

VI

ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA
1895

Sigmund Freud

(Obras completas)

A) PRÓLOGO DE LA PRIMERA EDICIÓN (Breuer y Freud)

NUESTRAS experiencias recogidas con un nuevo método de exploración y tratamiento de los fenómenos histéricos las publicamos en 1893 en forma de una «Comunicación preliminar», agregándoles de la manera más concisa todas las concepciones teóricas que a la sazón habíamos alcanzado. Dicha «Comunicación» vuelve a ser impresa aquí a manera de tesis, que habrá de ser ilustrada y ampliada.

Ahora continuamos esa exposición con una serie de observaciones clínicas en cuya selección no pudimos, por desgracia, dejarnos gobernar exclusivamente por razones científicas. En efecto, nuestras experiencias han sido recogidas en la práctica profesional privada, en el seno de una clase social culta e ilustrada, y su contenido roza en múltiples sentidos la vida y los destinos más íntimos de nuestros pacientes. Significaría cometer un grave abuso de confianza publicar tales revelaciones, a riesgo de que los pacientes sean identificados y de que en sus círculos se difundan hechos que sólo pudieron ser confiados al médico. De ahí que hayamos tenido que renunciar a las observaciones más instructivas y demostrativas, que en primer lugar conciernen, naturalmente, a aquellos casos en los cuales las condiciones sexuales y matrimoniales tuvieron importancia etiológica. Tal es el motivo de que sólo hayamos podido demostrar muy fragmentariamente nuestro concepto de que la sexualidad, en tanto que fuente de traumas psíquicos y motivo de la «defensa», de la represión de ideas fuera de la consciencia, desempeña un papel cardinal en la patogenia de la histeria. Simplemente hemos tenido que excluir de esta publicación las observaciones más crudamente sexuales.

A las historias clínicas les sigue una serie de consideraciones teóricas, y en un capítulo final de índole terapéutica exponemos la técnica del «método catártico» tal como se ha desarrollado en manos del neurólogo.

Si en algunos pasajes aparecen opiniones dispares y aun contradictorias, ello no debe interpretarse como indicio de una concepción vacilante, sino que corresponde a las legítimas diferencias de opinión entre dos observadores que, si bien concuerdan fundamentalmente en cuanto a los hechos y los principios básicos, no coinciden siempre en sus interpretaciones y en sus presunciones.

Abril de 1895. J. BREUER S.FREUD

B) PRÓLOGOS DE LA SEGUNDA EDICIÓN (de Breuer y de Freud) 1908

EL creciente interés que se le viene dedicando al psicoanálisis parece orientarse ahora también a los Estudios sobre la histeria. El editor desea publicar una nueva edición de este volumen, actualmente agotado. He aquí reimpresso sin modificaciones, a pesar de que las concepciones y los métodos expuestos en la primera edición han experimentado en el ínterin amplias y profundas modificaciones. En lo que a mí respecta, desde entonces no he vuelto a ocuparme activamente con el tema, no he tenido parte alguna en su importante desarrollo y nada podría agregar a lo dicho en 1895. Así,

sólo me cabe desear que mis dos trabajos incluidos en dicha obra vuelvan a aparecer en su forma original al reeditarse la misma.

J. BREUER

La producción inalterada del texto de la primera edición es también la única posibilidad que veo para la parte que me corresponde en el presente libro. La evolución y las modificaciones que mis conceptos han experimentado en el curso de trece años de labor son demasiado vastas como para incorporarlas a la exposición que de ellas hice entonces, sin desvirtuar totalmente el carácter que ésta posee. Por otra parte, carezco de todo motivo que pudiera inducirme a suprimir este testimonio de mis opiniones iniciales.

Aún hoy no puedo considerarlas erróneas, sino merecedoras de aprecio como primeras aproximaciones a conocimientos que sólo un esfuerzo continuado durante largo tiempo permitió captar con mayor integridad. De cuanto posteriormente se agregó a la teoría de la catarsis -el papel de los factores psicosexuales, el del infantilismo, la importancia de los sueños y del simbolismo inconsciente, entre otras cosas-, el lector atento sabrá encontrar los gérmenes ya en este libro. Finalmente, a quien se interese por la evolución que condujo de la catarsis al psicoanálisis, no podría darle mejor consejo que el de comenzar con los Estudios sobre la histeria, recorriendo así el mismo camino que yo hube de seguir.

Viena, en julio de 1908. FREUD

C) EL MECANISMO PSÍQUICO DE LOS FENÓMENOS HISTÉRICOS (*)
(COMUNICACIÓN PRELIMINAR) (Breuer y Freud)
1893

I

Estimulados por una observación casual, venimos dedicándonos hace ya tiempo a investigar la motivación de los diversos síntomas y formas de la histeria, o sea aquel proceso que hizo surgir por vez primera, con frecuencia muchos años atrás, el fenómeno de que se trate. En la mayoría de los casos, el simple examen del enfermo no basta, por penetrante que sea, para descubrirnos tal punto de partida; resultado negativo, debido en parte a tratarse muchas veces de sucesos que al enfermo desagrada recordar; pero, sobre todo, a que el sujeto no recuerda realmente lo buscado, e incluso ni sospecha siquiera la conexión causal del proceso motivador con el fenómeno patológico. Casi siempre es necesario hipnotizar al paciente y despertar en él durante la hipnosis los recuerdos de la época en la que el síntoma apareció por vez primera; procedimiento que nos permite ya establecer del modo más preciso y convincente la conexión buscada. Con este método de investigación hemos obtenido en un gran número de casos resultados valiosísimos, tanto desde el punto de vista teórico como desde el práctico.

Por lo que respecta a la teoría, nos han demostrado, en efecto, dichos resultados que el factor accidental posee en la patología de la histeria un valor determinante, mucho

más elevado de lo que generalmente se acepta y reconoce. En la histeria «traumática» está fuera de duda que es el accidente lo que ha provocado el síndrome, y cuando de las manifestaciones de los enfermos de ataques histéricos nos es posible deducir que en todos y cada uno de sus ataques vive de nuevo por alucinación aquel mismo proceso que provocó el primero que padecieron, también se nos muestra de una manera evidente la conexión causal. No así en otros distintos fenómenos.

Pero nuestros experimentos nos han demostrado que síntomas muy diversos, considerados como productos espontáneos -«idiopáticos», podríamos decir- de la histeria, poseen con el trauma causal una conexión tan estrecha como la de los fenómenos antes mencionados, transparentes en este sentido. Hemos podido referir a tales factores causales neuralgias y anestias de formas muy distintas, que en algunos casos venían persistiendo a través de años enteros; contracturas y parálisis; ataque histéricos y convulsiones epileptoides, diagnosticadas de epilepsia por todos los observadores; petit mal y afecciones de la naturaleza de los «tics»; vómitos persistentes y anorexia, llevada hasta la repulsa de todo alimento, perturbaciones de la visión, alucinaciones visuales continuas, etc., etcétera. La desproporción entre el síntoma histérico, persistente a través de años enteros, y su motivación, aislada y momentánea, es la misma que estamos habituados a observar en la neurosis traumática. Con frecuencia, la causa de los fenómenos patológicos, más o menos graves, que el paciente presenta, está en sucesos de su infancia.

En muchas ocasiones es tan perceptible la conexión, que vemos con toda evidencia cómo el suceso causal ha dado origen precisamente al fenómeno de que se trata y no a otro distinto. Dicho fenómeno aparece entonces transparentemente determinado por su motivación. Así sucede -para elegir un ejemplo vulgarísimo- cuando un afecto doloroso, surgido en ocasión de hallarse comiendo el sujeto, y retenido por el mismo, produce después malestar y vómitos, que luego perduran a través de meses enteros en calidad de vómitos histéricos. Una muchacha, que llevaba varias noches velando angustiada a su padre, enfermo, cayó una de ellas en un estado de obnubilación, durante el cual se le durmió el brazo derecho, que tenía colgando por encima del respaldo de la silla, y sufrió una terrible alucinación. Todo ello originó una «pereza» de dicho brazo, con anestesia y contractura. Además, habiendo querido rezar, no encontró palabras hasta que, por fin, consiguió pronunciar una pequeña oración infantil en inglés; y cuando algún tiempo después se vio aquejada por una grave y complicada histeria, olvidó por completo durante año y medio su idioma natal, no pudiendo hablar, escribir ni comprender sino el inglés. Una señora, cuya hija se hallaba gravemente enferma, puso toda su voluntad, al verla conciliar el sueño, en evitar cualquier ruido que pudiera despertarla; pero precisamente a causa de tal propósito («voluntad contraria histérica») acabó produciendo un singular chasquido con la lengua. Posteriormente, en otra ocasión, en la que deseaba también guardar un absoluto silencio, volvió a dejar escapar dicho ruido, el cual pasó ya a constituirse en un «tic», que durante años enteros acompañó toda excitación. Un sujeto de gran inteligencia hubo de asistir a un hermano suyo en una operación quirúrgica, encaminada a corregir una anquilosis de la articulación de cadera. En el momento en que la articulación cedió, crujiendo a los esfuerzos del operador, sintió en igual lugar de su cuerpo un agudo dolor, que persistió luego cerca de un año.

En otros casos no es tan sencilla la conexión; entre la motivación y el fenómeno patológico no existe sino una relación simbólica, semejante a la que el hombre sano constituye en el sueño cuando, por ejemplo, viene a unirse una neuralgia a un dolor anímico, a náuseas al efecto de repugnancia moral. Hemos observado enfermos que acostumbran hacer amplio uso de un tal simbolismo. En una tercera serie de casos no logramos descubrir al principio una semejante determinación. A esta serie pertenecen precisamente los síntomas histéricos típicos, tales como la hemianestesia, la disminución del campo visual, las convulsiones epileptiformes, etc. Más adelante, al entrar ya de lleno en la discusión de la materia, expondremos nuestra opinión sobre este grupo de fenómenos.

Estas observaciones no parecen demostrar la analogía patógena de la histeria común con la neurosis traumática y justificar una extensión del concepto de «histeria traumática». En la neurosis traumática, la verdadera causa de la enfermedad no es la leve lesión corporal, sino el sobresalto, o sea el trauma psíquico. También con relación a muchos síntomas histéricos nos han revelado análogamente nuestras investigaciones causas que hemos de calificar de traumas psíquicos. Cualquier afecto que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico puede actuar como tal trauma. De la sensibilidad del sujeto (y de otra condición, que más adelante indicaremos) depende que el suceso adquiera o no importancia traumática. En la histeria común hallamos muchas veces, sustituyendo el intenso trauma único, varios traumas parciales, o sea un grupo de motivaciones, que sólo por su acumulación podían llegar a exteriorizar un efecto traumático, y cuya única conexión está en constituir fragmentos de un mismo historial patológico. En otros casos son circunstancias aparentemente indiferentes las que por su coincidencia con el suceso, realmente eficaz, o con un instante de gran excitabilidad, pero que conservan ya a partir de ese momento.

Pero la conexión causal del trauma psíquico con el fenómeno histérico no consiste en que el trauma actúe de «agente provocador», haciendo surgir el síntoma, el cual continuaría subsistiendo independientemente. Hemos de afirmar más bien que el trauma psíquico, o su recuerdo, actúa a modo de un cuerpo extraño; que continúa ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente, por mucho tiempo que haya transcurrido desde su penetración en él. Esta actuación del trauma psíquico queda demostrada por un singularísimo fenómeno, que confiere además a nuestros descubrimientos un alto interés práctico.

Hemos hallado, en efecto, y para sorpresa nuestra, al principio, que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto. El recuerdo desprovisto de afecto carece casi siempre de eficacia. El proceso psíquico primitivo ha de ser repetido lo más vivamente posible, retrotraído al status nascendi, y «expresado» después. En esta reproducción del proceso primitivo, alucinaciones, etc. -nuevamente con toda intensidad, para luego desaparecer de un modo definitivo. Las parálisis y anestias desaparecen también, aunque, naturalmente, no resulte perceptible su momentánea intensificación.

No parece muy aventurado sospechar que de lo que en estos casos se trata es de una sugestión inintencionada. El enfermo esperaría verse libertado de su dolencia por el procedimiento descrito, y esta esperanza, y no el hecho mismo de dar expresión verbal al recuerdo del proceso provocador y a su efecto concomitante, sería el verdadero factor terapéutico. Pero no es así. La primera observación de este género en la cual fue analizado en la forma indicada un complicadísimo caso de histeria, siendo suprimidos por separado los síntomas separadamente originados, procede del año 1881, o sea de la época «presugestiva»; fue facilitada por autohipnosis espontánea del enfermo y causó al observador la mayor sorpresa.

Invirtiendo el principio de *cessante causa, cessat effectus*, podemos muy bien deducir de estas observaciones que el proceso causal actúa de algún modo después de largos años y no indirectamente, por mediación de una cadena de elementos causales intermedios, sino inmediatamente como causa inicial, del mismo modo que un antiguo dolor psíquico, recordado en estado de vigilia, provoca todavía las lágrimas. Así, pues, el histérico padecería principalmente de reminiscencias.

II

En un principio parece extraño que sucesos tan pretéritos puedan actuar con tal intensidad; esto es, que su recuerdo no sucumba al desgaste, al que vemos sucumbir todos nuestros demás recuerdos. Las consideraciones siguientes nos facilitarán quizá la comprensión de estos hechos.

La debilitación o pérdida de afecto de un recuerdo depende de varios factores y, sobre todo, de que el sujeto reaccione o no enérgicamente al suceso estimulante. Entendemos aquí por reacción toda la serie de reflejos, voluntarios e involuntarios - desde el llanto hasta el acto de venganza-, en los que, según sabemos por experiencia, se descargan los afectos. Cuando esta reacción sobreviene con intensidad suficiente, desaparece con ella gran parte del afecto. En cambio, si se reprime la reacción, queda el afecto ligado al recuerdo. El recuerdo de una ofensa castigada, aunque sólo fuese con palabras, es muy distinto del de otra que hubo de ser tolerada sin protesta.

La reacción del sujeto al trauma sólo alcanza un efecto «catártico» cuando es adecuado; por ejemplo, la venganza. Pero el hombre encuentra en la palabra un subrogado del hecho, con cuyo auxilio puede el afecto ser también casi igualmente descargado por reacción (*Abreagiert*). En otros casos es la palabra misma el reflejo adecuado a título de lamentación o de alivio del peso de un secreto (la confesión). Cuando no llega a producirse tal reacción por medio de actos o palabras, y en los casos más leales, por medio de llanto, el recuerdo del suceso conserva al principio la acentuación afectiva.

La «descarga por reacción» no es, sin embargo, el único medio de que dispone el mecanismo psíquico normal del individuo sano para anular los efectos de un trauma psíquico. El recuerdo del trauma entra, aunque no haya sido descargado por reacción, en el gran complejo de la asociación, yuxtaponiéndose a otros sucesos, opuestos, quizá, a

él, y siendo corregido por otras representaciones. Así después de un accidente, se unen al recuerdo del peligro y a la reproducción (atenuada) del sobresalto el recuerdo del curso ulterior del suceso, o sea el de la salvación, y la consciencia de la seguridad presente. El recuerdo de una ofensa no castigada es corregido por la rectificación de los hechos, por reflexiones sobre la propia dignidad, etc., y de este modo logra el hombre normal de desaparición del afecto, concomitante al trauma, por medio de funciones de la asociación.

A esto se añaden luego aquella debilitación general de las impresiones y aquel empalidecer de los recuerdos, que constituyen lo que llamamos «olvidos», el cual desgasta, ante todo, las representaciones, carentes ya de eficacia afectiva.

Ahora bien: de nuestras observaciones resulta que aquellos recuerdos que han llegado a constituirse en causas de fenómenos histéricos se han conservado con maravillosa nitidez y con toda su acentuación afectiva a través de largos espacios de tiempo. Hemos de advertir, sin embargo, que los enfermos no disponen de estos recuerdos como de otros de su vida; hecho singularísimo que más adelante utilizaremos para nuevas deducciones. Por el contrario, tales sucesos faltan totalmente en la memoria de los enfermos, hallándose éstos en su estado psíquico ordinario, o sólo aparecen contenidos en ella de un modo muy sumario. Ahora bien: sumido el sujeto en la hipnosis, y sometido durante ella a un interrogatorio, emergen de nuevo dichos recuerdos con toda la intacta vitalidad de sucesos recientes.

Una de nuestras pacientes reprodujo así en una serie de sesiones de hipnotismo, que duró medio año, todo aquello que en iguales días del año anterior (durante una histeria aguda) había constituido para ella motivo de excitación. Un «Diario», que su madre llevaba, ignorado por ella, confirmó la absoluta exactitud de la reproducción. Otra enferma vivió de nuevo con alucinante precisión, parte en el sueño hipnótico y parte por medio de ocurrencias espontáneas, todos los sucesos de una psicosis histérica padecida diez años antes, sucesos con respecto a los cuales presentaba una total amnesia hasta el momento mismo de su nueva emergencia. También algunos recuerdos etiológicamente importantes, de quince a veinte años de fecha, demostraron haberse conservado asombrosamente intactos y precisos, actuando a su retorno con toda la fuerza afectiva de sucesos nuevos.

La razón de esta singularidad no puede estar sino en que tales recuerdos constituyen una excepción de la regla general de desgaste, a la que antes nos referimos. Se demuestra, en efecto, que tales recuerdos corresponden a traumas que no han sido suficientemente «descargados por reacción», y examinando con detención las razones que lo han impedido, llegamos a descubrir, por lo menos, dos series de condiciones en las cuales no ha existido reacción alguna al trauma.

En el primer grupo de estas condiciones incluimos aquellos casos en los que los enfermos no han reaccionado a traumas psíquicos porque la naturaleza misma del trauma excluía una reacción, como sucede en la pérdida irreparable de una persona amada; porque las circunstancias sociales hacían imposible la reacción o porque,

tratándose de cosas que el enfermo quería olvidar, las reprimía del pensamiento consciente y las inhibía y suprimía. Tales sucesos penosos se encuentran luego en la hipnosis como fundamento de fenómenos histéricos (delirios histéricos de los santos y las monjas, de las mujeres continentales y de los niños severamente educados).

La segunda serie de condiciones no aparece determinada por el contenido de los recuerdos, sino por los estados psíquicos con los cuales han coincidido en el enfermo los sucesos correspondientes. En la hipnosis hallamos también, efectivamente, como causa de síntomas histéricos, representaciones carentes en sí de importancia, que deben su conservación a la circunstancia de haber surgido en graves afectos paralizantes (por ejemplo, el sobresalto) o directamente en estados psíquicos anormales, como el estado semihipnótico del ensueño diurno, la autohipnosis, etc. En estos casos es la naturaleza de estos estados la que impidió toda reacción al suceso.

Ambas condiciones pueden también coincidir, y de hecho coinciden muchas veces. Tal sucede cuando un trauma eficaz en sí sobreviene en un estado de afecto grave y paralizante o en un estado de alteración de la consciencia. Pero también parece suceder que el trauma psíquico provoca en muchas personas algunos de los estados anormales antes mencionados, el cual impide entonces, a su vez, toda reacción.

Por otra parte, es común a ambos grupos de condiciones el hecho de que en los traumas no descargados por reacción se ve también negada la descarga por elaboración asociativa. En el primer grupo el propósito del enfermo de olvidar los sucesos penosos excluye a éstos, en la mayor medida posible, de la asociación; en el segundo, la elaboración asociativa fracasa porque entre el estado normal de la consciencia y el estado patológico en el que surgieron tales representaciones no existe una amplia conexión asociativa. En páginas inmediatas tendremos ocasión de volver más detenidamente sobre estas circunstancias.

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

III

Al indicar las condiciones de las cuales depende, según nuestras observaciones, que los traumas psíquicos originen fenómenos histéricos, hubimos de hablar ya de estados anormales de consciencia, en los que surgen tales representaciones patógenas, y tuvimos que hacer resaltar el hecho de que el recuerdo del trauma psíquico eficaz no aparece contenido en la memoria del enfermo hallándose éste en su estado normal, y sólo surge en ella cuando se le hipnotiza. Cuando más detenidamente fuimos estudiando estos fenómenos, más firme se hizo nuestra convicción de que aquella disociación de la consciencia, que tan singular se nos muestra como «double conscience» en los conocidos casos clásicos, exista de un modo rudimentario en toda histeria, siendo la tendencia a esta disociación, y con ella a la aparición de estados anormales de consciencia, que reuniremos bajo el calificativo de «hipnoides», el fenómeno

fundamental de esta neurosis. En esta opinión coincidimos con Binet y con los dos Janet, sobre cuyas singularísimas observaciones en sujetos anestésicos carecemos, por lo demás, de experiencia.

A la conocida afirmación de que «la hipnosis es una histeria artificial» agregaremos, pues, nosotros la de que la existencia de estados hipnoides es base y condición de la histeria. Tales estados hipnoides, muy diversos, coinciden, sin embargo, entre sí y con la hipnosis en la circunstancia de que las representaciones en ellos emergentes son muy intensas, pero se hallan excluidas del comercio asociativo con el restante contenido de la consciencia. Pero entre sí pueden dichos estados asociarse, y su contenido de representaciones puede alcanzar por este camino grados diferentemente elevados de organización psíquica. Por lo demás, la naturaleza de estos estados y el grado de su exclusión de los demás procesos de la consciencia podría variar, análogamente a como varía la hipnosis, la cual se extiende desde la más ligera somnolencia hasta el sonambulismo, y desde el recuerdo total hasta la amnesia absoluta. Cuando tales estados hipnoides existen ya antes de la aparición manifiesta de la enfermedad, constituyen el terreno en el que el afecto instala el recuerdo patógeno, con sus fenómenos somáticos consecutivos. Esta circunstancia corresponde a la predisposición a la histeria. Ahora bien: resulta de nuestras observaciones que un trauma grave (como el de la neurosis traumática) o una penosa represión (por ejemplo, la del afecto sexual) pueden también producir en el hombre no predispuesto una disociación de grupos de representaciones. Este sería el mecanismo de la histeria psíquicamente adquirida. Entre los extremos de estas dos formas hemos de suponer existente una serie, dentro de la cual varían en sentido contrario la facilidad de disociación en el sujeto y la magnitud afectiva del trauma.

