

80



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

"CONSIDERACIONES SOBRE LA HISTERIA EN LOS PRIMEROS ESCRITOS DE FREUD"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA LUISA HERNANDEZ LIRA



IZTACALA

ASESOR: LIC. FRANCISCO OCHOA BAUTISTA

SINODAL: MTRA. LAURA PALOMINO GARIBAY

SINODAL: LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA

294294

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MEX.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Francisco Ochoa, mi director de tesis y amigo, por el interés que mostró en la dirección del presente trabajo. ¡ gracias ¡

A mis sinodales: Laura Palomino, Emiliano Lezama, Leticia Hernández, y Blanca Aranda por el interés que siempre me mostraron para la conclusión del presente trabajo. ¡ gracias compañeros y amigos ¡

Por último, le dedico este trabajo de manera muy especial a la doctora Virginia Hernández, ¡ por fin lo logré, gracias por su interés¡

Este trabajo lo dedico con todo mi amor y agradecimiento a Jorge Ramón, mi esposo y compañero, y padre de mis hijos, por todo el apoyo que siempre me ha brindado a lo largo de todos estos años que hemos compartido. ¡ Gracias por todo ¡.

A mis tres hermosos soles: Rodrigo, Diego y Lara, mis hijos, quienes han iluminado mi existencia, me apoyaron y empujaron para el término de esta importante etapa de mi vida.
¡Hijos este es sólo el principio de un largo camino que reinicio ¡ ¡ Gracias ¡.

A mi padre, por todo lo que no me dio, pero principalmente por ser su hija. ¡ gracias ¡.

A mi madre, esa gran mujer que siempre me ha acompañado a lo largo de mi vida para ofrecerme su amor y ayuda incondicional, ella sabe que la amo.

A mis hermanas: Maris, Paty y Lulú por ser eso, mis hermanas; y porque cuando las he necesitado me han apoyado. ¡ gracias ¡.

A mi hermano Eduardo, con quien siempre he mantenido una afecto especial y además, hemos compartido momentos significativos para ambos. ¡ gracias por todo ¡

RESUMEN

En el presente trabajo se llevo a cabo un recorrido a través de las diversas situaciones que rodearon a una de las patologías que se han presentado en la humanidad, la histeria. Se dio inicio con una revisión de los antecedentes históricos a través de los cuales cruzó esta enfermedad, partiendo del origen de ésta dentro del pensamiento griego, en donde la histeria era concebida como una “enfermedad uterina”, por lo que su raíz epistemológica es histero-útero. Así también, se señala cómo este sufrimiento fue abordado en discursos tales, como el de “lo sobrenatural”, el religioso y el médico, todos ellos intentando dar una explicación del fenómeno.

Además, en el segundo capítulo se abordaron los primeros casos que analizó Freud, detallando la necesidad de abandonar el discurso “sobre la histeria” para llegar al discurso “de la histérica”, de lo que se desprendió el descubrimiento por medio del trabajo clínico, tanto de conceptos particulares a este nuevo saber, así como la obtención de una nueva técnica que condujo al conocimiento del psiquismo del hombre. Por lo que el propósito del presente trabajo fue llevar a cabo un recorrido por la histeria a través de la cual se circunscribieron algunos de los conceptos y elementos técnicos que actualmente comprenden al psicoanálisis. Particularmente aquí se abordó el caso de Ana O., ya que se piensa fue el primer caso clínico de histeria que fue estudiado de manera sistemática, pero además, en donde se aplicó también por vez primera el método catártico, que se puede considerar el antecedente del Psicoanálisis.

Finalmente, en el tercer capítulo, se revisaron los sucesos inéditos que abordó Freud en el campo de la histeria con relación a la sexualidad, y como a partir de aquéllos se pudo acceder más adelante a hallazgos tales como la sexualidad infantil, la fantasía y el Edipo. Y por último, se dio fin al presente trabajo con una serie de conclusiones sobre el tema general y sus avatares.

INTRODUCCIÓN

“ Freud volvía a tomar a la locura al nivel de su *lenguaje*, y reconstruía uno de los elementos esenciales de una experiencia acallada por el positivismo; no agregaba a la lista de los tratamientos psicológicos sobre la locura nada importante; restituía al pensamiento médico la posibilidad de un diálogo con la sinrazón ”¹.

Como se puede leer en el epígrafe, Foucault hace referencia al dispositivo que hizo posible que se llevara a cabo una revolución en el estudio de “la locura”, el suceso dio la posibilidad de dejarle hablar en su lenguaje. Pero, para que esto fuese posible tuvieron que transcurrir siglos, en los cuales la locura ocupó un lugar particular, intentando explicársela en la brujería, como posesión demonológica; de la misma manera, la relacionaron con la belleza o la poesía, pero siempre, dentro de lo enigmático que rodeaba a ésta. Así, bajo el rótulo de “locura” se encontraban toda una serie de enfermedades mentales que fueron esclareciéndose en ciertos momentos del desarrollo histórico de la sociedad.

Sin embargo, dentro de toda esa serie de definiciones, la historia no tuvo la suerte de ser precisada tempranamente ya que era una expresión mítica, por la creencia de que el órgano femenino ascendía hasta el pecho y la cabeza, pues ya desde la época de Platón e Hipócrates se tenía la idea moral de que la matriz era un “animal viviente” en constante movimiento.

Pero, fue durante la época clásica que se presentaron dos líneas evolutivas respecto a la historia. Por una parte, la que la acerca a la formación del concepto: “enfermedad de los nervios”. Y por otra, la que modifica el significado tradicional y la estructura de su

¹ Foucault Michel (1964) *Historia de la locura en la época clásica*, tomo I. México, Fondo de Cultura Económica 1986, pp. 529.

patología; tendiendo a integrarla poco a poco en el grupo de las enfermedades del espíritu. A pesar de esto, en esa misma época los médicos no lograron percibir una coherencia cualitativa que le diera un perfil singular, a esta patología.

Fueron varias las formas a través de las cuales se intentó definir a la histeria. Una de ellas, fue por el entorpecimiento de la circulación de la sangre, la cual al hacerse abundante y espesa impedía la circulación regular que debía tener a través de la vena porta, dando como resultado una crisis provocada por el esfuerzo para procurarse una salida, ya sea por las partes superiores o inferiores. Otra definición más, fue por la movilidad o inmovilidad de los humores inactivos o la pesadez, o fluidez de éstos, no lográndose descubrir el estilo propio de los movimientos de la histeria.

Respecto a lo anterior M. Foucault comentó que en el siglo XVII: “El conocimiento de la histeria no ha avanzado, como el de la manía, por medio de la reflexión médica, sobre las características oscuras del mundo. El espacio donde ha crecido es de una naturaleza distinta: ha crecido en el espacio del cuerpo y en la coherencia de los valores orgánicos y los valores morales”².

En ese mismo siglo todavía se aceptaba, aunque con ciertas restricciones, la idea de un movimiento espontáneo de la matriz. Se decía que si ésta se movía era debido a que quería “estar más cómoda” pero, no se le reconocía la facultad de cambiar de lugar recorriendo el cuerpo, por estar ligada a su cuello y ligamentos. A pesar de lo anterior no se eliminaba la idea de cierta movilidad, sin embargo, esta explicación fue totalmente rechazada por los médicos de la época clásica.

Así, en esa época, se les atribuyó a Le Pois y a Willis, el haber rescatado a la histeria de los mitos que se habían concebido por muchos años, respecto a los desplazamientos uterinos.

Para Willis, lo que provocaba los problemas e irregularidades del movimiento sanguíneo que se presenta en la histeria, serían tanto las afecciones del cerebro como del sistema nervioso. Por lo que el papel que ocupaba la matriz, como factor asociado a la

² *Ibid.*, pp. 442.

histeria, le viene a sustituir el cerebro. El cual juega en ese momento, el papel de distribuidor de una enfermedad que tiene como origen el sistema visceral, en el cual estaba incluida la matriz.

Así también, en la época clásica la locura fue considerada una unidad en la que su esencia era pensada como naturaleza y como enfermedad. Por esto el cambio que se presentó de la sinrazón de la época clásica a la posterior, que se inició en el siglo XIX, no permitió un avance en la lectura de la locura. Ésta fue cubierta por la mediatización moral que se dio entre la sinrazón y lo que trascendía los fenómenos naturales de la enfermedad.

Es así como se llegó al momento en que Freud ingresó en el campo de las enfermedades nerviosas. En donde él escuchaba la "verdad" de la mujer histérica, hecho que negaba el psiquiatra. Aquí se encuentra lo que se afirmó en su epitafio, y es que Freud dejó hablar al síntoma histérico, el cual lo condujo a toda una serie de avatares que fueron delineando el proceso de un nuevo saber.

Por consiguiente, en un inicio lo inédito en Freud se inauguró con el abordaje que éste hizo respecto a la histeria. Conceptualizando que el origen de ésta, no provenía de una tara o producto de la herencia, sino que partió de un hecho sumamente importante que fue la historia del enfermo; acontecimiento que se originó con la teoría de la seducción.

Así, se puede afirmar que fueron dos vías por las cuales se condujo Freud para acceder a la teoría de las neurosis. Una sería, la práctica clínica que desarrolló con sus pacientes, sobretodo las histéricas y por otra, la reflexión científica que llevó a cabo de manera simultanea. Esto dio como resultado no únicamente el conocimiento de una patología en particular como la histeria; sino que, fue a través de la investigación sobre la misma que pudo encontrar toda una serie de conceptos y el método que daría como resultado un nuevo saber: El Psicoanálisis.

Sin embargo, sería erróneo afirmar que fue solo por el trabajo clínico que desarrolló Freud en el área de las neurosis, lo que hizo posible acceder a tal descubrimiento. Pero sí, este hecho se puede contemplar como una de las bases para tal encuentro en la

investigación de este campo del saber. Por tanto, no se puede olvidar que existieron otros elementos de gran relevancia que también posibilitaron que se diera esto. Un ejemplo de esto es lo que aportó el análisis del mismo Freud, el cual se llevó a cabo por medio de la correspondencia que mantuvo con Fliess, por un largo periodo.

Por otra parte, no se puede omitir tampoco que la histeria le pertenecía al discurso médico, el cual dentro de su noción de histeria recogía todos los fantasmas de los médicos, más que de los que se creían enfermos. Por lo que la histeria, se encontraba al servicio de la investigación científica. Esto pudo ser particularizado por el método que llevaba a cabo Charcot con las histéricas del hospital de la Salpêtrière.

Así, Freud permitió hablar a las histéricas para que a través de su discurso fueran rescatadas del fantasma de la medicina; y así poder acceder a una nueva verdad que conduciría a un saber que es el del inconsciente; el cual se encuentra más allá de lo observable.

Apoyándose en lo antes expuesto, se planteó el propósito del siguiente trabajo, el cual consistió en llevar a cabo una revisión teórica de algunos de los primeros escritos de Freud, relacionados específicamente con la neurosis de histeria, teniendo a ésta como eje rector para el descubrimiento de conceptos claves como el de la sexualidad y el hallazgo por medio del “discurso de la histérica”, de algunos elementos que comprenden la técnica psicoanalítica.

Para tal fin el presente trabajo se encuentra dividido en tres capítulos:

1. **PRIMER CAPITULO:** Antecedentes de la Histeria.
2. **SEGUNDO CAPITULO:** Freud y sus primeros casos de histeria.
3. **TERCER CAPITULO:** Histeria y sexualidad.

PRIMER CAPITULO

ANTECEDENTES DE LA HISTERIA

“Ante todo, redujo a su correcta medida el nexo de la neurosis con el sistema genital cuando comprobó la existencia de la histeria masculina y, en particular, la traumática, en una expresión hasta entonces insospechada.”¹

Freud.

Cada uno de los momentos históricos del hombre se ha distinguido por un pensamiento particular, el cual muestra la concepción del mundo y el papel que desempeñaba en este universo. Por esto se puede decir que los diferentes discursos que se fueron dando, respecto a las diversas patologías que han caracterizado al ser humano, se hayan visto impregnadas del pensamiento filosófico y científico que fue el reflejo de ese momento histórico al que nos encontremos aludiendo.

Así, en referencia a lo anterior, se puede decir que la histeria como enfermedad mental ha seguido toda una serie de direcciones que la han conducido al mismo número de concepciones, las cuales se han visto definidas por la idea que privaba, en el momento del abordaje, del mundo filosófico y por consiguiente del hombre.

Respecto a las direcciones que ha seguido la concepción de esta patología, es posible partir del hecho de que primeramente la histeria se encontró enmarcada en las prácticas religiosas en el periodo de Hipócrates, el cual se dio a la tarea de rescatarla de éstas y colocarla como una simple “ enfermedad ordinaria”, como era el caso de la epilepsia. Sin embargo, durante la Edad Media, en donde otra vez se le dio acceso al pensamiento religioso, nuevamente se admitió la inclinación de que ciertas convulsiones que presentaban las enfermas, eran de origen sobrenatural. Por tanto, se abandona aquella

¹ Freud Sigmund (1956 [1886]) “Informe sobre mis estudios en París y Berlín”. *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 10.

vieja idea que se había logrado establecer en la época de Hipócrates, respecto a la naturaleza de dicha enfermedad.

Pero, de nuevo se tendría que llevar a cabo el cambio de contexto de la histeria, y esto sucedió con el acaecimiento de la era moderna, en donde esta provocó que se regresara nuevamente al ámbito de la medicina con un escrito del médico inglés Edward Jorden. Así, todas esas circunstancias junto con sus actores, respecto a la histeria, serán abordadas en el presente capítulo, el cual tiene como propósito mostrar el discurso que existe sobre la histeria, ya sea en el escenario religioso o en el de la medicina, todo esto que se dio antes de que Freud ingresara en el campo de investigación de la histeria.

Al llevar a cabo una revisión de los antecedentes de la histeria, se encontró con el suceso de que en la antigüedad, particularmente en los textos hipocráticos, la histeria fue considerada como una enfermedad que resultaba de las migraciones internas del útero. Se pensaba en ese momento, que la causa de lo anterior era la continencia, pues debido a ésta el útero era privado de humedad provocando que este perdiera peso, dando como resultado que el útero ascendiera hacia los órganos de las cavidades esplácnicas, con el fin de absorber humedad de ellas, y así eliminar la falta de ésta.

En lo que respecta a los diversos síntomas, se tenían entre ellos a las convulsiones, la ansiedad, los vómitos, etc. Por tanto, estos síntomas se relacionaban con las nuevas localizaciones del útero, para que en su estado último de instalación, por el desplazamiento, se dijera que su influencia podía ser extendida hasta la cabeza, dando como resultado dolores faciales, pesadez, somnolencia y letargo.

Esta postura, de considerar a la histeria como una enfermedad, la cual era resultado de las migraciones internas del útero, tuvo actualidad en varios momentos de la historia de la histeria y fue adjudicada únicamente a las mujeres, por ser éstas las que poseen en su cuerpo el útero, órgano que supuestamente era el responsable de dicha enfermedad.

Sin embargo, dentro del pensamiento griego, la histeria debía ser cuidadosamente distinguida de la epilepsia. Pues se consideraba que esta última, era causada por obstáculos

a la circulación del “pneuma”, el cual era una especie de fuego que circulaba por todo el cuerpo y que aseguraba la vida y el equilibrio de los humores. Pero, a la histeria no se le podía considerar como una locura histórica, a pesar de que se lograba aceptar que el útero pudiera influir en el enfermo al subir a la cabeza.

Fue hasta la Edad Media, en que algunos estudiosos de la teoría uterina mencionaron varios trastornos mentales en la histeria, pero esto no sirvió de avance en la concepción de la misma, ya que nuevamente se regresó en este período al pensamiento de lo sobrenatural y al exterminio de los enfermos, los cuales supuestamente atentaban contra la Iglesia. Pues como es conocido, siempre ha existido la voluntad de acallar a las enfermedades y así, ocurrió de manera particular, con la histeria.

Una de las instituciones de la Edad Media, que se hizo cargo de la persecución de estos enfermos fue la “Santa Inquisición”, la cual sometía a castigos ejemplares a todas aquellas mujeres que “estuvieran poseídas por el diablo”, ya que eran vistas como un peligro para la sociedad.

Sin embargo, uno de los estudiosos de esa época fue Ambroise Paré, quien en el siglo XVI, trató de conjugar las tesis hipocráticas respecto a la migración del útero por falta de humedad y lo que planteaba Galeno respecto a los vapores. Así, al describir el fenómeno de la histeria hizo mención de ciertos síndromes psíquicos, los cuales se referían a las enfermedades mentales hasta entonces conocidas, que van desde la melancolía hasta el estupor catatónico. A este respecto, Paré señaló: “Ahora bien, el cerebro está dañado por dolor de cabeza que con frecuencia está acompañado de rubor de toda la cara y enrojecimiento de los ojos, escotomía y vértigo, es decir que parece que todo está cabeza abajo, lo que se produce por un vapor pútrido que ascendió al cerebro, perturbando enteramente el sentido, instrumento de las facultades animales, por lo cual adviene un ensueño, tan pronto de la virtud aprehensiva, tan pronto de la razonable.....”⁴. También aseveró que esto con frecuencia hace que la mujer hable sola, para sí misma, en sueños;

⁴ Paré, A.: *Oeuvres complètes*, II, París, Baillière (1840), en “El Escamoteo de la locura histórica”, Maleval J. C., *Locuras histéricas y psicosis disociativas*, Buenos Aires, Paidós 1987, pp. 215.

diciendo lo que debe hablar como lo que debe callar y teniendo muchas veces, como conclusión de todo este proceso, el tener que quedar estúpida y atónita.

Se puede afirmar que las descripciones que hizo Paré de la histeria fueron muy completas ya que se refirió al extremo polimorfismo de las manifestaciones morbosas, la naturaleza onírica de ciertos estados y el origen uterino de éstos. De cierta forma, es posible decir, que a partir del estudio de Paré, ya se evocaba el aspecto de la sexualidad, la cual fue mencionada y relacionada a lo largo de los siglos en los que se ha venido estudiando esta patología.

Respecto a las descripciones del autor arriba citado, éste dijo que: “ En resumen, los síntomas parecen diversos según sea el vapor que se eleva desde el útero tropiece ora con estas partes, ora con aquéllas ... si se esparce en el cerebro, lleva consigo algunas veces un furor de parloteo, a veces estupidez, adormecimiento, con taciturnidad inusual, todo según la naturaleza del humor bilioso, o grosero y melancólico, desde el que se eleva el vapor....”⁵

Así también, fue en el siglo XVI, en donde la demonología estuvo muy difundida en todo Europa. Y debido a esto, los procesos de la Santa Inquisición por “brujería” fueron muy numerosos, ya que en este siglo todavía no se pensaba a los trastornos históricos como una patología mental, teniendo como resultado que muchas mujeres murieran en la hoguera supuestamente por “brujas”.

Una vez iniciado el siglo XVII, el médico inglés de nombre Edward Jorden, fue citado como experto en un proceso que se llevaba a cabo en contra de una mujer de nombre Elizabeth Jackson, en Londres, en 1602. El motivo de dicho proceso era que la anciana, Elizabeth, había embrujado a Mary Glover, niña de catorce años de edad, esto supuestamente se presentó en una disputa que se había llevado a cabo entre ambas mujeres. A este respecto, el médico afirmó que la joven llamada Mary Glover, quien presentaba crisis convulsivas, ceguera y mudez con intermitencia; privada de sensibilidad y

⁵ *Ibid.*

movimientos en el costado izquierdo no había sido embrujada como se le había relacionado. Según el médico Jorden las manifestaciones que presentaba la muchacha eran de causa natural y la enfermedad que la joven padecía era una de nombre *histeria*.

Así, una vez más la *histeria* tuvo que ser rescatada del escenario de la *brujería* para ser transportada al contexto médico. Pero además, Edward Jorden mostró cómo un sujeto que no era capaz de servirse de la palabra y así expresar su padecimiento, lo puede hacer por medio de su cuerpo. Ésta es la explicación de los movimientos que se presentaban en el cuerpo de las mujeres consideradas como “*brujas*”.

En un reporte que redactó, este mismo médico al año siguiente, con el título: “Breve discurso sobre una enfermedad denominada *sofocación de la madre*”, describió los síntomas psicológicos que dependen de la *patología uterina*; y además, anotó que con estos síntomas era posible recordar estados próximos al sueño y la *locura*. A este respecto, señaló que: “El sentido interno está depravado cuando una mujer imagina, juzga o recuerda cosas que no son, o cosas distintas de lo que son”⁶. Afirmó también, que la enfermedad descubierta por él, a la cual denomina: “*sofocación de la madre*”, se desencadenaría por celos o por amor. Y así, lejos de ser causa de acontecimientos sobrenaturales imputados al “*diablo*” lo que se reveló fueron: “*enfermedades del alma*”.

Aunque fue numerosa la audiencia ante la que Edward Jorden, expuso la naturaleza *patológica* de los fenómenos considerados como “*posesión*” y “*brujería*” se necesitó tiempo para que la perspectiva médica se impusiera, por lo que este conocimiento fue admitido hasta el periodo denominado de las *Luces*. Sin embargo, se puede decir que realmente fue en el siglo XVI en el cual muchos médicos, entre ellos Jorden, Sydenham, Burton y Bagliv, empezaron a incluir a la *histeria* entre las enfermedades que podían suscitar trastornos del espíritu.

Pero fue a partir del siglo XVII, en que se proporcionó el cambio del discurso religioso por el discurso médico pero, no se debe olvidar que los sujetos que ostentaban

⁶ Jorden, E.: A brief discourse of a disease called the Suffocation of the Mother. Londres, John Windet (1603), en “El Escamoteo de la locura *histerica*”, Maleval J. C., *Locuras histericas y psicosis disociativas*, Buenos Aires, Paidós, 1987, pp. 216.

este nuevo discurso sobre la histeria, eran producto de su momento histórico por lo que no lograban deshacerse, bien a bien, de los prejuicios que imperaban en ese momento, por ejemplo, respecto a la idea sobre el sexo.

Thomas Sydenham, decía que la histeria era: "... un Proteo que adopta una infinidad de formas, un camaleón que cambia interminablemente de colores"⁷. Así, en este párrafo se puede leer cómo se presentaba de manera manifiesta la plasticidad sintomatología que caracterizaba a la histeria. Además, este médico profundizó en los aspectos psicológicos de los trastornos que presentaban las mujeres afectadas por esa enfermedad, dándole el nombre de *histeria* a todo el desorden de tipo somático que provenía de lo psíquico.

Por otra parte, se tiene que en los conventos se llegaron a suscitar hechos que catalogaban como "posesiones demoníacas conventuales"; sin embargo, se les tuvieron que reconocer más bien como sucesos de naturaleza histérica y no demoníaca. Ésto no fue fácil, ya que tuvo que pasar tiempo para que el saber médico reconociera una característica importante de la histeria, y es que existía en las histéricas la *capacidad de imitación*, lo cual las podía llevar a la locura.

A este respecto, se apunta en: "Traité des affections vaporeuses du sexe", publicado por Joseph Raulin en 1758, en donde describió que se habían visto mujeres, las cuales, en estados próximos al éxtasis, eran capaces de imitar gritos, silbidos de serpientes, ladrido de perros y muchos sonidos más; de los cuales se preguntaba si estas mujeres habrían sido capaces de imaginar semejantes cosas tan ridículas.

Otro nombre que se aplicaba a las mujeres histéricas era el de "vaporosas", porque designaba el origen de las emanaciones que provenían del útero morbosos; este otro nombre

⁷ Veith, I.: Histoire de l'hystérie, Segheers, Paris (1563), en "El Escamoteo de la locura histérica", Maleval J. C., *Locuras histéricas y psicosis disociativas*, Buenos Aires, Paidós, 1987, pp. 216.

se aplicó como sinónimo de histeria ya que en la literatura se hace mención de “ hombres vaposos”, o sea, que estaban enfermos de histeria.

Sin embargo, fue en el año de 1820, en el que ocurrió un hecho muy significativo, dentro de la investigación que se había venido desarrollando en el campo de la histeria. Y es que Georget, rompió con la teoría uterina en la que había estado basada toda una época de estudios y planteamientos sobre la histeria para afirmar que ésta se ubicaba realmente en el cerebro. A pesar de lo anterior, éste mismo estudioso no consideró a la histeria como una enfermedad mental, lo que hizo fue cambiar el lugar de procedencia de ésta. Por lo que se puede decir, que ello permitió el que dicha enfermedad ya no fuese exclusiva de la mujer, ya que rompió la relación que se venía presentando tradicionalmente, entre útero e histeria. De modo que, a partir de esta nueva idea, fue posible que los individuos de sexo masculino estuviesen en posibilidad de presentar las características de la histeria.

Sin embargo, por otra parte, y aunque la histeria había sido considerada como tal por la presencia de convulsiones, fue hasta mediados del siglo XIX que se diseminó, poco a poco, la existencia de un delirio histérico sin convulsiones.

Así, en 1859 Briquet, había notado que era frecuente el delirio en los histéricos, decía que éste se podía presentar bajo dos diferentes circunstancias. En primer lugar, era que el delirio acompañará a todas las otras formas de ataque de manera secundaria; y en segundo lugar, que este delirio fuese el hecho dominante acompañado por accidentes histéricos. Este mismo médico, comentó respecto a la estructura del delirio histérico que se trataba de reminiscencias del pensamiento que ocupaban al enfermo antes del ataque.

En Berlín, en 1845, Wilhelm Griesinger, dentro de este mismo tema, enmarcado en sus concepciones, describía ciertas locuras histéricas crónicas que, según decía, eran una posible complicación de toda histeria ordinaria. Para este autor, la histeria era una forma de demencia y además fungía como causa de ésta.

Por ello, se afirmó que, el concepto de locura histérica recibiera su reconocimiento por el trato que le dio a ésta el profesor Griesinger.

También hubo algunos médicos que independientemente del trabajo en la histeria, captaron algún tipo de delirio histérico en sus pacientes. Uno de estos médicos fue Sandras, quien en 1851, decía que el delirio nervioso de esa manera, se refería al tipo de delirio que se diferenciaba del que dominaba en los alienados, se producía debido a las pasiones humanas tales como el amor, el odio, los celos, etc. También, decía que este delirio nervioso no presentaba una forma bien determinada sino que se podía presentar en diferentes grados; ya que podía ir desde las más simples sugerencias, poco razonables, hasta los actos de demencia más pronunciados.

Asimismo, Sandras dijo que, el polimorfismo característico del delirio que manifestaba independencia de alguna lesión orgánica, confirmaba que la anatomía patológica no indicaba nada, absolutamente nada. Además de que, este delirio nervioso estaba delimitado en tiempo, ya que eran comprensibles sus causas y era sensible a las acciones que se pudieran ejercer en el sistema nervioso; así también afirmó, que podía ser curable por varios métodos.

Por tanto, era necesario diferenciar el tipo de delirio que exhibían los enfermos no alienados, pero que se podía presentar en un momento determinado, al que sí atrapaba a los sujetos alienados.

Dentro de la misma línea de Sandras, Morel en 1866, trató de identificar la existencia de un delirio de naturaleza distinta de la de los alienados, por lo que este autor abordó al delirio como "delirio emotivo". Este delirio se componía de hechos altamente impresionantes y de gran emotividad; además de que, predominaban ideas fijas de ciertos actos sumamente ridículos pero carentes de peligrosidad. Para Morel, el punto de partida de las anomalías del delirio emotivo eran los ganglios viscerales, no así el cerebro. Al igual que el delirio nervioso de Sandras, el de Morel tenía el poliformismo característico en las manifestaciones de la locura histérica.

