), Schreber (Freud, 1911b) ni, sobre todo, aquellos que componen *Tótem y tabú* (1913), cuyas ideas centrales se retoman y prolongan.

Como se ha dicho, este ensayo, acaso el más audaz que resultara del celo especulativo de su autor, relaciona la psicopatología y la filogénesis del hombre

por la vía de un lamarckismo del que Freud hizo obstinada profesión de fe (aun cuando para entonces la comunidad científica se había expedido, de un modo masivamente favorable, por la selección natural darwiniana). Se encuentra temáticamente dividido en dos secciones y un anexo relativo a ciertas objeciones de Ferenczi. En la primera, Freud repasa su nosología de las neurosis. Se comparan las tres neurosis de transferencia y se reitera la separación respecto del conjunto de las neurosis actuales (ambos grupos integraban las psiconeurosis, por oposición a las neurosis narcisistas o psicosis). Esta sección da título al ensayo y está limitada a consideraciones de psicología del individuo (puntos a-f: represión, contrainvestidura, formaciones sustitutiva y de síntoma, función sexual, regresión y predisposición a la neurosis). En la segunda sección, luego de haber introducido el elemento de la predisposición en la patología mental, Freud examina en algún detalle si la enfermedad neurótica pudo haber sido, en un pretérito signado por rigores ambientales, una forma de reacción adaptativa del *Urmensch* (el hombre primitivo) a los cambios geológico-climáticos de las eras glaciales, y si estas respuestas, surgidas del trauma, no habrían sido transmitidas por herencia de aquellas generaciones que las padecieran a las ulteriores, asentando en el psiquismo huellas del pasado que funcionan, para el individuo, como puntos paleopsíquicos de fijación.

En esta reconstrucción Freud arriesgó un paralelismo entre el orden de aparición más regular de las diversas afecciones psíquicas (a las que presupone un mecanismo defensivo propio) y una secuencia de tragedias ecológicas por las que atravesó la humanidad en su hora primordial, cuando la adversidad del medio ambiente colocó sus posibilidades de supervivencia en un peligro extremo. Las afecciones psíquicas, siempre siguiendo a Freud, respetan esta pauta cronológica de acuerdo con su más anterior o posterior punto de fijación libidinal: histeria de angustia-histeria de conversión-neurosis obsesiva-demencia precoz-paranoia-manía melancolía. La cita es pertinente: “Lo que hoy son neurosis fueron fases de evolución de la humanidad” (carta a Ferenczi, 12 de julio de 1915). Las privaciones de la era glacial forzaron a la restricción de las satisfacciones naturales. Por escasear las fuentes de alimento debió procederse a una dieta de sexo y, por tanto, la libido permutó en angustia, conforme lo cual Freud entendía posible hablar de una *histerización* en los albores de la especie humana. Las conexiones no están todas claras, pero este sería el germen de las histerias de angustia, a las

que corresponde el primer puesto de la seriación lineal, tan poco estructural, de la nosología en cuestión. De esta manera, la contracción de los desórdenes mentales responde a la regla de ser más tardía cuanto más hacia atrás se ubique, en el tiempo prehistórico, su mecanismo defensivo. La renuncia al objeto sexual debió ocurrir antes de la aparición de la palabra, generando conversiones somatizadoras de esta crisis. Solo después de la emergencia del lenguaje la comunidad humana se habría organizado en horda, con la interdicción del goce de los cuerpos femeninos, con la sola excepción del macho fuerte (cara hipótesis de *Tótem y tabú*). La ley del padre es el asiento necesario para la neurosis obsesiva y sobrevienen, luego de esta condición, las tres neurosis narcisistas. La renuncia sexual, quizá obligada por mutilación, lleva hasta el cuadro de la demencia precoz. Los expulsados de la horda habrían debido consolarse con la práctica y satisfacción libidinal homosexual, rasgo de paranoia, y en el punto de sublevación y crimen contra el padre se habría generado en ellos el remordimiento superyoico (oscilación entre la sensación maniaca de omnipotencia y la melancolía introyectadora del objeto victimado). Esta es la herencia básica afianzada en la profunda vida anímica del individuo humano, capaz de reactivarse como enfermedad mental.

Las convicciones freudianas sobre esta doble seriación filogenética-ontopsicopatológica no fueron suficientemente fuertes como para decidirlo a publicar el texto. Advertía muy bien que su materia no era sino fruto de especulación, que no podía aportar sino una trama vincular posible, carente de necesidad, solo admisible bajo postulados de estricto tenor psicoanalítico y por ende poco persuasivos fuera de su círculo más apegado. Ello no obstante, la postergación del texto y cierta duda sobre ese paralelismo no están para nada acompañadas de vacilación en cuanto al concepto freudiano de la *herencia psíquica*, el cual defendió hasta el fin de su existencia contra toda la opinión autorizada. Vale decir que, de la misma forma en que un paciente arriba a una verdad que no es producto del recuerdo sino de elaboración, así también aplica Freud la misma pauta a la reconstrucción (en sentido analítico) de la materia histórica, persuadido de que había llevado la teoría hasta su origen deducible más seguro.

En su visión, los relictos de esa prehistoria constituyen un principio activo en la organización del aparato psíquico del hombre actual, y ello solo podía

explicarse si aquellas vivencias *filogenéticamente* prematuras y traumáticas se transmitieron de manera sucesiva entre generaciones. Lo cual implica una variante *psi* del lamarckismo. Si el lamarckismo natural alegaba que caracteres adquiridos por el hábito y por la optimización del rendimiento de ciertas funciones podían asentarse en lo más hondo de la biología del individuo y la comunidad (y perpetuarse luego entre los descendientes), de la misma manera podía también alentarse la sospecha de que ciertas experiencias vivenciales particularmente poderosas podían funcionar como la condición para explicar los diferentes tipos de padecimiento psíquico. De otro modo, aquella conjetura de continuidad entre el pasado y el presente del sujeto debía resignarse, y aquel ingrediente *real* del trauma (tras haber sido desestimado como factor etiológico en la histeria y volver por segunda vez a requerir el interés de Freud) no podría dar asiento al mundo de la fantasía y las defensas excesivas que ocurren en la neurosis. Era preciso entrelazar la vida del sujeto con su biología ancestral y de esta suerte universalizar las tesis más sensibles para la teoría.

Freud maduró la idea de un libro, a escribir con Ferenczi, sobre lamarckismo y psicoanálisis (puede consultarse la carta a su colega húngaro del 1 de enero de 1917). Lo planeó al comienzo con profunda expectativa acerca de lo que sobre la evolución del hombre podría señalar el psicoanálisis. El proyecto cobró forma de manera natural: la paleopsicología los convocaba con parejo grado de atracción. De hecho, pudiera ser que la primera idea concreta para acometer esta tarea conjunta llegara hasta Freud desde Ferenczi. Entre otras cosas, este había sostenido que “catástrofes [geológicas] pueden haber sido los asientos de la represión en la historia evolutiva de la especie, y la localización temporal y la intensidad de esas catástrofes pueden haber sido decisivas sobre el carácter y las neurosis de la raza” (Ferenczi, 1913). Pero, como han afirmado diversos historiadores (entre ellos, Grubrich-Simitis), si la conjetura sobre los efectos ambientales geológicos sobre la vida psíquica pudo haberla tomado Freud de Ferenczi, no sucedió lo mismo con la idea de la transmisión entre generaciones de huellas mnémicas. La sospecha de una transmisión intergeneracional ya estaba en *Tótem y tabú*, ligada al sentimiento-conciencia de culpa que desarrolló la primordial fraternidad de parricidas. Y la contribución de Freud se ensancha merced al paralelismo de psicopatología y paleopsicología, grávido de consecuencias en

tanto vincula aquellas condiciones ecológicas hostiles que debió enfrentar la especie humana durante las glaciaciones (y la impronta de ello sobre un hipotético psiquismo arcaico) con los diferentes cuadros nosológicos, desplegados en cadena sobre la línea del tiempo primitivo.

Esta cartografía entre enfermedad e historia tropieza con un impedimento insuperable: la barrera Weismann.³ En todos los organismos sucede que lo somático y lo germinal se encuentran separados bajo la regulación de que el solo camino para el pasaje de información cursa desde los genes hacia el resto de las células del cuerpo, nunca en sentido inverso. Ello comporta que las modificaciones adquiridas por el individuo *en vida*, producto de su experiencia, no pueden ser transmitidas a los descendientes. Dicho de otra manera, no hay sitio para un psicolamarckismo. La especulación freudiana estaba condenada.⁴

El presunto descubrimiento de las secuencias complementarias entre cuadros psicopatológicos y acontecer prehistórico fue para Freud una felicidad efímera. Sentía tener algo valioso entre las manos, haber encontrado el nexo entre la etiología de las neurosis y su génesis prehistórica, la *paleoetiología* de la patología mental, paleopsicología del individuo universal. Pero no se atrevió a volverlo público. De ello que el documento importe no solo por su contenido, sino también por dejar entrever su pensamiento en gestación, la propensión a generalizar y su combate interno contra esa tendencia (responsable de que estas hipótesis nunca tomaran público conocimiento).

Todo ello no obstante, la intuición basal de que determinados caracteres psíquicos que un sujeto adquiriese en vida podrán heredarse a la generación

- 3 • Por August Weismann (1834-1914), biólogo alemán que, por vía de su teoría del plasma germinal, aporta a Freud inspiración para su libro *El yo y el ello* (1923).
- 4 • Es relevante destacar que Freud, por una parte, se inclina en favor del lamarckismo para así asumir la herencia de los caracteres adquiridos, punto neural del que depende su tesis de fijaciones y de regresiones a un tiempo prehistórico, y que, por otra parte, acude a Weismann como apoyo necesario en su postulación del ello, cuando es precisamente la teoría de Weismann la que impugna la herencia de tipo lamarckiano, vale decir: la transmisión de caracteres adquiridos. Podría pensarse que para cuando se edita *El yo y el ello* la primera orientación freudiana había girado de Lamarck a Weismann, pero nos encontramos con que, después de abrazar en su provecho a este segundo autor, sigue hasta el fin sujeto a un evolucionismo psicológico acumulativo: las vivencias causantes del trauma tuvieron que conservarse en el estrato más elemental de lo inconsciente.

siguiente y a la subsiguiente (encadenando así el padecimiento mental del presente con los factores causales más remotos) fue una idea que conservó de modo perdurable. Nunca archivó esta forma de evolucionismo que en algunos textos posteriores se deja sentir como un telón de fondo integrador. Hasta último momento mantuvo esta posición contra los allegados que le sugerían quitar de su trabajo los pasajes que testimoniaban el alineamiento con Lamarck. Lo que su autor llamó una “fantasía filogenética” gozó de larga vida y resistió todas las pruebas en favor del evolucionismo darwiniano sin mayor pertrecho que la sólida confianza en que, por deducción de la teoría de las neurosis, los orígenes del hombre debieron dejar, en aquel aparato psíquico todavía joven, una capacidad de angustia (*Ängstlichkeit*) y unos pocos recursos de mitigación incorporados a la vida anímica al modo de una particular, imprescriptible, forma de memoria.

F. G. R. y M. V.

Notas sobre la traducción

La inclusión de la *Sinopsis* en un libro mayormente consagrado a documentos nunca antes vertidos al idioma requiere una justificación, siendo que hemos podido dar con varias ediciones previas de este material en nuestra lengua. El primer motivo de esta determinación ha sido que esta fuente, inédita en vida de Freud y recién exhumada cuando ya las ediciones *princeps* de la obra completa estaban en circulación, fuera más accesible a los lectores. De las ediciones mencionadas, solo una tiene la forma de libro y ha logrado una mediana difusión. Las demás han circulado por revistas de cenáculos psicoanalíticos y en sitios de internet. Ello sumado al desacuerdo con algunas decisiones de las traducciones previas, que brindan al borrador un acabado ausente del original. Hemos juzgado pertinente dar una versión más fiel, más ajustada al texto original, más literal y menos literaria.

167 ·

La traducción que ahora ofrecemos al lector ha sido concebida respetando al máximo el estilo de una comunicación inacabada, y entendiendo que ello significa fidelización al *sentido* del texto, no a su letra. Ello supone, por un lado, *reponer sentido*, incorporando términos ausentes en la lengua original en cada caso donde se vean requeridos para volver comprensible un pensamiento; y por otro, realizar adaptaciones adecuadas para que en la versión castellana se perciba la prosa sin pulimiento del boceto. En su primera parte, el manuscrito acusa varias supresiones: faltan muchos artículos y algunos verbos auxiliares; falta algún sustantivo, adivinable por contexto. Estos vacíos son comprensibles en un texto del autor para sí mismo, más tarde copiado a un interlocutor con quien tenía la suficiente familiaridad intelectual, en este tópico en concreto, como para ahorrarse una expresión gramatical perfecta. La segunda parte es, por fortuna, más prolija (como si Freud mismo se hubiera encontrado en la necesidad de eliminar ambigüedades).

