



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

*Freud
Retrospectiva y epítome del proceso de
constitución del Método
Psicoanalítico.*

*Tesis
Que para obtener el título
de Licenciada en
Psicología Presenta:*

Dorantes Vázquez Esbel

*Asesor: Licenciado Ángel Enrique Rojas Servín
Dictaminador: Licenciado José Esteban Vaquero
Cázares Dictaminador: Licenciado Eddy Ávila Ramos*



FES - IZTACALA

Tlalnepantla, Edo. de México 2004.



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.

Índice

<i>Resumen</i>	3
<i>Introducción</i>	4
<i>Capítulo 1 GÉNESIS DEL PROCESO DE CONSTITUCIÓN DEL MÉTODO PSICOANALÍTICO</i>	8
11 <i>Antecedentes histórico-sociales de la formación profesional de Freud y primeras fases de delimitación del Método Psicoanalítico</i>	11
12 <i>Del Método Hipocatórtico al procedimiento técnico de la Asociación Libre</i>	32
<i>Capítulo 2 EL MAL LLAMADO “AUTOANÁLISIS” DE FREUD</i>	48
21 <i>La interpretación de los sueños</i>	67
22 <i>La Metapsicología</i>	83
<i>Conclusiones</i>	104
<i>Referencias Bibliográficas</i>	116
<i>Anexos</i>	120

RESUMEN.

En la presente disertación, a nivel técnico-metodológico se realiza una retrospectiva del proceso de constitución del Método Psicoanalítico, dando paso a los procedimientos técnicos que caracterizan cada una de las fases que delimitan la conformación del mismo.

En el plano clínico-psicopatológico se hace un seguimiento de la evolución del pensamiento freudiano para ir de la Teoría de la herencia de Charcot a la enunciación de su Teoría de la “Primer mentira histórica”.

En el plano teórico se presentan los planteamientos fundamentales que van delineando los aspectos económico (incluyendo los principios que rigen este punto en particular), el aspecto dinámico, el tópic, el genético, el estructural y el adaptativo, que caracterizan las dos tópicas del aparato psíquico y la relación entre éstas, que llevan al psicoanálisis al plano de la Metapsicología.

Y en el plano personal, sin el cual los anteriores niveles quizás no hubieran logrado el desarrollo obtenido, se cita el “autoanálisis”, proceso donde es más evidente el cambio de Freud investigador de laboratorio a médico e investigador de enfermedades nerviosas en consulta, y de Freud en el proceso de transformación de médico a psicólogo con sus constantes momentos de reflexión en su trabajo clínico; pero lo más importante de este capítulo es seguir el transcurso de análisis en el cual Freud será paciente y ubicará a Fliess como “el sujeto de supuesto saber” con el cual establecerá las bases y características de la terapia psicoanalítica, para lo cual se enfatizan algunos aspectos históricos a modo de estructuración genealógica, que den cuenta de los contenidos inconscientes del propio Freud y de sus descubrimientos del complejo de Edipo, de la sexualidad infantil y de la interpretación de los sueños.

INTRODUCCIÓN.

Con el desarrollo de la presente disertación pretendo compartir de forma sencilla pero sustancial, el proceso integral en el que Freud se vio inmerso, y que generó la enunciación del psicoanálisis; pues aludiendo al interés que el estudio y el conocimiento adquirido de dicho proceso generó en mí, surge la inquietud de llevarlo a personas que aún lejanas a la psicología se interesan por aprender cada vez más de los aspectos que conforman al hombre, y se preocupan por ser mejores seres humanos.

De esta manera mi tesis constituye una integración básica analítica de estudios y publicaciones, que dedicados a dar cuenta de las bases estructurales del proceso de constitución del Método Psicoanalítico, han permitido la investigación y comprensión de la compleja interacción de los aspectos histórico-sociales y teóricos-metodológicos que Freud entrelaza en su vida, para dar lugar a la elaboración del Psicoanálisis como articulación de un método de investigación empírico, como una técnica de psicoterapia empleada en los trastornos neuróticos, y como una teoría de la personalidad.

En el primer apartado del capítulo primero se da paso a la estructuración de lo que Freud ha llamado la "prehistoria" del psicoanálisis, es decir, que se hace una retrospectiva de los acontecimientos más sobresalientes de la vida de éste en su trabajo clínico y su trayectoria; desde su decisión por estudiar medicina, su ingreso a la Facultad de Medicina en Viena, su estancia, trabajo y desarrollo en el Instituto de Fisiología Comparada con Ernest Brucke, y su labor en el Hospital General de Viena con el psiquiatra y anatomista Meynert; hasta los periodos más importantes y decisivos para la constitución del método psicoanalítico marcados a través de los siguientes procedimientos técnicos:

- a. *El “Método Tradicional” (influenciado por la doble vertiente del contexto cultural que conformarían la llamada “Escuela Somática” y la “Escuela Psicológica”; así como por el manual de W. Erb para el empleo de la electroterapia en el tratamiento de las enfermedades de tipo nervioso).*
- b. *La “Hipnosis” con el médico francés Charcot en la Salpêtrière en París.*
- c. *La “Sugestión Hipnótica” en Nancy con Hipolyte Berheim y Liébeault.*
- d. *El “Método Hipnocatártico” de Breuer.*
- e. *El “Análisis Psíquico” enunciado como el inicio de autonomía de la hipnosis y la sugestión hipnótica.*
- f. *Y finalmente el “procedimiento técnico de la Asociación Libre” reconocido como la regla psicoanalítica fundamental; la cual aunada al empleo de la interpretación onírica, la apreciación de los actos fallidos y la valoración del fenómeno transferencial conformaron la terapia psicoanalítica.*

En este mismo capítulo se presentan algunos de los aportes estructurales, de Charcot, de Bernheim y de Liébeault; de los que Freud se sirve y genera conceptos que sirven de base a sus teorías, y le ayudan a ir delimitando su técnica de trabajo clínico.

En el segundo apartado de este capítulo, en el caso particular de Breuer y su paciente Anna O., se plantea el proceso denominado “Cura por la palabra”, o el “deshollinar la chimenea” que Breuer y Freud llamaran “Catarsis o purga del alma”. Se exponen también otros de los casos publicados en “Estudios sobre la histeria” en colaboración con Breuer; y que realizaron aportes significativos al desarrollo del procedimiento técnico de las asociaciones libres, y a la enunciación de la Teoría de la seducción.

En el segundo capítulo se expone uno de los pilares en la construcción del conocimiento que vive Freud; el del autoanálisis, tema referente a su relación

amistosa-narcisista con el médico otorrinolaringólogo Fliess, quien es nombrado por Freud como “mi otro yo”.

A partir de esta relación con Fliess, Freud le adjudicó a éste en un principio el lugar del “Sujeto de supuesto saber”, es decir, de analista; y es en ese proceso, donde realizó su propio análisis (un análisis silvestre que establece el modelo que otros analistas habrán de repetir). Se citan asimismo los avatares y las conclusiones de dicho proceso.

Se hace mención de otro aspecto importante de este proceso, y es el del descubrimiento de la sexualidad infantil, del complejo de Edipo y de la Teoría de la importancia de la sexualidad en la etiología de las neurosis.

Para finalizar este capítulo se citan dos apartados más, uno detalla el aporte de Freud en la “Interpretación de los sueños” como el paso del empirismo de su experiencia a la racionalidad misma de una teoría sobre el proceso onírico, y sus complejidades en la patología y la normalidad del sujeto; y en el segundo apartado se explicita el concepto de “Metapsicología” con el que Freud mismo definió a la psicología fundada por él, en la cual elaboró un modelo conceptual que definió fenómenos mentales en términos de un aparato psíquico ficticio por lo cual se expondrán de manera sencilla los puntos de vista económico, dinámico, tópico, estructural, genético y adaptativo que caracterizan este modelo; así como la relación entre las dos tópicas que enunció del mismo modelo, lo que implica la presentación de Eros y Tanatos.

Se concluye esta tesis con el análisis de la vinculación de tres campos dedicados al servicio de la salud que son: la psicología cognitiva-conductual, la neurología y el psicoanálisis; para lo cual sirve de argumento la selección del tema de la presente disertación. Asimismo se presentan los aportes que la neurología ha realizado en materia de enfermedades tales como las neurosis, las psicosis, la angustia, el estrés postraumático, y las fobias entre otras; que permiten tanto al psicólogo como al

psicoanalista tener una comprensión con postulados diferentes a los habituales; pues la neurología demuestra que estas patologías tienen en cierto grado un origen a nivel estructural; es decir, que habla de trastornos genéticos que ponen en duda la idea del origen de la enfermedad como consecuencia exclusiva del tipo de relación que el sujeto vivenció con su entorno y con los otros; es decir, como un consecuente exógeno a éste.

Capítulo 1. GÉNESIS DEL PROCESO DE CONSTITUCIÓN DEL MÉTODO PSICOANALÍTICO.

*“El más grande beneficio del pensamiento científico
se obtiene cuando el método se descompone,
cuando no funciona.
¡Todo va bien cuando se tiene un accidente de método!
Se reflexiona: ¡el método debe ser cambiado!”
Gaston Bachelard.*

El campo del conocimiento de la naturaleza humana siempre ha despertado el interés del hombre en todos los tiempos, y es debido a esta curiosidad nata que a lo largo de la historia, han sido numerosas las investigaciones y aportaciones que han permitido el esclarecimiento del comportamiento humano en sus diferentes niveles como son el anatómico-fisiológico, el social, el individual, el psicológico, etc.; pero el más importante para la presente disertación, es el nivel intrapsíquico, en el que se puso de manifiesto (gracias a los síntomas histéricos) la existencia del “inconsciente”, piedra angular para llegar a la comprensión no sólo del comportamiento patológico del hombre, sino de su constitución como sujeto psíquico, y del doble juego del lenguaje en el paciente; además de permitirle descubrir a Freud la importancia de otros fenómenos psíquicos tales como el sueño, el cual dio al psicoanálisis un nuevo estatuto dentro del campo de la investigación de la conducta considerada como normal.

Es este mismo interés en el campo del conocimiento humano el que da paso a una serie de expresiones en los diferentes ámbitos culturales de la sociedad europea; muestra de ello se observa en la literatura naturista de la década de 1880 en trabajos como los

de Emile Zola (París, 1840- 1902), figura principal de este movimiento que buscó aplicar el rigor científico a los hechos humanos y sociales; y quien atraído por las teorías socialistas evolucionó hacia una visión mesiánica del futuro humano, lo que dio por resultado su obra “Los cuatro evangelios” entre otras.

En este mismo punto convergen los escritos de Guy de Maupassant (París 1850-1893) y Theodor Fontane (Neuruppin, Brandeburgo 1819-1898) entre otros, quienes enfatizaban la importancia de los condicionantes biológicos, fisiológicos y sociales en la conducta humana; en el mundo del teatro se le dio paso a temas que trataban la condición femenina, el adulterio y las relaciones entre sexos, con personajes tales como Henrik Ibsen (Skien 1828- 1906) y August Strindberg (Estocolmo 1849-1912), éste último obsesionado por los complejos generados del pecado y culpa; así como por los estados patológicos de la mente, mismo que dio paso a la fundación del teatro íntimo de Estocolmo, el cual fuera de gran influencia para el expresionismo alemán.

En la década de 1890 escritores y científicos sociales centraron su interés en temas como la histeria, el suicidio; tópico en el que destacó el trabajo de Emile Durkheim (Epinal 1858-1917), quien aplicara a un grupo social un análisis parecido a un diagnóstico médico, concibiendo el hecho social como algo que existía fuera de la conciencia individual; así, entre sus obras destacaron “La difusión del trabajo social” (1893), y “El suicidio” (1897). Otros temas abordados fueron la criminalidad con la contribución de Cesare Lombroso (Verona 1835-1909), quien postulara la teoría del tipo del criminal nato destinado a este fin por el determinismo de la herencia, así como a ser portador de estigmas morfológicos.

En el estudio de la psicopatología sexual se dieron paso principalmente los trabajos desarrollados por Ricard von Krafft- Ebing (Mannheim 1840-1902), autor de “Psicopatía Sexualis” en 1886, en donde se refiere a las perversiones sexuales; a su vez, el inglés Havelock Ellis (1859-1939), en 1898 dio inicio a la publicación de sus

siete volúmenes sobre la Psicología del sexo titulados "Studies in the psychology of sex".

Otro libro importante fue el de "Degeneración" del médico Max Nordau, que sostenía que la cultura de su tiempo estaba patológicamente degenerada; de ésta misma forma todos estos temas, aunado el de la homosexualidad fueron considerados como síntomas de lo que se suponía una grave enfermedad moral y profunda crisis espiritual de la sociedad europea ante el fin del siglo; mientras que lo que realmente se presentaba eran aspectos de la naturaleza tanto biológica como psíquica de los hombres, que por ignorancia y cuestiones de índole social se ocultaban.

En el campo de la ciencia también se generaron importantes aportaciones en cuestión, con investigaciones que retomaron como base la Teoría de la Herencia de Gregorio Mendel (que data de 1860, pero que en su tiempo no tuviera impacto), demostrando que los genes eran la clave de la herencia de las características de la especie y del individuo.

En 1914 Hugo de Vries (Haarlem 1848-1935), desarrolló la Teoría de las Mutaciones y explicó la razón de las desviaciones genéticas y de las discontinuidades en la evolución biológica; hecho de gran relevancia, ya que al explicar como se heredaban las características de la especie, la genética podía dar evidencia de algunas de las claves de la personalidad y de la conducta.

En lo que respecta a la Psicología, en la década de 1890, Wilhelm Wundt, quien había creado el primer laboratorio de psicología experimental en 1879, iniciaba de forma experimental y científica, estudios orientados al análisis de la relación que pudiera existir entre el cuerpo y la mente. Los experimentos de Iván Pavlov en perros dieron origen a la Teoría de los "Reflejos Condicionados" que llevaba a pensar que la mente

estaba regida por las leyes mecánicas, no muy diferentes a las que regulaban el funcionamiento fisiológico del cuerpo.

Por otro lado se encontraban médicos y neurólogos interesados principalmente en el comportamiento histérico, entre quienes figuraban Jean Martín Charcot (famoso por el uso de la hipnosis en sus casos de histeria en París), así como Liébault y Bernheim en Nancy con sus estudios de sugestión hipnótica; pero antes de profundizar en este apartado de personajes trascendentes para la evolución de la técnica psicoanalítica de Freud, es necesario hacer un paréntesis para citar algunos antecedentes de las condiciones histórico sociales en las que Freud crece y efectúa su formación profesional, así como las primeras delimitaciones que hará del Método Psicoanalítico.

1.1. Antecedentes histórico-sociales de la formación profesional de Freud y primeras fases de delimitación del Método Psicoanalítico.

Descendiente de una familia judía, Sigmund Freud nace el 6 de mayo de 1856 en Freiberg (Moravia), pequeña ciudad de Checoslovaquia donde vive por tres años, ya que por cuestiones económicas su familia se vio en la necesidad de emigrar a Viena en donde radicó la mayor parte de su vida, (pasaje del cual, ya adulto se generó en él una angustia fóbica por los viajes en tren, pues guardaba el recuerdo del largo viaje en el coche tirado por caballos y su primera visión del tren de esa dolorosa experiencia de la partida y la separación, así como de esos tiempos de pobreza) (Freud, 1969).

Ellenberger (1976) cita que en el ámbito social y político, en el mismo año del nacimiento de Freud, el imperio austríaco se encontraba todavía bajo los efectos de la revolución de 1848; el emperador Francisco José I. trataba de restringir el poder

militar y fortalecer su poder personal. Como otro de sus intereses, este emperador decide en 1857 convertir Viena en la capital moderna de un gran imperio, levantando así espléndidos palacios y edificios, y es durante esta época que el imperio gozó de un desarrollo industrial y económico sin precedentes (p. 473).

A partir de esta revolución de 1848 la situación económica y política de Austria se ve caracterizada por un capitalismo consolidado que cambió todas las esferas sociales; la ciudad, en comparación con el campo queda en una situación privilegiada, en donde el trabajo manufacturado desplaza la mano de obra y la abarata, dando por resultado una mala distribución de la riqueza.

Ellenberger comenta que particularmente en Viena, se establecen grupos de judíos que vivían en condiciones políticas, sociales y económicas muy diversas; entre éstos se encontraban las familias denominadas "toleradas", que eran ricas e influyentes, las cuales crecieron y desempeñaron un papel activo en la economía sobre todo en los mercados de textil y cereales. Otro grupo fue el denominado "comunidad turco-israelita" formado por judíos sefarditas procedentes de Constantinopla y Salónica. Por otro lado estaban los ghettos en donde algunos de los judíos eran artesanos, otros vendedores, y otros tantos poseían grandes empresas, generalmente de textiles; sin embargo la mayor parte de la población judía vivía en pequeñas ciudades y pueblos de Galitzia; éstos eran principalmente mercaderes ambulantes aunque también había comerciantes detallistas y artesanos, posaderos y pequeños granjeros. (1976, p. 475).

En realidad la diferencia entre los judíos era más la consecuencia de su ideología, que del lugar de asentamiento o la actividad comercial, pues el judío sefardita, proveniente de oriente, de Constantinopla y Salónica, representa al judío practicante estricto, es decir, que era más tendiente a vivir su fe religiosa. En cambio el judío yidisch o ashkenazí, es el judío que se asimila a la cultura alemana, a la suiza y a la austrohúngara, y este grupo era más tendiente a los oficios libres.

Jacob Freud (padre de Sigmund) perteneció al grupo de judíos viajeros que estaban constantemente entre Galitzia y Freiberg, su ocupación primordial era la de mercader de lanas; sin embargo tras el establecimiento del capitalismo su situación económica se vio afectada al grado de quedar condenado a vivir en la pobreza, lo que origina su viaje a Viena.

Jacob Freud es descrito como un padre singular, inteligente, autodidacta y con un pensamiento liberal que lega a su hijo el deseo de éxito intelectual; además de que le enseña a leer a través de la instrucción en el conocimiento de la Biblia (Aguado, Argüero, Jacobo y Pantoja, s/f, p. 9).

Posteriormente Sigmund Freud se acercará a la literatura través de Schakespeare, de Goethe, de Cervantes, de Dante, a Ariosto, de Sófocles, de Homero, y de Virgilio entre otros; de los autores filosóficos que ampliaron su cultura, se encontraron principalmente Aristóteles, Schelling, Platón, Kant, Spinoza, Schopenhauer, Nietzsche y Bretano (Aguado, Argüero, Jacobo y Pantoja, s/f, p. 28).

Con respecto al entorno familiar, debido al proceso de asimilación que vivió la familia de Freud, la lengua que se hablaba en su hogar era el alemán, la lengua materna, aunque también figuro el Yidisch propio de su origen judío, y más tarde éste incorporó el conocimiento del Español, del Inglés, del Francés, del Italiano y las lenguas muertas, Latín, Griego y Hebreo; lo que más tarde le daría la oportunidad de realizar la traducción de libros de personajes de gran influencia para él (Aguado, Argüero, Jacobo y Pantoja, s/f, p. 15).

En cuanto a la educación formal de Freud, ésta se inició con sus estudios de secundaria en el primer Gimnasio de Leopoldstadt, donde durante siete años mantuvo el primer lugar, colegio que abandonaría en 1873.

En ese mismo año inicia sus estudios en la Facultad de Medicina de Viena, recibiendo gran influencia para la elección de su vocación como médico, del ensayo de Goethe (1749-1832) "La Naturaleza" presentado en una clase por el zoólogo Carl Bruhl, ya que el estudio de la medicina era una forma de satisfacer el interés por las ciencias naturales y una vía para convertirse en investigador.

Anteriormente a este hecho Freud no sentía ninguna inclinación por la medicina, más bien, era la situación económica lo que le inclinaba a estudiar derecho y como él mismo lo definió: "lo que me dominaba era una especie de curiosidad relativa más bien a las circunstancias humanas que a los objetos naturales, y que no había reconocido aún a la observación como el medio principal de satisfacerla¹"; de ahí que la teoría de Darwin le resultara un progreso hacia la comprensión del mundo y que más adelante, a la par de sus estudios, le llevará a desarrollar diversos trabajos de investigación de laboratorio en el terreno de la biología, la neurología y la neurofisiología; muestra de ello fue su colaboración en el Instituto de Anatomía Comparada dirigido por Carl Claus, con quien adquiriría una rigurosa disciplina en la observación paciente, precisa y minuciosa.

Más adelante en 1876, ya en el Instituto de Fisiología Comparada, trabajando en el laboratorio de Ernest Brucke, le es encargada por éste una investigación relativa a la histología del sistema nervioso; es aquí en donde conoce al Dr. Josef Breuer, colega que lo estimulaba y un amigo paternal que le ayudó en los últimos años con préstamos de dinero. Breuer era autor de varios trabajos importantes sobre la fisiología de la respiración y sobre el órgano del equilibrio.

Schutt (1995) cita que Brucke fue para Freud una autoridad científica, y que en los seis años que pasó a su lado adquirió lo más importante de su formación científica y de su filosofía positivista; bajo una misma concepción, que equiparando la vida a

¹Freud S. (~~1924~~ 1925), "Autobiografía", p. 2762

movimientos de la materia y de la energía, sobrevivió a su paso por la neurofisiología y extendió el interés creciente de Freud por la psicología (p. 10).

Con el tiempo, es Brucke quien recomienda a Freud abandonar la actividad exclusivamente teórica, dada la mala situación económica por la que Freud atraviesa, haciéndole ver la falta de perspectivas en su Instituto; dado que sus dos ayudantes Exner y Fleischl tenían diez años de antigüedad, lo que significaba que Freud tendría que haber esperado durante largo tiempo en una posición inferior y pobremente pagada (Ellenberger, 1976, p. 493).

En 1881 concluye sus estudios de medicina e ingresa al Hospital General de Viena; ahí comenzó trabajando dos meses en el Departamento de Cirugía, después pasó con grado de aspirante a las órdenes del gran internista Nothnagel, y el 1 de mayo es nombrado interno en el Departamento de Psiquiatría; situación que le da la oportunidad de conocer al profesor Theodor Meynert, célebre psiquiatra considerado como el mayor anatómico cerebral de Europa; pero que por desgracia, con el tiempo cayó gradualmente en la "mitología del cerebro", que era una tendencia a describir los fenómenos psicológicos y psicopatológicos basándose en estructuras cerebrales reales o hipotéticas.

*Como parte de sus investigaciones y de su formación, Freud dará inicio con el estudio de la médula espinal del pez (*Ammocoetes Pertromyzon*), y continuará con el estudio del sistema nervioso humano (desarrollando también algunas disertaciones sobre las parálisis cerebrales de los niños y sobre la neurofisiología de la afasia y la agnosia); así como de la medulla oblongata², misma de la que redactó varios trabajos estando en el laboratorio de anatomía cerebral.*

² La medulla oblongata, conocida hoy como el bulbo raquídeo, constituye la parte más baja del cerebro al localizarse bajo el cerebelo. Tanto el cerebro, el cerebelo y la medulla oblongata se constituyen de materia blanca o mielina y de materia gris. En la medulla se agrupan los nervios craneales a través del ventrículo cuarto; contiene también varios centros nerviosos que median el manejo de funciones vitales involuntarias como la respiración; con los centros funcionales que

Meynert, muy al tanto de los progresos de Freud, le invita a dedicarse definitivamente a la anatomía del cerebro; prometiéndole además la sucesión en su cátedra, ofrecimiento que es rechazado, ya que Freud consideraba que la anatomía cerebral no representaba para él, desde un punto de vista práctico, ningún progreso con relación a la Fisiología. Nace así su interés por el estudio de las enfermedades nerviosas, especialidad poco atendida en Viena y atraído por el nombre de Charcot; Freud se propone alcanzar el puesto de "docente" en la rama de las enfermedades nerviosas para poder trasladarse a París.

En su tiempo de médico auxiliar, Freud publicó sus observaciones sobre enfermedades orgánicas del sistema nervioso; entre sus aportaciones en materia, realizó la localización exacta de un foco en la medulla oblongata, con lo que fue el primer médico en Viena que envió a la sala de autopsias un caso diagnosticado de "polineuritis"³.

En lo que respecta a la práctica de consulta privada, Freud la inicia hacia fines de la década de 1880. Hugh (1987) cita que -gracias a su excelente formación neurológica, Freud atraía a personas que padecían de todo tipo de "trastornos nerviosos", sus síntomas eran aparentemente muy parecidos a los efectos de la lesión nerviosa orgánica: como la parálisis, las analgesias, los temblores, los tics y los trastornos de la memoria; sin embargo, en casi ninguno de los casos se podía encontrar una patología orgánica que explicara la dolencia de los pacientes; además, de que a menudo se demostraba que los confines de las zonas afectadas correspondían más a realidades psicológicas que neurológicas- (p. 22).

posee gobierna el sistema nervioso central autónomo, por lo que además de la respiración regula también funciones del corazón y los procesos digestivos, entre otras. Su lesión o enfermedad, dependiendo de la localización causa parálisis en una porción media del cuerpo (siempre al lado contrario a la zona de la lesión en la medulla), parálisis parcial de la lengua, pérdida de sensaciones como son la del color, la de la temperatura, del reflejo de mordaza, hay dificultad para deglutir, náuseas, vómitos, vértigo y pérdida de la coordinación. Enciclopedia Británica Inc. (1994-2000).

³ *La polineuritis es una inflamación diseminada de nervios periféricos, que es de origen diverso.*

Esto llevó a Freud a pensar que sus conocimientos neurológicos no le auxiliaban en mucho en estos casos pseudoneurológicos, lo que le generaba la inquietud por mejorar su técnica para el tratamiento de dichas enfermedades. Actitud tenaz y creativa que, adjunta a un carácter obstinado y perseverante, le ayudaron a discernir lo más relevante y poco estudiado o atendido de los acontecimientos clínicos a los que empezaba a enfrentarse.

Es en 1885, que se le otorga a Freud la plaza de “docente” de Neuropatología en mérito a sus trabajos histológicos y clínicos, además de que se le da una beca, para viajar a París y dedicarse más profundamente al estudio de la neuropatología en la Escuela de la Salpêtrière.

Ellenberger (1976) describe a la Salpêtrière de aquel entonces como un hospital que constituía una ciudad dentro de otra al modo del siglo XVII, pues constaba de unos 45 edificios con calles, plazas, jardines y una antigua y hermosa iglesia. Y era además un lugar históricamente famoso ya que ahí había realizado San Vicente de Paul sus obras de caridad. Posteriormente Luis XIV lo convirtió en asilo para mendigos, prostitutas y locos; y más tarde Pinel puso en práctica sus reformas de los hospitales mentales. Sin embargo antes de Charcot, la Salpêtrière era poco conocida por los estudiantes de medicina, y a los médicos no les gustaba ser destinados allí. Así a Charcot se le consideró como el médico brujo que había convertido tal lugar histórico en un Templo de la Ciencia (p. 124).

Con una opinión muy distinta y sin romanticismos, se cita un fragmento del informe sobre el servicio de los alienados de Desportes realizado a fines del siglo XVIII, en donde éste narra la situación acontecida detrás de los muros; en lo referente a los cuartos de este hospital, “ las habitaciones eran funestas y a menudo mortales, ya que en invierno, cuando subían las aguas del Sena, los cuartos situados a nivel de las alcantarillas se volvían no solamente insalubres sino refugio de multitudes de grandes

ratas que por la noche atacaban a los desgraciados que estaban ahí encerrados y los roían por todas las partes que podían alcanzar, motivo por el cual muchos pacientes presentaban desgarros por mordiscos que a algunos les habían causado la muerte”⁴. Así mismo Coguel citando al mismo hospital describe el trato tan inhumano de que eran objeto algunos de los internos; por ejemplo, las mujeres atacadas por excesos de furo: “son encadenadas como perros a la puerta de su cuarto y separadas de los guardianes y visitantes por un largo corredor defendido por una verja de hierro; se les pasan entre los barrotes la comida y la paja sobre la cual se acuestan; por medio de rastrillos se retira una parte de la suciedad que las rodea”⁵. Ambos pasajes permiten tener una idea de que condiciones imperantes eran las que generaban en parte el desprestigio de dicho hospital, y la actitud renuente de médicos y estudiantes a asistir en este lugar; situación de la que Charcot no fue excepción, pues también para él fue desilusionante haber sido asignado a éste, que en ese momento todavía se llamaba “Hospicio de la Vejez para Mujeres”.

Charcot, médico francés que en un inicio vio su trabajo influenciado por dos vertientes: una el pensamiento anatomoclínico⁶ difundido por Pinel y en la otra, lo que en un primer momento se denominó como mesmerismo⁷, y que posteriormente sería la hipnosis; fue designado médico en jefe de un pabellón de la Salpêtrière en 1862, a la edad de 37 años; su conocimiento médico era basto en enfermedades pulmonares, renales, del aparato digestivo; un poco menos en las cardíacas y las urogenitales; pero muy poco de las enfermedades que correspondían al sistema nervioso, y prácticamente nada de las mentales; los síntomas nerviosos hasta entonces estudiados se encontraban descritos de forma desorganizada, y aún no se aplicaba el método anatomoclínico en la patología del sistema nervioso.

⁴ Citado en Foucault, M. (1964), p. 231

⁵ Ibid, p. 233

⁶ Este método anatomoclínico como tal, se localiza descrito en detalle en los anexos correspondientes al apartado 11

⁷ Con referencia a la corriente del Mesmerismo, es en los anexos correspondientes al apartado 11 donde se detalla ésta y se sugiere como material didáctico una película

Así, Charcot inició la lectura de todo cuanto se hubiera publicado al respecto y realizó la autopsia de aquellos pacientes que morían en su servicio y en los otros pabellones. Su labor se basó en la observación detallada de los síntomas y en el sistemático estudio de su evolución, en la clasificación de los múltiples cuadros observados, en la correlación anatómica establecida gracias a las autopsias obligatorias y constantes, y después a la ayuda del microscopio. Precisó las características de la parálisis agitante (hoy conocida como mal de Parkinson), el aneurisma miliar, la paraplejía dolorosa y la esclerosis lateral amiotrófica que lleva su nombre; más tarde identificó la esclerosis en placas, el reblandecimiento cerebral, la artropatía tabética llamada Charcot' Disease, también realizó trabajos sobre la afasia y las localizaciones cerebrales y describió la amiotrofia distal progresiva (enfermedad Charcot-Marie) y la poliomielitis. Como reconocimiento oficial a su labor, en 1882 se creó la cátedra de neurología otorgada por la República francesa a éste. Con lo que se inauguró "la segunda escuela de la Salpêtrière", que pocos vínculos tenía con la primera ⁸.

De este modo, de 1868 a 1893 aplicó los postulados del método anatomicoclínico a la histeria; delimitó tanto las enfermedades orgánicas como las simulaciones y aceptó después, la inexistencia de lesiones anatómicas; aunque intentó salvar el criterio localisista y morfológico recurriendo al postulado de la lesión dinámica de carácter fugaz (que se trataba de una lesión de la cual no se encontraba en el cadáver huella alguna).

Finalmente se ocupó de las parálisis histéricas, sobre todo de aquellas surgidas después de traumas. Estudio del que se le ocurrió reproducirlas artificialmente por medio de la hipnosis, creando un estado de sonambulismo, de este trabajo dedujo que tales parálisis eran consecuencia de representaciones dominantes en el cerebro del paciente en momentos de especial disposición.

⁸ Fragmento extraído de "VII. Un escenario inesperado: Saint-Louis de la Salpêtrière" (S1), pp. 12

En conclusión, como teoría fundamental, Charcot estableció que la histeria tenía un origen hereditario y sumaba a este factor la acción de agentes provocadores, y no como se estilaba en ese tiempo, a un padecimiento ligado a trastornos del útero, entre otras causas.