Fue Morel, quien por primera vez en Francia en 1860, le dio un lugar original a la locura histérica dentro de su: "Traité des maladies mentales". En esta obra de clasificación nosológica de las enfermedades mentales, propuso la división de éstas en seis grupos, y en uno de los cuales lo divide en; locuras histéricas, epilepsia e hipocondría.

A Morel le parecía extraño que tanto la locura epiléptica como la locura hipocondriaca no hubiesen consagrado de manera universal la expresión de locura histérica, la cual decía era un estado mental que toma del concepto general de histeria sus caracteres esenciales. Respecto a esta última afección, dijo que ofrecía una gran diversidad, ya que se presentaban en ésta delirio de celos, cólera, impulsos, alucinaciones, delirio de los actos, tristeza profunda entrecortada por alegría, delirio demonopático, agitación maniaca alterada con estupor, etc. Así, de la histeria Morel logró aislar el concepto de locura histérica, pero no la pudo apuntalar, sino que únicamente acercó algunos casos, pero no los agrupó en estudio de síntesis. Por último, desistió del trabajo de delimitar a la locura histérica.

Por otra parte, en 1865 Moreau de Tours, publicó el primer artículo en francés consagrado a la locura histérica; así también, ese mismo año fue traducida a ese idioma la obra de Griesinger, autor ya antes mencionado. Moreau, al igual que los otros médicos, mantenía la preocupación de encontrar las diferencias radicales que separaban a la locura histérica de otros tipos de alienación mental. En su trabajo, lo que hizo fue describir el estado en que se entraban los enfermos que caían en un delirio por la locura neuropática (histérica). Decía que: "Contrariamente a lo que ocurre en el delirio crónico esencial -escribe-, la locura propiamente dicha, las enfermas están por completo absortas en sí mismas; todo punto de contacto con el mundo exterior parece aniquilado; están sumergidas en un estado de desvarío del que nada puede sacarlas, y que se traduce exteriormente por palabras, incluso por actos, que una incoherencia aparente hace ininteligibles para sus allegados, pero que evidentemente tienen sentido para ellas mismas. En ciertos aspectos se trata del estado de desvarío de un individuo afiebrado, pero sin la fiebre, y también con más orden, más ilación, diría de buena gana más razón en las ideas..."⁸.

⁸ Moreau de Tours, J.: De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystéric convulsif, à l'hystéro-épilepsie et à l'épilepsie, Union Médicale, 1865, en "El Escamoteo de la locura histérica", Maleval J. C., *Locuras histéricas y psicosis disociativas*, Buenos Aires, Paidós, 1987, pp. 220.

En el párrafo antes citado, se muestra cómo lo que se tenía hasta ese momento era una descripción de las particulares que contenía la histeria, además pertenecía al discurso particular de la medicina. La cual tenía como propósito inmediato ir avanzando, cada más, en la descripción nosológica la histeria y no así, en la cura de los enfermos que la presentaban.

Moreau también mencionó, como otra característica de este delirio al sonambulismo, el cual no siempre es tan nítido ni tan definido. Y dijo que las relaciones con el mundo exterior de los enfermos, no están del todo rotas y que las ideas delirantes, las cuales pertenecen a un estado mental, en términos psíquicos, idénticos a un sueño son sumadas a ideas razonables, las cuales fueron concebidas en estado de vigilia completa y tomadas de impresiones del exterior.

Jean C. Maleval, en 1987, comentó que con el manejo que hace Moreau de la locura histérica, ésta puede adoptar la mayor parte de las formas de la patología mental, proporcionándole sin embargo, un sello muy particular en su representación.

Es importante mencionar que, Moreau aportó la detección de las características de la locura histérica, en términos de que el delirio que se presentaba en ésta siempre era breve, con una mayor frecuencia de manera intermitente; su aparición es brusca y así puede desaparecer. De modo que, los enfermos poseen cierta conciencia del delirio, a veces ésta es clara y otra es oscura. Por último, observó una analogía tanto con la actividad onírica, como con el delirio artificial. Afirmando que este delirio aislado, tiene su causa definida y puede recibir tratamiento.

De lo antes revisado se puede concluir, que existen tres características esenciales de la locura histérica, y son las siguientes: primeramente que en ésta existe la curabilidad, como segunda característica, que posee plasticidad de los trastornos y por último, la semejanza que tiene ésta con el sueño. Estos puntos de vista, serán tomados de alguna manera en el texto sobre "Estudios sobre la histeria", escrito por Freud y Breuer, 1895.

Por otra parte, se tiene que para el último decenio del siglo XIX, aparecen trabajos que se consagraron a la locura histérica, los cuales no se limitaban únicamente a describir el cuadro clínico de esta enfermedad, sino que ya penetraban en la especificidad de su estructura.

Uno de los personajes importantes, que contribuyeron al desarrollo del nuevo enfoque que se daría a la histeria y que determinó, en cierta forma, el camino que siguió Sigmund Freud hacia el descubrimiento de un nuevo saber, el del Psicoanálisis, fue Jean Martín Charcot. Este médico francés, se formó académicamente en la Facultad de Medicina de París. Fue debido a que estudió en esa Facultad que, en un principio Charcot compartió la inclinación anatómica, ya que en París seguía predominando en su época la orientación patoanatómica.

El trabajo de Charcot como neurólogo, se basaba en la explicación de lesiones anatómicas, las cuales se asociaban con una gran variedad de enfermedades. Entre éstas se encontraba la de tabes dorsal, la esclerosis, la amiotrófica lateral y la esclerosis múltiple. Así también, publicó varios textos de sus conferencias sobre la localización de lesiones de enfermedades del cerebro y de la médula espinal.

Por lo anterior se tiene que, las primeras resoluciones de Charcot respecto a la patología que se encontraba detrás de la histeria, se basaron en la demostración de lesiones anatómicas en estos pacientes.

Para sustentar esta primera postura de J. Charcot se puede revisar una recopilación de conferencias que fueron publicadas en 1877, en donde afirmaba que la pérdida de sensación táctil en un lado del cuerpo, llamada hemianestesia histérica, tenía la misma etiología que otras anestias. O sea que, éstas se debían más que nada a una lesión circunscrita de los hemisferios cerebrales y ésto lo sustentaba con los resultados de pruebas patoanatómicas.

En 1882, Charcot inauguró en la Salpêtrière el servicio de neurología en donde siguió realizando su investigación en el campo de la histeria. Debido a esta investigación, fue necesario que implementará un nuevo término, una vez que no le fue posible encontrar la lesión causal de la histeria, y este fue el de *lesión dinámica*.

En ese mismo año dio a conocer, en una conferencia, el cambio que había sufrido su postura respecto a la concepción sobre la histeria, allí dijo que si bien se le debería otorgar importancia a los métodos de estudio patoanatómicos, existía en ese momento un gran número de estados mórbidos que tenían su centro en el sistema nervioso, ya que éstas enfermedades no dejaban ningún rastro material que pudiera descubrirse en un cadáver, durante la autopsia.

Entre esas enfermedades colocaba a la histeria; además señaló, que muchos médicos preferían colocar a estas patologías incomprensibles dentro de una categoría desconocida, ya que les resultaban inaccesibles e incoherentes al análisis anatómico.

En esta misma conferencia hizo referencia al trabajo de su colega Paul Briquet. Con respecto a éste, afirmó que ayudó a establecer el hecho de que la histeria fuera una entidad clínica distinta y bien definida. Sin embargo, la insistencia de Briquet, respecto a que esta enfermedad no implicaba lesiones anatómicas, fue ignorada por los neuropatólogos, incluyéndose el mismo Charcot en el inicio de su carrera y aun en los siguientes años posteriores a la publicación del libro: "Traité clinique et thérapeutique de L'Hystérie", en 1859.

Así también, en esta misma conferencia Charcot manejó la tesis de que, a pesar de la ausencia de lesiones anatómicas, la histeria seguía determinadas reglas, y que los síntomas de esta enfermedad no podían ser atribuidos a una impostura intencional por parte del paciente. También apuntó, que el problema de la simulación de la que tanto se hablaba, cuando se consideraba a la histeria y sus afecciones conexas, era un "fantasma"; al respecto, afirmó que ante éste únicamente "retroceden los miedosos y los neófitos"⁹. Lo más importante de esto es que por medio de *la hipnosis* se introdujo una nueva dimensión en la histeria; fue que existían *leyes* que rigen a ésta, acontecimiento que anteriormente muchos médicos habían negado.

⁹ Charcot, J. M.: Clinica lectures on Diseases of the Nervous System, Thomas Savill (Londres, 1889), en Levin Kenneth, *Freud y su primera psicología de las neurosis*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985.

Respecto a los síntomas que presentaban los pacientes histéricos, Charcot se interesa principalmente en mostrar la diferencia de éstos con respecto a los síntomas causados por lesiones anatómicas. Así, los síntomas histéricos iban a corresponder a la "regla" de ésta. También, corroboró la ausencia de lesiones que se mostraban en las autopsias, con pruebas clínicas de que no existían lesiones; además, fortaleció el razonamiento de que la histeria es una entidad patológica auténtica y coherente en su cuadro clínico.

Una vez que Charcot se opuso a la base anatómica de la histeria, se dirigió hacia una postura teórica, en donde la patología de esta enfermedad implicaba una anomalía neurodinámica; o sea que, era un tipo de trastorno puramente fisiológico del sistema nervioso. Respecto a esto, afirmó que son menos graves las enfermedades causadas por cambios de origen neurodinámico que el de los síndromes que sobrevienen de una lesión anatómica.

De lo anterior, se desprende el que Charcot se tuviese que preguntar sobre la intervención terapéutica que se podría aplicar a los enfermos con afecciones neurodinámicas. Para poder desarrollar esto, consideró los siguientes puntos al respecto: Primeramente, que la terapia sería más efectiva si ésta se basará en la fisiología; y además, contar con el reconocimiento del mecanismo responsable de los problemas de los enfermos. Es así como llegó a la circunspección de la hipnosis como técnica importante en el tratamiento de la histeria. Sin embargo, a Charcot más que importarle el tratamiento de las enfermas y su posible cura, su principal propósito era ir mejorando cada vez más el método de diagnóstico de esta enfermedad, no así el logro en la cura de sus pacientes. Por consiguiente, su compromiso como investigador se encontraba, más que nada, al servicio de la ciencia.

Respecto a la hipnosis Charcot planteó varios puntos; entre ellos creía que la aplicación de ésta entrañaba cambios fisiológicos en el sistema nervioso. Además de que, la hipnosis tenía manifestaciones particulares en las histéricas. Éstas manifestaciones estaban relacionadas con las anomalías dinámicas básicas del sistema nervioso.

Lo anterior se relacionaba con lo que Charcot llamó Gran Hipnotismo, el cual se aplicaba a estos enfermos. Cuando se aplicaba éste a las personas, se obtenía una gran diferencia en lo que se presentaba en personas “normales” hipnotizadas y en las histéricas. A este respecto decía que, en estos últimos, era posible detectar tres niveles de hipnosis, los cuales se distinguían por la presencia de signos físicos muy particulares. Estas tres fases del Grand Hypnotisme eran:

- La letárgica.
- La cataléptica.
- La sonambúlica.

Por otra parte, para Charcot, uno de los elementos importantes a considerar en la histeria era la predisposición que se podía tener por *herencia*. De ésto, se desprendió que Charcot construyera un modelo funcional para la etiología de la histeria; el cual se relacionaba con el hecho de este tipo de patología era de *origen traumático*. Surgiendo también, de este modelo la doble personalidad del histérico que fue retomada más adelante por otros autores.

En esta perspectiva sobre la herencia que planteaba Charcot, era que si el sistema nervioso estaba condicionado por herencia histérica, un choque nervioso o el miedo inducirían a un estado hipnótico que volvería al paciente en un ser susceptible a la sugestión, así el **trauma** podía provocar la sugestión de una parálisis.

Es así como Charcot llegó tanto al uso de la sugestión como de la hipnosis, pero más que nada al empleo de la primera como instrumento de investigación de los diferentes síntomas de la histeria. Así, su principal objetivo fue el descubrimiento de la “escena traumática” en sus pacientes, responsable de los desórdenes que éstos presentaban. El escenario en el cual llevaba a cabo dicha investigación fue el hospital, el cual transformó en el teatro, en donde producía tanto sus cursos como las representaciones histéricas de sus pacientes.

A pesar de que Charcot se salió del esquema moral que privaba en esa época, su trabajo presentó ciertas limitantes; entre ellas, se puede decir que a fuerza de las repeticiones de la "escena traumática", que representaban sus pacientes, con fines de estudio esta escena llegaba a petrificarse, dejándola sin posibilidad de que se presentara una metáfora que facilitara el movimiento en el paciente.

Sin embargo, tanto el modelo funcional de la histeria así como el uso de la hipnosis en su tratamiento, no se originaron con el trabajo de Charcot. La hipnosis había sido aplicada con anterioridad, pero, fue rechazada tanto por neurólogos como por psiquiatras debido a su aparente falta de pertinencia sobre la patología y la terapia de la histeria. Ésto se debió más que nada a que el modelo que privaba en el estudio de esa patología era el anatomopatológico. Más sin embargo, ésto no impidió que dicha técnica fuera explorada por una serie de médicos generales, cirujanos, fisiólogos experimentales y otros más, durante parte del siglo XIX.

Se cree que el interés de Charcot por la hipnosis se basó en el trabajo de un fisiólogo de nombre Charles Richet, quien publicó un artículo en 1875, en donde sostuvo que la hipnosis provocaba cambios fisiológicos en el sistema nervioso y que además, ésta era una forma de neurosis. Esta misma postura fue compartida por Charcot, lo cual demuestra que el concepto de Richet lo determinó en su concepción respecto a la hipnosis. También coincidían ambos, en que esta técnica podía ser valiosa en la terapia de otras neurosis, particularmente la histeria.

Para el último decenio del siglo XIX, aparecieron trabajos que se consagraron al tema de la locura histérica. Dichos trabajos no se limitaron únicamente a describir el cuadro clínico de ésta, sino que ya empezaban a penetrar en la especificidad de la estructura de esta patología.

Uno de los grandes estudiosos de esta enfermedad fue, P. Janet, discípulo de Charcot al igual que Freud, quien publicó en este periodo dos textos relacionados con el tema del delirio histérico. El primero fue en 1889, y se tituló: "L'automatisme

psychologique”, el otro en 1892, y fue: “L’état mental des hysteriques”. En estos textos Janet destacó que el delirio que sobreviene a los enfermos, tiene un sentido oculto a la conciencia del sujeto, además de que podría ser curable por medio de la sugestión hipnótica o por psicoterapia. Así también, señaló que este delirio habría sido provocado por los mismos mecanismos que se observaba en enfermos a los que se les presentaban parálisis, contracturas o ataques.

El enfoque de Janet, respecto a los delirios histéricos, fue muy completo; esto fue debido a que por un periodo largo dedicó gran parte de su actividad al trabajo en hospitales. Y fue gracias a este trabajo que Janet pudo descubrir que la histeria se encontraba en el origen de una serie de síndromes múltiples, tales como: los estados melancólicos, la confusión mental, el delirio maniaco, el delirio de acción, el delirio de persecución, etc. Para él el mecanismo original de la histeria era el desdoblamiento del pensamiento e idea fija subconsciente. Este reconocimiento fue actualizado a través de la investigación del origen de los trastornos que hasta entonces pasaban a ser comprensibles.

Dentro de los casos tratado por Janet, se tiene el de un paciente llamado Achille, el cual fue considerado como un fósil de la patología mental. Este sujeto tenia todos los signos de una “posesión diabólica” y Janet resolvió favorablemente este caso de locura histérica a través de la sugestión hipnótica. Dentro de sus técnicas también usó el método catártico del cual se dice fue uno de sus precursores.

Así, según su método para poder hacer desaparecer los síntomas que presentaba Achille, era necesario buscar el hecho fundamental originario del delirio, el cual fue un sentimiento de culpa por parte del paciente, respecto a su mujer ya muerta. Fue por ésto, que Janet a través de la hipnosis le sugirió a Achille que su esposa se le aparecía y le otorgaba el perdón completo, por lo que sus síntomas desaparecieron reportándose que después de siete años del tratamiento aplicado éste siguió disfrutando de salud mental.

Está claro que los trabajos realizados por Janet, en el campo de los delirios histéricos y de las alucinaciones fueron los más completos. Pero a pesar de este gran avance, no le fue posible acceder más allá de lo reportado o sea, acceder al descubrimiento

de la sexualidad. Pues como en algún momento comentó Freud, que quien utiliza únicamente la hipnosis no puede acceder al campo del conocimiento que es la **sexualidad**.

Es importante subrayar que el concepto que tenía Janet de la histeria no era distinto del que tenía Freud. Ésto se demuestra con el hecho de en ningún momento este último, haya puesto en duda la pertinencia de los diagnósticos del médico francés. Y finalmente, se refleja en un párrafo del texto: “ Estudios sobre la histeria”, en donde Breuer hace un reconocimiento al trabajo que había efectuado Janet en el campo de la histeria y además anotó que tanto él como Freud aprobaban la mayor parte de las opiniones del médico francés.

Hasta aquí, se ha realizado un recorrido sobre algunos de los avatares por lo que ha pasado la histeria, la cual se enmarcó en ciertos momentos, en los discursos ya sea de la brujería, de la Iglesia y por último, de la medicina. La sujeción a que estuvo sometida, en cada uno de los discursos antes mencionados, fue únicamente de la *descripción* de la histeria como fenómeno patológico. Ésta tendrá que ser rescatada nuevamente del discurso médico para que a través de la *palabra de los pacientes de Freud*, esta patología “hable” por medio del síntoma histérico. Dando así, la posibilidad de conformar un nuevo campo del saber, en el cual los conceptos surgirán ya no del discurso sobre la histeria, sino del discurso de la histérica. Suceso que tendrá como resultado, el inicio de una revolución en la concepción del hombre y su psiquismo, y ésto será abordado en el siguiente capítulo del presente trabajo.

SEGUNDO CAPITULO

FREUD Y SUS PRIMEROS CASOS DE HISTERIA

“... bien lejos me encontraba de esperar una neurosis sexual como suelo de la histeria; acababa de salir de la escuela de Charcot y consideraba el enlace de una histeria con el tema de la sexualidad como una suerte de insulto - al modo en que suelen hacerlo las pacientes mismas -.”¹⁰

Freud

En el capítulo anterior se llevó a cabo la revisión de algunos discursos de que fue objeto la histeria a través de varios momentos cronológicos, sobresaliendo el médico. Así, tenemos que la patología de la histeria tuvo que abandonar el discurso médico del que había sido objeto durante un largo periodo, para así poder acceder a un “otro lugar”, dentro de la ciencia, hecho que revolucionó por completo su relación con un nuevo saber. Este suceso consistió en el cambio del “*discurso sobre la histeria*” por el “*discurso de la histérica*”, lo cual facilitó el acceso al gran descubrimiento que realizó Freud. Así, lo original en este gran médico, fue dejar hablar al síntoma histérico, el cual lo conduciría al encuentro de un nuevo saber que va más allá de lo observable. Siendo a través del trabajo clínico con sus pacientes, por medio del discurso de éstas, que descubrió los componentes técnicos y conceptuales que irían conformando la futura técnica del psicoanálisis.

¹⁰ Freud Sigmund (1893-1895) “Sobre la psicoterapia de la histeria (Freud)”, en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 267.

Por consiguiente, el propósito del presente capítulo es circunscribir los momentos bajo los cuales fueron surgiendo algunos de los elementos de la técnica psicoanalítica, junto con el descubrimiento de conceptos que formarían el cuerpo teórico del Psicoanálisis; labor realizada durante el trabajo clínico con Ana O., y las primeras pacientes tratadas por Freud.

Pero, antes de abordar el trabajo que desarrollara Freud en el campo de la histeria, es importante mencionar su estancia en París y su particular relación con Jean Martin Charcot en el Hospicio de la Salpêtrière, en donde este último realizaba su investigación científica con las histéricas que se encontraban internadas en el hospital.

Y así, una vez que Freud retornó de su estancia en París, entregaría un reporte de lo que descubrió en las sesiones de trabajo de Charcot al honorable Colegio de Profesores de la Facultad de Medicina de Viena. En donde muestra un cambio de proyecto en lo concerniente al sustento teórico que propugnaba, el cual comprendía la anatomía del sistema nervioso. En este reporte, Freud anotó que: "Solía decir Charcot que la anatomía, en líneas generales, ha consumado su obra, y la doctrina de las afecciones orgánicas del sistema nervioso está, por así decir, acabada; y que ahora le toca el turno a la neurosis"¹¹.

Y Justamente, Freud inició a partir de lo anterior el camino que lo condujo a la investigación y teorización de las neurosis, teniendo como puntos de partida a la histeria y a la hipnosis. Del mismo modo podemos advertir, en el párrafo antes citado por Freud, el papel determinante que desempeñó Charcot en esta interesante aventura que iniciaba aquel.

Cuando Freud prestó atención a las neurosis, en particular a la histeria; dicho tema, durante varios años, ya había sido el centro de una controversia entre neurólogos y psiquiatras académicos. Esta polémica hacía referencia a un conflicto entre las posturas teóricas sobre la histeria, las cuales buscaban por una parte, el síndrome en cambios

¹¹ Freud Sigmund (1956[1886]) "Informe sobre mis estudios en París y Berlín". en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 10.

anatómicos que se localizaban en el cerebro y por otra, los modelos alternativos propuestos por J. M. Charcot.

Esa polémica tuvo grandes repercusiones dentro de la psiquiatría europea del siglo XIX, ya que se entabló en la medicina académica en general, un debate respecto a la relativa utilidad de la anatomía patológica por una parte, y de la fisiología por la otra.

Respecto al método que seguía la anatomía patológica, éste consistía en hacer un seguimiento del paciente hasta su muerte concluyendo con su autopsia. Lo anterior se llevaba a cabo, con el fin de establecer una relación entre los síntomas que había presentado el paciente y los hallazgos anatómicos que se proporcionaban en la autopsia. En cambio, el procedimiento que se implementaba en el modelo fisiológico era la experimentación con animales de laboratorio, con el fin de encontrar modalidades funcionales más que estructurales que explicaran los fenómenos de las patologías.

París fue el país, desde la Revolución Francesa, en donde recibió mayor importancia el enfoque de la anatomía patológica; en esta misma ciudad fue en donde se estableció por primera vez en una Facultad de Medicina, la especialidad de Psiquiatría. Ésto tuvo como consecuencia que los textos académicos que contenían este saber y que procedían de allí, se extendieran posteriormente a la Psiquiatría académica de la Europa continental durante la primera mitad del siglo XIX.

Por lo anterior, durante esa parte del siglo, el método anatomopatológico logró esclarecer la condición de un gran número de enfermedades neurológicas y psiquiátricas, lo que le valió la continuidad que tuvo en la Psiquiatría. Sin embargo, a la vez que se eliminaban síndromes de la lista de enfermedades de patología desconocida, se iban dejando en esta misma lista las enfermedades que no entraban en el enfoque anatómico. Por lo que, el trato hacia estas enfermedades, era una creciente atención en calidad de enigmas no resueltos.

En consecuencia, se tuvo como resultado que en la década de los 80', del siglo XIX, un gran número de científicos formados en la escuela anatomopatológica, pusieran en tela de juicio el predominio del enfoque anatómico y se dieran a la tarea de buscar enfoques alternativos, no anatómicos, capaces de descifrar esas enfermedades enigmáticas.

Dentro de la lista de esas enfermedades se encontraba tanto la histeria como las neurosis relacionadas con ella, eran síndromes que aun no habían sido esclarecidos por las investigaciones anatómicas. Dando ésto, como resultado, que dichos síndromes se convirtieran en objeto de extensos estudios, los cuales provocaron una gran controversia entre quienes seguían apoyando la perspectiva anatómica y quienes sentían necesaria la creación de nuevos enfoques.

Charcot perteneció al grupo de médicos que creían necesaria la elaboración de nuevas teorías, que abordan las enfermedades no resueltas por el enfoque anatomopatológico. Su perspectiva reflejaba el gran esfuerzo de elaborar esas nuevas explicaciones para las que el antiguo modelo no alcanzaba y dejaba fuera.

Las explicaciones respecto a la histeria, consistían en apuntar que ésta era una enfermedad provocada por anomalías fisiológicas, las cuales no eran localizadas en el sistema nervioso central, por lo que ellas no ocasionaban ningún cambio en el ámbito estructural, pero sí, tenían como resultado que el síndrome se presentara en la función y no en la estructura.

Freud, al igual que Charcot, había tenido una formación académica con tradición anatomopatológica, por lo que su investigación inicial se llevo a cabo en el campo de la anatomía microscópica del sistema nervioso. Campo que será abandonado por aquel, una vez iniciada su relación con Charcot y las pacientes de éste en la Salpêtrière. Y así, tuvo la posibilidad de dirigir su atención a las neurosis, particularmente a la histeria.

Sin embargo, es posible señalar que aunque Freud apoyaba la teoría fisiológica de la histeria y de las otras neurosis; él no intentó dar explicación del síndrome, apoyándose en elucidaciones de base fisiológica. Pues al respecto decía, que la fisiología del paciente

consegua posibilitar la presencia futura de neurosis, pero no así que ella pudiera ser la causa directa de esta patología.

De lo antes expuesto, se puede enfatizar que lo inédito en Freud, respecto a la histeria, fue que los términos empleados en la descripción de esta enfermedad, utilizados antes por los médicos, él les dio una representación diferente obteniendo como resultado aportar respuestas a las cuestiones que no habían sido resueltas hasta ese momento. Y lo más importante, que cambió la perspectiva del discurso sobre la histeria por otro, que era el de la histeria que hablaba a través del síntoma de la paciente.

Por otra parte, y ya en el campo de la etiología de la histeria, en su texto de 1888 titulado: "Histeria", Freud señaló que la causa de este padecimiento debía buscarse por entero en la herencia y que los otros factores que intervenían en su manifestación ocupaban un segundo plano, además, que desempeñaban el papel de causas ocasionales que habían sido sobrestimadas en la práctica.

En este mismo título, Freud anotó particularmente respecto al sexo femenino lo siguiente: "... se debe admitir que unas constelaciones *funcionales* relativas a la vida sexual desempeñan un gran papel en la etiología de la histeria (así como de *todas* las otras neurosis), y ello a causa de la elevada significatividad psíquica de esta función en particular en el sexo femenino"¹².

Por lo antes citado, se puede destacar que Freud no se basaba únicamente en lo fisiológico como un componente determinante, sino que señaló la existencia de otros factores que debían ser considerados en la enfermedad, entre ellos y de manera particular, a la herencia. Así también, apuntó la significatividad, en ese momento de su desarrollo teórico, de la vida sexual de los pacientes, concretamente de la mujer.

Más adelante abordó el punto sobre el sistema nervioso masculino, del cual afirmó que tiene una predisposición a la neurastenia así como el sistema nervioso femenino a la histeria. Sin embargo, estas afecciones de acuerdo a ser mujer o ser hombre no se cumplen

¹² Freud Sigmund (1888) "Histeria", en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 56.

de manera rígida, ya que Freud aseveró la existencia de mujeres catalogadas por el médico como histéricas, siendo en rigor solamente neurasténicas. O sea que, al igual que el sistema genital, el sistema nervioso de hombre o de mujer, no determinaba si el sujeto era neurasténico o histérica, por tanto la estructura patológica estaba más allá de la biología y del género de los pacientes.