Hemos cuidado reducir al mínimo la cantidad de las reposiciones, contemplando que aquellas elementales ya han sido aportadas por Grubrich-Simitis en el establecimiento del texto alemán. Nuestra versión está basada en su trabajo, un reconocimiento a su labor experta en la estilografía freudiana (Grubrich-Simitis, 1997). La investigadora y erudita descomprime el texto, plagado de abreviaturas, y salva las omisiones que Freud se había permitido. Por nuestra parte, hemos tomado los recaudos para conservar el

Freud más puro, destacando con distintos símbolos la variedad de las reposiciones y los agregados. Como en el resto de este libro, cuando entendimos que la traducción inevitablemente postergaba algún matiz, se colocó entre llaves {...} el término original. Si este matiz era de rango principal, no hemos dudado en añadir notas explicativas en el pie de página, tantas como consideramos necesarias (porque este es un exceso menos censurable que el de abandonar sin suficientes claves al lector). Como en todo el volumen, las anotaciones de este tipo fueron destacadas con el símbolo *, para eximir a los lectores de pasar por ellas si estos materiales no reclaman su interés. Los corchetes [...] respetan aclaraciones del propio Freud, tal y como figuran en el borrador. La utilización de pinzas <...> indica que el término es reposición propuesta por Grubrich-Simitis, y el uso de barras inclinadas /.../ marca un esclarecimiento de nuestra responsabilidad.

F. G. R. y M. V.

Sinopsis de las neurosis de transferencia

Preliminar⁵

Luego de un examen detallado intentar resumir caracteres /de las neurosis de transferencia/, demarcación de otras /neurosis/, exposición comparativa de los factores específicos. /Los/ factores son: represión, contrainvestidura, formación sustitutiva y formación de síntoma, relación con la función sexual, regresión, predisposición.⁶ Limitarse a los tres tipos:// histeria de angustia, histeria de conversión y neurosis obsesiva.

169 ·

a) /La/ *represión* tiene lugar en las tres /neurosis de transferencia/ en la frontera del sistema inconsciente y preconscious, consiste en sustracción o rechazo <de la> investidura preconscious, es asegurada por /un/ modo de contrainvestidura. En la neurosis obsesiva, en estadios más tardíos, se desplaza a /la/ frontera entre preconscious y consciente.⁷

Se notará que en el grupo siguiente la represión tiene otra tópica;⁸ se extiende entonces al concepto de escisión.

/El/ punto de vista tópico no debe ser sobrevalorado en el sentido de suponer que casi todo intercambio entre ambos sistemas estaría interrumpido. Será por tanto más esencial /establecer/ en qué elementos se introduce esa barrera.

- 5 • * Freud escribe este texto como un borrador y, por ende, contiene indicaciones del autor para sí mismo, como este presente encabezado. Aquí y en otros sitios no está muy claro a qué preparativos se refiere, ni de qué otra cosa sean preparativos. Los infinitivos y las omisiones de palabra, con las dificultades que comportan para un trabajo de traducción (por todo aquello que se hace por tanto menester interpretar y reponer), reflejan bien la condición de borrador del texto.
- 6 • * En alemán, *Disposition*. El término, en este contexto, equivale a disposición *constitucional* (lo que determina o condiciona para la contracción de enfermedad), y no debe confundirse con una actitud que involucrase voluntad o deseo del sujeto. Sin despejar la ambigüedad, entendemos que en castellano el término habitual en la psicopatología es *predisposición*, que utilizamos sin perjuicio de que luego aparezca, más abajo en el texto, y en el mismo sentido, *Prädisposition* (solo una vez, convenientemente señalada por las llaves).
- 7 • Se aprecia aquí cómo el mecanismo de la represión no es todavía específico del cuadro histérico y abarca la idea general de una defensa.
- 8 • Freud se refiere aquí a la histeria de conversión.

Éxito y completamiento están relacionados en la medida en que el fracaso obliga a esfuerzos adicionales. /El/ éxito varía en las tres neurosis y en estadios específicos de las mismas.

• 170

Éxito mínimo en la histeria de angustia, se limita a que no se constituya ningún relevo /psíquico/ {*Repräsentanz*⁹} preconsciente (y consciente). Más tarde, /se limita a/ que en lugar de la <representación> perturbadora, una <representación> sustitutiva devenga preconsciente y consciente. Por último, en la formación de la fobia logra /su/ objetivo en la inhibición del afecto de displacer a través de una gran renuncia, /un/ desmesurad<o>

- 9 • * La noción de *Repräsentanz*, íntimamente vinculada con la de pulsión en cuanto concepto fronterizo entre la dimensión somática y la psíquica, funciona precisamente en el nivel de conversión o traducción a lo cuali-cuantitativo del procesamiento anímico, este entendido por oposición a lo orgánico puro. Según *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915, fecha también de este presente borrador, y de todos los textos metapsicológicos), lo somático ingresa en el circuito del procesamiento psíquico a través de una delegación bilateral, a saber, la de un *quantum* o monto de afecto y la de un contenido representacional-semántico. Este segundo componente era denominado, en la psicología alemana, la *Vorstellung*, cuya traducción al español es representación (mental). Esto limita las opciones con que proceder para *Repräsentanz*, ya que su radical romance coincide con el del término corriente con que se designa a los relictos de la percepción (la intencionalidad de tipo brentaneano o bien la in-existencia del objeto, así pre-sentado o ubicado frente la conciencia). Por otra parte, la traducción para *Repräsentanz*, de alcance más vasto que *Vorstellung*, *Vertretung*, *Darstellung* (por tomar solo algunas variantes que pueden volcarse al español también por 'representación') topa con la dificultad de que elegir algo más libre como 'instancia' o 'condición psíquica' tal vez pierde demasiado la idea de reemplazo o de delegación que existe en alemán, y si quizá la idea de 'subrogado' es apropiada, la voz *Surrogat* se encuentra en Freud utilizada para destacar otras cuestiones. La solución de Etcheverry 'agencia representante-representación' (Freud, 1915a, p. 143; Freud, 1915b, p. 173) es atendible, pero amén de sonar artificial no escapa al radical que es conveniente preservar, en español, del lado de *Vorstellung*. La propuesta del *Diccionario de psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis (1967), 'representante-representación', tampoco supera esta dificultad, y si se propusiera un añadido indicativo de que allí se trata del 'representante psíquico' del empuje somático, no se habría despejado el problema de fondo, con el claro agravante de que Freud usa en determinados sitios *psychischer Repräsentanz*, con lo que esta variante llevaría consigo un lastre *doblemente psíquico*. La alternativa de un 'comisionado psíquico' o de un 'abogado psíquico', con venia de los diccionarios, resultaría una alternativa todavía más rebuscada que la de Etcheverry. Elegir, en cambio, algo más libre como 'instancia psíquica', 'condición psíquica' o similares extravía invariablemente la idea de sustitución o de delegación que existe en el original. La opción de 'relevo', dentro de su limitación (y adjunta la inmediata aclaración de /psíquico/), nos ha parecido tener suficiente grado de fidelidad con la noción de 'estar en las veces de otra cosa en un registro diferente', que es en definitiva el sentido inherente de *Repräsentanz*. En cualquier caso, y para que el lector siempre disponga de la posibilidad de corregir con otras pautas esta decisión, en cada caso el término se encuentra entre las consabidas llaves {...}.

intento de huida. /El/ propósito de la represión es siempre la evitación del displacer. /El/ destino del relevo /psíquico/ {*Repräsentanz*} es solamente un signo del proceso. La aparente descomposición en representación y afecto (relevo /psíquico/ {*Repräsentanz*} y factor cuantitativo), del proceso a rechazar {*abzuwehrender Vorgang*} resulta justamente de que /la/ represión consiste en /un/ rehusamiento de la representación-palabra, así pues /resulta/ carácter tópico de la represión.¹⁰

En la neurosis obsesiva, el éxito es al comienzo completo, pero no duradero. /El/ desarrollo {*Prozeß*} /está/ todavía menos cumplido.¹¹ Después de /una/ primera fase exitosa, prosigue a través de otras dos más, /la/ primera de las cuales (represión secundaria<:> formación de la representación obsesiva, lucha contra representación obsesiva) se satisface, como <en la> histeria de angustia, con /la/ sustitución del relevo /psíquico/ {*Repräsentanz*}, <la fase> posterior (<represión> terciaria) produce renunciamentos y restriccion<es> correspondientes a la fobia, pero con la diferencia de que trabaja con recursos lógicos.

10 • * Si *Repräsentanz*, como se ha destacado, vale como relevo de las puras fuerzas físicas en el fuero mental o anímico, en realidad esto se ve comprometido con este paralelismo entre *Vorstellung/Repräsentanz* y afecto/factor cuantitativo. El segundo par no ofrece inconvenientes, pues la semántica de ambas designaciones es un único y mismo referente. Pero respecto del apareamiento de los términos *Vorstellung* y *Repräsentanz*, esta utilización particular jaquea lo que hemos dicho. Para sumar otra complicación, en el siguiente párrafo ocurre que Freud emplea *Repräsentanz*, remitiendo a la neurosis obsesiva, para señalar allí el reemplazo de una representación mental por otra y no, como tendría que interpretarse desde las primeras pautas adoptadas, para aludir a una mudanza psíquica (relevo). Con pleno conocimiento de estas irregularidades, no parece, sin embargo, conveniente dejar en suspenso aquello que planteamos, a saber que en Freud hay una clara distinción entre lo que toca a la representación mental, en un todo de acuerdo con la terminología de la psicología decimonónica, y aquello que concierne a una *Repräsentanz*, voz alemana sin especificidad científica. Redunda en el mayor provecho tener esta distinción por regla y entender que la asimilación en la que incurre Freud es un *lapsus calami* sobre el que extender cierta indulgencia. (*Quandoque bonus dormitat Homerus*).

11 • * Hemos vertido *Vorgang* por 'proceso', según Etcheverry (1978) y porque las opciones (suceso, acontecimiento) parecen menos apropiadas para reflejar el carácter dinámico de la actividad psíquica o no marcar de modo suficiente el tono procesual de los hechos mentales. La idea de *Vorgang* es la de algo que transcurre (*Ablauf*), la de un evento que se desenvuelve. Sin embargo, esta elección comporta una dificultad, porque Freud emplea asimismo el término *Prozeß*, por lo general usado en contextos jurídicos, pero que vale también como 'proceso' en un sentido lato, recubriéndose con *Vorgang* en la acepción señalada. Para cuidar la diferencia en el original, hemos optado por asimilar *Prozeß* a 'desarrollo' (mejor que a 'marcha', 'evolución' o 'curso'), aun si por tal se entiende habitualmente *Entwicklung* (para otras particularidades respecto de *Entwicklung*, ver nota ulterior).

Por el contrario, /el/ éxito de la histeria de conversión es desde el comienzo completo, pero al precio de una fuerte formación sustitutiva. /El/ desarrollo {Prozeß} del proceso específico de la represión /está/ más cumplido /que en la histeria de angustia/.

b) Contrainvestidura

En histeria de angustia ella falta en un principio<, > puro intento de huida, se precipita luego sobre /la/ representación sustitutiva y, especialmente en la tercera fase, sobre /el/ entorno de la misma, para asegurar desde allí /el/ control del desprendimiento de displacer, como alerta, vigilancia. Representa¹² la fracción de la <invertidura> preconsciente, esto es, el esfuerzo que implica la neurosis.

En neurosis obsesiva, donde desde el comienzo se trata de defensa de una pulsión ambivalente, /la contrainvestidura/ proporciona la primera represión exitosa, efectúa luego una formación reactiva gracias a la ambivalencia, produce luego, en /una/ fase terciaria, la vigilancia que distingue a la representación obsesiva, y proporciona el trabajo racional. Por tanto, segunda y tercera fase enteramente como en histeria de angustia. Diferencia en primera fase, donde <la contrainvestidura> no produce nada en histeria de angustia, y todo en neurosis obsesiva.

Ella asegura siempre <a la> represión <la> parte correspondiente del preconsciente. En histeria <de conversión> /su/ carácter más logrado es posibilitado por el hecho de que la contrainvestidura busca desde el comienzo encontrarse con /la/ invertidura pulsional y llega con ella a un compromiso, /y/ la determinación electiva recae sobre el relevo /psíquico/ {Repräsentanz}.

c) Formación sustitutiva y formación de síntoma

Corresponde al retorno <de lo> reprimido, /al/ fracaso de la represión. Provisionalmente <ambas han de ser> separadas, más tarde confluye <la formación sustitutiva> con ella, <la formación de síntoma>.