Demuestra que la histeria no es propia de las mujeres, esto gracias a que una compañía de seguros le había encargado la rehabilitación de trabajadores ferroviarios que habían sufrido "traumas físicos", en los que encontró, que a pesar de que las heridas físicas parecían completamente sanadas, a menudo persistía un cuadro de síntomas parecidos a los de la histeria, lo que dio sustento a su tesis. Ya que fines del siglo pasado la histeria era clasificada como una neurosis en el sentido etimológico del término, es decir, una degeneración del sistema nervioso. Esta degeneración estaba a su vez vinculada con la sífilis, una enfermedad heredo-degenerativa de contagio sexual, que aportaba sus connotaciones morales al término degeneración. Si bien por su etiología era considerada una enfermedad orgánica, sus manifestaciones, difíciles de explicar por la anatomía nerviosa, eran consideradas "mera simulación y exageraciones"⁹.

Robert (1964) a su vez cita que la histeria como enfermedad nerviosa había caído en el descrédito tanto para los enfermos como para los médicos que intentaban tratarla (p. 80); situación que claramente se ve reflejada en la actitud del profesor Meynert, quien tajantemente se oponía a recibir en su clínica psiquiátrica a pacientes con esta "supuesta" enfermedad. Meyner t además de mostrarse reacio a aceptar la enfermedad de la histeria, también criticaba despectivamente el método de hipnosis que Charcot empleaba en sus clases. Sin embargo, es gracias al trabajo de Charcot que retorna la dignidad a este tema de estudio.

⁹ Freud (1893-1895), "Estudios sobre la histeria", p. 265

Entre los síntomas más comunes referidos a la histeria se encontraron: la abasia (o pérdida de la capacidad de estar de pie o parálisis de los miembros inferiores), la astasia (o pérdida de la facultad de caminar), la abulia y anorexia (como la incapacidad para comer y la falta de apetito), la afasia, las alucinaciones, la amaurosis (o pérdida de la percepción de espacio y tiempo), la ambliopia (o alteración en la percepción de la imagen), la amnesia, la analgesia (o disminución de la sensación corporal), la angustia, la artralgia (o dolor de articulaciones), el asma, la atetosis (entendida de forma general como movimientos involuntarios del cuerpo), las "actitudes pasionales", perturbaciones de la audición, calambres en la nuca, la cefalea adolescente, contracturas, convulsiones, chasquidos, delirios, desazón, desmayos, la diplopia (o alteración de la visión), la disnea (o dificultad para respirar), el dolor de cabeza, el dolor de estómago, la ecmnesia o (pérdida de la conciencia de los hechos recientes), el eritema (o aparición de manchas rojizas en el cuerpo), los espejismos del recuerdo, el estrabismo, el estupor, la euforia, la fatiga, la sensación de frío, la hemianestesia (entendida como la pérdida de la sensación en la mitad del cuerpo), la hiperalgesia (o aumento de la sensación de dolor), la hiperestesia (o aumento de la sensación), las ideas fijas, el insomnio, las perturbaciones del lenguaje, el llanto, la macropsia (o distorsión en la percepción del tamaño, la cosas se ven aumentadas), perturbaciones de la marcha, mareos, migraña, movimientos involuntarios, el mutismo, la neuralgia, perturbaciones del olfato, opresión de garganta, palpitaciones, parafasias, parálisis, pseudoencefalitis, pseudoperitonitis, sordera, tartamudeo, temblores, tics, tos nerviosa, y vómitos¹⁰. Y como puede observarse, al citarlos de forma específica, muchos de estos síntomas podían pasar por actuaciones, o confundir a los médicos con respecto a su origen.

Ellenberger cita que otras de las aportaciones reconocidas a Charcot fueron además del hipnotismo, la doble personalidad, la catalepsia y el sonambulismo, por lo que a los ojos de la gente, Charcot era el hombre que había explorado los abismos de la

¹⁰ Freud, S. (1893-1895), "Estudios sobre la histeria", p. 339

mente humana y era reconocido con el sobrenombre de el "Napoleón de las neurosis" (1976, p. 126).

En lo que respecta al uso de la hipnosis para eliminar los síntomas histéricos, Charcot se mantenía limitado por un prejuicio teórico; y es que a pesar de sus experimentos en esta línea, como científico se sintió en el compromiso de dar por sentado que todos estos casos debían tener una base neurológica específica, por lo que la hipnosis, desde este punto de vista, sólo servía para activar una degeneración neurológica ya latente causada por traumas pasados o por defectos hereditarios; lo cual reducía las aplicaciones clínicas de la hipnosis, que de esta forma quedaba minimizada a signo de enfermedad.

Demostrando entonces que a través de la hipnosis¹¹ era posible crear y suprimir los síntomas histéricos "hablando", Charcot arroja a la luz una propuesta novedosa: "la articulación de la palabra como "creadora de síntomas, o bien, en el mejor de los casos mostraba de su poder para omitirlos, más no para curarlos" lo cual descubre Freud más adelante cuando intenta curar pacientes por medio de la hipnosis.

Freud en su estancia en la Salpêtrière asistió a las cátedras de Charcot y al respecto cita el siguiente comentario: "de todo lo que vi a lado de Charcot, lo que más me impresionó fueron sus últimas investigaciones sobre la histeria; una parte de las cuales se desarrolló en mi presencia, o sea la demostración de la autenticidad y normalidad de los fenómenos histéricos y de la frecuente aparición de la histeria en sujetos masculinos; la creación de parálisis y contracciones histéricas por medio de la sugestión hipnótica y la conclusión de que estos productos artificiales mostraban exactamente los mismos caracteres que los accidentales y espontáneos, provocados con frecuencia por un trauma"(Freud, 1969, p. 16).

¹¹ Para la Escuela de la Salpêtrière, la hipnosis es un estado somático producido por "excitaciones físicas, sin intervención de la sugestión".

Pero lo más importante de las experiencias con Charcot, es que éstas guiaron a Freud a orientarse cada vez más al estudio de la histeria y a la investigación fuera de los límites del laboratorio, a partir de la clínica y del creer tener el mecanismo para poder acceder a la curación.

A su retorno de París, en 1886 Freud está inmerso en el campo de la psicopatología influenciado por enseñanza de Charcot y por la Teoría de la Herencia, es decir de la idea de la familia neurópata; esto lo llevó a tomar la decisión de abrir un consultorio médico en donde se había instalado como especialista en “enfermedades nerviosas”; pero pronto se dio cuenta de que no lograba gran cosa para sus enfermos.

Mannoni (1979) cita un fragmento en el que Freud hace alusión a las técnicas terapéuticas con las que trabajaba mencionando “que su arsenal terapéutico comprendía sólo dos armas: la electroterapia y la hipnosis”(p. 33).

En lo concerniente a la electroterapia (que de acuerdo a Jaccard se encontraba ubicada en el arsenal de corte más científico del momento), Freud se guiaba por el manual de W. Erb que daba descripciones detalladas del tratamiento de todos los síntomas de las enfermedades nerviosas; mismos tratamientos a los que encontró de poco efectivos, aludiendo que si éstos podían resultar eficaces sería sólo como consecuencia de la sugestión que el médico ejercía sobre el paciente. Sin embargo para las pacientes histéricas, todo era preferible antes que recurrir a los métodos quirúrgicos propiciados por los partidarios del origen “genital” de la histeria que recurrían a la castración por ablación de los ovarios (sff, p. 20).

Perrés (1994) cita un texto de Falret de 1854 en el cual se hace referencia a dos escuelas que en su momento, representaron una influencia del contexto cultural para Freud en el empleo de los métodos tradicionales en un inicio: “una, la Escuela Somática, y la otra la Escuela Psicológica. La primera que sostenía que siendo la

locura una enfermedad física, era absurdo intentar curarla por otro medio que no fueran el de los medicamentos, y que los medios morales sólo brindaban un alivio pasajero; por el contrario, la Escuela Psicológica, postulaba que siendo la locura una afección del alma, sólo serían eficaces los métodos morales similares a los empleados en el estado normal para eliminar un error o una pasión”(p. 39).

Perrés también expone que en esta época los tratamientos terapéuticos se dividían en dos grandes grupos: los físicos y los morales; los primeros consistían en la electroterapia (faradización parcial y total, así como la aplicación de corriente galvánica), distintas formas de hidroterapias y de determinadas sustancias farmacológicas, así como del reposo o “cura de Playfair”. Los segundos constituido s en tres fases: la primera, intentando retornar al camino de la razón al alienado, empleaba la influencia personal del médico desde un rol paternalista para aconsejar, premiar, reprochar, amenazar e incluso castigar; todo ello con la finalidad de hacer emerger nuevas pasiones que buscarían eliminar los efectos negativos de aquellas que dominaban a los enfermos. En la segunda se empleaba una influencia psíquica más sutil para hacer cambiar al paciente las tendencias mórbidas sustituyéndolas por disposiciones inversas, intentando reflexionar en forma conjunta con el paciente, con quien se discutía tratando de convencerle de sus errores y buscando crearle sentimientos y valores adecuados. En la tercer fase llamada “pedagogía psíquica” se hacía uso de todas las técnicas de persuasión, iniciando con el propósito de ganar la confianza del paciente con actitudes que mostraran serenidad, firmeza y seguridad (p. 36).

El tratamiento “moral” para internados, que en principio era para pacientes alienados, y que después se empleó para enfermedades menores como la neurosis, se componía de cuatro principios básicos:

1. *Principio del aislamiento o desviación del delirio, el cual buscaba separar al enfermo de todas sus influencias cotidianas para hacerlo receptivo de la nueva pedagogía médica.*
2. *Principio de la ocupación o del trabajo en todas sus formas, basado en la disciplina, el trabajo y la organización estricta de los horarios en el centro de internamiento, que pretendían ayudar al paciente a abandonar sus delirios.*
3. *Principio de la vida común, que buscaba aprovechar la reacción de los enfermos sobre otros en la convivencia para su nueva "educación".*
4. *Principio de sustituir la voluntad del paciente por una autoridad extraña. El eje central de este tratamiento suponía la eliminación de toda iniciativa del paciente y un verdadero trasplante de conciencia sustituyendo su voluntad y sus deseos por los del médico.*

Para Charcot el tratamiento moral consistía básicamente en el aislamiento del paciente, y enfatizaba que la terapéutica que empleaba se dividía en tratamiento psíquico o moral, y en tratamiento médico propiamente dicho (cuyos contenidos son los mismos de la clasificación citada por Perrés).

Ya en el trabajo clínico como "especialista en enfermedades nerviosas, a Freud le resultó pobre la técnica aprendida de Charcot, debido a que observó que no todos los pacientes que le visitaban eran hipnotizables, y en los que si era posible aplicar la hipnosis, después de ésta el síntoma reaparecía.

Esta carencia teórico-metodológica de la técnica ejercitada por Charcot se hace aún más evidente cuando Freud se ve en la necesidad de realizar un informe de lo aprendido en su estancia en París para la Sociedad de Médicos Viena, el 5 de octubre de 1886.

De acuerdo a Ellenberger (1976), Freud contó a la Sociedad cómo había pasado varios meses en París con Charcot y analizó el concepto de histeria de éste último. "Charcot", -explicó a los presentes- "distinguía entre grande hystérie (con un tipo específico de convulsiones, hemianestesia y otros diversos estigmas) y petite hystérie. Le correspondía añadir, el mérito de haber demostrado que los pacientes histéricos no eran simuladores, que la histeria no surgía de alteraciones de los órganos genitales y que la histeria masculina era más común de lo que se suponía generalmente"(p. 501).

Anzieu (1959) cita que después de su conferencia, algunos de los presentes minimizaron el aporte de Charcot señalando que la histeria masculina era un fenómeno conocido (aunque no bajo este rubro de "histeria"); y Meynert, por su parte calificó de epileptoides las perturbaciones descritas por Charcot, y desafió a Freud a mostrar un caso de entre los enfermos del hospital con tal padecimiento histérico. Pese a que encontró varios casos, los jefes de servicio no le permitieron presentarlos; resultando de esta situación que sus colegas, entre ellos el profesor Meynert, declararon a Freud como indigno de fe (p. 76).

La histeria clásica considerada de origen hereditario era el único tipo de histeria masculina aceptada en París, situación que llevaba al rechazo y descrédito a la histeria traumática masculina propuesta por Charcot; sin darse por vencido, Freud encuentra fuera del hospital un paciente, un joven de veintinueve años de edad que a los ocho había sido atropellado en la calle, había sufrido la pérdida de un tímpano y había presentado convulsiones de naturaleza desconocida durante los dos años siguientes; después de sufrir un shock nervioso tres años antes de su presentación desarrollo los síntomas histéricos descritos por Charcot, por lo que era un caso ambiguo (Ellenberger, 1976, p. 503). Frente a tal evidencia los médicos de la Sociedad tuvieron que rendirse, pero se desinteresaron rápidamente del tema en cuestión.

Con el propósito de perfeccionar la técnica hipnótica, en 1889 Freud viaja a la Escuela de Nancy, en donde se abre otra línea de influencia para su trabajo, ya que en dicha escuela se trabajaba sobre la exploración de las posibilidades psicológicas del método de "sugestión hipnótica" para fines terapéuticos.

Uno de los máximos representantes de esta escuela y que va a atacar severamente los trabajos de Charcot es Hipolyte Bernheim, discípulo de Auguste Ambroise Liébeault; ya que éste se empeñaba en demostrar que todas las técnicas de hipnotismo se reducían al introducir en el paciente la idea de dormir por sugestión, es decir, que la sugestión en estado de vigilia producía el sueño hipnótico.

Cita Ellenberger que en el período comprendido entre 1860 y 1880, tanto el magnetismo como la hipnosis estaban tan desprestigiados que cualquier médico que los empleara se exponía a comprometer su carrera y a perder su clientela (1976, p. 115).

Y a pesar de esto Liébeault al igual que Charcot, también se interesó en las posibilidades terapéuticas del magnetismo animal, el cual se incluyó en su práctica médica hacia 1860, la misma que ejercía en un poblado cercano a Nancy, en donde algunos de sus pacientes se mostraban reacios a este método; por lo que este médico les daba a elegir entre el tratamiento magnético sin costo alguno o el tratamiento médico con sus respectivos honorarios; por lo que su práctica e investigación así como su fama fueron creciendo, claro, no así en lo económico; escribió un libro acerca de su método, y es hasta 1882, que gracias a Bernheim es considerado por los profesores de la Facultad de Medicina de Nancy.

Para Liébeault el sueño hipnótico era idéntico al sueño natural, con la única diferencia de que el primero se inducía por la sugestión mediante la concentración de la atención

en la idea del sueño, razón por la que los pacientes permanecían en comunicación con el hipnotizador (Ellenberger, 1976, pp. 115-116).

Jaccard cita que para Liébeault, las enfermedades por acción del pensamiento afectaban todas las partes del cuerpo. Afirmaba que gran número de ideas le parecían "ideas fijas" que había que expulsar, ya que en aquella época se creía que las ideas actuaban unas sobre otras según leyes próximas a la mecánica.

Walker (citado en Jaccard s/f), escribe que las ideas eran la contraparte mental de los átomos, por los cuales estaba constituido el mundo físico, según lo había demostrado recientemente Dalton. Continúa Jaccard, exponiendo que el modelo más completo y elaborado se descubre por Herbart, psicólogo y pedagogo alemán, y dicho modelo era la base del manual que Freud había utilizado en sus estudios, y la base teórica de la utilización del hipnotismo por Liébeault (p. 36).

De acuerdo con Assoun (1981), este modelo alemán de Herbart presentado a principios del siglo XIX, llega a Freud por medio de sus maestros vieneses, particularmente por Meynert. La Psicología herbartiana se respalda en una metafísica y se vincula con una teoría del conocimiento; esta misma Psicología está expuesta en dos libros principales: el Manual de Psicología, cuya primera edición data de 1816 y La Psicología como ciencia nuevamente fundada en la experiencia, la metafísica y la matemática, publicado en 1824-1825. Herbart en sus disertaciones propone que la psique es investigable científicamente, en la medida en que tiene su "átomo", moción de base que llama "representación".

Asienta que el primer carácter visible de las representaciones es que, como fuerzas, son susceptibles de medición, por lo que la primera intuición del psiquismo para Herbart consiste en la idea de una "dinámica cuantificable", es decir, un campo de fuerzas y oscilaciones susceptibles de más y de menos, y de un contraste de grados muy preciso.

Pero a pesar de esta base dinámica-cuantificable, tras esta idea de psicología, se ocultaba una tesis metafísica, en donde el alma se representaba como una sustancia simple con tendencia a autoconservarse; por lo tanto cada representación constituía un acto particular por el cual alma se conservaba (p. 130).

Como la aportación principal de Liébeault, se conoce la explícita formulación de un tratamiento por métodos psíquicos para influir sobre las manifestaciones del inconscientes; es decir, que consideraba que la sugestión verbal producía directamente un cambio psicológico en el enfermo, y que iría acompañado de una serie de modificaciones fisiológicas y a modo de dar un carácter científico a su método, se dio a la tarea de fundamentarlo teóricamente e incluyó la explicación de los datos existentes en la tradición médica acerca de la producción y curación de las enfermedades por medios psíquicos, esto desde las posibilidades de la interpretación patógena que le ofrecía al hipnotismo.

Por su parte, Hypolite Bernheim profesor de la Facultad de Medicina de Nancy, establece que el estado hipnótico no estaba ligado con la histeria como degeneración neurológica latente, por lo que podía presentarse en cualquier persona; enfatizando así que era la sugestión a la cual le parecía posible reducir todos los fenómenos observados por Charcot, de este modo su decisión final fue la de que “no había hipnotismo; sólo sugestibilidad” a la que definió como “la aptitud para ser influenciado por una idea aceptada por el cerebro para realizarla”(Ellenberger, 1976, p. 117).

Con Bernheim, Freud tuvo la oportunidad de comprobar que los histéricos sabían, aunque sólo en cierto sentido, cosas que se referían a la causa de su enfermedad y que solos no podían ni encontrar ni expresar, por lo que permanecía oculto para su conciencia.

Como cita Hugh (1987), esta hipótesis se hizo evidente cuando Bernheim, ante un grupo de estudiantes, hipnotizaba a un sujeto, a quien después le daba las siguientes instrucciones: “cinco minutos después de despertarse del trance debía de interrumpir lo que estuviera haciendo, dirigirse a un rincón de la habitación donde había un paraguas cerrado, coger el paraguas y abrirlo; no tenía que recordar que se le había ordenado que lo hiciera, pero a pesar de todo había de seguir la orden”. Como un reloj, cinco minutos después de despertarse, el sujeto hizo exactamente lo que se le había indicado. Cuando Bernheim le preguntó porqué había actuado de aquella manera, el sujeto desconcertado y confuso respondió que no tenía la menor idea (p. 26).

Será de ésta y otras demostraciones más a lado de Bernheim, de donde posteriormente Freud encontrará una alternativa al trabajo clínico (fragmento importante de citar pese a alterar un poco la presentación del tema en cuestión, ya que adelanta en parte, el momento de poner fin al uso de la hipnosis), pues hace referencia a esta demostración donde citó lo siguiente: “la hipnosis pronto empezó a desagradarme...Puesto que no podía alterar a voluntad el estado psíquico de la mayoría de mis pacientes, me orienté a trabajar en su estado normal...al comienzo parecía una empresa sin sentido ni perspectivas. Se planteaba la tarea de averiguar del enfermo algo que uno no sabía y que ni él mismo sabía; ¿cómo podía esperarse averiguarlo no obstante? Entonces acudió en mi auxilio el recuerdo del experimento muy asombroso e instructivo que yo había presenciado junto a Bernheim en Nancy (en 1889)...demostró por ese entonces que las personas a quienes él había puesto en sonambulismo hipnótico, haciéndoles vivenciar en ese estado toda clase de cosas, sólo en apariencia habían perdido el recuerdo de lo que vivenciaron sonámbulas y era posible despertarles recuerdos aún en el estado normal. Cuando les inquiría por sus vivencias sonámbulas, al comienzo aseveraban por cierto no saber nada; pero si él no desistía, si las forzaba, si les aseguraba que empero lo sabían, en todos los casos volvían a acudirles esos recuerdos olvidados... Fue lo que hice yo también con mis

pacientes...de esa manera conseguía, sin emplear la hipnosis, averiguar todo lo requerido para restablecer el nexo entre las escenas patógenas olvidadas y los síntomas que estas habían dejado como secuela...pero era un procedimiento... agotador...que no podía ser el apropiado para una técnica definitiva”¹². Pero asimismo fue también Bernheim quien reveló a Freud que en realidad, jamás había obtenido grandes éxitos terapéuticos con la sugestión sino en su práctica de hospital y no con enfermos de su práctica privada.

Como uno de los aportes reconocidos a éste, se cita que con su postulado (mencionado anteriormente) llevó al descrédito total el trabajo conceptual de Charcot acerca de la hipnosis y la histeria, pues ponía en duda la teoría de los cuatro períodos del ataque histérico completo que Charcot¹³ describía de la siguiente manera: 1. Período epiletóide, con convulsiones que se podían detener por compresiones ováricas o por electroterapia; 2. Período de las convulsiones y grandes movimientos; 3. Período de las actitudes pasionales o ilógicas, con las que el enfermo se entregaba a una mímica desenfrenada, expresando ideas tristes o alegres y 4. Período terminal, cuya más importante característica era un delirio, casi siempre melancólico, turbado por alucinaciones.

Basado en la idea medular de su escuela Bernheim sostenía que los sujetos normales eran en gran medida susceptibles a la hipnosis, mientras que para la escuela de Charcot, uno de los dogmas más defendido era la condición histérica de la sensibilidad a la hipnosis; así Bernheim demostró que la aparición de los síntomas citados en los períodos no eran espontáneos atribuidos a una peculiaridad psicofisiológica del estado hipnótico sino que dependían de la influencia sugestiva del médico. De igual manera, puso en duda la existencia de zonas histerógenicas, demostrando que también eran subsidiarias de la sugestión, y que podían ser trasladadas y variadas de significación

¹² Freud S. (1910 [1909]), “Cinco conferencias sobre psicoanálisis”, pp. 19-20.

¹³ Freud S. (1883 [1885]), “Estudios sobre la histeria”, p. 39.

respecto al desencadenamiento o detención de la crisis; y como prueba concluyente de su tesis, fabricó vía la sugestión un "punto ovárico" en un paciente masculino.

De esta experiencia y basándose en sus nuevos conocimientos, es que Freud se abre a la nueva experiencia que le proponen sus enfermos: "una receptividad tanto afectiva como intelectual" tan poco común en los psiquiatras, que fue la gran fortuna de su trabajo, y que más adelante generara el concepto de transferencia. Así el uso del método de la sugestión hipnótica por Freud va sustituyéndose paulatinamente por el método de Breuer.

1.2. Del método Hipnocatártico al procedimiento técnico de la Asociación Libre.

En 1878 Freud establece amistad con Joseph Breuer, médico judío prestigioso y con sólida posición, quien como guía y sostén económico, apoya a Freud para ingresar en el círculo médico.

Dupont (1988) cita que entre ambos personajes se dieron importantes similitudes pese a ser de generaciones de formación profesional diferentes. De estas similitudes destaca que los dos de sólida formación médica neurológica, adquirida en la Escuela Médica de Helmholtz, se vieron influenciados por éste; personaje que privilegiaba las fuerzas físicas y químicas para explicar los fenómenos orgánicos; asimismo señala Dupont, que compartían el mismo interés por una psiquiatría dinámica en la que el hipnotismo sugería el acceso a las áreas desconocidas de la mente, y prestaba singular atención a padecimientos tales como el sonambulismo espontáneo, el letargo, la catalepsia, la personalidad múltiple y la histeria. Añade que es la madurez del pensador y del investigador que fue Freud, lo más que señalará la brecha entre ambos y llevará a éste a consolidar la técnica psicoanalítica (p. 17).

Mientras que Freud realizaba un año de servicio militar en 1880, Breuer iniciaba el tratamiento de Bertha Pappenheim (Anna O.), una joven de 21 años extremadamente inteligente, genial, y muy atractiva, lo que contribuyó para que su médico se sintiera un tanto incómodo durante su tratamiento.

Robert (1964) expone que ella había consultado a Breuer, que no era psiquiatra, por una tos nerviosa muy molesta, pero sufría también de trastornos espectaculares y variados, aparecidos todos, después de la muerte de su padre: la parálisis de tres miembros con contracciones e insensibilidad, trastornos complicados del lenguaje y de la visión, la incapacidad para alimentarse, etc.; además era susceptible de dos estados de conciencia absolutamente distintos, uno durante el cual estaba normal y otro donde adoptaba el comportamiento de una niña insoportable. La transición entre los dos estados se producía por una especie de autohipnosis de la que se despertaba perfectamente lúcida, con medios intelectuales intactos”(p. 105).

A este respecto Freud describe por lo estudiado en el reporte médico de Breuer, que lo que empezó como un soñar despierto habitual (o autohipnosis, como una ausencia pasajera) en Anna O., se convirtió en dos estados de conciencia; uno en el cual la paciente era normal psíquicamente, y el segundo, el cual se podía comparar con un sueño dada la riqueza en fantasmas y alucinaciones, en donde la paciente era alienada. Así mismo Freud aprovecho que Anna aseveró en algún momento – “no estar enferma sino haber simulado todo” -, para establecer que ya transcurrida la enfermedad de los dos estados de conciencia, cuando estos volvían a fusionarse en uno solo, era común que los pacientes en una visión retrospectiva, creyeran que con sólo quererlo, habrían impedido las manifestaciones (1893-1895, p. 69).

Breuer, en una de sus pláticas, posterior al informe de Freud sobre sus experiencias con Charcot, hace saber a éste que él también ha usado la “magia”, es decir, la hipnosis con algunos hallazgos interesantes; entre éstos, comentó un caso en el que un

paciente en estado hipnótico comenzó a hablar de cosas sin sentido y a responder preguntas que se le iban haciendo; así encontró el motivo por el cual no podía dormir, y observó que al despertar el paciente, éste se sintió aliviado en su síntoma; situación que hizo suponer a Breuer que un trauma estaba cargado de emociones que no tenían salida a través de la conciencia, por lo que estas no desaparecían sino que se quedan en forma latente y se manifiestan como síntoma. Esto sirvió para poner en evidencia el inicio de lo que más adelante se considerará como del método "hipnocatártico de Breuer".

En la película "Freud. Pasiones Secretas"¹⁴, se presenta una escena en la cual Breuer le habla a Freud del caso de Anna O. y lo invita a visitarla (ya que en vida real esto no ocurrió); además de conocer el procedimiento de exploración en estado de hipnosis de Breuer, Freud tiene la oportunidad de intervenir en la sesión y encontrar los "recuerdos encubridores o patógenos"(sobre los que publicó en 1899) citando como se juegan en los síntomas de la paciente; es decir, que descubre que en ocasiones los recuerdos traídos a la memoria del paciente no son sino deformaciones de los recuerdos reales, que buscan desconectar afectos tales como la vergüenza, el horror, la angustia, y el dolor psíquico.

Laplanche (1970) complementa citando que en algunas de las observaciones de Freud, estos recuerdos patógenos aparecían narrados en la forma en que en verdad habían sido descubiertos, y a veces sólo parcialmente deformados o censurados por los pacientes cuando éstos mismos no se atrevían aún a enfrentar su descubrimiento en su verdadera magnitud (p. 46). Sin embargo Freud se enfocará a tratar de hacerlos comprensibles y ordenarlos, aunque el lenguaje del inconsciente que los expone como tal, será pronunciado hasta 1898.

¹⁴ Huston J (1962), "Freud Pasiones Secretas".

Con la experiencia clínica de Anna O. y la hipótesis de Breuer, Freud cambió la idea del sujeto enfermo por la herencia familiar, y dio paso al determinismo del “trauma psíquico adquirido”; es decir, a la Teoría traumática. Por lo que a nivel terapéutico Freud creyó necesario revivir en el paciente aquella experiencia entendida como un afecto no descargado, que era necesario conectar con el recuerdo para poder descargarlo.

Esto también le permitió plantear su procedimiento para el tratamiento desde un punto de vista “económico”, pues la finalidad era poder variar la distribución de las excitaciones (emociones o afectos), eliminando o borrando la representación patógena (el recuerdo traumático) que las había generado; si desaparecía ésta, entonces el monto de energía en ella retenida circularía nuevamente y el síntoma también se desvanecería.

Así con Breuer, y gracias a su paciente Anna se puso al descubierto un método que ella misma llamó “cura por la palabra” o “deshollinar la chimenea”, lo que Freud y Breuer modificaron a “catarsis” o “purga del alma”; mismo método que dio cuenta de que el proceso de análisis es llevado por el paciente y no por el médico como desde un principio se creyó.

Strachey¹⁵ cita que es precisamente en el análisis de los cinco casos presentados en “Estudios sobre la histeria”, que se tiene la oportunidad de advertir la evolución de la técnica analítica a través de los obstáculos y los descubrimientos. El primero de estos obstáculos, evidenciado y superado en la paciente de Breuer, Anna, fue la “amnesia” característica de los pacientes histéricos; la cual permitió descubrir que además de los contenidos psíquicos conscientes, se encontraban también contenidos psíquicos inconscientes, para los cuales los métodos habituales no servían (p. 10).De ahí que la

¹⁵ Las referencias y menciones de J. Strachey citadas en este apartado, pertenecen a los comentarios del libro de Freud, *Obras Completas*, T. II (1955).

vía de investigación para éstos fue la “sugestión hipnótica” y no la hipnosis como tal, lo que también aclara porque se considera método “hipnocatártico” y no “catártico” exclusivamente al método de Breuer.

Expone Strachey que es también en el caso de Anna, en donde Freud comienza a vislumbrar “la resistencia”¹⁶ como una fuerza que se opone no sólo al tratamiento sino a la concientización de las representaciones patógenas, y a los recuerdos encubridores; pero es precisamente en el caso de Elisabeth von R.¹⁷, en donde esta hipótesis se cristaliza, y así la resistencia fue la que le permitió entender a Freud como estaban ordenadas, y como se conducían las representaciones patógenas, es decir la dinámica de éstas. Esto lo llevó a su vez, a reflexionar sobre la forma del espacio que las albergaba, ya que estaba convencido de que éstas no se perdían.

Como respuesta a su interrogante, enunciará “la disociación histérica”, o “la escisión de la conciencia”, así como “la fragmentación de la personalidad”, con lo que estableció su formulación tópica¹⁸ en la cual expuso la estructuración metafórica de un aparato psíquico, diferenciado por instancias denominadas “Consciente”, “Preconsciente” e “Inconsciente”, cuya distinción se da en función del grado de actualización de los recuerdos; posteriormente Freud enunció el surgimiento de una segunda tópica, en la cual el aparato psíquico también se constituía por el “Ello”, el “Yo” y el “Superyo”, además de emplear ahora como adjetivos, y ya no como sustantivos exclusivamente, al “consciente”, al “preconsciente” y al “inconsciente” (con respecto a la relación entre ambas tópicas, el tema se expone en el capítulo siguiente, en el apartado de la Metapsicología).

¹⁶ La represión es el psicodinamismo, que consiste en mantener fuera de la conciencia determinados contenidos que pueden ser desagradables o angustiosos para el paciente (Portuonob, 1980, p. 37).

¹⁷ En también en el caso de esta paciente que se ponen al descubierto las formulaciones preliminares de “defensa”, y sus mecanismos (Greenson, 2001, p. 83).

¹⁸ Por tópico, Laplanche (1981, p. 43) nos define una teoría o punto de vista que supone una diferenciación del aparato psíquico en cierto número de sistemas o tablas de características o funciones y dispuestos en un determinado orden entre sí, lo que permite considerarlos metafóricamente como lugares psíquicos de los que es posible dar una representación espacial figurada.

A modo de explicar la génesis de los síntomas, Freud explicó que las representaciones inconscientes eran aquellas que existían y producían efectos por debajo del umbral de la conciencia, por lo que aún la vida cotidiana se veía influenciada por tales representaciones.

Estas representaciones son inconscientes no por causa de una relativa debilidad, sino debido a su gran intensidad, lo que las convierte en patológicas, así la actividad psíquica del paciente se descompone en consciente e inconsciente al igual que las representaciones, motivo por el cual Freud habló de una escisión de la psique y no de la conciencia. Postuló que esta división de la psique también se podía generar por la “defensa”, el voluntario extrañamiento de la conciencia respecto de unas representaciones penosas (Freud, 1893-1895, pp. 232-249).