Y nuevamente regresamos a la relación que se procuró entre Charcot y Freud, cuando éste se encontraba en París disfrutando la beca que había logrado obtener. Así, una vez que Freud estaba admirado por el trabajo que se hallaba realizando Charcot con las histéricas, recordó el caso de una joven que presentaba esta enfermedad y que le había relatado el doctor Joseph Breuer, en Viena. Sin embargo, ésto no llamó la atención de Charcot pues a él le interesaba, en ese momento, la exactitud del diagnóstico de la histeria, ya que su objetivo particular era avanzar en los logros de la ciencia y no así en la cura del sufrimiento de sus pacientes. Este hecho se reflejaba en la locución de una de ellas, de nombre Augustine, quien habitaba en el hospital de la Salpêtrière, la cual le dijo lo siguiente en una de las tantas sesiones que dirigió Charcot, durante la exhibición de sus pacientes: “ Me dijiste que me curarías, que me harías diferente. Tu querías que yo fracasara” agregando que: “ Me sonsacas lo que quieres saber. Aunque quieras que diga sí, yo digo no”¹³. Ella distinguía que lo importante para Charcot no era su cura sino lo que de ella obtenía para el avance científico en la histeria.

Así, una vez que Freud se estableció en Viena, para abordar el tratamiento de la histeria, se inclinó por el método empleado por Breuer para el estudio de ésta, usando la técnica de hipnosis de Charcot pero, a diferencia de éste, con un fin terapéutico más que de investigación, objetivo principal de Charcot. Así también, retomó de éste el concepto de trauma, sin embargo, con implicaciones diferentes a las que venía trabajando Charcot.

Así también, se puede considerar, que una más de las circunstancias importantes que implicaron a Freud en la investigación dentro del campo de la histeria, fue el haberse

¹³ Mannoni Maud (1985) “Del síntoma histérico al análisis”, en *Un saber que no se sabe. La experiencia analítica*, Barcelona, Gedisa 1992, pp. 19.

identificado con esas histéricas de Charcot del hospital de la Salpêtrière, identificación que lo condujo al descubrimiento de un nuevo campo del saber.

Asimismo, no debemos olvidar que el trabajo de Freud se dio a la par en la clínica y en la reflexión que hacia sobre ésta, lo cual tuvo como consecuencia la conformación de la teoría sobre la histeria. Así, en el escrito: "Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos" (1893), nos dicen los autores de éste, Freud y Breuer, que el método empleado de indagación sobre la histeria hace posible que los pacientes recuerden el tiempo en que afloró el síntoma por vez primera, al respecto dicen lo siguiente: "...ello se debe en parte a que suele tratarse de vivencias que al enfermo le resulta desagradable comentar, pero principalmente, a que en realidad no las recuerda, y hartas veces ni vislumbra el nexo causal entre el proceso ocasionador y el fenómeno patológico"¹⁴.

En el párrafo antes citado se puede vislumbrar cómo es que existe un saber ignorado, un algo que se encuentra en otra parte de la conciencia. A este respecto, Freud afirmó que las vivencias patógenas con todo y sus circunstancias son conservadas en la memoria aunque parecieran olvidadas; lo que ocurre es que al enfermo le faltaba capacidad para recordarlas.

Así también, se introduce el término de trauma al cual se entrelazarían los síntomas que se tienen por espontáneos de la histeria <<traumática>>. Mas, reconduciendo esos síntomas a los traumas originales pudo verse cómo con frecuencia, éstos se habían presentado en la infancia.

De alguna manera se puede leer el fenómeno de causa efecto simple pues señalaron que: "El nexo suele ser tan claro que es bien visible como el suceso ocasionador produjo justamente este fenómeno y no otro. Este último, entonces, está determinado (determinaren) de manera totalmente nítida por su ocasionamiento"¹⁵. Lo anterior puede ser tomado como

¹⁴Breuer Josef y Freud Sigmund (1893) "Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 29.

¹⁵ *Ibid.*, pp. 30.

un hecho simple; sin embargo, más adelante los autores afirmaron que el nexo no era tan fácil sino que se presenta un simbolismo entre el ocasionamiento y el fenómeno patológico.

Respecto al suceso del simbolismo, podemos traer el caso de la señorita Lucy en donde Freud comentó: que: “ El conflicto de los afectos había elevado ese factor a la condición de trauma, y como símbolo de este permaneció la sensación olfatoria que se había conectado con él”¹⁶. Por lo que, el hecho de causa efecto no es tal, ya que interviene un simbolismo que hace más compleja la situación y por tanto más difícil de interpretar.

Por otra parte, está la mención que hacen tanto de la histeria como de la neurosis traumática, las cuales son provocadas por un **trauma psíquico**. En donde definen a éste de la siguiente manera: “ En calidad de tal obrará toda vivencia que suscite los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico; y, desde luego, de la sensibilidad de la persona afectada (así como de otra condición, que mencionaremos más adelante) dependerá que la vivencia se haga valer como trauma”¹⁷.

Así, tanto la histeria corriente como la neurosis traumática, son provocadas ambas por un **trauma psíquico**. Ya que en un caso de neurosis traumática, lo que incitó a que se presentara la enfermedad no fue una lesión corporal, sino el afecto de horror que se suscitó en ese momento y que se desplegó en un trauma pero de tipo psíquico.

Y por otra parte, está el descubrimiento que habían realizado Breuer y Freud, en casos de histeria común donde las pesquisas los condujeron al origen de los síntomas ocasionados por eventos designados como traumas psíquicos, según la definición arriba anotada. Por lo que comentaron, se debía extender la noción de histeria traumática, debido a la analogía patógena que existía entre la histeria corriente y la neurosis traumática.

Sin embargo, anotaron que no siempre será un gran trauma el que se presente, sino que pueden ser varios traumas parciales que agrupados pudieron exteriorizar un efecto

¹⁶ Breuer Josef y Freud Sigmund (1893-1895) “Historiales clínicos”, en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 132.

¹⁷ Breuer Josef y Freud Sigmund (1893) “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar” en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 31.

traumático; y así se formó un trauma debido a la constitución de una historia de padecimientos.

Asimismo, se tiene que este trauma psíquico al ser recordado puede operar como un cuerpo extraño que: "...aún mucho tiempo después de su intrusión tiene que ser considerado como de eficacia presente; ..."¹⁸. Respecto a lo anterior podemos decir que el tiempo cronológico está rebasado, pues el recuerdo tiene una eficacia presente; de cierta manera, se estaría haciendo referencia a un estado en el que se presenta el inconsciente, en donde la lógica temporal es diferente.

Por otra parte, se tiene el acto importante de poner en la palabra del paciente lo que le hubo ocasionado el síntoma, obteniendo como resultado la eliminación de éste. Al respecto afirmaron lo siguiente: "... los síntomas histéricos singulares desaparecían en seguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaban en palabras el afecto"¹⁹. Una vez realizado lo anterior, por parte del paciente, le desaparecían tanto las neuralgias como las parálisis y anestias, pero habiéndose llevado a cabo el proceso psíquico vivido, con la mayor nitidez posible.

Así, a la vez que se tiene el recordar, se encuentra otro elemento importante y es la reacción de la persona, la cual se entiende como la ejecución de una serie de reflejos voluntarios e involuntarios a través de los cuales se descargan los afectos, este procedimiento recibió el nombre de abreacción. La intensidad de esta reacción era importante en la presencia de los síntomas pues dependiendo de lo enérgico de la respuesta sería la consecuencia. Así también, si no se había presentado una respuesta intensa, por parte de la persona afectada, sino que el afecto había sido sofocado, éste quedaba por tanto conectado con el recuerdo. Pero: " Si esta reacción se produce en la escala suficiente, desaparece buena parte del afecto; nuestra lengua testimonia este hecho de observación

¹⁸ Ibid. pp. 32.

¹⁹ Ibid.

cotidiana mediante las expresiones <<sich austoben>> (<<desfogarse>>), <<sich ausweinen>> (<<desahogarse llorando>>), etc. Si la reacción es sofocada, el afecto permanece conectado con el recuerdo²⁰.

Existe otra forma de dar cause a ese afecto, ésto es a través del lenguaje; a este respecto los autores señalaron lo siguiente: “ La reacción del dañado frente al trauma sólo tiene en verdad un efecto plenamente <<catártico>> si es una reacción adecuada, como la venganza. Pero el ser humano encuentra en el lenguaje un sustituto de la acción; con su auxilio el afecto puede ser <<abreaccionado>> casi de igual modo²¹. Así, en este texto se hace mención, por vez primera, tanto del término catártico como de abreacción.

Respecto a la tramitación viable de un trauma, el mecanismo psíquico normal, nos dicen los autores antes mencionados, tiene la posibilidad de tres formas. El primero, descrito anteriormente, es el de la <<abreacción>>; el segundo, cuando el recuerdo de este trauma entra al complejo de las asociaciones y aquí puede ser rectificado por otras representaciones; y por último, está el olvido, el cual desgasta a estas representaciones ineficaces afectivamente.

Sin embargo, están aquellos recuerdos que han devenido a causa de hechos históricos y que no pudieron ser tramitados por ninguna de las condiciones arriba descritas; se han conservado por largo tiempo con frescura y gran afectividad. Además, otro hecho importante es que no disponen del recuerdo de esos acontecimientos, a diferencia de lo que ocurre con los recuerdos que implican el resto de su vida, a este respecto comentaron lo siguiente: “...estas vivencias están completamente ausentes de la memoria de los enfermos en su estado psíquico habitual, o están ahí presentes sólo de una manera en extremo sumaria”. Y que: “Únicamente si se indaga a los enfermos en estado de hipnosis, esos recuerdos acuden con la vividez intacta de unos acontecimientos frescos²².

Por consiguiente y de acuerdo al párrafo anterior, se tiene que existe un “otro lugar”, que no es el del estado normal de la conciencia, en donde se localizan esos

²⁰ Ibid., pp. 34.

²¹ Ibid.

²² Ibid., pp. 35.

recuerdos penosos que no acceden fácilmente a su conocimiento, sino que es necesario, en ese momento de su quehacer clínico, hacer uso del método de hipnosis para así poder acceder a esos recuerdos.

Pero, ¿Qué es lo que motiva la ausencia de la abreacción y que el afecto se estrangule? La respuesta a dicha cuestión es la existencia de dos posibles condiciones que impiden que esos recuerdos no recurran a aquella solución. La primera se refiere a que: "...la naturaleza misma del trauma excluía una reacción"²³. Un ejemplo de esto es la pérdida de un ser amado; o que las circunstancias sociales hayan impedido su reacción. La segunda, y que se considera de suma importancia, debido a que en ella aparece por vez primera el término de reprimir, el cual se anota con el significado que más adelante se tendría de ésta en psicoanálisis. A este respecto afirmaron que: "... o porque se trataban de cosas que el enfermo quería olvidar y por eso adrede las reprimió (desalojo) de su pensar conciente, las inhibió y sofocó"²⁴.

Además, respecto a las últimas condiciones anotaron que: "La segunda serie de condiciones no están comandadas por el contenido de los recuerdos, sino por los estados psíquicos en que sobrevinieron las vivencias en cuestión....."²⁵. Así pues, fueron estos estados psíquicos los que imposibilitaron la reacción ante lo que ocurría..

Debemos destacar que la parte teórica en donde se hace referencia a la naturaleza del trauma, pertenece a la concepción de Freud, mientras que la postura de los estados hipnoides corresponde a Breuer. Anotando que la actitud teórica de cada uno de estos autores fue el resultado de su trabajo clínico, enfatizando por ejemplo, que los estados hipnoides fueron "descubiertos" por Ana O., en las descripciones que le hizo a Breuer, durante su tratamiento.

Lo que sí es innegable para ambas condiciones, es el hecho de que: "...las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y con tanto vigor afectivo porque les es denegado el desgaste normal por abreacción y por reproducción en estados de

²³ Ibid.

²⁴ Ibid., pp. 36.

²⁵ Ibid.

asociación desinhibida²⁶. Así, esto caracteriza a un psiquismo “no normal”, ya que no es capaz de hacer uso de los medios antes mencionados para el desgaste de lo no deseado.

Por otra parte, nos encontramos con el fenómeno de escisión que se presenta en la conciencia de los enfermos histéricos. A este respecto tenemos, que el recuerdo del trauma psíquico no se encontraba en la memoria corriente del enfermo, sino en la memoria del que se encontraba bajo un estado de hipnosis. Esto se fue descubriendo a través del trabajo clínico de Breuer, desarrollado en la señorita Ana como en las pacientes tratadas por Freud.

Tocante a esta escisión señalaron que: “...aquella escisión de la conciencia, tan llamativa como double conscience en los casos clásicos consabidos, existe de manera rudimentaria en toda histeria; entonces, la inclinación a disociar y, con ello, al surgimiento de estados anormales de conciencia, que resumiremos bajo el nombre de <<hipnoides>>, sería el fenómeno básico de esta neurosis²⁷”.

Fue así como a través del trabajo en el campo la histeria, que se pudo dar el encuentro con al menos dos tipos de psiques; teniendo por una parte, la que habla y se presenta en estado de vigilia, y por otra, la que se muestra únicamente bajo circunstancias particulares pero que tiene repercusiones en la primera.

En lo referente a la histeria, se menciona la existencia de dos clases, y que se adquieren bajo condiciones diferentes. La primera se refiere a su adquisición por predisposición, en donde se dice que los estados hipnoides se encontraban presentes antes de que la enfermedad se manifestara. Y la otra, es adquirida psíquicamente, pues su procedencia apareció de un trauma grave, por lo que se le clasifica como una neurosis traumática o por una sofocación trabajosa como el afecto sexual; éstas pueden producir una escisión de grupos de representaciones, aun en personas en quienes este fenómeno no preexistía.

El sujeto de este psiquismo no tiene nada que ver con el trauma, ya que todo le viene de afuera. Así, su organización psíquica hasta antes de la vivencia traumática no se

²⁶ Ibid., pp. 37.

²⁷ Ibid.

había escindido, ésto se llevó acabo después de que se presentó la vivencia. Y las representaciones que pertenecen a la conciencia se asocian entre sí, mas no con las que quedaron escindidas formando la otra parte del psiquismo. Por lo que, estas últimas se asociaran únicamente entre ellas.

Como se mencionó anteriormente, Freud partió también del trabajo que desarrolló Charcot en el campo del trauma relacionado con la histeria. Por lo que, consideramos conveniente hacer una descripción de lo que este último reportó respecto al trauma. Por lo que, cuando éste realizaba la descripción esquemática del gran ataque histérico, mencionaba que existían cuatro fases bien delimitadas, y que eran las siguientes:

- 1) La epileptoide.
- 2) La de los grandes movimientos.
- 3) La de las attitudes passionnelles (la fase alucinatoria).
- 4) La del delirio terminal.

Tanto a Freud como a Breuer la fase que les interesaba, de las antes mencionadas, era la de las attitudes passionnelles, debido a que en esa fase aparecía marcadamente la reproducción del recuerdo, causa del estallido de la histeria. Sin embargo, existían ataques que aparentemente sólo consistían en fenómenos motores a los que les faltaba la fase tres. Pero, si se conseguía provocar el ataque histérico bajo un estado de hipnosis se podía comprobar que le subyacía también el recuerdo de un trauma psíquico.

Por lo que respecta a los ataques histéricos, se tenía que éstos también atañen a traumas psíquicos y que al igual que los síntomas histéricos no habían sido abreaccionados ni desgastados por un trabajo asociativo del pensar. Así también, se sustraen enteramente, o en algunas partes esenciales, a la capacidad mnémica de la conciencia normal; sus recuerdos pertenecen al contenido de estados hipnoides, a la otra parte de la conciencia a la que se tiene acceso únicamente por medio de la hipnosis. Y por ultimo, al igual que los recuerdos que sustentan los síntomas histéricos, afirmaban que: “un recuerdo de esta clase

que había provocado ataques queda inhabilitado de hacerlo si en la hipnosis se lo lleva hasta la reacción y rectificación asociativa”²⁸.

Al hacer referencia al tema de la escisión de la conciencia se habló de un estado de <<condition seconde>>, una segunda conciencia, la cual se constituye con una organización menor por los grupos de representaciones generadas en estado hipnoide, asociadas entre si y excluidas del comercio asociativo normal. Parece ser que ésto de la <<condition seconde>>, también ya había sido formulado por Charcot.

Y por último, respecto a los logros del método terapéutico, Breuer y Freud señalaron que: “Cancelada la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, porque permite a su afecto estrangulado el decurso a través del decir, y la lleva hasta su rectificación asociativa al introducirla en la conciencia normal (en estado de hipnosis ligera) o al cancelarla por sugestión médica, como ocurre en el sonambulismo con amnesia”²⁹. Es así, como se llegó a la posibilidad de una cura para la histeria que no era del tipo de predisposición, sino la provocada por trauma.

En resumen, se tiene que una histeria adquirida por predisposición, por herencia, no es curable. Y que hasta aquí se tocó únicamente una pequeña parte de la etiología de la histeria, faltando mucho por investigar al respecto. Así también, que la eliminación radical de los síntomas histéricos se efectuó, debido a la eficacia de la sugestión directa aplicada a éstos. Aunque este método inicialmente fue aplicado por Freud, no por Breuer ya que su paciente Ana eliminaba los síntomas una vez que apalabraba su posible origen.

Como ya se hizo mención, Freud recordó en París, el caso de histeria que había sido tratado por Breuer años atrás, haciendo hincapié en el método que este había empleado para trabajar con dicho caso. Es debido a ésto, que a continuación haremos una exposición del caso de la señorita Ana O. Además, porque es el caso clásico estudiado en el Psicoanálisis debido a la riqueza que aportan todos sus datos.

²⁸ Breuer Josef y Freud Sigmund (1893) “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar” en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 40.

²⁹ *Ibid.*, pp. 42.

Ana O. fue una de las pacientes diagnosticada como histérica, y podemos decir que fue a través del trabajo clínico realizado con ella, que se pusieron las bases para el descubrimiento de lo que más adelante sería el psicoanálisis. Esta paciente fue tratada por el doctor Joseph Breuer en 1882, además, fue el único caso de histeria tratado por él, usando su método catártico. Por otra parte, parece ser que el verdadero nombre de ella era el de Bertha Pappenheim.

Este caso fue dado a conocer años después en el texto: "Estudio sobre la Histeria" escrito en 1893, realizado por Josef Breuer y Sigmund Freud, en donde Breuer elaboró el reporte del caso de Ana O. En éste, hizo una descripción del contexto social de la paciente, registrando que contaba con 21 años de edad al contraer la enfermedad de histeria. Apuntó que en su familia había antecedentes moderados de neuropatía, ya que en ésta habían sobrevenido algunos casos de psicosis; sin embargo, sus padres según reporta Breuer, eran sanos pero nerviosos.

Se considera importante llevar a acabo una descripción un tanto amplia del caso de la señorita Ana O, ya que en él se pueden ir rastreando toda una serie de ideas que más adelante, ya trabajadas en la clínica, harán posible el desarrollo de la técnica del psicoanálisis. El mismo Freud apuntaba que el método catártico de Breuer, podía ser considerado como el antecedente del Psicoanálisis. Así también, pensamos que este punto es relevante, ya que es el primer caso clínico que se reporta de manera sistemática en el curso de un tratamiento de histeria.

Así, Breuer hace una amplia descripción del caso, en donde se puede advertir que éste se expresa de manera afectuosa de Ana. Apunta que era una muchacha sana, hasta antes de contraer la enfermedad, además de que no presentó signos de nerviosismo en el periodo de su desarrollo. Afirma que ella contaba con una inteligencia sobresaliente, pero dice que no fue alimentada espiritualmente como se requería cuando ella dejó la escuela.

Otras de las cualidades de Ana, que mencionó Breuer, eran las dotes poéticas y de fantasía, las cuales parece ser que se contenían debido a su carácter crítico y tajante. Refería una voluntad enérgica, tenaz y persistente, lo que la podía sacar de su testarudez era su bondad y el amor hacia los demás. Dentro de esta bondad compasiva, comenta Breuer,

era capaz de cuidar a pobres y enfermos, pues tenía un genio en el cual no había medida en su alegría y tristeza.

Algo importante y de llamar la atención es que Breuer reportó en este caso que: "...el elemento sexual estaba asombrosamente no desarrollado"³⁰. Ya que decía no haber conocido el amor a esa edad, además que dentro de sus alucinaciones no afloró elemento alguno de tipo sexual en su vida anímica. Ésto es importante, ya que más tarde Freud señaló que Breuer no quiso ver el elemento sexual que se encontraba imperando a lo largo del caso, debido a que él se encontraba involucrado como su médico.

Para Breuer, la monotonía en la que se desarrollaba la vida de Ana pudo haber sido un hecho decisivo para la adquisición de su enfermedad. Dentro de las características sobresalientes en ella, se encontraban el soñar diurno, al que ella llamaba su "teatro privado", este estado lo desempeñaba a la vez de sus quehaceres hogareños.

Breuer divide la enfermedad de Ana O. en cuatro fases, las cuales son:

- 1) Incubación latente.
- 2) Contracción manifiesta de la enfermedad.
- 3) Periodo de sonambulismo persistente.
- 4) Progresiva involución de esos estados y fenómenos.

Este caso comparte algunos elementos similares con algunos de los que más tarde trató Freud. Un ejemplo de ello es el papel que jugó el padre de Ana a quien ella amaba con pasión; él cual contrajo una enfermedad de la que no sanará y que lo llevará a la muerte. Al igual que el padre de la señorita Elizabeth, un caso de Freud, se dio esta misma circunstancia del cuidado del padre enfermo por parte de la hija; ésto les provocara más adelante, en ambas pacientes, una recaída de debilidad corporal.

³⁰ Breuer Josef y Freud Sigmund (1893) "Historiales clínicos", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 47.

Por lo anterior, Freud le dará una significación particular a la pérdida de un ser querido, en estos casos el del padre, quien en estado de gravedad fue cuidado por la persona que más adelante presentaría la enfermedad de histeria, hecho que posibilita una futura adquisición de esta patología.

Regresando al caso de la señorita Ana, su estado físico y emocional fue empeorando poco a poco, dándose como síntomas de esta patología la debilidad, el asco ante los alimentos y la anemia. Debido a su estado de salud fue necesario retirarla del cuidado de su padre, lo cual provocó que contrajera una tos muy intensa calificada por Breuer como “tussis nervosa”. A ésto se le anexó el surgimiento de un nuevo síntoma de “stravismus convergens”.

En uno de los párrafos del reporte de Ana O. Breuer anotó lo siguiente: “Existían dos estados de conciencia enteramente separados; alternaban entre sí muy a menudo y sin transición, y fueron divorciándose cada vez más en el curso de la enfermedad”³¹. Aquí, es posible localizar cómo Breuer hace alusión a “un otro campo de conciencia”, al cual no se tenía acceso de manera directa pero presentaba efectos en un primer estado de conciencia de la vida despierta. Ésta es una explicación de la división que sufría la conciencia pero, no se puede todavía hablar de la noción de inconsciente, pues ésto no obstante era prematuro. Lo que sí, es que al describir Ana sus estados como “nubes” se encuentra inventando, sin lugar a dudas, los “estados hipnoides” que mencionaba Breuer, en su explicación sobre la histeria.

Como ya se mencionó anteriormente, en la presente obra, Freud realizó un trabajo simultáneo de los logros a los que iba accediendo. Por una parte, estaba su trabajo en la clínica y por otra, la reflexión a que sometía los descubrimientos dados en ese campo, teniendo como resultado la conformación de una teoría de la histeria.

Así, en lo concerniente a los estados hipnoides a que se refirió Breuer en el caso de Ana, ambos autores apuntaban que existen *recuerdos ocultos* tras los fenómenos histéricos, los cuales se encuentran ausentes de la memoria accesible de los enfermos; pero que, en la

³¹ *Ibíd.*, pp. 49.

hipnosis se les puede evocar con intensidad alucinatoria. Señalando que de este tipo de recuerdos sobrevinieron estados tales como la ensoñación, la autohipnosis, el terror, etc., además de que, su contenido no mantiene un comercio asociativo con la conciencia normal.

Respecto a los estados señalaron que: “ A estos estados los llamamos <<hipnoides>>, y señalamos que lo esencial de ellos es que su contenido esta bloqueado, en mayor o menor medida, del restante contenido de conciencia, vale decir, privado de su tramitación asociativa”³².

Ésto se confirma con el siguiente párrafo en donde Breuer afirmó que: “...en uno de ellos conocía a su entorno, estaba triste y angustiada pero relativamente normal; en el otro alucinaba, se <<portaba mal>> vale decir insultaba, arrojaba las almohadas a la gente toda vez que se lo permitía su contractura ...”³³. Cuando se le pasaba este estado la paciente no recordaba lo ocurrido por lo que: “se quejaba después de que le faltaba tiempo, e indicaba las lagunas en el decurso de sus representaciones concientes”³⁴.

En la descripción que va haciendo Ana durante su estado psíquico en la hipnosis, es posible seguir la pista de conceptos tales como, el de dos “yoes” y de la dificultad para pensar; a este respecto, anotó lo siguiente Breuer: “En momentos de claridad total, se quejaba de las profundas tinieblas que invadían su cabeza, de que no podía pensar, se volvía ciega y sorda, tenía dos yoes, el suyo real y uno malo que la constreñía a un comportamiento discolo, etc.”³⁵.

Dentro de los tantos síntomas que tenía Ana, le sobrevino el problema de las contracturas y cayó también en una profunda desorganización funcional del lenguaje. Aquí, Breuer descubrió un hecho importante, cuando la paciente entró durante dos semanas enteras a un estado de mutismo, sin que éste pudiera provocar el más leve sonido de parte de Ana. Supuso que algo había ocurrido para que ella decidiera no emitir palabra alguna. Sin embargo, fue en el momento en el que Breuer invitó a su paciente a poner en palabras

³² Freud Sigmund (1940-41 [1892]) “Bosquejos de la << Comunicación preliminar >> de 1893”, en *Obras Completas*, tomo I. Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 186.

³³ *Ibid.*

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*, pp. 50.

lo que le había molestado y posiblemente provocado ese estado, que cuando ella “lo habla” a su médico, el estado de inhibición desaparece. Ésto va mostrando como el hablarlo, el traer al discurso lo que origina el problema, hace posible que pueda desaparecer el síntoma, así se logra observar muy claramente cómo esta premisa se cumple durante el tratamiento que Breuer va dando a este caso.

Por consiguiente, se asumió que detrás de cada síntoma se podía tener la sospecha de un recuerdo retenido, que al acceder a la conciencia hacía posible la eliminación de dicho síntoma.

Respecto a ésto de traer al discurso de la paciente lo que pudo ocasionar la inhibición Breuer anotó: “También aquí se observa de manera regular que <<apalabrando>> un síntoma emergía con renovada intensidad mientras se lo relataba”³⁶.

Breuer habló de dos estados de conciencia, los cuales encontró en su paciente y que se presentaban de la siguiente manera: en el transcurso del día se encontraba consciente de su alrededor, sin embargo, al anochecer caía en un estado de hipnosis durante el cual Breuer decía que le quitaba el acopio de fantasmas que Ana había acumulado a partir de la última visita del doctor.