12 • * Una prueba más de que el radical *repräsent-* no se usa aquí excluyentemente para el relevo /psíquico/ de los impulsos del organismo (aunque podría muy bien tener ese significado, de manera constante, al adoptar la forma 'sustantivo'), pero, sobre todo, prueba de que indica, con carácter general (sin ataduras a una intencionalidad de cepa brentaneana), la operación de reemplazar una cosa por otra.

De modo más acabado en histeria de conversión: sustitución=síntoma, nada más por separar.

Igualmente en histeria de angustia, /la/ formación sustitutiva posibilita a lo reprimido el primer retorno.

173

En neurosis obsesiva <la formación sustitutiva y la formación de síntoma> se separan nítidamente, pues /la/ primera formación sustitutiva de <lo> reprimido es provista a través de contrainvestidura y no es computada entre los síntomas. En lugar de ello, <los> síntomas ulteriores de la neurosis obsesiva son a menudo de manera dominante retorno de lo reprimido, /y la/ parte de lo reprimido /es/ en ellos menor.

/La/ formación de síntoma, de la que parte nuestro estudio, coincide siempre con /el/ retorno de lo reprimido y acontece con ayuda de la regresión y de las fijaciones predisponentes. Una ley general proclama que la regresión retrocede hasta la fijación y desde allí se impone /el/ retorno de lo reprimido.

d) Relación con la función sexual

Para esto sigue siendo válido que la moción pulsional reprimida es siempre libidinal, y pertenece a la vida sexual, mientras que la represión parte del yo por distintos motivos que pueden ser resumidos en un no poder (por hiperintensidad) o no querer. Esto último remite a inconciabilidad con los ideales del yo o a otro tipo de perjuicio temido del yo. El no poder corresponde también a un perjuicio.

Este hecho fundamental resulta enturbiado por dos factores: primero, se tiene a menudo la impresión de que /la/ represión sería incitada por /el/ conflicto de dos mociones, ambas libidinales. Esto se resuelve al tomar en consideración que una de ellas es adecuada al yo y, en el conflicto, puede invocar el auxilio de la represión que parte del yo. Segundo, por no tratarse, entre las aspiraciones reprimidas, solo de /las/ libidinales, sino también de /las/ yoicas, especialmente a menudo y de manera clara en la neurosis de duración prolongada y de desarrollo avanzado. Esto último sucede de modo tal que la moción libidinal reprimida busca imponerse por vía indirecta a través de la aspiración yoica, a la que ha tomado prestado un componente, a la que transfiere energía y luego arrastra esta <aspiración yoica> consigo a la represión, lo cual puede ocurrir a gran escala. Con ello, la validez general de aquella

proposición no es modificada en nada. /Es/ compresible la exigencia de que uno extraiga conocimientos de los estadios iniciales de las neurosis.

174

En histeria y neurosis obsesiva /es/ evidente que represión se dirige contra la función sexual en su forma definitiva, en la cual ella representa /la/ aspiración a procrear. De la manera más clara, una vez más, en /la/ histeria de conversión, por carecer de complicaciones; en neurosis obsesiva /hay/ primero regresión. Sin embargo, no exagerar esta relación, no sea cosa de aceptar que la represión solo se torna eficaz con este estadio de la libido. Por el contrario, /la/ neurosis obsesiva precisamente muestra que /la/ represión /es un/ proceso general, no dependiente de lo libidinal, porque aquí /está/ dirigida contra etapa previa. Asimismo /sucede/ en /el/ desarrollo que la represión /es/ también utilizada contra mociones perversas. Pregunta: ¿por qué aquí represión es exitosa y en otros casos no? Por naturaleza las aspiraciones libidinales /son/ muy pasibles de sustitución, de manera que en represión de las /aspiraciones/ normales las perversas son reforzadas, y viceversa. La única relación que la represión <tiene> con la función sexual es que es exigida como defensa contra ella, así como /la/ regresión y otros destinos de pulsión.

En histeria de angustia la relación con la función sexual es menos clara por razones salidas a la luz en /el/ tratamiento de la angustia. Parece que la histeria de angustia comprende aquellos casos en los que la exigencia de la pulsión sexual <es> rechazada, como /un/ peligro, por demasiado grande. Ninguna condición especial /procedente/ de la organización de la libido.

e) Regresión

El factor más interesante y destino de pulsión. Ninguna oportunidad de adivinarla a partir de la histeria de angustia. Podría decirse que aquí no entra en consideración, tal vez porque toda ulterior histeria de angustia hace tan claramente una regresión a otra infantil (la paradigmática predisposición a la neurosis) y /porque/ esta última sobreviene tan tempranamente en la vida. Por el contrario, las otras dos <neurosis de transferencia> /son/ los mejores ejemplos de regresión, aunque esta desempeñe en cada una de ellas <un> papel distinto en la estructura de la neurosis. En histeria de conversión hay una fuerte regresión del yo, retorno a fase sin división de Prcc. e lcc., así pues sin lenguaje ni censura. La regresión sirve, empero, a la formación de síntoma y retorno de lo reprimido. La moción pulsional que no <es> aceptada por el

yo actual recurre a un /yo/ anterior, desde el cual encuentra descarga, ciertamente de otro modo. Ya /fue/ mencionado que en ello se arriba virtualmente a una especie de regresión de la libido. En neurosis obsesiva es diferente. La regresión es una regresión de la libido, no sirve al retorno <de lo reprimido> sino a la represión, y es posibilitada por una fuerte fijación constitucional o /un/ desarrollo incompleto. En efecto, allí donde se trata más de regresión que de inhibición del desarrollo, el primer paso de la defensa recae en la regresión, y solo entonces la organización libidinal regresiva sucumbe a una típica represión, que de todos modos permanece sin éxito. De hecho, el primer paso de la defensa recae aquí en la regresión, donde se trata más de regresión que de inhibición del desarrollo, y solo entonces la organización regresiva libidinal sucumbe a una típica represión, que de todos modos permanece sin éxito. Una parte de la regresión yoica es impuesta <al> yo desde la libido, o se da en el desarrollo incompleto del yo, que aquí está relacionado con fase libidinal. (Separación de las ambivalencias).

f) <Predisposición>

Detrás de regresión se esconden los problemas de la fijación y la predisposición. La regresión, puede uno decir en general, se remonta hasta un lugar de fijación, ya sea en el desarrollo del yo, ya en el de la libido, y este /lugar/ constituye la predisposición. Este es, por tanto, el factor más determinante, que proporciona la decisión en <la> elección de neurosis. Vale la pena pues detenerse en ello. Fijación se efectúa a través de fase del desarrollo que estaba demasiado fuertemente marcada o que acaso también ha durado demasiado tiempo como para pasar sin resto a la siguiente. Es mejor no pretender una idea más clara de las modificaciones en las que consiste la fijación. Decir, empero, algo sobre el origen. Existe la posibilidad tanto de que esa fijación <sea> puramente congénita, como de que /sea/ causada por impresiones tempranas, y por último, de que ambos factores cooperen. Tanto más cuanto que puede afirmarse que ambos factores son de hecho ubicuos, dado que, <por un lado>, todas las predisposiciones existen de modo constitucional en el niño y, por otro, las impresiones eficaces se dan de la misma manera en muchísimos niños. Se trata entonces de más o de menos, y de una convergencia eficaz. Dado que nadie se inclina <a> negar factores constitucionales, corresponde al ΨA ¹³ defender con

13 • Así en el original. Léase: psicoanálisis.

energía también la legitimidad de las adquisiciones de la infancia temprana. En neurosis obsesiva el factor constitucional se reconoce, por cierto, mucho más claramente que el accidental en la histeria de conversión, esto hay que admitirlo. /La/ distribución en detalle /es/ aún dudosa.

Allí donde el factor constitucional de la fijación entra en consideración, lo adquirido no <está> por ese motivo descartado; solamente retrocede a un tiempo anterior todavía más remoto, dado que puede afirmarse con derecho que las predisposiciones heredadas son restos de lo adquirido por los antepasados. Con esto uno se topa con /el/ problema de la predisposición filogenética detrás de la individual u ontogenética, y no admite contradicción que el individuo sume a su predisposición heredada en base a vivencias más tempranas /de los antepasados/ nuevas predisposiciones provenientes de vivencias propias. ¿Por qué el proceso que crea la predisposición en base a vivencias habría de extinguirse precisamente en el individuo cuya neurosis uno está investigando? ¿O puede crear este <individuo una> predisposición para sus descendientes, pero no puede adquirirla para sí /de sus antepasados/? Parece más bien /una/ complementación necesaria.

Aun no cabe estimar cuánto puede contribuir la predisposición filogenética para la comprensión de las neurosis. También tendría que ver con ello que /esta/ consideración rebasara el estrecho ámbito de las neurosis de transferencia. El carácter distintivo más importante de las neurosis de transferencia no pudo de todos modos ser valorado en esta sinopsis porque, al /ser/ común a ellas, no llama la atención, y solo llamaría la atención por contraste al traer a colación las neurosis narcisistas. En esta ampliación del horizonte se pondría <en> primer plano /la/ relación del yo con /el/ objeto, y el aferramiento al objeto resultaría /ser/ lo distintivo común. Algunos preliminares /están/ aquí permitidos.¹⁴

Espero que el lector, que por lo demás ha notado, en lo aburrido de muchos párrafos, hasta qué punto todo esto /está/ construido en base a /una/ observación ardua y cuidadosa, se mostrará indulgente si también el juicio crítico {*Kritik*} alguna vez retrocede ante la imaginación {*Phantasie*} y son expuestas cosas no confirmadas, simplemente porque son sugestivas e inauguran un panorama más amplio.

14. • Cf. primera nota de este escrito.

Es incluso legítimo admitir que también las neurosis deben prestar testimonio de la historia del desarrollo espiritual {*seelischen Entwicklungsgeschichte*} del ser humano.¹⁵ Ahora bien, en /el/ ensayo (“Sobre dos principios”¹⁶) creo haber mostrado que podemos adjudicar a las aspiraciones sexuales del ser humano un desarrollo distinto que a las aspiraciones yoicas. El fundamento /es/ esencialmente que las primeras pueden satisfacerse autoeróticamente durante un buen tiempo, mientras que las aspiraciones yoicas dependen desde el comienzo del objeto y, por ende, de la realidad. Creemos haber aprendido a grandes rasgos (*Tres ensayos de teoría sexual*) cuál /es/ el desarrollo de la vida sexual humana. El /desarrollo/ del yo humano, i. e. el de las funciones de autoconservación y de las formaciones derivadas de ellas, es más difícil de entrever. Conozco solamente el único intento de Ferenczi, quien utiliza las experiencias $\psi\alpha$ ¹⁷ con esa finalidad. Nuestra tarea de entender las neurosis se vería naturalmente muy facilitada si la historia

- 15 • * El adjetivo *seelisch* suele traducirse, acertadamente, por ‘ánimico’ (a partir de *Seele*: ‘alma’, así por ejemplo en *Psychische Behandlung* (*Seelenbehandlung*) (Tratamiento psíquico [tratamiento del alma])). No obstante, el contexto de este pasaje favorece una interpretación menos individual-subjetiva que lo que sugiere *seelisch* en abstracto, y habla más bien, tal y como se entiende por la dirección del texto, de la historia filogenética, razón por la cual se ha preferido ‘espiritual’ a ‘ánimico’. Por su parte, *Entwicklungsgeschichte*, literalmente ‘historia del desarrollo’ es, según otras determinadas convenciones (que adoptamos): ‘historia evolutiva’. Al hablar del desarrollo individual y de los avatares a los que el humano primitivo estuvo sometido, Freud puede valerse del término *Entwicklung* como un pasaporte para ir y venir entre los dos registros, un movimiento del que íntegramente depende su apuesta. Pero en contra de esta aptitud de *Entwicklung* para designar parejamente ambos registros, aquí hemos entendido que sería de utilidad, para el lector en español, desdoblarse la traducción según el sentido particular que el término recibe en cada caso (‘desarrollo’/‘evolución’), lo cual supone dejar en suspenso la norma de traducir *Entwicklung*, como ha sido mayormente el caso en todo este volumen, por el término más lato ‘desarrollo’: en algunos pasajes de esta presente *Síntesis*, contemplando que ella cruza filo y ontogenia, pareció más claro emplear ‘evolución’ (de una manera respetada en los compuestos *Entwicklungsgeschichte des Ichs*, ‘historia evolutiva del yo’, o *Entwicklungsgeschichte der Libido*, ‘historia evolutiva de la libido’). Puesto que ‘desarrollo’ es la opción general, para todas las ocasiones donde se hallare ‘evolución’, se encontrará también, colocada entre llaves, la palabra original {*Entwicklung*}.
- 16 • ‘Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico’ (Freud, 1911a).
- 17 • Experiencias psicoanalíticas. Freud había utilizado (cfr. nota *supra*) la nomenclatura ΨA , caracteres griegos ‘psi’ y ‘alfa’ en mayúscula, para indicar Psicoanálisis. Las minúsculas parecen corresponder aquí al adjetivo, pero no cabe entender que Freud hubiera sido consistente en la nomenclatura: más adelante se puede leer ‘las experiencias ΨA ’ {*die ΨA Erfahrungen*}.

evolutiva del yo nos fuese dada de algún otro lado, en lugar de tener que proceder nosotros ahora a la inversa. Se tiene en todo esto la impresión de que la historia evolutiva de la libido repite una porción mucho más antigua del desarrollo <filogenético> que la del yo, la primera quizá repite las condiciones de la clase de los vertebrados, mientras que /la/ última depende de la historia de la especie humana. Existe pues una serie a la cual uno puede anudar distintos pensamientos de vasto alcance. Ella se forma cuando se ordenan las psiconeurosis {*Ψneurose*} (no solo las neurosis de transferencia) según el momento en que suelen aparecer en la vida del individuo. Entonces, la histeria de angustia es la <neurosis> casi carente de precondiciones, la más temprana; a ella le sigue la histeria de conversión (desde el cuarto año más o menos); todavía un poco más tarde, en la prepubertad (9-10 /años/), aparece en los niños la neurosis obsesiva. Las neurosis narcisistas faltan en la infancia. De todas ellas, la demencia precoz en su forma clásica es <una> enfermedad de los años de la pubertad, la paranoia se acerca a los años de madurez, y /la/ manía-melancolía también al mismo periodo, por lo demás indeterminable.