En referencia al método hipnocatártico de Breuer, éste estaba lejos de resolver todos los casos, además de que requería el uso de la hipnosis, a la que Freud ya no quería recurrir, pues el estado de hipnosis parecía disimular ciertos fenómenos a los que empezaba a considerar como relevantes; los concernientes a “la transferencia”¹⁹.

Ahora bien, con el caso de Anna O. y otros pacientes entre ellos Emmy von N., e Isabel de R., (aproximadamente de 1888 a 1892), Freud pudo ver las ventajas y limitaciones del método de Breuer, y contaba ya con dos elementos importantes:

- a. El discurso del paciente, tomando como punto de partida en toda indagación, al síntoma, y...*
- b. La idea de cambiar el escenario con público por la privacidad en donde lo único que pesaría sería lo psíquico, lugar en donde la escena no tendría que actuarse sino ser recordada y relatada, pues no era el hecho o el acontecimiento donde estaba la explicación sino en las representaciones.*

¹⁹ Portuondo (1980, p. 94) define la transferencia como la situación en la que el paciente se comporta con relación al terapeuta, atribuyéndole a éste las características de sus imágenes infantiles

Otra de las reflexiones generadas en estos casos, especialmente con Emmy von R., es que dieron la clave a Freud para pensar que las representaciones inconscientes de los pacientes estaban cargadas de un contenido sexual²⁰; pues con ésta, que era fácil de hipnotizar, ofrecía poca resistencia hasta el momento en que se suscitaban las cuestiones sexuales (Greenson, 2001, p. 84); idea de la que Breuer se separa y no porque le resultara totalmente descabellada y prematura, sino porque pondría en evidencia la relación amorosa que Anna O. su paciente, imaginó tener con él.

Y particularmente es a Elisabeth von R., la primer paciente que Freud atiende sin recurrir más a la hipnosis, empleando exclusivamente la sugestión en estado de vigilia; así para 1896 había abandonado por completo la hipnosis. Posteriormente, Freud detalló el estado de hipnosis en analogía al estado amoroso, explicando que en ambos casos, siempre se actuaba con sumisión ante el hipnotizador-seductor, de modo que aunque el paciente creyera que obraba por voluntad propia, estaría actuando bajo el influjo del hipnotizador, quien en su función ordenaba un acceso a la realidad y dirigía la experiencia concreta²¹; idea en la que coincidía con Bernheim; así, de la mirada seductora del hipnotizador se dio paso a la escucha, y a la posibilidad de intuir al inconsciente.

De 1890 hasta 1895 Freud publicó varios artículos sobre la histeria, en particular su "Comunicación preliminar" con Breuer, titulada "Mecanismos psíquicos de los fenómenos histéricos"; que de acuerdo a Ellenberger (1976), extendía el concepto de Charcot del mecanismo de las neurosis traumáticas a la histeria en general, y proponía un método psicoterapéutico basado en el concepto de la catarsis²², y la abreacción²³.

²⁰ Para Freud, la sexualidad queda comprendida toda actividad instintiva, manifiesta de diversas formas, que tiene por objeto la consecución del placer, y la energía de esta actividad sexual o fuerza impulsiva, es lo que denominó libido o Eros.

²¹ Freud, S. (2000), "Psicología de las masas", p. 53

²² Catarsis fue un término empleado por primera vez por Aristóteles para definir el efecto bienhechor de la representación dramática sobre los asistentes a la misma; Freud y Breuer lo retoman y emplean para designar el efecto saludable producido por el retorno a la conciencia de un recuerdo de fuerte carga emocional, hasta entonces reprimido.

²³ Abreacción es la descarga emocional o de afecto que, acompañada al recuerdo de un trauma psíquico, hace que la fuerza que ha mantenido un síntoma en la histeria cese de operar, desapareciendo así el síntoma.

Más adelante Freud publica "Neuropsicosis de defensa" en donde pasó de la histeria a las fobias, a las obsesiones e incluso a las alucinaciones (p. 507).

En estas dos publicaciones se observa que la teoría de la abreacción fue más explicitada; y siguiendo esta línea de estudio Freud publicó junto con Breuer "Estudios sobre la Histeria", libro considerado como la primer obra de la literatura psicoanalítica, donde se presentaban los tratamientos de cinco casos: con la señorita Anna O.; con la señora Emmy von N.; con miss Lucy R.; con Katharina y finalmente con la señorita Elisabeth von R.; y se da también la primera definición de la transferencia.

En lo que respecta a la importancia de la sexualidad en la Etiología de la Neurosis, Breuer se concretó a exponer que "en las mujeres casadas la gran mayoría de las neurosis graves provenían del lecho conyugal", y más adelante se refirió a que la falta de conocimiento acerca de la sexualidad femenina era consecuencia de que las mujeres jóvenes no hablaran de ella, y de que a las viejas ya se les hubiera olvidado. Como parte de esta hipótesis, reconocía que el joven médico solía pasar junto a la sexualidad sin verla, por lo menos en lo que atañía a los enfermos; "negación sistemática de los médicos de la importancia de la sexualidad, lo que en realidad se trataba era de la preocupación que sentían por su propio deseo sexual en oposición a la realidad sexual de sus pacientes" (Forrester, 1990, p. 29).

En este mismo sentido, es también Forrester quien cita una interesante reflexión acerca de un aspecto que también es aportado como resultado del tratamiento con Anna O. (aunque descubierto en la correspondencia entre Freud y Martha²⁴), y es precisamente el de la "contratransferencia"; pues Martha tras enterarse de que la esposa de Breuer se siente intimidada (celosa) ante la relación terapéutica entre su

²⁴ Carta del 31 de octubre de 1883

esposo y Anna; mujer, quien por sus características resulta inquietante (atractiva) no sólo para este médico, sino también para su colaborador en el caso, comentó: "Es curioso que nadie más que su médico actual se haya acercado a la pobre Berta; ella, que cuando aún estaba sana hubiera podido volver loco al hombre más sensato, ¡Qué mala suerte!" (p. 32).

Freud pudo advertir en las respuestas similares en ambos médicos (Breuer y su colaborador) que sentían atracción hacia la paciente; concluyendo que ésta "fascinación" fue lo que requirió de discreción, y dio origen al concepto de la "contratransferencia", que en 1910 denominaría como la "interferencia de los deseos o fantasmas inconscientes del analista en la cura"(Safouan, 1989, p. 3).

En este punto, donde Breuer tropieza en su tratamiento con Anna, Freud citó el siguiente comentario: "lo que realmente sucedió con la paciente de Breuer lo pude adivinar más tarde, mucho después del rompimiento de nuestras relaciones, cuando de pronto recordé algo que Breuer me había dicho en otro contexto antes de que empezáramos a colaborar y que nunca repitió. Al anoecer de aquel día en que habían desaparecido todos los síntomas de ella, lo mandaron llamar para que viera de nuevo a la paciente; la encontró confundida y retorciéndose con calambres abdominales. Cuando le preguntó que le pasaba, ella contestó: ¡Va a nacer el hijo del Dr. B.!... Presa del horror huyó y dejó a la paciente con un colega. Durante los meses que siguieron, ella permaneció en un sanatorio luchando por recuperar su salud" (Forrester, 1990, p. 29). Asimismo, Forrester señala que el hijo de Breuer es el propio psicoanálisis, y fue el mismo Freud quien aseveró que Breuer era el responsable del psicoanálisis.

En conclusión, Breuer que había propuesto la "histeria de retención" y la "hipnoide", jamás enfatizó la represión de la sexualidad anclada en el síntoma histérico, y pasó por alto la relación de transferencia paciente-médico.

En lo que respecta a la Etiología Sexual de la Histeria (que Freud llamará "Psiconeurosis"), en 1893 se da paso a la elaboración de la "Teoría de la seducción" o "Protonpseudos Histérica": "primera mentira histérica" (Laplanche, 1970, p. 45), según la cual, durante la infancia el niño es traumatizado por una tentativa real de seducción sexual, a una edad en que su sexualidad aún no ha despertado y es gracias a la "amnesia infantil" que éste olvida dicho acontecimiento traumático, mismo que resurge en la condición de síntoma histérico en la pubertad.

En esta teoría Freud explica más detalladamente la función de la defensa a partir del concepto de represión visto como un esfuerzo de desalojo²⁵; y es que desde esta postura, el paciente trata de borrar profundamente u olvidar de la memoria, eventos penosos o ideas vergonzosas que resultan incompatibles con las normas morales; y con la resistencia²⁶ el paciente se opone al trabajo de hacer concientes algunos recuerdos para evitar el displacer; sin embargo el resultado es algo diferente, pues el individuo sólo logra aislar dichos recuerdos psíquicamente; con esta observación y su planteamiento, en el plano teórico Freud da paso a un punto de vista dinámico en donde existe un "conflicto psíquico" (generado por exigencias internas contrarias o inconciliables).

Laplanche (1970) cita que tras la teoría de la seducción, en las histéricas tratadas en aquella época por el método hipnocatártico, la seducción era un telón de fondo común, repetido a menudo en una sucesión de escenas en cuya serie Freud se internaba con entusiasmo para buscar una escena tardía, un suceso análogo, pero más precoz y traumatizante; continúa Laplanche exponiendo que a pesar de la importancia dada a esta teoría, Freud llegó a una desilusionante conclusión que expresó en una carta a Fliess el 21 de septiembre de 1897: "Ya no creo en mi neurótica" (precisamente en la

²⁵ Freud, S. (1910[1909]), "Cinco conferencias sobre psicoanálisis", p. 20.

²⁶ "Resistencia" nombra a todo aquello que se opone al trabajo analítico, es decir, como un impedimento al trabajo de la reenumeración en el proceso de la cura (Braunstein, 1983, p. 229).

Teoría de la neurosis fundamentada en la seducción y la prouton pseudos). En esta carta Freud presentó objeciones en contra de su propia teoría, como por ejemplo la imposibilidad de reconstruir la escena, la imposibilidad de admitir semejante frecuencia de la perversión en los padres y sobre todo, la imposibilidad de determinar si una escena reencontrada correspondía a la realidad o a la fantasía (p. 46).

Sin rendirse pese a esta conclusión, Freud se siguió basando en la suposición de que sus pacientes sabían en "parte" material referente a su patología y la importancia del mismo, y que sólo se trataba de hacer que se lo comunicaran, pero ya no bajo la influencia ni de la hipnosis ni de la sugestión.

Cita Jaccard que tras decidirse dejar la hipnosis y a emplear en su práctica clínica la exploración "catártica" "purgativa" de la prehistoria psíquica de sus pacientes, Freud seguiría en la búsqueda de las causas, más que de la sola desaparición de los síntomas (s/f, p. 39).

Así mismo Perrés (1994) expone que ya para el tercer caso de los "Estudios sobre la Histeria" la hipnosis es sustituida por una técnica de concentración, sintiéndose por primera vez satisfecho con los resultados, procedimiento que llamó en un primer momento: "Análisis Psíquico", con el fin de señalar su principio de autonomía (p. 107).

Para Freud este método nuevo proporcionaba curaciones que no se podrían lograr de otra manera, asegurando que era el método más apropiado a la histeria, ya que imitaba precisamente el mecanismo del origen y de la evolución de los trastornos histéricos.

Así en una primera descripción del procedimiento técnico de la Libre Asociación, Freud citó que "para que pudiera observarse mejor así mismo con atención reconcentrada, era ventajoso que el paciente adoptara una posición de reposo y

cerrara los ojos; luego debía ordenársele expresamente que renunciara a la crítica de las formaciones de pensamiento percibidas. El éxito dependería de que se tomara nota de cuanto le pasara por la cabeza y lo comunicara, no dejándose llevar a sofocar una ocurrencia por considerarla sin importancia o que no viniera al caso, o por parecer disparatada. El paciente debía conducirse con sus ocurrencias de manera totalmente neutra; ya que cada crítica era la culpable de que él no hubiera podido descubrir ya la resolución buscada en el sueño de la idea obsesiva, etc.”.

Perrés (1988) expone que desde la vertiente positivista, muchos autores destacan que la asociación libre se originó en la demanda de Frau Emmy von N., la paciente de Freud atendida entre 1888 y 1889; que en una de sus sesiones, molesta, le pidió que la dejara “hablar libremente”, que no la interrumpiera tanto con sus preguntas; suceso que Freud registró en 1889, y publicó en 1894 en un historial; aunque pasaron casi diez años para que convirtiera esta observación empírica en un observable teórico; lo que hizo necesaria una conceptualización del psiquismo, de la cual carecía totalmente en 1889 (p. 209).

Continúa Perrés comentando que desde la perspectiva althusseriana, el nacimiento del Psicoanálisis se ubica en el momento de la teorización; es decir, de la enunciación del “objeto formal abstracto”: el Inconsciente.

Destaca también, que si bien ambos momentos son cruciales, son también imposibles de jerarquizar el uno a expensas del otro dada su compleja articulación; y aún un tercer elemento, el análisis de Freud; su movimiento interno en la relación transferencial. Así el Psicoanálisis nace de y en la transferencia; con lo que a partir de ese momento cada analista en formación recrea, de alguna forma, el proceso vivido por Freud y logra incorporar la teoría, no como simple racionalización.

Strachey cita que cuando Freud recurre al flujo de las “asociaciones libres” de los pacientes, llega al análisis de los sueños y al razonamiento del “proceso primario” de la psique y la influencia en los pensamientos más accesibles, desarrollándose así la “interpretación”; y por otro lado, el análisis de los sueños permitió el Autoanálisis de Freud, y el descubrimiento de la sexualidad infantil y el complejo de Edipo (Freud, 1893-1895, p. 10).

A partir de estos descubrimientos específicos, Freud, a modo de posibilitar al paciente el descubrimiento de su propio inconsciente, emplea cuatro procedimientos técnicos en su trabajo clínico:

- 1. La Asociación Libre o “Regla Psicoanalítica Fundamental”, En su escrito de Esquema de Psicoanálisis (1940b [1938]), Freud explica: “lo comprometemos a observar la regla fundamental del psicoanálisis, que en el futuro debe gobernar su conducta hacia nosotros. No sólo debe comunicarnos lo que él diga adrede y de buen grado, lo que le traiga alivio, como en una confesión, sino todo lo otro que se ofrezca a su observación de sí, todo cuanto le acuda a la mente, aunque sea desagradable decirlo, aunque le parezca sin importancia y hasta sin sentido” (p. 175). Y de acuerdo a Portuondo (1980, p. 197) consiste en que el paciente asocie ideas con la máxima libertad posible. El principio básico que rige es que “como la psique es una unidad, si el paciente se expresa con libertad y asocia las ideas, inevitablemente éstas se van encadenando unas a otras hasta llegar a las ideas reprimidas.*
- 2. La Interpretación de los Sueños, los cuales son para Freud el producto de la actividad de la censura sobre los contenidos inconscientes displacenteros que tratan de manifestarse, o de hacerse conscientes durante el dormir. En éstos aparece un “contenido manifiesto” y otro “latente”: el primero es lo que la persona recuerda haber soñado; el latente es el aspecto más profundo del sueño y sobre el que versa la interpretación psicoanalítica. Este contenido va a tratar*

de expresarse deformado por la censura convirtiéndose en contenido manifiesto. Como "elaboración onírica", describe a todo proceso de formación de sueños durante el dormir. Al despertarse el sujeto, se produce otro tipo de elaboración llamada "secundaria" que consiste en darle cierto sentido (mediante modificaciones, adiciones y omisiones inconscientes) al sueño tenido.

- 3. La Apreciación de las Acciones Fallidas y Casuales, (tales como errores al hablar, olvidos, etc., etc.), que deben ser sometidos al proceso de la libre asociación, de ser posible en el mismo instante de aparecer.*
- 4. Y la Valoración del Fenómeno Transferencial, situación en la que el paciente se comporta en relación al terapeuta atribuyéndole a éste características de sus imagos infantiles, es decir, proyecta en él sus fantasías (Portuondo, 1980, p. 101). Es decir que se produce una actualización de la forma de relación configurada y organizada en el pasado, cargada de amor y de odio en proporciones diversas del paciente hacia la persona del terapeuta.*

De este modo y de acuerdo a Perrés (1994), ya para 1903 está formulado el Método Psicoanalítico en forma definitiva y nombrado como "Dispositivo Psicoanalítico", en donde se evita todo contacto con el paciente, no se le exige que cierre los ojos, etc., y se eliminan todos los residuos de los procedimientos técnicos anteriores. Las modificaciones a partir de aquí serán en relación a la forma de escuchar y de intervenir (p. 125).

Ahora bien, si bien la asociación libre queda fundamentada como la regla principal del Método Psicoanalítico, Freud establece que el otro pilar que diferenciará a este método de cualquier otro procedimiento psicoterapéutico, es la "atención flotante", que sería el correspondiente necesario de lo que se exige al paciente en la asociación libre. Ya que en ésta se exige del terapeuta, fijarse en la totalidad de lo expresado y no se permite elegir o seleccionar determinado contenido, ya que tal selección podría ser de acuerdo a las concepciones o ideología del terapeuta; así con esta actitud, se

desprende de forma natural "la interpretación". Recordando que como defensa, el paciente tiende a olvidar, disociar y separar y es función del terapeuta construir o reconstruir, es decir, contener, vincular e integrar (de acuerdo a las reglas del método psicoanalítica) los fragmentos o indicios expresados.

Como puede observarse, a este respecto cita Ferenczi que la terapia psicoanalítica impone al analista fuertes y contradictorias exigencias, pues tiene que atender al material de su paciente dejando que sus propias fantasías asociativas y recuerdos funcionen libremente, pero tiene que escudriñar y exponer a sus facultades intelectuales los conocimientos obtenidos antes de poder transmitirlos sin peligro al paciente, y que como labor de una disciplina científica, en el trabajo del analista debe seguir siendo imperativo que éste conserve la facultad de oscilar entre el empleo de la empatía y la intuición por una parte y sus conocimientos teóricos por la otra (citado en Greenson, 2001, p. 31); a su vez expone Greenson, que esta capacidad de asociar libremente por parte del analista se adquiere a través de la experiencia de haber sido a su vez analizado de forma exitosa; así para emplear efectivamente el saber teórico en la práctica hay que dominarlo primero intelectualmente (2001, p. 31).

Por el momento es necesario concluir este apartado citando que la teoría y la técnica del psicoanálisis que en su inicio se basaron en los datos clínicos provenientes de la histeria, se consideran actualmente como una terapia causal, que trata de contrarrestar las causas de la neurosis, esto es resolver el conflicto neurótico del paciente reuniendo el Yo consciente con aquellas porciones del Ello, el Superyo y el Yo inconscientes excluidas de los procesos de maduración del resto sano de la personalidad total del paciente.

De esta manera, con un resumen selectivo de los acontecimientos más relevantes del desarrollo del proceso de constitución del Método Psicoanalítico, es posible observar la evolución que se dio para llegar a la constitución del método psicoanalítico, sin

embargo es necesario presentar el capítulo dos y sus apartados para seguir el curso que tomaron estas investigaciones, pues he de recordar que a nivel teórico clínico, el último planteamiento es la Teoría de la seducción, que también será modificada y desarrollada más ampliamente, para dar paso a una nueva noción: la libido, y por otro lado, continuar con el paso del empirismo al de la enunciación del psicoanálisis como una ciencia "natural" con su "Metapsicología".

Capítulo 2. EL MAL LLAMADO “AUTOANÁLISIS” DE FREUD.

*¿qué hombre conoce lo que en el hombre hay,
más que el espíritu del hombre que está en él?*

San Agustín.

En este capítulo lo esencial a tratar del autoanálisis o como lo llamaría Mannoni “el descubrimiento del análisis” de Freud (1979, p. 47), se ubica en función a tres aportes generados de dicho proceso: 1. El descubrimiento de la sexualidad infantil; 2. La primera formulación del complejo de Edipo y... 3. La importancia de los sueños. Para finalizarlo, se exponen los postulados que llevaron al psicoanálisis al plano de las “ciencias naturales”; es decir, el proceso de la sistematización del mismo a través del lenguaje de la Metapsicología.

Para Ellenberger este proceso de análisis en Freud, es reconocido como una “enfermedad creadora”, designándolo así por estar convencido de que cuando alguien cree haber descubierto una verdad universal cuyos dogmas principales se generan de su interior, y establece las bases de un modelo a seguir, se fundamenta en una experiencia personal estricta para su explorador, pero que sirve de modelo para el seguidor; y esta igualdad de patrón tiende a transmitirse de un iniciado a otro, dentro de la misma escuela (1976, p. 993); de manera que el proceso que Freud experimentó, superó y analizó, estableció “un análisis de entrenamiento” conocido como “análisis silvestre” y pronunció sus postulados universales sobre el complejo de Edipo y la raíz de sexualidad infantil de las neurosis.

A su vez, Perrés expone que “Freud, sólo a partir de la posibilidad de vislumbrar su propio inconsciente, en vivo y directo, de enfrentarse a su propio Edipo, a sus recuerdos encubridores, a sus síntomas y a sus resistencias, es que logró empezar a distinguir nuevos observables en sus pacientes y generar conceptos tendientes a dar

cuenta de lo inconsciente; y con ello, fundar el campo del psicoanálisis, como el resultado de haber estado en la única situación en la cual el sujeto puede cambiar de lugar con relación a su propio saber inconsciente y en el cual, también puede modificarse la relación con éste: la situación analítica” (citado en Aguado, 1999, p. 225).

En función de ubicar el proceso del “análisis silvestre” de Freud, es necesario contextualizar con datos históricos genealógicos este campo de reflexión y crisis a modo de entender como es que de este punto de convergencias se establece un modelo a seguir en el trabajo clínico, y como se juegan relaciones de poder basada en supuestos durante el proceso entre paciente y analista.

Es por medio de Breuer que se dio la amistad entre Freud y Wilhem Fliess, misma que comenzó en 1887 cuando este último realizaba una residencia en Viena, y surge entre ellos una identificación narcisista, en donde Freud lo nombra “mi otro yo”, pues reconoce en él, como en un espejo, además de atributos personales, similitudes tales como el medio en el que ambos están (que es el de la pequeña burguesía judía), el mismo oficio, la misma preocupación de asegurarse cada uno en su especialidad y su deseo por mantener una familia joven; en fin, en él encontró una serie de cualidades que lo llevaron a idealizarlo.

De acuerdo a Mannoni el sustento de esta amistad estaba basado de trasfondo en el personaje de Fleischl-Marxow, físico y fisiólogo, asistente de Brücke en el Instituto de Fisiología, por quien Freud había sentido una entusiasta admiración y había estimulado su interés en el trabajo del Instituto (citado en Aguado, 1999, p. 236).

En torno al personaje de Fleischl, cabe citar que Freud contando con 28 años de edad, descubrió la cocaína y experimentó con sus propiedades analgésicas, lo cual lo entusiasmó pues creyó haber encontrada la solución que le daría la gloria y la fortuna necesarias para poder casarse con Martha Bernays su novia.

Popof (1977) cita que Freud consideró que la cocaína era la solución milagrosa a todos los problemas. Este alcaloide era usado por los nativos peruanos para resistir las privaciones del hambre y la fatiga; a Freud le pareció apropiado para emplearlo en las alteraciones cardíacas, y para la fatiga nerviosa debida a la supresión de la morfina; probándola en sí mismo, convirtió su mal humor en euforia, obtuvo mayor rendimiento en sus horas de trabajo y eliminó la sensación de hambre. Glorificado por esto, compartió con Fleischl el uso de ésta, lo que a la larga le causa la intoxicación y la muerte a éste; este episodio culminó en una ola de cocainómanos en Alemania, que fue considerada como "la tercer plaga de la humanidad" (p. 13).

Así con la imagen de Fleischl como un fantasma, Freud conoce a Fliess, médico otorrinolaringólogo de origen judío y sólida posición económica, quien se presentó como un experto investigador en el campo de la sexualidad, y le expuso a Freud sus trabajos sobre "las relaciones entre la nariz y los órganos genitales femeninos, considerándolos en su aspecto biológico"; Fliess al igual que Freud, también mantenía una ambición científica, lo que les llevó a ambos a realizar regularmente un "congreso", facilitado por el hecho de que Fliess aprovechaba las visitas a su familia política para encontrarse con Freud.

Mannoni (1979, p. 44) cita que Fliess adquirió un saber que se podría llamar "delirante", mis mo que expuso en su libro sobre la Terapia de la Neurosis Nasal Refleja, publicado en 1892 en donde resaltaba tres aspectos fundamentales:

- 1. La tesis de que todos los humanos, o seres vivos estaban sometidos a una ley de perioricidad precisa, según el modelo de períodos menstruales.*
- 2. La tesis de que todos los humanos eran fisiológicamente bisexuados.*
- 3. La tesis de que la nariz y los órganos genitales tenían la misma estructura. Freud admiró y adoptó estas ideas como verdades científicas, y no como el delirio de un enfermo, motivo por el cual las aterrizó al plano de la "Teoría de la bisexualidad",*

que sirvió de base a las primeras explicaciones de la homosexualidad y dio surgimiento a la noción de "pulsión parcial" indispensable para los "Tres ensayos sobre la sexualidad" (escritos en 1905).

Mannoni presenta un fragmento de una de las cartas de Freud a Fliess en donde claramente se observa que, de forma explícita Freud hace saber a éste, que es lo que le demanda: "Espero que tengas a bien explicarme tu enfoque del mecanismo fisiológico que opera en las situaciones clínicas que he observado; deseo tener el derecho de presentarte todas mis teorías y todos mis hallazgos respecto de las neurosis; te considero el Mesías encargado de solucionar, gracias a nuevos conocimientos técnicos, el problema que planteo" (1979, p. 32).

Y si Breuer realiza aportaciones significativas para la constitución del método psicoanalítico con su saber, es con Fliess, ante su ignorancia, que Freud realizó los pasos más decisivos, ya que en esta relación analítica, Freud asignó a Fliess el lugar del "sujeto de supuesto saber", es decir, el lugar del analista y ubicándose así mismo como analizante (paciente), con una demanda de un saber; esto por considerarle como el gran maestro, cuyo juicio y aportes eran indispensables tanto subjetivamente como profesionalmente. Pero en realidad, lo que se puso en juego en esta relación fue un "Análisis Silvestre" e irrepetible (un análisis sui generis), ya que aún no existía el psicoanálisis.

Freud escribe a Fliess citando lo siguiente: "Continúo sin saber que me ocurrió. Algo llegado de las profundidades abismales de mi propia neurosis se opone a todo progreso en la comprensión de las neurosis, e ignoró por qué, pero tú estás implicado. Me parece que la imposibilidad de escribir tiene como objetivo inferir en nuestras relaciones. No poseo ninguna prueba de esto y sólo se trata de impresiones

completamente oscuras²⁷”; así, el 7 de julio de 1897 Freud describe la transferencia en términos claros aunque sin reconocerla teóricamente.

Con el paso del tiempo, Freud empezó a desestimar las ideas de Fliess, y conforme avanzó la relación, avanzó también el proceso analítico y los lugares cambiaron; por lo que Freud se permitió realizarle reclamos que causaron malos entendidos y que minaron la amistad. En este proceso Fliess nunca comprendió el papel asignado por Freud, y fue esa incapacidad de saber, lo que puso a Freud en la condición de asumir su propio objeto de deseo y revelar al “Sujeto de Supuesto Saber” en la verdadera condición como “Sujeto en falta”.

De acuerdo a Mannoni (1979), el momento en el que Freud cae en cuenta de su propio “autoanálisis”, lo argumenta en una carta de la siguiente manera: “Mi autoanálisis sigue interrumpido, pero ahora advierto por qué: sólo puedo analizarme a mí mismo mediante las nociones adquiridas objetivamente (como si fuese un extraño); el autoanálisis es en realidad imposible, pues de lo contrario no existiría la enfermedad”(p. 240). Por lo que queda claro que en el análisis la producción siempre es mediada por otro; un gran otro (el analista).

Otro aspecto de la relación entre Freud y Fliess es el de que Freud creyéndose enfermo, pues padecía de seudotrastornos cardíacos, pensó que Fliess como su doctor le ocultaba la enfermedad mortal que lo atacaba, misma a la que ya se había resignado. Pero es más adelante que se reconoció asimismo como un histérico (efecto retardado de una identificación con los enfermos de Charcot) y se curó.

El trabajo con sus pacientes también se entremezcló estrechamente con el que realizaba consigo mismo; y de esta situación se dio cuenta de que se daban en él dos estados de pensamientos diferentes: uno, en el que lograba registrar lo que los

²⁷ Fragmento citado en Mannoni (1979), p. 47.

pacientes le decían durante su trabajo, en donde además le iban surgiendo ideas nuevas pero sin poder reflexionar inmediatamente, sino después de esos momentos; y otro estado en el que obtenía conclusiones y observaciones de las cuales se reservaba cierto interés para otros asuntos; pero entonces se mantenía alejado de las cosas y no se concentraba en los pacientes. También es a través del análisis de un paciente, que Freud encuentra la explicación psicoanalítica a su fobia a los trenes... como una fobia o temor a la pobreza, más bien al hambre, que provenía de su propia glotonería infantil y que había sido despertada por la falta de dote de su mujer, situación de la que citó estar enorgullecido²⁸.

Y siguiendo la oportuna aparición de Marta Bernays (ya esposa de Freud), cabe señalar que en este proceso de autoanálisis de Freud también fue de importancia capital la relación de sus padres y la diferencia de edades entre éstos.

Jacob Freud y Amalia Nathanson, ambos de Galitzia, se casaron en 1855 en Viena; aunque para Jacob este sería su tercer matrimonio; del primero con Saly Kanner, nacen Emanuel y Philip; del segundo matrimonio con Rebecca Freud no se reportaron hijos. Así que es a la edad de 40 años que contrae matrimonio con Amalia, joven vivaz y hermosa; (características que también compartiría Martha, la mujer de la que se enamoró Freud) de 20 años, y quien resultaba ser de la misma generación que sus hijastros.

Esta diferencia generacional fue muy notoria para Sigmund Freud, ya que su padre correspondía a la edad de su nana Mónica Zajic (prácticamente como abuelo); un emparejamiento lógico que de trasfondo intentaba ocultar la rivalidad con éste por el cariño de su madre Amalia (quien tenía cierta predilección afectiva por Sigmund sobre sus hermanos). Y es hasta la muerte de Jacob en octubre de 1896 que Freud inicia el descubrimiento de su complejo de Edipo, el cual se revela como tal en octubre de 1897.

²⁸ Mannoni (1979), p. 47.

Asimismo en la película de "Freud. Pasiones Secretas"²⁹ se observa una escena en donde en un sueño, Freud se ve confrontado a entender el deseo edípico de uno de sus pacientes en relación a la madre de éste y del deseo de muerte del padre (un general); posteriormente en otro sueño igualmente revelador, Freud se ve ante su propio complejo edípico, y empieza a recordar sucesos vividos en su infancia, así como la relación de determinados objetos a éstos; el ejemplo es un brazalete con forma de serpiente que la madre le da una noche en que Freud llora de celos porque su madre, en lugar de acostarse con él se va al cuarto del padre; recuerda también que al verla ponerse el camisón, la deseaba acostada a su lado, con el calor de su cuerpo, y sin embargo, llega el padre y se la arrebató (en realidad la madre se va acostar a otra recámara en donde está su esposo). Así Freud se da cuenta del "complejo de Edipo", y de que en verdad esa era la razón de que él tuviera la falsa idea de que su padre había intentado un abuso en contra de una de sus hermanas.

Ante este descubrimiento Freud escribe: "Es un buen ejercicio ser completamente sincero con uno mismo...Encontré en mí, como por otra parte en todos, sentimientos de amor hacia mi madre y de celos hacia mi padre; y creo que son sentimientos comunes a todos los niños, aun cuando su aparición no sea tan precoz como en los niños que se volverán histéricos"³⁰.

Con esta reflexión, Freud comprendió que los deseos más reprimidos eran aquellos que la moral individual y colectiva prohibían con mayor rigor; es decir, los deseos eróticos basados en el deseo incestuoso y en el deseo de muerte, cuyo recuerdo perdía el hombre adulto; y al analizar esta situación desde la tragedia de Edipo Rey, enuncia el "complejo de Edipo".