Es importante considerar lo anterior como trascendente, pues fue a través de la clínica de Breuer como se pudo acceder a un “otro campo”, en donde afirmó que es posible suprimir los síntomas que aquejan al paciente en su estado de vigilia. Se entiende que Ana no era hipnotizada de manera técnica, sino que ella caía en ese estado por voluntad propia. Sin embargo, en algunos momentos Breuer tuvo que provocar dicho estado, pero de manera simple, sin mucha técnica pues Ana era fácil de caer en estado de sonambulismo.

Otro elemento importante a considerar, en el presente caso, es que no se usó la sugestión, pues no era necesaria para eliminar los síntomas ya que éstos desaparecían una vez que Ana encontraba la razón posible de éstos, en un acto de “apalabramiento”.

³⁶ *Ibid.*, pp. 61.

Otro de los rasgos que mostraron la inteligencia de Ana, fue que ella designó a este nuevo procedimiento de la siguiente manera, según anotó Breuer: "... ni siquiera en la hipnosis era siempre fácil moverla a declarar, procedimiento para el cual ella había inventado el nombre serio y acertado de <<talking cure>> (<<cura de conversación>>) y el humorístico de <<chimney - sweeping>> (<<limpieza de chimeneas>>)"³⁷.

Pero Breuer bautizó a esta técnica con el nombre de, "método catártico", el cual asimilaba etimológicamente a una "purgación", lo que se hace comprensible por la manera en que concebía la retención psíquica, que se mencionó más arriba.

Este método clínico descubierto por Breuer, consistía en llevar al paciente al recuerdo intenso que parecía había provocado el síntoma. Y así se observaba que una vez que el afecto era vivenciado plenamente, al ser puesto éste en palabras, el síntoma desaparecía.

Otro hecho de suma importancia fue el papel que jugó Breuer como médico de Ana O., quien no hizo referencia alguna a este suceso dentro de la descripción del caso. Sin embargo, en algunos momentos de su relato podemos observar lo relevante de su función en la dirección del tratamiento de Ana. Así por ejemplo, dijo que: "..., solo hablaba después que se había convencido de mi identidad tanteando con cuidado mis manos.", "... y al sueño le precedía una embriaguez que duraba horas, estando yo presente esa embriaguez era alegre, pero en mi ausencia emergía un desagradable estado de emoción angustiada"³⁸.

Respecto a la cita anterior se puede decir que Breuer, sin saberlo, de alguna manera se topó con la transferencia, posiblemente no la que más adelante será tomada como uno de los elementos importantes de la cura analítica, sino una transferencia que de cierta manera movió el actuar de Ana y fue la causa del avance que se logró en la eliminación de algunos de sus síntomas.

³⁷ Ibid., pp. 55.

³⁸ Ibid.

Se puede afirmar que no es la misma transferencia que se trabajará más adelante en el análisis, pues para que ésto fuera posible se necesitó dejar a un lado la hipnosis y ocuparse de la resistencia que se presentaba en éste; acto que no se llevó a cabo en el caso de Ana O. Sin embargo, tenemos la presencia del deseo del médico que hace posible que la paciente se mueva y haga cosas, pues lo que ocurre entre el médico y el enfermo no es algo "inocente", esto tiene que ver con la posible terapéutica que se presenta más tarde, durante el trabajo de análisis. Así también, la terapéutica tiene que ver con el pasado del paciente, el cual se repite durante el tratamiento, así como en la relación con el médico.

Más tarde, Freud comentó en el texto: " Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico" de 1914, respecto a esto de la transferencia en el caso de Ana, que a Breuer se le ofreció de manera intensa un *rapport* sugestivo que actualmente es el paradigma de la transferencia; y que una vez eliminados todos los síntomas de Ana, Breuer debió descubrir por algunos indicios, la motivación sexual que existía en la transferencia. Sin embargo, el descubrimiento de ésto, llevó a Breuer a suspender de forma brusca el tratamiento que estaba llevándose a cabo en el caso de Ana; a este acontecimiento Freud lo denomina como la presencia de un << suceso adverso >>. Es así como se muestra, en este caso, que la transferencia y la sexualidad iban tomadas de la mano.

Lo anterior se puede constatar con mayor firmeza, en el relato que hizo Breuer, respecto a un período vacacional de éste y el efecto que tuvo en su paciente. Al respecto dijo que: "En ese intervalo no se emprendió ninguna <<talking cure>>, pues no había caso de que la enferma refiriera sus historias a alguien que no fuera yo, ni siquiera al doctor B, con quien había simpatizado cordialmente. La encontré en un triste estado moral: desidiosa, indócil, lunática, hasta maligna"³⁹.

En el tratamiento que llevó a cabo Breuer en el caso de Ana se tuvo que en cierto momento de éste, el estado de la enferma se aclaró y además se sistematizó; ésto ocurrió cuando se llevó a cabo la renovación de la separación del padre y la caída en cama por parte de la enferma. Para que lo anterior se presentara, tuvieron que darse los dos estados de

³⁹ *Ibid.*, pp. 56.

conciencia que mencionaba Breuer, su presentación fue de manera sistemática: “Los dos estados de conciencia se sucedían alternados, y siempre así: desde la mañana, y a medida que avanzaba el día, las ausencias (es decir, el afloramiento de la <<condición seconde>>) se volvían cada vez más frecuentes, para subsistir ellas solas hacia el atardecer, ...”⁴⁰.

Existía una diferencia entre la presencia de los dos estados de conciencia, al principio la paciente se hallaba en un “ primer estado de conciencia”, el cual era considerado como normal, presente en la mayoría de las personas; posteriormente entraba en un “ segundo estado de conciencia ”, este contenía la alucinación en estado de hipnosis.

Con respecto a los estados de conciencia, que se presentaban en la paciente, ocurrió que ésta vivía durante su “ primer estado de conciencia ”, lo que sucedía durante el invierno de 1881-82; mientras que cuando caía en su “segundo estado de conciencia”, vivía lo acaecido durante el invierno de 1880-81. Fue así, que Ana se encontraba reviviendo uno a uno los acontecimientos ya vividos anteriormente y que tanto le habían afectado. Era tal este revivir que aun estando en un lugar diferente al invierno pasado, la paciente evocaba con gran intensidad su dormitorio anterior, con cada uno de los muebles que se habían encontrado en aquel.

Lo que se consiguió con este traslado de un estado a otro, según anotaban Freud y Breuer en el texto: “Estudios sobre la histeria”, fue la aplicación de su terapia, la cual consistía, en la cancelación de los afectos de las representaciones que no habían sido abreaccionados, lográndose ésto durante el estado de sonambulismo en el cual se revivía, abreaccionaba y corregía el trauma, obteniendo como resultado la desaparición del síntoma.

La pregunta que surge es: ¿ cómo era que se trasladaba, la paciente, de un estado de conciencia a otro?. A lo que Breuer respondió, que este cambio se presentaba en Ana de manera espontánea. Mas sin embargo, este era posible solo mostrándole a la paciente, alguna impresión sensorial que le hiciera recordar los acontecimientos del año anterior, al cual quería que se remitieran sus recuerdos.

⁴⁰ *Ibid.*, pp. 57.

Así también, fue posible descubrir que existía una relación entre ambos estados de conciencia, pues Breuer encontró que lo que la paciente recordaba en el segundo estado de conciencia, tenía repercusiones cuando se encontraba ya en el primer estado de conciencia, el de vigilia. A este respecto, Breuer dijo que en cierta ocasión Ana le reportó que se encontraba molesta con él y no sabía cuál era la razón; sin embargo, resulta que un año atrás, por esa misma fecha, Breuer le había causado un gran enojo a la paciente. Es por esto, que se puede decir que ambos estados de conciencia se relacionaban y no importaba el tiempo cronológico que separaba a ambos estados de conciencia

Por otra parte, durante los estados de hipnosis del anochecer la paciente ponía en palabras, -apalabraba-, tres series de perturbaciones. Primeramente se presentaban los fantasmas de reciente creación, después los acontecimientos de disgusto vividos en el invierno de 1881; y por último, una serie de perturbaciones que al ser tramitadas tenían un efecto que sorprendió a Breuer, a este respecto dijo que: “...*los sucesos psíquicos de la incubación de la enfermedad, de julio a diciembre de 1880, que había producido el conjunto de los fenómenos histéricos y con cuya declaración desaparecían los síntomas*”⁴¹.

Hay que considerar de suma relevancia lo arriba mencionado, pues muestra que una vez puesto en el discurso de la paciente el evento que ocasionó el síntoma, éste se eliminará del comportamiento de ella. Se debe destacar que el hecho de “apalabrar”, de poner en el discurso de ésta su acontecer, en el segundo estado de conciencia, fue suficiente para que desaparecieran los síntomas de Ana. En este caso no hubo necesidad de que Breuer aplicara la sugestión para poder conseguir dicho resultado, ya que fue suficiente con que la paciente encontrara el origen y las posibles causas de éste para que una vez <apalabrado>, desapareciera el síntoma, y así seguir con la eliminación de otros síntomas más.

Todo lo anterior, trabajado por Breuer dio como resultado el que se pudiera desarrollar un procedimiento técnico-terapéutico, el cual tenía toda una serie lógica con una realización sistemática, la cual fue aplicada en este caso de histeria. Respecto a esto de

⁴¹ Ibid., pp. 58.

la sistematización anotó lo siguiente: “ Cada sintoma de este enredado cuadro clínico fue abordado por sí; el conjunto de las ocasiones a raíz de las cuales había emergido fue relatado en secuencia inversa, comenzando desde el día anterior a aquel en que la paciente cayó en cama y yendo hacia atrás hasta el ocasionamiento de su primera emergencia; hecho esto, el sintoma quedaba eliminado para siempre ”⁴².

Por lo que, siguiendo el procedimiento que Breuer había logrado formular fue posible dijo, < remover por la vía del relato >, toda una serie de síntomas tales como las parecias por contractura y anestesia, tos, temblores, ciertas perturbaciones de la visión y audición; neuralgias, así como los problemas que se presentaron en el lenguaje.

Otro hallazgo que se hizo manifiesto en el caso de Ana O., fue el tiempo necesario que se requirió para poder abordar los fenómenos psíquicos de la paciente; respecto al caso de ésta, Breuer dijo lo siguiente: “ Demostró ser por completo imposible abreviar el trámite procurando evocar de manera directa en su recuerdo el primer ocasionamiento de los síntomas ”⁴³. Afirmó que si lo anterior se llevaba a cabo para una solución más rápida en la cura, lo que se provocaba era que el tratamiento fuese más lento por abordar de manera directa esos síntomas. Así, mostró desde ese momento, que un sintoma no puede ser abordado de manera inmediata, ya que este tiene una historia que se irá desentrañando poco a poco, a través del análisis del caso.

En algunos momentos de la descripción que formuló Breuer del caso de Ana, hizo que pareciera que los hechos se dieron en un proceso de causa – efecto. Un ejemplo de ésto es la tos que le sobrevino a la paciente, a este respecto apuntó que: “ La tos le sobrevino por primera vez cuidando ella al enfermo; le llegaron los sones de una música bailable desde una casa vecina y le creció el deseo de encontrarse ahí, deseo que despertó sus autorreproches ”⁴⁴. Así, fue que a partir de ese momento, por la duración de la enfermedad, tuvo la reacción de la tos nerviosa ante la presencia de música de ritmo marcado. A este

⁴² *Ibid.*, pp. 59.

⁴³ *Ídem.*

⁴⁴ *Ibid.*, pp. 63.

respecto, Breuer comentó que el síntoma desapareció una vez que Ana dejó de estar enferma.

Un elemento más, que se presentó en este caso clínico y que es necesario considerar de suma importancia fue el papel que desempeñó la sexualidad, la cual, según reportó Breuer, no se encontraba indicio alguno en Ana, por lo que reportó lo siguiente: “ El elemento sexual estaba asombrosamente no desarrollado; la enferma, cuya vida se volvió transparente para mí como es raro que ocurra entre seres humanos, no había conocido el amor, y en las masivas alucinaciones de su enfermedad no afloró nunca ese elemento de la vida anímica”⁴⁵.

Sin embargo, ocurrió algo en la relación que se estableció entre Breuer y Ana, la cual condujo al primero a alejarse de inmediato de su paciente, debido a los fenómenos de tipo sexual que se presentaron en ella. Ésto mostró cómo es que la sexualidad jugaba un papel de suma importancia junto con la transferencia, -elemento aun desconocido en ese momento-, en la dinámica que se estableció durante el tratamiento. Por lo que, más tarde Freud apuntó que: “ Ahora tengo fuertes motivos para conjeturar que, tras eliminar todos los síntomas, él debió de descubrir por nuevos indicios la motivación sexual de esa transferencia, pero, habiéndosele escapado la naturaleza universal de ese inesperado fenómeno, interrumpió en ese punto su investigación, como sorprendido por un <<untoward event >> (suceso adverso)”⁴⁶.

Por lo tanto, se tiene que en el análisis de este primer caso, examinado años más tarde por Freud, se encontraban atravesadas tanto la “*transferencia*” como el fenómeno universal que es “*la sexualidad*”. Así también, comentó Freud que el doctor Breuer no pudo ver cierto simbolismo que conducía necesariamente a la sexualidad. Tal fue el caso del significado que se encontraba presente en la serpiente de su alucinación, ésto lo escenificaba Ana cuando ponía el cuerpo rígido, así como, la importancia de la situación en la que se mostró esa alucinación, esto fue, junto al lecho de su padre.

⁴⁵ *Ibid.*, pp. 47.

⁴⁶ Freud Sigmund (1914) “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”, en *Obras Completas*, tomo XIV, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 11.

Respecto al avance que se logró en el tratamiento de Ana O, Freud señaló que se debió a lo siguiente: “ Para el restablecimiento de la enferma se le ofreció a Breuer el más intenso *rapport* sugestivo, que precisamente puede servirnos como paradigma de lo que llamamos [hoy] << transferencia >>”⁴⁷. En conclusión, se puede decir que fue gracias a la transferencia alcanzada en ese momento, lo que posibilitó la “cura de algunos de los síntomas” de Ana .

Al finalizar la comunicación que hace Breuer del caso de Ana O., le surgió la siguiente pregunta: “ ..., ¿ hasta dónde está justificada la conjetura de que también en otros enfermos el desarrollo de la historia sería análogo, y ocurrirían cosas semejantes aun donde no se organizara con tal relieve y nitidez una << *condition seconde* >>?”⁴⁸. Dicha pregunta le surgió debido a que este segundo estado de conciencia, de la enferma, únicamente se le presentaba en estado de autohipnosis; ya que solamente en este estado era posible tener acceso a todo ese discurso, el cual era negado en un estado de vigilia.

Así, cuando Freud inició el tratamiento de la señora Emmy von N. afirmó que éste era un caso de historia; así también, que ella solía caer en un estado de sonambulismo de manera rápida, por lo cual decidió poner en práctica el procedimiento descubierto por Breuer y desarrollado en el caso de Ana O. Sin embargo, Freud comentó que dicho procedimiento no lo implementó tal cual, pues el caso de la señora Emmy era su primera aplicación, clínica, en un caso de historia, por lo que fue innovando ciertos cambios durante el transcurso del tratamiento.

Es importante mencionar que en un principio Freud postulaba que la persona que había descubrió el Psicoanálisis era Joseph Breuer, esto se debía posiblemente al hecho de que éste había trabajado por vez primera de manera sistemática un caso de historia. Sin embargo, en otros textos como el de, “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico” de 1914, afirmó que, si alguien había recibido insultos y censuras por el

⁴⁷ Ídem.

⁴⁸ Breuer Josef y Freud Sigmund (1893) “Historiales clínicos”, en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 67.

descubrimiento del Psicoanálisis, ese era él y no así Breuer; en ese mismo texto dijo que se le sometió a toda una serie de maltratos, por lo que el personaje real que descubrió este nuevo saber, fue indudablemente el doctor Sigmund Freud. A este respecto, este último dijo lo siguiente: “ Y como desde hace tiempo he reconocido que el inevitable destino del psicoanálisis es mover a contradicción a los hombres e irritarlos, he sacado en conclusión que yo debo de ser el verdadero creador de todo lo que lo distingue”⁴⁹.

Sin embargo, para que Freud pudiera acceder a este nuevo saber, -proporcionada de alguna manera por el trabajo con sus pacientes histéricas-, es importante reconsiderar los aportes específicos que se obtuvieron del caso de Ana O., los cuales se piensa que fueron los siguientes:

- Fue el primer caso de histeria tratado y reportado sistemáticamente.
- A partir de este caso se elaboraron conceptos teóricos tales como los estado Hipnoides, los cuales dieron pie a la idea de la escisión del psiquismo.
- Se empleó la hipnosis como técnica clínica y no de investigación.
- Se encontró que no era necesario el uso de la sugestión, pues Ana era capaz de traer todo un torrente de recuerdos, que al ser apalabrados provocaba la desaparición de los síntomas.
- Y por último, fue el caso a través del cual se descubrió el método catártico, antecesor del Psicoanálisis.

Por otra parte, en el texto: “Sobre la psicoterapia de la histeria”, Freud anotó los hallazgos que implicaron el empleo del método catártico y las limitantes que se tenían que salvar, para conseguir que este último pudiese ser aplicado a todos los casos de histeria a tratar. También señaló que ese método terapéutico, que uso inicialmente, fue descubierto por Breuer; el cual, tenía como objetivo la curación de los síntomas histéricos, a través de una vía que abreaccionara los afectos estrangulados en el momento del trauma, ésto se conseguía por medio de la hipnosis.

⁴⁹ Freud Sigmund (1914) “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”, en *Obras Completas*, tomo XIV, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 8.

Pero, también apuntó que para alcanzar lo anterior, se tuvo que enfrentar específicamente con ciertos problemas descubiertos en la clínica. Los cuales lo condujeron a la modificación, tanto de la concepción teórica de la histeria, como de la técnica que se había empleado en el tratamiento de la misma. Tales problemas fueron los siguientes: no todas las pacientes que mostraban síntomas histéricos y que contenían el mismo mecanismo psíquico de la histeria eran susceptibles a la técnica de hipnosis; y por otra parte, se tenía que hacer la limitación de lo que realmente caracterizaba a la histeria como tal, haciéndola diferente de las otras neurosis.

Recordemos que uno de los elementos necesarios para acceder al “saber ya olvidado”, dentro de la histeria, era el ensanchamiento de la memoria. Ésto con el fin de localizar los recuerdos patógenos que se encontraban ausentes de la conciencia ordinaria. Y para conseguir ésto, era necesario el uso de la hipnosis o en su defecto, encontrar un camino diferente a éste, pero, que procurara el fenómeno del ensanchamiento de la memoria.

Por lo que fue necesario, que Freud pusiera en práctica durante sus tratamientos clínicos, una serie de elementos novedosos para poder acceder a los recuerdos patógenos de sus pacientes. Explicó que tenía que volverse insistente; es más, ordenar a éstos que se recostasen, en un diván, y cerraran los ojos para una mayor concentración, pretendiendo cierta semejanza con la hipnosis. Y lo logró conseguir que, sin mediar esta última, afloraran en las personas nuevas y remotos recuerdos, que eran pertinentes al tema que estaba siendo tratado por el paciente, en la sesión terapéutica.

Nuevamente nos encontramos con el hecho, antes referido, de que Freud no separaba el trabajo desarrollado en la clínica y las reflexiones que lo conducían a la teoría. Ambas partes eran fundamentales para el desarrollo tanto de ésta, como para la técnica que implementaba en la clínica de ese momento.

Por otra parte, y regresando a su quehacer científico en el tratamiento de los casos, Freud señaló la necesidad de traspasar, mediante su labor psíquica, una fuerza en el paciente que contrariaba el “*devenir conciente*” de las representaciones patógenas; o sea, el recuerdo de éstas. Por consiguiente, del trabajo clínico con los pacientes histéricos se

desprendió que las características de esas representaciones “olvidadas”, eran de naturaleza penosa. Las cuales provocaban, en aquellos, afectos de vergüenza, reproche, dolor psíquico en sí y una sensación de menoscabo; surgiendo así, de todo lo antes referido, la idea de la “defensa”.

La explicación que dio Freud acerca de la defensa, es que el psiquismo tiene que realizar una serie de procedimientos. Los cuales consisten en que cuando al yo del paciente se le propone una representación que demuestra ser inconciliable, se convoca una fuerza de repulsión por parte del yo, que tiene como fin ser una defensa frente a la representación inconciliable. Y anotó que la defensa si funcionó, ya que la representación fue sacada fuera de la conciencia y del recuerdo. Sin embargo, habría una huella psíquica a indagar, para que dicha representación fuese puesta en la conciencia nuevamente. Pero, a este acontecimiento se opone otra fuerza de la que habló Freud; la cual conduce al terreno de la “*resistencia*”, suceso que se presenta durante el procedimiento clínico con el paciente.

Lo antes descrito, fue señalado en cada uno de los casos que trato Freud y que fueron posteriores al tratamiento que desarrolló Breuer con Ana O. Estos serán abordados a continuación, resaltando los hallazgos importantes que se dieron en cada uno de ellos. La siguiente revisión que ha continuación se presenta, intenta seguir el mismo orden en que están reportados en el texto: “Estudios sobre la histeria”, de 1893.

En los reportes de casos que se presentaron en los historiales clínicos, cuatro de ellos fueron trabajados por Freud, es importante señalar que todas sus pacientes fueron mujeres

Anotó, que el primero de estos casos, en donde pretendió aplicar el método de Breuer, fue el de la señora Emmy von N., diagnosticada como histérica y que debido a su pronta y fácil caída en estado de sonambulismo decidió hacer uso del método catártico. Sin embargo, como no tenía aun el manejo suficiente de este método terapéutico, no pudo llevar a cabo suficientemente el análisis de los síntomas; aplicando, tal cual, la metodología de la catarsis. Dándose la posibilidad, - a partir de aquí-, de transformar este método que más adelante llegaría a ser el de la “*asociación libre*”. Y ésto lo mostró a través de la descripción que fue realizando de manera detallada del caso.

La señora Emmy von N. tenía cuarenta años de edad, su familia era originaria de Alemania central, pertenecía a una familia de catorce hijos, ella era la decimotercera y en el momento en que consulta a Freud todavía vivían cuatro de ellos. Él comenta, que fue educada de manera esmerada por una madre severa y sumamente enérgica. Se casó a los veintitrés años, con un hombre de buena posición económica, pero con mucho más edad que ella. Su vida matrimonial fue breve, ya que su esposo murió repentinamente. La paciente reportó que este suceso, junto con el hacerse cargo de la educación de sus hijas, fue la causa de su enfermedad. Para que se llevara a cabo su tratamiento se puso a disposición de Freud en un hospital, sin objetar inconveniente alguno.

En este caso Freud puso en práctica la hipnosis junto con la sugestión, con el fin de eliminar algunos de sus síntomas; entre ellos, unas alucinaciones de bichos que la alteraban. Así también, se tiene aquí inscrita la necesidad de historicidad de la paciente, la cual tuvo que ver con la producción de sus síntomas presentes en ese momento. Un ejemplo de lo anterior, fue cuando por medio de la hipnosis, logró traer el recuerdo de cuando la señora Emmy tenía cinco años y que era espantada por sus hermanitos, los cuales solían aventarle animales muertos. Con lo anterior, se puede afirmar que esta necesidad de la "historicidad", fue un acontecimiento inaugural del nuevo saber que se estaba conformando a través del trabajo clínico de Freud.

Así también, se puede decir que el caso es considerado como el antecedente de la aplicación de la técnica de "asociación libre", pues cuando Emmy se encontraba relatando sus recuerdos e impresiones en una reproducción casi completa, que desembocaba en reminiscencias que sin que se lo solicitara Freud, ella por cuenta propia "apalabraba". Al respecto, éste dijo lo siguiente: "Es como si se hubiera apoderado de mi procedimiento y aprovechara la conversación, en apariencia laxa y guiada por el azar, para complementar la hipnosis"⁵⁰.

En otro momento en que, por medio de la sugestión general, no logró Freud eliminar un grupo de síntomas, descubrió que era necesario abordarlos uno por uno y que

⁵⁰ Breuer Josef y Freud Sigmund (1893) "Historiales clínicos", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 78.

además, cuando le preguntaba a la señora Emmy, que de dónde creía que le venía un dolor de estómago, que había reportado, ésta respondió no saber. Pero además, Freud le marcó un plazo para que recordara esto y ella se molestó; a este respecto Freud comentó lo siguiente: “Y hete aquí que me dice, con expresión de descontento, que no debo estarle preguntando siempre de donde viene esto y estotro, sino dejarle contar lo que tiene para decirme”⁵¹. En suma, fue por medio del trabajo terapéutico con la paciente, que se dio cuenta Freud, de lo importante que era el dejar hablar de manara libre a ésta y así alcanzar mejores resultados. Por este hecho que se le considera como el antecedente, de la aplicación, de la asociación libre.

Otra de estas pacientes histéricas que contribuyó al descubrimiento del nuevo método de acceso a la psique fue Miss Lucy R. de 30 años de edad. Fue tratada por Freud a finales de 1892, los síntomas que presentaba eran una desazón junto con fatiga y además tenía, explicó Freud, sensaciones subjetivas. Por lo que respecta a sus síntomas histéricos, presentaba en general una anestesia clara pero con la sensibilidad táctil intacta. Específicamente, la parte inferior de la nariz era completamente análgica y sin reflejos. Vivía cerca de Viena y se desempeñaba como gobernanta en la casa del director de una fábrica. Tenía a su cuidado dos hijos de éste, pero además los niños eran huérfanos, pues habían perdido a su madre.

Como se mencionó anteriormente, Freud partía de la presencia de un trauma, el cual se encuentra detrás de los síntomas histéricos. Por lo que, en este caso, se debía pesquisar la vivencia en donde los olores objetivos posteriormente devinieron subjetivos. Pero además, estas sensaciones olfativas se repetían como un símbolo de esa vivencia traumática. Por lo que, Freud consideró que estas alucinaciones olfativas eran un equivalente del ataque histérico. Cuando Freud le preguntó, respecto a la clase de olor que más la perseguía, ella respondió que “como a pasteles quemados”, por lo que aquel decidió partir de ésto para llevar a cabo el análisis del caso.

⁵¹ *Ibid.*, pp. 84.

El método que empleó para el tratamiento del caso de Lucy, fue el de Breuer, usando la técnica de hipnosis. Respecto a la cual, señaló que cuando estuvo en la clínica de Nancy, escuchó decir a uno de los médicos que la aplicaba, el doctor Liébeault, que si fuese posible conseguir que todos los pacientes cayeran en estado de hipnosis, esta técnica sería sumamente poderosa. Sin embargo, Freud constató que ciertamente ésta no se podía aplicar en su paciente Lucy; ya que cuando Freud intentó hipnotizarla, para dar inicio al tratamiento, esto no fue posible. A este respecto dijo: “Renuncie entonces al sonambulismo e hice todo el análisis con ella en un estado que se distinguiría apenas del normal”⁵². Y así se inaugura el abandono de la hipnosis, para dar inicio en una nueva técnica que se pudiera aplicar sin el uso de ésta, pero, pretendiendo tener los mismos resultados que cuando se hipnotiza al paciente.

Es precisamente en el presente reporte, en donde Freud expuso que no todos los pacientes que él había tratado hasta ese momento, caían en un estado de sonambulismo por lo cual argumentó lo siguiente: “Así me encontré frente a la opción de abandonar el método catártico en la mayoría de los casos que podían ser aptos para él, o intentar aplicarlo fuera del sonambulismo allí donde el influjo hipnótico era leve o aun dudoso”⁵³.