La serie es por tanto:

Histeria de angustia-histeria de conversión-neurosis obsesiva-demencia precoz-paranoia-manía-melancolía.

Las predisposiciones de fijación de estas afecciones también parecen conformar una serie, que es, empero, de sentido inverso, en particular cuando se considera /la/ predisposición libidinal. Resultaría por ende que cuanto más tarde aparece la neurosis tanto más temprana es la fase libidinal a la que ella debe efectuar la regresión. Esto vale, sin embargo, solo a grandes rasgos. La histeria de conversión se dirige sin lugar a duda contra el primado de los genitales, la neurosis obsesiva contra la fase sádica previa, las tres neurosis de transferencia contra el desarrollo pleno de la libido. Las neurosis narcisistas retroceden, en cambio, a fases previas al hallazgo de objeto, la demencia precoz efectúa la regresión hasta el autoerotismo, la paranoia hasta la elección de objeto homosexual narcisista, a la melancolía subyace identificación narcisista con el objeto. Las diferencias residen en que la demencia aparece sin lugar a duda antes que la paranoia, a pesar de que su predisposición libidinal se remonte más lejos, y en que manía-melancolía no autoriza ninguna seriación temporal segura. No es posible entonces sostener que la

serie temporal de las psiconeurosis {*Ψneurose*}, cuya existencia es segura, esté determinada solo por el desarrollo de la libido. En la medida en que esto sea correcto, uno enfatizaría la relación inversa entre ambas /series/. También es sabido que con el avance de la edad, histeria o neurosis obsesiva pueden transformarse en demencia, /pero/ nunca sucede lo contrario.

Pero uno puede situar una serie distinta, filogenética, que efectivamente corre paralela a la serie temporal de las neurosis. Solo que para ello debe uno empezar de muy atrás, y consentir algún elemento hipotético intermedio.

La idea de que el animal humano primitivo¹⁸ /habría/ llevado su existencia en un medio sumamente rico y satisfactorio para todas las exigencias, cuyo eco hemos conservado en el mito del paraíso primigenio, fue expuesta por vez primera por el Dr. Wittels. Allí él habría dominado la periodicidad de la libido, la cual aún es propia de los mamíferos. Luego Ferenczi expresó, en ese trabajo tan rico en sugerencias {*gedankenreich*} que ya hemos mencionado, la idea de que la evolución {*Entwicklung*} ulterior de este hombre primitivo se produjo bajo el influjo de los destinos geológicos de la Tierra, y de que en particular las necesidades /padecidas durante/ las eras glaciales le aportaron el incentivo para el desarrollo de la cultura.¹⁹ Pues generalmente es admitido que la especie humana ya existía en la era glacial y que sufrió su efecto.

Si retomamos la idea de Ferenczi, es muy natural la tentación de reconocer en las tres predisposiciones a la histeria de angustia, histeria de conversión y neurosis obsesiva, regresiones a fases por las que toda la especie humana había de atravesar alguna vez desde el inicio hasta el final de las eras glaciales, de manera que en ese entonces todos los hombres eran tal y como hoy en

18 • * Hemos vertido *Ur-* por 'primitivo', aquí y en otros casos de uso del prefijo, aun si es común la traducción por 'primordial' (*Urvater*, padre primordial). Sin que la traducción por 'primordial' sea por sí misma menos apropiada, se ha procurado dotar de coherencia a *Ur-*, que para otras composiciones suele ser vertido como 'primitivo' (*Urhorde*, *Urzeit*, horda primitiva, tiempo primitivo, respectivamente).

19 • * Por regla general, traducimos *Mensch* por 'ser humano'. Cuando por contexto se halla suficientemente libre de anfibología y equivoco, y si los usos naturales de la lengua castellana así lo auspician, hemos vertido *Mensch* por 'hombre' (*Urmensch*, hombre primitivo). En paralelo cabe consignar que *Mann* ha sido traducido por 'varón', cuidando su valor semántico de género (por exclusión con *Weib* o *Frau*, hembra o mujer) y solo por 'hombre' en los casos excepcionales donde, nuevamente, los usos del español lo vuelven preferible.

día es solo una parte en virtud de su disposición {*Veranlagung*} hereditaria y por medio de /una/ nueva adquisición.²⁰ Las /dos/ imágenes no pueden coincidir naturalmente del todo, pues la neurosis contiene más que aquello que la regresión trae consigo. Ella es también una expresión de la oposición contra esta regresión, y un compromiso entre lo antiguo prehistórico y la exigencia de lo culturalmente nuevo. Esta diferencia deberá marcarse del modo más fuerte en la neurosis obsesiva, la que, como ninguna otra, se halla bajo el signo del antagonismo interno. Sin embargo, la neurosis, en la medida en que lo reprimido ha triunfado en ella, debe traer nuevamente²¹ la imagen prehistórica.

<(1)> Lo primero que podríamos establecer es que la humanidad en general, bajo el influjo de la privación que le impuso la era glacial que entonces irrumpía, se volvió angustiosa {*ängstlich werden*}.²² El mundo exterior, hasta

20 • A lo largo de todo este texto, la idea de 'nueva adquisición' {*Neuerwerbung*} se encuentra mencionada y sin esclarecer. Debemos suponer que el concepto se encontraba en los ensayos previos de la serie metapsicológica. Se puede asumir, no obstante, que se alude a los factores no predisponentes de la enfermedad, concretamente a las series complementarias donde el accidente se suma a lo hereditario desencadenando la dolencia psíquica.

21 • * El verbo *wiederbringen* indica, de manera literal, lo que hemos traducido. No hay verbo en español que comprenda esta idea tal cual, pues las dos formas tal vez más cercanas, que hasta cierto punto podrían recubrirse semánticamente con el término alemán, a saber 'restituir' y 'reproducir', aportan en este caso aspectos poco convenientes a la idea de Freud: la primera supone restablecer condiciones previas de algún tipo (lugar, posesión, etc.), una acción claramente ajena a lo que ocurre en la replicación ontogenética del pasado filogenético (pues, si en el desarrollo individual se da un reflejo de las vivencias traumáticas de la primera humanidad, esto sucede contra toda expectativa y no por que *debiera* darse); la segunda opción implica la noción de *copia* o de *repetición*, pero no muestra de manera suficiente que media la historia y que aquello que en el desarrollo del sujeto ocurre proviene de su pasado más remoto y ancestral.

22 • * Si bien la traducción de *Angst* por angustia no puede seguirse a cualquier precio, es un hecho que el español carece de adjetivos para verter *ängstlich* de manera conveniente sin una resignación del sentido. La misma dificultad alcanza al sustantivo *Ängstlichkeit*. Con todo, Freud utiliza sutilmente aquí el lexema para vincular la angustia de los diferentes cuadros clínicos con la repercusión de los eventos naturales que tuvo lugar, a nivel subjetivo, en el hombre prehistórico. De esta manera, la tentación de traducir por 'miedo', 'temerosidad', 'desasosiego' o 'inquietud' cercenaría al lector la posibilidad de captar esta conexión que es tan patente en el original. A ello se suma que la diferencia entre *Angst* y *Furcht* en alemán no siempre guarda la distancia entre temor y angustia que existe en el español. La decisión de traducir esta emergencia de un temor, de tono generalizado, por 'capacidad de angustia' cuida el sentido de 'irrupción angustiosa' que es nuclear a este presente texto.

aquí predominantemente generoso, que dispensaba todas las satisfacciones, se transformó en un cúmulo de peligros amenazantes. Se habían dado todos los motivos para la angustia real ante todo lo nuevo. La libido sexual, por supuesto, no perdió inicialmente sus objetos, pues son humanos, pero es posible pensar que el yo, amenazado en su existencia, prescindió hasta cierto punto de la investidura objetal, mantuvo la libido en el yo y transformó así en angustia real lo que antes había sido libido objetal. Pues bien, en la angustia infantil vemos que el niño, en caso de insatisfacción, transforma la libido objetal en angustia real ante lo extraño, pero también que en general tiende a angustiarse ante todo lo nuevo. Hemos mantenido una larga discusión sobre si lo más originario es la angustia real o la angustia de añoranza {*Sehnsuchtangst*}, /sobre/ si el niño transforma su libido en angustia real porque <la> juzga demasiado grande y peligrosa, y así llega en general a la idea {*Vorstellung*} de peligro, o si más bien cede ante una capacidad general de angustia {*Ängstlichkeit*} y a partir de esta aprende a tener miedo también a su libido insatisfecha. Nos inclinamos a aceptar lo primero, a anteponer la angustia de añoranza, pero para ello nos faltaba una predisposición particular. Debíamos explicarlo por una inclinación infantil general. Pues bien, la consideración filogenética parece dirimir esta disputa en favor de la angustia real y nos permite suponer que una parte de los niños trae consigo la capacidad de angustia {*Ängstlichkeit*} del comienzo de las eras glaciales, y que a través de ella /esa parte de los niños/ es inducida a tratar la libido insatisfecha como un peligro externo. El exceso relativo de la libido, empero, se originaría de la misma disposición {*Anlage*} y posibilitaría la nueva adquisición de la capacidad de angustia {*Ängstlichkeit*} ya existente. Con todo, la discusión acerca de la histeria de angustia abogaría por el predominio de la predisposición filogenética por sobre todos los otros factores.

(2) Con el avance de los tiempos difíciles debió producirse para los hombres primitivos, amenazados en su existencia, el conflicto entre la autoconservación y el deseo de procreación, el cual halla su expresión en la mayoría de los casos típicos de histeria. Los medios de subsistencia no alcanzaban para permitir una proliferación de las hordas humanas, y las fuerzas del individuo no eran suficientes para mantener con vida a tantos de los desamparados. El asesinato de los recién nacidos encontró seguramente una resistencia en el amor, en especial de las madres narcisistas. Por consiguiente, restringir la procreación

llegó a ser un deber social. Las satisfacciones perversas, no dirigidas al engendramiento de niños, escaparon a esta prohibición, lo cual promovió una cierta regresión a la fase libidinal anterior al primado de los genitales. La restricción debió afectar más fuertemente a la mujer que al hombre, más bien despreocupado por las consecuencias del intercambio sexual. Toda esta situación corresponde manifiestamente a las condiciones de la histeria de conversión. A partir de la sintomatología de la misma, concluimos que el ser humano carecía aún de lenguaje cuando, por la necesidad no domeñada, se impuso la prohibición de la procreación, esto es, tampoco había construido aún el sistema Prcc sobre su Icc.²³ Entonces, bajo el influjo de las prohibiciones que pretenden excluir la función genital, al tiempo que impresiones tempranas fuertemente excitatorias empujan hacia la actividad genital, efectúa por ende una regresión a la histeria de conversión también aquel que tiene para ello una predisposición, en especial la mujer.