²⁹ Huston J (1962). "Freud Pasiones Secretas".

³⁰ Mannoni (1979), p. 50.

Freud tras haber escrito a Fliess la afirmación de ya no creer más en su Neurótica, reflexionó y con el tiempo dedujo que importaba poco si lo que se hallaba era realidad o fantasía; es decir, que dejó de ser relevante el llegar a saber si la "escena originaria" - el espectáculo del coito parental- había sido en realidad presenciado por el paciente o simplemente refabricado a partir de sucesos posteriores o de indicios mínimos; puesto que la fantasía también poseía una realidad, y no cesó en seguir investigando en lo acontecido en la infancia de sus pacientes...Freud siguió afirmando la seducción como el suceso principal hasta presentarlo en su obra "Nuevas aportaciones" (1932), en donde como un hecho casi universal, estableció que en efecto, sí había una seducción a la que prácticamente no escapaba ningún ser humano: los cuidados maternos; en donde los primeros gestos y actitudes de la madre para con el niño estaban necesariamente impregnados de sexualidad. Y lo que supuso ocurría con las pacientes histéricas era que tomando su imaginación como realidad, y a través del proceso de trasposición traducían su deseo en una realidad denominada "fantasía originaria" de seducción, en donde era su propio deseo de seducir al padre al que traducían de manera invertida, en una escena real de seducción por el padre. Y de esta primer falacia (no entendida en la literalidad de mentira), era que la histérica se convertía en la primer víctima, siendo en todo caso, una represión o modalidad de defensa (Laplanche, 1970, pp. 49-50).

En este sentido queda claro el porqué de la cita de Cottet (1982) en donde comenta que Freud abandona su "neurótica" en beneficio del Edipo y la sexualidad, estableciendo en 1900 la "Etiología sexual"(p. 31); y de forma particular, nuevamente Freud conmocionará al mundo al abordar el tema de la sexualidad infantil (sobre la que publicara en 1905), ya que era un tema que la ciencia daba por inexistente, pues consideraba que era hasta la pubertad que se empezaba a manifestar en el individuo la sexualidad por acción misma de la maduración fisiológica del cuerpo, y que toda expresión de sexualidad era precoz y degenerada.

Sin embargo en la labor de Freud se demostró lo contrario, que el comienzo de la función sexual en el niño, era casi simultáneo con el principio de su vida extrauterina.

En este campo Freud amplió el concepto de la sexualidad dando un paso de lo sexual como instinto vital a lo sexual como verdadera perversión universal del instinto; es decir, a una perversión de la función, y desde ésta perspectiva, la antigua definición que se refería a la idea de una sexualidad genital con un fin fijo y un objeto preciso, se vio condenada a ser un concepto obsoleto, pues Freud afirmó una desnaturalización de la sexualidad humana respecto de la animal; señalando como ejemplo, la pérdida del carácter periódico de la excitabilidad sexual; que se sabe específica de la sexualidad animal con el fin de la reproducción.

En el caso del humano, este ritmo natural funcional (del celo) desapareció, mientras que se estableció otro tipo de secuencia; incomprendible sino se apelaba a categorías como las de la represión, la reminiscencia, el trabajo de elaboración; lo que daba base a la idea de un "placer de función". Esto implicaba una apertura hacía el objeto, así es que se pudo pensar en todas las transiciones que no siendo propiamente genitales conducían a la masturbación; los placeres preliminares en el acto sexual y los comportamientos perversos podían ser prácticas totalmente extragenitales que conducían a una excitación sexual en el sentido más estricto, y también lo eran todos los vínculos encontrados en el síntoma neurótico entre el placer no-sexual, y finalmente el goce con un significado sexual...en una palabra, el argumento volvió a ser "la represión" (Laplanche, 1970, pp. 41 -43).

Freud adscribe así a la vida sexual la actuación de aquellos sentimientos afectivos nacidos de la fuente de los impulsos sexuales primitivos, aunque tales impulsos hayan sufrido una inhibición de su fin primitivo sexual o lo hayan cambiado por otro ya no sexual; lo que define por psicosexualidad en donde se resalta el factor anímico de la sexualidad (1972, p. 121).

Freud abogó a esta redefinición de la sexualidad retomando su teoría basada en el “conflicto” que implicaba una dualidad ³¹; señalando así que lo que se oponía a la sexualidad podía tratarse de una pulsión³² denominada de “autoconservación ³³” o pulsión del “yo”; o quizás cita que también podría ser el yo como “organización ³⁴”, y en un último momento de su análisis, la “pulsión de muerte” (pulsiones de las que se detallará más en el tema de Metapsicología).

Así, la pulsión sexual en el hombre se instaura en dos tiempos: en una fase infantil y en una fase puberiana y adulta separadas entre sí por un largo período llamado “latencia”, que presenta una característica que va más allá de la maduración; se trata de un proceso que entraña un ritmo temporal: primera aparición –que se podría llamar prematura- de la sexualidad, eclipse por obra de la represión y nueva captación de antiguas significaciones sobre la base de las posibilidades fisiológicas adecuadas ahora a sus propósitos.

Freud expresó que las primeras evidencias de su hipótesis acerca de la sexualidad en los niños surgían de sus investigaciones analíticas con adultos, y más tarde (a partir de 1908), empezó su investigación con sujetos infantiles, comprobando en ellos directamente su tesis. Resaltó que como resultado de sus estudios halló en el niño la integración de numerosos rasgos de aquello que en el adulto era calificado de

³¹ Dualidad expresada por Platón en el Filebo como una primera teorización del principio del placer-displacer así como de la anticipación clara del carácter restaurador de un equilibrio previo que tienen las funciones del organismo (citado Braunstein, 1983 p. 15).

³² La pulsión es un representante de lo orgánico en el campo de lo psíquico, que indica que hay una exigencia de trabajo (Freud citado en Braunstein, 1983 p. 14). Más adelante se detallará con más precisión los componentes de la pulsión.

³³ Existen pulsiones sexuales y pulsiones del yo o de autoconservación, las primeras son numerosas, brotan de varias fuentes orgánicas, al inicio, antes del nuevo acto psíquico actúan unas con independencia de otras, luego se reúnen, según las etapas libidinales; por otro lado, existe el supuesto de que el yo, pensando que no este presente desde el comienzo en el individuo como unidad comparable al yo, se va desarrollando tomando como base o punto de origen a las pulsiones autoeróticas, que como nueva acción psíquica también es importante para que el narcisismo se construya (Ayala, 1995 pp. 105-107).

³⁴ En todo individuo se supone una organización coherente de sus procesos psíquicos a la que se considera como Yo; éste integra la conciencia, la cual controla el acceso a la motilidad (escribir, la descarga de las excitaciones en el mundo exterior), siendo aquella la instancia psíquica que fiscaliza todos sus procesos parciales, y aún abrumada durante la noche, ejerce a través la censura onírica.

“perversión”, por lo que, en este sentido el niño fue conceptualizado como “perverso polimorfo” (Freud, 1905, p. 1193).

Por otro lado, desarrolló la noción de “libido” y la evolución de la misma, a la cual conceptualizó como la manifestación dinámica en la vida anímica del instinto sexual, la cual se compone de instintos parciales que paulatinamente van uniéndose para formar determinadas organizaciones; y las fuentes de estos instintos parciales son los órganos somáticos, especialmente ciertas zonas erógenas. Estos instintos parciales tienden al principio independientemente unos de otros a la satisfacción, pero en el curso de la evolución quedan más sintetizados y centrados.

Bleichmar expone que en psicoanálisis, se reemplaza el desarrollo de las teorías genéticas evolutivas por la teoría de las fases libidinales que marcaran el desarrollo sexual infantil; sin embargo antes es conveniente señalar que se define como la libido, por parte de Bleichmar. Esta es una tendencia, una fuerza, generada en el psiquismo que tiende a la resolución del placer. Las fases libidinales deben ser tomadas así, como el producto complejo de relaciones con los objetos primarios a través de las fantasías e identificaciones que estas relaciones establecen.*

Cada fase libidinal marca una etapa de desarrollo del niño caracterizada por una organización de la libido bajo la primacía de una zona erógena (esto es, un sector de la piel o de las mucosas en el que las estimulaciones de cierta clase provocan una sensación placentera de determinada cualidad), y por el predominio de un modo de relación con el objeto:

a). La primera es la fase oral, la de la organización libidinal que se extiende en las primeras etapas de la vida y que aparece colocada bajo la primacía de

** Esta descripción de las fases libidinales de Silvia Bleichmar pertenece al material de circulación interna de CCH, por lo que carece de año de edición.*

la zona erógena bucal; es decir, que se caracteriza por la obtención del placer por la zona de la boca.

La satisfacción sexual se realiza en forma simultánea con la actividad autoconservadora, que es la que relaciona al niño con el mundo exterior (doble función enunciada por Freud). La pulsión sexual parcial se separa pronto de la nutritiva y busca independientemente su satisfacción. El chupeteo se rige por una búsqueda de placer y no se sirve de un objeto ajeno, sino que utiliza su propio cuerpo logrando así dos zonas erógenas, la piel y los labios.

Esta acción de chupeteo es un modelo de la satisfacción sexual infantil caracterizado por tres puntos:

- 1. La satisfacción que va apuntalándose en una de las funciones corporales importantes para la vida.*
- 2. Es auto-erótica porque todavía no conoce objeto sexual y...*
- 3. Se encuentra bajo el imperio y dominio de una zona erógena.*

La etapa oral se compone de dos períodos, uno pasivo o de succión, cuya satisfacción está dada por el chupeteo. El segundo período es el activo o canibalístico en donde la forma del placer cambia con la aparición de los dientes, sustituyendo el placer del chupeteo por el placer de masticar y devorar; una primera forma activa de la pulsión agresiva. Es la madre quien aporta esta aparición de la agresividad, pues de cuerdo a como sea vivido por ella este proceso, funcionará modelando y remodelando las características del vínculo con el objeto.

b). En la fase anal se despliegan tendencias opuestas que atraviesan la vida sexual cuya característica es no ser aún ni masculina ni femenina, sino por

ubicarlas dentro del orden de lo activo y lo pasivo; en donde la actividad producida por la pulsión de apoderamiento se da través de la musculatura del cuerpo y tiene como órgano de la meta sexual pasiva la mucosa erógena del intestino.

Continua Bleichmar citando que el control de los esfínteres sitúa el primer descubrimiento de una situación de ambivalencia, ya que los excrementos son vividos como objetos valiosos, partes del cuerpo propio, de los cuales al niño le costara trabajo desprenderse y la respuesta al pedido de control por parte de la madre será considerada por parte del niño como una forma de recompensa, de regalo, signo de entendimiento; así como la negativa a este control será una forma de rehusarse a someterse a los deseos de la madre; este fuerte oposicionismo puede marcarse como un rasgo de carácter.*

Las características de esta fase son: el placer fijado al tracto intrainestinal y a los esfínteres anales, y estará relacionado con el poder efectivo sobre la madre a la que el niño recompensará o no. La prohibición a jugar con las heces fecales en el nombre del asco (producido en el adulto), la expulsión a horas fijas, a menudo con esfuerzo, el no jugar a la retención con el consiguiente de placer que podría producirle constituye una renuncia ; pero esta renuncia a un placer se produce a cambio de otro el cual está constituido por el reconocimiento amoroso de la madre y la identificación con los adultos.

Sin embargo el modo de relación inaugurado en la relación con los excrementos no puede desaparecer, por lo cual el niño debe encontrar sustitutos sobre los cuales desplazar esta modalidad. Si debido a razones de

** Esta descripción de las fases libinicales de Silvia Bleichmar pertenece al material de circulación interna de CCH, por lo que carece de año de edición.*

oposiciones o por estreñimiento fortuito, el niño retiene sus excrementos, los adultos pueden hacer uso de supositorios, lavativas, enemas u otros modos que serán significados de una agresión anal, que producirá una satisfacción erótica de seducción pasiva, situación placentera y dolorosa que llevará a una ambivalencia afectiva que puede dar origen a formas de masoquismo, por lo que es necesario que el niño reciba una educación favorable que le permita encontrar sustitutos a sus materias fecales en relación a estas conductas.

c). La fase fálica que va aparecer entre los tres y cuatro años aproximadamente, sobreviene el desprendimiento por las heces fecales; y el niño centra su interés en las zonas erógenas fállicas (pene o clítoris según sea el caso), cuya causa puede ser la excitación natural de la micción y los tocamientos repetidos durante el aseo; además de que los niños empiezan a tomar en cuenta la diferencia anatómica de los sexos; sin embargo; esta etapa se entiende mejor a través del complejo de Edipo, por lo que es importante como señala Bleichmar (1984) diferenciar entre el "complejo de Edipo" como algo que vive subjetivamente alguien y el "Edipo" como una estructura en la que se da el complejo de Edipo.

El complejo de Edipo se puede considerar estructurante del sujeto como consecuencia de la sexualidad que se desarrolla en una situación edípica y los deseos incestuosos y hostiles; (más adelante en su teoría del "parricidio"³⁵) de la horda primitiva, Freud establecerá que al igual que el complejo de Edipo, este acto de matar al padre compartirá los mismos dos deseos prohibidos: el incesto y la muerte del padre; con la diferencia de que el complejo de Edipo es una fase constitutiva de la personalidad del sujeto, y en Tótem y tabú (1912), el asesinato del padre y sus resultantes dan origen a la formación de

³⁵ Esta Teoría del parricidio aparece citada con detalle en los anexos correspondientes a este apartado.

las instituciones de la vida civilizada que Assound cita como “la escena originaria de la humanidad”).

Este complejo también es estructurante porque contribuye a la constitución del inconsciente; no lo funda ya que según Freud, es la “represión primaria” la que lo hace. Plantea así mismo “la salida del Edipo” con las identificaciones, y como consecuencia de éstas surge el Superyo (pp. 2-9).

Freud³⁶ estableció que este complejo es vivido por el niño entre los tres y cinco años de edad, durante la fase fálica; y que su declinación marca la entrada en el período de latencia. Aunque después experimenta una reviviscencia durante la pubertad, y es superado con mayor o menor éxito dentro de un particular tipo de elección de objeto.

Por su parte, la libido va perdiendo su carácter objetivo genital inmediato, para dirigirse especialmente a perfeccionar las cualidades de sublimación del sujeto, ya que las energías instintivas de los impulsos sexuales son aprovechadas durante esta época para la estructuración del yo.

Freud explicó en su ensayo “La sexualidad infantil”, que en esta fase sea parcial o total, se van articulando los elementos anímicos que más tarde se presentaran como inhibiciones en el camino de la pulsión sexual y la minaran con afectos como el asco, la vergüenza, los reclamos en el orden de lo estético y lo moral gracias a la educación.

Las mociones sexuales infantiles, cuyo flujo no ha cesado, desvían el uso sexual de la energía total o la mayor parte hacia otros fines (la “subliman”), pues las funciones de la reproducción están diferidas (carácter principal de

³⁶ Citado en Laplanche (1981), p. 62

esta fase); por otra parte, éstas serían perversas, pues partirían de zonas erógenas que dado su desarrollo sólo provocarían sensaciones displacenteras; por eso se suscitan fuerzas anímicas contrarias que construyen para la eficaz sofocación de ese displacer los afectos de asco, vergüenza y moral (1905, p. 1196).

d). La latencia se caracteriza por ser una fase en donde se da la adquisición de los conocimientos necesarios a la lucha por la vida; este aspecto cultural implica que la represión del interés sexual erótico va a permitir a la personalidad liberada desplegar su actividad consciente y preconscious en la conquista del mundo exterior.

El complejo de Edipo será progresiva y enteramente disociado, y el tabú de incesto será integrado a la vida imaginaria. Así, cuando el niño experimente los estados afectivos y eróticos que anuncian la pubertad y la masturbación terciaria, en lugar de vivíros como algo pecaminosos los expansionará y podrá lograr su libertad sin timidez.

e). Ya en la pubertad, de acuerdo a lo descrito por Freud en "las metamorfosis de la pubertad" se introducen los cambios que levantan a la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva; aquí la pulsión sexual encuentra al objeto sexual; todas las pulsiones parciales se integran y todas las zonas erógenas se subordinan al primado de los genitales.

Para el varón la nueva meta consiste en la descarga de los productos genésicos, acto final del proceso sexual que se pone ahora al servicio de la reproducción.

La pubertad que para el varón trae el gran empuje de la libido, se caracteriza para la mujer por una concentración de represión que afecta a la sexualidad del clítoris; y es más tarde cuando el acto sexual es permitido, que el clítoris es excitado y así éste debe retransmitir esa excitación a las partes femeninas vecinas. Y cada que la mujer logra transferir la estimulación erógena del clítoris a la vagina, ha mudado la zona rectora para su práctica sexual posterior (1905, p. 1197).

Así en la sucesión-integración de cada una de estas fases libidinales es que Freud presupone la constitución del "sujeto psíquico"; y es también este sustento teórico el que sirve a Freud para explicar la teoría psicoanalítica de las neurosis en función de hablar de fases no superadas; así desde esta postura, clasificó el conflicto neurótico en "neurosis de transferencia" y "neurosis narcisistas". Las primeras que corresponden a las llamadas clásicamente psiconeurosis (o neurosis), y que son la histeria (por lo que es con el nombre de "neurosis" que sustituirá al de histeria en sus casos clínicos), y neurosis obsesivo-compulsiva; también se encuentran entre éstas, las denominadas "neurosis actuales" que son la neurastenia, la neurosis de ansiedad y la hipocondría. Las neurosis narcisistas son lo que hoy se conoce por psicosis. Freud explicó que en las neurosis de transferencia había una deformación de las relaciones del sujeto con los objetos de la realidad; mientras que en las narcisistas había una pérdida de la realidad, y la vida afectiva del sujeto se realizaba en un mundo creado por la irrupción del inconsciente en la conciencia. Asimismo, en las neurosis de transferencia se puede transferir la carga emocional al terapeuta, y establecerse el fenómeno de transferencia afectiva, siendo por esto accesible a la curación psicoanalítica. En cambio en las neurosis narcisistas, como el sujeto ha retirado su libido del exterior, concentrándola toda en su mundo interno, creando su espacio sin relaciones de objeto, resulta imposible, de acuerdo con estos conceptos clásicos, el que pudiese transferir

sus afectos al psicoanalista, por lo que se le considera inaccesible al tratamiento psicoanalítico (Portuondo, 1980, p. 49).

En “La sexualidad en la etiología de las neurosis” de 1898, Freud explicó que en las psiconeurosis los factores desencadenantes se viven en la infancia, mientras que en las neurastenias, estos factores se presentan de forma actual, es decir, al llegar la madurez genésica. Así es entonces que la neurastenia queda clasificada en dos tipos: una nombrada como tal “neurastenia” y la otra como “neurosis de angustia”; la primera se deja reconducir siempre a un estado del sistema nervioso como el que se adquiere por masturbación excesiva, o el que engendran las poluciones frecuentes; y en la neurosis de angustia generalmente se hallan unos influjos sexuales que tienen en común el factor de la contención o la satisfacción incompleta como sucede en el coito interrumpido o en la abstinencia; existiendo una viva libido, la llamada excitación frustrada. Y la regla general es que la angustia³⁷ es libido desviada de su empleo normal (p. 261).

En la presentación de un “cuadro resumen” Portuondo esquematiza el desarrollo de la libido y el padecimiento que genera la fijación en una de estas fases libidinales (1980, p. 53):

<i>Etapas de la organización libidinosa.</i>	<i>Etapas del desarrollo del amor objetal.</i>	<i>Punto dominante de fijación.</i>
<i>1. Primera etapa oral (de succión).</i>	<i>1. Autoerotismo (sin existencia de objeto).</i>	<i>1. Ciertos tipos de esquizofrenia (estupor).</i>
<i>2. Segunda etapa oral (sádico-oral, canibalística).</i>	<i>2. Narcisismo, incorporación total del objeto.</i>	<i>2. Trastornos maníaco-depresivos (adicciones, impulsos mórbidos).</i>
<i>3. Primera etapa sádico-anal.</i>	<i>3. Amor parcial.</i>	<i>3. Paranoia. Ciertas neurosis.</i>
<i>4. Segunda etapa sádico-</i>	<i>4. Amor parcial.</i>	<i>4. Neurosis obsesiva-</i>

³⁷ Portuondo (1980), especifica que el término de ansiedad se refiere a la esfera psíquica exclusivamente, y el de angustia incluye síntomas físicos funcionales (p. 5).

<i>anal.</i>		<i>compulsiva.</i>
5. <i>Etapa fálica.</i>	5. <i>Amor objetal limitado por el predominante complejo de castración.</i>	5. <i>Histeria.</i>
6. <i>Etapa genital.</i>	6. <i>Amor.</i>	6. <i>Normalidad.</i>

Respecto a la histeria, Portuondo cita que existe una fijación³⁸ de la libido a la etapa fálica, de ahí la frecuencia en los hombres histéricos a padecer diversos trastornos de impotencia sexual y que las mujeres histéricas tiendan a la frigidez. Al no poderse completar la evolución de la libido hasta la madurez genital con una sana relación de objeto heterosexual, la perturbación produce la citada fijación fálica.

Así en el caso particular de la neurosis obsesivo-compulsiva existe una fijación o regresión a la etapa anal; lo que permite la formación de diversas formaciones reactivas. En donde la gran agresividad reprimida se manifiesta por ejemplo en actos llenos de rituales, dogmatismos y manías. Finalmente expone que en la hipocondría, el sujeto muestra una exagerada atención sobre uno o varios de sus órganos, y constantemente está preocupado con su salud; en este trastorno el concepto clásico es de que la libido no tenía salida por canales normales y entonces se concentra en los órganos produciendo tensión y preocupaciones hipocondríacas; aunque actualmente se considera ya como un síndrome y no como neurosis actual (1980, pp. 50-52).

Como pudo observarse, en este apartado se citó cómo a partir de las investigaciones acerca de la génesis de la neurosis, Freud propuso la constitución psíquica del sujeto (en lo individual y en lo social), a través de las fases de la libido; sin embargo esta cuestión clínica no terminó en este aporte teórico, sino que llevó a Freud a crear la que será su más grande obra: “La interpretación de los sueños”; ya que en ella descubre

³⁸ *La “fijación libidinal” es cuando la evolución de la libido ha quedado detenida en alguna de sus etapas, es decir, cuando el sujeto no ha logrado pasar satisfactoriamente por cada una de las fases libidinales. Y cuando se habla de “regresión” se refiere a lo que ocurre cuando el sujeto, al encontrarse frente a conflictos emocionales que no puede superar, por ser intensos, se ve obligado a regresar a una de las etapas libidinales anteriores en la que había encontrado su máximo placer o menos sufrimiento, y cuya situación le evitará gran parte de los problemas actuales.*

al mundo, la forma de acceder a lo inconsciente a través de la interpretación onírica que como vía le permitió llegar a los afectos y pensamientos reprimidos por los neuróticos; y más aún, este descubrimiento le facultó al psicoanálisis pasar del mundo de la patología al mundo de la normalidad, ya que concedió importancia a un acto psíquico que durante mucho tiempo fue despreciado: el sueño, el cual gracias a Freud dejó de ser un enigma. Así que para continuar con el esquema propuesto para esta tesis, presentó el siguiente capítulo.

2.1. La interpretación de los sueños.

*“y desperté del sueño en
que como niño dormido estaba”
Pedro Calderón de la Barca.*

En el período comprendido entre 1895 y 1900, Freud dedicó su esfuerzo a profundizar más en el entendimiento del síntoma neurótico, con la finalidad de descubrir su sentido. En este contexto teórico-clínico (al que se añade significativamente el proceso de su autoanálisis), es en donde Freud empieza a comprender el valor del sueño como medio de acceso al material oculto en el Inconsciente.

Robert (1964) comenta que las neurosis le habían revelado a Freud la importancia del sueño y que a su vez, el sueño le dio la clave de las neurosis; pero para llegar a esta interpretación onírica, evolucionó el procedimiento de trabajo clínico de análisis psíquico a la técnica de las asociaciones libres; y desde el momento en que la libertad de las asociaciones se convirtió en la regla, los pacientes comenzaron a contar espontáneamente sus sueños; de modo que Freud se vio obligado a tratar las

producciones de la vida nocturna como hacía con los demás síntomas evocados en el relato del enfermo (pp. 142-145).

Como puede observarse, esta idea nos lleva a abordar la importancia de los sueños en dos niveles nuevamente interrelacionados: el del mundo personal de Freud y el del aporte teórico-clínico para la formulación de su postulado onírico, y la realización de su obra maestra “La interpretación de los sueños”.

En este apartado como en otros anteriores se está nuevamente frente al Freud que se motiva y aventura más allá de los límites de lo establecido y lo estudiado; que lleva al sueño de la concepción poética y filosófica-médica a la concepción del sueño como camino para entrar al mundo interno patológico del paciente, y retornar sobre el mismo con el conocimiento acerca de la construcción psíquica de la enfermedad del sujeto.

Robert (1964) continúa explicando que otro hecho de observación clínica que había alentado a Freud en su investigación, fue que existía una analogía entre el sueño y los estados alucinatorios propios de ciertas afecciones mentales, como la psicosis alucinatoria aguda (amenita de Meynert). Pero uno de los aspectos más importantes contenidos en el libro de “La interpretación de los sueños”, es el material que Freud obtiene del análisis de sus propios sueños; análisis que en ese momento era sistemático, pues el proyecto de la obra coincidió con una crisis, la de la muerte de su padre, que lo tenía sumergido en un estado interior muy doloroso (pp. 142-145).

A este respecto Anzieu (1959) cita que el padre de Freud, gravemente enfermo desde hacía varios meses, murió el 23 de octubre de 1896. A la noche siguiente al funeral, Freud soñó que estaba en un local donde se leía un anuncio: “se ruega cerrar los (un)

ojo (s)". Así Freud comprendió que en el sueño, en el texto de se ruega cerrar los ojos, había una connotación de reproche hacia sí mismo. Se dio cuenta entonces de lo mucho que su padre había significado para él. Más a menudo tenía sentimientos de culpabilidad por la hostilidad de que le había hecho objeto (citado en Ellenberger, 1976, p. 509).

El mismo Freud expone en su libro de los sueños, en el capítulo de La elaboración onírica, respecto de este sueño, que cada uno de los dos textos (Se ruega cerrar los ojos y Se ruega cerrar un ojo) poseía un sentido particular en la interpretación; y explica este último citando que para el entierro y funeral de su padre eligió el ceremonial más sencillo posible; pero otras personas de su familia no estuvieron de acuerdo y opinaban que tal sencillez los avergonzaba frente a los asistentes. Razón por la cual el texto de se ruega cerrar un ojo, pide que sean más indulgentes con las debilidades de los demás (1900, p. 343).

Mannoni (1979) por su parte comenta que es en 1895, que Freud comenzó a comprender sus propios sueños, pues cuatro meses antes del abandono de la teoría del trauma, la percepción del drama edípico se anunció en un sueño del que relata lo siguiente: "Recientemente soñé con sentimientos más que tiernos hacia Matilde (su hija) pero se llamaba Hella, y luego vi la palabra 'Hella' dibujada en grandes caracteres. La explicación encontrada fue que: una sobrina americana, cuya fotografía recibimos, tiene ese nombre. Matilde tendría que haberse llamado Hella, por todo lo que recientemente ha llorado por las derrotas griegas. El sueño muestra evidentemente la realización de mi deseo; el de constatar que es el padre el promotor de la neurosis. Esto pone fin a las dudas que aún persistían"; después de despertarse las dudas persisten pues contienen el temor de que este sueño revele un deseo por Matilde; pero si revela otro deseo; deseo de que la teoría del trauma sea verificada, que resultaría más tranquilizador (p. 49).

Otro sueño importante, acontecido un año antes del sueño de su padre en 1895, y que para Freud constituyó su primer análisis completo, fue el del sueño de la inyección de Irma³⁹, con el cual fundó su método interpretativo; además de que una vez llevada a cabo la interpretación, el sueño se le reveló a Freud como “la realización de deseos”.

El sueño como un acto psíquico complejo, se convierte en el producto de la actividad de la censura⁴⁰ sobre los contenidos inconscientes displacenteros conocidos también como “huellas mnémicas”; que tratan de manifestarse o hacerse conscientes durante el dormir.

Explicó Freud que el sueño se compone de un contenido manifiesto y otro latente, explicándolo de la siguiente manera: con auxilio de una cierta técnica muy semejante a la de la asociación libre. Llegamos desde su contenido manifiesto, a un sentido secreto del sueño, o sea a las ideas latentes del mismo; este sentido latente es siempre impulso optativo, que es representado como cumplido en el presente; pero, salvo en los niños pequeños, o la presión de necesidades somáticas imperativas, éste secreto no puede ser jamás expresado en forma reconocible; tiene que someterse antes a una deformación, que es obra de fuerzas restrictivas y censoras dadas en el yo del sujeto. De este modo nace el sueño manifiesto, tal como es recordado al despertar, deformado hasta resultar irreconocible por las concesiones a la censura onírica; pero que el análisis puede desenmascarar y revelar como una expresión de una satisfacción o del cumplimiento de un deseo, como una transacción entre dos grupos de tendencias anímicas en pugna, idénticamente a como descubrimos que sucedía en el síntoma histérico” (1940b, p. 2735).

³⁹ Dado que considero básico citar este sueño y su trabajo de interpretación onírica por ser el primero sometido a este proceso, en los anexos del apartado 2.1 se encuentra descrito el mismo.

⁴⁰ La censura no deja pasar sino lo que es agradable, y rechaza los deseos, y de forma más severa a los deseos eróticos, en los que Freud descubre el deseo del deseo del incesto y el deseo de muerte.

Es decir, que el contenido manifiesto es lo que la persona recuerda haber soñado, es el sueño escenificado, es decir, es el contenido del que se es consciente; generalmente este contenido resulta estar disfrazado por la censura que el paciente no experimenta angustia alguna, salvo en los casos en los que el contenido sea tan intenso que la censura no logre deformarlo lo suficiente. El contenido latente es el aspecto más profundo del sueño y sobre el que versa la interpretación psicoanalítica. Este contenido es el que, al tratar de expresarse, es deformado por la censura convirtiéndose en contenido manifiesto; por lo que para su interpretación se debe usar principalmente la asociación libre del paciente y, en último caso, la interpretación directa de su simbolismo.

Así, en el estudio de los sueños se debe tener en cuenta primeramente a “los restos diurnos” del paciente, los cuales se forman con aquellos sucesos que han ocurrido el mismo día, o muy cerca al día en que el paciente soñó. Estos restos sirven como estímulo para que otros contenidos más importantes y reprimidos del inconsciente se expresen a través de ellos. Por eso se cree que detrás del contenido manifiesto hay que buscar siempre el contenido latente del sueño (Portuondo, 1980, p. 64).

En función de esta relación entre contenido latente y manifiesto los sueños se dividieron en tres categorías:

- 1. Los sueños claros y razonables, que parecen tomados directamente de la vida consciente; son frecuentes, breves y sin gran interés porque no tienen nada que conmueva la imaginación. No obstante su carácter de sueño es indudable, pues nunca podrían confundirse con elaboraciones del estado de vigilia.*
- 2. Este grupo lo conforman los sueños razonables cuyo sentido, aunque perfectamente claro, no deja de sorprender porque nada en el soñante justifica semejantes preocupaciones; son aquellos que generan preguntas al despertar tales como ¿De dónde puede venirme esa idea?.*

3. *El tercer grupo comprende los sueños que han sugerido a los clínicos la idea de una actividad psíquica reducida e inútil: son absurdos e incoherentes. Y son los que encierran los enigmas cuyo sentido logra penetrar el análisis sustituyendo el contenido manifiesto por el latente del texto onírico (Robert, 1964, pp. 152-153).*

La distinción entre contenido manifiesto y contenido latente no tiene desde luego significación más que en los sueños del segundo y tercer grupo, especialmente en éstos últimos; con respecto a los sueños del primer grupo, son sueños en donde el contenido latente coincide con el manifiesto (es decir, donde no hay elaboración), y generalmente a este género pertenecen los sueños de los niños, pues realizan deseos estimulados durante el día y no cumplidos; son simples y francas realizaciones de deseos (ver en anexos, algunos ejemplos citados por Freud); sin embargo hay sueños infantiles que se complican y se sutilizan, pero que no se alejan en su solución al cumplimiento de un deseo. En los adultos este tipo de sueño suele ser de breve contenido (Freud, 1900, pp. 17- 19).