Una vez más Freud se tropieza con el hecho de tener que llevar a cabo un cambio en el método original de Breuer, y así no abandonar el método catártico, que en ese momento se tenía como la mejor técnica para el tratamiento de la histeria. Es así como Freud abandonó la práctica de la hipnosis, lo cual facilitaría el avance en el descubrimiento del psiquismo, más que, provocar un retroceso. Este abandono significó el acceso a dispositivos que no eran permitidos por el empleo tanto de la hipnosis, como de la sugestión. Dentro de aquellos, se puede decir que esta por una parte la sexualidad y por otra, la transferencia, elementos que se abordarían un poco más a fondo, en el siguiente capítulo.

⁵² Breuer Josef y Freud Sigmund (1893) “Historiales clínicos”, en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp.125.

⁵³ *Ibid.*, pp. 126.

También, se describen en el presente caso los problemas que implicaban el no conseguir que sus pacientes cayeran en estado de hipnosis. Uno de esos fue, que si el paciente no entraba en un estado profundo de hipnosis, lo que se ponía en movimiento era la “resistencia” de los enfermos, lo cual perjudicaba la confianza que necesitaba de ellos para el desarrollo de su trabajo terapéutico. Además, comentó que: “... a poco andar me cansó escuchar una y otra vez, tras el aseguramiento y la orden: <<Usted se dormirá; ¡duérmase!>>, esta respuesta en los grados más leves de hipnosis: <<Pero, doctor, si no me duermo>>; y verme obligado luego a aducir este espinoso distinguo: <<No me refiero al sueño corriente, sino a la hipnosis. Vea usted: está hipnotizado, no puede abrir los ojos, etc. Por otra parte, no necesito que se duerma>>, y otras cosas de este tenor”⁵⁴. Esto de que Freud se cansó de la práctica de la hipnosis, formando parte de las razones por las cuales abandonó dicha técnica, se confirmó con lo que en otro momento dijo al respecto. Y es que el método que más adelante desarrolló, nunca provocaría aburrimiento en el tratamiento de los casos, sino que el trabajo siempre sería atractivo para el médico practicante del método psicoanalítico.

Por otra parte, se tiene el reporte de otra condición que formaría parte de lo que más adelante sería el contexto del análisis. Ésto es la posición que toma el paciente cuando se encuentra con el analista. Esta necesidad surgió debido a que los pacientes no aptos para la hipnosis debían encontrar una posición cómoda, a este respecto Freud dijo lo siguiente: “Entonces, cuando al primer intento no se obtenía sonambulismo o un grado de hipnosis con alteración corporal manifiesta, abandonaba en lo aparente la hipnosis, sólo demandaba <<concentración>> y, para conseguir esta, ordenaba acostarse de espaldas y cerrar voluntariamente los ojos”⁵⁵.

Sin embargo, al renunciar al sonambulismo, condición previa para la realización del método catártico, Freud pensó que se perdía el estado de conciencia alterado de los enfermos en el cual éstos podían acceder a unos recuerdos, que no se encontraban presentes en su estado de conciencia normal. Y por tanto, no existía la posibilidad de establecer un

⁵⁴ Ídem.

⁵⁵ Ídem.

contacto con esos recuerdos, que como dice en otro texto al respecto: "...Estas vivencias están completamente ausentes de la memoria de los enfermos en su estado psíquico habitual, o están ahí presentes solo de una manera en extremo sumaria"⁵⁶.

Al enfrentarse a este problema Freud partió de la siguiente premisa, -respecto a este saber que sólo se accedía en un estado de hipnosis-, y fue que sus pacientes sabían todo aquello que tenía un significado patógeno, sólo tenía que obligarlos a que lo comunicaran. Y fue así como se llegó al nuevo método que usó Freud para acceder a ese saber, teniendo que dar las siguientes instrucciones: "<<¿ Desde cuándo tiene usted este síntoma?>> o <<¿A qué se debe eso?>>", Freud dijo que le daban por respuesta sus pacientes lo siguiente: "<< Realmente no lo sé >>". Por lo que tuvo que proceder a darle al paciente toda una serie de indicaciones que éste tenía que llevar a cabo y hacia lo siguiente: "Ponia la mano sobre la frente del enfermo, o tomaba su cabeza entre mis manos, y le decía: <<Ahora, bajo la presión de mi mano, se le ocurrirá. En el instante en que cese la presión, usted verá ante sí algo, o algo se le pasará por la mente como súbita ocurrencia, y debe capturarlo. Es lo que buscamos. -Pues bien; ¿ qué ha visto o qué se le ha ocurrido?>>"⁵⁷.

Este nuevo procedimiento no fue inaugurado en el caso de Lucy R. sino más bien, en su paciente Elizabeth, la cual fue tratada más o menos por las mismas fechas que Miss Lucy. Respecto al proceder en Elizabeth, Freud comentó que: "Era como si ella leyese un largo libro ilustrado, cuyas páginas se dieran vuelta ante sus ojos. Otras veces parecían existir obstáculos, cuya naturaleza yo ni vislumbraba en ese tiempo"⁵⁸.

Sin embargo, esta primera técnica en donde Freud colocaba las manos en la frente de la paciente tiene que ser abandonada, parece ser que antes de 1900, ya que en su procedimiento que describió en esta fecha no hizo mención a esta presión en la frente de la

⁵⁶ Breuer Josef y Freud Sigmund (1893) "Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires. Amorrortu 1989, pp. 35.

⁵⁷ Breuer Josef y Freud Sigmund (1893) "Historiales clínicos", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu, 1989, pp. 127.

⁵⁸ *Ibíd.*, pp. 167.

paciente, particularmente en el texto: "Sobre la interpretación de los sueños", publicado en ese mismo año.

Por otra parte, con este procedimiento Freud afirmó que era posible ensanchar la conciencia que antes únicamente se lograba a través de la hipnosis, por medio del sonambulismo en el que entraba el paciente. Así también, fue posible acceder al conocimiento de los motivos que frecuentemente son causa del olvido de los recuerdos patógenos. Respecto a esto del olvido, comentó Freud que este es deliberado, deseado; pero, ésto se logra sólo en apariencia, ya que todo seguirá ahí. Y además, dijo que un pensamiento permanece idéntico a sí mismo, ésto es independientemente de que la persona lo reconozca o no.

Una característica de este momento, en el que Freud llevó a cabo el desarrollo de su trabajo con sus pacientes, así como del descubrimiento inicial del futuro método psicoanalítico, fue que éste entró en una etapa en la cual hacía un seguimiento tal de hechos, fechas y sucesos muy particularizados, pues pensaba que ésto lo conduciría en el rastreo de las posibles causas que ocasionaban los síntomas en sus pacientes. Se puede afirmar que por esas fechas, se encontraba en una etapa de trabajo en donde buscaba en la "realidad", el causante de histeria.

Así, cuando a la paciente no le era posible recordar el año, mes y día en el que posiblemente había ocurrido cierto acontecimiento, Freud le mencionaba posibles fechas hasta que el paciente cayera en cuenta cual era la correcta. Al respecto señaló que: "La conclusión que extraje de todas esas experiencias fue que las vivencias de importancia patógena, con todas sus circunstancias accesorias, son conservadas fielmente por la memoria aun donde parecen olvidadas, donde al enfermo le falta la capacidad para acordarse de ellas"⁵⁹. Y agregaríamos a ésto, que solo faltaba la aplicación del método a través del cual fuese posible el acceso a esa condición, y que sería el de la "asociación libre".

⁵⁹ Ibid., pp. 129.

Particularmente en el caso de Miss Lucy R., Freud llevó a cabo el análisis de una sensación olfatoria de unos pastelillos quemados, catalogada por éste como un hecho subjetivo llegando al siguiente punto: "...; de hecho, esta había sido objetiva en su momento, y además asociada íntimamente con una vivencia, una pequeña escena, en que libraron batalla encontrados afectos: la lástima por abandonar a las niñas y las afrentas que empero la empujaban a tomar esa decisión"⁶⁰.

En el párrafo anterior, Freud apuntó que el conflicto que se presentó entre los afectos, elevaba dicho factor al nivel de trauma, teniendo como símbolo la sensación olfatoria conectado a éste; por lo que, Lucy había adquirido la histeria a consecuencia de ese trauma. Además, que en casos parecidos de adquisición reciente de la enfermedad, era necesario que estuviera presente una condición psíquica, esto es: "... que una representación sea reprimida (desalojada) deliberadamente de la conciencia..., excluida del procesamiento asociativo"⁶¹.

En este mismo caso Freud dio una explicación de la conversión histérica. Anotó que la suma de excitación al no entrar en asociación psíquica encontraba una vía para que se presentara una innervación corporal; y la ganancia era que esta representación inconciliable se le colocara fuera de la conciencia yoica, debido a que era reprimida. Pero, posteriormente surgía en el psiquismo y se "vengaba" volviéndose patógena.

Nuevamente se tiene la presencia de otro de los conceptos clave del Psicoanálisis, "la represión". Al respecto, Freud señaló que: "En cuanto al fundamento de la represión misma, sólo podía ser una sensación de displacer, la inconciliableidad {*Unverträglichkeit*} de la idea por reprimir con la masa de representaciones dominante en el yo"⁶².

El término de "reprimir", ya había sido abordado por Freud y Breuer en el texto: "Comunicación preliminar", en donde comentaron que este fenómeno consistía en que el enfermo trataba de olvidarse de ciertas cosas desalojándolas de su pensamiento consciente, inhibiéndolas y sofocándolas. Así, en el caso de Miss Lucy R., debió existir una representación que ella quisiera de manera deliberada dejar en la oscuridad. Debido a esto,

⁶⁰ Ibid., pp. 132.

⁶¹ Ibid., pp. 133.

⁶² Ídem.

Freud le propuso a la paciente que se encontraba enamorada de su patrón. Ante tal afirmación, Lucy se mostró de acuerdo diciendo creer que así era, y cuando se le preguntó porqué no lo había dicho, ella respondió lo siguiente: “<<Es que yo no lo sabía o, mejor, no quería saberlo; quería quitármelo de la cabeza, no pensar nunca más en ello, y aun creo que en los últimos tiempos lo había conseguido>>”⁶³. A este respecto, Freud afirmó, en una nota de pie de página, que éste era el mejor ejemplo de cómo es que una persona puede saber algo y al mismo tiempo ignorarlo.

Por otro lado, se puede observar aquí mismo, cómo Freud expuso su teoría del trauma y así también explicó en qué consistiría la modalidad de la histeria como defensa. Posición teórica trabajada por Freud, a diferencia de la posición de Breuer respecto a los estados hipnoides. En el siguiente párrafo se puede leer la descripción que hizo sobre el trauma de manera interesante, señaló que: “...el momento genuinamente traumático es aquel en el cual la contradicción se impone al yo y este resuelve expulsar la representación contradictoria. Tal expulsión no la aniquila, sino que meramente la esfuerza a lo inconsciente...; y si este proceso sobreviene por primera vez, establece un centro nuclear y de cristalización para que se forme un grupo psíquico divorciado del yo, entorno del cual en lo sucesivo se reunirá todo lo que tenga por premisa aceptar la representación impugnada”⁶⁴.

Con relación al párrafo anterior, se puede leer de manera un tanto esquemática, cómo Freud concebía la formación de un síntoma. Así como la forma de acceder al origen del trauma, teniendo que ir retirando, como unas capas de cebolla, una a una, lo que se le iba adhiriendo a ese núcleo, pero una vez que se llegaba a éste el síntoma desaparecía. A este respecto Freud comentó que: “En toda una serie de casos me he encontrado con parecido fenómeno: los síntomas generados después recubrían a los primeros, y sólo lo último hasta lo cual el análisis avanzaba contenía la clave de todo”⁶⁵.

⁶³ *Ibid.*, pp. 134.

⁶⁴ *Ibid.*, pp. 139.

⁶⁵ *Ibid.*, pp. 140.

Otro de los casos que abordó Freud, fue el de Katharina. Este caso es de llamar la atención, pues el análisis se llevó a cabo sin que estuviera la paciente en estado de hipnosis, por la situación particular en que se realizó.

Esta situación consistió en que Freud trabajó con la paciente, cuando se encontraba de vacaciones en los Alpes. Además, sin la formalidad del consultorio, sino por medio de una conversación que dijo Freud, se presentó entre ellos. Debido a estas condiciones, no fue posible aplicar la técnica de hipnosis y además, éste se hizo la siguiente pregunta: “¿ Debía emprender aquí un intento de análisis?. Por cierto que no me atrevía a trasplantar la hipnosis a esa altitud, pero quizá lo consiguiera en una simple plática”⁶⁶. Así, en este caso para acceder a los recuerdos de la paciente no fue necesaria la aplicación de la técnica de hipnosis, lo que sí utilizó Freud fue la presentación de una serie de posibilidades, a la paciente, para que ella rechazara o en su defecto aceptase algunos acontecimientos que no recordaba con facilidad.

Lo que se tenía era la presencia de una histeria adquirida. Pues apoyaba la explicación que hizo Freud respecto a la expulsión del yo de unos contenidos eróticos que se mantenían guardados, para que posteriormente se asociaran con el grupo de la última impresión. Esta misma explicación la aplicó en el caso de Miss Lucy R., sin embargo, existía una diferencia entre ambos casos, y era que en el de Lucy, el aislamiento de la representación se debía a la voluntad del yo, el cual contaba con un “conocimiento”, respecto a este tipo de representación. En cambio en el de Katharina, dentro del argumento del conocimiento o desconocimiento del yo, Freud afirmó que la causa del aislamiento de la representación no fue por el conocimiento de la vida sexual: “...sino la ignorancia del yo, que aún no sabe qué hacer con unas experiencias sexuales”⁶⁷.

Aquí vamos a encontrar una idea que más adelante será desarrollada por Freud, pero que surgió precisamente del discurso de las histerias y es el papel que juega lo sexual en la infancia y el desarrollo posterior de la histeria como enfermedad. Así, Freud señaló que: “En este aspecto, el caso de Katharina es típico; en el análisis de cualquier histeria que

⁶⁶ Ibid., pp. 142.

⁶⁷ Ibid., pp. 148.

tenga por fundamento traumas sexuales, uno halla impresiones de la época presexual que, no habiendo producido efectos sobre la niña, más tarde cobran, como recuerdos, una violencia traumática al abrirse para la joven virgen o la esposa el entendimiento de la vida sexual”⁶⁸.

Por lo que, en el caso de Katharina se puede observar esta idea de la sexualidad la cual, más adelante será uno de los ejes centrales del Psicoanálisis. Pero también, el hecho de que este acontecimiento sexual de la infancia temprana al ser comprendido a posteriori tuviera que ver con lo que Freud desarrolló como la après-coup, de la que no puede dar explicación aquí, pues debido a su complejidad es tema de otro trabajo.

En el año de 1892, Freud trató a una paciente de nombre Elizabeth von R, se debe destacar que es aquí en donde por vez primera hizo mención de cómo es que sobrelleva el histérico sus conflictos: “...con la <<belle indifference >>. ...”⁶⁹. Reportó que este caso fue uno de los más difíciles que abordó, y que por largo tiempo no encontró un nexo entre la historia del padecimiento y la dolencia que presentaba la señorita. Ella era la menor de tres hijas, se encontraba apegada a sus padres; su juventud la pasó en los campos de Hungría. Su madre tenía un estado de salud que dejaba mucho que desear, pues experimentaba un padecimiento ocular junto con alteraciones nerviosas. Tenía un profundo apego por su padre debido a la mala salud de su madre, por lo que éste decía que en ocasiones Isabel, hacia las veces de hijo o de un amigo con el que podía intercambiar ideas.

Cuando Freud hizo la descripción del ataque histérico que se presentaba en Isabel, dijo que las contorciones que realizaba la señorita von R. no eran de dolor, sino más bien éstas mostraban unas características de tipo erótico. Es así como, en estos inicios, se manifestó que la histeria estaba relacionada con la sexualidad de los pacientes. Pero no con la genitalidad, como tradicionalmente se había venido asociando a la histeria, y particularmente, con el útero de las mujeres, el cual se decía era el responsable de la histeria. Respecto a los movimientos y contorciones de tipo erótico, Freud mencionó que: “... cuando en la señorita Von R se pellizcaba u oprimía la piel y la musculatura

⁶⁸ Ibid., pp. 149.

⁶⁹ Ibid., pp. 151.

hiperálgicas de la pierna, su rostro cobraba una peculiar expresión, más de placer que de dolor; lanzaba unos chillidos –yo no podía menos que pensar: como a raíz de unas voluptuosas cosquillas –, su rostro enrojecía, echaba la cabeza hacia atrás, cerraba los ojos, su tronco se arqueaba hacia atrás”⁷⁰.

Para Freud no había una concordancia entre la reacción de la paciente al tocar la zona histerógena, y el supuesto dolor que ésto provocaba, sino que más bien decía que concordaba con los pensamientos ocultos tras ese dolor y que éstos se despertaban por la estimulación que se realizaba en la paciente. Este hecho, afirmó Freud, él ya lo había observado en pacientes con histeria. Así, para él esta característica de la histeria, estaba plenamente relacionada con la sexualidad de los pacientes diagnosticados como histéricos.

Por otra parte, una vez que Freud aplicaba el método catártico comentaba que si la paciente sabía el origen en que se había presentado su estado no había necesidad de aplicar alguna otra técnica, particularmente la hipnosis, para acceder a la historia de sus padecimientos. Además de que, sería suficiente el deseo de sanar para que el enfermo revelara su secreto, y en esta situación se encontraba la señorita Elizabeth.

En el reporte de este mismo caso Freud anotó, que fue el primer análisis completo de una histeria que él llevó a cabo. También declaró que realizó, por vez primera, un procedimiento que posteriormente elevaría a categoría de método; el cual tenía como fin lo siguiente: “... la remoción del material patógeno, estrato por estrato, que de buen grado solíamos comparar con la técnica de exhumación de una ciudad enterrada”⁷¹. El presente párrafo nos remite a uno similar, cuando trató el caso de Lucy, en donde Freud describió que el núcleo central del síntoma se lograría encontrar una vez que se fuesen retirando uno a uno los síntomas posteriores que se le había agrupando.

Se puede asegurar, por lo anterior, que una parte de lo que se irá conformando como el primer concepto del psiquismo en el trabajo de Freud ya se encuentra presente. Esto es, que la representación que fue expulsada de la conciencia provocará que se de una “escisión del psiquismo”, y las representaciones que compartan con la expulsada se

⁷⁰ *Ibid.*, pp. 153.

⁷¹ *Ibid.*, pp. 155.

podrán asociar entre ellas, y no así con las que se encuentren en la conciencia, ya que éstas se asociaran entre sí.

Por otra parte, en este mismo texto se encuentra un párrafo en donde se puede ver el antecedente de uno de los elementos importantes que conforma la aplicación de un análisis; esto es el papel del escucha, “la gran oreja” que debe tener el analista al encontrarse escuchando a su paciente. Respecto a esto, Freud dijo lo siguiente: “ Primero me hacía contar lo que a la enferma le era consabido, poniendo cuidado en notar dónde un nexo permanecía enigmático, dónde parecía faltar un eslabón en la cadena de las causaciones, e iba penetrando en estratos cada vez más profundos del recuerdo a medida que en esos lugares aplicaba la exploración hipnótica o una técnica parecida a ella”⁷². Aquí se descubrió una muy importante característica del quehacer analítico: “escuchar la queja”, el sufrimiento del paciente, esto dentro del encuadre psicoanalítico.

Otro de los términos claves en la teoría psicoanalítica es el de “conflicto” y aquí se le puede localizar cuando Freud refirió cómo habían surgido en el caso de la señorita Von R., los primeros dolores histéricos, apuntó lo siguiente: “ Por el contraste entre la beatitud que se había permitido entonces y la miseria en medio de la cual halló a su padre en casa quedaba planteado un conflicto, un caso de inconciliabilidad”⁷³. Así, para Freud el conflicto tendría como resultado que la representación erótica de la señorita von R. fuera reprimida, como todo lo que tenía que ver con lo sexual. Y nuevamente, en el caso que se está comentando, dio una explicación clara de lo que ocurre psíquicamente, anotando lo siguiente: “ Como resultado del conflicto, la representación erótica fue reprimida {esforzada al desalojo} de la asociación, y el afecto a ella adherido fue aplicado para elevar o reanimar un dolor corporal presente de manera simultánea (o poco anterior)”⁷⁴.

De lo antes escrito, se tienen varios conceptos importantes que más adelante se desarrollaran, en este nuevo saber. Uno de ellos, es el de la “represión”, aunado a lo que más adelante dijo Freud, con respecto de que “lo reprimido será siempre lo sexual”,

⁷² Ídem

⁷³ *Ibíd.*, pp. 161.

⁷⁴ *Ibíd.*, pp. 162.

particularmente en este caso, lo erótico. Otro de los conceptos fue el de la “representación”, la cual siempre estará asociada a un “afecto”, pero aquí se tiene que éste último ocasione que un dolor se eleve y se hospede en un miembro, a lo cual Freud llamó: “... conversión con el fin de la defensa”⁷⁵.

Por otra parte, Freud trabajó dentro del esquema de la energía que se encontraba en desarrollo en ese momento histórico, por lo que en sus textos hizo alusión a este elemento y así en el caso de la señorita von R. comentó lo siguiente: “En este período de <<abreacción>> el estado de la enferma mejoró de manera tan llamativa, tanto en el aspecto somático como en el psíquico, que yo solía aseverar, medio en broma, que cada vez que le quitaba un cierto *quantum* de motivos de dolor y, cuando los hubiera removido todos, ella sanaría”⁷⁶. En este párrafo se puede leer la palabra *quantum*, que nos remite a lo que decíamos respecto a la energía y que una vez removido el exceso de ésta, del cuerpo de la paciente, ello provocaría que sanase. Con esto se puede decir que Freud abordaba los conceptos de su tiempo, pero los significaba particularmente al nuevo saber que se estaba configurando.

La pregunta que puede surgir es: ¿Cómo a través del concepto de energía se trabajó y apareció la idea de un psiquismo?, específicamente en la histeria. Pero quizá la cuestión sería más bien, cómo a través del trabajo con las histéricas se dio lugar a la explicación del psiquismo, usando conceptos que pertenecían a la noción general de energía. Y se tiene que Freud parte de la hipótesis respecto al funcionamiento del psiquismo, el cual consiste en referirlo según las “leyes del principio de constancia”. Este principio de constancia, aplicado al psiquismo, estriba en descargar las excitaciones del aparato psíquico para así mantenerlas en el nivel más bajo.

En este mismo relato podemos encontrar otro principio importante, que es él de la “simbolización”. Este concepto fue mencionado por Freud en el texto: “Comunicación preliminar”; sin embargo, cuando lo aborda en el caso de la señorita Von R. lo ejemplificó

⁷⁵ *Ibid.*, pp. 163.

⁷⁶ *Idem.*

de manera particular, apuntando que: “.....me vi llevado a suponer que ella directamente buscaba una expresión *simbólica* para sus pensamientos de tinte dolido y lo había hallado en el refuerzo de su padecer”⁷⁷. Lo anterior hace referencia a la expresión de la señorita von R. en donde al puntualizar el estado dolido de su soledad mencionó la siguiente frase: “No avanzar un paso”⁷⁸. Y ésto fue llevado a cabo literalmente en el problema de abasia que presentaba la paciente, pues ella no podía caminar, por lo que comenta Freud se había presentado una parálisis funcional simbólica.

Por otra parte, en el caso de la señorita von R. Freud retomó un punto ya tratado con Miss Lucy, el cual tenía que ver con el método que usaba éste en el tratamiento de la histeria. A este respecto, comentó que: “En el curso de todo este análisis me valí del método de convocar mediante presión sobre la cabeza imágenes y ocurrencias, vale decir, un método inaplicable sin plena colaboración y atención voluntaria de la enferma”⁷⁹. Sobre la base de este comentario, se puede afirmar aquí cómo la paciente le va dando gusto al médico, rasgo característico de la histeria, el cual ya se mencionó en el trabajo que realizó Charcot con sus pacientes.

Sin embargo, Freud encontró algunos obstáculos a salvar para que su método fuese efectivo siempre que éste se llevase a cabo. Por ejemplo, cuando la paciente no refería nada, aunque le tuviera la mano puesta en su frente, ésta le reportaba que no se le ocurría nada, pero Freud encontró que ella no participaba en la terapia cuando su estado de ánimo era alegre y libre de dolor; por lo tanto, dejaba pasar por una pausa la respuesta, diciendo que no recordaba nada.

En esta parte del reporte que hizo Freud, se puede ver cómo tuvo que ir ajustando su método y cuál era el resultado de ello. Al respecto mencionó lo siguiente: “ Me resolví entonces a suponer que el método nunca fracasaba, y bajo la presión de mi mano Elizabeth tenía siempre una ocurrencia en la mente o una imagen ante los ojos, pero no todas las veces estaba dispuesta a comunicármela, sino que intentaba volver a sofocar lo

⁷⁷ *Ibid.*, pp. 167.

⁷⁸ *Ídem.*

⁷⁹ *Ídem.*

conjurado”⁸⁰. Para Freud, el hecho de que la paciente se negarse a expresar la asociación que tenía en ese momento se podía deber a dos cosas: primero, que ésta no fuera lo suficientemente valiosa para ser expresada o, en segunda instancia, porque le resultara sumamente espantosa la comunicación de ésta. Este punto sería más adelante, y de cierta manera, lo que Freud relacionara con la resistencia, fenómeno que se presenta, hasta la actualidad, en la sesión de análisis.

En el transcurso del tratamiento de la señorita Elizabeth, Freud reportó que la resistencia que presentaba ésta, se tuvo que trabajar a lo largo del mismo. Así, afirmó que sólo hasta la tercera vez que le presionaba la frente, ella era capaz de comunicarle algo. Y que cuando se le preguntaba porque no lo había reportado, la señorita contestaba lo siguiente: “<< Pensé que podía pasarlo por alto, pero eso volvió todas las veces >>”⁸¹. Por lo anterior, y en referencia al fenómeno que se le presentó durante este análisis, Freud comunicó que: “ En el curso de este difícil trabajo empecé a atribuir una significación más profunda a las resistencias que la enferma mostraba a reproducir sus recuerdos, y a compilar con cuidado las ocasiones a raíz de las cuales aquella se denunciaba de un modo particularmente llamativo”⁸².

En ese momento, Freud se encontraba trabajando lo psíquico en función de lo que se entendía como su teoría del trauma; además, aunada a ésta, el papel de la resistencia. A este respecto, Freud comentó lo siguiente: “... la resistencia que ella repetidas veces había contrapuesto a la reproducción de escenas de eficacia traumática correspondía realmente a la energía con la cual la representación inconciliable había sido esforzada a fuera de la asociación”⁸³.

Durante el tratamiento se habían conseguido avances tales como que la señorita von R. fuese productiva; sin embargo, los dolores que la aquejaban no habían desaparecido, éstos se le presentaban de manera tan intensa como en un principio.

⁸⁰ Ibid., pp. 168.

⁸¹ Ídem.

⁸² Ídem.

⁸³ Ibid., pp. 171.