Nada nuevo podemos decir sobre el fundamento de los estados hipnoides de predisposición. Únicamente indicaremos que con frecuencia se desarrollarían partiendo de los «sueños diurnos», tan frecuentes incluso en los individuos sanos, y a los que, por ejemplo, ofrecen tan amplia ocasión las labores manuales femeninas. La cuestión de por qué las «asociaciones patológicas» que en tales estados se forman son tan firmes, y ejercen sobre los procesos somáticos una influencia mucho más enérgica que la que en general ejercen las representaciones, coincide con el problema del afecto de las sugerencias hipnóticas. Nuestras observaciones no nos han proporcionado ningún dato nuevo sobre este punto; en cambio, nos han descubierto la existencia de una contradicción entre el principio de que «la histeria es una psicosis» y el hecho de que entre los histéricos nos es dado hallar individuos de clarísima inteligencia, gran fuerza de voluntad, enérgico carácter y sutil juicio crítico. En estos casos, tales caracteres corresponden al pensamiento despierto del individuo, el cual sólo en sus estados hipnoides aparece enajenado, como todos lo somos en el fenómeno onírico. Pero mientras que nuestras psicosis oníricas no ejercen influencia alguna sobre nuestro estado de vigilia, los productos de los estados hipnoides se extienden a la vida despierta en calidad de fenómenos histéricos.

Con respecto a los ataques histéricos podemos repetir casi las mismas observaciones que dedicamos a los síntomas histéricos duraderos. Conocida es la descripción esquemática, hecha por Charcot, del «gran» ataque histérico, según la cual el ataque completo mostraría cuatro fases: primera, la epileptoide; segunda, la de los grandes movimientos; tercera, la de las actitudes pasionales (la fase alucinatoria), y cuarta, la del delirio final. Las diversas formas del ataque histérico, más frecuentes que el gran ataque completo, se caracterizarían por la falta de alguna de estas fases, su aparición aislada o su mayor o menor duración.

Nuestra tentativa de aclaración viene a enlazarse a la tercera fase, o sea a la de las actitudes pasionales. En los casos en que esta fase aparece con suficiente intensidad entraña la reproducción alucinatoria de un recuerdo importante para la explosión de la histeria; esto es, del recuerdo del único gran trauma de la llamada histeria traumática o de una serie de traumas parciales conexos, tales como los que constituyen el fundamento de la histeria común. O, por último, hace el ataque retornar aquellos sucesos que por su coincidencia con un momento de especial disposición quedaron elevados a la categoría de traumas.

Pero hay también ataques que aparentemente sólo consisten en fenómenos motores, faltando en ellos la fase pasional. Cuando durante uno de estos ataques, compuesto de contracciones generales o rigidez cataléptica, o en un ataque de sommeil conseguimos ponernos en rapport con el enfermo, o, mejor aún, cuando logramos provocar el ataque durante la hipnosis, hallamos que también estos casos entrañan, en su base, el recuerdo del trauma psíquico o de una serie de traumas, recuerdo que en otras ocasiones se hacía visible en la fase alucinatoria. Una niña venía sufriendo desde varios años atrás ataques de convulsiones generales, que se suponían epilépticas. Hipnotizada con el fin de establecer un diagnóstico diferencial, sufrió en el acto uno de tales ataques, e interrogada sobre lo que en aquel momento veía, contestó: «El perro. ¡Que viene el perro!», resultando luego, efectivamente, que el primero de sus ataques lo padeció a raíz de haber sido perseguida por un perro rabioso. El éxito de la terapia confirmó después nuestro diagnóstico.

Un empleado que había enfermado de histeria a consecuencia de haber sido maltratado por su jefe, padecía ataques en los que caía redondo al suelo, presa de furiosas convulsiones, pero sin hablar palabra ni delatar alucinación alguna. Provocado el ataque durante la hipnosis, se reveló que volvía a vivir en su curso la escena en que el jefe se le acercó en la calle, insultándole y golpeándole con un bastón. Pocos días después acudió de nuevo a la consulta, quejándose de haber sufrido otro ataque, y esta vez se comprobó, en la hipnosis, que había reproducido la escena a la cual se enlazaba realmente el principio de su enfermedad; esto es, la que se desarrolló ante el tribunal de justicia, que le negó satisfacciones por los malos tratos recibidos.

Los resultados que surgen en los ataques histéricos o pueden ser despertados durante éstos corresponden también, en todos sus demás componentes, a los sucesos que se nos han revelado como fundamentos de síntomas histéricos duraderos. Como ellos se refieren a traumas psíquicos que han eludido la anulación mediante la descarga de reacción o la labor intelectual asociativa, faltan por completo, o en sus componentes

esenciales, en el acervo mnémico de la consciencia normal y se muestran pertenecientes al contenido de representaciones de los estados hipnoides de consciencia con asociación restringida. Además, admiten la prueba terapéutica. Nuestras observaciones nos han mostrado muchas veces que un tal recuerdo que venía provocando ataques queda incapacitado para ello cuando se le lleva en la hipnosis a la reacción y a la rectificación asociativa.

Los fenómenos motores del ataque histérico pueden ser interpretados, unos, como normas generales de reacción del afecto concomitante al recuerdo (análogamente al pataleo del niño de pecho), y en parte, como movimientos expresivos, directos de dicho recuerdo. Una tercera parte elude, como los estigmas histéricos entre los síntomas permanentes, esta explicación.

Atendiendo ahora a la teoría antes indicada de que en la histeria existen grupos de representaciones nacidos en estados hipnoides y excluidos del comercio asociativo con los demás, pero asociables entre sí, que representan un rudimento más o menos organizado de una segunda consciencia o de una condition seconde, llegamos a una especial concepción del ataque histérico. El síntoma histérico permanente corresponderá entonces a una extensión de este segundo estado a la inervación somática, regida en cualquier otro momento por la consciencia normal, y el ataque histérico testimoniará de una superior organización de este segundo estado y significará, siendo aislado, un momento en el que dicha consciencia hipnoide se ha apoderado de toda existencia, o sea una histeria aguda. Cuando se trate de un ataque repetido, que contiene un recuerdo, significará el retorno de tal momento. Charcot ha expresado ya el pensamiento de que el ataque histérico sería el rudimento de una condition seconde. Durante el ataque, el dominio sobre la inervación somática aparece transferido a la consciencia hipnoide. Sin embargo, la consciencia normal no queda anulada totalmente mientras tanto, y puede incluso percibir los fenómenos motores del ataque, al paso que los procesos psíquicos del mismo escapan a su percatación.

El curso típico de una grave histeria es el de formarse primero, en estados hipnoides. un contenido de representaciones, que luego, suficientemente crecido, se apodera de la inervación somática y de la existencia del enfermo; durante un período de «histeria aguda» crea síntomas duraderos y ataques, y desaparece luego, dejando algunos restos. Si el sujeto logra recobrar el dominio de sí mismo, tales restos supervivientes del contenido hipnoide de representaciones retornan en ataques histéricos y le hacen volver temporalmente a estados análogos, susceptibles nuevamente de influencia y capaces de acoger nuevos traumas. En esta situación se establece con frecuencia una especie de equilibrio entre los grupos psíquicos reunidos en el mismo individuo. El ataque y la vida normal caminan paralelamente, sin influirse entre sí. El ataque surge entonces espontáneamente, como suelen también surgir en nosotros los recuerdos; pero puede también ser provocado del mismo modo que, según las leyes de la asociación, nos es dado despertar cualquier recuerdo. La provocación del ataque puede resultar de la excitación de una zona histerógena o de un nuevo suceso análogo al patógeno. Esperamos poder demostrar que entre ambas condiciones, aparentemente tan diversas, no existe diferencia alguna esencial, y que en ambos casos es herido un

recuerdo hiperestético. En otras ocasiones, el equilibrio indicado es muy estable, y el ataque aparece, como manifestación del resto de consciencia hipnoide, en cuanto el sujeto sufre, por fatiga u otra causa cualquiera, una disminución de su capacidad funcional. El ataque puede también surgir en estos casos, despojado de significación primitiva, como una simple reacción motora.

Como tema de subsiguientes investigaciones queda aún el referente a las condiciones de las cuales pueda depender el que una individualidad histérica se manifieste en ataques, en síntomas permanentes o en una mezcla de ambos fenómenos.

V

Resulta ya comprensible cómo el método psicoterápico que aquí exponemos actúa curativamente. Anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio, dando salida, por medio de la expresión verbal, al afecto concomitante, que había quedado estancado, y llevándola a la corrección asociativa por medio de su atracción a la consciencia normal (en una ligera hipnosis) o de su supresión por sugestión médica, como sucede en los casos de sonambulismo con amnesia. La aplicación de este procedimiento nos parece constituir un importante progreso terapéutico. Naturalmente no curamos la histeria, en tanto es disposición, ni conseguimos nada contra el retorno de estados hipnoides. Tampoco, durante el estado productivo de una histeria aguda, puede evitar nuestro procedimiento que los fenómenos trabajosamente suprimidos queden substituidos enseguida por otros. Pero cuando, pasado este estado, sólo quedan algunos restos del mismo, en calidad de síntomas permanentes y ataques histéricos, nuestro método, actuando radicalmente, logra suprimirlos con frecuencia para siempre y nos parece superar en mucho la eficacia de la supresión sugestiva directa, tal y como hoy es empleada por los psicoterapeutas.

Si bien tenemos consciencia de haber avanzado algunos pasos hacia el descubrimiento del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos por el camino que Charcot fue el primero en iniciar con la explicación e imitación experimental de las parálisis histerotraumáticas, no se nos oculta, sin embargo, que nuestros trabajos no nos han acercado sino al conocimiento del mecanismo de los síntomas histéricos y no al de las causas internas de la histeria. No hemos hecho sino rozar la etiología de la histeria y sólo hemos podido aclarar, en realidad, las causas de las formas adquiridas, o sea la importancia del factor accidental en la neurosis.

D) APORTACIONES A LA COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS «ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA» (*)

1) CARTA A JOSEF BREUER
1892 [1941]
29-6-1892

MI estimado Breuer:

La inocente satisfacción con que le entregué esas pocas páginas más ha cedido el lugar a la inquietud que tan a menudo acompaña los incesantes dolores de la reflexión. Me atormenta, en efecto, el problema de cómo será posible dar una imagen bidimensional de algo tan corpóreo como nuestra teoría de la histeria. Sin duda alguna, la cuestión decisiva es si habremos de darle una exposición histórica, comenzando con todas las historias clínicas, o con las dos mejores entre ellas, o si no convendría más bien empezar con una enunciación dogmática de las teorías que hemos elaborado a modo de explicación. Por mi parte, me inclino más a esto último, y optaría por distribuir el material de la siguiente manera:

1) Nuestras teorías:

- a) El teorema de la constancia de las sumas de excitación.
- b) La teoría de la memoria.
- c) El teorema según el cual los contenidos de diferentes estados de consciencia pueden ser asociados entre sí.

2) La génesis de los síntomas histéricos crónicos: sueños, autohipnosis, afecto y acción del trauma absoluto. Los tres primeros factores se relacionan con la disposición; el último con la etiología. Los síntomas crónicos corresponderían al mecanismo normal; representan [intentos de reacción, en parte por vías anormales; su carácter histérico reside en su persistencia. La razón de su persistencia radica en el teorema c)] desplazamientos en parte por vías anormales (modificación interna) de sumas de excitación [tema subsidiario] que no han sido liberadas. Motivo del desplazamiento: intento de reacción; motivo de la persistencia: teorema c) del aislamiento asociativo. - Comparación con hipnosis- Tema subsidiario: Sobre la índole del desplazamiento: Localización de los síntomas histéricos crónicos.

3) El ataque histérico: también es un intento de reacción por la vía del recuerdo, etc.

4) La génesis de los estigmas histéricos: sumamente oscura, sólo insinuaciones.

5)

5) La fórmula patológica de la histeria: histeria disposicional e histeria accidental. La serie [complementaria] que yo he establecido. La magnitud de las sumas de excitación, concepto del trauma, el estado segundo de consciencia.

2) SOBRE LA TEORÍA DEL ACCESO HISTÉRICO

(En colaboración con Josef Breuer)

1892 [1940]

Hasta donde alcanza nuestra información no se ha propuesto hasta ahora ninguna teoría del ataque histérico, sino sólo una descripción del mismo, hecha por Charcot, que se refiere al grande attaque hystérique, más bien raro en su manifestación completa. Tal ataque «típico» consta, según Charcot, de cuatro fases: 1) la fase epileptoidea; 2) los grandes movimientos; 3) la fase de las attitudes passionelles. 4) el délire terminal. En la medida en que una o varias de estas fases se independizan, se prolongan, se modifican o

desaparecen, surgen, de acuerdo con Charcot, todas las múltiples formas de ataques histéricos que el médico tiene ocasión de observar mucho más frecuentemente que el típico grande attaque.

Esta descripción nada nos dice sobre una posible conexión entre las distintas fases sobre el significado que el ataque tiene en el cuadro general de la histeria ni sobre las modificaciones de los ataques en los casos individuales. Quizá no estemos errados al suponer que la mayoría de los médicos tienden a concebir el ataque histérico como una «descarga periódica de los centros motores y psíquicos de la corteza cerebral».

Hemos logrado nuestras concepciones sobre el ataque histérico tratando casos de esta enfermedad por medio de la sugestión hipnótica e investigando sus procesos psíquicos, durante el ataque mismo, por medio del interrogatorio en plena hipnosis. Así dejamos establecidos los siguientes postulados para el ataque histérico, pero debemos anticipar que para la explicación de los fenómenos histéricos consideramos imprescindible aceptar una disociación, una escisión del contenido de la consciencia.

- 1) El contenido invariable y esencial de un ataque histérico (recurrente) es el retorno de un estado psíquico que el paciente ya ha vivenciado alguna vez, o sea, en otros términos, es el retorno de un recuerdo.

Consideramos, pues, que el elemento esencial del ataque histérico radica en la fase de las attitudes passionelles de Charcot. En muchos casos es bien evidente que esta fase implica un recuerdo de la propia vida del paciente, recuerdo que es, a menudo, siempre uno y el mismo. En otros casos, sin embargo, parece faltar semejante fase, y el ataque se manifiesta como si consistiera únicamente de fenómenos motores -sacudidas epileptoideas, estados de inquietud cataléptica o hipnoidea-, pero aun en tales casos el examen durante la hipnosis evidencia sin lugar a dudas la intervención de un proceso mnemónico psíquico, igual al que en otros casos se manifiesta abiertamente en la phase passionelle.

Los fenómenos motores del ataque nunca se presentan inconexos de su contenido psíquico; ya constituyen la expresión general de la emoción concomitante, ya corresponden exactamente a las acciones implícitas en el proceso mnemónico alucinatorio.

- 2) El recuerdo que forma el contenido del ataque histérico no es un recuerdo cualquiera, sino que es el retorno de aquella vivencia que causó el desencadenamiento de la histeria, o sea el trauma psíquico.

Una vez más, esta circunstancia es bien evidente en aquellos casos clásicos de histeria traumática que Charcot demostró en pacientes del sexo masculino, y en los cuales un individuo no histérico anteriormente cae de pronto en la neurosis después de un susto único e intenso, como un accidente de ferrocarril, una caída, etc. En tales casos, el contenido del ataque consiste en la reproducción alucinatoria de aquel suceso que puso en peligro la vida del sujeto, acompañada quizá por el tren de ideas y por las impresiones sensoriales que se originaron en esa ocasión. La conducta de dichos

pacientes, empero, no discrepa en modo alguno de la histeria femenina común, sino que constituye un ejemplo por excelencia de la misma. Si se examina con el método arriba indicado el contenido de los ataques de una de estas mujeres histéricas, aparecen vivencias que por su naturaleza son igualmente aptas para actuar como traumas (sustos, mortificaciones, defraudaciones). Aquí, sin embargo, el gran trauma único es reemplazado a menudo por una serie de traumas menores, vinculados por sus similitudes o por representar partes de una misma historia de infortunios. Por consiguiente, tales enfermas también sufren con frecuencia ataques de distinta especie, cada uno con su contenido mnemónico particular. Esta circunstancia nos induce a extender considerablemente el concepto de la histeria traumática.

En un tercer grupo de casos, el contenido de los ataques consta de recuerdos a los cuales de por sí no se conferiría carácter traumático, pero que evidentemente lo adquieren por el hecho de haber coincidido con un momento en el cual la disposición histérica del sujeto se hallaba patológicamente exaltada, promoviéndolos así a la categoría de traumas.

3) El recuerdo que forma el contenido del ataque histérico es un recuerdo inconsciente o, expresado con mayor propiedad, pertenece al estado segundo de consciencia que toda histeria presenta en forma más o menos altamente organizada. Por tanto, dicho recuerdo falta totalmente en la memoria del paciente cuando éste se halla en su estado normal, o bien sólo aparece de manera sumaria. Si logramos atraer tal recuerdo totalmente a la consciencia normal, cesa su capacidad de producir ataques. En el curso del ataque mismo el paciente se encuentra total o parcialmente sumido en el estado segundo de consciencia. En el primer caso, todo el ataque queda cubierto por la amnesia durante la vida normal; en el segundo caso, el paciente se percata del cambio de su estado y de sus manifestaciones motrices, pero el proceso psíquico operado durante el ataque le queda oculto. Con todo, éste siempre puede ser evocado por la hipnosis.

4) El problema del origen del contenido mnemónico de un ataque histérico coincide con el de las condiciones que determinan si una vivencia particular (una representación, una intención, etc.) ha de ser incorporada a la segunda consciencia, en lugar de ingresar a la consciencia normal. De estas condiciones determinantes hemos hallado dos con certeza en los casos de histeria.

Si el histérico quiere olvidar intencionalmente una vivencia o si trata de repudiar, inhibir y suprimir intencionalmente una intención, una representación, estos actos psíquicos ingresan consiguientemente en el estado segundo de consciencia; desde éste producen sus efectos permanentes y el recuerdo de los mismos retornan como ataque histérico. (Histeria de las monjas, de las mujeres abstinentes, de los niños bien educados, de las personas con inclinación al arte, al teatro, etc.)

Ingresan asimismo al estado segundo de consciencia todas aquellas impresiones que han sido recibidas en el curso de estados psíquicos extraordinarios (conmociones afectivas, estados de éxtasis, autohipnosis).

Cabe agregar que estas dos condiciones determinantes a menudo se combinan entre sí por vínculos internos y que, además de ellas, pueden existir aún otras.

5) El sistema nervioso tiene la tendencia de mantener constante, en sus condiciones funcionales, algo que cabe denominar «suma de excitación». Procura mantener esta precondition de la salud, resolviendo asociativamente todo incremento sensorial de la excitación o descargándolo por medio de una reacción motriz apropiada.

Si partimos de este teorema -que, por otro lado, es de mucho más amplio alcance- se comprueba que las experiencias psíquicas que forman el contenido de los ataques histéricos poseen una característica en común. Todas ellas son, en efecto, impresiones que han quedado privadas de una descarga adecuada, ya sea porque los pacientes rehusaron resolverlos por miedo a conflictos psíquicos dolorosos, ya sea porque (como en el caso de las impresiones sexuales) se lo impidieron el pudor o las circunstancias sociales, o, finalmente, porque sufrieron esas impresiones en el curso de estados en los cuales el sistema nervioso era incapaz de enfrentar su resolución.

Alcánzase por este camino, además, una definición del trauma psíquico que ha de ser provechosa para la teoría de la histeria: toda impresión que el sistema nervioso tiene dificultad en resolver por medio del pensamiento asociativo o de la reacción motriz se convierte en un trauma psíquico.

3) Nota «III»
1892 [1941]

En lo que antecede hubimos de aceptar, como un hecho de observación, que los recuerdos subyacentes a los fenómenos histéricos no se encuentran en la memoria accesible al paciente, mientras que pueden ser evocados con alucinatoria vivacidad en el estado de hipnosis. También hemos señalado que una serie de tales recuerdos se refieren a sucesos ocurridos en condiciones particulares, como la cataplexia provocada por sustos, estados crepusculares, la autohipnosis y otros semejantes, cuyos contenidos se sustraen a la vinculación asociativa con la consciencia normal. Por tanto, hasta ahora nos fue imposible considerar las condiciones patógenas de los fenómenos histéricos sin apoyarnos en cierta hipótesis, tendente a caracterizar la disposición histérica, una hipótesis según la cual la histeria implica una propensión a la disociación temporaria del contenido de la consciencia y a la separación de complejos ideacionales particulares, que no se hallan asociativamente conectados. Así, buscamos la esencia de la disposición histérica en la circunstancia de que tales estados surgen en ella espontáneamente (por causas internas), o bien son fácilmente provocados por influencias exteriores, siendo complementariamente variable la participación relativa de cada factor.

A dichos estados los hemos calificado de hipnoideos y señalamos como su característica esencial que sus contenidos se hallan más o menos aislados del restante contenido de la consciencia, quedando así privados de la posibilidad de su resolución asociativa, tal como en el sueño y en la vigilia -modelos de dos estados psíquicos distintos- no tendemos a asociar, sino sólo a [...] entre sí. En las personas con

disposición histérica, un afecto cualquiera podría llevar a tal separación, y una impresión recibida en el curso del afecto convertiríase así en un trauma, aunque por sí misma no fuese susceptible de ejercer tal acción. Además, la impresión misma también podría producir dicho efecto. En su forma plenamente desarrollada, estos estados hipnoideos, asociables entre sí, representan la condition seconde, etc., que tan bien conocemos a través de los casos clínicos. Siempre existirían, empero, rudimentos de tal disposición, que podrían ser desarrollados por traumas apropiados, aun en personas no predispuestas.

La vida sexual se presta particularmente para formar el contenido [de tales traumas], debido al profundo contraste en que se encuentra con el resto de la personalidad y a la imposibilidad de abreaccionar sus contenidos ideacionales.

Se comprenderá que nuestra terapia consista en anular los efectos de las representaciones no abreaccionadas, ya sea haciendo revivir el trauma en el estado sonambúlico, para luego abreaccionarlo y corregirlo, ya sea llevándolo a la consciencia normal en el estado de hipnosis ligera.