Como consecuencia a su planteamiento del proceso onírico, Freud estableció que el trabajo del sueño es el proceso de transformación del sueño latente en sueño manifiesto (por lo que el trabajo del análisis lo rehace exactamente en sentido inverso), y que los sueños se rigen al igual que el otros procesos psíquicos por el principio de economía, asentando que el sueño no predice nada, sino que expresa un deseo cuya realización asegura de inmediato.

De acuerdo a esta formulación del sueño como una satisfacción (disfrazada) de un deseo (reprimido), define la esencia del sueño y lo inscribe así en sus conceptos de la pulsión y descarga; es decir, como un proceso de descarga de estímulos pulsionales cuyo trasfondo hay que buscarlo en el mundo del cumplimiento de los deseos infantiles.

Propuso dividir los sueños en aquellos que mostraban francamente la realización de deseos, especialmente los infantiles, y aquellos otros en los que la censura provocaba que apareciesen disfrazados, ofreciendo diversas interpretaciones a los casos que parecían constituir excepciones a la regla; por ejemplo, aquellos sueños en los que la no realización de un deseo significa la realización de otro; también plantea la posibilidad de la coexistencia de varios sentidos en los sueños, de modo que podrían juxtaponerse varias realizaciones de deseos, o habla de los sueños como defensa frente a la angustia en aquellos sueños angustiosos que provocaban el despertar del soñante. De cualquier modo, sobre su procedencia tampoco deja lugar a dudas, habla del origen inconsciente e infantil del deseo representado en el sueño (Freud, 1900, p. 546,).

Esta concepción condiciona su visión sobre el papel del resto diurno en la formación del sueño. Para Freud, los deseos insatisfechos de la vigilia contribuyen a provocar el sueño, pero no pueden formarlo por sí solos, para ello siempre sería necesaria su conexión con deseos inconscientes.

En este sentido los restos diurnos son, en todos los casos, de una importancia secundaria, siendo la fuerza pulsional inconsciente el motor de la formación del sueño. Freud habla de los tipos de restos diurnos, según sean conscientes, insatisfechos, o reprimidos. En cualquiera de los casos, les atribuye el papel de meros desencadenantes o acompañantes de los deseos inconscientes infantiles, "imagino que el deseo consciente sólo se constituye en estímulo del sueño cuando consigue despertar un deseo inconsciente de efecto paralelo con el que reforzar su energía" (Freud, 1900, citado en Méndez e Iceta, 2002, pp. 1-6).

Otras de las características del sueño enunciadas por Freud fueron: la relación sueño-vigilia que ya se citó en referencia a los "restos diurnos", la memoria, en donde se aceptó la hipótesis de que el sueño reproduce o recuerda lo vivido durante la vigilia; aunque en ocasiones de forma simbólica, ya que hay sueños que no se recuerdan haber

sido vividos realmente nunca. Se encuentran también los sueños hipermnésicos donde se sueña algo vivido pero que había sido olvidado por la conciencia, por ejemplo los sucesos de la infancia. También sucede que en el sueño se recuerdan los acontecimientos triviales y no los considerados importantes durante la vigilia.

Consideró también a los estímulos y fuentes y citó que las causas de la perturbación del sueño, esto es, las fuentes de los sueños, pueden ser de muy distinta naturaleza, y que tanto las excitaciones físicas como los sentimientos anímicos son susceptibles de constituirse en estímulos oníricos. La totalidad de las fuentes oníricas puede dividirse en cuatro especies; división que ha servido de base para clasificar los sueños: excitación sensorial externa (objetiva), excitación sensorial interna (subjetiva), estímulo somático interno (orgánico) y fuentes de estímulo puramente psíquicas (Freud, 1900, p. 77).

Con respecto a la primera fuente, Freud (1900) estableció que cuando se llega a conciliar el reposo, aunque no sea total, ya que no se puede mantener a los órganos sensoriales lejos de todo estímulo, ni tampoco suprimir en absoluto su excitabilidad, se considera como fuente de éstos, a los estímulos sensoriales que llegan a los órganos durante el reposo; entre estos existe toda una amplia serie, desde los inevitables, que el mismo estado de reposo trae consigo o a los que tiene ocasionalmente que permitir el acceso; hasta el casual estímulo despertador, es susceptible de poner fin al reposo (p. 76), un ejemplo de esta clasificación es cuando alguien sueña que es golpeado, cuando que en la realidad otra persona le está sacudiendo el brazo.

La segunda fuente de excitaciones subjetivas poseen en calidad de fuentes de las imágenes oníricas, la ventaja de no depender, como las objetivas de causalidades exteriores; se hallan por decirlo así, a la disposición del esclarecimiento del sueño siempre que para ello se necesitan. Pero en cambio, presentan, con respecto a las excitaciones sensoriales objetivas, el inconveniente de que su actuación como estímulos oníricos no resulta susceptible –o sólo con grandes dificultades- de aquella

comprobación en la observación que el experimento nos proporcionan en las primeras. El poder provocador de sueños de estas excitaciones se ha demostrado en las llamadas alucinaciones sugestivas, como fenómenos visuales fantásticos que consisten en imágenes con frecuencia muy animadas y cambiantes...para su génesis es necesaria cierta pasividad anímica, un relajamiento de la atención (p. 86); un ejemplo es que cuando el sujeto siente hambre sueña que está en un desierto sin alimentos.

Con respecto a la tercera fuente describió Freud que habiendo emprendido la labor de buscar las fuentes oníricas dentro del organismo...habrá de recordar que casi todos los órganos internos, que en estado de salud apenas dan noticia de su existencia, llegan a constituir durante los estados de excitación o de enfermedades, una fuente de sensaciones, dolorosas en su mayoría, equivalentes a los estímulos de las excitaciones dolorosas y sensitivas procedentes del exterior (p. 88); el ejemplo se observa como en casos como en el que una señora que constantemente tenía pesadillas se encontraba enferma del corazón, lo que daba origen a tales pesadillas. Con respecto a la cuarta clasificación explicó que era la más importante para su trabajo de análisis, además de citar que era la más difícil de comprobar.

Ahora bien, en cuanto al olvido del sueño, el cual se debe a la censura, Struempell estableció que hay varios motivos: los sueños se olvidan por la debilidad de las sensaciones oníricas, siendo recordadas las más enérgicas. También se olvidan porque en el sueño las imágenes están inconexas, no hay lazos asociativos entre ellas que favorezcan la retención mnémica. Y un último factor es el poco interés que se le otorga al sueño (Freud, 1900, p. 98).

Para que una impresión sensorial quede reconocida o exactamente interpretada e incluida en el grupo de recuerdos al que, según toda nuestra experiencia anterior pertenece, es necesario que sea suficientemente fuerte, precisa y duradera y que, que si disponga de tiempo para realizar la necesaria reflexión (Freud, 1900, p. 83)

Otra característica es que el sueño opera con imágenes involuntarias (y no con conceptos voluntarios como en la vigilia). Son además imágenes alucinatorias, ya que creemos estar viviéndolas realmente. Son también habitualmente imágenes incoherentes, absurdas y contradictorias (p. 102).

Asimismo el sueño se distingue por la regresión, y en este sentido el sueño se opone a muchas de nuestras actividades de la vigilia. En el estado de vigilia se va desde lo sensorial, desde la huella mnémica, hacia el polo motor; por ejemplo, una emoción o una idea suscita una acción. En el sueño ocurre a la inversa, habiendo una regresión del polo motor hacia la huella mnémica.

Este mismo proceso regresivo se puede tener incluso despierto, como por ejemplo cuando se recuerda algo (se va hacia la huella mnémica). Lo que en el sueño sucede es lo siguiente: la excitación toma un camino regresivo, y en lugar de avanzar hacia el extremo motor del aparato, se propaga hacia el extremo sensible y acaba por llegar al sistema de las percepciones, produciendo alucinaciones. En los síntomas neuróticos aparecen también fenómenos regresivos.

Como un aporte más que se generó del análisis de sus propios sueños, y los sueños de sus pacientes en sus experiencias en el tratamiento de los fenómenos neuróticos, fue que Freud estaba convencido de que las leyes particulares que regían el funcionamiento inconsciente eran muy diferentes de aquellas que regían en los fenómenos conscientes.

Desarrolló así, los mecanismos de formación de los síntomas y los mecanismos que subyacen a los sueños; generando una igualación de los sueños con los síntomas neuróticos en lo que respecta a su función, a sus mecanismos o a su consideración como fenómenos de transacción o compromiso.

Con todo ello, concluyó que las leyes del funcionamiento mental inconsciente se rigen por lo que denominará el proceso primario; proceso por el cual la energía psíquica fluye libremente de una representación a otra mediante los mecanismos de desplazamiento y condensación.

En cuanto a la elaboración onírica la describió como un mecanismo por el cual las ideas latentes (lo más importante del sueño) son disfrazadas o transformadas en otro código: el contenido manifiesto. Mediante la elaboración entonces lo latente aparece disfrazado en lo manifiesto, tarea que se lleva a cabo mediante los siguientes mecanismos:

- a. La Dramatización o Concretización, la cual proviene del hecho de que en los sueños no existen pensamientos abstractos, sino solamente imágenes concretas. Aquí la elaboración del sueño expresa los pensamientos abstractos mediante imágenes concretas.*
- b. La Condensación, que es la unión en el contenido manifiesto de dos o más ideas latentes distintas.*
- c. El Desdoblamiento (lo opuesto a la condensación) consiste en que una persona o un objeto de los pensamientos latentes corresponden a dos o más elementos en el contenido manifiesto; cada uno de estos elementos indica una cualidad diferente del elemento latente único.*
- d. El Desplazamiento, el cual ocurre cuando algún elemento del contenido latente es sustituido por otro distinto en el contenido manifiesto.*
- e. La Simbolización que consiste en que un objeto o un acto no aparecen en el sueño tal como son, sino representados mediante símbolos (Portuondo, 1980, pp. 63-65).*

A este respecto Freud (1900) citó que en la transformación del material ideológico latente en manifiesto del sueño actúan dos factores importantes: el primero, es la

condensación, efecto que se nos muestra en el hecho de que el contenido manifiesto del sueño es más breve que el latente, constituyendo, por tanto, una especie de traducción abreviada del mismo. Esta condensación alcanza a veces una considerable intensidad. En cambio nunca sucederá el caso contrario, en donde el sueño manifiesto sea más extenso que el latente y posea un más rico contenido. La condensación se realiza por uno de los tres procedimientos siguientes:

1. Determinados elementos latentes quedan simplemente eliminados; 2. El sueño manifiesto no recibe sino fragmentos de ciertos complejos del latente y 3. Elementos latentes que poseen rasgos comunes aparecen fundidos en el sueño manifiesto; este último procedimiento se puede considerar como condensación exclusivamente.

El segundo consiste en el desplazamiento, el cual es por completo obra de la censura de los sueños. El desplazamiento se manifiesta de dos maneras: 1. Haciendo que un elemento latente quede reemplazado no por uno de sus propios elementos constitutivos, sino por algo más lejano a él; esto es, por una alusión, o motivando que el acento psíquico quede transferido de un elemento importante a otro que lo es menos, de manera que el sueño recibe un diferente centro y adquiere un aspecto que desorienta. La sustitución por una alusión existe igualmente en el pensamiento despierto, aunque con algunas diferencias. En el pensamiento despierto, la alusión es fácilmente detectable y hay entre ella y la idea sustituida una relación de contenido (pp. 307-334).

El tercer factor, que aún Robert, y que desde el punto de vista psicológico resulta ser el más interesante, y que consiste en la transformación de las ideas en imágenes visuales, es decir, la simbolización; esto no quiere decir que todos los elementos del contenido latente sufran esta transformación, pues muchas de las ideas que integran dicho contenido conservan su forma, y aparecen como tales ideas o como conocimientos en el sueño manifiesto. Sin embargo, resulta que estas imágenes

constituyen lo esencial de la formación de los sueños. Esta parte de la elaboración es la más constante. En esta se lleva a cabo una sustitución de objetos, personas y situaciones por representaciones propias para figurarlos de manera puramente analógica; el simbolismo del sueño es lo que más ha impresionado la imaginación de los hombres y justificado el desciframiento sistemático de los enigmas nocturnos; los signos, las alucinaciones, los juegos de palabras, todo es bueno en el sueño para dar una expresión al deseo del que es portador; no obstante el símbolo no es el producto del trabajo onírico, es al por el contrario su primer motor, es el que ofrece el material sobre el que van a actuar la condensación y el desplazamiento así como la escenificación del argumento (1964, p. 156).

Un cuarto y último mecanismo de elaboración es la "elaboración secundaria" que le da una apariencia lógica al sueño incoherente, disfrazándolo entonces aún más. En general, la elaboración no piensa, ni calcula, ni juzga: se limita a transformar o disfrazar, dando como resultado un producto llamado sueño. Las ideas latentes, para poder encontrar expresión en él, deben primero sustraerse a la influencia de la censura, lo cual se logra gracias al desplazamiento de las intensidades psíquicas hasta lograr la transformación de todos los elementos. La reproducción de las ideas debe llevarse a cabo mediante imágenes visuales o acústicas, desplazamientos que se logran gracias al cuidado de la representabilidad.

El sueño, como se puede observar se rige por el proceso primario, (y no por secundario que dirige el pensamiento lógico de la vigilia); este proceso primario lo lleva a cabo el sistema inconsciente, mientras el secundario el sistema pre-consciente.

El proceso primario se denomina de esta manera no sólo por su mayor importancia, sino porque está presente desde el principio; mientras que los procesos secundarios van desarrollándose después en forma paulatina con el fin de coartar o someter a los procesos primarios, y así poder dominarlos.

Los procesos primario y secundario son dos modos de derivación de la excitación; por ejemplo, los primeros surgen siempre que las representaciones son abandonadas por la carga preconscious, quedando entregadas a sí mismas y pudiendo realizarse con la energía no coartada de lo inconsciente, que aspira a una derivación o descarga de esa excitación.

El motor del sueño es el deseo inconsciente, la fuerza impulsora del sueño, la pulsión está presente desde la infancia, es decir, que hay una exigencia de deseo inconsciente que desea ser llevada a cabo (esto es realizado durante el sueño de acuerdo a la postura de Freud), pero no el Consciente gracias a la censura.

La representación psíquica no circula de un lugar a otro dentro del psiquismo (sentido tópico), sino mas bien que está inervada de distinta manera (sentido dinámico); entonces inconsciente y consciente no son estrictamente hablando lugares sino cualidades de la representación psíquica: esta podrá ser consciente, preconscious o inconsciente, no según el lugar que ocupa, sino según su modo de inervación.

Así la tabla siguiente explica como se da el proceso de la elaboración onírica en sus dos etapas:

<i>La Elaboración onírica en relación con las</i>	<i>Elaboración onírica primaria: se realiza</i>	<i>Elaboración onírica secundaria: se realiza en</i>
<p><i>instancias del aparato psíquico de la primera tópica:</i> INCONSCIENTE: <i>las huellas mnémicas son los deseos inconscientes, que son a su vez, la fuerza impulsora del sueño. Es aquí donde yace el contenido latente.</i></p> <p>PRECONSCIENTE:</p>	<p><i>mientras se está durmiendo.</i></p> <p>PROCESO: <i>trabajo a través del cual se da lugar a ASOCIACIONES de las huellas mnémicas del Inconsciente hacia las huellas mnémicas del Preconscious y a las percepciones conscientes; las asociaciones se llevan a cabo a través de los</i></p>	<p><i>estado de vigilia.</i></p> <p><i>En vigilia puede darse el caso de:</i> EL OLVIDO DEL SUEÑO INVOLUNTARIO; <i>aquí opera una resistencia a pesar de las modificaciones, ya que el sueño no pudo burlar la represión.</i></p>

<p><i>también contiene en parte, a las huellas mnémicas.</i></p> <p>CONSCIENTE: <i>percepciones de sensaciones tanto externas como internas.</i></p>	<p><i>mecanismos de DESPLAZAMIENTO y CONDENSACIÓN, mecanismos que dan identidad de percepción.</i></p> <p>OBJETIVO: <i>satisfacción, es decir, realización del deseo inconsciente de manera mediatizada o modificada (y da por resultado el contenido latente, que no podemos verbalizar), pues no puede acceder al sistema Preconsciente-Consciente como tal. El deseo inconsciente pertenece al orden de lo prohibido y por lo tanto su acceso como tal produciría displacer.</i></p> <p>EFECTO: <i>se da salida a un COMPROMISO o TRANSACCIÓN ; esto es, la forma que adopta lo reprimido para ser admitido en el Consciente, reapareciendo el síntoma en el sueño en toda producción del Inconsciente. Las representaciones reprimidas se hallan deformadas por la defensa hasta resultar irreconocibles.</i></p> <p><i>De este modo en misma formación de compromiso</i></p>	<p>INHIBICIÓN: EL RECUERDO DEL SUEÑO, <i>disposición del sueño y la intención de completarlo y darle lógica en el orden del sistema Preconsciente-Consciente; a los elementos oníricos se les hacen cambios que los hacen aceptables. La importancia de estos cambios es que se alerta de la represión del sueño.</i></p>
---	---	--

	<i>puede satisfacerse a la vez el deseo inconsciente y las exigencias defensivas.</i>	
--	---	--

En lo referente al procedimiento técnico de la interpretación de los sueños, Freud consideró que todo sueño es interpretable, es decir, puede encontrarse su sentido; esto significa “sustituirlo” por algo que puede incluirse en la concatenación de nuestros actos psíquicos como un factor de importancia y valor equivalentes a los demás actos psíquicos.

La labor de interpretar no recae sobre todo el sueño en su conjunto, sino sobre sus partes componentes: el ejemplo del sueño que tuvo Freud con Irma muestra cómo aquél va interpretando cada parte por separado. El llamado “método descifrador” no sirve, pues se basa en una especie de libro de los sueños, donde cada cosa soñada significa tal otra cosa en forma rígida, sin considerar la peculiaridad de cada sujeto.

El ejemplo del sueño de Irma ilustra el método para interpretar los sueños: primero se descompone el relato en partes, y recién al final surge la interpretación final o global, en la cual se nos revela el sueño como una realización de deseos.

Es también en el libro de la Interpretación de los sueños, donde Freud expone en forma sistemática su primera teoría del aparato psíquico (primera tópica), la cual ha sido enunciada brevemente a lo largo del desarrollo de esta disertación, pero toca ahora turno para describirla con detalle y en relación a la segunda tópica en el último capítulo que se presenta a continuación “La Metapsicología”.

2.2. La Metapsicología.

*“allí donde hay obra, no hay locura...
y sin embargo,
la locura es contemporánea de la obra
puesto que inaugura el tiempo de su verdad”
Michel Foucault.*

Así, es hacia 1915 que Freud experimenta el deseo de sistematizar su proyecto en una teoría analítica, asignándole el “lenguaje” específico para el campo del conocimiento inaugurado; retomando para ello, desde 1895 el término de: “Metapsicología”.

Se trata ahora de “esclarecer y profundizar las hipótesis que se pueden colocar como fundamento de un sistema psicoanalítico”. En este sentido, el fin era edificar una psicología que fuera más allá de lo consciente, es decir, una metapsicología para lo cual esta teoría anticipada debía pasar por el rigor de la clínica; de ahí que no se enuncie más que en cinco ensayos: Sobre el inconsciente, La represión, Los destinos pulsionales, El duelo y El sueño; precisamente en éstos por ser la descripción de un proceso psíquico en sus relaciones dinámicas, tópicas y económicas.

Más aún, este término sirve para nombrar la exigencia de identificación, por parte del psicoanálisis, de su propio objeto: la pulsión (Assoun, citado en Jaccard, s/f, pp. 171-172).

Para Rapaport y Gill, la metapsicología se refiere al número mínimo de supuestos en que se basa el sistema de la teoría psicoanalítica; y a diferencia de Jaccard, estos dos autores con una postura más crítica, establecen que la labor de Freud sobre la metapsicología no es completa, ni sistematizada, y que está esparcida por todos sus

escritos; aunque como principales fuentes citan el capítulo séptimo de La interpretación de los sueños (1900), Los trabajos sobre metapsicología (1915b, 1915c, 1915d y 1917), y el apéndice a La inhibición, síntoma y angustia (1926a); así mismo esclarecen que Freud además de nombrar a los aspectos económico, dinámico y tópico, también esboza el genético que parecía lógico, el adaptativo que también está implícito y el estructural (citados en Greenson, 2001, pp. 35-36).

Con respecto a las tres primeras formulaciones metapsicológicas, Rycroft enuncia que éstas describen fenómenos mentales en términos del aparato psíquico ficticio, y contienen idealmente referencias de los aspectos tópicos, dinámicos y económicos del fenómeno en cuestión; los primeros hacen referencia a su localización dentro del aparato psíquico; esto es, tanto en el ello, el yo y el superyo; los segundos a los instintos implicados, y los últimos a la distribución de energía dentro del aparato (citado en Cazau, 2002, p. 1).

Y Greenson pensando en un aspecto más funcional dentro del trabajo clínico, cita que las implicaciones de la metapsicología indican que para comprender un suceso psíquico es necesario analizarlo en función de los seis puntos mencionados, ya que basándose únicamente en los aspectos económico, dinámico y tópico, se genera un trabajo parcial y fragmentado.

Desde esta perspectiva, expone que el primer concepto metapsicológico desarrollado por Freud es el tópico, que aparece en la Interpretación de los sueños; en donde describe los diferentes modos de funcionamiento que rigen los fenómenos conscientes e inconscientes. Cita también que el “proceso primario” gobierna el material inconsciente y el “proceso secundario” dirige los fenómenos conscientes. Aquí el material inconsciente sólo tiene un objetivo: la descarga. Con respecto al punto de vista económico, este concierne a la distribución, las transformaciones y los gastos de

energía psíquica; conceptos como ligazón, neutralización, sexualización, agresivización y sublimación se basan en esta hipótesis(2001, p. 38).

En calidad de adjetivo, “económico” califica a todo lo relacionado con la hipótesis según la cual, los procesos psíquicos consisten en la circulación y distribución de energía cuantificable (es decir, la energía pulsional) susceptible de aumento, de disminución y de equivalencias (Laplanche, 1981, p. 102).

El concepto de energía fue creado por Freud para aclarar cambios de atención, interés y compromiso de un objeto a otro o de una actividad a otra. Y en la teoría clásica se postula la existencia de cuantos (quantum) de energía psíquica, que se genera en el ello; estos cuantos están en condición de ser descargados en acción, y de estar ligados (vinculados) a estructuras metales que constituyen al yo (Rycroft, citado en Cazau, 2002, p.1).

Cazau expone que esquemáticamente se puede concebir que la energía sigue una secuencia de tres etapas: 1. Ingresa en el aparato psíquico; 2. Es transportada por el mismo; y 3. Es descargada para retornar al equilibrio inicial; en resumen, primero hay un aumento de energía (cuando entra), y luego una tendencia a disminuir esa cantidad (cuando es evacuada). Con respecto al ingreso de energía al aparato psíquico se encuentra la suma de excitación y el estímulo (2002, p. 1).

Laplanche menciona que por suma de excitación, Freud designó el factor cuantitativo cuyas transformaciones constituyen el objeto de la hipótesis económica. El término pone énfasis en el origen de este factor: las excitaciones externas, y sobre todo las internas, es decir, las pulsiones (1981, p. 418).

Tales excitaciones externas (o impresiones sensoriales derivadas del ambiente) e internas (o impulsos instintivos que vienen de adentro del organismo pero que irrumpen en el aparato psíquico) funcionan como estímulos.

En relación al transporte de la energía, Freud emplea el término “inervación” que designa el hecho de que cierta energía es transportada a una determinada parte del cuerpo, produciendo ahí fenómenos motores o sensitivos. Cita Laplanche que la inervación, fenómeno fisiológico, podría producirse por conversión de energía psíquica en nerviosa (1981, p. 196).

Rycroft expone que en el Proyecto de una psicología para neurólogos, Freud intenta basar directamente la psicología en el movimiento de energía de una neurona a otra. Efectivamente, la actividad neuronal consiste en el movimiento de cuantos de energía de una neurona a otra, de modo tal que “ideas”, “representaciones mentales” e “imágenes” son tratadas como estructuras unitarias (neuronas) de un aparato psíquico análogas al sistema nervioso (citado en Cazau, 2002, p. 2).

Con respecto al tercer momento, el de la descarga, esta puede ser total o parcial y se presenta como abreacción, es decir, como descargas emocionales en general y como actividades instintivas. En este mismo sentido, un afecto de descarga es una emoción que ocurre cuando un impulso está siendo descargado en contraste con el afecto de tensión, que acompaña a la represión de un impulso.

Assound por su parte concibe que este punto de vista económico puede considerarse como un fundamento “psicométrico” de la metapsicología, que presupone correlativamente que el “trabajo” psíquico se concibe como no creador sino solamente como transformador, ya que “cuantificar” equivale a reducir a lo “mismo”, y así no es más que la consecuencia de una exigencia económica del exceso de energía (citado en Jaccard, s/f, p. 76).

El punto de vista económico psíquico corporal se establece en función de cinco principios que muestran las vicisitudes de la energía (o la tensión, o la excitación, para usar términos aproximados, menos físicos y más psico-fisiológicos):

- 1. El principio de Inercia: o principio de funcionamiento del sistema neurónico, postulado por Freud en el Proyecto de psicología científica en 1895: “las neuronas tienden a evacuar completamente las cantidades de energía que reciben (Laplanche, 1981, p. 293); la excitación, al pasar de una neurona a otra debe vencer cierta resistencia; cuando este paso implica una disminución permanente de esa resistencia, se dice que hay facilitación: es decir, que la excitación escogerá la vía facilitada con preferencia a la que no lo ha sido, así las neuronas tienden a evacuar completamente la energía que reciben.*
- 2. El principio de Nirvana: término propuesto por Bárbara Low y retomado por Freud para designar la tendencia del aparato psíquico a reducir a cero, o por lo menos, a disminuir lo más posible en sí mismo toda cantidad de excitación de origen externo o interno (Laplanche, 1981, p. 295).*
- 3. El principio de Constancia: principio enunciado por Freud, según el cual el aparato psíquico tiende a mantener la cantidad de excitación en él contenida a un nivel tan bajo, o por lo menos, tan constante como sea posible. Esta constancia se obtiene, por una parte, mediante la descarga de energía ya existente; por otra mediante la evitación de lo que pudiera aumentar la cantidad de excitación, y la defensa contra este aumento (Laplanche, 1981, p. 287). En un inicio, este principio fue enunciado por G. T. Fechner para describir la tendencia de los organismos a mantener un nivel constante de tensión, por lo que se corresponde con el concepto de “homeostasis”⁴¹(equilibrio), establecido por el fisiólogo W. Cannon. Sin embargo el principio de “conservación”de Robert Mayer descubierto en 1842 y refrendado por Helmholtz, es el que sirve*

⁴¹ Los organismos, compuestos de material que se caracteriza por la más extrema inconstancia e inestabilidad, han aprendido de alguna manera los métodos para mantenerse constantes y estables ante la presencia de condiciones que podrían suponerse, razonablemente, como profundamente perturbantes (Cannon, citado en Cazau, 2002, p.3).

de base o antecedente al principio de constancia de Freud, ya que este especifica que la suma de fuerzas (motrices y potenciales) permanece constante en un sistema aislado; y es también este principio el que permite que tanto en Berlín como en Viena la "Naturphilosophie" y su sucedáneo científico el "vitalismo" hayan dado paso, en biología a una teoría físico - fisiológica, basada en ideas de fuerza, de atracción y repulsión (Ricoeur, 1970, p. 65). Lo que instauró a su vez al psicoanálisis como una "ciencia" en el campo de las Ciencias Naturales.

- 4. El principio de Placer: uno de los dos principios que, según Freud, rigen el funcionamiento mental; el conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y procurar el placer. Dado que el displacer va ligado al aumento de las cantidades de excitación, y el placer a la disminución de las mismas (Laplanche, 1981, p. 296). Rycroft cita que el principio de placer que Freud consideró en gran medida innato, se refiere a la tendencia del organismo a evitar el dolor y a buscar el placer por medio de la descarga de tensión. El principio no implica que el placer es buscado positivamente sino que el displacer es evitado y se establece que así el placer se opone a dolor y displacer. Aclarando que psicoanalíticamente se debe entender que el dolor es físico, mientras que el displacer es un dolor mental debido a la tensión instintiva.*
- 5. El principio de Realidad: uno de los dos principios que, según Freud rigen el funcionamiento mental; forma un par con el principio del placer, al cual modifica en la medida en que logra imponerse como principio regulador, la búsqueda de la satisfacción ya no se realiza por los caminos más cortos sino mediante rodeos, y aplaza su resultado en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior (Laplanche, 1981, p. 299). Este principio cuenta con una prueba nombrada de la misma forma, es decir, como prueba de realidad, que es la capacidad para distinguir entre las imágenes mentales y las percepciones externas, entre la fantasía y la realidad externa, de corregir las impresiones*

subjetivas por referencia a hechos externos; así la vigencia de este principio depende de si el sujeto es capaz o no de llevar a cabo esta prueba.

Como puede observarse, desde el punto de vista económico este principio corresponde a una transformación de energía libre en energía ligada; desde el punto de vista tópico, caracteriza esencialmente el sistema preconsciente-consciente; y desde el punto de vista dinámico, el psicoanálisis trata de basar este principio sobre cierto tipo de energía pulsional que estaría más especialmente al servicio del yo.

Desde esta postura, Ricoeur establece que otro concepto que obligó a la tópica a convertirse en económica, fue el de pulsión, ya que se consideraba que “Toda pulsión era una fracción de actividad”; y este punto de vista económico se expresa ante todo en la prevalencia del concepto de fin sobre el de objeto: “El fin de una pulsión consiste siempre en la satisfacción, que sólo puede lograrse suprimiendo el estado de excitación en la fuente pulsional; de aquí en adelante el objeto se definió en función del fin y no en sentido recíproco: El objeto de la pulsión será aquel en que o por medio del cual la pulsión pueda alcanzar su fin (1970, p. 108).

Como se citó anteriormente, la pulsión como “Trieb” (término alemán) es citado como tal por Freud en 1905, y tiene su origen como noción energética (como cita Assound) en la distinción entre los dos tipos de excitación a los que se encuentra sometido el organismo y que debe descargar según el principio de constancia. Junto a las excitaciones externas, de las que el sujeto puede huir o protegerse, existen fuentes internas que aportan constantemente un aflujo de excitación al cual el organismo no puede escapar y que constituye el resorte del funcionamiento del aparato psíquico (Laplanche, 1981, p. 325).

La pulsión es conformada por el esfuerzo, la meta, el objeto y la fuente. Freud cita en “Pulsiones y destinos de pulsión (1915) que el esfuerzo o “p ereontorieedad” es el

factor motor de la pulsión, esto es la suma de la fuerza o cantidad de exigencia de trabajo; el fin o meta es siempre la satisfacción, que sólo puede ser alcanzada por la supresión del estado de estimulación de la fuente de la pulsión; por fuente se entiende aquel proceso somático que se desarrolla en un órgano o una parte del cuerpo, y es representado por la pulsión.

A este respecto, finalmente explica que el objeto es la cosa en la cual o por medio de la cual puede la pulsión alcanzar su satisfacción. Es lo más variable...pues no se halla enlazado a la pulsión originalmente, sino subordinado a ésta a consecuencia de su adecuación al logro de la satisfacción. No es necesariamente algo exterior al sujeto, sino que puede ser una parte cualquiera de su propio cuerpo y es susceptible de ser sustituido indefinidamente por otro en el curso de los destinos de la vida de la pulsión...Cuando la pulsión aparece ligada de un modo especialmente íntimo y estrecho al objeto, se habla de "una fijación" de dicha pulsión (pp. 117 -118).