Freud fue accediendo, poco a poco, a lo que era el pensamiento, -la representación-, que mantenía a la enferma en su estado alterado. Este pensamiento estaba relacionado con uno de sus cuñados, el esposo de una de sus hermanas la cual ya había fallecido. El pensamiento de la paciente era el siguiente: “<<Ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa>>”⁸⁴. En la descripción de este caso, Freud pudo ver claramente la conversión que se había dado del pensamiento anterior a lo somático y cómo la defensa interviene en este proceso, anotando lo siguiente: “...la idea de la <<defensa>> frente a una representación inconciliable; de la génesis de síntomas histéricos por conversión de una excitación psíquica a lo corporal; de la formación de un grupo psíquico separado por el acto de voluntad que lleva a la defensa: todo eso me fue puesto en aquel momento ante los ojos de un modo visible”⁸⁵. Así también, se puede observar el conflicto que se estaba presentando, entre la inclinación tierna ante su cuñado y su conciencia moral respecto a este pensamiento.

Por otra parte, y remitiéndose a uno de los elementos que se usaban para el tratamiento de la histeria surge la siguiente cuestión, ¿Qué se puede decir del empleo de la abreacción para el restablecimiento de la paciente de Freud, con respecto a lo que más tarde sería el método en sí, empleado en el análisis? En este sentido señaló que gracias al uso del método de abreacción, fue posible tramitar los sentimientos de ternura que sentía ésta hacia su cuñado, -y que comprendían una larga historia-, haciendo posible que Isabel tuviera una mayor recuperación. Así, el empleo de la abreacción cumplió con el cometido de ese momento, eliminar los síntomas histéricos, sin embargo, más adelante fue abandonado por Freud para dar paso al uso de la asociación libre el cual fue más allá de lo que se conseguía con el primer método para la “cura de los síntomas histéricos”.

Como ya se mencionó antes, en este texto tenemos el término de “conflicto”, el cual fue adquiriendo un significado muy particular en el discurso que iba gestando al psicoanálisis. Particularmente, aquí se puede observar que el conflicto se lleva a cabo entre

⁸⁴ Ídem.

⁸⁵ Ídem.

el círculo de representaciones eróticas y todas las representaciones morales que la paciente tenía; las cuales se enfrentaban debido a la inclinación que ella poseía hacia su cuñado. Para Freud, este conflicto constituyó el eje central del historial clínico de este caso de histeria. Pero además, el término de “conflicto” jugará un papel importante en lo que más adelante Freud desarrollara en el esquema del aparato psíquico y las fuerzas que se juegan en el psiquismo del sujeto.

Por otra parte, Freud hace mención en el presente caso de la histeria de conversión, la cual maneja como una posibilidad de una conversión completa o incompleta, anotando que ésto va a estar en función de las representaciones inconciliables que se han reprimido; ya que debido a esto, si las representaciones son poco intensas, entonces, se presentara una conversión completa.

Es en los momentos traumáticos en donde sobreviene la conversión, dando como resultado que la conciencia se escinda del síntoma hístico. En el caso de la señorita von R. dichos momentos traumáticos fueron varios, tales como las escenas de sus caminatas con su cuñado y el acontecimiento ocurrido con el pretendiente, mientras que su padre se encontraba postrado por la enfermedad.

Así, se tiene una descripción de la histeria dada como conversión, en donde Freud explicó de la siguiente manera los elementos que intervienen en ésta: “... ella reprimió {desalojó} la representación erótica de su conciencia y trasmudó su magnitud de afecto a una sensación de dolor somático”⁸⁶. Más adelante, Freud encuentra una frase de la paciente, en donde mencionó “el saber” como algo importante; al respecto, dijo lo siguiente: “Había preexistido ese singular estado de saber y al mismo tiempo no saber con respecto a esa inclinación, el estado de grupo psíquico divorciado”⁸⁷. Este saber, no se relacionaba con un grado inferior de conciencia, sino con una separación: “...un divorcio del libre comercio de pensamiento asociativo con los restantes contenidos de representación”⁸⁸.

⁸⁶ *Ibíd.*, pp. 178.

⁸⁷ *Ibíd.*, pp. 179.

⁸⁸ *ídem.*

Con lo antes expuesto se puede apuntar que la idea sobre la histeria, conjuga dos hechos importantes relacionados con la “escisión” de la conciencia, que se da en esta enfermedad. Por una parte se tiene el motivo que provocó dicha “escisión”, y por otra, el mecanismo bajo el cual se dio ésta. Al respecto Freud comentó que: “El motivo era el de la *defensa*, la revuelta del yo todo a conciliarse con ese grupo de representación; el mecanismo era el de la *conversión*, vale decir, en lugar de los dolores anímicos que ella se había ahorrado emergieron los corporales; así se introdujo una transmutación de la que resultó, como *ganancia*, que la enferma se había sustraído de un estado psíquico insoportable, es cierto que el costo de una anomalía psíquica —la escisión de conciencia consentida— y de un padecer corporal —los dolores, sobre los cuales se edificó una astasia — abasia”⁸⁹. Y por otra, la necesidad de un momento traumático como antecedente de la histeria de defensa. Al respecto Freud señaló que: “Antes de él la conciencia no sabe cuándo se instalará una representación inconciliable; esta, que luego será excluida junto con su séquito para la formación de un grupo psíquico separado, tiene que ser inicialmente admitida en el comercio de pensamiento, pues de lo contrario no se habría producido el conflicto que llevó a su exclusión”⁹⁰. En lo anterior se conjugan conceptos claves como el de escisión, de defensa, de conversión y el de trauma, los cuales adquirieron un significado conceptual para el desarrollo de un nuevo saber, el del psicoanálisis.

Regresando al tema de la conversión, se tiene que existen dos momentos, en tiempos diferentes para que se pueda presentar ésta. Y se puede considerar este hecho, como el antecedente de lo que Freud trabajaría más adelante como la *après-coup*. Al respecto, anotó que esta conversión no se formó de las impresiones frescas, sino del recuerdo que ya se tenía de éstas; que los dolores, producto de la conversión, no se habían generado mientras se presentaba el primer periodo, sino que el efecto fue retardado y se dio en un segundo espacio, aquí lo que interviene es el pensamiento pues la enferma reprodujo las impresiones en éste.

⁸⁹ Ídem.

⁹⁰ *Ibid.*, pp. 180.

Se puede considerar como otro ejemplo de lo anterior, el caso de la señorita Rosalía H. Quien comentó Freud, tuvo que tramitar la <<histeria de retención>>, a través de la reproducción de todas las impresiones que habían provocado excitación; teniendo como procedimiento la abreacción de éstas con efecto retardado. Y así, nos encontramos nuevamente, con el uso del método de abreacción para la tramitación del afecto estrangulado de tipo sexual.

En el caso de la señorita von R, se hizo alusión al determinismo del síntoma histérico, Freud señaló al respecto que: “Casi todas las veces que investigué el determinismo de esos estados, no descubrí una ocasión única, sino un grupo de ocasiones traumáticas semejantes...”⁹¹. De acuerdo a lo anterior, se puede decir que no necesariamente un trauma es el que ocasionará un síntoma, en una relación uno a uno, sino que se requiere una serie de traumas, los cuales tienen que ser tramitados para así poder acceder al núcleo patógeno y por tanto, a la desaparición de ese síntoma.

Así también, Freud explicó de acuerdo a su teoría de la conversión que: “... el hecho innegable de la sumación de los traumas y la latencia previa de los síntomas quiere decir que puede producirse tanto la conversión de un afecto fresco como la de uno recordado...”⁹². Con ésto, se puede esclarecer el caso de la señorita Elizabeth, ya que según los planteamientos iniciales de Freud, respecto a la eliminación de los síntomas que se presentaban en este caso de histeria, una vez que la representación había regresado a la asociación, dichos síntomas tenían que desaparecer. No obstante, en el caso de la señorita von R., no se cumplió esta premisa de eliminación de síntomas, sin embargo, ésto no fue motivo para que Freud lo abandonara, pues de haber ocurrido esta renuncia,- afirmo el mismo Freud-, éste no habría adquirido la importancia que tuvo para el desarrollo de la teoría de la histeria.

Anteriormente se mencionó la importancia de la simbolización y tocante a ésto, Freud señaló que: “...la conversión por simbolización parece requerir un alto grado de

⁹¹ *Ibid.*, pp. 186

⁹² *Ídem.*

modificación histérica....”⁹³. Esta afirmación, se puede comprobar en este caso clínico; por ejemplo, cuando Isabel reportó que una vez que su papá sufrió el ataque cardíaco, ella se quedó como *clavada en ese lugar*, y se sabe que uno de sus síntomas era el no poder caminar.

Respecto al papel que juega la simbolización en la histeria, son los casos de la señorita Von R y el de una señora de nombre Cäcilie los que se mencionan como representativos del simbolismo que puede presentarse en la histeria.

Freud reportó que esta última paciente sufría de una violenta neuralgia facial, entre otros malestares. Este padecimiento se presentaba de dos a tres veces por año, con una duración de cinco a diez días, sin haberse podido controlar dicho malestar por medio de ningún tratamiento. En un principio, Freud comenta su duda con respecto a la autenticidad de esta neuralgia, pues en una ocasión en que, por medio de la hipnosis, le ordenó el cesé de este dolor, logrando que ésto fuera posible en lo sucesivo. Según reportó Freud, esta paciente fue el caso más difícil tratado por él; además, también fue el más instructivo que tuvo para la teoría de la histeria ya que a través de él se pudieron recorrer muchos ciclos, por los cuales marcha esta enfermedad, obteniendo como resultado una mayor información sobre el determinismo de los síntomas histéricos. Sin embargo, el caso de la señora Cäcilie no fue reportado sistemáticamente por Freud, sino que hace mención de algunos aspectos tocante a éste. Parece ser que ésto se debió más que nada, a no querer dar a conocer la identidad de esta paciente.

Una vez realizada la revisión de algunos de los conceptos que se consideran importantes en cada uno de los casos clínicos trabajados por Freud, es conveniente llevar a cabo una recapitulación de aquellos. Así, en el caso de Emmy von R. se puede mencionar dos hechos importantes que se le presentaron a Freud. Por una parte, esta el antecedente de la “asociación libre” como la técnica que más adelante se llevará a cabo en todo análisis. Ésto se puede observar cuando Freud comentó, que era como si su paciente se hubiese apoderado de su procedimiento; y además, ella le solicitaba que no estuviera preguntándole sobre esto o aquello, sino que la dejara hablar de lo que ella deseaba, o bien se le ocurría, en

⁹³ Ibid., pp. 188.

ese momento. Y por otra, esta el hecho de que Freud no únicamente a través de la hipnosis, consiguiera acceder al por qué del acontecer en la paciente, sino que también logró tener conocimiento de ese saber durante el estado de vigilia, en este caso de Emmy. Por tanto, era posible trabajar con pacientes que no podían alcanzar un estado de hipnosis, el cual se suponía necesario para el ensanchamiento de la memoria.

Tocante al caso de Lucy, lo que se puede señalar es la forma como Freud concibió al aparato psíquico y la manera de acceder al núcleo patógeno que se encontraba detrás de los síntomas histéricos. Hizo referencia a la formación de un “centro” que se juega como núcleo, junto con la cristalización necesaria de la representación inconciliable, la cual forma un grupo psíquico que se separa del yo. En la histeria del caso de Lucy, Freud dijo que es adquirida, por lo que la escisión de la conciencia que se presenta, es intencional, voluntaria. Freud pudo llegar a esta conclusión a través de la aceptación, por parte de la paciente, respecto a “querer olvidar” el sentimiento amoroso que tenía por su patrón.

En el caso de Katharina se acierta que Freud dudó de los logros obtenidos en éste, pues argumentó que no habían sido alcanzados por medio de la hipnosis, lo cual posibilitaba que los resultados no fueran los que él pretendió alcanzar. Precisamente, el caso puede ser colocado entre el momento en que se emplea la técnica de hipnosis, -como método eficaz en la intervención y logros de la histeria-, y lo se puede alcanzar sin la aplicación de ésta. Aquí mismo Freud señaló otro de los conceptos relevantes de este “nuevo saber”, y fue el elemento sexual con el cual se topó claramente en este caso. Afirmó que en casos típicos como el de esta paciente, su histeria se fundamentó en traumas sexuales, pertenecientes éstos a la “época presexual”, a la de la niñez, y que se hicieron presentes como recuerdos, pero de una manera violenta y traumática. Ésto ocurre cuando se llega al entendimiento de la vida sexual, ya sea en la esposa o en la joven virgen. Aquí se ve asomar tanto el hecho sexual, cómo el periodo de la niñez temprana conceptos que jugará un papel importante y determinante en la histeria, pero más que nada, cómo a partir de aquí el concepto de sexualidad atravesara, más tarde, todo el campo del Psicoanálisis.

Freud afirmó que el caso de Isabel fue el primer análisis completo de una histeria efectuado sistemáticamente por él. En donde empleó un procedimiento que posteriormente elevaría a la condición de método. En este caso, Freud llevó a cabo una verdadera descomposición del síntoma, además de que, al igual que con Cécilia, confirmó la correspondencia que se presenta entre la carga emocional de las palabras y la enfermedad psicósomática. Ésto lo condujo al hecho de que se puede interrogar al síntoma; que éste “habla” y el médico debe estar atento a su lenguaje. Por consiguiente, se puede apuntar, que el “saber del histérico” es uno que habla por sí sólo y que Freud lo descubrió al dejar hablar a ese síntoma. También se puede considerar, que en el reporte del caso esquematizó la manera en que se presentaba el trauma patológico y la forma en que lo iría abordando a través del trabajo clínico, ésto por medio de la “excavación”, eliminando estrato por estrato hasta acceder al núcleo. Esta manera de trabajar, Freud la comparó con la exhumación de una ciudad antigua enterrada, y este comentario nos remite al lenguaje de la arqueología, ciencia que admiraba Freud.

Así, en la época en donde Freud se encontraba trabajando la clínica, iba accediendo a toda una serie de dispositivos que se le presentaron en las psiconeurosis de defensa, particularmente en la histeria. Y sí, como se mencionó más arriba, uno de los hechos inéditos en Freud fue tomar en cuenta el discurso de las histéricas. Este discurso lo remitió a dos campos: por una parte, al de la etiología instalada en la edad infantil del paciente. Y por otra, al de la sexualidad, específicamente al de la seducción, acontecida en la infancia; es por ello que, en el siguiente capítulo se abordaran estos dos temas de manera más amplia, pues los consideramos partes fundamentales tanto para el desarrollo de la teoría de la histeria como del mismo Psicoanálisis.

TERCER CAPITULO

SEXUALIDAD E HISTERIA

“...la sexualidad desempeña un papel principal en la patogénesis de la histeria como fuente de traumas psíquicos y como motivo de la <<defensa>>, de la represión {desalojo} de representaciones fuera de la conciencia”⁹⁴.

La sexualidad y la histeria han mantenido una estrecha relación a través de la historia, la cual se profundizó aun más en el momento en que esa anomalía pasó a ser uno de los objetos de estudio de la medicina. Sin embargo, cuando Freud abordó el estudio de la histeria rehusó la correspondencia que se había venido dando, durante mucho tiempo, entre histeria y útero. Este rechazo lo efectuó en el campo de la sexualidad biológica, la cual se había venido estipulando en función de que la histeria remitía al útero como el responsable de esa afección. El hecho de que Freud abandonara a la histeria como sinónimo de genitalidad femenina, se vio reforzado por el suceso de un hombre que presentaba los signos de esta patología y que fue expuesto por él mismo, ante la Sociedad Médica de Viena en 1886, unos meses después de su regreso de París en donde estudio con Charcot los casos de histeria. Este acontecimiento será detallado más adelante, ya que se puede afirmar que rompe la creencia de que únicamente había mujeres histéricas y además, da un ejemplo claro de la existencia de histeria en el hombre.

⁹⁴ Breuer Josef y Freud Sigmund (1893-95) “Estudios sobre la histeria”. en *Obras Completas*, tomo II. Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 23.

Esta postura de Freud respecto a la existencia de hombres histéricos, fue diferente a la que mantenían los estudiosos de su tiempo, los cuales además, le otorgaban a la vida sexual de los pacientes un papel causal determinante en la contracción de esa enfermedad, cosa que Freud rechazó en un principio como tal.

Sin embargo, más tarde éste tuvo que abandonar la idea con respecto al papel secundario proporcionado a la vida sexual en las neurosis, situación que lo conduciría al gran descubrimiento de la sexualidad como un elemento determinante en la constitución del sujeto psíquico. Ésto lo elaboró en tres ámbitos diferentes de su quehacer clínico, los cuales fueron:

- 1) En el campo de la histeria.
- 2) En el de las neurosis actuales.
- 3) Por último, en el ámbito de su autoanálisis llevado a cabo en la correspondencia con Fliess.

Empero, fue en el campo de la experiencia clínica con sus pacientes histéricas, en donde se dio a conocer la primacía de la sexualidad en este tipo de neurosis. Sin embargo, es posible preguntarse: ¿De qué manera, en Freud, se conectaba la histeria con la sexualidad? y además, ¿Cuál es el campo en el que se aborda esa relación y si este es diferente al de sus contemporáneos?. Por consiguiente, el propósito del presente apartado, es hallar algunas respuestas a estos cuestionamientos.

Respecto a lo anterior se tiene que, las posibles respuestas a estas interrogantes nos remiten a los trabajos iniciales de Freud en el campo particular de la histeria y su relación con la idea de que las neurosis tenían que ver con "*cosas sexuales*".

Para desarrollar el punto, se parte del hecho de que tradicionalmente la histeria había estado referida a la genitalidad, como ya se apuntó en otro lado del presente trabajo. Así, se estima que este término, de origen griego, estaba relacionado con el útero de la mujer desde la época de Hipócrates. Además, estaba la situación de que esta enfermedad se presentaba en jóvenes solteras, las cuales a menudo mostraban ataques histéricos agudos, que consistían en contorsiones corporales de índole erótica, así como la presencia de una

hiperestésica en las zonas genitales. En consecuencia, lo anterior junto con otros síntomas de naturaleza sexual hacia que los médicos otorgaran habitualmente un papel central en el origen de la histeria, ya fuera por las anomalías genitales así como por las particularidades de la vida sexual de los pacientes tratados por ellos.

Por ende, la histeria había sido determinada como una patología que se presentaba esencialmente en las mujeres y los trastornos del útero eran los factores principales de esta enfermedad. Sin embargo, ya en el siglo XIX se le proporcionaba una mayor importancia a las perturbaciones de otros órganos genitales además del útero.

Por otra parte, se puede apreciar que un nuevo enfoque surgió de la necesidad de dar explicación a toda una serie de enfermedades que se mantenían en incógnita, - a pesar de los avances médicos-, las cuales no habían podido ser alteradas. Una de esas afecciones era la histeria, la cual se reinterpretó como un trastorno funcional del sistema nervioso, también llamada neurosis. Algunos estudiosos de esta perturbación mantenían la idea respecto a las anomalías funcionales del sistema nervioso; éstos argumentaban que las perturbaciones podían provenir de alguna dolencia localizada en el cuerpo, y no necesariamente de carácter nervioso. Pero por el órgano enfermo, era posible inducir cambios fisiológicos en los nervios que inervan a éste. Y la explicación que dieron al respecto, fue que dichos cambios funcionales se reflejarían por todo el resto del sistema nervioso, obteniendo como resultado una neurosis de tipo reflejo. Por lo que, la histeria estuvo considerada como una neurosis refleja, que tenía como naturaleza específica los trastornos genitales.

Sin embargo, esta idea de las neurosis reflejas no fue muy aceptada por los médicos psiquiatras, los cuales apoyaban el enfoque anatomopatológico y criticaban la noción de las anomalías funcionales del sistema nervioso. Pero, a pesar del rechazo al referido enfoque, éste tuvo resonancia tanto en la medicina general como en algunas especialidades médicas. Un ejemplo de esto, fue que los otorrinolaringólogos se dieron a la tarea de estudiar las "neurosis nasales".

Freud no mostró mucho interés ante esta teoría, excepto por el trabajo que realizó sobre éstas su amigo Wilhelm Fliess. Pues, siendo Fliess otorrinolaringólogo publicó varios trabajos sobre el tema de las neurosis reflejas nasales. Estos trabajos fueron elogiados por Freud, a pesar de que no concordaba con la posición teórica antes mencionada. Así, del trabajo presentado por Fliess se desprendió un concepto que Freud adoptó para ciertos sucesos, y fue la regularidad que se daba en ciertos acontecimientos, entre éstos la fecha de su muerte. Este punto de vista de Freud ante los trabajos de Fliess, se puede decir que se debió más que nada a la situación de transferencia establecida entre ambos, por el proceso analítico en el que estaban inmersos.

Con respecto a la teoría de la histeria que se hallaba trabajando Freud en ese momento, las anomalías de los órganos genitales que habían venido siendo relevantes en el estudio de esta enfermedad, para él no jugaban un papel importante ni mucho menos determinante en esta afección

Dentro de los factores considerados tradicionalmente importantes en la génesis de la histeria, estaban por una parte, la continencia sexual y por otra, las anomalías genitales. De hecho, Paul Briquet dijo lo siguiente en su “*Traité clinique et thérapeutique de l’Hysterie*” (Paris, 1859): “Desde los tiempos más remotos, la filosofía y la medicina han considerado la continencia como la causa principal y aun la única de la histeria”⁹⁵.

Igualmente, se tiene que las anomalías de la vida sexual eran un factor importante dentro de la patología de la histeria y fueron consideradas por varios estudiosos del siglo XIX, entre ellos Benedikt y Robert Carter. Sin embargo, éste último le daba mayor importancia a las emociones que a los otros factores que se encontraban en la producción de enfermedades relacionadas con lo sexual. En consecuencia, dentro de las anomalías de la vida sexual, fue la abstinencia que se presentaba en ésta, la que se consideró como principal causante de la histeria tanto en hombres como mujeres jóvenes y sobretodo en estado de soltería.

⁹⁵ Paul Briquet.: *Traite clinique et therapeutique de l’Hysterie* (Paris, 1859), en Levin Kenneth, *Freud y su primera psicología de las neurosis*, México, Fondo de cultura económica 1985, pp. 142.

En contraste con lo anterior, respecto a la asociación de la histeria con la vida sexual de los pacientes, se tiene que en un principio Freud rechazaba totalmente esta correspondencia, ya que para él como para Charcot el factor preferente y responsable en la adquisición de la histeria era la “herencia”. A este respecto, decía lo siguiente en 1888: “La etiología del *status hystericus* ha de buscarse por entero en la herencia: los histéricos están siempre dispuestos por herencia a unas perturbaciones de la actividad nerviosa, y entre sus parientes se encuentran epilépticos, enfermos psíquicos, tábicos, etc. También se observa una transferencia hereditaria directa de la histeria, que, por ejemplo, está en la base de la aparición de la histeria en muchachos (por herencia materna)”⁹⁶. De acuerdo a ésto, se puede decir que en ese momento Freud se encontraba alejado de la idea relacionada con la sexualidad, como un causal importante en la histeria.

Respecto a los factores de la continencia sexual y otras anormalidades de ese tipo, Charcot estaba contagiado de los resultados del estudioso Paul Briquet, quien había revisado tanto la teoría de la continencia sexual como la de los trastornos genitales, llegando a la conclusión de refutar ambas teorías. Charcot y Freud, se basaron en los puntos teóricos de ese autor, por lo que acogieron el rechazo a los estudios antes mencionados, otorgándole el papel determinante a la “herencia”, en la posible adquisición de la histeria.

Sin embargo, no estaba del todo eliminado el factor sexual del trabajo que se encontraba realizando Freud, pues en el mismo texto arriba mencionado, dijo que la vida sexual puede ser tomada como un elemento secundario en la etiología de la histeria; a este respecto apuntó que: “Por lo que atañe el influjo predominante, tantas veces aseverado, de unas anormalidades de la esfera sexual sobre la génesis de la histeria, es preciso decir que su significatividad suele sobreestimarse”⁹⁷.

Freud señaló que no podía llevarse a cabo esa sobreestimación, ya que se había encontrado histeria tanto en niñas como en niños sexualmente inmaduros. Y que también, se había presentado este tipo de neurosis en hombres, aunque en muy raras ocasiones. En consecuencia, Freud desligó la tradicional relación histeria-genitalidad la cual se había

⁹⁶ Freud Sigmund (1888) “Histeria”, en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires. Amorrortu 1989, pp. 55.

⁹⁷ *Ibid.*, pp. 56.

venido asociando al sexo femenino, ésto lo hizo a través de la exposición de una monografía que tenía por título << Sobre la histeria en el hombre >>. Sin embargo, esta perspectiva de Freud no fue bien recibida por sus colegas, y se puede leer en lo que reportó respecto a la renuencia que se dio, cuando comentó ante la Sociedad Médica Vienesa, que había observado “estigmas histéricos” en varones, característicos de esa neurosis. Respecto a la reacción que surgió ante su exposición, anotó lo siguiente: “Uno de esos médicos, un viejo cirujano, me espetó directamente: <<Pero, colega, ¿cómo puede usted decir tales disparates? “*Histeron*” (¡sic!) significa “útero”. ¿Cómo podría ser histérico un varón?>>”⁹⁸.

Por lo anterior, los médicos desafiaron a Freud para que mostrara un caso de histeria en el hombre, acontecimiento que se le dificultó ya que los científicos de las instituciones que contaban con este tipo de casos no le permitieron el acceso a éstos. Pero a pesar de las dificultades, el 26 de noviembre de 1886, Freud expuso ante la Sociedad Médica Vienesa, el caso de un paciente de sexo masculino diagnosticado como histérico, el cual presentaba el síntoma de la hemianestesia en grado casi máximo. Al dar inicio a esta presentación Freud apuntó lo siguiente: “Sólo quiero puntualizar, antes de empezar la demostración, que en modo alguno creo mostrarles un caso raro y singular. Antes bien, lo considero de muy común y frecuente ocurrencia, aunque a menudo se lo pueda pasar por alto”⁹⁹.

Así, Freud apuntó que este fenómeno de la histeria, también se encontraba en varones y que no era privativo de la mujer, sino que este acontecimiento había sido ignorado hasta ese momento. Sin embargo, esta primera aproximación a la histeria en el hombre la hizo sin tocar casi nada de los elementos psicológicos que la comprendían, y en cambio, realizó la descripción del caso abordando los fenómenos físicos de esa patología. Ésto se debió más que nada, a que compartía la posición teórica de Charcot con respecto a esa clase de neurosis.

⁹⁸ Freud Sigmund (1925 [1924]) “Presentación autobiográfica”, en *Obras Completas*, tomo XX, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 15.

⁹⁹ Freud Sigmund (1886) “Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico”, en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 27.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

No obstante que Freud le quitó lo determinante de esta enfermedad a la mujer, comentó, tocante al papel que desempeña la vida sexual en la etiología de la histeria y las otras neurosis, que en el sexo femenino esta función tiene una elevada significatividad psíquica.

El tema de la histeria en el varón también fue abordado en el texto: "Histeria" (1888), en donde se señala que para Freud esta neurosis no necesariamente se podía presentar en mujeres, sino que la afección se conseguía tanto en éstas como en varones. Esta ocurrencia iba en contra de lo que tradicionalmente había sido conceptuado como una enfermedad femenina, por lo que, la dependencia que se daba entre las afecciones genitales en mujeres, no tenía como resultado la histeria, -como se señaló más arriba-, así tampoco era necesario que las histéricas presentaran alteraciones genitales.