E) HISTORIALES CLÍNICOS (*) 1895

- 1) LA SEÑORA EMMY DE N. (cuarenta años) de Livonia
- 2)

EL día 1 de mayo de 1889 comencé a prestar asistencia médica a una señora de aproximadamente cuarenta años, cuyo padecimiento y personalidad llegaron a inspirarme tan vivo interés, que hube de dedicarle gran parte de mi tiempo, poniendo un tenaz empeño en lograr su curación. Tratábase de una histérica a la que no presentaba dificultad alguna sumir en estado de sonambulismo, y habiendo advertido esta circunstancia, decidí emplear con ella el método iniciado por Breuer de la investigación en la hipnosis, método que me era conocido por los datos que mi colega hubo de proporcionarme sobre el historial clínico de su primera paciente. Era éste mi primer ensayo de dicho método terapéutico; estaba aún muy lejos de dominarlo y, en realidad, no llegué a profundizar suficientemente en el análisis de los síntomas patológicos, ni tampoco lo ajusté a un plan suficientemente regular. Para dar una idea precisa del estado del enfermo y de mi propia conducta médica, creo ha de ser lo mejor transcribir aquí las notas diarias tomadas por mí durante las tres primeras semanas del tratamiento. En llamadas e intercalaciones iré dando cabida al mejor conocimiento que sobre algunos puntos me ha proporcionado mi experiencia ulterior.

1 de mayo de 1889. -Encuentro a la paciente, mujer de aspecto aún juvenil y rasgos fisonómicos muy finos y característicos, tendida en un diván, con un almohadón bajo la nuca. Su rostro presenta una expresión contraída y doliente. Tiene los ojos entornados, la mirada baja, fruncido el entrecejo e intensamente señalados los surcos nasolabiales. Habla trabajosamente y en voz muy baja. A veces tartamudea, presa de una afasia espasmódica. Sus dedos, entrelazados, muestran una constante agitación. Frecuentes contracciones, a manera de «tics», recorren los músculos de su cara y cuello, algunos de los cuales, especialmente el esternocleidomastoideo, resaltan plásticamente.

Con frecuencia se interrumpe al hablar para producir un singular sonido inarticulado. Su conversación es perfectamente coherente y testimonio de una cultura y una inteligencia nada comunes. De este modo me resulta tanto más extraño ver que cada dos minutos se interrumpe de repente, contrae su rostro en una expresión de horror y repugnancia, extiende una mano hacia mí con los dedos abiertos y crispados y exclama con voz cambiada y llena de espanto: «¡Estése quieto! ¡No me hable! ¡No me toque!» Se halla, probablemente, bajo la impresión de una terrorífica alucinación periódica y rechaza con tales exclamaciones la intervención de toda persona extraña. Este fenómeno cesa luego tan repentinamente como surgió, y la enferma continúa la interrumpida conversación sin aludir para nada a aquél, ni tampoco excusar o aclarar su conducta, por lo cual es de sospechar que no se ha dado cuenta de la interrupción.

Sobre sus circunstancias personales me es conocido lo siguiente: Su familia, originaria de la Alemania Central, reside, hace ya dos generaciones, en las provincias rusas del mar Báltico, en las cuales se halla ricamente afincada. De catorce hermanos que fueron -ella hacía el número trece-, sólo cuatro quedan con vida. Su madre, mujer enérgica y severa, la había educado cuidadosamente, aunque con excesivo rigor. A los veintitrés años casó con un rico industrial, muy inteligente y laborioso, pero mucho mayor que ella, el cual murió repentinamente de un ataque al corazón, después de corta vida matrimonial. Este doloroso acontecimiento y las preocupaciones y disgustos que le ha originado la educación de sus dos hijas, las cuales cuentan hoy dieciséis y catorce años, respectivamente, y han sido siempre muy enfermizas, hallándose afectadas de diversas perturbaciones nerviosas, constituyen, según ella, las causas de su padecimiento. Desde la muerte de su marido, hace catorce años, ha estado siempre enferma, con mayor o menor intensidad. Hace cuatro años, un tratamiento combinado de masaje y baños eléctricos le procuró un pasajero alivio. Fuera de esto, todos sus esfuerzos para recobrar la salud han sido totalmente infructuosos. Ha viajado mucho y da muestras de vivo interés intelectual. Actualmente reside en una finca que posee a orillas del Báltico, próxima a una importante ciudad. Pero hace cuatro meses hubo de sentirse peor, y se trasladó a Abazia, buscando en vano un alivio a sus males, y luego, de aquí a Viena, donde lleva seis semanas sometida a tratamiento por una de nuestras primeras autoridades médicas.

Al acudir a mí acepta sin objeción alguna mi propuesta de separarse de sus hijas, dejándolas al cuidado de la institutriz, y entrar en un sanatorio, en el que yo pueda verla diariamente.

El día 2 de mayo acudo por la tarde al sanatorio, y observo que la enferma acusa un violento sobresalto cada vez que la puerta de su habitación se abre inesperadamente. En consecuencia, recomiendo al personal del establecimiento que no entre sino después de llamar y oír la contestación de «¡Adelante!». A pesar de esto, la paciente se estremece cada vez que alguien entra.

En este día se queja principalmente de frío y dolores en la pierna derecha. Le prescribo baños templados y masaje en todo el cuerpo dos veces al día.

Es extraordinariamente asequible a la hipnosis. Poniendo un dedo ante sus ojos y ordenándole: «¡Duerma usted!», cae en el acto hacia atrás, con una exclamación de confusión y estupor. Le sugiero un sueño tranquilo, mejoría de todos sus síntomas, etc., y me escucha con los ojos cerrados, pero dando muestras de intensa atención, mientras que su fisonomía va serenándose poco a poco, hasta adquirir una expresión completa de paz. Después de la primera sesión de hipnosis conserva un oscuro recuerdo de mis palabras durante aquélla, pero a partir de la segunda se presenta un sonambulismo total (amnesia). Antes de comenzar el tratamiento le había anunciado que iba a hipnotizarla, a lo cual no puso objeción alguna. No ha sido hipnotizada nunca, pero sospecho que ha leído algo sobre la hipnosis, aunque no sé cuál puede ser la idea que del estado hipnótico se forma.

El tratamiento de baños templados, masaje y sugestión hipnótica fue continuado en los siguientes días. La enferma dormía bien, se reponía a ojos vistas y pasaba la mayor parte del día tranquila y reposada. Le estaba permitido ver a sus hijas, leer y despachar su correspondencia.

El día 8 de mayo, en mi visita matinal, me relata terroríficas historias de animales, hallándose aparentemente en estado normal. Así, me señala un ejemplar del Frankfurter Zeitung y me dice haber leído en él que un muchacho, aprendiz, ha maniatado a un niño y le ha introducido en la boca un ratón blanco, muriendo el niño del susto. Luego me cuenta que el doctor K. ha remitido a Tiflis un cajón lleno de ratas blancas. Una profunda expresión de espanto acompaña sus palabras. Extendiendo hacia mí su mano crispada, exclama repetidamente: «¡Estése quieto! ¡No me hable! ¡No me toque! ¡Mire que si en mi cama hubiera escondido alguno de esos bichos!... (Espanto.) ¡Figúrese lo que pasará al abrir el cajón! ¡Entre las ratas hay una muerta to-da ro-í-da!» Durante la hipnosis me esforcé en disipar tales alucinaciones zoológicas. Mientras la enferma dormía, cogí el periódico y encontré la noticia de que un muchacho, aprendiz, había sido objeto de malos tratos, pero sin que se tratara en ella para nada de ratas ni ratones. Esto último constituía, pues, un delirio de la enferma, agregado por ella a su lectura.

Por la tarde le hablé de nuestra conversación matinal sobre las ratas blancas. No recuerda nada de ella, se asombra de haber dicho tales cosas y acaba riendo alegremente. Antes de mi visita ha tenido algo de jaqueca, pero «muy corta; sólo le ha durado dos horas».

Durante la hipnosis la invitó a hablar, consiguiéndolo después de leve esfuerzo. Habla en voz baja y reflexiona un momento antes de cada respuesta. Su expresión cambia correlativamente al contenido de su relato, serenándose en cuanto pongo fin, por sugestión, a la impresión que el mismo le causa. Le pregunto por qué se asusta con tanta facilidad, y me responde: «Son recuerdos de mi primera infancia.» ¿De qué época? «Primeramente, de cuando tenía cinco años y mis hermanos me asustaban arrojándome bichos muertos. Por entonces tuve el primer ataque -desvanecimiento y convulsiones-; pero mi tía me dijo que debía hacer todo lo posible por dominar tales ataques, y no volví a tener ninguno. Luego, de cuando a los siete años vi a una hermana mía muerta y

metida en el ataúd; después, de cuando mi hermano, teniendo yo ocho años, me asustaba disfrazándose de fantasma con una sábana blanca, y por último, de cuando, a los nueve años, entré a ver el cadáver de mi tía y, hallándome ante él, se le abrió de repente la boca.»

Esta serie de motivos traumáticos, que la paciente me comunica en respuesta a mi pregunta de por qué era tan asustadiza, debía de hallarse ya constituida y organizada en su memoria, pues en caso contrario no le hubiera sido posible buscar y reunir, en un espacio tan breve como el que medió entre mi pregunta y su contestación, los recuerdos de sucesos pertenecientes a épocas tan diversas de su infancia. Al finalizar cada uno de los fragmentos de su relato experimenta contracciones generales y muestra una expresión de espanto. Después del último abre con violencia la boca y respira como angustiada. Las palabras correspondientes a la parte temerosa de su relato surgen trabajosa y anhelantemente de sus labios. Por fin vuelve a serenarse su fisonomía.

Preguntada, confirma que durante su narración veía plásticamente ante sí, con sus colores correspondientes, las escenas que iba refiriendo. En general, piensa con gran frecuencia en dichas escenas, y durante los últimos días las ha rememorado especialmente. Cada vez que piensa en ellas las ve surgir ante sí con todo el vivo relieve de la realidad. Ahora comprendo por qué me habla con tanta frecuencia de escenas en las que intervienen animales y cadáveres. Mi terapia consiste en desvanecer tales imágenes de manera que no puedan volver a surgir ante sus ojos. Para robustecer la sugestión paso varias veces mis manos sobre sus párpados.

9 de mayo, por la tarde. -Ha dormido bien, sin que haya sido necesario renovar la sugestión; pero por la mañana ha tenido dolores de estómago, que ya se le iniciaron ayer en el jardín, donde permaneció demasiado tiempo con sus hijas. Accede, sin dificultad, a limitar a dos horas y media la permanencia de aquéllas a su lado. Pocos días antes se había reprochado tenerlas muy abandonadas. Hoy la encuentro algo excitada; muestra la frente contraída, produce el singular chasquido antes descrito y se interrumpe, con frecuencia, al hablar. Durante el masaje me cuenta que la institutriz de sus hijas ha traído consigo un atlas de historia de la civilización, en el que había estampas -unos indios disfrazados de animales- que la han asustado mucho. «¡Imagínese que de repente adquieran vida!...» (Espanto.)

En la hipnosis le pregunto por qué la han asustado tanto aquellas estampas, siendo así que ya no le dan miedo los animales, y me contesta que la han recordado visiones que tuvo cuando la muerte de su hermano (teniendo ella diecinueve años). Sobre este recuerdo volveré más adelante. Luego le pregunto si ha hablado siempre interrumpiéndose y tartamudeando de cuando en cuando, y desde qué tiempo padece aquel «tic» (el singular chasquido). Responde que el tartamudeo es un fenómeno de su enfermedad, y que el «tic» lo tiene desde una vez que, hace cinco años, se hallaba velando a su hija menor, enferma de gravedad, y se propuso guardar el más absoluto silencio. Intento debilitar la importancia de este recuerdo diciéndole que, después de todo, a su hija no le ha pasado nada, etcétera. Ella: «Pero el "tic" me vuelve cada vez que me asusto o me sobresalto.» Le mando no asustarse más de las estampas de los indios.

Lo que deben causarle es risa, y ella misma habrá de llamarme la atención sobre aquéllas. Así sucede, en efecto, al despertar. Busca el libro; me pregunta si lo he visto ya; lo abre por la página en que se halla la estampa tan temida, y se ríe a carcajadas de las grotescas figuras; todo ello sin la menor señal de miedo y con rostro sereno. En esto entra inesperadamente el doctor Breuer, acompañado por el médico del sanatorio. La paciente se asusta y da muestras repetidas de gran excitación, de manera que los dos visitantes abandonan enseguida la estancia. Entonces explica su excitación diciendo que la habitual aparición del médico del sanatorio con los otros visitantes la impresiona desagradablemente.

Durante esta sesión de hipnotismo hago, además, desaparecer, por medio de pases, el dolor de estómago, y digo a la paciente que después de la comida esperará que se le vuelva a iniciar; pero que no será así.

Al anochecer. -Por vez primera la encuentro alegre y decidida. Da muestras de un gracejo que yo no sospechaba en mujer de continente tan severo, y, revelando una plena consciencia de su mejoría, se burla del tratamiento prescrito por mi antecesor. Hacía ya tiempo que tenía intención de sustraerse a él, pero no encontraba una fórmula cortés para llevarlo a cabo, hasta que una observación del doctor Breuer, al que consultó una vez, le proporcionó una salida. Viendo que pareczo extrañar su relato, se asusta y me reprocha vivamente haber cometido una indiscreción, pero se deja luego tranquilizar, aparentemente, por mí. No ha tenido dolores de estómago, a pesar de haberlos esperado.

En la hipnosis le digo que me comunique otros sucesos más que la hayan atemorizado duraderamente, y con igual prontitud que la vez primera me relata otra serie de ellos, procedentes de años posteriores, afirmando de nuevo que ve con frecuencia ante sí dichas escenas, con todos sus detalles. Teniendo quince años vio cómo se llevaban al manicomio a una prima suya; quiso pedir auxilio, pero no pudo, y perdió la voz hasta la noche de aquel día. Como durante el estado de vigilia suele hablarme muchas veces de manicomios y sanatorios para enfermos mentales, la interrumpo y la invito a comunicarme otras ocasiones de su vida en las que se haya tratado de locos. Me cuenta entonces que su madre estuvo también algún tiempo en un manicomio. Además, tuvieron una criada que había servido a una señora, internada después en uno de tales establecimientos, y que solía referirle historias terroríficas a ellos referentes, tales como la de que los enfermos eran atados a la silla y cruelmente golpeados, etc. Durante este relato, la enferma críspala sus manos, dando muestras de espanto y denotando que ve plásticamente todo aquello de que habla. Por mi parte, me esfuerzo en rectificar su idea de los manicomios, y le aseguro que en adelante podrá oír hablar de estos establecimientos sin que ello suponga relación alguna con su propia persona. Estas palabras devuelven a su rostro la serenidad.

Luego continúa su relación de recuerdos atemorizantes. Teniendo quince años encontró un día a su madre tendida en el suelo, conmocionada por los efectos de un rayo caído en las proximidades, y cuatro años después, al volver un día a su casa, la halló muerta, con el rostro todo contraído. Naturalmente, me es mucho más difícil debilitar estos recuerdos. Después de largas explicaciones le aseguro que en adelante tampoco

verá ante sí tales imágenes sino de un modo muy borroso y pálido. Por último me cuenta que, teniendo diecinueve años, alzó una piedra, y al ver un sapo bajo ella perdió el habla durante algunas horas.

En esta hipnosis me convengo de que sabe todo lo que en la sesión anterior sucedió, mientras que en estado de vigilia no recuerda nada de ello.

10 de mayo, por la mañana. -Hoy ha tomado, por vez primera, un baño de salvado, en lugar del baño caliente habitual. La encuentro con expresión malhumorada y contraída, envueltas las manos en un chal y quejándose de frío y dolores. A mis preguntas, responde que los dolores se los ha producido la incomodidad del baño en el que se ha bañado, demasiado corto. Durante el masaje comienza de nuevo a reprocharse su indiscreción del día anterior con respecto al doctor Breuer; la tranquilizo con la piadosa mentira de que sabía todo lo sucedido antes de contármelo ella, y de este modo desaparece su excitación (chasquidos, contracción del rostro). Mi influencia sobre la enfermedad se manifiesta ya siempre desde el comienzo de la sesión de masaje. Recobra la tranquilidad y la claridad intelectual, y encuentra, sin necesidad de interrogarla en la hipnosis, los motivos de su malestar anterior. La conversación que mantiene conmigo durante el masaje no es tampoco tan falta de significación como parece, sino que contiene la reproducción casi completa de los recuerdos y nuevas impresiones que han influido sobre ella desde nuestra última entrevista, y recae con frecuencia, inesperadamente, sobre reminiscencias patógenas, que la misma enferma se prohíbe sin necesidad ya de invitación por mi parte. Sucede como si se hubiera apropiado mi procedimiento y utilizara la conversación aparentemente sin objeto y guiada tan sólo por la casualidad para completar la hipnosis. De este modo llega hoy a hablar de su familia, y mediante toda clase de rodeos, a la historia de un primo suyo -hombre raro y de inteligencia limitada-, al que sus padres hicieron extraer en una sesión toda la dentadura. Este relato se desarrolla acompañado de gestos de espanto y repetida exclamación de la fórmula protectora: «¡Estése quieto! ¡No me hable! ¡No me toque!» Después vuelve a serenarse su fisonomía y se muestra alegre y contenta. Compruebo, pues, que su conducta en el estado de vigilia es determinada por la experiencia adquirida en el estado de sonambulismo, de la cual, despierta, creía no saber nada.

En la hipnosis vuelvo a preguntarle qué es lo que le ha disgustado, y recibo las mismas respuestas, pero en orden inverso: 1.ª Su indiscreción del día anterior. 2.ª Los dolores causados por la incomodidad del baño. Hoy le pido me explique la significación de las frases «¡Estése quieto!», etc., y me dice que cuando tiene ideas angustiosas teme ver interrumpido su curso, pues entonces se embrolla aún más su pensamiento y crece su malestar. La frase «¡Estése quieto!» se explica por el hecho de que las figuras de animales que se le aparecen en estados de malestar adquirirían movimiento y se arrojaban sobre ella en cuanto alguien hacía un movimiento ante su vista. Por último, la advertencia «¡No me toque usted!» se enlaza a los siguientes sucesos: 1º. Su hermano, enfermo por el abuso de la morfina, padecía terribles ataques, y en uno de ellos (teniendo la paciente diecinueve años) la había asido fuertemente entre sus brazos. 2º.

Un conocido suyo había sufrido un súbito ataque de locura hallándose de visita en su casa, y la había agarrado de un brazo. 3º. Un caso análogo que no recuerda con

precisión. 4º. Su hija menor, en el curso de una enfermedad, se le había abrazado, delirando, al cuello con tanta fuerza, que casi la ahoga. Cuándo este último suceso, tenía la paciente veintiocho años. No obstante pertenecer estos sucesos a tan diversas épocas, la paciente me los refiere en rápida sucesión y dentro de una sola frase, como si constituyeran un único acontecimiento en cuatro actos. Advirtiendo que la función de la fórmula protectora es guardarla de la repetición de sucesos semejantes, hago desaparecer por sugestión tal temor y consigo así que no vuelva a pronunciarla.

Al volver por la tarde la encuentro muy contenta. Riendo, me cuenta haberse asustado de un perrito que le ha ladrado en el jardín. Sin embargo, observo en ella cierta excitación interna, que sólo desaparece después de preguntarme si me ha desagradado una observación que me hizo el día anterior durante el masaje y negarlo yo. Hoy, después de un intervalo de sólo catorce días, ha vuelto a presentársele el período. Le prometo conseguir su regularización por medio de la sugestión hipnótica, y fijo en la hipnosis un intervalo de veintiocho días.

Además le pregunto si recuerda lo último que hubo de relatarme y si no tiene idea de que ayer nos quedara algún punto por aclarar. Pero, como era lo correcto, comienza por referirse a la frase «¡No me toque!», de la que tratamos en la sesión matinal de hipnosis. Tengo, pues, que retrotraerla al tema del día anterior, en el cual la había interrogado sobre el origen de su tartamudeo periódico, recibiendo por toda contestación un rotundo «No lo sé». Por esta razón le había encargado que recordase dicho extremo hasta la hipnosis de hoy, en la cual me da, sin reflexión previa ninguna, pero muy excitada y con interrupciones espasmódicas del habla, la respuesta siguiente: «Cuando una vez se desbocaron los caballos del coche en que iban mis hijas, y cuando otra vez iba yo en coche con ellas por el bosque, y cayó un rayo en un árbol delante de los caballos, y los caballos se espantaron, y yo pensé: Ahora tienes que procurar no hacer ruido ninguno, pues si gritas, los caballos se asustarán más y el cochero no podrá retenerlos. Entonces empezó el tartamudeo.» Este deshilvanado relato la ha excitado extraordinariamente. Luego me dice que el tartamudeo se inició a raíz del primero de los sucesos referidos pero desapareció a poco, retornando después del segundo, análogo, para hacerse ya crónico. Borro el recuerdo plástico de tales escenas y la invito luego a representárselas de nuevo. La paciente da muestras de intentarlo, pero ya sin alterarse. A partir de aquí habla durante la hipnosis corrientemente, sin interrupción ninguna espasmódica.

Como la encuentro bien dispuesta a proporcionarme aclaraciones, le pregunto también qué otros acontecimientos de su vida la han asustado igualmente, hasta el punto de conservar su recuerdo plástico. En su respuesta incluye una serie de tales sucesos: 1º.

Un año después de la muerte de su madre se hallaba en casa de una señora francesa, amiga suya. Ésta la envió, en unión de otra muchacha, a buscar un diccionario en una habitación contigua, y al penetrar en ella vio levantarse de una cama a una persona idéntica a la que había dejado en la habitación de la que venía. Ante tan extraña aparición quedó como clavada en el suelo. Luego le dijeron que se trataba de un muñeco preparado para embromarla. Por mi parte, le explico que aquello tuvo que ser una

alucinación, y apelo a su buen juicio actual, consiguiendo que desaparezca de su fisonomía toda señal de alteración. 2º. Su hermano, enfermo por el abuso de la morfina, sufría terribles ataques, en los cuales la asía fuertemente, asustándola. De este mismo suceso me había hablado ya esta mañana, y como prueba le pregunto en qué otras ocasiones la había asido alguien con violencia. Para mi mayor satisfacción y sorpresa reflexiona esta vez largo rato y pregunta luego, insegura: «¿Mi hija pequeña?», siéndole ya imposible recordar los otros dos sucesos análogos que por la mañana me había referido. Así, pues, mi prohibición y el sugerido desvanecimiento de tales recuerdos han obrado eficazmente. 3º. Hallándose junto al lecho de su hermano, una tía suya, que había acudido con el empeño de convertirle al catolicismo, asomó de repente su pálido rostro por encima de un biombo. Observando haber llegado aquí a la raíz de su constante temor a las sorpresas, le pregunto cuáles otras ha experimentado, obteniendo la siguiente serie: 1ª. Un amigo, que pasaba temporadas en su casa, solía entrar furtivamente en las habitaciones y asustar a los que en ellas estaban. 2ª. Después de la muerte de su madre enfermó de algún cuidado, y le fue prescrita una cura de aguas en determinado balneario. Hallándose en éste, una loca, hospedada en su mismo hotel, se equivocó varias noches de habitación y entro en la suya, llegando hasta la misma cama. 3ª. En su viaje desde Abazia a Viena, un desconocido abrió cuatro veces la portezuela de su coche, quedándose mirándola fijamente cada una de ellas durante un gran rato. La singular conducta de aquel individuo acabó por asustarla tanto, que llamó al revisor.