Entre las pulsiones Freud consideró "las pulsiones del yo" que tienen por fin la autoconservación, pues son rápidamente moldeadas para adaptarse a las exigencias de la realidad y "las pulsiones que tienen por fin la sexualidad"; así mismo supuso en un inicio que entre éstas se generaba la estructura fundamental del conflicto psíquico...pero gracias a nuevos descubrimientos de Freud, ambas pulsiones se convertirán más adelante en el dualismo Eros y Tanatos. Tanatos como pulsión de muerte representa la tendencia de la materia orgánica a regresar a un estado inorgánico, y cuando esta tendencia se desvía hacia el exterior se expresa como agresión.

Posteriormente, es en "Proyecto de una psicología científica" (1895), "Más allá del principio del placer" (1920) y "El problema económico del masoquismo" (1924), que Freud busca relacionar los cinco principios entre sí; y comienza citando que el principio de nirvana, es el primero en el sentido más arcaico y también el más

importante en el sentido de que los principios de constancia, placer y realidad, son derivados de él, simples modificaciones de la tendencia primordial hacia la tensión cero (nirvana); dicho en otras palabras, al ser concebido en la fecundación, el ser humano trae consigo este bagaje del principio de nirvana. Pero si este principio actuara en forma libre y exclusiva, el organismo reduciría su tensión a cero y entonces moriría. Por lo tanto el organismo comienza a funcionar según el principio de constancia, que permite la descarga en forma parcial, no total, hasta el nivel de tensión compatible con la vida. Esto no significa que haya desaparecido el principio de nirvana; de hecho tiende a reaparecer durante la existencia del individuo hasta que finalmente termina por prevalecer sobre el principio de constancia, ya que la muerte a la larga resulta inevitable. Si el organismo sigue viviendo es porque aún sigue teniendo prioridad el principio de constancia.

Continuando con los puntos de vista, por dinámico se califica al aspecto que considera los fenómenos psíquicos como resultantes del conflicto y de la composición de fuerzas que ejercen un determinado empuje siendo éstas, en último término de origen pulsional (Laplanche, 1981, p. 100).

Sin embargo, Assound aclara, que a pesar de hablar de oposición de fuerzas (conflicto), esto no debe concebirse como una oposición contradictoria con el sentido de una temporalidad dialéctica: ya que se trata de una alternativa de satisfacción entre fuerzas incompatibles que culmina en compromisos y formaciones intermedias (citado en Jaccard, s/f, p. 76).

El punto de vista dinámico entiende que los fenómenos mentales son el resultado de la interacción de fuerzas. Freud (1916-7, p. 67) empleaba el análisis de los errores para mostrar la dinámica; “No queremos limitarnos a describir y clasificar los fenómenos, queremos también concebirlos como indicios de un mecanismo que funciona en nuestra alma, y como la manifestación de tendencias que aspiran a un fin definido y laboran

unas veces en la misma dirección y otras en direcciones opuestas. Intentamos formarnos una concepción dinámica de los fenómenos psíquicos". Este supuesto es la base de todas las hipótesis relativas a los impulsos instintivos, las defensas, intereses y conflictos del Yo; la formación de síntomas, la ambivalencia y la sobredeterminación son ejemplos de la dinámica (citado en Greenson, 2001, p. 38).

De esta manera, así como en la física, la dinámica estudia el movimiento de los cuerpos en relación a las fuerzas que los producen; en la concepción freudiana la dinámica presupone que en el psiquismo actúan fuerzas, siendo especialmente importante aquellas que se enfrentan u oponen entre sí generando el llamado conflicto.

Cuando el conflicto es interno, se le llama "conflicto psíquico" es decir, que hay exigencias internas contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo entre un deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, pudiendo expresarse éste último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter, etc. En la represión se observa claramente que el conflicto existente se da entre una fuerza pulsional que pugna por descargarse, y otra de sentido contrario que la reprime.

El psicoanálisis considera al conflicto como constitutivo del ser humano y ello desde distintos puntos de vista: entre el deseo y la defensa, entre los diferentes sistemas o instancias (como el yo y el ello), entre las pulsiones, conflicto edípico, etc. En este último, no solo se enfrentan deseos contrarios, sino que estos a su vez se enfrentan con lo prohibido (Laplanche, 1981, p. 77).

El punto de vista genético concierne al origen y desarrollo de los fenómenos psíquicos; no sólo trata de cómo el pasado está contenido en el presente sino también de por qué

en ciertos conflictos se adoptó una solución determinada. Estudia los factores biológico-constitucionales tanto como los experienciales.

El punto de vista estructural supone que el aparato psíquico puede dividirse en varias unidades funcionales duraderas. Ésta fue la última gran contribución de Freud (1923b); el concepto del aparato psíquico compuesto del Yo, el Ello y el Superyo procede de la hipótesis estructural.

En el caso del punto de vista adaptativo, se citó con anterioridad que Freud únicamente lo insinuó; pues este concepto de adaptación queda implícito; por ejemplo, en las proposiciones acerca de la coordinación entre pulsión y objeto. Todas las proposiciones de la relación con el medio ambiente, los objetos de amor y odio, las relaciones de sociedad, etc., se basan en esta hipótesis (Greenson, 2001, pp. 39-40).

Ahora, para presentar el punto de vista tópico, es necesario citar la vinculación que se da entre los tres puntos de vista metapsicológicos iniciales: la energía fluye libremente y busca descargarse (aspecto económico), pero existen barreras que se oponen a esa descarga; o sea se producen enfrentamientos entre fuerzas contrarias (aspecto dinámico). Todo esto acontece en un escenario, en un "lugar" metafóricamente hablando llamado "aparato psíquico", y diferenciado en sistemas o instancias (aspecto tópico), diferenciación que va ocurriendo paulatinamente a lo largo de la vida y especialmente durante los primeros cinco años.

Laplanche (1981) explica que por tópica se entiende una teoría o un punto de vista que supone una diferenciación del aparato psíquico en cierto número de sistemas dotados de características o funciones diferentes y dispuestos en un determinado orden entre sí; lo que permite considerarlos metafóricamente como lugares psíquicos de los que es posible dar una representación espacial figurada (p. 431).

Freud da paso a una primera tópica (que se perfila en “Proyecto de una psicología para neurólogos” en 1895, pero que aparece publicada en “La interpretación de los sueños” en 1900) acerca de la estructura psíquica o de la personalidad, que supone una diferenciación del aparato psíquico en cierto número de sistemas dotados de características, y funciones diferentes y dispuestos en un determinado orden entre sí; y con la presentación de la segunda tópica (que empieza a surgir a partir de 1920 y que queda planteada explícitamente en “El yo y el ello” en 1923) donde Freud distinguirá tres instancias psíquicas: el Ello, el Yo y el Superyo.

Así en la primera tópica el aparato psíquico está formado por tres instancias: el inconsciente, el preconscious y el consciente; constituyendo las dos últimas el llamado sistema preconscious-consciente:

- 1. El sistema inconsciente (Inc.) en sentido descriptivo “inconsciente” se usa en ocasiones para indicar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo de la actual conciencia (Laplanche, 1981, p. 193). Freud establece al respecto que “todo lo reprimido es inconsciente, pero no todo lo inconsciente es reprimido⁴²”; así, en la primera tópica el inconsciente se caracteriza porque sus procesos dinámicos no llegan a la conciencia, a pesar de su intensidad; posee además dos tipos de contenido, por un lado todo lo que ha sido reprimido desde el comienzo del desarrollo del sujeto, y por otro, aquello que nunca ha sido consciente, es decir, todo lo biológico, las fuerzas instintivas (que le dan su cualidad de primitivo), y que son representantes de las pulsiones; tales contenidos están regidos por los mecanismos específicos del proceso primario, principalmente la condensación y el desplazamiento; los contenidos inconscientes fuertemente cargados de energía pulsional se mantienen activos, pues buscan retornar a la conciencia y a la acción pero sólo pueden encontrar acceso al sistema preconscious-consciente en la forma de compromiso, después*

⁴² Freud, S. (1922), “El yo y el ello”, p. 12

de haber sido sometidos a la deformación por la censura, por lo que están constantemente influyendo en la persona, en sus tendencias, en sus actitudes, en su comportamiento, en su equilibrio libidinoso, etc. En el "el yo y el ello" Freud aclara que la diferencia entre un contenido inconsciente y un contenido preconscious (un pensamiento), consiste en que el material del primero permanece oculto, mientras que el del segundo se muestra enlazado con representaciones verbales (1992, p. 14). En el inconsciente no existen contradicciones internas, es decir, que en el pueden existir simultáneamente tendencias opuestas, porque el principio de contradicción es un concepto lógico, y la lógica es una categoría de la mente consciente. Cuando las contradicciones afloran desfiguradamente a la conciencia dan origen a diversos síntomas. Tampoco existe el tiempo, ya que también es una categoría de la mente consciente; lo que se observa claramente con la noción del trauma, en donde la situación traumática pudo haber ocurrido durante la infancia y manifestarse en la edad adulta, actuando con la misma intensidad y carga emocional del momento en que ocurrió y fue reprimido. El inconsciente es concretista, es decir, que no posee la capacidad de abstracción sólo trabaja con objetos concretos; de ahí que una de las principales características de la actividad de este sistema es la simbolización. Este sistema inconsciente trabaja por "analogía" y por "contacto"; es decir, que dos cosas que sean similares tienen iguales propiedades, y dos cosas que han estado en contacto o relación, participan cada una de las propiedades de la otra, y reemplaza la realidad externa por la psíquica; en la segunda tópica, "inconsciente" se usa sobretodo como adjetivo, es decir, que inconsciente ya no es lo propio de una instancia o sistema particular, puesto que califica al ello y a una parte del yo y del superyo.

2. *El sistema preconscious (Prec.) está regido por el proceso secundario; está además separado del sistema inconsciente por la censura, que impide que los contenidos y procesos inconscientes pasen al preconscious sin experimentar transformaciones (Laplanche, 1981, p. 283). En la primera tópica empleado*

como sustantivo, designa un sistema o instancia; como adjetivo califica las operaciones y contenidos de dicho sistema. Estos contenidos no están presentes en el campo de la conciencia actual y son por lo tanto inconscientes en un sentido descriptivo (para explicar la estructura de la psique), pero no lo es en sentido dinámico. En la segunda tónica se usa sobretodo como adjetivo para calificar lo que se escapa a la conciencia actual sin ser inconsciente en sentido estricto; así mismo califica yo y al superyo (Laplanche, 1981, p. 283). Esta instancia no está presente en el nacimiento pero se desarrolla en la infancia. El preconscious es accesible al inconsciente y al consciente.

3. El sistema consciente (Cc.) fue concebido como una especie de órgano de la atención que actuaba en estrecha relación con el preconscious; este órgano sensorial estaría capacitado para estar dirigido hacia dentro, hacia la actividad mental, y hacia fuera, hacia el ambiente. Freud (1923) citó: “ como término puramente descriptivo se basa en la percepción más inmediata y segura⁴³” En sentido descriptivo es una cualidad momentánea que caracteriza las percepciones externas e internas dentro del conjunto de los fenómenos psíquicos. En un sentido tónico el sistema de percepción-conciencia se sitúa en la periferia del aparato psíquico, recibiendo a la vez las informaciones del exterior y del interior, a saber, las sensaciones pertenecientes a la serie placer-displacer y las reviviscencias mnémicas. Con frecuencia Freud relaciona la función percepción-conciencia con el preconscious, y entonces le llama “sistema preconscious -consciente”; en el sentido económico, se caracteriza por disponer de una energía libremente móvil, susceptible de sobrecatectizar tal o cual elemento (mecanismo de atención). Desde el punto de vista funcional el sistema percepción-conciencia se opone a los sistemas de huellas mnémicas que son el inconsciente y preconscious; en aquel no se inscribe ninguna huella duradera de las excitaciones. En un sentido dinámico, la conciencia desempeña un papel importante en la “dinámica” del

⁴³ Freud, S. (1922), “El yo y el ello”, p. 8

conflicto (evitación consciente de lo desagradable, regulación más discriminativa del principio del placer) y de la cura (función y límite de la toma de conciencia); pero no puede definirse como uno de los polos del conflicto defensivo (Laplanche, 1981, p. 71).

Con respecto a la conciencia, Freud cita en "El yo y el ello" que esta es la superficie del aparato anímico; es decir, que se adscribió como función a un sistema que considerado tanto por función como por organización, es el primero a partir del mundo exterior. Por otro lado, todas las percepciones procedentes del exterior (sensoriales) y aquellas otras procedentes del interior llamadas sensaciones y sentimientos son conscientes. Establece entonces que el psicoanálisis no ve en la conciencia la esencia de lo psíquico, sino tan sólo una cualidad de lo psíquico que puede sumarse a otras o faltar en absoluto (1992, pp. 8-12).

Como puede observarse, la diferenciación entre estas tres instancias se da en función del grado de actualización de los recuerdos; en el inconsciente como ya se ha explicado, están inscritos aquellos hechos que no se pueden recordar y que sólo aparecen bajo hipnosis; o bien, tras el trabajo analítico que atenúe las resistencias. El psicoanálisis destaca especialmente los hechos que resultaron altamente displacenteros o traumáticos para el sujeto, generalmente infantiles, razón por la cual fueron reprimidos. De igual forma resulta difícil el acceso a las pulsiones, en la medida que estas son consideradas "fuente de angustia".

En el inconsciente los recuerdos han perdido su conexión con la expresión verbal, y cuando se vuelve a aplicar las palabras al vestigio del recuerdo olvidado, pueden alcanzar la conciencia nuevamente. En el preconscious están los recuerdos fácilmente actualizables mediante un simple acto de voluntad, por lo cual no están sometidos a la represión. El preconscious y el inconsciente se encuentran separados por la censura.

En el consciente están todas las percepciones del aquí y ahora, sea que se trate de un recuerdo actualizado o de un dato percibido visual o auditivamente. Al consciente Freud le asignó la función de la prueba de realidad, regida por el proceso secundario.

Para hablar de la segunda tópica es importante preguntarse ¿Qué llevó a Freud a pasar de la primera tópica a la enunciación de la segunda?, ¿Fue una ruptura o quizás una continuación? A este respecto Kaplan (citado en Cazau, 2002, p. 8) expone que las principales deficiencias de la primera tópica radican en no poder explicar dos importantes características del conflicto mental:

- a. Muchos de los mecanismos de defensa que los pacientes usaban contra el sufrimiento no eran, al principio accesibles a la conciencia; por lo tanto, la fuerza de represión no puede atribuirse al preconscious considerando que esta región de la mente era, por definición, accesible a la conciencia. En este sentido, Laplanche refiere que el principal motivo que clásicamente se invoca para el pasaje de la primera a la segunda tópica, es la consideración creciente de las defensas inconscientes lo que impide hacer coincidir los polos del conflicto defensivo con los sistemas anteriores establecidos; lo reprimido con el Inconsciente, y el yo con el sistema preconscious-consciente (Laplanche, 1981, p. 434).*
- b. Los pacientes demostraban con frecuencia una necesidad inconsciente de castigo; sin embargo, según la primera tópica, la fuerza moral que hacía esta demanda estaba asociada con las fuerzas anti-instintivas accesibles al conocimiento en el preconscious (Kaplan, citado en Cazau 20002, p. 8).*

Ambas críticas se encontraban entre las importantes consideraciones que llevaron a Freud a descartar la primera tópica en el punto que se preocupaba por atribuir procesos específicos a regiones específicas de la mente; llegó a comprender que lo más importante era si estos procesos eran primarios o secundarios. Los conceptos de

la primera tópica que siguieron siendo útiles se refieren a las características de los procesos primario y secundario, a la importancia esencial de la satisfacción de los deseos, a la tendencia a la regresión en situaciones de frustración, y a la existencia de un inconsciente dinámico (Kaplan, citado en Cazau, 2002, p. 9).

De acuerdo a Laplanche, Freud no renunció a armonizar las dos tópicos, por lo que planteó la representación de un modelo espacialmente presentado del conjunto del aparato psíquico en la cual coexisten las divisiones yo-ello-superyo y las divisiones inconsciente-preconsciente-consciente, lo cual aparece por ejemplo en "El yo y el ello" y más preciso en el capítulo cuatro de "Esquema de psicoanálisis" (1986, p. 434).

La teoría psicoanalítica de las defensas implica el supuesto de percepción "inconsciente", tanto de percepciones externas como internas; pues dice que las defensas están para prevenir que impulsos o recuerdos se hagan conscientes. Esto implica que el organismo mental que inicia una defensa, debe percibir la percepción amenazante antes de hacerlo perceptible al estado consciente.

Esta hipótesis llevó a Freud a reemplazar lo consciente por el yo; sin embargo, al constatar que hay ciertas percepciones y ciertas descargas motrices (funciones yoicas) que son inconscientes, el yo no puede ser homólogo al consciente, pues debe abarcar también capas más profundas, preconscientes e inconscientes.

Así, en El yo y el ello, describe que en el curso de la labor psicoanalítica resulta que las diferenciaciones de la primera tópica son prácticamente insuficientes; lo cual resalta al suponer en todo individuo una organización coherente de sus procesos psíquicos, a la que se considera como su yo. Este yo integra la conciencia, la cual domina...la descarga de las excitaciones del mundo exterior, siendo la instancia que fiscaliza todos los procesos parciales, y aún adormecida durante la noche ejerce ...la

censura onírica; del yo parte también las represiones por medio de las cuales han de quedar excluidas...determinadas tendencias anímicas. El conjunto de estos elementos excluidos por la represión, se sitúa frente al yo en el análisis; durante el análisis observamos que el enfermo tropieza con dificultades y que sus asociaciones cesan en absoluto en cuando han de aproximarse a lo reprimido como tal resistencia parte seguramente de su yo y pertenece al mismo; comprobamos que en el yo hay también algo inconsciente (1992, pp. 11-12).

La segunda tónica se enuncian las siguientes instancias:

- 1. El Ello: en un sentido tónico es el polo pulsional de la personalidad; sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos. En un sentido económico, es el reservorio primario de la energía psíquica; dinámicamente es la instancia que entra en conflicto con el yo y el superyo; y en un sentido genético, a partir del ello, se diferenciaran el yo y el superyo (Laplanche, 1981, p. 112). Freud creía que la modificación del ello se da como resultado del impacto del mundo exterior sobre los impulsos.*
- 2. El Yo: en un sentido tónico, como concepto estructural y topográfico referido a las partes organizadas del aparato psíquico, en contraste con el no organizado ello, funge como mediador con respecto al ello y el super-yo, y asegura la unidad e integridad de la persona, aunque su autonomía es relativa. En el sentido económico, el yo aparece como un factor de ligazón de los procesos psíquicos; pero en las operaciones defensivas, las tentativas de ligar la energía pulsional se contaminan de los caracteres que definen el proceso primario; en un sentido dinámico, representa en el conflicto neurótico, el polo defensivo de la personalidad; pone en marcha una serie de mecanismos de defensa, motivados por la percepción de un afecto displacentero (Laplanche, 1981, p. 457). En un sentido genético, para intentar explicar la "génesis" del yo, Freud cita: "es*

ante todo un ser corpóreo, y no sólo un ser superficial, sino incluso la proyección de una superficie⁴⁴; de ésta forma se entiende que el yo tiene íntima vinculación con el cuerpo, o sea que deriva en última instancia de las sensaciones corporales, en especial de las que surgen de la periferia del cuerpo; el yo resulta de la modificación del ello por el impacto exterior. Las presiones de la realidad externa permiten al yo apropiarse de las energías del ello, para sustituir el principio de placer por el de realidad; de este modo contribuye a su a su propio desarrollo posterior. Freud, al referirse al yo discrimina a lo largo de su obra un yo-placer y un yo-realidad; con estos términos alude a una génesis de la relación del sujeto con el mundo exterior y del acceso a la realidad; ambos términos se oponen siempre entre sí, y aparecen citados en Formulaciones sobre los dos principios del funcionamiento psíquico (1911), Las pulsiones y sus destinos (1915) y La negación (1925). De este modo plantea tres etapas en el yo:

- a. El yo-realidad primitivo, propio de la etapa autoerótica.*
- b. El yo-placer o yo de placer purificado, propio del narcisismo.*
- c. Y finalmente el yo-realidad definitivo, regido ya por el principio de placer.*

El primero percibe todo lo displacentero dentro de sí, mientras que la realidad le es indiferente. En una segunda etapa el yo introyecta lo placentero que advierte en la realidad exterior y proyecta hacia fuera todo lo displacentero (que quedo "purificado"), constituyéndose así el yo -placer, donde todo lo placentero está dentro de él y todo lo displacentero fuera. Y por último, en la tercer etapa, el yo intentará encontrar afuera una fuente de placer, un objeto real que corresponda a la representación del objeto primitivamente satisfactor y perdido. Esto corresponde a la prueba de realidad; así el yo-realidad definitivo

⁴⁴ Freud, S. (1922), "El yo y el ello", p. 20

queda instalado (Laplanche, 1981, pp. 473-474). Ahora bien, otro término que Freud emplea en su segunda tópica es el de "Ideal del yo"; instancia de la personalidad que resulta de la convergencia del narcisismo (idealización del yo) y de las identificaciones con los padres, con sus atributos y con los ideales colectivos. Como instancia diferenciada, el ideal del yo constituye un modelo al que el sujeto intenta adecuarse (Laplanche, 1981, p. 180). Entre sus funciones Freud cita que: a). Tiene bajo su control el movimiento voluntario, lo que es debido a una conexión previa entre la percepción y la acción muscular; b). Autoconservación; c). En relación al mundo externo, toma conciencia de los estímulos almacenando experiencia sobre ello (memoria) evitando los demasiados fuertes (huida); haciendo frente a los estímulos moderados (adaptación), y aprendiendo a modificar el exterior en su propio beneficio (mediante la actividad); d). En relación a sucesos internos, buscará controlar todas las demandas pulsionales decidiendo si las satisficará, postergando su satisfacción para mejor oportunidad, o suprimiendo sus excitaciones por completo (Freud, Esquema del psicoanálisis, 1986, p. 51-56).

Otras funciones reconocidas al yo son: el establecer relaciones objetales con el fin de satisfacer necesidades, y la importante función integradora del yo, o función sintética; su tendencia a unir, coordinar y crear, y su tendencia a simplificar o generalizar. Para ello recurrirá a las otras funciones yoicas. También se mencionan funciones como operar independiente de las figuras parentales y controlar el ambiente (como ya se había citado).

3. El superyo: en un sentido tópico, su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo; por lo que Freud lo considera a la conciencia moral, la autoobservación, la formación de ideales, como funciones del superyo; en esa parte del yo donde se desarrollan la autoobservación, la autocrítica y otras actividades reflexivas. Esta autoobservación depende de la internalización de los progenitores; en un sentido genético, el superyo se define como el heredero

del complejo de Edipo, y se forma por la interiorización de las exigencias y prohibiciones de parentales (Laplanche, 1981, p.419). El superyo empieza a existir cuando se resuelve el complejo de Edipo, que acelera el proceso de identificación con el padre del mismo sexo.

Como una diferenciación más entre estas tres instancias, Freud describe en Metapsicología: los instintos y sus destinos se sitúan en el punto de vista de la restricción de los instintos, o sea de la moralidad. El ello es totalmente amoral, el yo se esfuerza en ser moral, y el super-yo puede ser "hipermoral" y hacerse entonces tan cruel como el ello. El super-yo ha nacido de una identificación con el modelo paterno (1968, p. 1037).

Finalmente Freud estableció que el conflicto neurótico es generado principalmente entre las instancias psíquicas del ello y del yo, y gracias a las descripciones tópicas anteriores puede advertirse claramente el motivo recordando la naturaleza instintiva del ello; más aunado a este aspecto, el surgimiento del superyo que internaliza la autoridad paterna, suma una instancia más de represión.

Hasta este último tema espero haber cumplido con mi objetivo de realizar una incursión pedagógica en los aspectos más básicos del psicoanálisis; ya que es en sí mismo, un extenso caudal de conocimientos que cada vez se van haciendo más complejos.

Además de que creo hasta aquí haber presentado los procesos más importantes develados por Freud: la constitución psíquica del sujeto con el desarrollo libidinal, el descubrimiento del Inconsciente gracias a sus neuróticas, al sueño, y a la escisión del aparato psíquico con sus tópicos; y el paso evolutivo de constitución del método psicoanalítico y la enunciación del psicoanálisis como una ciencia.

Conclusiones.

Mi conclusión no pretenden ofender a nadie, simplemente exponen mi pensar en cuanto a las expectativas bajo las cuales se guía mi inquietud clínica.

Tampoco se trata de agresión entre escuelas ni profesionales de este quehacer, sino de la medida y lo mensurable de la clínica en campo psicológico; es decir, de la calidad y la cantidad de los datos clínicos alejados de las tendencias y la manipulación de grupos sociales y políticos, lo que el clínico ha de tener en consideración.

Con frecuencia la clínica conductista y la psicoanalítica chocan con la farmacología; así como el psiquiatra y el neurólogo demeritan el proceso de entendimiento del comportamiento a través de los diversos lenguajes del hombre en consulta.

El bien y el mal, lo bueno y lo malo, lo normal y lo anormal, no han de ser establecidos por un solo hombre o unos cuantos hombres relacionados al sujeto; sino que deben ser vistos por la experiencia, por la razón y la lucidez de los principales hombres que conforman la historia empírico-racional de la ciencia.

En este sentido y a pesar del gusto que en especial me despiertan tanto la psicología conductual como el psicoanálisis, en ambos campos veo inmerso un inminente peligro: el del límite entre lo propio de lo profesional y lo propio de la personalidad del psicólogo o del psicoanalista; debido a esa parte que permite la especulación "tendenciosa", diferente a la especulación que en el sentido común de la ciencia nos aligera en la creación el conocimiento diagnóstico y el proceso terapéutico.

Y entiendo que a diferencia de las llamadas "ciencias duras", nuestro objeto de estudio requiere de ciertas consideraciones que lo vuelven un tanto arbitrarias en cuanto a las especulaciones de las que se pueden valer. Y me refiero por ejemplo a el uso de

juicios personales, que crean una mala proyección en el trabajo clínico; o al abuso o uso indiscriminado de etiquetas o malos diagnósticos con que se “clasifica” a los pacientes, sin tener en cuenta un criterio integral o un análisis completamente validado. Lo que también da por consecuencia un tratamiento que va de poco efectivo a ineficaz, en donde en algunas de las ocasiones el paciente es objeto de “intentos” de apoyo en los cuales se llega a ver expuesto a eventos que más que servirle, le agreden, le degradan y le empeoran.

En el caso de Freud, fue interesante conocer el proceso de análisis en donde él se ubica así mismo, en un momento dado, como un enfermo neurótico; lo que le permite entender la patología en sus dos vertientes: una, la del médico que desea ayudar y la otra, la del paciente que desea ser ayudado. Claro está, que pese a que el psicoanálisis lo considera como un prerrequisito para todo analista, no pretendo con esto mandar a terapia a nadie, pero si creo que para quien no considere esta alternativa pueden plantearse otras.

En este sentido considero que una formación en psicología que no se nutre más allá de los límites de la educación formal, se vuelve estéril; pero no sólo como conocimiento restringido que poco a poco puede caer en lo obsoleto, sino que además puede conducir al psicólogo a limitarse asimismo; cerrándose a conocer otras propuestas o alternativas que como profesiones o ciencias afines a la salud también aportan interesantes teorías y procedimientos de trabajo clínico.

No busco caer en una posición ecléctica, pues siempre se debe tener claro el campo de salud al que la psicología es objetiva. Sin embargo me pregunto sino será que esta palabra de “eclecticismo” esconde de trasfondo el temor de no querer explorar los potenciales del psicólogo en otras áreas afines que lo conlleven y motiven a avanzar más allá de las percepciones mal fundamentadas; y se de antemano que habrá quienes se inquieten y cuestionen mi aseveración, pero una cuestión que siempre será un punto

de solidez a ésta, es el hecho de que casi ningún psicólogo ni analista expone y comparte abiertamente su método, la pregunta es: ¿temor a la imitación de dicho estilo personal, o quizás temor a crítica y al cuestionamiento? O será que entre estas alternativas se encuentre una todavía más interesante, que como profesional de la salud ha encontrado que posiciones un tanto alejadas de los cánones establecidos le han sido más funcionales tanto a él como al paciente.

Y que mejor que elegir este tema psicoanalítico para abordar tres aspectos que aunque en sentidos que parecieran un tanto contradictorios apoyan mi idea; pero para no prestarme a confusiones aclaro lo siguiente:

a). Freud como neurólogo, como investigador de anatomía y de fisiología, se adentró en el mundo de la psicología; lo que nos permitió vislumbrar hasta dónde llevó sus inquietudes y su perseverancia. Este caso particular de estudio, el psicoanálisis nos enseña, como un referente inductivo da origen a un conocimiento deductivo.

En este sentido la autorreflexión freudiana dio origen a la ciencia empírica que trascendió en el campo de lo racional enseñándonos a conocer la historia de la humanidad y la historia del individuo. Ya que este empirismo freudiano construye desde los años treinta un pensamiento científico arqueológico; que reconstruye el pasado y el hoy de la historia del saber universal, haciendo conmensurable el conocimiento del hombre y su forma de vida sin fracturas y de un continuo. Puesto que es a partir de este pensamiento empírico que nos damos cuenta de la diversidad de sensaciones y de hechos en el terreno empírico racional.

El método freudiano deja de ser unidimensional para convertirse después de Freud en un dinamismo relacionado, que integra la multiplicidad de orígenes. El psicoanálisis como con una metodología dialéctica que se alimenta de la parte, y el hoy, y del todo y la historia, instrumenta las formas que nos ayudan a entender la "idea", y gracias a

éste es que sabemos que el conocimiento y los actos que este trae no es de: sí y no o de todo y nada; sino que construimos continuamente hipótesis no necesariamente antagónicas y que nos enseñan a rescatar los hechos vividos por el fracaso y la reconsideración de lo que creemos verdad, mentira, racional irracional, consciente inconsciente, y nos da posibilidades creativas de proyectar un futuro factible.

b). En un sentido que podría parecer contrario, pero que sigue apoyando mi idea, es que la histeria conocida como neurosis, al igual que la psicosis y la esquizofrenia entre otras enfermedades mentales se puede estudiar y tratar por medio de áreas diferentes al psicoanálisis; el mismo Freud planteó en 1920, en "Más allá del principio del placer" lo siguiente : "La biología es verdaderamente un territorio de posibilidades ilimitadas. Tenemos que esperar de ella que nos provea la información más sorprendente y no podemos predecir que respuestas dará en unas pocas decenas de años a las cuestiones que le planteamos"; y han pasado más que las pocas decenas de años pensadas por Freud respecto a los aportes de la biología para el conocimiento y funcionamiento de la psique y de la relación de esta con el cerebro anatómico, neuroquímico y neurofisiológico⁴⁵.

La neurosis y la psicosis como enfermedad son vistas ya no como unicasales afectivas, sino multifactoriales biológicas, sociales, políticas económicas, artísticas y espirituales. Muestra de ello, es que actualmente se estudia, y se tienen evidencias de que el comportamiento es influenciado en forma determinante por características genéticas y funcionales que propician una relación bioquímica en cuanto a la presencia y calidad de receptores y de neurotransmisores.

Y es sobre este huésped biológico que el medio ambiente físico social y afectivo da origen a las respuestas frente a la capacidad de adaptación. Esta sustancia biológica

⁴⁵ Citado en "Neurología del trastorno de estrés postraumático" en la Revista Aperturas Psicoanalíticas de noviembre 2000 en el número 6.

está relacionada con la patología neurótica en magnitud aún desconocida por lo que es difícil saber con precisión el grado de origen de la patología neurótica entre el medio ambiente psíquico y el medio ambiente físico-biológico.

Lo que si es concebido es que las confrontaciones dan origen a respuestas adaptativas circunstanciales del tiempo afectivo sobre un soporte adaptativo neurológico.