(3) La evolución {*Entwicklung*} ulterior es fácil de construir. Concirnió predominantemente al hombre. Luego de que él hubo aprendido a economizar libido y a rebajar la actividad sexual mediante regresión a una fase previa, el uso de la inteligencia ganó para él el rol principal. Aprendió a investigar, a entender un poco el mundo hostil y a asegurarse sobre él un primer dominio a través de inventos. Evolucionó {*sich entwickeln*} bajo el signo de la energía, estableció los comienzos del lenguaje y debió otorgar una gran importancia a las nuevas adquisiciones. El lenguaje era hechizo para él, sus pensamientos le parecían omnipotentes, entendía el mundo según su yo. Es el tiempo de la cosmovisión animista y de su técnica mágica. A cambio de su poder para procurar a tantos otros desamparados la seguridad de la vida, se arrogó un señorío irrestricto sobre ellos, representó en su persona las dos primeras estipulaciones: que él mismo era invulnerable y que no podía disputársele la /libre/ disposición {*Verfügung*} de las mujeres. Al final de este periodo, el género humano estaba disgregado en hordas separadas, que fueron dominadas por un hombre fuerte, sabio y brutal, en calidad de padre. Es posible que la naturaleza egoístamente

23 • El pasaje merece el recordatorio de que para Freud la representación de cosa es primaria e inconsciente, mientras que la representación-palabra es una conquista ontogenéticamente posterior, localizada en el sistema preconscious-consciente (las referencias de esto se extienden desde el texto prepsicoanalítico sobre *La concepción de las afasias* [Freud, 1891b] hasta 'Lo inconsciente' [Freud, 1915b]).

celosa y desconsiderada que, de acuerdo con consideraciones de la etnopsicología, atribuimos al padre primordial de la horda humana, no estuviera presente desde el comienzo sino que se haya configurado como resultado de la adaptación a la necesidad en el transcurso de las duras épocas glaciales.

Ahora bien, la neurosis obsesiva repite los caracteres de esta fase de la humanidad, una parte de los mismos de manera negativa, dado que la neurosis, <en cuanto> a sus formaciones reactivas, corresponde a la oposición contra este retorno. La sobrevaloración del pensamiento, la enorme energía que retorna en la compulsión, la omnipotencia de los pensamientos, la proclividad hacia leyes inquebrantables, son rasgos inalterados. Pero contra los impulsos brutales que pretenden reemplazar la vida amorosa, se eleva la resistencia de ulteriores desarrollos, la cual, a partir del conflicto libidinal, finalmente paraliza la energía vital del individuo y solo deja subsistir, deja <en calidad de resto> {übrig <lassen>}, como compulsión, los impulsos desplazados a lo irrelevante. Así, ante las aspiraciones de la vida amorosa sucumbe, en su retorno, este tipo humano del máximo valor para el desarrollo de la cultura, tal y como el grandioso tipo del padre primordial mismo, que más tarde retornó como divinidad, ha sucumbido en la realidad efectiva ante las relaciones familiares que él mismo se había creado.

(4) Hasta este punto habríamos llegado en cuanto al cumplimiento del programa previsto por Ferenczi, “poner en consonancia los tipos neuróticos de regresión con las etapas de la historia filogenética de la humanidad”,²⁴ acaso sin extraviarnos en especulaciones demasiado osadas. Para las otras neurosis narcisistas, de aparición posterior, nos faltaría, empero, toda conexión si no viniese en nuestro auxilio la suposición de que la predisposición para ellas fue adquirida por una segunda generación, cuyo desarrollo conduce a una nueva fase de la cultura humana.

24 • En el texto original de Ferenczi se lee: “Sin duda se conseguirá un día establecer un paralelismo entre los diferentes estadios evolutivos del Yo, así como entre estos tipos de regresión neurótica, y las etapas recorridas por la historia de la especie humana, del mismo modo que Freud, por ejemplo, ha encontrado en la vida psíquica de los salvajes los rasgos característicos de los neuróticos obsesivos” (Ferenczi, 1913).

Esta segunda generación se inicia con los hijos varones a los que el celoso padre primordial no da plena libertad. En otro lugar (T y T)²⁵ hemos establecido que él los expulsa cuando han alcanzando la edad de la pubertad. Las experiencias psicoanalíticas {ΨA} nos apremian, sin embargo, a poner en ese lugar una solución distinta y más cruel, esto es, que él los priva de su virilidad de modo que luego pueden permanecer en la horda como inofensivos trabajadores. Bien podemos representarnos el efecto de la castración en aquel tiempo primitivo como extinción de la libido y detenimiento en el desarrollo individual. Tal estado parece ser repetido por la demencia precoz, la que en especial como hebefrenia conduce al abandono de todo objeto amoroso, a la involución de todas las sublimaciones y a la vuelta al autoerotismo. El individuo joven se comporta como si hubiese padecido la castración; incluso las autocastraciones efectivas no son raras en esta afección. Por lo demás, lo que caracteriza a la enfermedad, las alteraciones del lenguaje y los ataques alucinatorios, no puede ser incluido en el cuadro filogenético, pues aquellos fenómenos corresponden a los intentos de curación, a los variados esfuerzos por recuperar el objeto, los cuales, en el cuadro de la enfermedad son por <algún> tiempo²⁶ casi más llamativos que los fenómenos de involución.

Con la suposición de un trato así hacia los hijos varones se relaciona una pregunta a la que de pasada cabe responder. ¿De dónde les llega a los padres primitivos la sucesión y el relevo {*Ersatz*} si de esta manera se deshacen de los hijos varones? Atkinson ha indicado ya el camino al poner de relieve que solo los hijos varones mayores habían de temer la plena persecución del padre, que en cambio el menor (pensado esquemáticamente), gracias a la intercesión de la madre, pero sobre todo como consecuencia del envejecimiento del padre y su necesidad de asistencia, tenía la perspectiva de escapar a este destino y de convertirse en el sucesor del padre. Este privilegio del /hijo/ menor fue radicalmente eliminado en la siguiente configuración social, y reemplazado por la prerrogativa del /hijo/ mayor. Sin embargo está conservado de manera muy reconocible en el mito y las narraciones fabulosas {*Märchen*}.

25 • *Tótem y tabú* (Freud, 1913).

26 • Ese giro (por <algún> tiempo {*Zeitlang*}) fue escrito por Freud al margen del manuscrito; Grubrich-Simitis propone esa ubicación en la frase.

(5) La siguiente transformación solo pudo consistir en que los hijos varones amenazados se sustrajeran a la castración mediante la huida, y aprendieran, aliados entre sí, a asumir la lucha por la vida. Esta convivencia debió dar como resultado <los> sentimientos sociales, y pudo estar basada en la satisfacción sexual homosexual.²⁷ Es muy posible que en la transmisión hereditaria de esta fase haya que ver la tan buscada predisposición hereditaria a la homosexualidad. Los sentimientos sociales aquí originados, sublimados a partir de la homosexualidad, devinieron, empero, un patrimonio duradero de la humanidad y el fundamento de toda sociedad ulterior. Pero la paranoia evidentemente vuelve a traer {*wiederbringen*} esta fase; dicho más correctamente, contra el retorno de la misma se defiende la paranoia, en la que no faltan las alianzas secretas y el perseguidor desempeña un papel eminente. La paranoia intenta rechazar la homosexualidad que era el fundamento de la organización fraterna, y debe por ello expulsar de la sociedad al afectado y destruir sus sublimaciones sociales.

(6) La inclusión de la manía-melancolía en este contexto parece topar con la dificultad de que no se puede especificar de modo seguro un tiempo normal para la aparición individual de este padecimiento neurótico.²⁸ Es seguro, sin embargo, que ella pertenece más bien a la edad de la madurez que a la de la infancia. Si uno se fija en la alternancia característica entre depresión y euforia, resulta muy difícil no recordar la sucesión, tan similar, de triunfo y duelo que conforma /el/ trasfondo regular de las festividades religiosas. Duelo por la muerte del Dios, alegría triunfal por su resurrección {*Wiederauf<er>stehung*}. Pero este ceremonial religioso, tal y como hemos colegido a partir de las indicaciones de la etnopsicología, repite el comportamiento de los miembros del clan fraterno solo en dirección inversa, después de que ellos hubieron sometido y asesinado al padre primitivo: triunfo por su muerte y luego duelo por ello, dado que no obstante todos lo habían venerado como modelo. Así, este gran acontecimiento de la historia humana, que puso fin a la horda primitiva y la reemplazó por la victoriosa organización fraterna, daría la predisposición {*Prädisposition*} para la típica sucesión de estados de ánimo que reconocemos como una especial afección narcisista junto con las

27 • En la edición del texto por Ackermann-Vicens se lee erróneamente 'insatisfacción'.

28 • Entiéndase: neurótico-narcisista.

parafrenias. El duelo por el padre primitivo resulta de la identificación con él {<her>*vorgehen*}, y hemos demostrado que esa identificación es la condición del mecanismo melancólico.²⁹

Sumariamente podemos decir: si las predisposiciones a las tres neurosis de transferencia fueron adquiridas en la lucha contra las necesidades de las eras glaciales, las fijaciones que subyacen a las neurosis narcisistas provienen del hostigamiento por parte del padre, quien después del transcurso de la era glacial asume y sigue desempeñando, en cierto modo,³⁰ el papel de esas necesidades ante la segunda generación. Tal y como la primera lucha conduce al nivel patriarcal de la cultura, la segunda conduce al nivel social, pero de ambas resultan las fijaciones que, en su retorno luego de milenios, devienen la predisposición a los dos grupos de neurosis. También en este sentido es la neurosis, por consiguiente, una adquisición cultural. Si el paralelo bosquejado aquí es algo más que una comparación lúdica y en qué medida él puede clarificar los enigmas aún no resueltos de la neurosis, es algo que puede {<ver>*mögen*} confiarse convenientemente a ulteriores investigaciones y a la clarificación mediante nuevas experiencias.³¹

Es tiempo de pensar <en una> serie de objeciones que advierten que no debemos sobrevalorar las reconducciones {*Zurückführung*} alcanzadas. Ante todo, a cualquiera se le impondrá que la segunda serie de predisposiciones, la de la segunda generación, solo pudo ser adquirida por los hombres (en tanto que hijos varones), mientras que demencia precoz, paranoia y melancolía son producidas también por las mujeres. En los tiempos primitivos /las/ mujeres <han> vivido bajo condiciones todavía más desiguales que hoy en día. Luego, a estas predisposiciones /de la segunda generación/ va adherida una dificultad de la que están libres las /predisposiciones/ de <la> primera serie: parecen ser

29 • Respetamos la sugerencia de Grubrich-Simitis de leer *hervorgehen* y no *vorgehen*

30 • Freud escribió *gleichsam* ('en cierto modo') al margen. Grubrich-Simitis conjetura que esta es la posición que corresponde al término en la frase

31 • A esta altura del manuscrito, Freud trazó una línea horizontal, queriendo indicar aparentemente que allí finalizaba su escrito. Tal y como advertimos en la introducción, es menester recordar que la primera versión del borrador fue enviada a Ferenczi el día 12 de julio de 1915. De la lectura de la carta que Freud envió a su colega el 28 de julio de ese mismo año se colige que lo que sigue constituye una reacción o respuesta a los comentarios que su discípulo le hiciera llegar mediante una misiva del 24 de julio.

adquiridas bajo condiciones que excluyen transmisión hereditaria. Es evidente que los hijos varones castrados e intimidados no llegan a la procreación, y entonces no pueden dar continuidad a su predisposición (demencia precoz). Pero el estado psíquico $\{\psi\}$ de los hijos varones expulsados, unidos en la homosexualidad, puede tener sobre la siguiente generación un influjo igual de escaso, dado que se extinguen como ramas laterales estériles de la familia en tanto que no han triunfado sobre el padre. Si no obstante alcanzan ese triunfo, este es la vivencia de una generación, y uno debe acordarle $\{absprechen\}$ la necesaria e ilimitada reproducción /en las sucesivas generaciones/.

Tal y como puede pensarse, no hay que ser tímido en la búsqueda de referencias ante zonas tan oscuras. Pues la dificultad coincide en el fondo con una planteada antes: cómo se perpetúa el padre brutal de la era glacial, que por cierto no era inmortal como su remedo divino. De nuevo se perfila aquí /como solución/ el menor de los hijos varones, que más tarde se convierte en padre, él mismo no castrado, que conoce, empero, el destino de sus hermanos mayores y lo teme para sí; este debe haber tenido la tentación, como los más afortunados de ellos, de huir y renunciar a la mujer. Así, junto con los hombres excluidos en tanto que estériles, permanecería siempre una cadena de otros hombres que sufren en su persona los destinos del género masculino y que pueden transmitirlos por herencia como predisposiciones. Perdura el punto de vista esencial de que, para él <el hijo menor>, las necesidades de los tiempos /primitivos/ son sustituidas por la opresión del padre.

El triunfo sobre el padre debió haber sido ser planeado y fantaseado a través de incontables generaciones antes de que se lograra realizarlo. La propagación a la mujer de las predisposiciones producidas por la opresión del padre parece proporcionar por sí misma /una/ dificultad mayor. Los destinos de la mujer en estos tiempos primitivos se nos ocultan por una oscuridad particular. Así pueden entrar en consideración condiciones de vida que no hemos identificado. Sin embargo, la observación de que no debemos olvidar la bisexualidad del ser humano nos libra de la dificultad más grave. Así puede la mujer asumir las predisposiciones adquiridas por el hombre y por sí misma ponerlas en ella de manifiesto.