Como final, borro todos aquellos recuerdos, despierto a la paciente y le aseguro que aquella noche dormirá bien, suprimiendo por hoy la sugestión correspondiente en la hipnosis. De la mejoría de su estado general testimonia su observación de que hoy no ha dedicado un solo momento a la lectura. Ella, que, llevada antes por su interior tranquilidad, tenía siempre que estar haciendo algo, vive ahora en un feliz ensueño.

11 de mayo, por la mañana. -Hoy es el día señalado por el doctor N. para reconocer a la hija mayor de la paciente, que se ha quejado de trastornos de la menstruación. Encuentro a mi enferma algo intranquila; pero su excitación se manifiesta ahora por signos somáticos más débiles que antes. De vez en vez exclama: «Tengo miedo; tanto miedo, que me parece que voy a morirme.» Le preguntó si es acaso el doctor N. quien le inspira temor, y me responde que tiene miedo, pero no sabe a qué ni a quién. Hipnotizada luego, antes de la visita del doctor N., me confiesa que tiene miedo de haberme ofendido con una observación que me hizo ayer durante el masaje, observación que ahora le parece descortés. También le tiene miedo a todo lo nuevo, y, por tanto, al nuevo médico. Logro tranquilizarla, y luego, despierta ya, se conduce muy bien en la visita del doctor N. Tan sólo dos veces da alguna muestra de sobresalto, pero no tartamudea ni chasca la lengua. Terminada la visita, vuelvo a hipnotizarla para hacer desaparecer un posible resto de excitación. Está muy satisfecha de su conducta y pone grandes esperanzas en su curación. Por mi parte, aprovecho estas manifestaciones para demostrarle que no hay por qué asustarse de lo nuevo, que también puede ser bueno.

Por la tarde la encuentro muy tranquila, y en la conversación que mantenemos antes de la hipnosis, se descarga de muchos reparos y escrúpulos. En la hipnosis le pregunto cuál es el suceso de su vida que ha dejado en ella un efecto más duradero y

surge con mayor frecuencia en su memoria. Respuesta: «La muerte de mi marido.» La invito a relatarme este suceso con todo detalle y así lo hace, dando muestras de profunda emoción, pero sin tartamudear ni chascar la lengua.

Hallándose ambos en un lugar de la Riviera que les gustaba mucho, iban un día de paseo, y al atravesar un puente, su marido sufrió un ataque cardiaco y cayó al suelo, donde permaneció como muerto algunos minutos; pero se repuso pronto y pudo volver a casa por su pie. Poco tiempo después, estando ella en la cama, convaleciente de un parto, su marido, que almorzaba a su lado en una mesita, se levantó de repente, la miró con expresión extraña y cayó muerto al suelo. Ella se tiró de la cama y mandó llamar al médico, pero todo fue inútil. La paciente hace aquí una pausa y continúa luego: «La niña que por entonces había yo dado a luz, y que sólo contaba unas semanas, estuvo enferma durante más de seis meses, y yo misma tuve también que guardar cama con pertinaces fiebres.»

A continuación, adoptando una expresión de enfado, como cuando nos referimos a una persona de la que estamos hartos, expone, cronológicamente ordenadas, todas las molestias y preocupaciones que su hija menor le ha causado; «Durante mucho tiempo se había mostrado extraña y anormal; gritaba y lloraba de continuo; no dormía, y sufría una parálisis de la pierna izquierda, de cuya curación llegaron a desesperar los médicos. A los cuatro años tenía visiones, y no andaba ni hablaba, de manera que llegaron a creerla idiota. Los médicos declararon que padecía meningitis, mielitis y otras diversas afecciones graves.»

Al llegar aquí la interrumpo, indicándole que aquella niña goza hoy de una floreciente salud normal, y la despojo de la posibilidad de ver nuevamente aquellos tristes sucesos, no sólo desvaneciendo el recuerdo plástico, sino expulsando de su memoria toda la reminiscencia, como si jamás hubiese existido en ella. Asimismo, le prometo que de este modo cesará la temerosa espera de sucesos desgraciados que de continuo la atormentan y desaparecerán los dolores generales, de los que precisamente ha vuelto a quejarse durante su relato, después de no haber hablado de ellos en varios días.

Para mi sorpresa, inmediatamente después de mi última sugestión, comienza a hablar del príncipe L., cuya fuga de un manicomio constituía por entonces el suceso del día, y manifiesta nuevas representaciones terroríficas referentes a los establecimientos de este género, tales como la de que para calmar a los enfermos se los somete a duchas heladas o se los sujeta a un aparato giratorio que los hace dar vueltas rápidas. Tres días antes, cuando me expresó por vez primera su miedo a los manicomios, había yo interrumpido sus manifestaciones al terminar de contarme una primera historia -la de que los enfermos eran amarrados a sillas-, y observo ahora que tales interrupciones son contraproducentes, y que lo mejor es escuchar hasta el final las manifestaciones de la enferma sobre cada punto concreto. La dejo, pues, agotar ahora el tema y borro las nuevas imágenes terroríficas, apelando a su buen juicio actual, y argumentando que debe prestar a mis palabras mayor crédito que a las temerosas historias relatadas por una estúpida criada.

Observando que tartamudea un poco, le pregunto nuevamente de qué procede aquel defecto. Silencio. «¿No lo sabe usted?» «No.» «¿Por qué?» (Con violencia y enfado.) «¿Por qué? Porque no bebo.» En esta manifestación creo ver un resultado de mis sugerencias; pero en seguida expresa el deseo de ser despertada, y yo accedo a ello.

EPICRISIS

Sin una previa y detallada fijación del valor y el significado de la palabra «histeria», no es fácil decidir si un caso patológico puede situarse bajo dicho concepto o incluirse entre las demás neurosis (no puramente neurasténicas). Por otra parte, tampoco en el sector de las neurosis mixtas corrientes se ha llevado aún a cabo una labor ordenadora de diferenciación y delimitación. De este modo, si para diagnosticar la histeria propiamente dicha acostumbramos, hasta ahora, guiarnos por la analogía del caso de que se trate con los casos típicos conocidos de tal enfermedad, es indudable que el de Emmy de N. debe ser diagnosticado de histeria. La frecuencia de los delirios y de las alucinaciones, en medio de una absoluta normalidad de la función anímica; la transformación de su personalidad y de la memoria durante el sonambulismo artificial; la anestesia de la extremidad dolorosa, ciertos datos de la anamnesis, etc., no dejan lugar a dudas sobre la naturaleza histérica de la enfermedad o, por lo menos, de la enferma. Si, a pesar de todo esto, puede ofrecernos alguna duda tal diagnóstico, ello depende de determinado carácter de este caso, que nos da pretexto para desarrollar una observación de orden general. Según ya hemos expuesto en el primer capítulo del presente trabajo, consideramos los síntomas histéricos como efectos y restos de excitaciones que han actuado en calidad de traumas sobre el sistema nervioso. Cuando la excitación primitiva queda derivada por reacción o mediante una elaboración intelectual, no subsisten tales restos. Así, pues, habremos ya de tener en cuenta cantidades, aunque no mensurables, y describiremos el proceso diciendo que una magnitud de excitación afluyente al sistema nervioso queda transformada en síntomas permanentes, en aquella medida, proporcional a su montaje, en la que no ha sido utilizada para la acción exterior. Ahora bien: en la histeria estamos acostumbrados a comprobar que una parte importante de la «magnitud de la excitación» del trauma se transforma en síntomas puramente somáticos. Esta peculiaridad de la histeria es lo que ha constituido durante mucho tiempo un obstáculo para considerarla como una afección psíquica.

Si en gracia a la brevedad denominamos «conversión» a la transformación de la excitación psíquica en síntomas somáticos permanentes, característica de la histeria, podemos decir que el caso de Emmy de N. muestra un escaso montante de conversión; la primitiva excitación psíquica permanece circunscrita en él, casi por completo, al sector psíquico, haciéndole así presentar una gran analogía con los de neurosis no histéricas. Existen casos de histeria en los que la conversión afecta a todo el incremento de excitación, de manera que los síntomas somáticos de la histeria emergen en una consciencia aparentemente normal. Sin embargo, es más corriente la conversión incompleta, de suerte que por lo menos una parte del afecto concomitante al trauma perdura en la consciencia como componente del estado de ánimo.

Los síntomas psíquicos de nuestro caso de histeria con escaso montante de

conversión pueden agruparse bajo los conceptos de transformación de estado de ánimo (angustia, depresión, melancolía), fobias y abulias. Estas dos últimas clases de perturbación psíquica, consideradas por los psiquiatras de la escuela francesa como estigmas de la degeneración nerviosa, se muestran en nuestro caso suficientemente determinadas por sucesos traumáticos, constituyendo, en su mayor parte, como luego demostraremos, fobias y abulias traumáticas.

Algunas de las fobias podían contarse, sin embargo, entre las primarias, comunes a todos los hombres y especialmente a los neurópatas. Así, ante todo, la zoofobia (miedo a las serpientes, a los sapos y a todas aquellas sabandijas que reconocen por soberano a Mefistófeles), el miedo a las tormentas, etc. Pero también estas fobias fueron intensificadas por sucesos traumáticos. Así, el miedo a los sapos, por la impresión de la sujeto, siendo niña, el día que su hermano le arrojó un sapo muerto, lo que le produjo un ataque de contracciones histéricas; el miedo a las tormentas, por el sobresalto ya descrito, que dio lugar al vicio de castañetear la lengua, y el miedo a la niebla, por sus paseos en Ruegen. De todos modos, el miedo primario y, por decirlo así, instintivo desempeña, considerado como estigma psíquico, el papel principal en este grupo.

Las demás fobias, más especiales, aparecen también determinadas por sucesos particulares. El miedo a un sobresalto súbito e inesperado es consecuencia de la tremenda impresión recibida al ver morir repentinamente a su marido, fulminado por un ataque al corazón. El miedo a las personas extrañas, y en general a todo el mundo, demuestra ser un residuo de la época en la que se vio perseguida por la familia de su marido y creía descubrir en cada desconocido un agente de sus perseguidores o pensaba que todo el que a ella se aproximaba conocía las infamias que verbalmente o por escrito se difundían sobre ella. El miedo a los manicomios y a sus infortunados huéspedes se relaciona con toda una serie de tristes sucesos acaecidos en su círculo familiar y con los relatos que, siendo niña, escuchó de labios de una estúpida criada. Esta última fobia se apoya, además, por un lado, en el horror instintivo primario del hombre sano al demente y, por otro, en su preocupación, común a todo nervioso, de sucumbir a la locura. El miedo, particularmente especializado, a tener a alguien detrás de ella aparece motivado por varias temerosas impresiones de su infancia y épocas posteriores. Después del suceso del hotel, particularmente penoso para el sujeto por integrar un elemento erótico se acentuó más que nunca su miedo a la entrada subrepticia de una persona extraña en su cuarto. Por último, el miedo a ser enterrada viva, tan frecuente en los neurópatas, encuentra una completa explicación en su creencia de que su marido no estaba muerto cuando sacaron de la casa el cadáver, creencia en la que se manifiesta conmovedoramente la incapacidad de aceptar la brusca interrupción de la vida de la persona amada. Por lo demás, todos estos factores psíquicos sólo pueden explicar, a mi juicio, la elección de las fobias, pero no su duración. Por lo que a esta respecta, hemos de tener en cuenta un factor neurótico, o sea, la circunstancia de que la paciente observaba desde años atrás una completa abstinencia sexual, motivo frecuentísimo de tendencia a la angustia.

Menos aún que las fobias, pueden ser consideradas las abulias de nuestros enfermos como estigmas psíquicos consiguientes a una disminución general de la

capacidad funcional. El análisis hipnótico del caso demuestra más bien que las abulias se hallan condicionadas por un doble mecanismo físico, simple en el fondo. La abulia puede ser de dos clases. Puede ser, sencillamente, una consecuencia de la fobia, y así sucede cuando la fobia se enlaza a un acto propio (salir de casa, buscar la sociedad de los demás, etc.) en lugar de a una expectación (que alguien pueda introducirse subrepticamente en el cuarto, etc.), siendo entonces la angustia enlazada con el resultado del acto la causa de la coerción de la voluntad. Sería equivocado presentar esta clase de abulias al lado de sus fobias correspondientes como síntomas especiales; pero ha de tenerse en cuenta, sin embargo, que tales fobias pueden existir, cuando no son demasiado intensas, sin conducir a la abulia. La otra clase de abulias se halla basada en la existencia de asociaciones no desenlazadas y saturadas de afecto, que se oponen a la constitución de otras nuevas, sobre todo a las de carácter penoso. La anorexia de nuestra enferma nos ofrece el mejor ejemplo de una tal abulia. Si come tan poco, es porque no halla gusto ninguno en la comida, y esto último depende, a su vez, de que el acto de comer se halla enlazado en ella, desde mucho tiempo atrás, con recuerdos repugnantes, cuyo montante de afecto no ha experimentado disminución alguna. Naturalmente, es imposible comer con repugnancia y placer al mismo tiempo. La repugnancia concomitante a la comida desde muy antiguo no ha disminuido porque la sujeto tenía que reprimirla todas las veces, en lugar de libertarse de ella por medio de la reacción. Cuando niña, el miedo al castigo la forzaba a comer con repugnancia la comida fría, y en años posteriores, el temor a disgustar a sus hermanos le impidió exteriorizar los afectos que la dominaban mientras comía con ellos.

He de referirme aquí a un pequeño trabajo en el que intenté dar una explicación psicológica de las parálisis histéricas, llegando a la conclusión de que la causa de tales parálisis era la inaccesibilidad de un círculo de representaciones -por ejemplo, del correspondiente a una extremidad- a nuevas asociaciones. Esta inaccesibilidad asociativa procedería, a su vez, de que la representación del miembro paralizado se hallaba incluida en el recuerdo del trauma, cargado de afecto no derivado. Con ejemplos tomados de la vida ordinaria mostraba que tal catexis de una representación por afecto no derivado trae siempre consigo cierta medida de inaccesibilidad asociativa, o sea, de incompatibilidad con nuevas catexis.

No me ha sido posible todavía demostrar tales hipótesis en un caso de parálisis motora por medio del análisis hipnótico, pero puedo aducir la anorexia de Emmy de N. como prueba de que el mecanismo descrito es, efectivamente, el de algunas abulias, y las abulias no son sino parálisis psíquicas muy especializadas o -según la expresión francesa- «sistematizadas».

El estado psíquico de Emmy de N. puede caracterizarse haciendo resaltar dos extremos: 1°. Perduran en ella, sin haber experimentado derivación alguna, los efectos penosos de diversos sucesos traumáticos; así, la tristeza, el dolor (desde la muerte de su marido), la cólera (desde las persecuciones de que fue objeto por parte de la familia del muerto), la repugnancia (desde las comidas que se vio forzada a ingerir), el miedo (desde los múltiples acontecimientos terroríficos de que fue protagonista o testigo), etc. 2°. Existe en ella una intensa actividad mnémica, que tan pronto espontáneamente como

a consecuencia de estímulos del presente (por ejemplo, en el caso de la noticia de haber estallado la revolución de Santo Domingo) atrae a la consciencia actual, trozo por trozo, los traumas, con todos sus efectos concomitantes. Mi terapia se enlazó a la marcha de dicha actividad mnémica e intentó solucionar y derivar, día por día, lo que en cada uno de ellos surgía a la superficie hasta que la provisión asequible de recuerdos patógenos pareció quedar agotada.

A estos dos caracteres psíquicos, propios, a mi juicio, de todos los paroxismos histéricos, podríamos enlazar varias observaciones, que aplazaremos hasta haber dedicado alguna atención al mecanismo de los síntomas somáticos.

No es posible aceptar para todos los síntomas somáticos la misma génesis. Por el contrario, incluso en el caso de Emmy de N., poco instructivo desde este punto de vista, nos muestra que los síntomas somáticos de una histeria surgen de muy diversos modos.

A mi juicio, una parte de los dolores de la sujeto se hallaba orgánicamente determinada por aquellos leves trastornos (reumáticos) musculares, a los que ya nos referimos antes; trastornos más dolorosos para los nerviosos que para los normales. En cambio, otra parte de sus dolores era, muy probablemente, un símbolo mnémico de las épocas de excitación en las que hubo de asistir a enfermos de su familia, épocas que tanto lugar habían ocupado en la vida de la paciente. Estos últimos dolores pudieron tener también alguna vez, primitivamente, una justificación orgánica, pero después fueron objeto de una elaboración que los adaptó a los fines de la neurosis. Estas afirmaciones sobre los dolores de Emmy de N. se apoyan en observaciones realizadas en otros casos, que más adelante expondré, pues su propio caso no llegó a proporcionarme aclaración suficiente con respecto a este punto concreto.

Parte de los singulares fenómenos motores de la sujeto eran simplemente una manifestación, nada difícil de reconocer como tal, de sus estados de ánimo. Así, al extender las manos crispando los dedos (manifestación del terror), la contracción del rostro, etc. De todos modos, esta expresión de los estados de ánimo era más viva y menos retenida de lo que la mímica habitual de la sujeto, su educación y su raza hacían esperar. En efecto, fuera de los estados histéricos, la paciente era muy mesurada y sobria en la expresión de sus emociones. Otra parte de sus síntomas motores se hallaba según ella, en conexión directa con sus dolores. Si agitaba incesantemente sus dedos (1888) o se retorció las manos (1889), era para retenerse de gritar, motivación que recuerda uno de los principios establecidos por Darwin para el esclarecimiento de los movimientos expresivos; esto es, el principio de la «derivación de las excitaciones», por medio del cual explica, por ejemplo, el agitar la cola de los perros. La sustitución de los gritos por otras inervaciones motoras en los casos de estímulos dolorosos es algo que todos conocemos. Aquel que se propone mantener inmóvil la boca y la cabeza durante la intervención del dentista y evita también separar las manos de los brazos del sillón, acaba siempre por mover los pies.

Los movimientos análogos a «tics» observables en la sujeto -el castañetear la lengua, la tartamudez, la repetición del nombre «Emmy» en sus accesos de confusión

mental y la fórmula compuesta: «Estése quieto. No hable usted. No me toque»-, muestran una complicada forma de conversión. Dos de estas manifestaciones motoras, la tartamudez y el castañeteo, encuentran su explicación en un mecanismo calificado por mí de «objetivación de la representación contrastante» en un ensayo publicado por la Revista de Hipnotismo (tomo primero, 1893). Este proceso sería, en el caso que nos ocupa, el siguiente: «La histérica, agotada por la fatiga y la preocupación que le ocasiona la enfermedad de su hija, se halla sentada a la cabecera del lecho en el que la misma yace, y comprueba que, ¡por fin!, ha logrado conciliar el sueño. En su vista, formula el firme propósito de evitar todo el ruido que pudiera despertar a la enfermita.

Este propósito hace surgir, probablemente, una representación contrastante, el temor de que, a pesar de todo, haría algún ruido que despertase a la pequeña del tan deseado reposo. Tales representaciones contrastantes, opuestas al propósito, se constituyen en nosotros, singularmente, cuando no nos sentimos seguros de la ejecución de un propósito importante.»

El neurótico, en cuya consciencia de sí mismo falta muy pocas veces un rasgo de depresión y expectación angustiada, forma gran cantidad de tales representaciones contrastantes o las percibe con mayor facilidad, dándoles, además, mayor importancia. En el estado de agotamiento de nuestra paciente, la representación contrastante, que en otras circunstancias hubiera sido rechazada, demuestra ser la más fuerte y es la que se objetiva, originando, con espanto de la sujeto, el tan temido ruido. Para la explicación total del proceso, habremos de suponer que el agotamiento de la paciente no es sino parcial, recayendo únicamente, para expresarnos en los términos de Janet y sus discípulos, sobre el yo primario de la sujeto, y no teniendo por consecuencia una igual debilitación de la representación contrastante.

Suponemos, además, que el factor que da al suceso un carácter traumático y fija el ruido producido por la sujeto, en calidad de síntoma somático evocador de toda la escena, es el espanto que le causó comprobar que, contra toda su voluntad, acababa por producirlo. Llego incluso a creer que el carácter mismo de este «tic», consistente en varios sonidos espasmódicamente emitidos y separados por ligeras pausas, revela huella del proceso al que debe su origen. Parece haberse desarrollado una lucha entre el propósito y la representación contrastante -la «voluntad contraria»-, lucha que ha dado al «tic» su carácter peculiar y limitado la representación contrastante a desusados caminos de inervación de los músculos vocales.

Un suceso de análoga naturaleza dejó tras de sí la inhibición espasmódica del habla, la singular tartamudez, con la diferencia de que el recuerdo no eligió aquí, para símbolo del suceso, el resultado de la inervación final, o sea, el grito sino el proceso mismo de inervación, esto es, el intento de una inhibición convulsiva de los órganos vocales.

Ambos síntomas, el castañeteo y la tartamudez, afines por su génesis, entraron, además, en mutua asociación, y su repetición en una ocasión análoga a las de su origen los convirtió en síntomas permanentes. Una vez llegados a esta categoría, encontraron

distinto empleo. Nacidos en un intento estado de sobresalto, se unieron desde este punto (conforme al mecanismo de la histeria monosintomática, del que más adelante trataremos) a todos los estados de este género, incluso a aquellos que no podían dar ocasión a la objetivación de una representación contrastante.