Con ésto, Freud separó por completo la relación tradicional que se había venido mostrando entre histeria y aparato genital femenino, pues reveló que existía la posibilidad de que esta enfermedad se pudiera presentar en varones que cuentan con un aparato genital diferente al de la mujer. Así también, es importante remarcar que estaba eliminando la dependencia biológica que había comprendido el aparato genital, con la ocurrencia de la histeria en las mujeres. Ésto, para que más adelante retomare la sexualidad fuera del ámbito biológico, en el "campo de lo psíquico", el cual comprende un más allá de lo orgánico, de la determinación sexual biológica en la histeria.

Más tarde Freud tendría que otorgarle el papel significativo a la sexualidad, quitándole el carácter secundario que le había dado en un principio. Ésto lo llevó a cabo, una vez que se encontró analizando sus primeros casos clínicos en: "Estudios sobre la histeria", en donde menciona que "... bien lejos me encontraba de esperar una neurosis sexual como suelo de la histeria; acababa de salir de la escuela de Charcot y consideraba el enlace de una histeria con el tema de la sexualidad como una suerte de insulto - al modo en que suelen hacerlo las pacientes mismas -" ¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Freud Sigmund (1893-95) "Sobre la psicoterapia de la histeria", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 267.

Por esa misma época, neuropsiquiatras alemanes expresaban que existía cierta relación entre las entidades de la sexualidad y la herencia, apuntando que si se tenía una predisposición por herencia a la histeria, la vida sexual entonces sí jugaba un papel importante en la adquisición de esa enfermedad pero, el elemento definitivo lo tenía la herencia. Entre esos investigadores se encontraba Krafft- Ebing, quien dedicaba en ese momento más atención al componente sexual de los pacientes, que lo reportado por Freud en esas fechas, comprendidas entre 1886-1892.

Al respecto, se puede argumentar que Freud no procuraba importancia, en ese momento, al fenómeno de la sexualidad ya que exclusivamente adoptaba la posición de su querido y admirado maestro Jean Martin Charcot, como él mismo aceptó en la cita anterior. Sin embargo, fue a partir del progreso en el trabajo clínico con sus pacientes histéricas, que Freud iría accediendo al fenómeno de la **sexualidad** como un “dispositivo universal” y “determinante” en el psiquismo del hombre.

Asimismo, una vez que Freud abordó el tema del vivenciar sexual, como factor importante tanto en la histeria como en la neurosis obsesiva, afirmó lo siguiente: “ En personas del sexo femenino, tales representaciones inconciliables nacen las más de las veces sobre el suelo del vivenciar y el sentir sexuales, y las afectadas se acuerdan con toda la precisión deseable de sus empeños defensivos, de su propósito de <<ahuyentar>> {*fortschieben*, <<empujar lejos>>} la cosa, de no pensar en ella, de sofocarla”¹⁰¹

Podemos considerar que tal afirmación, respecto al determinante del sexo femenino, se debe más que nada a que estos hallazgos provenían de sus casos clínicos con pacientes mujeres. Un ejemplo claro de la cita anterior es concretamente el caso de Isabel Von R., en donde Freud encontró que ésta se echaba en cara que mientras cuidaba a su padre postrado en cama por una enfermedad, ella estuviera pensando en un joven que le había causado una impresión de tipo erótica. Así también, estaba el caso clínico de Lucy R. quien trabajaba como gobernanta en una casa donde tenía a su cuidado a unos niños que

¹⁰¹ Freud Sigmund (1894) “Las neuropsicosis de defensa”, en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 49.

eran huérfanos de madre, sin embargo esta joven se enamoró de su patrón y siendo esto incompatible con su orgullo decidió quitárselo de la cabeza. Así, los hallazgos de Freud fueron proporcionados por el material psíquico de las mujeres.

Con todo, el intento de olvido total en ambos casos no se logró, lo cual las condujo a diversas reacciones que tuvieron como resultado ya sea la manifestación de histeria o una representación obsesiva, en cada una de ellas. Y esto tuvo como consecuencia, que Freud reconociera el “suceso sexual” que se encontraba detrás de cada una de las enfermedades neuróticas. Por tanto, podemos decir que este hallazgo fue el resultado de su trabajo en el campo clínico de la histeria.

Por otra parte, se tiene que existían dos componentes que comprendían las prácticas de la vida sexual de las personas y éstos eran: el onanismo y el coitus interruptus. La investigación de ambas actividades fue abordada por estudiosos como Krafft-Ebing, esto a manera de factores etiológicos en la neurastenia. Así también, esta enfermedad era considerada como una neurosis refleja, ya que tanto la masturbación como el coitus interruptus producían cambios físicos en los órganos genitales, los cuales sin una tramitación psicológica de manera directa inducían a la neurastenia

Freud apoyaba la opinión de que este tipo de neurosis no respondía al tratamiento psicológico, apuntando que al respecto encontró un patrón patológico monótono de ésta en el cual no intervenía mecanismo psíquico alguno.

En consecuencia, para Freud la neurastenia no era plausible de atención psicológica ya que consideraba que su patogénesis no tenía que ver con factores psicológicos y por tanto, no era susceptible de psicoterapia. Se consideraba que esta enfermedad era causada más que nada por prácticas de la vida sexual, específicamente por el onanismo y el coitus interruptus, por lo que un mecanismo de tipo fisiológico era la base de ésta.

En la parte teórica de “Estudios sobre la histeria”, Freud llegó a la conclusión de que no existían histerias puras y que muchas de éstas tienen como antecedente, ya sea a la neurastenia o a la neurosis de angustia. Igualmente apuntó que los casos reportados en

dicho texto, los tuvo que declarar como histerias puras ya que no tenía aún el conocimiento y la certeza de la relación que existía con la vida sexual de los pacientes. Por tanto, fue la intromisión de la vida sexual como elemento importante en la patogénesis de las neurosis, la que posibilitó un nuevo planteamiento de esas enfermedades psíquicas.

Más atrás se comentó que a Freud no le interesaba el estudio de la neurastenia, sin embargo, tiempo después fijará su atención en ésta, surgiendo la siguiente cuestión: ¿Qué fue lo que hizo que éste dirigiera su curiosidad a dicha neurosis?. Pues nada más y nada menos que el descubrimiento en la clínica del “trauma sexual”, como fuente tanto de la histeria como de la neurosis obsesiva, además de que las vivencias sexuales se encontraban detrás de la neurastenia y de la neurosis de angustia. Por consecuencia, tuvo que reconsiderar el estudio de esta neurosis debido a su propósito de formular una teoría general de las neurosis basada en la fisiología.

Por lo que respecta al trauma, considerado en un principio por Freud como un determinante de la histeria, éste no debía de cumplir con un contenido en particular y mucho menos de tipo sexual, lo único que sí debía comprender era poner en peligro la vida del sujeto. Sin embargo, en el texto: “Bosquejos de la comunicación preliminar” de 1893, Freud apuntó que la vida sexual podía formar el contenido de los traumas y que éste se debía más que nada, al contraste que se presentaba entre éste y el resto de la persona, además de la imposibilidad de reaccionar de manera adecuada ante las representaciones que surgían de aquel.

A pesar de que, como se menciona en el párrafo anterior la vida sexual empezaba a ocupar un lugar importante en el esquema del trauma, este hecho tenía que recorrer un largo camino, el cual se puede decir que dio inicio con el trabajo clínico de Freud en el campo de la histeria.

Como se señaló en el capítulo anterior, fue durante el análisis de sus pacientes que Freud pudo acceder a fenómenos tales como la resistencia y la represión, los cuales iban abriéndole camino en la investigación que lo conduciría al reconocimiento del papel

importante de la sexualidad en las diferentes neurosis, ésto a través de la teoría de la defensa. Por tanto, se puede reflexionar que fue el desarrollo de esta teoría, marcada en 1894, la que facilitó más que nada proporcionar una mayor importancia a la vida sexual de los pacientes. Ésto fue a través de la búsqueda de lo que se ocultaba, lo que se reprimía y era lo que se encontraba detrás de todo esto, distinguida como “la cosa sexual”.

Así, se muestra cómo en aquellos momentos Freud se encontraba en un ir y venir de los hallazgos clínicos a la conformación de la teoría de las neurosis y viceversa, accediendo a los inicios de lo que más adelante sería ese nuevo campo del saber que es el Psicoanálisis.

Por consiguiente, en el campo de la clínica se tenía que los recuerdos de sus pacientes que reconocían reprimir, -durante sus sesiones de terapia-, era nada menos que de índole sexual, lo cual condujo a Freud a conferirle mayor relevancia a las representaciones sexuales que contenían un fondo traumático.

Es de considerar que este conocimiento lo tuvo Freud concretamente en los casos de Elizabeth de R y de Lucy R., las cuales fueron atendidas por él a finales de 1892. A lo largo de la terapia, de ambas pacientes, se pudo descubrir el fenómeno de la resistencia, así como la presencia de pensamientos eróticos reprimidos. Pero, para poder acceder al conocimiento de esas ideas de tipo erótico - en Elizabeth respecto a un amigo y su cuñado, y en Lucy al enamoramiento hacia su patrón -, fue necesario trabajar la resistencia que ambas pacientes mostraban ante esas representaciones, fenómeno que se presentaba una vez que Freud intentaba acceder a ellas.

Es posible que este primer encuentro con las vivencias de tipo sexual de sus pacientes, provocara que el pensamiento de Freud fuera reconsiderando el papel que éstas jugaban en la etiología de la histeria y otras neurosis, a este respecto apuntó lo siguiente en 1894: “En todos los casos por mí analizados era la *vida sexual* la que había proporcionado un afecto penoso de la misma índole, exactamente, que el afecto endosado a la representación obsesiva. En teoría no se excluye que en algún caso ese afecto nazca de otro

ámbito; yo me limito a comunicar que hasta ahora no se me ha revelado un origen diferente. Por otra parte, con facilidad se comprende que justamente la vida sexual conlleve las más abundantes ocasiones para la emergencia de representaciones inconciliables”¹⁰². Esto tiene que ver con la afirmación de que lo rechazado, lo que se reprime, siempre tendrá que estar relacionado con la sexualidad.

En consecuencia, una vez que Freud descubrió que en cada una de las neurosis existía correspondencia con la vida sexual de los individuos, se propuso formular una teoría general de las neurosis, la cual debía tener como fundamento la fisiología ya que pensaba que ésta le otorgaría validez científica ante el mundo médico. Así lo consideraba Freud, pues únicamente a través del conocimiento de una fisiología de la excitación sexual somática, decía, era posible explicar las psiconeurosis de defensa, específicamente la histeria y la neurosis obsesiva. Pero más que nada, aclarar cómo era posible que con la llegada de la pubertad se cambiara una vivencia neutral o placentera en un recuerdo penoso que conducía al fenómeno de la represión.

Respecto al conocimiento de la fisiología sexual, Freud escribió en 1896, concretamente en el “Manuscrito K” del texto: “Proyecto de Psicología”, que para poder acceder a la causa del displacer que provoca la represión de ciertas representaciones, sería necesario disponer de una correcta teoría del proceso sexual. En consecuencia, se tiene que el concepto respecto a lo sexual, -leído en el “Proyecto”-, ya figuraba como un elemento importante en el pensamiento de Freud; sin embargo, su búsqueda en ese momento se encontraba en el campo de la fisiología, así como todos y cada uno los conceptos que están contenidos en el texto.

Por consiguiente, en esas fechas para Freud era importante el establecimiento de una teoría que abarcara a todas las neurosis, y que además, ésto sería posible únicamente a través de la fisiología, pues apuntaba que cada una de estas patologías tenían como origen diferentes factores sexuales. Al respecto decía lo siguiente: “En primer lugar, se me impuso este discernimiento: hasta donde se podía hablar de una causación por la cual las neurosis

¹⁰² Ibid., pp. 53.

fueran *adquiridas*, la etiología debía buscarse en factores *sexuales*. A ello se enhebró el hallazgo de que, universalmente, factores sexuales diferentes producían cuadros también diversos de contracción de neurosis”¹⁰³.

Como ya se mencionó, en principio para Freud la neurastenia no fue relevante ya que en ese momento se encontraba ocupado en el fenómeno de la histeria. Sin embargo, una vez que quiso llevar a cabo la elaboración de una teoría que contemplara a todas y cada una de las neurosis, tuvo que dirigir su atención tanto a la neurastenia como a la neurosis de angustia, las cuales no tenían un cuadro psicológico, sino que éste era de tipo fisiológico, por lo que no eran susceptibles de terapia psicológica.

Respecto a la neurastenia y la neurosis de angustia, Freud había adoptado la opinión común entre los investigadores. Sin embargo, no aceptaba que la primera fuese una neurosis refleja producto de alguna anomalía genital, y la segunda el resultado de la masturbación. Por el contrario, para Freud la actividad de masturbación tenía efectos directos en el sistema nervioso.

Para él existían diferentes mecanismos en cada una de las neurosis. Por lo que, tanto la histeria como la neurosis obsesiva se apoyaban en su modelo psicológico de la defensa, en cambio el mecanismo para la neurastenia y la neurosis de angustia era de tipo fisiológico, sin componentes psíquicos. A este respecto dijo lo siguiente: “Otra tesis a la que me esforzaba la experiencia era 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”.¹⁰⁴

Por lo que, y basándose en esos cuatro síndromes, Freud pretendía construir una teoría general de las neurosis, en donde dividía a éstas en dos modelos generales. Uno, las psiconeurosis de defensa que vislumbraba tanto a la histeria como a la neurosis obsesiva, las cuales eran producto de recuerdos de sucesos sexuales pasados, y entrañaban unos

¹⁰³ Freud Sigmund (1893-95) “Sobre la psicoterapia de la histeria”, en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 265.

¹⁰⁴ Freud Sigmund (1895) “A propósito de las críticas a la << neurosis de angustia >>”, en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 123.

procesos patológicos de tipo psicológico. El otro, contemplaba a la neurastenia y a la neurosis de angustia, las cuales se apoyaban en anormalidades de la vida sexual como la masturbación y el coitus interruptus, y sus procesos patológicos eran de tipo fisiológico, contenidas como el modelo general de neurosis actuales.

En consecuencia, en ese momento lo que va a definir y hacer posible la creación de una teoría de la neurosis es que en todas ellas podemos encontrar un común denominador, y éste era el de la *vida sexual*, ya sea la que conlleva a poner en acción las huellas némicas a través del recuerdo, o el desempeño actual de la vida sexual del paciente.

En 1895, Freud formuló por primera vez su teoría sobre las vivencias sexuales infantiles, distinguiendo la etiología de la histeria y de la neurosis obsesiva. Anotó que la primera era el resultado de un suceso sexual infantil, pasivo de tipo penoso o indiferente, la neurosis obsesiva en cambio, se presentaba a consecuencia de una experiencia sexual, activa y además placentera.

El modelo en el que apoyó sus análisis clínicos residió en la distinción, entre histeria y neurosis obsesiva. Ésto lo efectuó una vez que abandonó tanto el campo de la fisiología, como la idea de formular teorías de orden fisiológico completas, para así enfilar al esclarecimiento de la relación entre los “traumas infantiles sexuales” y los “síntomas” que se presentaban en los adultos con neurosis.

Por otra parte, y como ya se comentó más arriba, existían dos sucesos de la vida sexual actual, que se decían posibilitaban la contracción ya de neurastenia o de neurosis de angustia, uno era el onanismo y otro el coitus interruptus. Y por lo que toca a los casos de neurosis obsesiva, Freud halló que al igual que en la histeria se presentaba el fenómeno de la resistencia, la cual lo condujo a la ampliación de su modelo de defensa. En esta neurosis, eran los propios pacientes los que reconocerían el esfuerzo por suprimir representaciones penosísimas. Respecto a ésto, Freud anotó lo siguiente: “En esta objeción, tan frecuente,

tenemos una prueba de que la representación obsesiva figura un sustituto o un subrogado de la representación sexual inconciliable y la ha relevado dentro de la conciencia”¹⁰⁵.

Por lo cual, en este momento lo que va a diferenciar a ambas neurosis, la histeria y la obsesión, es que en la primera el afecto de la representación será convertido en síntoma somático, en tanto que en la obsesiva el afecto es transpuesto a otra representación, la cual se torna en una obsesión. Y lo que determinará cual de las neurosis podría presentarse en una persona será su disposición patológica. Ésto se relaciona con el hecho de que en la histeria se tiene la facultad de conversión en tanto que en la neurosis obsesiva lo que se posibilita es una transposición, de una representación penosísima por otra.

Particularmente, al hacer referencia a la neurosis obsesiva Freud, afirmó que la fuente de la cual proviene el afecto que se añadirá a otras representaciones, por un <<enlace falso>>, será la vida sexual. Y una vez más, apuntó que para hacer semejante afirmación le respaldaban el discurso de todos sus casos, en donde encontró que la vida sexual de estos pacientes fue la que proporcionó un afecto penoso, de la misma clase a la que se endoso en la representación obsesiva.

Así también, se sabe que es justamente la vida sexual la que producirá en muchas ocasiones el surgimiento de representaciones inconciliables.

Pero, ¿de qué era de lo que los pacientes se defendían y que fue descubierto por Freud, en el trabajo terapéutico?. Pues nada menos observó que sus pacientes, lo que trataban de reprimir tenía que ver con representaciones de naturaleza sexual, las cuales motivaban una considerable resistencia en la terapia. Ésto tuvo como consecuencia que Freud se remitiera a la investigación de la sexualidad, pero no como se había venido estudiando tradicionalmente, en relación con la histeria, sino más bien como un hecho constitutivo tanto en la adquisición de la histeria como de la neurosis obsesiva. Y fue así como surgió en Freud la necesidad de investigar el papel determinante que jugaba la sexualidad en la patogénesis, de ambas neurosis.

¹⁰⁵ Freud Sigmund (1894) “Las neuropsicosis de defensa”, en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 54.

En consecuencia, para llevar a cabo el desarrollo de semejante tarea, Freud se condujo por el camino del trauma sexual, el cual ya le había dado a conocer algunos de los fenómenos que se presentaban en las neurosis. Hasta ese momento era sabido, que los traumas psíquicos relacionados con los síntomas histéricos estaban referidos a la vida sexual. Mas sin embargo, lo novedoso de todo ésto era la naturaleza de dicho trauma y el periodo de vida en el cual se había presentado en el paciente.

Asimismo, se tenía que la escena bajo la cual se había presentado el trauma debía cumplir dos condiciones que la hacían traumática; por una parte, que hubiera capacidad determinante, y por otra, que contara con una fuerza traumática. Sin embargo, existían síntomas y casos, descubiertos por el análisis, que no cumplían con esas condiciones; pero a pesar de esto, se presentaban con mayor frecuencia en la clínica que los que se habían generado bajo dichas condiciones.

Así también, existían tres elementos que se podían presentar y hacer que el entendimiento de los casos fuera desfavorable. Una era la escena a la cual conducía el análisis, en donde se observaba que ésta no era la precisa para determinar el síntoma; otra se refería a la vivencia que había tenido que ser traumática, la cual no poseía en sí misma una significación tal; y por último, que esta <<escena traumática>> aparecía inofensiva y además, que no existiera relación específica con el síntoma histérico. Por lo que, si ésto se presentaba en los casos en donde se daba la ausencia del determinismo y la falta de fuerza traumática, se tenía como resultado el no avance terapéutico. Y por tanto, el paciente conservaba sus síntomas, sin obtenerse ningún cambio a pesar de un primer análisis.

Por tanto, y debido al estancamiento en los síntomas histéricos Freud tuvo que encaminarse hacia otro lado, planteándose lo siguiente: "Si ahora el recuerdo descubierto no responde a nuestras expectativas, ¿no será que es preciso seguir un trecho más por el mismo camino? ¿No será que tras la primera escena traumática se esconde una segunda que acaso cumplirá mejor nuestras exigencias y cuya reproducción desplegará mayor efecto terapéutico, de suerte que la escena hallada primero sólo poseería el significado de un eslabón dentro del encadenamiento asociativo? ¿Y no podrá ocurrir que se repita varias

veces esta situación, o sea, que se intercalen muchas escenas ineficaces como unas transiciones necesarias en la reproducción, hasta que uno, desde el síntoma histérico, alcance por fin la escena de genuina eficacia traumática, la escena satisfactoria en los dos órdenes, el terapéutico y el analítico? Y bien, señores, esta conjetura es correcta”¹⁰⁶. En consecuencia, a lo que nos conducirá la prolongación del análisis será al descubrimiento de nuevas escenas, las cuales no tienen una relación o nexo simple, sino que estos son de tipo ramificado. Y una vez que se da una nueva vivencia, esta pondrá en acción dos o más vivencias tempranas, como recuerdos. A este respecto, Freud dijo que: “... *ningún síntoma histérico puede surgir de una vivencia real sola, sino que todas las veces el recuerdo de vivencias anteriores, despertado por vía asociativa, coopera en la causación del síntoma*”¹⁰⁷. Lo anterior es para Freud un hecho *sin excepción*, pues no importa qué tan inmediato se descubra, en el trabajo terapéutico, la escena que elimina el síntoma pues siempre existirá un encadenamiento de recuerdos que se encuentran mucho más atrás que la escena traumática.

Retomando la importancia tanto de la naturaleza como de la edad en que se presenta dicho trauma, Freud señaló que será aquella el determinante de la contracción de la histeria. Asimismo, que ésta neurosis no se presentará si el trauma se da en una época cualquiera de la vida del paciente, específicamente dijo lo siguiente al respecto: “Antes bien, es preciso que *estos traumas sexuales correspondan a la niñez temprana {frühen Kindheit} (el período de la vida anterior a la pubertad), y su contenido tiene que consistir en una efectiva irritación de los genitales (procesos semejantes al coito)*”¹⁰⁸. Con ésto se suprime el lugar substancial que se le había dado a la herencia en la génesis de la histeria; además, de alguna manera se justifica que existan más casos de histeria en el sexo femenino, ya que estas se encontrarían más propensas que los niños a los ataques sexuales durante su niñez. Igualmente, a partir de este momento, Freud apuntó a la edad infantil, como una etapa importante a considerar en la adquisición de las diversas neurosis.

¹⁰⁶ Freud Sigmund (1896) “La etiología de la histeria”, en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 195.

¹⁰⁷ *Ibid.*, pp. 196.

¹⁰⁸ Freud Sigmund (1896) “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 164.

También es importante señalar que en esta época de la teoría de la histeria, no serán las vivencias en sí las que acarrearán los efectos traumáticos a los pacientes, sino el “recuerdo” de éstas junto con su reanimación, -que se presentará una vez que el individuo ingresa a la madurez sexual-, será el causante de tales efectos.

Lo anterior remite a uno de los casos tratados por Freud, el de su paciente Katerina, quien no tuvo comprensión del hecho sexual que se le presentó con su tío en su niñez temprana. Pero más tarde, cuando llegó a la madurez sexual comprendió el suceso, por lo que la intensidad del “recuerdo” fue mayor que el mismo acontecimiento traumático. Por tanto, Freud comprobó por qué el recuerdo tenía un efecto más intenso que el suceso en sí; la razón nos dice, era que la etapa sexual en la que se había presentado éste, no permitía que se diera la comprensión del acontecimiento, sino que esto será posible por el desarrollo sexual que se presenta en la adolescencia.

Para fundamentar el punto anterior, Freud mencionó su trabajo clínico en trece casos de histeria, en los cuales se le presentó el reporte verbal de traumas infantiles como una constante; ellos contenían “serios influjos sexuales y nocivos”. Además, que todos éstos pacientes habían sido abusados sexualmente, por un adulto y que las personas que habían llevado a cabo este acto, según los informes de sus análisis, eran personas cercanas a estos niños tales como: gobernantas, niñeras, personas de servicio y educadores.

Ya anteriormente se había mencionado la importancia que poseía el componente de la herencia, lo cual se explicaba de alguna manera, por la presencia de varios casos de histeria en una misma familia. A esta postura, estuvieron circunscritas las opiniones tanto de Charcot, como en sus inicios del mismo Freud. Sin embargo, más adelante y una vez que para Freud la herencia pasa a un segundo término, en la etiología de la histeria, explicó que si un muchacho había sufrido de abuso sexual, por parte de un adulto de sexo femenino, éste le provocó el despertar prematuro de su libido, su energía sexual. Y este suceso lo conduciría a que años más adelante él repitiera esta agresión sexual, con una hermana o prima. Y así se podía seguir toda una cadena familiar de abusos sexuales, obteniéndose como resultado la presencia de diversos casos de neurosis, esto, sin que se debiera a la

herencia como se había considerado, sino al suceso de seducción del que había sido objeto un niño por parte de un adulto.

Respecto a la edad del niño, en que pudo haber ocurrido la vivencia de seducción, Freud mencionó lo siguiente: “No puedo indicar con seguridad el límite máximo de edad hasta el cual un influjo sexual nocivo entra en la etiología de la histeria; dudo, sin embargo, de que una pasividad sexual después del octavo año, y hasta el décimo, pueda posibilitar una represión si esta última no es promovida por una vivencia anterior. En cuanto al límite inferior, llega hasta donde alcanza el recuerdo, vale decir, ¡hasta la tierna edad de un año y medio, o dos años! (dos casos). En algunos de mis casos, el trauma sexual (o la serie de traumas) está contenido dentro del tercero y cuarto año de vida”¹⁰⁹.

Nuevamente nos topamos con lo que iba descubriendo Freud, a través del trabajo clínico con sus pacientes y cómo es que estos hallazgos lo conducían a la formulación de la teoría, de la cual retornaba a la clínica y así se iba desarrollando su trayecto de investigador en los avatares del psiquismo humano.

En consecuencia, se tiene que a través de la formulación de la “teoría de la seducción” fue posible explicar cómo unas vivencias de tipo sexual acontecidas en la pubertad, de índole nimia, eran capaces de ser las que consolidaran los síntomas principales de la histeria, aun sin que existiera determinismo ni fuerza de estas escenas de la pubertad o de vivencias más recientes. De modo que se puede afirmar que la teoría de la seducción alude a dos sexualidades; por una parte, la del adulto inscribiendo su sexualidad en las huellas némicas del niño, y por otra, a la sexualidad de éste. En donde estas huellas némicas serán recuperadas durante o después de la pubertad, dándole significado, posteriormente, en su sexualidad madura.

Cuando Freud expuso esta teoría de la seducción ante la Sociedad de Psiquiatría de Viena en una conferencia, comentó en una carta dirigida a Fliess que: “los borricos le dieron una fría acogida”, y que además Krafft-Ebing, quien había fungido como

¹⁰⁹ *Ibid.*, pp. 166.

coordinador, había comentado que esta teoría sonaba a un cuento de hadas científico, o sea que ésta no había sido aceptada por sus colegas.

Al preguntarse respecto a la importancia que tiene la naturaleza de las vivencias sexuales en la adquisición de un cuadro de histeria, se podría responder que su papel es determinante. Sin embargo, una vez que se topa con personas sanas que tuvieron vivencias traumáticas, parecidas a una persona que desarrollo una histeria, ésto conduce a la duda respecto a la importancia de esta característica de la naturaleza de la vivencia traumática. Por tanto, lo determinante no será la naturaleza en sí de esas vivencias, sino que el “germen”, como dice Freud, ya se encontraba antes de que se presentaran dichas vivencias, a este respecto anotó lo siguiente: “Ahora bien, tal predisposición histérica indeterminada puede remplazarse enteramente o en parte por el efecto póstumo *{posthume}* del trauma infantil sexual”¹¹⁰. Y bueno, aunque ésto puede ser tema de otro trabajo, aquí se encuentra presente lo que más tarde será el principio de la *après-coup*, en donde se necesita un segundo acontecimiento para que el primero sea desencadenante.