Tengamos en claro, no obstante, que con estos esclarecimientos $\{Auskunft\}$ en el fondo no hemos logrado sino sustraer /estas/ nuestras fantasías científicas

del reproche de ser absurdas. En conjunto conservan su valor de sanas desilusiones si estábamos por ventura en vías de colocar la predisposición filogenética por sobre todo lo demás. Pues no sucede que las constituciones arcaicas retornen en los nuevos individuos en proporciones quizá fijadas conforme a una ley y, por medio del conflicto con las exigencias del presente, empujen a la neurosis. Queda espacio para nuevas adquisiciones y para influjos que no conocemos. En conjunto no estamos al final sino al comienzo de una comprensión de este factor filogenético.

17. ALGO SOBRE LO INCONSCIENTE (1922)

Ediciones en alemán

1922 *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. 8, p. 486.

1987 'Etwas vom Unbewußten'. En Freud, S. *Gesammelte Werke. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, Frankfurt am Main, Fischer, 1987, pp. 311-321.

El texto siguiente corresponde al resumen de la alocución de Freud en el VII Congreso Internacional de Psicoanálisis en Berlín, recogida como autorreseña con el título "Noticia sobre el VII Congreso Internacional de Psicoanálisis en Berlín" (25-27 de septiembre de 1922).

A esta altura Freud ya había reelaborado su teoría de las pulsiones, reagrupadas en pulsiones de vida y de muerte, las primeras comprendiendo las pulsiones sexuales y las de autoconservación, las segundas presentadas como una fuerza que, en el nivel psíquico, propende a la reducción absoluta de la actividad, concepto que Freud entiende como derivación de la tendencia regresiva en la materia hacia un estado químico anterior de inorganicidad. Lo que Freud anticipa aquí es su nueva tópica, superadora de las divisiones entre sistemas consciente-preconsciente e inconsciente, a partir de entender que la designación de inconsciente es problemática y que su asimilación a lo reprimido es equivocada.

E. G. R. y M. V.

Algo sobre lo inconsciente

• 190

El expositor repasa la conocida historia del desarrollo {*Entwicklungsgeschichte*} del concepto *inconsciente* en el psicoanálisis. Inconsciente es en principio un término meramente descriptivo, que luego incluye lo provisionalmente latente. Pero la concepción dinámica del proceso de la represión obliga a otorgar un sentido sistemático a lo inconsciente, de modo tal que lo inconsciente se equipare a lo reprimido. Lo latente, solo temporariamente inconsciente, recibe el nombre de preconscious y se mueve sistemáticamente cerca de lo consciente. La doble significación del nombre “inconsciente” ha traído consigo ciertas desventajas irrelevantes y difíciles de evitar. Pero se ve que hacer coincidir lo reprimido con lo inconsciente, el yo con lo preconscious y consciente, no es algo factible. El expositor discute ambas circunstancias, que prueban que también en el yo hay un inconsciente, que dinámicamente se comporta como el inconsciente reprimido, a saber, la resistencia que emana del yo en el análisis y el sentimiento inconsciente de culpa. Comunica que en un trabajo de inminente aparición, *El yo y el ello*, ha realizado el intento de sopesar la influencia que estos nuevos discernimientos deben tener sobre la concepción del inconsciente.



Quinta parte. Freud neurólogo

La última sección del libro recupera una pequeña muestra de la literatura producida por Freud en el campo de la neurología. Los dos textos que siguen pertenecen a su labor en dos áreas distintas de esa rama de la medicina: uno de ellos atañe a la neuropatología general y el otro a la neurología infantil.

Freud comenzó a realizar contribuciones a la neurología incluso antes de concluir sus estudios en Medicina en la Universidad de Viena (1881). Ya en los últimos años de la década de 1870, dando muestras de una precoz capacidad para la investigación científica en laboratorio, publicó algunas comunicaciones relativas a la anatomía del sistema nervioso central en animales y en humanos. Para mediados de la década siguiente, y a través de sus estudios sobre la acción de la coca, se interesó por una aproximación fisiológica del funcionamiento nervioso y comenzó a redactar sus primeros textos sobre patologías neurológicas. Sus trabajos sobre la afasia, sobre todo su libro relativo al tema, constituyen el mejor ejemplo de esa labor (Freud, 1891).

A partir de 1886 se nota que el interés de Freud por la neurología en general entra en declive. Salvo por la periódica redacción de reseñas y comentarios de obras de sus colegas, Freud no escribió luego prácticamente nada sobre anatomía o fisiología del sistema nervioso en los adultos. Entre las razones para este distanciamiento pueden contarse al menos dos. Por una parte, a resultas de su encuentro con las enseñanzas de Charcot en París, Freud empezó a estudiar el campo de las neurosis y su abordaje terapéutico (véase *supra*, introducciones a la primera y tercera partes). Así, su labor clínica con pacientes adultos comenzó a reconcentrarse, desde su foco anterior en las patologías con base orgánica, sobre la histeria, la neurastenia, la neurosis obsesiva o las fobias. Por otra parte, en ese mismo año inició una intensa actividad como neurólogo infantil, que se prolongaría hasta 1896 y quedaría testimoniada en la publicación de tres libros de rico contenido (uno en coautoría con su amigo Oskar Rie y otros dos en soledad [Freud y Rie, 1891; Freud, 1893d; Freud 1897c]) y en numerosos artículos en revistas científicas. Gracias a las investigaciones de Carlo Bonomi (1994, 2007) conocemos en detalle esa historia. Durante su estadía en París, Freud había recibido el ofrecimiento de Max Kassowitz de hacerse cargo de la sección de neurología en la clínica de pediatría que este dirigía en Viena, el *Erstes Öffentliches Kinder-Kranken-Institut in Wien* (Primer Instituto Público para Niños Enfermos

de Viena). Por ese motivo, antes del regreso a su ciudad, Freud permaneció algunas semanas en Berlín, con el propósito de estudiar junto con un afamado especialista en patologías infantiles, Adolf Baginsky. Entre 1886 y 1896, Freud trabajó tres veces por semana y *ad honorem* en la clínica de Kassowitz. Tuvo allí la oportunidad de observar y atender una gran cantidad de niños aquejados de enfermedades neurológicas de distinta gravedad. Las publicaciones que resultaron de esa labor como neurólogo infantil, sobre todo su extenso tratado (Freud, 1897c), le granjearon cierto nombre en la especialidad. Hasta 1896 Freud repartió su tiempo entre neuropatología infantil y exploración de las psiconeurosis.

Exceptuando los trabajos sobre la afasia y sobre la coca, prácticamente ninguno de sus textos de neurología (general o infantil) ha sido traducido al español. La elección de los siguientes materiales —ninguno de los cuales fue recogido en el *Nachtragsband* de la *GW*— corresponde a su valor documental que, para cada texto, estriba en razones diversas. La primera publicación, referida a la enuresis en los niños, es ciertamente excepcional dentro del itinerario de Freud. A diferencia del resto de sus comunicaciones y trabajos relativos a la infancia, el material que traducimos no se refiere a patologías graves y probablemente incurables (como la parálisis cerebral, especialidad de Freud). De todas formas, podríamos decir que el interés esencial de ese documento reside más bien en el hecho de que muestra, de modo transparente, qué idea de infancia tenía Freud en el instante exacto en que sentaba las bases de su personal e innovadora teoría de las psiconeurosis. En ese momento aún no asignaba, para el esclarecimiento de la etiología de los desarreglos mentales, ninguna importancia a las vivencias infantiles. No será sino hasta 1895 que ellas adquieran —tal y como se observa en su conferencia “Sobre histeria” incluida en la primera parte de este volumen— su especial significación en el tejido de la vida anímica. El documento que nos ocupa pone de manifiesto que todavía en 1893, cuando Freud daba forma a su psicopatología de las neurosis, se hallaba muy lejos de otorgar un papel estelar al mundo emocional del niño sobre el ulterior estado mórbido en la vida adulta. En las reiteradas ocasiones en que Freud atiende niños con incontinencia urinaria, se comporta como

un ejemplar neurólogo organicista que descarta rápidamente todo fundamento emocional del comportamiento anormal.¹

El segundo documento es tal vez el último texto que Freud produjo sobre neuropatología general. La razón por la cual hemos decidido incluirlo en este elenco es bien precisa. En él describe un trastorno de sensibilidad particular desde el empleo de la autoobservación. Algunos historiadores del psicoanálisis han visto allí el anticipo del método luego explotado al límite en el libro sobre el sueño. En efecto, en ambos casos el análisis de la propia experiencia es la fuente de elaboración teórica: por un lado, mediante la atención a fenómenos propioceptivos; por otro, merced a una exégesis del material onírico de su propio psiquismo. La repetida mención de este trabajo en la bibliografía especializada, valioso como primera apelación de Freud a la autoobservación, le había conferido una estatura clásica sin rescatarlo del anonimato, por lo que la presente traducción llena un vacío de información que era preciso subsanar.

195

E. G. R. y M. V.

- 1 • Uno de nosotros ha desarrollado más en detalle esta línea de interpretación (Vallejo, 2012a). En otra publicación, además, se ha conjeturado que entre sus textos neurológicos y sus primeros escritos sobre las neurosis pueden detectarse algunas homogeneidades en cuanto a la comprensión de la causalidad familiar de las patologías (Vallejo, 2012b).

18. SOBRE UN SÍNTOMA QUE A MENUDO ACOMPAÑA LA ENURESIS NOCTURNA DE LOS NIÑOS (1893)

Ediciones en alemán

1893 'Über ein Symptom, das häufig die Enuresis nocturna der Kinder begleitet', *Neurologisches Zentralblatt*, 1893, 21, pp. 736-737.

Por el Dr. Sigm. Freud, Privatdozent en Viena

Desde hace años, en el Primer Instituto Público para Niños Enfermos de Viena (profesor Kassowitz), observamos en los niños aquejados de enuresis nocturna un interesante fenómeno, el cual no se encuentra mencionado en ningún lado como manifestación concomitante de este padecimiento, y cuya comprensión nos ha deparado dificultades. Alrededor de la mitad de estos niños muestra una hipertonía de las extremidades inferiores, que frecuentemente alcanza un grado muy alto, sin otro trastorno funcional de las mismas. Uno se convence de la existencia de esta anormalidad del modo siguiente:

Cuando el niño está sentado desnudo con las extremidades inferiores apoyadas sobre una mesa, uno toma sus piernas por los pies e intenta desplegarlas lo más posible. Uno se topa entonces con una resistencia, fuerte al comienzo, y que después de poco tiempo se reduce mucho, y todo aquel que trabaja con niños recuerda la rigidez de la equivocadamente denominada parálisis espinal espástica [el tipo que yo he llamado rigidez parapléjica entre las diplejías cerebrales], la contractura *lead-pipe* de los autores ingleses.² La resistencia, que al comienzo parece apenas superable, procede de los aductores, que allí sobresalen como fascículos duros, de modo tal que se origina un hoyo profundo entre su tendón y la restante musculatura del muslo. Si se suelta las piernas ahora desplegadas, entonces a menudo ellas se alzan juntas {*zusammenschnellen*} nuevamente como por efecto de una tracción elástica; incluso en ocasiones los talones golpean entre sí uno contra otro con un fuerte ruido. Fuera de los aductores, es posible comprobar esta hipertonía aun con facilidad en el cuádriceps crural. Si estando la pierna extendida se toma la pantorrilla e intenta flexionarla rápidamente contra el muslo,

2 • La expresión en inglés figura en el original. Corresponde a la rigidez "tubo de plomo".

entonces se encuentra la misma resistencia, que al comienzo es muy intensa, cede muy pronto y se manifiesta solo débilmente ante una rápida reiteración de la flexión. Los reflejos tendinosos están así más bien aumentados, la masa muscular parece a menudo particularmente bien conformada y se muestra sólida al tacto. Junto con el elevado grado de tensión descrito, uno encuentra en los niños con enuresis nocturna grados menores de distinta variedad, y en cerca de la mitad de los casos el fenómeno es, como se dijo, imperceptible.

De este síntoma, que en el Instituto para Niños Enfermos he podido mostrar *{demonstrieren}* a mis colaboradores e invitados, se han ensayado distintas explicaciones:

(1) La tensión fue considerada voluntaria, consecuencia de la angustia *{Angst}* o del pudor de los niños. Contra eso habla el hecho de que ella ocurre de la misma manera en los varoncitos y las niñas, y de que no es encontrada, o es encontrada muy raramente en niños normales que examinamos de esta manera. El influjo de la voluntad del niño sobre la tensión es el siguiente: si se exige al niño dejar las piernas flojas, entonces la tensión se relaja, pero se reinstala en el siguiente intento o tras una pausa. Si se intenta la flexión de la rodilla mientras se requiere al niño relajar los aductores, entonces se encuentra la resistencia del cuádriceps inalterada y de sentido contrario. En los grados más elevados /de hipertonía/ el niño no es capaz de abolir completamente la tensión de forma voluntaria. – Una observación parecida, a saber, que los niños por temor a la pérdida de orina podrían estar habituados a apretar los muslos uno contra otro, se descarta al indicar la presencia nocturna del trastorno.