Acabaron, pues, por hallarse enlazados a tantos traumas y por tener tan amplia razón de reproducirse en la memoria, que llegaron a interrumpir constantemente el habla, sin estímulo ninguno que a ello los llevase, a manera de un «tic» falto de todo sentido. Pero el análisis hipnótico pudo demostrar que aquel aparente «tic» poseía un preciso significado, y si el método de Breuer no consiguió, en este caso, hacer desaparecer de una vez y por completo ambos síntomas, ello fue debido a que la catarsis sólo recayó sobre los tres traumas principales, sin extenderse a los secundariamente asociados.

La repetición del nombre «Emmy» en los accesos de confusión mental que, según las normas de los ataques histéricos, reproducen los frecuentes estados de perplejidad de la paciente durante el tratamiento al que su hija estuvo sometida, se hallaba enlazada, por medio de un complicado encadenamiento de ideas, al contenido del acceso y correspondía quizá a una fórmula protectora usada por la enferma contra el mismo. Esta exclamación hubiera sido también, probablemente, susceptible, dado un más amplio aprovechamiento de su significación, de convertirse en un «tic», como ya lo había llegado a ser la complicada fórmula protectora: «No me toque usted», etc.; pero la terapia hipnótica detuvo, en ambos casos, el ulterior desarrollo de estos síntomas. La exclamación «¡Emmy!», recientemente surgida cuando me llamó la atención, se hallaba aún limitada a su lugar de origen; esto es, al acceso de confusión mental.

Cualquiera que sea la génesis de estos síntomas motores -el castañeteo, por objetivación de una representación contrastante; la tartamudez, por simple conversión de la excitación psíquica en un fenómeno motor, y la exclamación «¡Emmy!» y la otra fórmula más extensa, como dispositivos protectores, por un acto voluntario de la enferma, en el paroxismo histérico-; cualquiera que sea su génesis, repetimos, poseen el carácter común de hallarse en una visible conexión -primitiva o permanente- con traumas, de los cuales constituyen símbolos en la actividad mnémica.

Otros de los síntomas somáticos de la enferma no eran de naturaleza histérica; por ejemplo, los calambres en la nuca, que hemos de considerar como una jaqueca modificada, debiendo incluirse, por tanto, entre las afecciones orgánicas y no entre las neurosis. Pero a ellos suelen enlazarse casi siempre síntomas histéricos. Así, Emmy de N. los aprovechaba como contenido de sus ataques histéricos, no mostrando, en cambio, los fenómenos típicos de esta clase de accesos.

Para completar la característica del estado psíquico de esta paciente, examinaremos ahora las modificaciones patológicas de la consciencia en ella observables. Del mismo modo que los calambres en la nuca, también las impresiones penosas (cf. el último delirio en el jardín) o las alusiones a cualquiera de sus traumas provocaban en la enferma un estado delirante en el cual -según las escasas

observaciones que sobre este extremo puedo realizar- dominaban una disminución de la consciencia y una forzosa asociación, análogas a las que comprobamos en el fenómeno onírico, quedando sumamente facilitadas las alucinaciones y las ilusiones, y siendo deducidas conclusiones falsas o hasta insensatas. Este estado, comparable con el de enajenación mental, sustituye verosímilmente al ataque, siendo quizá una psicosis aguda surgida como equivalente del ataque histérico, psicosis que podríamos calificar de «demencia alucinatoria». El hecho de que a veces se revelase un fragmento de los antiguos recuerdos traumáticos, como fundamento del delirio, nos muestra otra analogía de estos estados con el ataque histérico típico. El paso desde el estado normal a este delirio tiene lugar, a veces, de un modo imperceptible. Al principio del tratamiento se extendía el delirio a través de todo el día, haciéndose así difícil decir, con respecto a cada uno de los síntomas, si correspondían únicamente -como los gestos- al estado psíquico, en calidad de síntomas del acceso, o habían llegado a ser, como el castañeteo y la tartamudez, verdaderos síntomas crónicos. Muchas veces, sólo a posteriori se lograba diferenciar qué pertenecía al delirio y qué al estado normal. Estos dos estados se hallaban separados por la memoria, asombrándose la paciente cuando se la hacía ver lo que el delirio había introducido en una conversación sostenida en estado normal. Mi primera conversación con ella constituyó un singularísimo ejemplo de cómo se mezclaban ambos estados sin tener la menor noticia de otro. Una sola vez me fue dado comprobar, durante este desequilibrio psíquico, un influjo de consciencia normal, que perseguía el presente. Ello fue cuando me dio la respuesta, procedente del delirio, de que era una mujer del siglo pasado.

El análisis de este delirio de Emmy de N. no pudo llevarse a su último término, porque el estado de la paciente mejoró en seguida, hasta tal punto, que los delirios se diferenciaron con toda precisión de la vida normal, limitándose a los accesos de calambres en la nuca. En cambio, logré una amplia experiencia sobre la conducta de la paciente en un tercer estado psíquico; esto es, en el sonambulismo artificial. Mientras que en su propio estado normal ignoraba lo que había experimentado psíquicamente en sus delirios o en el sonambulismo, disponía en este último de los recuerdos correspondientes a dichos tres estados, siendo realmente el sonambulismo su estado más normal. Haciendo abstracción, en primer lugar, de que en el sonambulismo se mostraba menos reservada para conmigo que en sus mejores momentos de la vida corriente, hablándome de sus circunstancias familiares, etc., mientras que fuera de dicho estado que trataba como a un extraño, y prescindiendo también de su completa sugestibilidad como sujeto hipnótico, puedo afirmar que durante el sonambulismo se hallaba en un perfecto estado normal. Era muy interesante observar que este sonambulismo no mostraba, por otra parte, ningún carácter supranormal, entrañando todos los defectos psíquicos que atribuimos al estado normal de consciencia. Los siguientes ejemplos aclararán los caracteres de la memoria de la paciente en el estado de sonambulismo. En una de nuestras conversaciones me habló de lo bonita que era una planta que adornaba el hall del sanatorio, preguntándome luego: «¿Puede usted decirme cómo se llama? Yo sabía antes su nombre alemán y su nombre latino, pero he olvidado ambos.» La paciente era una excelente botánica, mientras que yo hube de confesar mi ignorancia en estas materias. Pocos minutos después le pregunté en la hipnosis: «¿Sabe usted ahora el nombre de la planta que hay en el hall?». Y, sin pararse a reflexionar un solo instante,

me contestó: «Su nombre vulgar es hortensia; el nombre latino lo he olvidado de verdad.» Otra vez, sintiéndose bien y muy animada, me hablaba de una visita a las catacumbas romanas, y al hacerme su descripción le fue imposible hallar los nombres correspondientes a dos lugares de las mismas, sin que luego, en la hipnosis, lograrse tampoco recordarlos. Entonces le mandé que no pensase más en ellos, pues al día siguiente, cuando se hallara en el jardín y fueran ya cerca de las seis, surgirían de repente en su memoria.

Al siguiente día hablamos de un tema sin relación alguna con las catacumbas, cuando de súbito se interrumpió, exclamando: «¡La cripta y el columbarium, doctor!» «¡Ah! Esas son las palabras que ayer no podía usted encontrar. ¿Cuándo las ha recordado usted?» «Esta tarde, en el jardín, poco antes de subir.» Con estas últimas palabras me indicaba que se había atendido estrictamente al momento marcado, pues solía permanecer en el jardín hasta las seis. Así, pues, tampoco en el sonambulismo disponía de todo su conocimiento, existiendo aún para ella una consciencia actual y otra potencial. Con frecuencia sucedía también que al preguntarle yo, en el sonambulismo, de dónde procedía determinado fenómeno arrugaba el entrecejo y contestaba tímidamente: «No lo sé.» En estos casos acostumbraba yo decirle: «Reflexione usted un poco y en seguida lo sabrá», como así sucedía, en efecto, pues al cabo de algunos instantes de reflexión me proporcionaba casi siempre la respuesta pedida.

Cuando esta inmediata reflexión no tenía resultado, daba a la paciente el plazo de un día para recordar lo buscado, obteniendo siempre la información deseada. La sujeto, que en la vida corriente evitaba con todo escrúpulo faltar a la verdad, no mentía tampoco nunca en la hipnosis: únicamente le sucedía a veces dar informaciones incompletas, silenciando una parte de las mismas, hasta que yo la forzaba a completarlas en una segunda sesión. En general, era la repugnancia que el tema le inspiraba lo que sellaba sus labios en estas ocasiones. No obstante estas restricciones, su conducta en el sonambulismo daba la impresión de un libre desarrollo de su energía mental y de un completo dominio de su acervo de recuerdos.

Su gran sugestibilidad en el sonambulismo se hallaba, sin embargo, muy lejos de constituir una falta patológica de resistencia. En general, mis sugerencias no le producían más impresión que la que era de esperar, dada una semejante penetración en el mecanismo psíquico en toda persona que me hubiese escuchado con gran confianza y completa claridad mental, con la sola diferencia de que esta paciente no podía en su estado normal observar con respecto a mí una disposición favorable. Cuando no me era posible aducirle argumentos convincentes, como sucedió con respecto a la zoofobia, y quería actuar por medio de la sugestión autoritaria, se pintaba siempre una expresión tirante y desconocida en el rostro de la sujeto, y cuando al final le preguntaba: «Vamos a ver: ¿seguirá usted teniendo miedo a ese animal?», su respuesta era: «No... Porque usted me lo manda.» Estas promesas, que sólo se apoyaban en su docilidad a mis mandatos, no dieron nunca el resultado apetecido, análogamente a las instrucciones generales que le prodigué, en lugar de las cuales hubiera podido repetir, con igual resultado, la sugestión: «Ya está usted completamente sana.»

La sujeto, que conservaba tan tenazmente sus síntomas contra toda sugestión, y sólo los abandonaba ante el análisis psíquico o la convicción, se mostraba, en cambio, docilísima cuando la sugestión versaba sobre temas carentes de relación con su enfermedad. En páginas anteriores hemos consignado ya varios ejemplos de tal obediencia posthipnótica. A mi juicio, no existe aquí contradicción alguna. En este terreno había también de vencer, como siempre, la representación más enérgica. Examinando el mecanismo de la «idea fija» patológica, la hallamos basada y apoyada en tantos y tan intensos sucesos, que no puede asombrarnos comprobar su propiedad de oponer victoriosa resistencia a una representación contraria no provista sino de cierta energía. Un cerebro del que fuese posible hacer desaparecer por medio de la sugestión consecuencias tan justificadas de intensos procesos psíquicos sería verdaderamente patológico.

Al estudiar el estado de sonambulismo de Emmy de N. surgieron en mí importantes dudas sobre la exactitud del principio de Bernheim: «Tout est dans la suggestion», y de la deducción de Delboeuf, su ingenioso amigo: «Comme qu'il n'y a pas d'hypnotisme.» Todavía hoy me es imposible comprender que mi dedo extendido ante los ojos del paciente y el mandato «¡Duerma usted!» hayan podido crear por sí solos aquel especial estado anímico, en el cual la memoria de los enfermos abarca todas sus experiencias psíquicas. Todo lo más, podía haber provocado dicho estado, pero nunca haberlo creado por medio de mi sugestión, dado que los caracteres que presentaba, comunes en general a los estados de este orden, me sorprendieron extraordinariamente.

El historial clínico de esta enferma antes transcrito muestra con suficiente claridad en qué forma desarrollaba yo mi acción terapéutica durante el sonambulismo. Combatía, en primer lugar, como es uso de la psicoterapia hipnótica, las representaciones patológicas dadas por medio de razonamientos, mandatos e introducción de representaciones contrarias de todo género; pero no me limitaba a ello, sino que investigaba la génesis de cada uno de los síntomas para poder combatir también las premisas sobre las cuales habían sido construidas las ideas patológicas. Durante estos análisis sucedía regularmente que la enferma rompía a hablar, dando muestras de violenta excitación, sobre temas cuyo afecto no había hallado hasta entonces exutorio distinto de la expresión de las emociones. No me es posible indicar cuánta parte del resultado terapéutico siempre obtenido correspondía a esta supresión por sugestión in statu nascendi y cuánta a la supresión del afecto por medio de la reacción, pues dejé actuar conjuntamente ambos factores.

2) MISS LUCY R. (treinta años)

A fines de 1892, un colega y amigo mío envió a mi consulta a una joven paciente, a la cual tenía en tratamiento a consecuencia de una rinitis supurada crónica. La causa de la tenacidad de su padecimiento era, como más tarde se demostró, una caries del etmoides. En los últimos días se había quejado la enferma de nuevos síntomas, que mi colega, muy perito en la materia, no podía atribuir ya a la afección local. Habiendo perdido por completo el olfato se veía perseguida la paciente, casi de continuo, por una o

dos sensaciones olfativas totalmente subjetivas, que se le hacían en extremo penosas. Además de esto, se sentía deprimida y fatigada, sufría pesadez de cabeza, había perdido el apetito y no se encontraba capaz de desarrollar actividad ninguna.

Era esta enferma de nacionalidad inglesa y ejercía las funciones de institutriz en el domicilio del director de una fábrica enclavada en un arrabal de Viena. De constitución delicada y pigmentación muy pobre, gozaba de salud normal, fuera de la indicada afección a la nariz. Padecía depresión y fatiga, se veía atormentada por sensaciones olfativas de carácter subjetivo, y presentaba, como síntoma histérico, una clara analgesia general, conservando, sin embargo, una plena sensibilidad al tacto. Tampoco presentaba disminución ninguna del campo visual. El interior de la nariz se demostró totalmente analgésico y sin reflejos, aunque sensible al tacto. La capacidad de percibir sensaciones olfativas aparecía por completo anulada, tanto con respecto a los estímulos específicos como a los de cualquier otro género (amoníaco, ácido acético). El catarro nasal supurado se encontraba ya, al acudir la enferma a mi consulta, en un período de mejoría.

En la primera tentativa de llegar a la comprensión de este caso hubimos de interpretar las sensaciones olfativas de carácter subjetivo como síntomas histéricos, permanentes, dada su calidad de alucinaciones periódicas. Siendo quizá la depresión el afecto concomitante al trauma, debía de ser posible hallar un suceso en el que tales olores, que ahora se habían hecho subjetivos, fueron objetivos, y este suceso había de ser el trauma del cual constituirían dichas sensaciones olfativas un símbolo que retornaba de continuo a la memoria. O quizá fuera más acertado considerar las alucinaciones olfativas, en unión de la depresión concomitante, como un equivalente del ataque histérico, pues por su naturaleza de alucinaciones periódicas no podían constituir síntomas histéricos permanentes. De todos modos, esta cuestión carecía de importancia en el caso de que se trataba, sólo rudimentariamente desarrollado. Lo esencial era que las sensaciones olfativas de carácter subjetivo mostrasen una especialización que pudiera corresponder a su origen de un objeto real perfectamente determinado.

Esta hipótesis quedó en seguida confirmada. A mi pregunta de cuál era el olor que la perseguía con más frecuencia, contestó que «como a harina quemada». Hube, pues, de suponer que este olor a harina quemada había sido realmente el que había reinado en la ocasión del suceso traumáticamente eficaz. La elección de sensaciones olfativas para símbolos mnémicos de traumas es, ciertamente, muy desusada, pero en este caso podía explicarse por la circunstancia de que la afección nasal de la sujeto la llevaba a conceder especial atención a todo lo relacionado con la nariz y sus percepciones. Sobre la vida particular de la paciente sólo sabía que las niñas cuyo cuidado le estaba encomendado habían perdido, hacía varios años, a su madre, después de breve y aguda enfermedad.

Así, pues, decidí tomar el olor a «harina quemada» como punto de partida del análisis. Relataré la historia de este análisis tal y como hubiera debido desarrollarse en circunstancias favorables. En realidad, aquello que debió resultar de una sola sesión nos ocupó varias, dado que la paciente no podía acudir a mi casa más que a la hora de consulta, durante la cual no podía dedicarle sino poco tiempo. De este modo, y no pudiendo abandonar la sujeto todos los días sus obligaciones, para recorrer el largo

camino que la separaba de mi domicilio, resultó que uno solo de nuestros diálogos analíticos sobre un extremo concreto necesitado de esclarecimiento, se extendía, a veces, a través de más de una semana, quedando interrumpido en el punto al que había llegado al final de una sesión, para ser reanudado en la siguiente.

Miss Lucy R. no caía en estado de sonambulismo al intentar con ella la hipnosis. Así, pues, renuncié al sonambulismo y llevé a cabo todo el análisis hallándose la paciente en un estado que, en general, se diferenciaba quizá muy poco del normal. Llegado a este punto, creo deber explicarme más detalladamente que hasta aquí sobre la técnica de mi procedimiento. Cuando, en 1889, visité las clínicas de Nancy, oí decir al doctor Liébault, gran maestro en la hipnosis: «Si dispusiésemos del medio de sumir en el estado de sonambulismo a todos los sujetos, la terapia hipnótica sería la más poderosa de todas.» En la clínica de Bernheim parecía casi existir tal arte y ser posible aprenderlo en su director. Pero en cuanto quise ejercerlo con mis propios enfermos, observé que, por lo menos para mis fuerzas, existían en este campo estrechos límites, y que cuando a las dos o tres tentativas de hipnotizar a un paciente no llegaba a conseguirlo, podía ya renunciar en absoluto a utilizar con él dicho método terapéutico. Asimismo, el tanto por ciento de sujetos hipnotizables permaneció en mi práctica médica muy por bajo del nivel indicado por Bernheim.

De este modo se me planteó el dilema de prescindir del método catártico en la mayoría de los casos en que podía encontrar aplicación, o atreverme a emplearlo fuera del sonambulismo en los casos de influencia hipnótica muy ligera o incluso dudosa. El grado de hipnosis al que correspondía -según una de las escalas existentes al efecto- el estado de sonámbulo me era por completo indiferente, puesto que cada una de las armas de la sugestibilidad es, de todos modos, independiente de las demás, y así, la provocación de estados de catalepsia o de movimientos automáticos, etc., no supone una mayor facilidad en la reanimación de recuerdos olvidados, tal y como yo la precisaba.

De este modo me habitué pronto a prescindir de las tentativas encaminadas a determinar el grado de hipnosis, pues tales tentativas despertaban en toda una serie de casos la resistencia del enfermo, disminuyendo aquélla su confianza en mí, que tan precisa me era para mi labor psíquica, mucho más importante. Por otro lado, me fatigaba ya oír, en los casos de hipnosis poco profunda, que a mi mandato «Va usted a dormir. Duerma usted», contestaba el sujeto: «No me duermo, doctor», y tener entonces que entrar en un distinguo demasiado sutil, replicando: «No me refiero al sueño corriente, sino a la hipnosis. Fíjese bien. Está usted hipnotizado. No puede usted abrir los ojos, etcétera.

Además, no necesito que duerma», etc. De todos modos, estoy convencido de que muchos de mis colegas en la psicoterapia saben eludir con mayor habilidad que yo estas dificultades, y podrán, por tanto, emplear otros procedimientos. Mas, por mi parte, opino que si tenemos la seguridad de que el empleo de una palabra nos ha de poner en un aprieto, haremos bien en eludir dicha palabra y sus consecuencias. Así, pues, en aquellos casos en los que de la primera tentativa no resultaba el estado de sonambulismo o un grado de hipnosis con modificaciones somáticas manifiestas, abandonaba aparentemente el hipnotismo, exigía tan sólo la «concentración», y como medio para conseguirla,

ordenaba al paciente que se tendiese en un diván y cerrase los ojos. Con este procedimiento creo haber conseguido alcanzar el más profundo grado de hipnosis posible en tales casos.

Pero al renunciar al sonambulismo, renuncié quizá también a una condición previa, sin la cual parecía inutilizable el procedimiento catártico, fundado en la circunstancia de que en el estado de ampliación de la consciencia disponían los enfermos de ciertos recuerdos y reconocían ciertas conexiones, inexistentes, al parecer, en su estado normal de consciencia. Así, pues, faltando la ampliación de la memoria, dependiente del estado de sonambulismo, tenía que faltar también la posibilidad de establecer una determinación causal, que el enfermo no podía comunicar al médico por serle desconocida, pues los recuerdos patógenos son precisamente «los que faltan en la memoria del paciente en su estado psíquico habitual, o sólo se hallan contenidos en ella muy sumariamente».

De esta nueva dificultad me salvó mi recuerdo de haber visto llevar a cabo al mismo Bernheim la demostración de que las reminiscencias del sonambulismo sólo aparentemente se hallaban olvidadas en el estado de vigilia, y podían ser despertadas en éste mediante una ligera intervención del hipnotizador. Así, un día sugirió a una sonámbula la alucinación negativa de que él, Bernheim, no se hallaba presente, y luego trató de hacerse advertir por la sujeto, utilizando para ello toda clase de medios, incluso la agresión, sin que le fuera posible conseguirlo. Acto seguido la despertó y le preguntó qué era lo que le había hecho mientras ella le creía ausente, respondiendo la enferma, con expresión de asombro, que no recordaba absolutamente nada. Pero Bernheim no se satisfizo con esta declaración negativa; aseguró a la sujeto que iba a recordarlo todo en seguida, y colocando una mano sobre su frente, como para ayudarla a concentrar sus pensamientos, consiguió que relatase todo aquello que en el estado de sonambulismo parecía no haber advertido ni saber en el de vigilia.

Así, pues, tomé por modelo este singular e instructivo experimento y decidí adoptar como punto de partida la hipótesis de que mi paciente sabía todo lo que había podido poseer una importancia patógena, tratándose tan sólo de obligarla a comunicarlo. De este modo, cuando llegábamos a un punto en el que a mis preguntas: «¿Desde cuándo padece usted este síntoma?», o «¿De dónde procede?», contestaba la sujeto: «No lo sé», adopté el procedimiento de colocar una mano sobre la frente de la enferma, o tomar su cabeza entre mis dos manos, y decirle: «La presión de mi mano despertará en usted el recuerdo buscado. En el momento en que las aparte de su cabeza verá usted algo o surgirá en usted una idea. Reténgalo usted bien, porque será lo que buscamos. Bien; ahora dígame lo que ha visto o se le ha ocurrido.»