Ya desde el año de 1942, Felix Brown consideraba la importancia que juega la herencia en el desorden de las psiconeurosis, ubicando este problema central en la psiquiatría pero considerando las dificultades técnicas que existían para poder correlacionar los hechos orgánicos vinculados a la herencia y los diferentes comportamientos patológicos⁴⁶.

Siguiendo esta línea con investigaciones más específicas, en la actualidad muchos de los síntomas psiquiátricos y neurológicos son considerados patologías relacionadas tanto con el contexto social como con la relación existente entre el propio individuo y su interior. Esto no sucede aislado a los procesos biológicos, muestra de ello es que la mala absorción intestinal, la deficiencia de aminoácidos en la desnutrición severa, la reducción en la ingesta de vitaminas y los trastornos de la síntesis de neurotransmisores en el sistema nervioso central, dan origen a síntomas relacionados con la ansiedad y a los estados depresivos, a su vez relacionados al síndrome esquizoide.

Por ejemplo, en el caso de la diabetes mellitus, en algunos casos condiciona a estados de ansiedad y de comportamiento similares a los de la psicosis o la neurosis, debido a la toxicidad de sustancias de desecho persistentes en la sangre, alterando así tanto el pH como la alcalosis metabólica (o acidosis metabólica), secundaria al aumento de azúcar sanguínea. Estos estados de alteraciones están relacionados con un síndrome

⁴⁶ Brown F: Heredity in the psychoneuroses Proc R Soc Med 1942, 35: 785-790.

general de adaptación a las condiciones bioquímicas de un sujeto con una enfermedad biológica⁴⁷.

Otro caso es el de enfermedad de Alzheimer, en donde la presencia de acúmulos de una proteína llamada amiloide beta • • trastorna la irrigación de la corteza cerebral y altera la expresión de receptores para los neuropéptidos, dando origen a comportamientos afines a la neurosis y psicosis, con vivencias que se tienen en un momento indiscriminado de tiempo⁴⁸, el mismo envejecimiento trae consigo alteraciones relacionadas a memoria y comportamientos cercanos a los trastornos neuróticos y aún psicóticos por degeneración, muerte o disminución de la irrigación del sistema nervioso central.

Con respecto a la ansiedad inducida por el trastorno de la respiración conocido como hiperventilación contaquibnea (respiración superficial y rápida), se condiciona un aumento en el dióxido de carbono (CO₂) ocasionando también alteraciones similares a las presentadas por inhalación accidental de CO₂, que provoca un ataque de pánico; circunstancia que se presenta en muchos enfermos neuróticos o psicóticos⁴⁹.

En cuanto a la depresión y el estrés postraumático, se sabe que son funcionalmente generadas por un bloqueo o alteración del transito hipotalámico pituitario adrenal, pues se han realizado estudios con grupos de adultos jóvenes en los cuales existe un comportamiento neurótico combinado con alteraciones en los niveles de esteroides y el uso de cortisol, que combinado con dexametrazona dan una regulación negativa a estos estados de neurosis⁵⁰. Y en particular, el estrés postraumático a evidenciado alteraciones neurobiológicas tales como son la disminución del volumen del

⁴⁷ Diabetes Care. 1992 Apr; 15(4): 518-521

⁴⁸ Lendon C, Ashall F, Goate A: Exploring the etiology of Alzheimer disease using molecular genetic. JAMA 1997; 277: 825-831

⁴⁹ Perma G, Gabriele A, Cardirolo D, Bellodi L: Hypersensitivity to inhalation of carbon dioxide and panic attacks. Psychiatry Res 1995; 132: 277-279.

⁵⁰ Biol. Psychiatry 2001 Mar; 49(5): 410-415

hipocampo, sitio relacionado con la regulación de la memoria y que interviene en la extinción de los condicionamientos, por lo cual la hipotrofia del hipocampo deja al sujeto con menor capacidad para la extinción de las respuestas condicionadas que hacen que cualquier estímulo se asocie al trauma desencadenando el recuerdo del mismo. Se presenta una disminución del cortisol en la sangre, en la saliva y en la orina, lo que va en contra de los prejuicios intuitivos que hubieran hecho pensar que el cortisol que aumenta en el estrés normal, debería estar incrementado; se da un aumento de la hormona tiroidea en sangre así como alteraciones de ciertas propiedades de las células sanguíneas, tales como aumento de los receptores glucocorticoides de los linfocitos, disminución de la captación de serotonina en las plaquetas, disminución de la actividad de monoamino oxidasa en las plaquetas, entre otras⁵¹.

Sin embargo uno de los estudios más reveladores en este campo es el realizado por Jordan W. En donde presenta evidencias genético-nosológicas relacionadas al pánico y la ansiedad fóbica, definiendo el fenotipo o manifestación estructural de los trastornos genéticos asociados a él. Concluye que es importante el fenotipo heredado a la ansiedad y los desórdenes nosológicos sin descartar la importancia social y del medio ambiente que estos tienen⁵².

De esta forma se evidencia que las relaciones entre la herencia (viendo ésta en términos de expresión de enzimas o proteínas, producto de los genes), asociada a la carencia o presencia de algunas enzimas catalíticas, actúan sobre neuropéptidos y sus

⁵¹ Neurología del trastorno de estrés postraumático. Revista de psicoanálisis Aperturas Psicoanalítica. Noviembre 2000, número 6

⁵² Jordan W. Smoller, M. D., M., Sc., and Ming T. T., M.D., Ph. D., Sc.: Panic and Phobic Anxiety: Defining Phenotypes for Genetic Studies

receptores provocando manifestaciones clínicas alteradas como son la ansiedad y el pánico, dando características temperamentales alteradas⁵³.

Otro ejemplo, es la carencia de expresión de receptores específicos colecistokinina (CCK-8), que provoca un estado de ansiedad y pánico no racional asociado a la enfermedad de neurosis y psicosis, con un fondo primordialmente biológico⁵⁴.

En el caso de la esquizofrenia, se sabe con exactitud que la desregulación de receptores para glutamato⁵⁵ y dopamina son la causa de la perturbación⁵⁶; así mismo, gracias al mapeo de la "esquizofrenia familiar", se conoce que la alteración de una fracción del cromosoma 6 (la fracción de su brazo corto superior), condiciona esta enfermedad a un carácter profundamente familiar⁵⁷.

Como puede observarse tras esta breve presentación de estudios, la tendencia aunque difícil, intenta ser científica es el holismo dialéctico y no el positivista; el holismo, que busca algún día permitirnos insertarnos como profesionales de la salud y del proceso de mejoría, recuperación o curación del ser humano. El holismo o del comportamiento nos introduce en ejecutar diversas escuelas para un mismo problema sin dar una fragmentación porcentual definida a cada caso, sino una justa armonía del caso clínico particular y del caso socio-histórico. En comportamiento hay una gran estrechez; definir por encima de la costumbre cotidiana lo normal y lo patológico (referir a E. Fromm, a Gaston Bachelard, a Lacan, a Canguilhem, a M. Foucault, a

⁵³ Zozulaya AA, Kost NV, Yu Sokolov O, Gabaeva MV, Grivennikov IA, Andreeva LN, Zolotarev YA, Ivanov SV, Andryushchenko AV, Myasoebov NF, Smulevich AB. The inhibitory effect of Selank on enkephalin-degrading enzymes as a possible mechanism of its anxiolytic activity.

⁵⁴ Lydic RB: Neuropeptides and anxiety: focus on cholecystokinin. Clin Chem 1994; 40 (2): 315-318.

⁵⁵ Arvid Carlsson, Waters N, Holm-Waters S, Tedroff J, Nilsson M, Carlsson M L. Interactions between monoamines glutamate, and gaba in schizophrenia: New evidence. Ann Rev Pharmacology and Toxicology, 2001, 41, pp. 237-260.

⁵⁶ Krable MB, Barci BM, Webster MJ, Meadbr- Woodruff J, Torrey EF: Molecular abnormalities of the hippocampus in severe Psychiatry Cillness: postmortem findings from the stanley. Neuropatology Consortium Mol Psychiatry. 2004; jan 6.

⁵⁷ Brzustowicz L, Honer W, Chow E, Hogan J, Hodgkinson K, Bassett A: Use of a quantitative trait to map a locus associated with severity of positive symptoms in familiar schizophrenia to chromosome 6p. Am J Hum Genet 1997; 61: 1388-1396.

Derrida, etc.), quienes creen que “nadie tiene en s u manos la razón, pues aún se esta en la búsqueda”.

La patología neurótica a la que Freud se refirió, entre otras patologías, es vista hoy por los conductistas que consideran el promedio de comportamiento, los neurólogos que afirman la causa inmediata y etiológica del comportamiento y el psicoanalista que se proyecta en el enfermo y en el diferente así mismo; mismas disciplinas que empiezan a abrirse a una interrelación.

c). Y finalmente, la elección de este tema me permitió a mí conocer más acerca de los principios fundamentales del psicoanálisis, lo cual cumple una expectativa en mi trabajo, por lo que no soslayé la oportunidad de realizar una tesina de corte pedagógico para acercarme a una postura distinta por completo a la Psicología cognitiva- conductual que enraíza mi formación profesional y mi trabajo clínico, lo que no quiere decir que está última me resulte poco útil, por el contrario, a nivel de prevención e intervención la considero eficaz.

Pero por otro lado, como ya cite, tengo perfectamente bien delimitado el campo de aplicación de cada una de las ciencias por las que me intereso; pues desde el primer acercamiento a la neurología y al psicoanálisis he estado convencida de que es posible una integración tanto teórica como metodológica que permita un trabajo clínico completo. Sería falso decir que estoy de acuerdo con el uso de medicamento, por lo que no me motiva la psiquiatría, pero si estoy segura de que poseer conocimientos más allegados a la función neurológica, a sus evaluaciones y programas de rehabilitación y estimulación, pueden ayudar perfectamente a comprender más algunas respuestas conductuales, que bajo otro tipo de estudio, podrían mal interpretarse y tratarse.

Así la neurología aporta datos básicos tanto para reconocer el comportamiento normal, como parámetros reales de la enfermedad, de la deficiencia y del deterioro por la edad.

El psicoanálisis, el más controversial de todos los temas, es una herramienta importante por la concepción que ofrece del paciente como sujeto, por la incursión a la memoria a través del concepto del inconsciente y la por la doble función que atribuye al lenguaje, que es ese viaje al mundo interno del paciente; que a nivel de entrevistas iniciales, y como primera intervención me resulta óptimo, pues trata de ir hasta la médula del conflicto, y desde ahí tratar no sólo el síntoma sino la estructuración interna e infantil del sujeto todo esto claro, a nivel netamente individual.

Finalmente la psicología cognitiva- conductual me resulta basta por la serie de procedimientos en los que se basa para lograr la reintegración o readaptación social del paciente.

Se que cada profesional desde su área puede juzgar de imposible esta común-uniión, y más aún debatir con todas las bases, que desde su teoría y postura clínica se puede dar el mismo resultado; la salud mental del paciente. Sin embargo en esta disertación me permito manifestar mis inquietudes y mi criterio, muy lejano por cierto, de la pretensión de inquietar las convicciones de nadie.

Actualmente esta integración a dado pruebas de ser fehaciente al ser pronunciada ya, a nivel de maestría por países europeos, principalmente España; en donde bajo el rótulo de "modelo abarcativo" presentan un programa de posgrado, a la vez que elaboran una revista electrónica llamada "Aperturas Psicoanalíticas, encausada hacía modelos integradores", que muestra, cómo la intención de avanzar en el terreno del conocimiento humano, hace posible una adecuación no sólo técnica, sino teórica de

los diversos lenguajes profesionales; lo que permite observar un mismo fenómeno desde diversos ángulos para un entendimiento integral.

Para cualquier comentario o sugerencia por favor dirigirse a:

esbelps@prodigy.net.mx o a cenasi9999@yahoo.com.mx

Referencias Bibliográficas.

1. Aguado, I.; Argüero, R.; Jacobo, M. I.; Pantoja, T. (s/f). *Acerca del origen y especificidad del discurso psicoanalítico. (Material didáctico de circulación interna de UNAM Campus FES Iztacala).*
2. Aguado, I.; Avendaño, C.; Mondragón, C.; Cortés, E.; Aguado, A. y Gaos, F. (1999). *Historia, Psicología y Subjetividad. México: UNAM, FES Iztacala.*
3. Anzieu, D. (1959). *El Autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis. 1 y 2. México: Siglo Veintiuno Editores.*
4. Assoun, P. (1981). *Introducción a la Epistemología Freudiana. México: Siglo Veintiuno Editores.*
5. Autor no referido: *Neurología del trastorno de estrés postraumático. Revista de psicoanálisis Aperturas Psicoanalítica* ■ Noviembre 2000, número 6.
6. Autor no referido (s/f). VII. Un escenario inesperado: Saint- Louis de la Salpêtrière. Dirección:
http://omega.ilce.edu.mx3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/162/htm/sec_10.htm
6. Ayala, M. (1995). *El concepto de inconsciente en la práctica psicoanalítica. Tesis de maestría. México: CU, UNAM.*
7. Arvid Carlsson, Waters N, Holm-Waters S, Tedroff J, Nilsson M, Corlsson ML: *Interactions between monoamines, glutamate, and gaba in schizophrenia: New Evidence. Ann Rew Pharmacology and Toxicology* ■ 2001, 41, pp. 237-260.
8. *Biol. Psychiatry* ■ 2001 Mor 1; 49 (5): 410-415.
9. Bleichmar, S. (s/f) *La constitución psicosexual en la infancia. Texto de circulación interna. México: UNAM FES Acatlán.*
10. Bleichmar, H. (1984). *Introducción al estudio de las perversiones. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.*
11. Braunstein, N. (1983). *La Re-flexión de los conceptos de Freud en la obre de Lacan. México: Siglo Veintiuno Editores.*

12. Brown, F.: *Heredity in the psychoneuroses*. *Proc R Soc Med* 1942; 35: 785-790.
13. Brzustowicz L, Honer W, Chow E, Hogan J, Hodgkison K, Basset A: *Use of a quantitative trait to map a locus associated with severity of positive symptoms in familial schizophrenia to chromosome 6p*. *Am J Hum Genet* 1997; 61: 1388-1396.
14. Cazau, P. (2002). *Guía de consulta de psicoanálisis freudiano*. Buenos Aires: <http://galeon.hispavista.com/pczau/guiaf02meta.htm>
15. Chertok, L. Y De Saussure, R. (1973). *Nacimiento del Psicoanalista*. España: Gedisa.
16. Cottet, S. (1982). *Freud y el deseo del psicoanalista*. París: Narin Eiteur.
17. *Diabetes Care* 1992 Apr; 15 (4): 518-521.
18. Dupont, M. (1988). *La práctica del psicoanalista*. México: Pax México. Librería Carlos Céserman, S. A.
19. Ellenberger, H. (1976). *El descubrimiento del Inconsciente. Historia y evolución de la Psiquiatría Dinámica*. Madrid: Editorial Gredos.
20. *Enciclopedia Británica Inc. (1994-2000). CD con los tomos I, II y III.*
21. Forrester, J. (1990). *Seduciones del Psicoanálisis: Freud, Lacan y Derrida*. México: Fondo de Cultura Económico.
22. Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de cultura económica.
23. Freud, S. (1893-1895). "Estudios sobre la histeria" . *Obras Completas, Tomo II*. Amorrortu Editores. Edición estándar.
24. Freud, S. (1898). "La sexualidad en la etiología de las neurosis". *Obras Completas, Tomo III*. Amorrortu Editores. Edición estándar.
25. Freud, S. (1900). *La Interpretación de los sueños*. España: Planeta- Agostini.
26. Freud, S. (1905- 1915 [17]). "Tres ensayos sobre sexualidad". *Obras Completas, Tomo II*. Madrid: Edición Biblioteca Nueva.
27. Freud, S.(1910 [1909]). "Cinco conferencias sobre psicoanálisis". *Obras Completas, Tomo XI*. Amorrortu Editores. Edición estándar.

28. Freud, S. (1912). *Tótem y tabú*. Madrid: Biblioteca Freud. Alianza Editorial.
29. Freud, S. (1914-1916). "Pulsiones y destinos de pulsión". *Obras Completas*. Tomo XIV, Alianza Editorial.
30. Freud, S. (1924 [1926]). "Autobiografía". *Obras Completas*, Tomo III. Madrid: Edición Biblioteca Nueva.
31. Freud, S. (1940b [1938]). "Esquema del psicoanálisis". *Obras Completas*, Tomo III. Madrid: Edición Biblioteca Nueva.
32. Freud, S. (1966). *Introducción al Psicoanálisis*. Madrid: El libro de Bolsillo Alianza Editorial.
33. Freud, S. (1968). "Lecciones introductorias al psicoanálisis". *Obras Completas*, Tomo III. Madrid: Edición Biblioteca Nueva.
34. Freud, S. (1969). *Sigmund Freud: Autobiografía. Historia del movimiento psicoanalítico*. Madrid: El libro de Bolsillo.
35. Freud, S. (1972). *Sigmund Freud: Psicoanálisis aplicado y Técnica Psicoanalítica*. Madrid: Alianza Editorial.
36. Freud, S. (1986 1 a. reimpresión). *Esquema del psicoanálisis*. México: Paidós.
37. Freud, S. (1992). *El yo y el ello*. México: El libro de Bolsillo. Alianza Editorial.
38. Freud, S. (2000). "Enamoramiento e hipnosis". *Psicología de las masas*. Madrid: Biblioteca Freud. Alianza Editorial.
39. González, E. (1999). *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* "El final de la histeria". Vol. XIX, n. 71, pp.421-435.
40. Greenson, R. (2001). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo veintiuno editores.
41. Henriksen, M. (1999). Película: "The Magnetist's fifth winter".
42. Hugh, M. (1987). *Psicoanálisis. La Psicología cognitiva de Freud*. Barcelona: Editorial Labor.
43. Huston, J. (1962). Película: "Freud. Pasiones secretas".
44. Jaccard, R. (s/f). *Historia del Psicoanálisis. Volumen uno. Colección Plural. Ciencia Abierta*.

45. Jordan W. Smoller, M. D., M., Sc., and Ming T. T., M.D., Ph. D., Sc.: *Panic and Phobic Anxiety: Defining Phenotypes for Genetic Studies.*
 Knable MB, Barci BM, Webster MJ, Meador- Woodruff J, Torrey E F: *Molecular abnormalities of the hippocampus in severe Psychiatry Illness: postmortem findings from the Stanley.* *Neuropathology Consortium Mol Psychiatry* 2004
 Jan 6.
46. Laplanche, J. (1970). *Vida y muerte en Psicoanálisis.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.
47. Laplanche, J. Y Pontalis, J. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis.* Barcelona: Editorial Labor.
48. Lendon C, Ashall F, Goate A: *Exploring the etiology of Alzheimer disease using molecular genetic.* *JAMA* 1997; 277: 825-831.
- Lydiar RB: *Neuropeptides and anxiety: focus on cholecystokinin.* *Clin Chem* 1994; 40 (2): 315-318.
49. Mannoni, O. (1979). *Freud, el descubrimiento del inconsciente.* Buenos Aires: Nueva Visión.
50. Méndez, J. E Iceta, M. (2002). *Aperturas Psicoanalíticas. Hacia modelos integradores* *Revista de Psicoanálisis.* Núm. 12.
51. Pera, C. (s/f). *El humanismo en la relación Médico-Paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina* *Barcelona: Universidad de Barcelona.*
52. Perma G, Gabriele A, Cardirolo D, Bellodi L: *Hypersensitivity to inhalation of carbon dioxide and panic attacks.* *Psychiatry Res* 1995; 152: 277-279.
53. Perrés, J. (1988). *El nacimiento del Psicoanálisis. Apuntes Críticos para una delimitación epistemológica.* México: UAM, Xochimilco. Editorial Plaza y Valdez.
54. Perrés, J. (1994). *Proceso de constitución del Método Psicoanalítico.* México: UAM, Unidad de Xochimilco, División de Ciencias Sociales y Humanidades.
55. Popof, A. (1977). *Sigmund Freud cartas de amor. La nave de los locos.* México: Premiá.
56. Portundo, J. (1980). *Introducción al Psicoanálisis.* Madrid: Biblioteca Nueva.

57. Ricoeur, P. (1970). *Freud: una interpretación de la cultura*. México: Siglo Veintiuno Editores.
58. Robert, M. (1964). *La Revolución Psicoanalítica. La vida y obra de Freud*. México: Fondo de Cultura Económica.
59. Safouan, M. (1989). *La Transferencia y el deseo del psicoanalista*. México: Paidós.
60. Schutt, F. (1995). *Anuario de Psicología* ■ *El pensamiento freudiano en 1895: Estudios sobre la histeria cien años después*. Barcelona: Facultat de Psicologia Universitat. N. 67, pp. 9-14.
61. Zozulaya AA, Kost NV, Yu Sokolov O, Gabaeva MV, Grivennikov IA, Andreeva LN, Zolotarev YA, Ivanov SV, Andryushchenko AV, Myasoedov NF, Smulevich AB. *The inhibitory effect of Selank on enkephalin – degrading enzymes as a possible mechanism of its anxiolytic activity*.

Anexos.

Correspondientes al apartado 1.1. Antecedentes histórico-sociales de la formación profesional de Freud y primeras fases de delimitación del Método Psicoanalítico.

Nota 5. El Método Anatomicoclínico: Cita Pera, que es gracias a J. N. Corvisart y M. Bichat, que se dan los primeros pasos en la exploración de cadáveres de enfermos, es decir, la eutanasia; con el fin de conocer la geografía interior; y es también Bichat quien aconsejó que al penetrar en el interior del enfermo muerto se comparan las lesiones halladas en sus entrañas con los síntomas que habían recolectado minuciosamente en vida del paciente. Con esta construcción objetiva de las enfermedades se da inicio al llamado "método anatomicoclínico". A partir de esta apertura sistemática de la superficie corporal del cadáver del paciente, la simple experiencia clínica a secas se transforma en mirada anatomicoclínico (s/f, p. 3). Por su parte Ph. Pinel publicó Nosografía Filosófica en 1789 (ejemplo de la medicina clasificatoria o de las especies), donde distribuía las enfermedades internas o primitivas según su estructura anatómica básica, sus familias, sus géneros y sus especies morbosas; además describía a la neurosis de acuerdo a Cullen como alteración de la sensibilidad y la motilidad (González, 1999, p. 426). Cita Foucault, que la relación médico-paciente siguió siendo totalmente asimétrica, pues el paciente era un simple objeto sobre el que se centraba y desplegaba la mirada del médico. Y tras la introducción del método anatomicoclínico, el paciente siguió siendo objeto, el simple espacio corporal, en el que ahora el médico no sólo recolectaba minuciosamente los síntomas, sino que también, llegado el momento de su muerte, convertía su cadáver en espacio abierto mediante la autopsia, en el que se desplegaban las lesiones de las enfermedades, "el espacio del cuerpo del paciente comienza a hacerse transparente" (Pera, s/f, pp. 5 -6).

Nota 6. El Mesmerismo: Chertok y De Saussure (1973), en Nacimiento del Psicoanalista, citan como parte de los precursores del método de la hipnosis, a el Dr. Franz Antón Mesmer quien en 1778 llega a París, en donde divulga su teoría sobre la existencia y la acción de un fluido universal, que dentro del cuerpo, en una distribución desequilibrada, daba por resultado la enfermedad; y para tratar a dichos pacientes, él empleaba un magnetizador que al provocar las crisis (convulsiones) en los pacientes efectuaba una redistribución armoniosa del fluido, de ahí el efecto curativo. En el transcurso de estas sesiones, Mesmer había sido testigo de los fenómenos de sonambulismo provocado, en los cuales el sujeto tenía un comportamiento completamente tranquilo y seguía siendo apto para el dialogo con el doctor, sin embargo no sacó provecho de esto ni comprendió su valor. Posteriormente el marqués Puysegur alumno de Mesmer que no era médico modificó este método con el descubrimiento del “sonambulismo magnético” (provocado o artificial), en donde excluía la crisis convulsiva de todo enfermo en alguna medida “desc onectado”, así el sujeto alcanzaba un estado de docilidad sin dejar de ser un interlocutor; otro aspecto importante del trabajo de este personaje es la concepción de la posibilidad de interferencias eróticas, contra las cuales empleaba la regresión del paciente hasta un estadio literalmente infantil, aunque no se basó en esta regresión para indagar en el pasado conflictivo del paciente. Con esto ambos médicos sientan la base de la psicoterapia basada en la hipnosis (p. 23).

A respecto de este tema, como un elemento exclusivamente ilustrativo, se recomienda ver la película del director Morthen Henriksen (1999), “The Magnetist’s fifth winter”, que presenta la teoría del fluido universal y el uso del magnetismo animal, método casi milagroso que desafía la medicina tradicional de ese tiempo para curar una gran diversidad de enfermedades y muestra el empleo de aparatos y montajes escénicos, que sorprendían a sus pacientes. Sólo que la película concede todo el crédito a Mesmer de trabajo que en gran parte fue de su discípulo Puysegur al menos en el fenómeno de “sonambulismo provocado”.

Correspondiente al capítulo 2. El mal llamado "Autoanálisis".

Nota 35. Tótem y tabú: Para entender más claramente esta hipótesis es importante citar algunos conceptos de Tótem y tabú escrito por Freud, en donde a través de sus investigaciones psicoanalíticas, aterriza al plano de la antropología una idea acerca del origen de la civilización y del conflicto neurótico. Desde una perspectiva psicológica y psicoanalítica, Freud estudio principalmente a un pueblo primitivo de Australia, en donde observó que estas tribus divididas en pequeños clanes tenían un "Tótem" del cual llevaban su nombre. Freud lo definió de la siguiente manera: Tótem es en primer lugar, el antepasado del clan y en segundo el espíritu protector y bienhechor, pudiendo referirse a un animal o manifestación de la naturaleza, que se transmitía hereditariamente tanto por la línea paterna como por la materna. Así mismo observó que en todos los lugares en que este sistema totémico se halla en vigor, regía una ley, según la cual, los miembros de un mismo tótem no debían tener relaciones sexuales ni casarse entre sí, es decir, la ley de la exogamia. La exogamia, expone Freud, tiene otras consecuencias y persigue otros fines que la simple previsión del incesto con la madre y la hermana. Prohíbe al hombre la unión sexual con cualquier mujer de su grupo...mujeres a las que no se halla ligado consanguíneamente; pero, sin embargo son consideradas así... consanguíneas suyas. De esta forma se sustituye el matrimonio individual por el matrimonio de grupo...por lo que se impide el incesto de grupo. Continúa Freud citando que en una ocasión solemne mata el clan cruelmente a su animal totémico y lo consume crudo...los miembros del clan...saben que llevan a cabo un acto prohibido...Una vez llevado a cabo el acto sangriento, es llorado y lamentado el animal muerto. El duelo que esta muerte provoca es dictado por el temor de un castigo...Pero a este duelo sigue una... fiesta en la que se da libre curso a todos los instintos y quedan permitidas todas las satisfacciones. El psicoanálisis revela que el animal totémico es, en realidad, una sustitución del padre, hecho con el que se armoniza la contradicción de que estando prohibida su muerte en época normal...que después de matarlo se lamenta y llore su muerte. La actitud afectiva ambivalente,

que...caracteriza el complejo paterno...se extiende al animal totémico. Confrontando esta concepción psicoanalítica del tótem con el hecho de la comida totémica, con la hipótesis darwiniana del estado primitivo de la sociedad humana, se revela la posibilidad de llegar a una hipótesis... que presenta la ventaja de reducir a una unidad insospechada una serie de fenómenos hasta ahora inconexos. La teoría darwiniana... supone la existencia de un padre violento y celoso que se reserva para sí todas las hembras y expulsa a sus hijos conforme van creciendo. Así Freud propone que los hermanos expulsados se reunieron un día, mataron al padre y devoraron su cadáver (pensando en una tribu caníbal), poniendo así fin a la horda paterna...Puede suponerse que lo que les inspiró el sentimiento de superioridad fue un progreso de la civilización...Además, el violento y tiránico padre constituía seguramente el modelo envidiado y temido..., y al devorarlo se identificaban con él y se apropiaban de su fuerza...la horda fraterna rebelde abrigaba con respecto al padre aquellos mismos sentimientos contradictorios que forman el contenido ambivalente del complejo paterno en ...niños y...enfermos neuróticos. Odiaban al padre... que se oponía a sus necesidades de poderío y a sus exigencias sexuales, pero al mismo tiempo lo amaban y admiraban. Después de haberle suprimido y haber satisfecho su odio y su deseo de identificación con él tenían que imponerse, en ellos, los sentimientos cariñosos, antes violentamente contaminados por los hostiles. A consecuencia de este proceso afectivo, surgió el remordimiento y nació la conciencia de la culpabilidad...y el padre muerto adquirió un poder mucho mayor del que había poseído en vida...lo que el padre había impedido anteriormente,...se lo prohibieron luego los hijos a sí mismos...Desautorizaron su acto,...rehusando el contacto sexual con las mujeres, accesibles ya para ellos. De este modo es como la conciencia de la culpabilidad del hijo engendró los dos tabúes fundamentales del totemismo, los cuales coinciden con los deseos reprimidos del complejo de Edipo...Con estos dos tabúes ...se inicia la moral humana, pero no poseen el mismo valor psicológico ...el respeto al animal totémico, reposa sobre móviles afectivos, el padre ha sido muerto y no hay nada que pueda remediarlo prácticamente. En cambio ...la prohibición del incesto, presenta ...una gran

importancia. La necesidad sexual, lejos de unir a los hombres, los divide...Los hermanos...tenían que convertirse en rivales al tratarse de la posesión de las mujeres...si...querían vivir juntos no tenían otra solución que instituir...la prohibición del incesto...De ese modo salvaban la organización...Al otro tabú...al destinado a ...la vida del animal totémico, se enlaza...la primera tentativa de una religión...la lógica del padre, y la actitud que una necesidad interna les imponía respeto al mismo tiempo expresaba la necesidad de manifestar su arrepentimiento ...para intentar apaciguar el sentimiento de culpabilidad... en este sistema totémico como contrato otorgado con el padre...prometía...-su protección y cariño- a cambio del compromiso de... no renovar... el acto que le costo la vida al padre verdadero (1912, pp. 9-169).

Correspondiente al apartado 2.1. La Interpretación de los sueños.

Nota 37. El sueño de Irma:

B) Información preliminar

A principios del el verano de 1895 había yo tratado psicoanalíticamente a una joven señora, muy amiga mía y de mi familia. Bien se comprende que tal mezcla de relaciones puede convertirse para el médico, y tanto más para el psicoterapeuta, en fuente de múltiples confusiones. El interés personal del médico es mayor, y menor su autoridad. Un fracaso amenaza enfriar la vieja amistad con los allegados del enfermo. La cura culminó con un éxito parcial, pues la paciente perdió su angustia histérica, pero no todos sus síntomas somáticos. Por entonces, todavía no tenía yo plena certeza sobre los criterios que marcan el cierre definitivo de un historial histérico, y propuse a la paciente una solución que a ella no le pareció aceptable. En esa desavenencia interrumpimos el tratamiento con motivo de las vacaciones de verano. Un día me visitó un colega más joven, uno de mis amigos más íntimos, que había estado con la paciente (Irma) y su familia en su lugar de veraneo en el campo. Le pregunté cómo estaba ella y recibí esta respuesta: «Está mejor, pero no del todo bien». Sé que las palabras de mi amigo Otto, o el tono en que las dijo, me irritaron. Creí entender un reproche, como si

yo hubiera prometido demasiado a la paciente, y atribuí con razón o sin ella el que Otto tomara partido en contra de mí a la influencia de los parientes de la enferma, que, según yo suponía, no habían visto con buenos ojos el tratamiento. Por lo demás, esa sensación penosa no fue clara para mí, ni la expresé en modo alguno. Esa misma tarde redacté la historia clínica de Irma con el propósito de enviársela, a modo de justificación, al doctor M., un amigo común que era entonces la personalidad descollante en nuestro círculo. La noche que siguió a esa tarde (más bien hacia la mañana) tuve el siguiente sueño, que fijé por escrito inmediatamente después de despertar y que es el primero que sometí a una minuciosa interpretación.