(2) Dado que esta hipertonía de las extremidades inferiores, de acuerdo a su descripción, coincide completamente con la rigidez de la así llamada parálisis espinal espástica, hemos considerado en un comienzo tener ante nuestros ojos, en los casos de enuresis nocturna, casos rudimentarios de aquella afección. Solo los casos de parálisis espinal espástica muestran, cuando se pone a los niños de pie, una inclinación a entrecruzar los muslos o al menos a apretar las rodillas entre sí, un desarrollo retardado y una limitación de la movilidad voluntaria. No pudimos volver a encontrar nada de todo eso en la enuresis; la función de las extremidades inferiores estaba completamente intacta, los niños corrían, saltaban y cosas similares con fuerza normal y de manera normal. Tampoco logramos comprobar con frecuencia suficiente en los niños con enuresis el factor etiológico de la rigidez parapléjica [nacimiento prematuro] o su complicación

característica con estrabismo. Por último, aunque la enuresis nocturna se da en niños con rigidez parapléjica, debimos por cierto admitir que de ninguna manera pertenece a los síntomas regulares, o solo frecuentes, de este y otros tipos de diplejías cerebrales [cf. mi trabajo *Para el conocimiento de las diplejías cerebrales de la infancia en conexión con la enfermedad de Little* (*Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters im Anschluss an die Little'sche Krankheit*), Viena 1893. Reseñado en este *Centralbl.* 1893, número 15].

(3) Que la hipertonía no se halle constantemente en la enuresis, sino en cerca de la mitad de los casos, no prueba nada en contra de una ligazón íntima entre ambos síntomas. La enuresis nocturna, como es sabido, es un fenómeno ambiguo, que remite a distintos padecimientos y a múltiples etiologías, y bien podría ser que la hipertonía correspondiera solamente a tal o cual forma de enuresis, y en esta entonces constituyera una manifestación concomitante constante. Si este es efectivamente el caso, y para qué forma de la enuresis es válido, es algo que a partir de nuestros materiales no hemos podido decidir con seguridad.

(4) Hemos prestado especial atención a si la hipertonía coincide regularmente con aquellos caracteres que sugieren la concepción de una enuresis nocturna como equivalente de un ataque epiléptico. (Estos caracteres son: que el niño, ante todo, dejó de orinarse *{ist zunächst rein geworden}*, que la enuresis se presentó recién después de un intervalo de conducta normal; que al comienzo era menos habitual y luego se volvió más frecuente; que no aparecía todas las noches, sino con bastante regularidad 1-2-3 veces por semana, pero en ese caso varias veces en una noche; o que se suspende durante semanas, para regresar entonces luego de algunas noches una noche tras otra; además, como rasgo decisivo: la prueba de bromo y determinadas circunstancias accesorias del caso). Pero tampoco hemos tenido éxito en esta comprobación y ni siquiera una vez nos resultó verosímil.

(5) No existe una relación firme entre la intensidad de la hipertonía y la intensidad y persistencia del trastorno funcional nocturno. Hemos encontrado a menudo la hipertonía sin menoscabo luego de haber logrado la

curación de la enuresis {*Bettnässe*}, por ejemplo mediante el uso continuo de Ext. fluid. Rhus. aromat.³

Después de lo antedicho llegamos a la conclusión de que la significación de la hipertonía que se da en la enuresis nocturna ha de ser aún dilucidada y de que este síntoma parece sin embargo apropiado para influir en la concepción de algunas formas de enuresis nocturna {*nächtliche Bettnässe*}. Esto es, que se está cerca de elucidar este padecimiento a través de una similar sobreinervación espinal del detrusor {*Detrusor vesicae*}, tal y como la investigación de los músculos de las extremidades inferiores prueba directamente.

Viena, octubre de 1893.

3 • ¿Extracto de fluido de *Rhus aromatica*?

19. SOBRE LA PERTURBACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DEL MUSLO DE BERNHARDT (1895)

Ediciones en alemán

1895 'Über die Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel', *Neurologisches Zentralblatt*, 1895, 11, p. 491.

Por el Dr. Sigm. Freud, Privatdozent en Viena

En el número 6 de este año del *Neurologisches Centralblatt* el Prof. Bernhardt ha comunicado algunas observaciones que aportan una imagen provisional de una afección probablemente inofensiva, pero no carente de interés, que se exterioriza a través de parestesias y sensaciones de dolor en la región cutánea inervada por el nervio cutáneo externo de uno de los muslos. Este ligero padecimiento me era familiar desde hacía años, lo había observado ya en 5-7 casos; una ocasión para publicar mis notas sobre ello la hallé luego en la comunicación de Nücke (número 8 de esta revista), tanto más cuanto que yo, como este autor, pienso remitirme fundamentalmente a la autoobservación.

Con 39 años de edad, siento desde hace al menos 7 años la perturbación de la sensibilidad de Bernhardt en la cara externa de mi muslo derecho. Nunca había sentido la necesidad de hacer una elucidación etiológica de la misma; de los factores etiológicos aducidos por Bernhardt (íleo-tifus, intoxicación saturnina, aplicación de duchas muy frías), en mí se halla tal vez el último de los mencionados, sin que yo quiera abogar por su importancia. En total coincidencia con la descripción de Bernhardt están, en mi caso, la zona de propagación de la perturbación (en la parte delantera y exterior del muslo, desde abajo del trocánter hasta la rodilla), y la naturaleza de la misma, una sensación de aspereza, de "piel ajena" {"*fremder Haut*"}, que en reposo es mayormente imperceptible, en el andar aparece intensificada y al cual además va unido a menudo un pinchazo doloroso y breve, perpendicular a la superficie cutánea y una sensibilidad desagradable en el roce contra las prendas; las dos últimas sensaciones, por ende, bastante parecidas a una perturbación de la sensibilidad cutánea que se da en el tabes.

Puedo además confirmar que no se encuentra ningún otro trastorno anatómico o funcional de la pierna correspondiente.

Respecto de otros puntos, puedo aportar algo nuevo. En mí la afección indudablemente es, por un lado regresiva, por el otro, progrediente. “Regresiva” en tanto que estas parestesias me han molestado mucho más hace 5 y 6 años que hoy en día; por ejemplo, durante meses no las había sentido en lo más mínimo y no había pensado en ellas, hasta que cayó en mis manos el breve trabajo de Bernhardt. “Progrediente”, sin embargo, en tanto que puedo indicar con plena seguridad que al principio la parestesia estaba localizada en un sector de piel muy arriba, cerca de la pelvis, y que solo paulatinamente ella descendió a partes más bajas. Hoy la perturbación ocupa, como en un caso de Bernhardt, “un sitio un palmo por encima de la rodilla y más hacia el exterior, del tamaño de la palma de la mano”, mientras que los sitios afectados en los años anteriores se han vuelto completamente normales. En la parte hoy aquejada de parestesia, siento presión de los pliegues cutáneos, de otro tipo y más doloroso que en la parte izquierda; las puntadas se sienten allí de forma aguda pero a la vez de una forma distinta a lo habitual (como si la aguja fuese más fina y el pinchazo más ardiente); algunos sitios en particular al interior de la zona se manifiestan sin ningún dolor {*ganz analgisch*}; la sensación de temperatura está lesionada de la manera más severa y en la más grande amplitud; lo cálido se siente menos que lo frío. Recuerdo por lo demás que en años anteriores se produjo objetivamente en las pruebas una anestesia aún más intensa.

Sobre la afección no aprendí mucho más a partir de la práctica clínica que lo que sabía a partir de la autoobservación. Uno de mis casos, el primero (observado antes incluso de la sensación en mi propio cuerpo), que se lamentaba de dolores muy fuertes al andar, tenía alteraciones pupilares y había sido infectado {*inficirt*} dos años atrás. De vez en cuando me lo encuentro en la calle; no ha contraído tabes, que yo sepa. Otro caso, un señor de más de 50 años, del cual sé igualmente que se ha mantenido capaz de andar y en actividad, echaba la culpa de su padecimiento a la intensa conmoción por la enfermedad de su hijo. Este paciente, al que traté sin éxito durante semanas con rayos de Franklin {*Franklin'schen Funken*}, tenía las parestesias por ambos lados en sitios casi simétricos, algo que Bernhardt no indica haber observado. Los otros casos no ofrecían nada interesante; eran sujetos sanos, ligeramente angustiados, que justamente por ese motivo me consultaban, porque consideraban la inofensiva afección como algo significativo. De vez en cuando ellos se expresaban sobre los dolores con términos inapropiadamente superlativos.

He tenido la impresión de que la afección ocurre de manera bastante habitual. Mi colega, el Dr. L. Rosenberg, al que hace años llamé la atención sobre ella, la ha observado también en una dama de 58 años, por lo demás completamente saludable, mientras que todas las comunicaciones existentes hasta aquí se refieren a varones. El Dr. Josef Breuer, cuya experiencia consulté hace largo tiempo en lo que respecta a mis propias parestesias, estaba igualmente familiarizado con ellas y me llamó la atención sobre el trazado superficial del músculo femoral cutáneo externo (inmediatamente adyacente a la espina iliaca anterosuperior entre dos fascículos del ligamento inguinal externo), que podría llevar a pensar en un posible daño del nervio a través de la presión de las prendas de vestir que enlazan la cintura. Los demás nervios periféricos, que muy fácilmente degeneran en neuritis, por ejemplo el nervio facial y el radial, deben también esta preferencia a su situación o a su trazado.

Habría que tomar todavía en consideración si en el supuesto daño de los nervios cutáneos superficiales por la presión (del cinturón del pantalón {*Beinkleidring*}) no puede intervenir una acumulación anormal de la misma. Quizá no carece de interés en este contexto mencionar una breve comunicación de un colega de Wandsbecker muy prematuramente fallecido, quien puso fin a una afección neurálgica del nervio cutáneo femoral externo mediante una resección, y lo encontró funcionando allí 3 cm al exterior de la espina iliaca.⁴

4 • W. Hager, 'Neuralgia femoris. Resection des Nerv. cutan. femoris anterior externus. Heilung.' *Deutsche med. Wochenschrift*. 1885. n.º 14.

Bibliografía

- ANDERSSON, O.** (1962 [1996]). *Freud avant Freud: La préhistoire de la psychanalyse, 1886-1996*. París: Les Empêcheurs de penser en rond.
- BÉRILLON, E.** (ed.) (1889). *Premier Congrès International de l'Hypnotisme Expérimental et Thérapeutique: Comptes rendues*. París: Octave Doin.
- BONOMI, C.** (1994). Why Have We Ignored Freud the "Paediatrician"? The Relevance of Freud's Paediatric Training for the Origins of Psychoanalysis. En A. Haynal y E. Falzeder (eds.), *100 Years of Psychoanalysis: Contributions to the History of Psychoanalysis* (pp. 55-99). Número especial de *Cahiers Psychiatriques Genevois*. Londres: Karnac.
- BONOMI, C.** (2007). *Sulla soglia della psicoanalisi*. Florencia: Bollati Boringhieri.
- BONOMI, C.** (2009). The Relevance of Castration and Circumcision to the Origins of Psychoanalysis: 1. The Medical Context. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 551-580.
- BONOMI, C.** (2010). Castration, circoncision et origines de la psychanalyse. *Le Coq-héron*, 2010, 4(203), 16-44.
- BORCH-JACOBSEN, M.** (1996). Neurotica: Freud and the Seduction Theory. *October*, 76, 15-42.
- BORCH-JACOBSEN, M.** y Shamdasani, S. (2006). *Le dossier Freud: Enquête sur l'histoire de la psychanalyse*. París: Les Empêcheurs de penser en rond.
- BOYER, J.** (1978). Freud, marriage and late viennese liberalism: A commentary from 1905. *The Journal of Modern History*, 50(1), 72-102.
- BRAUNSTEIN, N., Fuks, B. y Basualdo, C.** (eds.) (2013). *A cien años de 'Tótem y Tabú' (1913-2013)*. México: Siglo XXI.
- CARROY, J.** (1991). *Hypnose, suggestion et psychologie: L'invention de sujets*. París: PUF.