Las primeras veces que empleé este procedimiento (no fue con miss Lucy R.) quedé yo mismo sorprendido de comprobar que me proporcionaba, realmente, lo buscado; y debo hacer constar que desde entonces no me ha fallado casi nunca, mostrándome siempre el camino que debía seguir mi investigación y haciéndome posible llevar a término todo análisis de este género sin necesidad de recurrir al sonambulismo. Poco a poco llegué a adquirir una tal seguridad, que cuando un paciente

me manifestaba no haber visto nada ni habersele ocurrido cosa alguna, le afirmaba rotundamente que no era posible. Seguramente habían tenido conocimiento de lo buscado, pero lo habían rechazado, no reconociéndolo como tal. Repetiríamos el procedimiento cuantas veces quisiesen y verían cómo siempre se les ocurriría la misma cosa. Los hechos me dieron siempre la razón. Lo que sucedía en estos casos es que los enfermos no habían aprendido aún a dejar en reposo su facultad crítica y habían rechazado el recuerdo emergente a la ocurrencia, considerándolos inaprovechables y creyendo se trataba de elementos extraños al tema tratado; pero en cuanto llegaban a comunicarlos, revelaban ser lo que se buscaba. Algunas veces, cuando la comunicación tenía efecto a la tercera o cuarta tentativa, manifestaba el sujeto que aquello se le había ya ocurrido la primera vez, pero que no había querido decirlo.

Este procedimiento de ampliar la consciencia supuestamente restringida resultaba harto penoso y, desde luego, mucho más que la investigación en el estado de sonambulismo, pero me hacía independiente de dicho estado y me permitía penetrar un tanto en los motivos de los que depende muchas veces el «olvido» de recuerdos. Puedo afirmar que este «olvido» es, con frecuencia, voluntario, pero que nunca se consigue sino aparentemente.

Más singular aún que este hecho me ha parecido el de que cifras y fechas aparentemente olvidadas hace mucho tiempo pueden también ser despertadas de nuevo por medio de un procedimiento análogo, demostrándose así una insospechada fidelidad de la memoria.

La limitación del campo en el que ha de llevarse a cabo la elección tratándose de cifras y fechas, nos permite apoyarnos en el conocido principio de la teoría de la afasia, de que el conocimiento es, como función de la memoria, menos importante que el recordar espontáneamente.

Así, pues, al paciente que no puede recordar en qué año, mes y día se desarrolló determinado suceso, le vamos diciendo sucesivamente los años de que puede tratarse, los nombres de los doce meses del año y las treinta y una cifras de los días del mes, asegurándole que al llegar la cifra verdadera se abrirán sus ojos automáticamente o sentirán que se trata de lo buscado. En la mayoría de los casos se deciden realmente los pacientes por una fecha determinada, y con gran frecuencia se ha podido comprobar, por notas tomadas en la época correspondiente, que la fecha de referencia había sido acertadamente reconocida. Otras veces, y con otros enfermos, la conexión de los hechos recordados demostró que la fecha hallada por el procedimiento descrito era, indiscutiblemente, la buscada. El paciente recordaba, por ejemplo, que la tal fecha correspondía al cumpleaños de su padre, y agregaba luego: «Claro, y precisamente porque ese día era el cumpleaños de mi padre esperaba yo que sucediese tal y tal cosa (el suceso sobre el que recaía en aquellos momentos el análisis).»

No puedo aquí sino rozar este tema. La conclusión que de todo esto deduje fue que los sucesos importantes, desde el punto de vista patógeno, con todas sus circunstancias accesorias, son fielmente conservados por la memoria, aun en aquellos

casos en los que parecen olvidados y carece el enfermo de la facultad de recordarlos. Después de esta larga pero indispensable digresión, volvemos al historial de miss Lucy R. Las tentativas de hipnotizarla no llegaban a provocar en ella el estado de sonambulismo, sino un simple estado de influjo más o menos ligero, en el que permanecía tranquilamente echada sobre un diván, con los ojos cerrados, expresión algo rígida e inmovilidad casi completa. Preguntada si sabía en qué ocasión advirtió por vez primera el olor a harina quemada, respondió: «¡Ya lo creo! Fue, aproximadamente, hace dos meses, dos días antes de mi cumpleaños. Me hallaba con las dos niñas de las que soy institutriz en su cuarto de estudio y jugábamos a hacer una comidita en un hornillo preparado al efecto, cuando me entregaron una carta que el cartero acababa de traer. Por el sello y la letra del sobre reconocí que la carta era de mi madre, residente en Glasgow, y me dispuse a abrirla y leerla. Pero las niñas me la arrebataron, gritando que seguramente era una felicitación por mi cumpleaños y que me la reservarían para ese día. Mientras jugaban así, dando vueltas en derredor mío, se difundió por la habitación un fuerte olor a harina quemada. Las niñas habían abandonado su cocinita, y una pasta de harina, que estaba al fuego, había comenzado a achicharrarse. Desde entonces me persigue este olor sin dejarme un solo instante y haciéndose más intenso cuando estoy excitada.» «¿Ve usted ahora claramente ante sí esa escena que me acaba de contar?» «Con toda claridad, tal y como se desarrolló.» «¿Y cómo explica usted que la impresionase tanto?» «Me impresionó el cariño que las niñas me demostraban en aquella ocasión.» «¿No se mostraban siempre así con usted?» «Sí; pero precisamente en aquel momento en que recibía carta de mi madre...» «No comprendo por qué la carta de su madre y el cariño de las niñas habían de formar un contraste, como parece usted indicar con sus palabras.» «Es que tenía intención de volverme a Inglaterra con mi madre, y me costaba trabajo abandonar a las niñas, a las que quiero mucho.» «¿Por qué pensaba usted irse con su madre? ¿Es que vive sola y la había llamado a su lado? ¿O estaba enferma por entonces y esperaba usted noticias suyas?» «No; está delicada, pero no precisamente enferma, vive con otra señora.» «Entonces, ¿por qué pensaba usted dejar a las niñas?» «Porque mi posición en la casa era un tanto difícil. El ama de llaves, la cocinera y la institutriz francesa, suponiendo que yo trataba de salirme de mi puesto, tramaron en contra mía una pequeña conjura, yendo a contar al abuelo de las niñas toda clase de chismes en perjuicio mío, y cuando, por mi parte, acudí a él y al padre de mis educandas en queja contra tales maquinaciones, no encontré en ellos el apoyo que esperaba. Viendo esto, presenté mi dimisión al padre, el cual me rogó afectuosamente que reflexionara sobre tal extremo un par de semanas y le comunicara entonces mi resolución definitiva.

En estas vacilaciones, pero casi decidida a abandonar la casa, me hallaba cuando sucedió la escena relatada. Después he resuelto quedarme.» «Y aparte de su cariño a las niñas, ¿no había algo más que la retuviese a su lado?» «Sí; su madre era pariente lejana de la mía, y en su lecho de muerte me hizo prometerle que velaría por sus hijas, no separándome jamás de su lado y sustituyéndola cerca de ellas. Al despedirme de la casa habría, pues, faltado a mi promesa.»

Con esto parecía quedar terminado el análisis de la sensación olfativa de carácter subjetivo. Esta sensación había sido, pues, en un principio, objetiva, como yo había supuesto, hallándose íntimamente enlazada con un suceso, una pequeña escena en la

cual habían entrado en conflicto afectos contrarios, el sentimiento de abandonar a las niñas y los disgustos que a ello la impulsaban. La carta de su madre hubo de recordarle los motivos de tal resolución, puesto que al dejar la casa pensaba irse con ella. El conflicto de los afectos había elevado el momento a la categoría de trauma, y la sensación olfativa con él enlazada había perdurado como símbolo de dicho trauma. Quedaba aún por aclarar por qué razón había elegido la enferma para símbolo de trauma, y entre todas las percepciones sensoriales, aquella escena, precisamente el olor de harina quemada, inclinándome yo a explicar esta elección por la afección nasal de la sujeto. A mis preguntas directas sobre este extremo contestó que precisamente por dicha época padecía un fuerte catarro que la privaba casi por completo de toda sensación olfativa. En su excitación durante la escena descrita percibió, sin embargo, el olor a harina quemada, el cual venció su anosmia, orgánicamente motivada.

Con todo, no me di por satisfecho con la explicación así alcanzada. No obstante ser harto plausible, echaba de menos en ella una razón admisible de que la serie de excitaciones experimentadas por la sujeto y el conflicto de los afectos hubiesen conducido precisamente a la histeria. Así, pues, me preguntaba por qué todo ello no se había desarrollado dentro de los límites de la vida psíquica normal o, dicho de otro modo, qué era lo que justificaba la conversión dada en este caso y cuál la razón de que, en lugar de recordar constantemente la escena misma de referencia, prefiriese la paciente recordar, como símbolo de su recuerdo, la sensación de dicha escena enlazada. Estas preguntas hubieran sido impertinentes y superfluas si se hubiese tratado de una histérica antigua, en la que tal mecanismo de conversión fuese habitual; pero nuestra paciente no había adquirido la histeria sino con ocasión de este trauma o, por lo menos, de este pequeño historial patológico.

Ahora bien: por el análisis de casos análogos sabíamos ya que en los casos de adquisición de la histeria es indispensable la existencia de una previa condición: la de que una representación sea expulsada voluntariamente de la consciencia (reprimida) y excluida de la elaboración asociativa.

En esta representación voluntaria veo también el fundamento de la conversión de la magnitud de excitación, sea parcial o total dicha conversión. La magnitud de excitación que no puede entrar en asociación psíquica encuentra, con tanto mayor facilidad, el camino equivocado, que conduce a una inervación somática. El motivo de la represión misma no podía ser sino una sensación displaciente, la incompatibilidad de una idea destinada a la represión con el acervo de representaciones dominantes en el yo. Pero la representación reprimida se venga haciéndose patógena.

Del hecho de que miss Lucy R. sucumbiese en el momento de referencia a la conversión histérica deduje, pues, la conclusión de que entre las premisas del trauma debía de existir una que la sujeto silenciaba o dejaba en la oscuridad voluntariamente, esforzándose por olvidarla. Enlazando su cariño a las niñas con su susceptibilidad con respecto a las demás personas de la casa, no cabía sino una sola interpretación, que tuve el valor de comunicar a la enferma: «No creo -le dije- que todas esas razones que me ha dado sean suficientes para justificar su cariño a las niñas. Sospecho más bien que está

usted enamorada del padre, quizá sin darse cuenta exacta de ello, y que alimenta usted la esperanza de ocupar de hecho el puesto de la madre fallecida. De esto dependería también el haberse usted vuelto de repente tan susceptible con respecto a las demás personas de la casa, después de haber convivido pacíficamente con ellas varios años. Teme usted que descubran sus esperanzas y se burlen de ellas.»

A estas palabras mías respondió la sujeto con su habitual concisión: «Sí; creo que tiene usted razón.» «Y si sabía usted que amaba al padre de las niñas, ¿por qué no me lo ha dicho hasta ahora?» «No lo sabía hasta ahora, o, mejor dicho, no quería saberlo; quería quitármelo de la imaginación; no volver a pensar en ello, y creo que en estos últimos tiempos había llegado a conseguirlo».

«¿Por qué no quería usted confesar su inclinación amorosa? ¿Es que se avergonzaba usted de querer a un hombre?» «No; no soy tan ñoña como para eso, y sé muy bien que no somos responsables de nuestros sentimientos. Si algo me resulta penoso, era que se tratase de la persona que me tiene a su servicio, en cuya casa vivo y con respecto a la cual no me siento con tan plena independencia como ante cualquier otra. Y siendo yo una muchacha pobre y él un hombre rico y de familia distinguida, todo el mundo se reiría de mí si sospechase algo.»

Sin ninguna resistencia, me relata después el nacimiento de aquella inclinación. Durante el primer año de su estancia en la casa había vivido tranquilamente en ella dedicada al cumplimiento de sus deberes y exenta de todo deseo irrealizable. Pero una vez, el padre de sus educandas, hombre muy serio, constantemente ocupado en sus funciones de director de fábrica y que siempre había observado una gran reserva, inició con ella una conversación sobre las exigencias de la educación infantil, durante la cual se mostró más abierto y cordial que de costumbre, diciéndole cuánto contaba con ella para mitigar la orfandad de sus hijas mientras que en sus ojos se reflejaba un singular enternecimiento...

En este momento comenzó a amarle y a acariciar la esperanza que tal conversación había despertado en ella. Sólo al ver que aquel diálogo no tenía consecuencia alguna y que, contra sus esperanzas, no llegaba otro momento de igual carácter íntimo y cordial, decidió expulsar de su pensamiento sus amorosas imaginaciones. En la actualidad coincide conmigo en la hipótesis de que la ternura que observó en la mirada de su interlocutor durante la conversación mencionada era provocada por el recuerdo de su esposa muerta. Asimismo se da perfecta cuenta de que sus deseos amorosos son totalmente irrealizables.

Este mi diálogo analítico con la paciente no produjo en el estado de la misma la inmediata modificación fundamental de su estado que yo esperaba. Miss Lucy continuó quejándose de mal humor y depresión continuos. Sólo por las mañanas se sentía algo tonificada por una cura hidroterápica que hube de prescribirla. El olor a harina quemada, si bien no había desaparecido por completo, era ya más débil y menos frecuente, presentándose únicamente cuando la enferma se excitaba.

La persistencia de este símbolo mnémico me hizo suponer que integraba no sólo la representación de la escena principal relatada, sino la de otros pequeños traumas secundarios, y, por tanto, me dediqué a investigar todo aquello que pudiera hallarse en relación con la escena de la harina quemada, revisando los temas referentes a los disgustos domésticos de la sujeto, la conducta del abuelo de las niñas, etc.; investigación durante la cual fue haciéndose cada vez más rara la sensación olfativa de carácter subjetivo. Por esta época sufrió el tratamiento una larga interrupción, motivada por un recrudecimiento de la afección nasal de miss Lucy, siendo entonces cuando se descubrió que padecía una carie del etmoides.

Al volver a mi consulta me contó que, con ocasión de las fiestas de Navidad, había recibido numerosos regalos, y no sólo por parte del abuelo y el padre de las niñas, sino también del personal doméstico de la casa, como si todos quisieran reconciliarse con ella y borrar de su memoria los conflictos de los pasados meses. Pero esta pública muestra de afecto no le había causado impresión ninguna.

Habiéndole preguntado por el olor a harina quemada, me comunicó que había desaparecido por completo, pero sólo para ser sustituido por un olor a humo de tabaco, olor que ya antes percibía; pero que, mientras existió el de harina quemada, estaba dominado y casi oculto por él. Ahora surgía sin mezcla alguna y muy intenso.

No podía, pues, satisfacerme mucho el resultado de mi terapia. Tropezaba con aquel inconveniente que siempre se atribuye a toda terapia puramente sintomática, o sea el de no hacer desaparecer un síntoma sino para que otro ocupe su lugar. Sin embargo, emprendí con empeño la labor analítica encaminada a conseguir la supresión de este nuevo símbolo mnémico.

Pero esta vez no sabía la paciente de dónde podía provenir su sensación olfativa de carácter subjetivo, ni en qué ocasión importante había sido antes objetiva. «Todos los días fuman los señores en casa -me dijo-, y no puedo recordar ahora si en alguna ocasión importante para mí reinaba verdaderamente este olor que ahora me persigue.» No obstante, persistí en mi propósito e invité a la enferma a hacer un esfuerzo de memoria, auxiliándola yo por medio de la presión de mis manos sobre su frente. Ya indiqué antes que la sujeto pertenecía al tipo «visual», presentando así sus recuerdos una gran plasticidad. Bajo la presión de mi mano surgió, efectivamente, en la sujeto una imagen mnémica, vacilante y fragmentaria al principio. Tratábase del comedor de su casa, en el que esperaba, con las niñas, que los señores vinieran a almorzar. «Ahora estamos sentados todos en derredor de la mesa: los señores, la institutriz francesa, la gouvernante, las niñas y yo. Pero esto pasa todos los días.» «Siga usted mirando la imagen y la verá usted desarrollarse y detallarse.» «Es cierto; hay, además, un convidado: el jefe de contabilidad, un señor ya viejo, que quiere a las niñas como si fueran de su familia. Pero este señor viene muchas veces a almorzar y su presencia no significa ahora, por tanto, nada especial.» «Tenga usted paciencia y siga considerando lo que ve. Seguramente encontrará algo.» «No pasa nada. Nos levantamos de la mesa, las niñas se despiden y suben luego conmigo al segundo piso, como todos los días.» «¿Y nada más?» «Espere usted. Realmente pasa algo particular. Ahora veo bien la escena. Al despedirse las niñas,

el jefe de contabilidad quiere besarlas. Pero el padre le grita con violencia: `¡No bese usted a las niñas!' Tan inesperada salida de tono me impresionó profundamente, y como los señores estaban fumando, se me quedó fijado el olor a humo de tabaco que en la habitación reinaba.»

Esta había sido, pues, la segunda escena más profundamente situada, que había actuado en calidad de trauma y dejado tras de sí un símbolo mnémico. Mas ¿de dónde procedía la eficacia traumática de esta escena? Para dilucidar esta cuestión pregunté a la paciente: «¿Cuál de las dos escenas se desarrolló antes: la que me acaba de relatar o aquella otra del olor a harina quemada?» «La que ahora le he contado precedió a la otra cerca de dos meses.» «Pero si las violentas palabras del padre no se dirigían a usted, ¿por qué la impresionaron tanto?» «De todos modos, no estaba bien que tratase así a un anciano, que además era un buen amigo y un invitado. Todo esto se puede decir cortésmente.» «Así, pues, le hirió a usted la grosera forma en que procedió el padre de sus educandas y se avergonzó usted por él, o pensó, quizá, que si por una tal minucia atropellaba de tal modo a un antiguo amigo e invitado, ¿qué no haría con ella si fuese su mujer?» «No; eso no.» «Pero, de todos modos, ¿lo que la impresionó a usted fue la violencia del padre?» «Sí; siempre le molestaba que besasen a sus hijas.» Llegados a este punto, surge en la paciente, bajo la presión de mi mano, el recuerdo de una escena más anterior aún, que constituyó el trauma verdaderamente eficaz y prestó a la desarrollada con el jefe de contabilidad su eficacia traumática.

EPICRISIS

EL caso patológico que precede no carece de interés, a pesar de tratarse de una historia leve, con muy pocos síntomas. Por el contrario, me parece muy instructivo que también una neurosis tan simple necesite tantas premisas psíquicas, y un examen más detenido de su historial clínico me inclina incluso a considerarlo como modelo de un tipo de la histeria; esto es, de aquella forma de histeria que una persona sin tara hereditaria alguna de este género puede adquirir por la acción de sucesos apropiados para ello. Entiéndase bien que no hablo de una histeria independiente de toda disposición, pues lo más probable es que no exista tal histeria; pero de este género de disposición sólo hablamos cuando el sujeto muestra ya hallarse histérico, sin que antes se haya revelado en él indicio ninguno de disposición. La disposición neuropata, tal y como generalmente se entiende, es algo distinto y aparece determinada antes de la explosión de la enfermedad por la medida de las taras hereditarias del sujeto o por la suma de sus anormalidades psíquicas individuales. Deninguno de estos dos factores presentaba miss Luccy R. el menor indicio, y de este modo podemos considerar su histeria como adquirida sin que esto suponga más que la capacidad -probablemente muy extendida- de adquirir la histeria, capacidad cuyas características ignoramos aún casi por completo. En tales casos, lo esencial es la naturaleza del trauma y, desde luego, también la reacción del sujeto contra el mismo. Condición indispensable para la adquisición de la histeria es que entre el yo y una representación a él afluyente surja una relación de incompatibilidad. En otro lugar espero demostrar cuán diversas perturbaciones neuróticas surgen de los distintos medios que el yo pone en práctica para librarse de tal incompatibilidad. La forma histérica de defensa -para la cual es necesaria una especial

capacidad- consiste en la conversión de la excitación en una inervación somática, consiguiéndose así que la representación insoportable quede expulsada de la consciencia del yo, la cual acoge, en su lugar, la reminiscencia somática nacida por conversión -en nuestro caso, las sensaciones olfativas de carácter subjetivo- y padece bajo el dominio del afecto, enlazado con mayor o menor claridad a tales reminiscencias. La situación así creada no puede experimentar ya modificación alguna, dado que la contradicción que hubiera exigido la derivación del afecto ha sido suprimida por medio de la represión y la conversión. De este modo, el mecanismo que crea la histeria constituye, por un lado, un acto de vacilación moral y, por otro, un dispositivo protector puesto al alcance del yo. Hay muchos casos en los que hemos de reconocer que la defensa contra el incremento de excitación por medio de la producción de una histeria fue en su momento, la más apropiada; pero, naturalmente, llegamos con mayor frecuencia a la conclusión de que una mayor medida de valor moral hubiera sido ventajosa para el individuo.

Así, pues, el verdadero momento traumático es aquel en el cual llega la contradicción al yo y decide éste el extrañamiento de la representación contradictoria, que no es por este hecho, destruida, sino tan sólo impulsada a lo inconsciente. Una vez desarrollado este proceso, queda constituido un nódulo o núcleo de cristalización para la formación de un grupo psíquico del yo, núcleo en derredor del cual se reúne después todo aquello que habría de tener como premisa la aceptación de la representación incompatible. La disociación de la consciencia en estos casos de histeria adquirida es, por tanto, voluntaria e intencionada o, por lo menos, iniciada, con frecuencia, por un acto de la voluntad. En realidad sucede algo distinto de lo que intenta el sujeto. Este quisiera suprimir una representación, como si jamás hubiese existido, pero no consigue sino aislarla psíquicamente.

En el historial de nuestra paciente, el momento traumático corresponde a aquella escena en que el padre de sus educandas la reprendió duramente por haber dejado que las besaran. Pero esta escena no acarrea, al principio, consecuencia alguna, a menos que la depresión y la susceptibilidad de la sujeto comenzaran por entonces, cosa que ignoro. Los síntomas histéricos no surgieron sino más tarde en momentos que podemos calificar de «auxiliares» y caracterizar por el hecho de que en ellos confluyen temporalmente los dos grupos psíquicos separados, como sucede en la consciencia ampliada del estado de sonambulismo. El primero de estos momentos, en los cuales tuvo efecto la conversión, fue, para miss Luccy R., la escena que se desarrolló cuando el jefe de contabilidad quiso besar a las niñas. En este punto entró en juego el recuerdo traumático, y la sujeto se condujo como si no hubiese rechazado de sí todo lo que se refería a su inclinación hacia el padre de las niñas. En otros historiales clínicos coinciden estos distintos momentos, y la conversión tiene efecto inmediatamente al trauma y bajo sus efectos.