Por otra parte, y respecto a la intensidad que se da a raíz de una vivencia sexual real y el recuerdo de ésta, es de pensar que en la primera será mayor la intensidad; sin embargo, lo que modificará este hecho será el período de vida en el cual se presente la vivencia sexual. Si esta vivencia ocurrió, en la época de la inmadurez sexual y el recuerdo se presenta durante la madurez o después de ésta, entonces este recuerdo va a ejercer un efecto excitador mucho mayor del que se produjo cuando se dio la vivencia original. Una de las razones para que se presente lo anterior, es que la adolescencia provoca que se eleve el nivel de reacción del aparato sexual, aunque esta explicación tendría cierta base fisiológica.

Recapitulando, tenemos que el factor clave en la adquisición ya sea de neurosis obsesiva o de histeria, era el acontecer de un trauma sexual que sobrevino durante la primera infancia y que fue reprimido ulteriormente. Pero además, la histeria sería considerada como la consecuencia de una vivencia sexual pasiva, en cambio la neurosis obsesiva tendría una evolución a partir de la agresividad sexual infantil.

¹¹⁰ *Ibid.*, pp. 167.

Por otro lado, en la carta 52 enviada a Fliess en 1896, Freud expuso toda una serie de conceptos alrededor de la función que desarrolla el psiquismo, con el objeto de explicar cómo es que se inscribe un acontecimiento que posteriormente tendría que retraducirse en otro tiempo. Señaló que, de no llevarse a cabo esta retraducción se presentaría la represión. Por tanto, cada temporalidad obliga a las anteriores huellas a una reubicación y la última estará en función de las anteriores. En esta misma carta, hace toda una descripción de la edad cronológica en la cual se presentó el trauma sexual; y que de no ser traducido éste a la siguiente temporalidad se tendrá como consecuencia, ya sea la presencia de histeria, neurosis obsesiva o paranoia.

Por consiguiente, se puede afirmar que en ese momento Freud se encontraba desarrollando toda una serie de conceptos alrededor de la teoría de la seducción, de las diferentes edades en que ésta se llevó a cabo, así como el tipo de neurosis que se presentará a futuro; y además, porque el recuerdo del trauma era más intenso que el hecho real.

Por otra parte, como se había mencionado anteriormente, Freud se encontraba en ese tiempo en un período de investigación objetiva, buscando en el acontecer real de los pacientes los traumas que habían desencadenado más adelante sus síntomas. Ésto se puede observar en la comprobación que intentó llevar a cabo muchas veces, entre lo que le decían sus pacientes en las sesiones terapéuticas y la confirmación de ésto por parte de los parientes de aquellos. Pero, a pesar de la búsqueda del hecho real en la vida de los enfermos, se le empiezan a presentar a Freud indicios sobre un elemento que más adelante provocaría que se presentase un cambio de dirección en la indagación del psiquismo, y esta es la actividad de la *fantasia*.

Lo anterior, tocante a la fantasía, es posible localizarlo en la carta 59 de la correspondencia con Fliess, en donde le mencionó el hallazgo de una nueva fuente de donde emana algo nuevo, a este respecto dijo lo siguiente: “La pieza que me faltaba para resolver el rompecabezas de la histeria la encontré ahora, al descubrir una nueva fuente de la cual emana un nuevo elemento de la producción inconsciente. Me refiero a las fantasías históricas, que como ahora advierto, arrancan invariablemente de cosas que los niños

oyeron en la primerísima infancia y que sólo más tarde llegaron a comprender”¹¹¹. Pero, a pesar de la mención que hace en esta carta sobre la importancia de la fantasía, aun buscará, por un largo rato, la escena real en la que se llevó a cabo la seducción del niño y que daría explicación a los casos de histeria.

En consecuencia, se tiene que las escenas se hallan atrapadas entre la realidad y la fantasía; a este respecto, Freud señaló que la reproducción de aquellas se puede conseguir de manera directa, o sino, a través de las fantasías producidas por los pacientes. Y que éstas proceden de “*cosas oídas, pero solo más tarde comprendidas*”; y además, que su naturaleza es de un material genuino, no inventado por los pacientes, como podría pensarse y así descalificar la fantasía que se asoma en el discurso de éstos.

Hasta aquí consideramos que llega un momento en el que se entrelazan una serie de conceptos importantes emanados de la clínica. Por una parte, el adulto que resultaba ser el seductor, era nada menos que el padre de las pacientes, aunque en un principio Freud lo ocultaba en sus reportes identificándolo con un tío, y sólo más tarde comunicó quién era en verdad el personaje que había llevado a cabo la seducción. Y por otra parte, el hecho mismo de seducción, que puede ser considerado como el asomo que hace el Edipo, en donde Freud descubrió como se entrelaza el amor que el niño siente por su padre con la producción de esta fantasía de seducción, la cual más tarde dirá que proviene de la escena originaria.

La presencia de la escena originaria fue descubierta por Freud en el análisis de uno de sus casos; al respecto apuntó lo siguiente: “ Quiero exponer aquí el caso que me reveló por primera vez esta relación causal. Tenía en tratamiento, a consecuencia de una complicada neurosis, a una señora joven, quien se resistía a reconocer, como es habitual en estas enfermas, que el origen de su dolencia radicaba en su vida conyugal, con la objeción de que ya de soltera padecía ataques de angustia y desvanecimientos. Pese a ello, mantuve mi punto de vista. Cuando ya teníamos más confianza, un buen día me dijo de repente: [Ahora va usted a saber cuál es el origen de los ataques de angustia que me daban de

¹¹¹ Freud Sigmund (1950 [1892-99]) “Cartas a Fliess, manuscritos y notas”, en *Los orígenes del psicoanálisis*, Madrid, Alianza 1995, pp. 194.

soltera. Por entonces dormía yo en una habitación inmediata a la alcoba de mis padres, quienes dejaban la alcoba abierta y una lamparita encendida sobre la mesa. De este modo pude ver varias noches que mi padre se pasaba a la cama de mi madre y oí luego unos ruidos que me excitaron mucho. Al poco tiempo comenzaron a darme los ataques] ”¹¹².

La escena antes descrita puede inscribirse en el rubro de “escena originaria”, en la cual no existe un acontecimiento de seducción directa por parte de los padres; sin embargo, de manera indirecta, se introduce la sexualidad adulta en el mundo infantil. Ésta sería una de las escenas que más adelante conformarían las profantasías que trabajara Freud, sobretudo en uno de sus casos, el de “El hombre de los lobos”; pero esto, es tema de otro trabajo, por lo que en el presente únicamente se menciona la existencia de las escenas originarias, las cuales requieren una elaboración mayor para otro escrito.

Por otra parte, y regresando al tema de las fantasías, se tiene que este concepto traía como consecuencia que la teoría de la seducción se colocara en tela de juicio. Pues la presencia de éstas, en el discurso de sus pacientes, provocaba que la veracidad del hecho de seducción no pudiera distinguirse, ya como fantasía o recuerdo de un acontecimiento real ocurrido durante la niñez temprana de los pacientes.

A pesar de lo anterior, Freud continuó apoyando por algún tiempo más la teoría de la seducción, ésto se debía principalmente a que en varios de sus casos, que en ese período trataba clínicamente; los datos aportados por los pacientes fueron corroborados por otras personas que se encontraban implicadas de alguna manera en la vida de aquellos.

Así también, le llegaban nuevos pacientes que le referían historias similares que apoyaban el suceso de seducción. Un ejemplo de ésto, es lo que Freud le reporta en una carta a Fliess, escrita el 28 de abril de 1897, en donde le refería lo siguiente: “Y entonces se revela que su padre, un hombre tan noble y respetable en apariencia, solía acostarla regularmente en su cama, entre los ocho y los doce años, practicando con ella la eyaculación externa”. Ante esta confirmación de la seducción, por parte de la paciente,

¹¹² Breuer Josef y Freud Sigmund (1893-95) “Estudios sobre la histeria”, en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

como un acontecimiento real, Freud respondió que "...cosas similares y aun peores debían de haber ocurrido en su más temprana infancia"¹¹³.

Por tanto, y una vez que Freud abordó el fenómeno de la fantasía, lo cual surgió del discurso de las histéricas, así como los pensamientos que iban conformando su teoría de las neurosis, surgió un concepto más que le ayudó en la nueva formulación clínica. Este concepto fue el de los "impulsos sexuales", los cuales se presentan en las neurosis. A éste respecto, Freud anotó que: "Una segunda noción importante me induce a suponer que las estructuras psíquicas que en la histeria son objeto de la represión no son, en realidad, los recuerdos –pues nadie se entrega sin motivo a la actividad de la memoria–, sino impulsos derivados de las escenas primarias"¹¹⁴. De estas escenas, las de seducción, es de donde surgirán los impulsos sexuales que mencionó Freud; así también, lo que se reprimirá entonces, no serán los recuerdos, sino los impulsos sexuales que surgen de aquellas. Pero además, se puede decir que las neurosis comparten la misma etiología junto con elementos idénticos, tales como recuerdos fragmentarios, e impulsos que se derivan de los anteriores pero, lo más sustantivo aquí, es que toda esa patología contiene "ficciones defensivas".

En la correspondencia que mantuvo Freud con Fliess, particularmente en el año de 1897, es posible descubrir cómo el primero estaba en el gran dilema de tener que abandonar una teoría que sustentaba la investigación que hasta ese momento había llevado a cabo en las neurosis, y particularmente en la histeria. Esta teoría era la de seducción, la cual se apoyaba en la intromisión de la sexualidad adulta en el mundo infantil dando como resultado alguna de las neurosis, dependiendo de las particularidades antes mencionadas.

Respecto a este abandono de la seducción, se tiene una carta que le envió Freud a Fliess, en septiembre de 1897, en donde le decía que: "*ya no creo en mi histérica*", y le expuso los motivos que lo habían llevado a esa determinación. Este rechazo lo explicó a través de cuatro razones que son las siguientes:

¹¹³ Freud Sigmund (1950 [1892-99]) "Cartas a Fliess, manuscritos y notas", en *Los orígenes del psicoanálisis*, Madrid, Alianza 1995, pp. 196.

¹¹⁴ *Ibid.*, pp. 197.

1. Haber tenido continuos desengaños en sus intentos de llevar sus análisis a una conclusión verdadera.
2. La circunstancia asombrosa de que en todos los casos el padre fuera el responsable de abusar sexualmente de sus hijos.
3. El descubrimiento de no poder distinguir entre la verdad y la ficción, la cual esta cargada de afectividad.
4. Comprender que en las psicosis más profundas, los recuerdos inconscientes, nunca logran del todo superar la resistencia del yo, por lo que se tendría que abandonar la esperanza de alcanzar los verdaderos secretos de las experiencias infantiles.

Los tres primeros puntos están desarrollados en la correspondencia que mantuvo Freud con Fliess, ya que de cierta forma los descubrió en su quehacer clínico. Sin embargo, se puede decir que lo que realmente precipito el rechazo a la teoría de seducción, fue el proceso de análisis que se encontraba atravesando Freud, en ese momento de su correspondencia con Fliess. Así, se puede considerar ésto como uno más de los hechos determinantes que se presentaron para el desarrollo del Psicoanálisis de ese momento, y debido a ésto pensamos que se justifica el impulso de un trabajo posterior que apoye una investigación al respecto.

A pesar de que, en 1897 Freud había rechazado la teoría de la seducción, ésto lo dio a conocer públicamente hasta 1924, en una nota de pie de página que agregó al texto: "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa"(1896); a este respecto, apuntó lo siguiente: "Esta sección está bajo el imperio de un error que después he admitido y rectificado repetidas veces. Por aquel tiempo yo aún no sabía distinguir entre las fantasías de los analizados acerca de su infancia y unos recuerdos reales. A consecuencia de ello, atribuí al factor etiológico de la seducción una sustantividad y una validez universal que no posee"¹¹⁵. Pero, aunque no había hecho publico el rechazo a su teoría, ésto se reflejó en la nueva dirección que tomó tanto en la clínica como en la teoría. Precisamente, gracias al

¹¹⁵Freud Sigmund (1896) "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa", en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 169.

abandono de la teoría de la seducción, fue posible acceder a principios tales como el de la fantasía, y el complejo de Edipo, hecho estructurante, así como a la “otra escena” en donde se organiza el psiquismo del sujeto.

Específicamente, es importante señalar que una vez que Freud deja de lado a la teoría de la seducción, olvidando la búsqueda del suceso real, fue posible el desarrollo del estudio de que fue objeto la sexualidad ya que como el mismo Freud lo dijo en la nota de pie de página antes mencionada, se abrió el horizonte de las manifestaciones espontáneas de la sexualidad infantil. Acontecimiento que lo condujo a la consideración de que, en la infancia ya se tiene una sexualidad y por tanto no existe “inocencia infantil” como tal; en consecuencia, en su escrito sobre: “Tres ensayos de la teoría sexual”, hace mención de un niño con las características de un “perverso polimorfo”, negando así al niño que tradicionalmente había sido considerado como un sujeto “inocente”. Y consecuentemente, ésto sería parte de otro trabajo que abordaría toda una serie de conceptos que han hecho del Psicoanálisis lo que actualmente es.

En conclusión, se puede afirmar que gracias a que Freud dejó de buscar la escena real de seducción, en los relatos de sus pacientes, fue posible acceder a “otra escena” que está relacionada con la fantasía, la cual no es un mecanismo que pudiéramos pensar quita credibilidad a esos relatos. A este respecto se podría argumentar, para descalificar a la fantasía, que “ todos los histéricos relatan cosas imaginarias”. Pero a este respecto Freud anotó lo siguiente: “Las fantasías se originan por la combinación inconsciente de lo vivenciado con lo oído, siguiendo determinadas tendencias. Estas tendencias persiguen el propósito de tornar inaccesible el recuerdo del cual han surgido o podrían surgir síntomas. La formación de fantasías tiene lugar por un proceso de fusión y distorsión, análogo a la descomposición de un cuerpo químico combinado con otro”¹¹⁶. Por tanto, el cambio de dirección que llevo a cabo Freud, respecto al pasaje de lo real a la fantasía, posibilitó el poder abordar la estructuración del psiquismo, además de ampliar el estudio en el campo de la sexualidad dentro de este nuevo saber del sujeto psíquico, que es el Psicoanálisis.

¹¹⁶ Freud Sigmund (1950 [1892-99]) “Cartas a Fliess, manuscritos y notas”, en *Los orígenes del psicoanálisis*, Madrid, Alianza 1995, pp. 204-205.

CONCLUSIONES

“Antiguo ajuar del que no sé que hacer, solo estás aquí porque serviste en otro tiempo a mi buen padre, y tú vieja polea, estás también ennegrecida, como lo está el pupitre por el humo de mi lámpara. ¡Ah! Mejor hubiera hecho en disipar lo poco que tenía y no sucumbir aquí bajo el peso de la necesidad. Procura, empero, adquirir lo que heredes de tu padre para poseerlo”.

Fausto.

Fue el discurso de las mujeres, pero no un discurso cualquiera, sino el de las histéricas el que permitió tener acceso a ese maravilloso campo del saber humano, que es el Psicoanálisis. Este podría ser el inicio del relato de una novela, la trama referida a la historia en torno a sus descubrimientos y avatares por los que debió cruzar a través de la historia de ésta, de las mujeres y de los hombres de ciencia que se sumergieron en ella, y particularmente de la ingerencia que tuvo Freud.

Por consiguiente, podemos decir que la concepción que se tenía de la estructura psíquica de la histeria es una antes de la investigación de Freud, y otra después de su intervención. Pero, para nosotros es la entidad nosológica que nos ha dado la posibilidad de llevar a cabo un recorrido a través de algunos de los pasajes que comprendió la aventura que llevó a cabo Sigmund Freud para poder acceder a ese nuevo campo del saber que es el Psicoanálisis, y al que hicimos referencia en un principio.

Actualmente sabemos, que existen sujetos del sexo masculino que presentan características de estructura psíquica histérica. De hecho, éste fue uno de los primeros

planteamientos de Freud que provocaron un total rechazo por parte del círculo de médicos de su tiempo, los cuales tuvo que enfrentar para así profundizar en su descubrimiento. Sin embargo, fue su trabajo clínico así como la identificación con las pacientes histéricas, lo que facilitó que se diese el descubrimiento de un “otro saber”, al que no se tenía acceso y que es el del *inconsciente*. Pero, para que ésto fuese posible se necesitó pasar del “discurso médico sobre la histeria” al “discurso de la histérica”, esto consideramos fue un hecho determinante que posibilitó los grandes descubrimientos de Freud, que lo condujeron al abordaje de un nuevo saber que está más allá de lo observable.

Así, tenemos que cuando el Psicoanálisis se encontraba todavía en un momento prehistórico de su desarrollo se descubrió que por medio del habla, del discurso, del poner en palabras los síntomas de esas mujeres sufrientes, se accedió al dispositivo que actualmente se pone en marcha en cada sesión de análisis y que conduce al encuentro de ese saber, que es el del inconsciente.

Pero ésto no se presentó de manera simple y rápida, sino que para llegar a ese lugar se tuvo que ir descubriendo poco a poco, a través de la clínica y la reflexión teórica de Freud la técnica que actualmente se lleva a cabo en la clínica psicoanalítica. Ésto nos remite a una frase de Freud que de alguna manera es equivalente a lo que estamos refiriéndonos, y lo aplicaba a los síntomas histéricos, él dijo que éstos: “...revelan un alfabeto y una lengua cuyo desciframiento y traducción brindan insospechadas noticias sobre los sucesos de la prehistoria, para guardar memoria de la cual se habían edificado aquellos monumentos. <<¡Saxa loquuntur!>> {<<¡Las piedras hablan!>>}”¹¹⁷.

Así también, consideramos que otro de los dispositivos que permitieron esos hallazgos, fue el pensamiento científico, abierto a todas las posibilidades del fenómeno psíquico, característico de Freud, el cual permitió que sus pacientes fueran topándose con la importancia de ese “poner en palabras” el acontecer de sus vidas. Sin embargo, para que lo anterior tuviera sentido, fue necesario el acto de mantenerse atento y con una “gran oreja”

¹¹⁷ Freud Sigmund (1896) “La etiología de la histeria”, en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 192.

a lo que acontecía en cada una de las sesiones; y además, el no dar por concluido el tratamiento de sus casos cuando se le complicaban, sino siempre estar en la búsqueda de un nuevo conocimiento y la técnica que hiciera posible, por una parte la cura del sufrimiento de sus pacientes; y por otra, un mayor acceso al fenómeno psíquico.

Un ejemplo de la posición crítica de Freud, ante su investigación sobre el psiquismo, fue la necesidad de abandonar la técnica de hipnosis y además buscar una nueva forma de trabajo con los pacientes que no eran susceptibles de caer en ese estado de sonambulismo. Este conducía a esa “otra conciencia”, -no accesible a ella en estado de vigilia-, y así poner en práctica el método catártico de Breuer, que se había empleado para el tratamiento de la histeria. Este abandono de la hipnosis fue uno de los grandes sucesos que lo condujo, -él mismo lo comentó más adelante-, a hechos como la sexualidad y el complejo de Edipo, a los cuales no habría sido posible acceder, si la técnica de hipnosis se hubiera seguido empleando en el tratamiento de las neurosis.

Así tenemos que, el espíritu innovador de Freud permitió a las mujeres hablar de aquello que ellas querían y deseaban. Tan fue de esa manera, que en cierto momento, Freud apuntó de su paciente Emmy von N., lo siguiente: “Es como si se hubiera apoderado de mi procedimiento y aprovechara la conversación, en apariencia laxa y guiada por el azar, para completar la hipnosis”¹¹⁸. Lo anterior posibilita el hallazgo de la **asociación libre**, la cual condujo más adelante, al descubrimiento de los mecanismos que son fundantes del sujeto del inconsciente, y que posteriormente vino a formar parte la teoría del Psicoanálisis.

Por otra parte, podemos ver que Freud fue un hombre de su tiempo, el cual tomó el lenguaje científico que imperaba en ese momento; sin embargo, lo que se presentó como inédito en este nuevo saber, fue la manera cómo esos conceptos irían ocupando un lugar con un significado nuevo, acorde con los descubrimientos de este saber que es del Psicoanálisis.

¹¹⁸ Breuer Josef y Freud Sigmund (1893) “Historiales clínicos”, en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 78.

Entre esos conceptos se encuentra el de la sexualidad, respecto al cual, el mismo Freud anotó que ésta no era novedosa en la participación de la neurosis, pues había sido considerada anteriormente, por el discurso médico dentro de la causación de ésta. Más sin embargo, algunos científicos que ostentaban dicho discurso no fueron lo suficientemente valientes para afrontar las consecuencias que implicaba contemplar este elemento como un determinante de la historia; posición que Freud sí fue capaz de enfrentar, tanto en la investigación como en el rechazo, por parte de sus colegas, a los resultados a los que ésta lo condujo. Un ejemplo claro de esto se presentó en el momento en que Freud postuló que la historia no era privativa de las mujeres, sino que también se podía encontrar en los varones, hecho que escandalizó a sus colegas, pero que defendió hasta llevar a cabo la demostración de su existencia. Dándose como resultado el hecho de que la historia no era privativa de las mujeres, sino que también podía ser encontrada en los hombres, suceso que había sido negado por siglos.



Tocante al reconocimiento de la sexualidad en la etiología de la historia el mismo Breuer la rechazó en su momento, respecto a esto Freud anotó lo siguiente en una de sus cartas dirigidas a Fliess: “No hace mucho, en el Colegio de Médicos, Breuer pronunció un gran discurso sobre mí, presentándose como un convertido a la creencia en la etiología sexual. Cuando se lo agradecí privadamente, me malogró el placer diciendo: <<Pero ¡si de todos modos, yo no creo nada de eso!>> ¿Puedes comprenderlo? Yo, no”¹¹⁹.

Todo lo anterior dio como resultado, el que sus muchos descubrimientos fueran conformando los inicios de una teoría, la del psicoanálisis. Pero con una característica, la cual consistía en que estos descubrimientos fueron integrándose unos a otros. Sin embargo, esto no impidió que si en un momento dado se presentaba una contradicción en sus investigaciones, Freud fuera capaz de reconocer tal hecho, así como llevar a cabo la rectificación de su indagación.

¹¹⁹ Freud Sigmund (1950 [1892-99]) “Cartas a Fliess, manuscritos y notas”, en *Los orígenes del Psicoanálisis*, Madrid, Alianza 1995, pp. 139.

Muestra de esto último fue lo que aconteció con la teoría de la seducción; en donde llega el momento en el cual por medio de ciertos hallazgos, que le refirió en una de sus cartas a Fliess, ya no creía en sus histéricas. Suceso que trajo como consecuencia la caída de toda una teoría en la cual se había venido trabajando. Respecto a esta rectificación, afirmó lo siguiente, en una nota de pie de página: “Esta sección está bajo el imperio de un error que después he admitido y rectificado repetidas veces. Por aquel tiempo yo aún no sabía distinguir entre las fantasías de los analizados acerca de su infancia y unos recuerdos reales. A consecuencia de ello, atribuí al factor etiológico de la seducción una sustantividad y una validez universal que no posee”¹²⁰.

Lo antes citado nos muestra a un Freud capaz de reconocer un “error”, aunque no lo podemos considerar como tal, ya que éste posibilitó el avance que se dio en el acceso a la sexualidad. Así, el mismo Freud apuntó que una vez superado éste, se abrió el horizonte de las manifestaciones espontáneas de la sexualidad infantil, lo cual desarrolló más adelante en su texto de 1905: “Tres ensayos de la teoría sexual”.

Se puede decir que el camino a seguir en la investigación del psiquismo ya estaba trazado en un principio, sin embargo, el cambio de “carril” que reconoció Freud que era necesario dar, lo condujo hacia nuevas exploraciones que lo llevarían a hallazgos teóricos inéditos. Sin embargo, no debemos olvidar que fue el trabajo en la clínica el que dio inicio al descubrimiento del nuevo planteamiento sobre la historia, así como el quehacer a partir del cual se desprenderían toda una serie de cuestiones que Freud trabajó más adelante.

Respecto a los conceptos teóricos, resultado de su reflexión sobre lo que iba descubriendo en la clínica, se puede decir que fue a partir de nociones como el de **fantasía** y el del **complejo de Edipo** que condujo a Freud a otras muchas preguntas respecto al psiquismo del hombre, pero más bien al psiquismo del **sujeto del inconsciente**, ya que éste es que le pertenece al Psicoanálisis, y que abrirá la posibilidad de toda una serie de avatares por los que se irá accediendo, a partir de la obra de Freud, en lo futuro y que pueden ser objeto de otros tantos trabajos a desarrollar.

¹²⁰ Freud Sigmund (1896) “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989, pp. 169.

BIBLIOGRAFÍA

- Breuer Josef y Freud Sigmund (1893-1895) "Estudio sobre la histeria", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Breuer Josef y Freud Sigmund (1893-1895) "Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Breuer Josef y Freud Sigmund (1893-1895) "Historiales clínicos", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Breuer Josef y Freud Sigmund "Parte teórica (Breuer)", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Breuer Josef y Freud Sigmund "Sobre la psicoterapia de la histeria (Freud)", en *Obras Completas*, tomo II, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Foucault Michel (1964) *Historia de la locura en la época clásica*, tomo I, México, Fondo de Cultura Económica 1986.
- Freud Sigmund (1956 [1886]) "Informe sobre mis estudios en París y Berlín", en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Freud Sigmund (1896) "Manuscrito K. Las neurosis de defensa. (Un cuento de Navidad)", en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Freud Sigmund (1896) "Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 52", en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

Freud Sigmund (1897) "Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 69", en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

Freud Sigmund (1897) "Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 75", en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

Freud Sigmund (1888) "Histeria", en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

Freud Sigmund (1892-93) "Un caso de curación por hipnosis", en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

Freud Sigmund (1893) "Bosquejos de la << Comunicación Preliminar >>", en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

Freud Sigmund "Sobre el mecanismo de fenómenos histéricos", en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

Freud Sigmund (1894) "Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones adquiridas, y de ciertas psicosis alucinatorias)", en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

Freud Sigmund (1896) "La herencia y la etiología de las neurosis", en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

Freud Sigmund (1896) "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa" en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

Freud Sigmund (1896) "La etiología de la histeria", en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989.

- Freud Sigmund (1898) "La sexualidad en la etiología de las neurosis", en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Freud Sigmund (1895) "A propósito de las críticas a la << neurosis de angustia >>", en *Obras Completas*, tomo III, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Freud Sigmund (1914) "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico", en *Obras Completas*, tomo XIV, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Freud Sigmund (1940-41 [1892]) "Bosquejos de la << Comunicación Preliminar >> de 1893", en *Obras Completas*, tomo I, Buenos Aires, Amorrortu 1989.
- Freud Sigmund (1950 [1892-99]) en *Los orígenes del psicoanálisis*, Madrid, Alianza 1995.
- Levin Kenneth (1978) en *Freud y su primera psicología de las neurosis una perspectiva histórica*, México, Fondo de Cultura Económica 1985.
- Maleval Jean Claude (1981) "El escamoteo de la locura histérica", en *Locuras histéricas y psicosis disociativas*, Buenos Aires, Paidós 1987.
- Mannoni Maud (1985) "Del síntoma histérico al análisis", en *Un saber que no se sabe la experiencia analítica*, Barcelona, Gedisa 1992.