C) Sueño del 23-24 de julio de 1895

Un gran vestíbulo -muchos invitados, a quienes nosotros recibimos. - Entre ellos Irma, a quien enseguida llevo aparte como para responder a su carta, y para reprocharle que todavía no acepte la «solución». Le digo: «Si todavía tienes dolores, es realmente por tu exclusiva culpa». - Ella responde: «Si supieses los dolores que tengo ahora en el cuello, el estómago y el vientre; me siento oprimida». - Yo me aterro y la miro. Ella se ve pálida y abotagada; pienso que después de todo he descuidado sin duda algo orgánico. La llevo hasta la ventana y reviso el interior de su garganta. Se muestra un poco renuente, como las mujeres que llevan dentadura postiza. Pienso entre mí que en modo alguno tiene necesidad de ello. - Después la boca se abre bien, y hallo a la derecha una gran mancha blanca, y en otras partes veo extrañas formaciones rugosas, que manifiestamente están modeladas como los cornetes nasales, extensas escaras blanco-grisáceas. -Aprisa llamo al doctor M., quien repite el examen y lo confirma... El doctor M. se ve enteramente distinto que de ordinario; está muy pálido, cojea, está sin barba en el mentón... Ahora también está de pie junto a ella mi amigo Otto, y mi amigo Leopoldo la percute a través del corsé y dice: «Tiene una matidez abajo a la izquierda», y también señala una parte de la piel infiltrada en el hombro izquierdo (lo que yo siento como él, a pesar del vestido)... M. dice: «No hay duda, es una infección, pero no es nada; sobrevendrá todavía una disentería y se eliminará el veneno» ... Inmediatamente nosotros sabemos

de dónde viene la infección. No hace mucho mi amigo Otto, en una ocasión en que ella se sentía mal, le dio una inyección con un preparado de propil, propilena ..., ácido propiónico..., trimetilamina (cuya fórmula veo ante mí escrita con caracteres gruesos)...No se dan esas inyecciones tan a la ligera ... Es probable también que la jeringa no estuviera limpia. Este sueño lleva una ventaja a muchos otros. Son claros de inmediato los acontecimientos de la víspera a los que se anuda y el tema que trata. El informe preliminar los pone de manifiesto. La noticia que recibí de Otto sobre el estado de Irma, el historial clínico que estuve redactando hasta bien entrada la noche, ocuparon mi actividad anímica también mientras dormía. No obstante, nadie que conozca solamente el informe preliminar y el contenido del sueño podrá sospechar el significado de este. Ni yo mismo lo sé. Me asombran los síntomas patológicos de que Irma se me queja en el sueño, pues no son los mismos por los cuales la he tratado. Me mueve a risa la disparatada idea de aplicar una inyección de ácido propiónico, y las palabras de consuelo que el doctor M. dice. Hacía el final, el sueño me parece más oscuro y comprimido que al comienzo. Para averiguar el significado de todo eso tengo que resolverme a un análisis en profundidad.

D) Análisis

El vestíbulo -muchos invitados, a quienes nosotros recibimos. Ese verano habitamos en Bellevue, en una casa solitaria que se alzaba sobre una de las colinas próximas al Kahlenberg. Antiguamente se la había destinado a local de fiestas, de ahí que sus habitaciones fuesen inusualmente vastas, como vestíbulos. El sueño ocurrió hallándome en Bellevue, y pocos días antes del cumpleaños de mi mujer. La víspera ella me había expresado su esperanza de que para su cumpleaños viniesen a vernos muchos amigos, y entre ellos también Irma, como huéspedes nuestros. Mi sueño anticipa entonces esa situación: Es el cumpleaños de mi mujer, y muchas personas, Irma entre ellas, serán recibidas por nosotros como invitados (huéspedes) en el gran vestíbulo de Bellevue. Reprocho a Irma que no haya aceptado la solución; le digo: «Si todavía tienes dolores, es realmente por tu exclusiva culpa». Esto habría podido decírselo yo también despierto, o se lo dije. Por entonces tenía la opinión (que después

reconocí incorrecta) de que mi tarea quedaba concluida al comunicar al enfermo el sentido oculto de sus síntomas; si él aceptaba después o no esa solución de la que dependía el éxito, ya no era responsabilidad mía. A este error, ahora felizmente superado, debo agradecerle que me haya hecho la vida más fácil en una época en que debía producir éxitos terapéuticos a pesar de mi inevitable ignorancia. - Ahora bien, en la frase que dirijo a Irma en el sueño, observo que sobre todo no quiero ser culpado de los dolores que ella todavía tiene. Si son culpa exclusiva de Irma, no pueden serlo entonces mía. ¿Debería buscarse por este sendero la intención del sueño? Irma se queja de dolores en el cuello, en el vientre y el estómago, se siente oprimida. Dolores en el vientre eran parte del complejo sintomático de mi paciente, pero no eran muy agudos; más bien se quejaba de sensaciones de náusea y asco. Dolores en el cuello, en el vientre, opresión de la garganta, apenas tenían en ella algún papel. No atino a entender la razón por la cual me decidí en el sueño a esta selección de síntomas, ni puedo por el momento descubrirla. Ella se ve pálida y abotagada. Mi paciente tenía siempre la tez rosada. Sospecho que aquí la he remplazado por otra persona. Me aterra la idea de que en efecto he descuidado algo orgánico. No costará trabajo crearme si digo que es esa una angustia que nunca se extingue en especialistas que atienden casi exclusivamente a neuróticos y están habituados a atribuir a la histeria tantas manifestaciones que otros médicos tratan como orgánicas. Por lo demás me entra, y no sé de dónde, la insidiosa duda de que mi terror no es del todo sincero. Si los dolores de Irma tienen base orgánica, tampoco yo estoy obligado a curarlos. Es que mi cura sólo elimina dolores histéricos. Verdaderamente me ocurre como si deseara un error en el diagnóstico; entonces también perdería asidero el reproche de fracaso. La llevo hasta la ventana para mirar dentro de su garganta. Se muestra un poco renuente, como las mujeres que llevan dentadura postiza. Pienso entre mí que en modo alguno tiene necesidad de ello. Con Irma nunca tuve ocasión de inspeccionar su cavidad bucal. Lo ocurrido en el sueño me trae a la memoria el examen que algún tiempo atrás hube de practicar en una gobernanta que primero me había dado la impresión de una juvenil hermosura, pero que después, al abrir la boca, hizo ciertas maniobras para

ocultar su dentadura postiza. Y con ese caso se anudan otros recuerdos de exámenes médicos y de pequeños secretos que ellos revelaron, para embarazo de médico y paciente. Que en modo alguno tiene necesidad de ello es en primer lugar, sin duda alguna, una galantería para Irma; pero tengo la sospecha de otro significado. En un análisis atento sentimos si hemos agotado o no los segundos pensamientos que son de esperar. El modo en que Irma estaba de pie junto a la ventana me hizo recordar de pronto otra vivencia. Irma tenía una amiga íntima a quien yo apreciaba mucho. Una tarde en que fui a su casa de visita la encontré junto a la ventana, en la situación que el sueño reproduce, y su médico, ese mismo doctor M., declaró que tenía una placa difterioide. Y la persona del doctor M. Y la placa retornan en el discurrir del sueño. Ahora se me ocurre que en los últimos meses todo me llevó a suponer que también esta otra señora era histérica. La propia Irma me lo ha revelado. Ahora bien, ¿qué sé yo de su estado? Una sola cosa: que sufre ahogos histéricos como la Irma de mi sueño. Por eso en el sueño he sustituido a mi paciente por su amiga. Ahora recuerdo que muchas veces jugué con la conjetura de que esta señora también pudiera requerirme para que la liberase de sus síntomas. Pero después yo mismo lo juzgué improbable, pues ella es de naturaleza muy refractaria. Ella se muestra renuente, como se ve en el sueño. Otra explicación sería que en modo alguno lo necesita; y en realidad hasta ahora ha demostrado suficiente fortaleza para dominar su estado sin ayuda ajena. No obstante, restan unos pocos rasgos que no puedo atribuir ni a Irma ni a su amiga: pálida, abotagada, dentadura postiza. Los dientes postizos me llevaron a aquella gobernanta; ahora me siento inclinado a contentarme con dientes estropeados. Después se me ocurre otra persona a la que pueden convenir esos rasgos. Tampoco es mi paciente, ni quisiera yo que lo fuese, pues he notado que se siente embarazada ante mí y no la considero una enferma dócil. Por lo común ella está pálida, y una vez que tuvo una temporada particularmente buena se la vio abotagada. Entonces, he comparado a mi paciente Irma con otras dos personas que también se mostrarían renuentes al tratamiento. ¿Qué sentido puede tener que yo, en el sueño, la haya permutado por su amiga? Tal vez que me gustaría permutarla; o bien la otra despierta en mí simpatías

más fuertes, o tengo más alta opinión de su inteligencia. Es que considero a Irma poco inteligente, porque no acepta mi solución. La otra sería más sabia, y por eso cedería antes.

Después la boca se abre bien; ella me contaría más cosas que Irma. Lo que yo vi en la garganta: una mancha blanca y cornetes con escaras. La mancha blanca me recuerda la difteritis, y por ella a la amiga de Irma, pero también a la grave enfermedad que hace un par de años sufrió mi hija mayor y a todo el susto de aquella mala época. Las escaras en los cornetes evocan una preocupación por mi propia salud. Por entonces me administraba con frecuencia cocaína para reducir unas penosas inflamaciones nasales, y pocos días antes me había enterado de que una paciente que me imitó había contraído una extensa necrosis de la mucosa nasal. La recomendación de la cocaína que yo había hecho en 1885 me atrajo también muy serios reproches, Un amigo, ya muerto en 1895 [la fecha del sueño], apresuró su fin por el abuso de este recurso. Aprisa llamo al doctor M., quien repite el examen. Esto respondería simplemente a la posición que M. ocupaba entre nosotros. Pero el «aprisa»es bastante llamativo y requiere una explicación particular. Me recuerda una triste vivencia médica. Cierta vez, debido a la continuada prescripción de un remedio que por entonces aún se consideraba inocuo (el sulfonal), había provocado una grave intoxicación a una enferma, y entonces acudí precipitadamente a mi colega, mayor que yo y más experimentado, para que me auxiliase. Que es ese realmente el caso que tengo en vista se refirma por una circunstancia accesorio. La enferma que sufrió la intoxicación llevaba el mismo nombre que mi hija mayor. Hasta ahora nunca había reparado en ello; ahora todo ocurre casi como una venganza del destino. Como si la sustitución de las personas debiera proseguirse en otro sentido; esta Matilde por aquella Matilde, ojo por ojo y diente por diente. Es como si yo buscara todas las ocasiones que pudieran atraerme el reproche de falta de probidad médica. El doctor M. está pálido, sin barba en el mentón, y cojea. Lo que en esto hay de cierto es que por su mala apariencia a menudo ponía en cuidados a sus amigos. Los otros dos caracteres tienen que pertenecer a otra persona. Se me ocurre mi hermano mayor, que vive en el extranjero;

él lleva el mentón rasurado y, si mi recuerdo es fiel, el M. Del sueño se le parecía en un todo. De él me llegó la noticia, días pasados, de que renqueaba a causa de un cuadro artrítico. Tiene que haber una razón que me llevara a confundir en el sueño a estas dos personas en una sola. Y en efecto, recuerdo que estaba disgustado con ambos por parecidos motivos. Ambos habían rechazado cierta propuesta que yo les había hecho últimamente. Mi amigo Otto está ahora de pie junto a la enferma, y mi amigo Leopoldo la examina y comprueba una matidez abajo a la izquierda. Mi amigo Leopoldo es también médico, y pariente de Otto. El destino ha querido que ellos, que ejercen la misma especialidad, se convirtiesen en competidores, y permanentemente se los compara. Los dos trabajaron durante años como asistentes míos, cuando yo dirigía un consultorio público para niños con enfermedades nerviosas. Escenas como la que el sueño reproduce eran allí cosa corriente. Mientras yo discutía con Otto sobre el diagnóstico de un caso, Leopoldo había examinado de nuevo al niño y nos aportaba un dato inesperado y decisivo. Entre Otto y Leopoldo existe una fundamental diferencia de carácter. El uno sobresalía por «ligero», y el otro era lento, ponderoso, pero sólido. Cuando en el sueño contrapongo a Otto con el circunspecto Leopoldo, manifiestamente es para exaltar a Leopoldo. Es una comparación semejante a la anterior entre Irma, la paciente indócil, y su amiga juzgada más inteligente. Ahora reparo también en uno de los deslizamientos que el enlace de pensamientos promueve en el sueño: de un niño enfermo a un instituto para niños enfermos. La matidez abajo a la izquierda me deja la impresión de que correspondería a cierto caso en que me asombró la solidez de Leopoldo. Además vislumbro algo como una afección metastásica, pero podría estar referida también a la paciente que quisiera tener en lugar de Irma. En efecto, por lo que yo puedo discernir, esta señora ha producido una imitación de tuberculosis. Una parte de la piel infiltrada en el hombro izquierdo. Como enseguida advierto, es mi propio reumatismo en el hombro, que por lo general experimento cuando permanezco levantado hasta altas horas de la noche. Las palabras mismas del sueño suenan ambiguas: lo que yo siento como él. En mi propio cuerpo, se entiende. Además, me

sorprende la insólita expresión «una parte de la piel infiltrada». Estamos habituados a la frase «infiltración postero-superior izquierda»; ella aludiría a los pulmones, y así, otra vez, a la tuberculosis. A pesar del vestido. Sin duda esta no es sino una intercalación. Desde luego, en el mencionado instituto examinábamos a los niños desvestidos; en algún aspecto ello está en oposición al modo en que hemos de examinar a nuestras pacientes adultas. De un destacado clínico solía contarse que nunca examinó a sus pacientes mujeres sino a través de los vestidos. Lo que sigue a esto me resulta oscuro; para ser franco, no me siento inclinado a penetrar más profundamente en este punto. El doctor M. dice: «Es una infección, pero no es nada. Sobrevendrá después una disentería y se eliminará el veneno». Al principio esto me mueve a risa, pero, como a todo lo demás, es preciso desmenuzarlo cuidadosamente. Considerado más de cerca, muestra un asomo de sentido. Lo que yo hallé en la paciente fue una difteritis local. De la época de la enfermedad de mi hija recuerdo la discusión acerca de la difteritis y la difteria.

Esta última es la infección generalizada, que comienza con la difteritis local. Una tal infección generalizada comprueba Leopoldo con la matidez, que entonces hace pensar en un foco metastásico. Creo por cierto que justamente en la difteria no ocurren semejantes metástasis. Más bien me recuerdan una piemia. No es nada es un consuelo. Opino que se inserta del siguiente modo: El último fragmento del sueño aportó el contenido de que los dolores de la paciente se deben a una grave afección orgánica. Sospecho que también con esto no he querido sino desembarazarme de culpa. A la cura psíquica no puede imputársele responsabilidad por la persistencia de una afección difterítica. Ahora, me siento molesto por haber atribuido a Irma una enfermedad tan grave única y exclusivamente para descargarme yo. Parece hartamente cruel. Por eso echo mano del reaseguro del buen desenlace, y no me parece mal escogido que haya puesto el consuelo justamente en boca del doctor M. Pero aquí me sitúo por encima del sueño, cosa que requiere esclarecimiento. Ahora bien: ¿porqué es tan absurdo ese consuelo? Disentería. Es como una lejana representación teórica de que los materiales patógenos pudieran eliminarse por el intestino. ¿Quiero burlarme con esto de la asiduidad con

que el doctor M. recurre a explicaciones desatinadas y a extraños enlaces patológicos? Sobre la disentería se me ocurre algo más. Meses atrás había recibido en consulta a un joven que padecía trastornos intestinales y que otros colegas habían tratado como un caso de «anemia con desnutrición». Me di cuenta de que se trataba de una histeria, pero no quise ensayar en él mi psicoterapia y lo envié a dar un paseo por mar. Es el caso que hace pocos días me llegó una carta desesperada de él desde Egipto; allí sufrió un nuevo ataque que el médico diagnosticó como disentería. Tengo la sospecha de que el diagnóstico no es sino un error de un colega ignorante que se dejó engañar por la histeria; pero no pude evitarme el reproche de haber expuesto al enfermo a contraer, sobre su afección intestinal histérica, una afección orgánica. Por lo demás, «disentería» suena a «difteria», cuyo nombre no se menciona en el sueño. Sí, ha de ser que con la consoladora prognosis de la disentería que sobrevendrá, etc., pongo en ridículo al doctor M. Es que ahora me acuerdo de que él, años atrás, contó riendo algo enteramente parecido de un colega. Había sido llamado a consulta con este colega sobre un enfermo grave, y se vio obligado a prevenir al otro, que parecía muy confiado y alegre, de que él hallaba albúmina en la orina del paciente. Pero el colega no se dejó confundir, sino que respondió tan campante: « ¡No es nada, colega, el albúmina se eliminará ahora mismo! ». Por eso no tengo ninguna duda de que este fragmento del sueño contiene un dardo contra los colegas ignorantes de la histeria. Como para confirmarlo, se me pasa ahora una idea por la cabeza: ¿Sabe acaso el doctor M. que las manifestaciones de su paciente, la amiga de Irma, que hacen temer una tuberculosis, también derivan de la histeria? ¿Ha reconocido esa histeria o «se embolsó» en ella? Pero, ¿qué motivo puedo tener para tratar tan mal a este amigo? Es muy simple: el doctor M. está tan poco de acuerdo como Irma con la «solución» que propuse a esta. De modo que en este sueño ya me he vengado de dos personas, de Irma con las palabras «Si todavía tienes dolores, es realmente por tu exclusiva culpa», y del doctor M. con las palabras de absurda consolación que puse en su boca. Inmediatamente sabemos de dónde viene la infección. Este saber inmediato en el sueño es asombroso. Un instante antes nada sabíamos, puesto que la infección sólo fue

comprobada por Leopoldo. Mi amigo Otto, en una ocasión en que ella se sentía mal, le dio una inyección. En la realidad, Otto había referido que en el breve lapso que estuvo en casa de la familia de Irma hubo de acudir a un hotel de la vecindad para dar allí una inyección a alguien que se había sentido mal repentinamente. Las inyecciones me recuerdan de nuevo a mi desdichado amigo que se envenenó con cocaína. Yo le había recomendado ese recurso sólo para aplicación interna [vale decir, oral] durante la cura de desmorfinización; pero él, acto seguido, se aplicó inyecciones de cocaína. Con un preparado de propilo, propileno ... ácido propiónico, ¿Cómo di en esto? Esa misma velada, tras la cual yo redacté la historia clínica y después soñé, mi mujer abrió una botella de licor en la que se leía «ananás» y era obsequio de nuestro amigo Otto. Es que él tenía la costumbre de hacer regalos con cualquier motivo imaginable; ojalá que alguna vez una mujer lo cure de ello. Este licor despedía tal olor a aguardiente barato, amílico, que me negué a probarlo. Mi mujer opinó que se lo obsequiésemos al personal de servicio, pero yo, más precavido, se lo prohibí con la observación humanitaria de que tampoco ellos tenían por qué envenenarse, Ahora bien, ese olor a aguardiente (amilo ...)manifiestamente evocó en mí el recuerdo de toda la serie: propilo, metilo, etc., que brindó al sueño el preparado de propilo. Es verdad que con ello operé una sustitución, soñé con propilo después que olí amilo, pero tales sustituciones son quizá legítimas precisamente en la química orgánica. Trimetilamina. En el sueño veo la fórmula química de esta sustancia, lo que en todo caso atestigua un gran esfuerzo de mi memoria, y además la fórmula está impresa en caracteres gruesos, como si se quisiera destacar del contexto algo particularmente importante. ¿Adónde me lleva ahora la trimetilamina a que yo presté tanta atención? A una conversación con otro de mis amigos, que desde hace años sabe de todos mis trabajos en germen, como yo sé de los suyos. En ella me había comunicado ciertas ideas sobre una química sexual, y entre otras cosas me dijo que creía reconocer en la trimetilamina uno de los productos del metabolismo sexual. Esta sustancia me lleva entonces a la sexualidad, a ese factor a que atribuyo la máxima importancia para la génesis de las afecciones nerviosas que pretendo curar. Mi paciente Irma es una joven

viuda; si me empeño en descargarme de culpas por mi fracaso terapéutico con ella, lo mejor que ha de ofrecérseme será invocar ese hecho, que sus amigos remediarían gustosos. Además, ¡cuán maravillosamente tramado un sueño así! La otra que en el sueño yo tengo por paciente en lugar de Irma es también una joven viuda. Sospecho la razón por la cual la fórmula de la trimetilamina ocupó en el sueño un lugar tan ostentoso. Es que muchas cosas harlo importantes se reúnen en esta palabra: no sólo alude al todopoderoso factor de la sexualidad, sino a una persona cuya aprobación recuerdo contento cada vez que me siento aislado en mis opiniones. ¿Acaso este amigo que desempeña un papel tan importante en mi vida no ha de aparecer en otras partes de la trabazón de pensamientos del sueño? Por cierto que sí; es un notable conocedor de los efectos provocados por las afecciones de la nariz y de sus cavidades, y ha descubierto para la ciencia algunas portentosas relaciones entre los cornetes y los órganos sexuales femeninos (las tres formaciones rugosas en la garganta de Irma). He hecho que examinara a Irma para averiguar si sus dolores de estómago podían tener origen nasal. Pero él mismo sufre de supuraciones nasales que me dan cuidado, y a eso alude

sin

duda

la piemia que vislumbré con ocasión de las metástasis del sueño. No se dan esas inyecciones tan a la ligera. Aquí fulmino directamente a mi amigo Otto con el reproche de ligereza. Creo haber pensado entre mí algo similar la tarde anterior, cuando él pareció mostrarme con la palabra y la mirada haber tomado partido contra mí. ¿Era algo así: ¡Cuán a la ligera se deja influir! ¡Cuán livianamente da sus veredictos! Además, la frase que ahora comento me señala hacia mi amigo muerto, que tan prematuramente puso fin a sus días con las inyecciones de cocaína. Como dije, nunca fue mi intención prescribir inyecciones con ese remedio. Con el reproche que hago a Otto de tratar a la ligera esas sustancias químicas reparo en que toco de nuevo la historia de aquella desdichada Matilde, por la cual ese mismo reproches se vuelve contra mí. Es manifiesto que reúno aquí ejemplos de mi proceder concienzudo, pero también de lo contrario. Es probable también que la jeringa no estuviera limpia. Otro reproche contra Otto, pero que viene de otra parte. Ayer me

encontré por casualidad con el hijo de una dama de ochenta y dos años a quien debo administrar diariamente dos inyecciones de morfina. En este momento ella está en el campo, y me enteré de que sufre de una flebitis. Al punto de pensar que se trata de una infiltración por jeringa sucia. Me precio de no haber ocasionado ni una sola infiltración en dos años; es que mi preocupación permanente es la limpieza de la jeringa. Soy muy concienzudo. De la flebitis vuelvo a mi mujer, que durante un embarazo sufrió de várices, y ahora surgen en mi recuerdo otras tres situaciones parecidas, con mi mujer, con Irma y con la Matilde muerta, cuya identidad me da manifiestamente el derecho de sustituir una con otra estas tres personas en el sueño.

He completado la interpretación del sueño. Mientras duró ese trabajo, pugné fatigosamente por defenderme de todas las ocurrencias a que no podía menos que dar lugar la comparación entre el contenido del sueño y los pensamientos oníricos ocultos tras él. Entretanto emergió el «sentido» del sueño. Reparé en un propósito realizado por el sueño y que tiene que haber sido el motivo de que yo soñara. El sueño cumple algunos deseos que me fueron instilados por los acontecimientos de la tarde anterior (el informe de Otto, la redacción de la historia clínica). El resultado del sueño, en efecto, es que no soy yo el culpable de que persistan los padecimientos de Irma, sino Otto; este, con su observación acerca de la incompleta curación de Irma, me ha irritado, y el sueño me venga de él devolviéndole ese reproche. El sueño me libera de responsabilidad por el estado de Irma atribuyéndolo a otros factores; produce toda una serie de razones. El sueño figura un cierto estado de cosas tal como yo desearía que fuese; su contenido es, entonces, un cumplimiento de deseo, y su motivo, un deseo. Todo eso es bien evidente. Pero también muchos detalles del sueño se vuelven comprensibles desde el punto de vista del cumplimiento de deseo. No sólo me vengo de Otto por haber tomado partido contra mí a la ligera atribuyéndole un acto médico hecho a la ligera (la inyección), sino también por el pésimo licor que hedía a aguardiente amílico, y en el sueño hallo una expresión que reúne esos dos reproches:

la inyección de un preparado de propilo. Todavía no satisfecho con eso, prosigo mi venganza contraponiéndolo a su competidor, más confiable. Parece que quisiera decirle con ello: A él lo quiero más que a ti. Pero Otto indócil, permutándola por otra más inteligente y obediente. Tampoco al doctor M. lo dejo irse en paz después que me contradijo, sino que con clara alusión le expreso que, a mi juicio, aborda las cosas como un ignorante («Sobrevendrá una disentería, etc.»). Y aun me parece que apelo contra él a otro, más sabio (mi amigo, el que me habló de la trimetilamina), así como he cambiado a Irma por su amiga y a Otto por Leopoldo. Aparto de mí a esas personas y las sustituyo por otras tres de mi elección, ¡y así quedo libre de los reproches que no quiero haber merecido! Lo infundado de tales reproches se me demuestra en el sueño con la más extrema prolijidad. Los dolores de Irma no pueden cargarse en mi cuenta, pues ella misma es la culpable por haberse negado a aceptar mi solución. Los padecimientos de Irma no me incumben porque son de naturaleza orgánica, y una cura psíquica no podría sanarlos. El padecimiento de Irma se explica a satisfacción por su viudez (¡trimetilamina!), que yo para nada puedo remediar. El padecimiento de Irma fue provocado por una inyección que Otto le puso imprudentemente con una sustancia inapropiada para ello, y que yo jamás le habría administrado. Ese padecimiento se debe a una inyección dada con una jeringa sucia, como la flebitis de mi anciana dama, mientras que yo con mis inyecciones nunca cometo semejante descuido. Advierto, desde luego, que estas explicaciones de la enfermedad de Irma, todas las cuales concurren a disculparme, no coinciden entre sí y aun se excluyen. Todo el alegato -no es otra cosa este sueño- recuerda vívidamente la defensa de aquel hombre a quien su vecino se le quejó porque le había devuelto averiado un caldero. Dijo que en primer lugar se lo había devuelto intacto, que en segundo lugar el caldero ya estaba agujereado cuando se lo pidió, y que en tercer lugar nunca le había pedido prestado un caldero. ¡Pero si no hace falta abundar tanto! Con que uno solo de esos alegatos se admita por valedero que dará disculpado nuestro hombre. En el sueño operan todavía otros temas cuya relación con mi descargo por la enfermedad de Irma no es tan transparente: La enfermedad de mi hija y la de una paciente de igual

nombre, el perjuicio de la cocaína, la afección de mi paciente que viajó a Egipto, mi cuidado por la salud de mi mujer, de mi hermano, del doctor M., mis propios trastornos corporales, la preocupación por el amigo ausente que sufre de supuraciones nasales. Pero si abarco con la mirada todo eso, se reúne y articula como un único círculo de pensamientos; por ejemplo, con esta etiqueta: Preocupación por la salud-la propia y la ajena-, probidad médica. Tengo el recuerdo de la vaga sensación penosa que Otto me provocó con su informe acerca del estado de Irma. Tal vez desde aquel círculo de pensamientos que interviene en el sueño quise yo con posterioridad dar expresión a esa sensación fugitiva. Es como si me hubiera dicho: «No tomas con la seriedad suficiente tus deberes médicos, no eres concienzudo, no cumples lo que prometes». Y acto seguido quizá se puso a mi disposición aquel círculo de pensamientos para que yo pudiera aportarla prueba de cuán concienzudo soy y cuán a pecho me tomo la salud de mis allegados, amigos y pacientes. Dignos de notarse entre ese material de pensamientos son también algunos recuerdos penosos que más bien apoyan la inculpación atribuida a mi amigo Otto y no mi descargo. Ese material es, por así decir, neutral, pero de todos modos es bien reconocible el nexo entre esa tela más amplia en que descansa el sueño y el tema más restringido de este, del cual nació el deseo de no tener culpa por la enfermedad de Irma. No pretendo afirmar que he descubierto el sentido íntegro de este sueño, ni que su interpretación esté libre de lagunas. Todavía podría demorarme un buen tramo en este sueño, extraer de él nuevos esclarecimientos y elucidar nuevos enigmas que él nos lleva a proponernos. Y hasta conozco los lugares desde los cuales habrían de perseguirse las tramas de pensamientos; pero los miramientos que hemos de tener con cada uno de nuestros sueños hacen que detenga aquí el trabajo de interpretación. Quien esté pronto a reprocharme esa reserva no tiene más que probar él mismo que es más sincero que yo. Por el momento me conformo con el conocimiento que acabo de adquirir: Si se sigue el método de interpretación de los sueños aquí indicado, se hallará que el sueño tiene en realidad un sentido y en modo alguno es la expresión de una actividad cerebral fragmentada, como pretenden los autores. Después de un trabajo de interpretación

completo el sueño se da a conocer como un cumplimiento de deseo.³ El sueño es un cumplimiento de deseo. Si hemos atravesado un desfiladero y de pronto alcanzamos una eminencia desde la cual los caminos se separan y se ofrecen las más ricas perspectivas en diversas direcciones, podemos demorarnos un momento y pararnos a considerar adónde nos dirigiremos primero. Algo semejante nos ha ocurrido después de tramontar esta primera interpretación de sueños. Ahora nos rodea la claridad de un conocimiento súbito. El sueño no es comparable al sonido desordenado de un instrumento que no pulsa el ejecutante sino que es golpeado por un poder externo; no carece de sentido, no es absurdo, no presupone que una parte de nuestro tesoro de representaciones duerme al tiempo que otra empieza a despertar. Es un fenómeno psíquico de pleno derecho, más precisamente un cumplimiento de deseo; debe clasificárselo dentro de la concatenación de las acciones anímicas de vigilia que nos resultan comprensibles; lo ha construido una actividad mental en extremo compleja. Pero un tropel de preguntas nos conturban en el mismo momento en que queremos regocijarnos con este conocimiento. Si el sueño, según lo declara su interpretación, figura un deseo cumplido, ¿de dónde viene la forma sorprendente y extraña en que se expresa ese cumplimiento de deseo? ¿Qué alteración han sufrido los pensamientos oníricos hasta que se configuró desde ellos el sueño manifiesto, tal como lo recordamos al despertar? ¿Por qué vías se cumplió esa alteración? ¿De dónde surge el material que ha sido procesado como un sueño? ¿De dónde provienen muchas de las características que podemos observar en los pensamientos oníricos, por ejemplo, el que estén autorizados a contradecirse entre sí? (Cf. la analogía con el caldero) ¿Puede el sueño enseñarnos algo nuevo acerca de nuestros procesos psíquicos internos, puede su contenido corregir opiniones que sostuvimos durante el día? Propongo que por el momento dejemos de lado todas esas preguntas y sigamos adelante por un único sendero. Hemos averiguado que el sueño figura un deseo como cumplido.

Nuestro interés inmediato debe ser saber si es este un rasgo general del sueño o sólo el contenido contingente de aquel sueño (el de «la inyección de Irma») del cual partió

nuestro análisis. En efecto, por más que contemos con que todo sueño tiene un sentido y un valor psíquico, aún tenemos que dejar abierta la posibilidad de que ese sentido no sea el mismo en todos los sueños. Nuestro primer sueño fue un cumplimiento de deseo; quizás otro resulte ser un temor cumplido, acaso un tercero tendrá por contenido una reflexión y un cuarto reproducirá simplemente un recuerdo. ¿Existen otros sueños que los de deseo o acaso sólo existen sueños de deseo?
(Freud, 1900, pp. 154-169).