El segundo momento auxiliar repite el mecanismo del primero. Una intensa impresión restablece pasajera y momentáneamente la unidad de la consciencia, y la conversión sigue el mismo camino que se abrió ante ella la primera vez. Es muy interesante comprobar que el síntoma surgido en segundo lugar encubre al primero, de manera que éste no es sentido claramente hasta después de suprimido aquél. También me parece digna de atención la inversión del orden cronológico, a la cual nos vemos obligados a adaptar el

análisis. En toda una serie de casos me ha sucedido así: que los síntomas posteriormente surgidos encubrían a los primeros y sólo el último hasta el cual penetró el análisis es el que contenía la clave de la totalidad.

La terapia consistió aquí en la coerción que logró la unión del grupo psíquico disociado con la consciencia del yo. El resultado terapéutico no siguió, por circunstancia singular, una marcha paralela y proporcional a la labor del tratamiento; sólo cuando ésta llegó a solucionar la última de las cuestiones planteadas, surgió, de repente, la curación total.

3) CATALINA

EN las vacaciones de 189... emprendí una excursión por la montaña, con el propósito de olvidar durante algún tiempo la Medicina, y especialmente las neurosis, propósito que casi había conseguido un día que dejé el camino real para subir a una cima, famosa tanto por el panorama que dominaba como por la hostería en ella enclavada. Repuesto de la penosa ascensión por un apetitoso refrigerio, me hallaba sumido en la contemplación de la encantadora lejanía, cuando a mi espalda resonó la pregunta: «El señor es médico, ¿verdad?», que al principio no creí fuera dirigida a mí: tan olvidado de mí mismo estaba. Mi interlocutora era una muchacha de diecisiete o dieciocho años, la misma que antes me había servido el almuerzo, por cierto con un marcado gesto de mal humor, y a la que la hostelera había interpelado varias veces con el nombre de Catalina. Por su aspecto y su traje no debía de ser una criada, sino una hija o una pariente de la hostelera.

Arrancado así de mi contemplación, contesté:

-Sí, soy médico. ¿Cómo lo sabe usted?

-Lo he visto al inscribirse en el registro de visitantes y he pensado que podría dedicarme unos momentos. Estoy enferma de los nervios. El médico de L., al que fui a consultar hace algún tiempo, me recetó varias cosas, pero no me han servido de nada. De este modo me veía obligado a penetrar de nuevo en los dominios de la neurosis pues apenas cabía suponer otro padecimiento en aquella robusta muchacha de rostro malhumorado. Interesándome el hecho de que las neurosis florecieran también a dos mil metros de altura, comencé a interrogarla, desarrollándose entre nosotros el siguiente diálogo, que transcribo sin modificar la peculiar manera de expresarse de mi interlocutora:

-Bien. Dígame usted: ¿qué es lo que siente?

-Me cuesta trabajo respirar. No siempre. Pero a veces parece que me voy a ahogar. No presenta esto, a primera vista, un definido carácter nervioso; pero se me ocurrió en seguida que podría constituir muy bien una descripción de un ataque de angustia, en la cual hacía resaltar la sujeto, de entre el complejo de sensaciones angustiosas, la de ahogo.

-Siéntese aquí y cuénteme lo que le pasa cuando le dan esos ahogos.

-Me dan de repente. Primero siento un peso en los ojos y en la frente. Me zumba la cabeza y me dan unos mareos que parece que me voy a caer. Luego se me aprieta el pecho de manera que casi no puedo respirar.

-¿Y no siente usted nada en la garganta?
-Se me aprieta como si me fuera a ahogar.
-Y en la cabeza, nota usted algo más de lo que me ha dicho?
-Sí, me late como si fuera a saltárseme.
-Bien. ¿Y no siente usted miedo al mismo tiempo?
-Creo siempre que voy a morir. Y eso que de ordinario soy valiente. No me gusta bajar a la cueva de la casa, que está muy oscura, ni andar sola por la montaña. Pero cuando me da eso no me encuentro a gusto en ningún lado y se me figura que detrás de mí hay alguien que me va a agarrar de repente.

Así, pues, lo que la sujeto padecía eran, en efecto, ataques de angustia, que se iniciaban con los signos del aura histérica, o, mejor dicho, ataques de histeria con la angustia como contenido. Pero ¿no contendrían también algo más?

-¿Piensa usted algo (lo mismo siempre), o ve algo cuando le dan esos ataques?
-Sí; veo siempre una cara muy horrorosa que me mira con ojos terribles. Esto es lo que más miedo me da.
Este detalle ofrecía, quizá, el camino para llegar rápidamente al nódulo de la cuestión.

-¿Y reconoce usted esa cara? Quiero decir que si es una cara que ha visto usted realmente alguna vez.

-No.

-¿Sabe usted por qué le dan esos ataques?

-No.

-¿Cuándo le dio el primero?

-Hace dos años, cuando estaba aún con mi tía en la otra montaña. Hace año y medio nos trasladamos aquí, pero me siguen dando los ahogos.

Era, pues, necesario emprender un análisis en toda regla. No atreviéndome a trasplantar la hipnosis a aquellas alturas, pensé que quizá fuera posible llevar a cabo el análisis en un diálogo corriente. Se trataba de adivinar con acierto. La angustia se me había revelado muchas veces, tratándose de sujetos femeninosjóvenes, como una consecuencia de horror que acomete a un espíritu virginal cuando surge por vez primera ante sus ojos el mundo de la sexualidad.

Con esta idea dije a la muchacha:

-Puesto que usted no lo sabe, voy a decirle de dónde creo yo que provienen sus ataques. Hace dos años, poco antes de comenzar a padecerlos, debió usted de ver u oír algo que la avergonzó mucho, algo que prefería usted no haber visto.

-¡Sí, por cierto! Sorprendí a mi tío con una muchacha: con mi prima Francisca.

-¿Qué es lo que pasó? ¿Quiere usted contármelo?

-A un médico se le puede decir todo. Mi tío, el marido de esta tía mía a quien acaba usted de ver, tenía entonces con ella una posada en X. Ahora están separados, y por culpa mía, pues por mí se descubrieron sus relaciones con Francisca.

-¿Cómo las descubrió usted?

-Voy a decírselo. Hace dos años llegaron un día a la posada dos excursionistas y

pidieron de comer. La tía no estaba en casa, y ni mi tío ni Francisca, que era la que cocinaba, aparecían por ninguna parte. Después de recorrer en su busca toda la casa con mi primo Luisito, un niño aún, éste exclamó: «A lo mejor está la Francisca con papá», y ambos nos echamos a reír, sin pensar nada malo. Pero al llegar ante el cuarto del tío vimos que tenía echada la llave, cosa que ya me pareció singular. Entonces mi primo me dijo : «En el pasillo hay una ventana por la que se puede ver lo que pasa en el cuarto.» Fuimos al pasillo, pero el pequeño no quiso asomarse, diciendo que le daba miedo. Yo le dije entonces: «Eres un tonto. A mí no me da miedo», y miré por la ventana, sin figurarme aún nada malo. La habitación estaba muy oscura; pero, sin embargo, pude ver a Francisca tumbada en la cama y a mi tío sobre ella.

-¿Y luego?

-En seguida me aparté de la ventana y tuve que apoyarme en la pared, que me dio un ahogo como los que desde entonces vengo padeciendo, se me cerraron los ojos y empezó a zumbarme y latirme la cabeza como si fuera a romperseme.

-¿Le dijo usted algo a su tía aquel día mismo?

-No; no le dije nada.

-¿Por qué se asustó usted tanto al ver a su tío con Francisca? ¿Comprendió usted lo que estaba pasando, o se formó alguna idea de ello?

-¡Oh, no! Por entonces no comprendí nada. No tenía más que dieciséis años, y ni me imaginaba siquiera tales cosas. No sé, realmente, de qué me asusté.

-Si usted pudiera ahora recordar todo lo que en aquellos momentos sucedió en usted, cómo le dio el primer ataque y qué pensó durante él, quedaría curada de sus ahogos.

-¡Ojalá pudiera! Pero me asusté tanto, que lo he olvidado todo. (Traduciendo esto al lenguaje de nuestra «comunicación preliminar», diremos que el afecto crea por sí mismo el «estado hipnoide», cuyos productos quedan excluidos del comercio asociativo con la consciencia del yo.)

-Dígame usted: la cara que ve cuando le da el ahogo, ¿es quizá la de Francisca, tal y como la vio al sorprenderla?

-No; la cara que veo es la de un hombre.

-¿Quizá la del tío?

-No. Al tío no pude verle bien la cara por entonces, pues la habitación estaba muy oscura. Además, me figuro que no tendría en aquel momento una expresión tan horrorosa.

-Tiene usted razón.

(Aquí parecía cerrarse de repente el camino por el que habíamos orientado el análisis. Pero, pensando que una continuación del relato iniciado podía ofrecerme alguna nueva salida, continué mi interrogatorio.)

-¿Qué pasó después?

-Mi tío y Francisca debieron de oír algún ruido en el corredor, pues salieron en seguida. Yo seguí sintiéndome mal y no podía dejar de pensar en lo que había visto. Dos días después fue domingo y hubo mucho que hacer. Trabajé sin descanso mañana y tarde, y el lunes volvió a darme el ahogo, vomité y tuve que meterme en la cama. Tres días estuve así, vomitando a cada momento.

La sintomatología histérica puede compararse a una escritura jeroglífica que hubiéramos llegado a comprender después del descubrimiento de algunos documentos bilingües. En este alfabeto, los vómitos significan repugnancia. Así, pues, dije a Catalina:

-El que tres días después tuviera usted vómitos repetidos me hace suponer que, al ver lo que pasaba en la habitación de su tía, sintió usted asco.

-Sí, debí de sentir asco -me responde con expresión meditativa-. ¿Pero de qué?

-Quizá viera usted desnuda alguna parte del cuerpo de los que estaban en el cuarto.

-No. Había poca luz para poder ver algo. Además estaban vestidos. Por más que hago no puedo recordar qué es lo que me dio asco.

Tampoco yo podía saberlo. Pero la invité a continuar relatándome lo que se le ocurriese, con la seguridad de que se le ocurriría precisamente lo que me era preciso para el esclarecimiento del caso.

Me relata, pues, que como su tía notase en ella algo extraño y sospechase algún misterio, la interrogó tan repetidamente, que hubo de comunicarle su descubrimiento. A consecuencia de ello se desarrollaron entre los cónyuges violentas escenas, en las cuales oyeron los niños cosas que más les hubiera valido continuar ignorando, hasta que la tía decidió trasladarse, con sus hijos y Catalina, a la casa que ahora ocupaban, dejando a su marido con Francisca, la cual comenzaba a presentar señales de hallarse embarazada. Al llegar aquí, abandona la muchacha, con gran sorpresa mía, el hilo de su relato y pasa a contarme dos series de historias que se extienden hasta dos y tres años antes del suceso traumático. La primera serie contiene escenas en las que el tío persiguió con fines sexuales a mi interlocutora, cuando ésta tenía apenas catorce años. Así, un día de invierno bajaron juntos al valle y pernoctaron en una posada. El tío permaneció en el comedor hasta muy tarde, bebiendo y jugando a las cartas. En cambio, ella se retiró temprano a la habitación destinada a ambos en el primer piso. Cuando su tío subió a la alcoba no había ella conciliado aún por completo el sueño y le sintió entrar. Luego se quedó dormida, pero de repente se despertó y «sintió su cuerpo junto a ella». Asustada se levantó y le reprochó aquella extraña conducta: «¿Qué hace usted, tío? ¿Por qué no se queda usted en su cama?» El tío intentó convencerla: «¡Calla, tonta! No sabes tú lo bueno que es eso.» «No quiero nada de usted, ni bueno ni malo. Ni siquiera puede una dormir tranquila.» En esta actitud se mantuvo cerca de la puerta, dispuesta a huir de la habitación, hasta que, cansado el tío, dejó de solicitarla y se quedó dormido. Entonces se echó ella en la cama vacía y durmió, sin más sobresaltos, hasta la mañana. De la forma en la que rechazó los ataques de su tío parecía deducirse que no había reconocido claramente el carácter sexual de los mismos. Interrogada sobre este extremo, manifestó, en efecto, que hasta mucho después no había comprendido las verdaderas intenciones de su tío. De momento, se había resistido únicamente porque le resultaba desagradable ver interrumpido su sueño y «porque le parecía que aquello no estaba bien».

Transcribo minuciosamente estos detalles porque poseen considerable importancia para la comprensión del caso. A continuación me contó Catalina otros sucesos de épocas posteriores, entre ellos una nueva agresión sexual de que la hizo objeto su tío un día que se hallaba borracho. A mi pregunta de si en estas ocasiones notó algo semejante a los

ahogos que ahora la aquejan, responde con gran seguridad que siempre sintió el peso en los ojos y la opresión que acompañan a sus ataques actuales, pero nunca tan intensamente como cuando sorprendió a su tío con Francisca.

Terminada esta serie de recuerdos, comienza en seguida a relatarme otra en la que trata de aquellas ocasiones en las cuales advirtió algo entre Francisca y su tío. Una vez que toda la familia durmió en un pajar se despertó ella al sentir un ruido y vio cómo su tío se separaba bruscamente de Francisca. Otra vez, en la posada de N., dormía ella con su tío en una alcoba y Francisca en otra inmediata. A medianoche se despertó y vio junto a la puerta de comunicación entre ambas una figura blanca que se disponía a descorrer el pestillo. «¿Es usted, tío? ¿Qué hace usted ahí, en la puerta?» «Cállate, estoy buscando una cosa.» «La puerta que da al pasillo es la otra.» «Tienes razón, me he equivocado», etcétera.

Al llegar aquí le pregunto si todo esto no despertó en ella alguna sospecha. «No; por entonces no sospeché nada. Me chocaban aquellas cosas, pero no pasaba de ahí.» «¿Sintió usted también miedo en estas ocasiones?» Cree que sí, pero no puede afirmarlo con tanta seguridad como antes.

Agotadas estas dos series de reminiscencias, guarda silencio la muchacha. Durante su relato ha ido experimentando una curiosa transformación. En su rostro, antes entristecido y doliente, se pinta ahora una expresión llena de vida. Sus ojos han recobrado el brillo juvenil y se muestra animada y alegre. Entre tanto he llegado yo a la comprensión de su caso. Los sucesos que últimamente me ha relatado, con un desorden aparente, aclaran por completo su conducta en la escena del descubrimiento. Cuando ésta tuvo efecto llevaba la sujeto en sí dos series de impresiones, que se habían grabado en su memoria, sin que hubiera llegado a comprenderlas ni pudiera utilizarlas para deducir conclusión alguna. A la vista de la pareja sorprendida en la realización del coito, se estableció en el acto el enlace de la nueva impresión con tales dos series de reminiscencias, comenzando en seguida a comprenderlas y simultáneamente a defenderse contra ellas. A esto siguió un corto período de incubación, apareciendo luego los síntomas de la conversión, o sea, los vómitos sustitutivos de la repugnancia moral y física. Quedaba, pues, solucionado el enigma. Lo que había repugnado a la sujeto no había sido la vista de la pareja, sino un recuerdo que la misma despertó en ella, recuerdo que no podía ser sino el de aquella escena nocturna en la que «sintió el cuerpo de su tío junto al suyo».

De este modo, una vez que la sujeto terminó su confesión, le dije:

-Ya sé lo que pensó usted cuando advirtió lo que sucedía en la habitación de su tío. Seguramente se dijo usted: «Ahora hace con Francisca lo que quiso hacer conmigo aquella noche y luego las otras veces.» Esto fue lo que le dio a usted asco, haciéndole recordar la sensación que advirtió al despertar por la noche y notar el cuerpo de su tío junto al suyo.

-Sí; debió de darme asco aquello y lo debí de recordar luego.

-Bien. Entonces, dígame usted exactamente... Ahora es usted ya una mujer y lo

sabe todo.

-Sí, ahora ya sí.

-Dígame entonces exactamente qué parte del cuerpo de su tío fue la que sintió usted junto al suyo.

La sujeto no da a esa pregunta una respuesta precisa. Sonríe confusa y como convicta; esto es, como quien se ve obligada a reconocer que se ha llegado al nódulo real de la cuestión y no hay ya que volver a hablar de ella. Puede, sin dificultad, suponerse cuál fue la sensación de contacto que advirtió en la escena nocturna con su tío, sensación que muy luego aprendió a interpretar. Su expresión parece decirme también que se da cuenta de que yo he adivinado exactamente, pero evita ya continuar profundizando en aquel tema. De todos modos, he de agradecer a la sujeto la facilidad con que se dejó interrogar sobre cosas tan escabrosas, conducta opuesta a la observada por las honestas damas de mi consulta ciudadana, para las cuales omnia naturalia turpia sunt.

Con esto quedaría aclarado el caso. Resta únicamente explicar el origen de la alucinación que retornaba en todos los ataques de la sujeto, haciéndola ver una horrible cabeza, que le inspiraba miedo. Así, pues, la interrogué sobre este extremo, y como si nuestro diálogo hubiese ampliado su comprensión, me contestó en seguida.

-Ahora ya lo sé. La cabeza que veo es la de mi tío, pero no tal y como la vi cuando los sucesos que le he contado. Cuando, después de sorprenderle con Francisca, comenzaron en casa los disgustos, mi tío me tomó un odio terrible. Decía que todo lo que pasaba era por culpa mía y que si no hubiera sido yo tan charlatana no hubiera pedido su mujer el divorcio. Cuando me veía se pintaba en su rostro una feroz expresión de cólera y echabátras de mí, dispuesto a maltratarme. Yo huía a todo correr y procuraba no encontrarme con él, pero siempre tenía miedo de que me cogiese por sorpresa. La cara que ahora veo, siempre que me da el ahogo, es la de mi tío en aquellos días, contraída por la cólera.

Estas palabras me recordaron que el primer síntoma de la histeria, o sea, los vómitos, desapareció a poco, subsistiendo el ataque de angustia con un nuevo contenido. Tratábase, pues, de una histeria derivada por reacción (Abrengiert) en gran parte, circunstancia debida al hecho de haber comunicado poco después la sujeto a su tía el suceso traumático.

-Le contó usted también a su tía las demás escenas con su marido?

-Por entonces, no, pero sí después, cuando ya se había planteado la separación. Mi tía dijo entonces: «Todo eso hay que tenerlo en cuenta, pues si en el pleito de divorcio pone alguna dificultad lo contaremos ante los tribunales.»

No puede tampoco extrañarnos que el símbolo mnémico procediese, precisamente de esta época ulterior, durante la cual se sucedieron de continuo en la casa las escenas violentas, retrayéndose del estado de Catalina el interés de la tía, absorbido totalmente por sus querellas domésticas, pues por tales circunstancias fue ésta una época de acumulación y retención para la paciente.

Aunque nada he vuelto a saber de Catalina, espero que su conversación conmigo, en la que desahogó su espíritu, tan tempranamente herido en su sensibilidad sexual, hubo de hacerle algún bien.

EPICRISIS

No tendría nada que objetar a aquellos que en este historial patológico viesan, más que el análisis de un caso de histeria, la solución del mismo por una afortunada adivinación. La enferma aceptó como verosímil todo lo que yo interpolé en su relato, pero no se hallaba en estado de reconocer haberlo vivido realmente. Para ello hubiera sido necesaria, a mi juicio, la hipnosis. Si aceptamos la exactitud de mi interpretación e intentamos reducir este caso al esquema de una histeria adquirida tal y como se nos ha presentado en el de miss Lucy R., podremos considerar las dos series de sucesos eróticos como factores traumáticos, y la escena del descubrimiento de la pareja, como un factor auxiliar. Base de esta equiparación serían las circunstancias de que en dichas series quedó creado un contenido de consciencia, el cual, hallándose excluido de la actividad mental del yo, permaneció conservado sin modificación alguna, mientras que en la escena del descubrimiento hubo una nueva impresión, que impuso la conexión asociativa de dicho grupo aislado con el yo. Al lado de esta analogía existen variantes que han de tenerse asimismo en cuenta. La causa del aislamiento no es, como en el caso de miss Lucy, la voluntad del yo, sino su ignorancia, que le impide toda elaboración de las experiencias sexuales. Desde este punto de vista puede considerarse típico el caso de Catalina. En el análisis de toda histeria basada en traumas histéricos comprobamos que impresiones de la época presexual, cuyo efecto sobre la niña ha sido nulo, adquieren más tarde, como recuerdos, poder traumático, cuando la sujeto, adolescente o ya mujer, llega a la comprensión de la vida sexual. La disociación de grupos psíquicos es, por decirlo así, un proceso normal en el desarrollo de los adolescentes, y no puede parecer extraño que su ulterior incorporación al yo constituya una ocasión, frecuentemente aprovechada, de perturbaciones psíquicas. Quiero, además, expresar aquí mis dudas de que la disociación de la consciencia, por ignorancia, sea realmente distinta de la producida por repulsa consciente, pues es muy probable que los adolescentes posean conocimientos sexuales muchos más precisos de lo que en general se cree, e incluso de lo que ellos mismos suponen.

Otras de las variantes que presenta el mecanismo psíquico de este caso consiste en que la escena del descubrimiento, que hemos calificado de «auxiliar», puede serlo también de «traumática», pues actúa por su propio contenido y no tan sólo por despertar el recuerdo de sucesos traumáticos anteriores. Reúne, de este modo, los caracteres del factor «auxiliar» y los del «traumático». Pero en esta coincidencia no veo motivo ninguno para abandonar una diferenciación de concepto, a la que en otros casos corresponde también una separación temporal. Otra peculiaridad del caso de Catalina, peculiaridad que, por otra parte, ya nos era conocida, es que la conversión, o sea, la creación de los fenómenos histéricos, no se desarrolla inmediatamente después del trauma, sino después de un intervalo de incubación. Charcot daba a este intervalo el nombre de «época de elaboración psíquica». La angustia que Catalina padecía en sus ataques era de orden histérico; esto es, constituía una reproducción de aquella que la

oprimía con ocasión de cada uno de los traumas sexuales. Omito explicar también aquí el proceso, regularmente comprobado por mí en un gran número de casos, de que la sospecha de relaciones sexuales hace surgir en sujetos virginales un afecto angustioso.

4) SEÑORITA ISABEL DE R.