- CARTER, C. (1980). Germ Theory, Hysteria, and Freud's Early Work in Psychopathology. *Medical History*, 24, 259-274.
- CHERTOK, L. y De Saussure, R. (1973). *Nacimiento del psicoanalista: vicisitudes de la relación terapéutica de Mesmer a Freud*. Barcelona: Gedisa.
- CHETTIAR, T. (2012). "Looking as Little Like Patients as Persons Well Could": Hypnotism, Medicine and the Problem of the Suggestible Subject in Late Nineteenth-century Britain. *Medical History*, 56(3), 335-354.
- DAVIES, J. K. y Fichtner, G. (eds.) (2006). *Freud's Library: A Comprehensive Catalogue*. Londres: The Freud Museum.
- EDELMAN, N. (2003). *Les métamorphoses de l'hystérique*. París: La Découverte.
- ETCHEVERRY, J. L. (1978 [1999]). *Sobre la versión castellana*. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FALZEDER, E. y Brabant, E. (eds.) (1996 [2001]). *Sigmund Freud-Sándor Ferenczi: correspondencia completa* (vol. II.1, 1914-1916). Madrid: Síntesis.
- FERENCZI, S. (1913 [1981]). El desarrollo del sentido de realidad y sus estadios. En *Obras completas* (t. II, pp. 63-79). Madrid: Espasa-Calpe.
- FICHTNER, G. (2008). From Psychical Treatment to Psychoanalysis: Considerations on the Misdating of an Early Text and on a Hitherto Overlooked Addition to it (here reproduced). *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(4), 827-843.
- FICHTNER, G. y Hirschmüller, A. (1988). Freud et l'hypnose: un compte rendu inconnu de l'écrit d'Obersteiner *L'hypnotisme* (1887). *Revue Internationale d'Histoire de la Psychanalyse*, 1, 405-417.
- FREUD, S. (1886a [1999]). Informe sobre mis estudios en París y Berlín. En *Obras completas* (vol. I, pp. 1-15). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1886b [1999]). Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico. En *Obras completas* (vol. I, pp. 27-34). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1886c [1999]). Prólogo a la traducción de J.-M. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*. En *Obras completas* (vol. I, pp. 19-22). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1887 [1999]). Reseña de S. Weir Mitchell, *Die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie*. En *Obras completas* (vol. I, pp. 38-39). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1888 [1999]). Histeria. En *Obras completas* (vol. I, pp. 41-45). Buenos Aires: Amorrortu.

- FREUD, S.** (1888 [1888-1889] [1999]). Prólogo a la traducción de H. Bernheim, *De la suggestion*. En *Obras completas* (vol. I, pp. 77-93). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1889 [1999]). Reseña de August Forel, *Der Hypnotismus*. En *Obras completas* (vol. I, pp. 97-110). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1890 [1999]). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En *Obras completas* (vol. I, pp. 111-132). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1891a [1999]). Hipnosis. En *Obras completas* (vol. I, pp. 135-146). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1891b). *Zur Auffassung der Aphasien: Eine kritische Studie*. Vienna: Franz Deuticke.
- _____. (1892 [1985]). Manuscrito A. En J. Masson (ed.), *Freud: cartas a Wilhelm Fliess* (pp. 24-26). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1892-1893 [1999]). Un caso de curación por hipnosis: con algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la “voluntad contrariada”. En *Obras completas* (vol. I, pp. 147-162). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1892-1894 [1999]). Prólogo y notas de la traducción de J.-M. Charcot, *Leçons du Mardi de la Sapètrière* (1887-1888). En *Obras Completas* (vol. I, pp. 163-177). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1893a [1999]). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. En *Obras completas* (vol. III, pp. 25-40). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1893b [1999]). Charcot. En *Obras completas* (vol. III, pp. 8-24). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1893c [1985]). Manuscrito B. En J. Masson (ed.), *Freud: cartas a Wilhelm Fliess* (pp. 27-33). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1893d). *Zur Kenntniss der Cerebralen Diplegien des Kinderalters*. Viena: Franz Deuticke.
- _____. (1894a [1999]). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas y de ciertas psicosis alucinatorias). En *Obras completas* (vol. III, pp. 41-68). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1894b [1985]). Manuscrito D. En J. Masson (ed.), *Freud: cartas a Wilhelm Fliess* (pp. 70-72). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1894c [1985]). Manuscrito E. En J. Masson (ed.), *Freud: cartas a Wilhelm Fliess* (pp. 72-77). Buenos Aires: Amorrortu.

FREUD, S. (1894d [1985]). Manuscrito F/1. En J. Masson (ed.), *Freud: cartas a Wilhelm Fliess* (pp. 85-86). Buenos Aires: Amorrortu.

• 208

_____. (1894e [1985]). Manuscrito F/2. En J. Masson (ed.), *Freud: cartas a Wilhelm Fliess* (pp. 87-90). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1895 [1894] [1999]). Obsesiones y fobias: su mecanismo psíquico y su etiología. En *Obras completas* (vol. III, pp. 69-84). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1895a [1999]). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. En *Obras completas* (vol. III, pp. 85-115). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1895b [1999]). A propósito de las críticas a la “neurosis de angustia”. En *Obras completas* (vol. III, pp. 117-138). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1895e [1999]). Proyecto de psicología. En *Obras completas* (vol. I, pp. 323-446). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1896a [1999]). La herencia y la etiología de las neurosis. En *Obras completas* (vol. III, pp. 139-156). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1896b [1999]). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras completas* (vol. III, pp. 157-184). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1896c [1999]). La etiología de la histeria. En *Obras completas* (vol. III, pp. 185-218). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1897c). *Die Infantile Cerebrallähmung*. En H. Nothnagel (ed.), *Specielle Pathologie und Therapie*, IX, Band II, Theil, II, Abteilung. Viena: Alfred Hölder.

_____. (1898 [1999]). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras completas* (vol. III, pp. 251-276). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1901a [1999]). Sobre el sueño. En *Obras completas* (vol. V, pp. 613-668). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1901b [1999]). Psicopatología de la vida cotidiana. En *Obras completas* (vol. VI). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1904 [1999]). El método psicoanalítico de Freud. En *Obras completas* (vol. VII, pp. 233-242). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1906 [1999]). Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras completas* (vol. VII, pp. 259-271). Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (1908 [1999]). La moral sexual “cultural” y la nerviosidad moderna. En *Obras completas* (vol. IX, pp. 159-181). Buenos Aires: Amorrortu.

- FREUD, S.** (1909a [1999]). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En *Obras completas* (vol. x, pp. 1-118). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1909b [1999]). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En *Obras completas* (vol. x, pp. 119-194). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1911a [1999]). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En *Obras completas* (vol. xii, pp. 217-231). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1911b [1999]). Puntualizaciones psicoanalítica sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente. En *Obras completas* (vol. xii, pp. 1-76). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1913 [1999]). Tótem y tabú. En *Obras completas* (vol. xiii, pp. 1-162). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1914 [1999]). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras completas* (vol. xiv, pp. 1-64). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1915a [1999]). La represión. En *Obras completas* (vol. xiv, pp. 135-152). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1915b [1999]). Lo inconsciente. En *Obras completas* (vol. xiv, pp. 153-213). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1916-1917 [1999]). Conferencias de introducción al psicoanálisis. 13 conferencia: Rasgos arcaicos e infantilismo del sueño. En *Obras completas* (vol. xv, pp. 182-194). Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (1925 [1999]). Presentación autobiográfica. En *Obras completas* (vol. xx, pp. 1-70). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. y Breuer, J.** (1895 [1999]). Estudios sobre la histeria. En *Obras completas* (vol. ii). Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. y Rie, O.** (1891). *Klinische Studie über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder*. Vienna: Moritz Perles.
- GAUCHET, M. y Swain, G.** (1997 [2000]). *El verdadero Charcot: los caminos imprevisos del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GICKLHORN, J. y Gicklhorn, R.** (1960). *Sigmund Freuds akademische Laufbahn im Lichte der Dokumente*. Viena: Urban und Schwarzenberg.
- GILMAN, S.** (1993). *The Case of Sigmund Freud: Medicine and Identity at the Fin de Siècle*. Londres: The John Hopkins University Press.
- GRUBRICH-SIMITIS, I.** (1997). *Freud: retour aux manuscrits: Faire parler des documents muets*. París: PUF.

- KIELL, N.** (1988). *Freud without Hindsight: Reviews of his Work (1893-1939)*. Madison: International Universities Press.
- LAPLANCHE, J.** y Pontalis, J. (dirs.) (1967 [2004]). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- LAQUEUR, T.** (1990). *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press.
- LE GAUFEX, G.** (1998 [2001]). *Anatomía de la tercera persona*. Buenos Aires: edelp.
- LEVIN, K.** (1978 [1985]). *Freud y su primera psicología de las neurosis: una perspectiva histórica*. México: FCE.
- LÖWENFELD, L.** (1899). *Sexualleben und Nervenleiden. Die Nervösen Störungen sexuellen Ursprungs*. Wiesbaden: J. F. Bergmann.
- MASSON, J.** (1984 [1985]). *El asalto a la verdad: la renuncia de Freud a la teoría de la seducción*. Barcelona: Seix Barral.
- _____. (ed.) (1985 [1994]). *Freud: cartas a Wilhelm Fliess*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MAYER, A.** (2002 [2012]). *Sites of the Unconscious: Hypnosis and the Emergence of the Psychoanalytic Setting*. Chicago: The University of Chicago Press.
- MCGRATH, W.** (1986). *Freud's Discovery of Psychoanalysis: The Politics of Hysteria*. Ithaca, Londres: Cornell University Press.
- MICALE, M.** y Lerner, P. (eds.) (2001). *Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ROITH, E.** (2008). Hysteria, Heredity and Anti-semitism: Freud's Quiet Rebellion. *Psychoanalysis and History*, 10(2), 149-168.
- ROUDINESCO, E.** y Plon, M. (1997 [1998]). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- RUPERTHUZ, M.** (2012). "The Return of the Repressed": The Role of Sexuality in the Reception of Psychoanalysis in Chilean Medical Circles (1910-1940). *Psychoanalysis and History*, 14(2), 285-296.
- SKUES, R.** (2006). *Sigmund Freud and the History of Anna O. Reopening a Closed Case*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- SULLOWAY, F.** (1979 [1983]). *Freud, Biologist of the Mind: Beyond the Psychoanalytic Legend*. Nueva York: Basic Books.
- TICHY, M.** y Zwettler-Otte, S. (1999). *Freud in der Presse: Rezeption Sigmund Freuds und der Psychoanalyse in Österreich 1895-1938*. Viena: Sonderzahl.

- THOMPSON, S.** (2011). *La sugestión analítica: construcción de un concepto freudiano*. Buenos Aires: Letra Viva.
- VALLEJO, M.** (2012a). *La seducción freudiana (1895-1897): un ensayo de genética textual*. Buenos Aires: Letra Viva.
- _____. (2012b). *Familiarización neurológica versus familiarización psicoanalítica: una aproximación al problema de lo familiar en Sigmund Freud, neurólogo infantil del Erstes öffentliches Kinder-Kranken-Institut in Wien (1886-1896)*. En L. Lutereau y A. Kripper (comps.), *Deseo, poder y diferencia: Foucault y el psicoanálisis* (pp. 31-49). Buenos Aires: Letra Viva.
- VEZZETTI, H.** (1989 [1996]). *Freud en Buenos Aires, 1910-1939* (2.^a ed.). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- WOLFFRAM, H.** (2009). *The Stepchildren of Science: Psychical Research and Parapsychology in Germany, c. 1870-1939*. Nueva York: Rodopi.



Esta publicación se
compuso en caracteres
MinionPro, MetaPro y
Filosofia.

MARZO DE 2017



Este volumen contiene la traducción de una serie de documentos relativos a la obra integral de Sigmund Freud que, en su gran mayoría, jamás habían sido vertidos a la lengua española. La literatura psicoanalítica en nuestro idioma cuenta, como resultado de esta labor, con un conjunto de fuentes hasta ahora prácticamente inaccesible. Estos documentos habrán de interesar, por diferentes razones, a distintos tipos de lectores. En primer término, al estudioso de la obra de Freud, porque la compilación ofrece nexos importantes entre los trabajos más conocidos de su obra completa publicada (que llena un vacío cubierto en la lengua alemana desde largo tiempo atrás) y porque brinda un importante aporte para una cabal reconstrucción del recorrido intelectual freudiano. En segundo término, al psicoanalista, porque los trabajos que se hallan reunidos mostrarán la fina línea evolutiva que llevó del tratamiento hipnótico hasta el planteo de una segunda tópica de lo inconsciente en la que el yo revela no ser todo percepción-conciencia: un recorrido que parte del saber médico del siglo XIX y lleva la psicoterapia a una renovación sin precedentes. Pero la obra freudiana pertenece hace ya largo tiempo a la cultura universal y por eso un tercer tipo de lector, intelectual pero no especialista, encontrará a lo largo de estas páginas la conflictiva gestación de un pensamiento destinado a entrar en pugna con la ciencia de su tiempo, y aun consigo mismo. prueba de indeclinable efervescencia espiritual.