EN el otoño de 1892, un colega y amigo mío me pidió reconociese a una señorita que desde hacía más de dos años venía padeciendo dolores en las piernas y dificultad para andar. A su demanda añadía que, en su opinión, se trataba de un caso de histeria, aunque no presentaba ninguno de los signos habituales de la neurosis. Conocía algo a la familia de la enferma y sabía que los últimos años habían traído para ella más desdichas que felicidades. Primero, había fallecido el padre de la enferma; luego, tuvo su madre que someterse a una grave operación de la vista, y, poco después, una hermana suya, casada, que acababa de tener un hijo, sucumbía a una antigua enfermedad del corazón. En todas estas enfermedades y desgracias había tomado la sujeto parte activísima, no sólo afectivamente, sino prestando a sus familiares la más abnegada asistencia.

Mi primera confrontación con la señorita de R., que tendría por entonces unos veinticuatro años no me hizo penetrar mucho más allá en la comprensión de su caso. Parecía inteligente y psíquicamente normal, y llevaba su enfermedad, que la apartaba del trato social y de los placeres propios de su edad, con extraordinaria conformidad, haciéndome pensar en la belle indifférence de los histéricos. Andaba inclinada hacia adelante, aunque sin precisar apoyo ninguno ni presentar tampoco su paso carácter patológico u otra cualquiera singularidad visible. Sin embargo, se quejaba de grandes dolores al andar y de que, tanto este movimiento como simplemente el permanecer en pie, le producían pronta e intensa fatiga viéndose así obligada a guardar reposo, durante el cual, si bien perduraba el dolor, era bastante mitigado. Este dolor era de naturaleza muy indeterminada, mereciendo más bien el nombre de cansancio doloroso. Como foco de sus dolores indicaba una zona bastante extensa y mal delimitada, situada en la cara anterior del muslo derecho. De esta zona era de donde partía con más frecuencia el dolor y donde se hacía más intenso, advirtiéndose en ella una mayor sensibilidad de la piel y de los músculos a la presión y al pellizco, mientras que los pinchazos con una aguja eran recibidos más bien con indiferencia. Esta hiperalgesia de la piel y de los músculos no se limitaba a la zona indicada, sino que se extendía a toda la superficie de las piernas. Los músculos aparecían quizá más dolorosos que la piel, pero tanto los primeros como la segunda alcanzaban en los muslos su mayor grado de hiperalgesia. Siendo suficientemente elevada la energía motora de las piernas, presentando los reflejos una intensidad media, y no existiendo síntoma ninguno de otro género, no podía diagnosticarse afección alguna orgánica de carácter grave. La sujeto venía padeciendo las molestias referidas desde hacía un par de años, durante los cuales se habían ido desarrollando las mismas poco a poco, siendo muy variable su intensidad.

No era fácil establecer en este caso un diagnóstico determinado; pero, no obstante, decidí adherirme al de mi colega por dos diferentes razones: en primer término, me parecía singular la impresión general de los datos que la sujeto, muy inteligente, sin embargo, me suministraba sobre el carácter de sus dolores. Un enfermo que padece

dolores orgánicos los describirá, si no es, además, nervioso, con toda precisión y claridad, detallando si son o no lancinantes, con qué intervalos se presentan, a qué zona de su cuerpo afectan y cuáles son, a su juicio, las influencias que los provocan. El neurasténico que describe sus dolores nos da, en cambio, la impresión de hallarse entregado a una difícil labor intelectual, superior a sus fuerzas. Su rostro se contrae como bajo el dominio de un afecto penoso; su voz se hace aguda, busca trabajosamente las expresiones y rechaza todos los calificativos que el médico le propone para sus dolores, aunque luego se demuestran rigurosamente exactos. Se ve claramente que, en su opinión, es el lenguaje demasiado pobre para dar expresión a sus sensaciones, las cuales son algo único, jamás experimentado por nadie, siendo imposible agotar su descripción. De este modo, el neurasténico no se fatiga jamás de añadir nuevos detalles, y cuando se ve obligado a terminar su relato, lo hace con la impresión de que no ha logrado hacerse comprender del médico. Todo esto proviene de que sus dolores han acaparado por completo su atención. Isabel de R. observaba, en lo que a esto se refiere, la conducta opuesta, y dado que, sin embargo, concedía a sus dolores importancia bastante, habíamos de deducir que su atención se hallaba retenida por algo distinto, de lo cual no eran los dolores sino un fenómeno concomitante; esto es, probablemente por pensamientos y sensaciones con dichos dolores enlazados.

Pero existía un segundo factor mucho más importante para la determinación de los dolores de la sujeto. Cuando estimulamos en un enfermo orgánico o en un neurasténico una zona dolorosa, vemos pintarse una expresión de desagrado o dolor físico en la fisonomía del paciente, el cual se contrae bruscamente, elude el contacto o se defiende contra él. En cambio, cuando se oprimía o se pellizcaba la piel o la musculatura hiperalgésica de las piernas de Isabel de R., mostraba la paciente una singular expresión, más bien de placer que de dolor, gritaba como quien experimenta un voluptuoso cosquilleo, se ruborizaba intensamente, cerraba los ojos y doblaba su torso hacia atrás, todo ello sin exageración, pero suficientemente mareado para hacerse pensar que la enfermedad de la sujeto era una histeria y que el estímulo había tocado una zona histérica. Esta expresión de la paciente no podía corresponder en modo alguno al dolor que, según ella, le producía la presión ejercida sobre los músculos o la piel, sino más probablemente al contenido de los pensamientos que se ocultaban detrás de tales dolores, pensamientos que eran despertados en la enferma por el estímulo de las zonas de su cuerpo en ellos asociados. En casos indiscutibles de histeria habíamos observado ya repetidas veces expresiones análogamente significativas, concomitantes al estímulo de zonas hiperalgésicas. Los demás gestos de la sujeto constituían claramente leves signos de un ataque histérico.

En un principio nos fue imposible hallar los motivos de la desacostumbrada localización de la zona histerógena. El hecho de que la hiperalgesia se presentara principalmente en los músculos nos daba también que pensar. El padecimiento que más frecuentemente produce una sensibilidad difusa y local de los músculos a la presión es la infiltración reumática de los mismos, o sea, el corriente reumatismo muscular crónico, sobre cuya propiedad de fingir afecciones nerviosas hemos hablado ya anteriormente. La consistencia de los músculos dolorosos no contradecía esta hipótesis en el caso de Isabel de R., pues el reconocimiento de las masas musculares reveló la existencia de numerosas

fibras endurecidas, que se demostraban, además, especialmente sensibles. Así, pues, era muy verosímil la existencia de una modificación orgánica muscular del carácter indicado, en la cual se apoyaría la neurosis y cuya importancia era extraordinariamente exagerada por esta última dolencia.

Para nuestra terapia tomamos como punto de partida esta hipótesis de la naturaleza mixta de los sufrimientos de la sujeto, y prescribimos masaje y faradización sistemáticos de los músculos dolorosos, sin preocuparnos de los dolores que con ello haríamos surgir. Por mi parte, y con solo el objeto de permanecer en contacto con la enferma, me reservé el tratamiento eléctrico de las piernas. A su pregunta de si debía esforzarse en andar, contestamos afirmativamente.

Conseguimos así una ligera mejoría, y entre tanto fue preparando mi colega el terreno para iniciar el tratamiento psíquico, de manera que cuando, al cabo de un mes, me decidí a proponérselo a la paciente. dándole algunos datos sobre su método y eficacia, encontré rápida comprensión y sólo muy leve resistencia.

Pero la labor que a partir de este momento emprendí resultó una de las más penosas que se me han planteado, y la dificultad de dar cuenta exacta y sintética de ella no desmerece en nada de las que por entonces hube de vencer. Durante mucho tiempo me fue imposible hallar la conexión entre el historial patológico y la enfermedad, la cual tenía que haber sido provocada y determinada, sin embargo, por la serie de sucesos integrados en el mismo.

La primera pregunta que nos dirigimos al emprender un tal tratamiento cartático es la de si el sujeto conoce el origen y el motivo de su enfermedad. En caso afirmativo no es precisa una técnica especial para conseguir de él la reproducción de su historial patológico. El interés que le demostramos, la comprensión que le hacemos suponer y las esperanzas de curación que le damos, deciden al enfermo a entregarnos su secreto. En el caso de Isabel de R. me pareció desde un principio que la sujeto sabía las razones de su enfermedad y que de este modo lo que encerraba en su consciencia era un secreto y no un cuerpo extraño.

Así, pues, podía renunciar al principio a la hipnosis, reservándome de todos modos el derecho de recurrir a ella cuando en el curso de la confesión surgieran conexiones para cuyo esclarecimiento no bastase su memoria despierta. De este modo, en este mi primer análisis completo de una histeria, llegué ya a un procedimiento que más tarde hube de elevar a la categoría de método, o sea, al del descubrimiento y supresión, por capas sucesivas, del material psíquico patógeno; procedimiento comparable a la técnica empleada para excavar una antigua ciudad sepultada. Primeramente me hice relatar lo que la enferma conocía, teniendo cuidadosamente en cuenta los puntos en los cuales permanecía enigmática alguna conexión o parecía faltar algún miembro de la concatenación causal, y penetraba después en estratos más profundos del recuerdo recurriendo para el esclarecimiento de dichos puntos a la investigación hipnótica o a otra técnica análoga. Premisa de toda esta labor era, naturalmente, mi esperanza de que había de ser posible descubrir una determinación

completamente suficiente. En páginas inmediatas hablaremos de los medios empleados para la investigación de los estratos psíquicos más profundos.

El historial patológico que Isabel de R. me relató era muy extenso y se componía de sucesos dolorosos muy diversos. Durante su relato no se hallaba la paciente en estado hipnótico, sino simplemente tendida en un diván y con los ojos cerrados, pero sin que yo me opusiera a que en el curso de su narración abriese de cuando en cuando los ojos, cambiara de postura se levantase, etc. Cuando una parte de su narración la emocionaba más profundamente, parecía entrar de un modo espontáneo en un estado análogo a la hipnosis, permaneciendo entonces inmóvil sobre el diván con los párpados apretados.

El estrato más superficial de sus recuerdos resultó contener los siguientes: Era la menor de tres hermanas, tiernamente unidas entre sí y a sus padres, y había pasado su juventud en una finca que la familia poseía en Hungría. Su madre padecía desde mucho tiempo atrás una afección a la vista y diversos estados nerviosos. Esta circunstancia hizo que Isabel de R. se enlazase más íntimamente a su padre, hombre de carácter alegre y sereno, el cual solía decir que aquella hija era para él más bien un hijo y un amigo con el que podía sostener un intercambio de ideas. No se le ocultaba, sin embargo, que si bien su hija ganaba así en estímulo intelectual, se alejaba, en cambio, del ideal que nos complace ver realizado en una muchacha. Bromeando la calificaba de «atrevida y discutidora», la prevenía contra su decidida seguridad en sus juicios y contra su inclinación a decirle a todo el mundo las verdades, sin consideración alguna, y le predecía que había de serle difícil encontrar marido. En realidad, se hallaba la muchacha muy poco conforme con su sexo, abrigaba ambiciosos proyectos, quería estudiar una disciplina científica o llegar a dominar el arte musical, y se rebelaba contra la idea de tener que sacrificar en el matrimonio sus inclinaciones y su libertad de juicio. Entre tanto, vivía orgullosa de su padre y de la posición social de su familia y cuidaba celosamente de todo lo que con estas circunstancias se relacionase. Pero el cariñoso desinterés con el que se posponía a su madre o a sus hermanas cuando llegaba la ocasión, compensaba para los padres las otras facetas, más duras, de su carácter. Al llegar las hermanas a la adolescencia se trasladó la familia a la ciudad, donde Isabel gozó durante algún tiempo de una vida serena y sin preocupaciones. Pero luego vino la desgracia, que destruyó la felicidad de aquel hogar. El padre les había ocultado, o había ignorado hasta entonces, una afección cardíaca que padecía, y una tarde le trajeron a casa desvanecido a consecuencia de un ataque. A partir de este día, y durante año y medio de enfermedad, no se apartó Isabel de la cabecera del lecho paterno, durmiendo en la misma habitación que el enfermo, levantándose de noche para atenderle, asistiéndole con inmenso cariño y esforzándose en aparecer serena y alegre ante él, que, por su parte, llevó su padecimiento con tranquila resignación. En esta época debió de iniciar su propia enfermedad, pues recordaba que en los últimos meses de su padre ya tuvo ella que guardar cama un par de días a causa de dolores en la pierna derecha. Pero la paciente afirmaba que dichos dolores habían pasado pronto y no habían llegado a preocuparle, ni siquiera a atraer su atención. En realidad, fue dos años después de la muerte de su padre cuando comenzó a sentirse enferma y a no poder andar sin experimentar grandes dolores.

El vacío que la muerte del padre dejó en aquella familia, compuesta de cuatro mujeres; el aislamiento social en que quedaron al cesar con la desgracia multitud de relaciones prometedoras de serenas alegrías y la agravación del enfermizo estado de la madre, todas estas circunstancias entristecieron el ánimo de nuestra paciente, pero al mismo tiempo despertaron en ella el deseo de que los suyos hallaran pronto una sustitución de la felicidad perdida y la hicieron concentrar en su madre todo su cariño y todos sus cuidados.

Al terminar el año de luto se casó la hermana mayor con un hombre muy inteligente y activo, que ocupaba ya una elevada posición y parecía destinado, por sus grandes dotes intelectuales, a un brillante porvenir, pero que ya en sus primeros contactos con la familia mostró una susceptibilidad patológica y una tenacidad egoísta en la defensa de sus menores caprichos, siendo el primero que en aquel círculo familiar se atrevió a prescindir de las consideraciones de que se rodeaba a la madre. Esto era ya más de lo que Isabel podía resistir y se sintió llamada a combatir con su cuñado siempre que éste le ofrecía ocasión para ello, mientras que las demás hermanas y la madre no daban importancia a los arrebatos de su irritable temperamento. Para la sujeta constituyó un amargo desengaño ver que la reconstrucción de la antigua felicidad de la familia recibía aquel golpe, y no podía perdonar a su hermana casada la neutralidad absoluta que se esforzaba en conservar. De este modo se había fijado en la memoria de Isabel toda una serie de escenas a las que se enlazaban reproches no expresados en parte contra su cuñado. El más grave de ellos era el de haberse trasladado, por conveniencias personales, con su mujer e hijas, a una lejana ciudad de Austria, contribuyendo así a aumentar la soledad de la madre. En esta ocasión vio claramente Isabel su impotencia para procurar a la madre una sustitución de su antigua felicidad familiar y la imposibilidad de realizar el plan que había formado al morir su padre.

El casamiento de la segunda hermana pareció más prometedor para el porvenir de la familia, pues este segundo cuñado, aunque menos dotado intelectualmente que el primero era de espíritu más delicado y semejante al de aquellas mujeres educadas en la observación de todas las consideraciones. Su conducta reconcilió a Isabel con la institución del matrimonio y con la idea del sacrificio a ella enlazado. El nuevo matrimonio permaneció al lado de la madre, y cuando tuvo un hijo, lo hizo Isabel su favorito. Desgraciadamente, el año del nacimiento de este niño trajo consigo una grave perturbación. La enfermedad que la madre padecía en la vista la obligó a permanecer durante varias semanas en una absoluta oscuridad, e Isabel no se separó de ella un solo momento. Por último, se hizo necesaria una delicada intervención quirúrgica, y la agitación que en la familia produjo este acontecimiento coincidió con los preparativos de marcha del primer cuñado. Realizada la operación con éxito felicísimo, las tres familias se reunieron en una estación veraniega, e Isabel, agotada por las preocupaciones de los últimos meses, hubiera debido reponerse en esta temporada de tranquilidad, primera que pasaba la familia sin penas ni temores desde la muerte del padre.

Pero precisamente en este tiempo fue cuando sintió la sujeta por vez primera dolores en las piernas y dificultad para andar. Los dolores, que habían ido inclinándose débilmente, presentaron por vez primera gran intensidad después de un baño caliente

que tomó en la casa de baños de la pequeña estación termal donde se hallaba veraneando. Habiendo hecho días antes una excursión algo fatigosa, la familia atribuyó a esta circunstancia los dolores de Isabel, opinando que ésta se había cansado con exceso, primero, y enfriado, después.

A partir de este momento fue Isabel la enferma de la familia. Los médicos le aconsejaron que aprovechara el resto del verano para una cura de aguas en el balneario de Gastein, y se trasladó a él acompañada por su madre. Pero ya en estos días había surgido un nuevo motivo de preocupación. La segunda hermana se hallaba encinta y su estado no era nada satisfactorio: tanto, que Isabel vaciló mucho antes de decidirse a emprender el viaje a Gastein. Cuando apenas llevaban dos semanas en este balneario, fueron reclamadas con urgencia al lado de la enferma que había empeorado de repente. Fue éste un terrible viaje, en el que a los dolores de Isabel se mezclaron los más tristes temores, desgraciadamente confirmados luego, pues al llegar al punto de destino hallaron que la muerte se les había adelantado. La hermana había sucumbido a una enfermedad del corazón, agravada por el embarazo.

El triste suceso hizo surgir en la familia la idea de que la enfermedad cardíaca constituía una herencia legada por el padre, y recordó a todos que la muerta había padecido de niña un ataque de corea con ligeros trastornos del corazón, llevándolos esto a reprocharse y a reprochar al médico haber consentido el matrimonio, y al infortunado viudo, haber puesto en peligro la salud de la enferma con dos embarazos consecutivos, sin intervalo casi. A partir de esta época no pudo Isabel apartar de su pensamiento la triste impresión de que una vez que, por raro azar reunía un matrimonio todas las condiciones necesarias para ser feliz, hubiera tenido su felicidad un tal fin. Además veía nuevamente destruido todo lo que para su madre había ansiado. El viudo, al que nada lograba consolar, se retrajo de la familia de su mujer, cuyo contacto avivaba su dolor, circunstancia que aprovechó su propia familia, de la cual se había alejado durante su feliz matrimonio, para atraerle de nuevo. De todos modos hubiera sido imposible mantenerla anterior cohesión familiar, pues el viudo no podía continuar viviendo con la madre, a causa de la presencia de Isabel, soltera todavía. Pero sí hubiera podido confiarles su hijo, y al negarse a ello les dio por vez primera ocasión para acusarle de dureza. Por último -y no fue esto lo menos doloroso-, tuvo Isabel oscura noticia de un disgusto entre sus dos cuñados, disgusto cuyos motivos no podía sino sospechar. Parecía que el viudo había planteado exigencias de carácter económico, que el otro cuñado juzgaba inadmisibles e incluso calificaba duramente.

Esta era, pues, la historia de los padecimientos de nuestro sujeto, muchacha ambiciosa y necesitada de cariño. Descontenta de su destino, amargada por el fracaso de todos sus pequeños planes para reconstruir el brillo de su hogar, separada por la muerte, la distancia o la indiferencia de las personas queridas y sin inclinación a buscar un refugio en el amor de un hombre, hacía ya año y medio que vivía alejada de todo trato social y dedicada al cuidado de su madre y de sus propios sufrimientos cuando yo la conocí.

Si olvidamos otros dolores humanos más considerables y nos transferimos a la

vida anímica de nuestra juvenil paciente, no podremos menos de compadecerla. Ahora bien: desde el punto de vista científico hemos de preguntarnos cuál era el interés médico del historial antes transcrito, cuáles las relaciones del mismo con la dolorosa dificultad de andar de la paciente y qué probabilidades de llegar al esclarecimiento y curación del caso nos ofrecía el conocimiento de los traumas psíquicos referidos.

La confesión de la paciente fue en un principio para el médico un desengaño. Nos encontramos, en efecto, ante un historial integrado por vulgares conmociones anímicas, que no explicaban por qué la sujeto había de haber enfermado de histeria, ni por qué ésta había tomado precisamente la forma de abasia dolorosa. Dejaba, pues, en completa oscuridad, tanto la motivación como la determinación del caso de histeria correspondiente. Podía únicamente admitirse que la enferma había establecido una asociación entre sus dolorosas impresiones anímicas y los dolores físicos que casualmente había sufrido en la misma época, y empleaba a partir de este momento en su vida mnémica la sensación somática como símbolo de la psíquica. Pero de todos modos quedaban en la oscuridad el motivo que la paciente había podido tener para tal sustitución y el momento en que la misma tuvo efecto. Claro es que se trataba de problemas que los médicos no se habían planteado nunca, antes, pues lo habitual era considerar como explicación suficiente la de que la enferma era una histérica por constitución, y podía desarrollar síntomas histéricos bajo la influencia de excitaciones de un orden cualquiera.

Si la confesión de la paciente nos aportaba escasa utilidad para el esclarecimiento del caso, menos aún podía auxiliarnos en su curación. No veíamos qué beneficio podía resultar para la enferma de relatar también a un extraño, que sólo había de consagrarle un mediano interés, la historia de sus penas durante los últimos años, historia bien conocida por todos sus familiares, y en efecto, su confesión no produjo ningún resultado curativo visible. Durante este primer período del tratamiento no dejó la enferma de repetirme con marcada complacencia: «Sigo mal. Tengo los mismos dolores que antes»; acompañando estas palabras con una mirada de burla y recordándome así los juicios de su padre sobre su carácter atrevido y a veces malicioso. Pero había de reconocer que en esta ocasión no eran del todo injustificadas sus burlas.

Si en este punto hubiese abandonado el tratamiento psíquico de la enferma, el caso de Isabel de R. hubiera carecido de toda significación para la teoría de la histeria. Pero lejos de esto, continué mi análisis, animado por la firme convicción de que en capas más profundas de la consciencia habíamos de hallar las circunstancias que habían presidido la motivación y la determinación del síntoma histérico.

Por tanto, decidí plantear directamente a la consciencia ampliada de la enferma la cuestión de cuál era la impresión psíquica a la que se hallaba enlazada la primera aparición de los dolores de las piernas.

Para llevar a cabo este propósito había de sumir a la sujeto en un profundo estado hipnótico. Desgraciadamente, todos mis esfuerzos no consiguieron provocar sino aquel mismo estado de consciencia en el que se hallaba al desarrollar su confesión, yaun hube

de darme por satisfecho de que esta vez se abstuviera de recalcar me con expresión de triunfo el mal resultado de mi labor. En tal apuro se me ocurrió recurrir al procedimiento de aplicar mis manos sobre la frente de la sujeto, procedimiento cuya génesis relatamos ya en el historial de miss Lucy, y lo puse en práctica con esta nueva enferma, invitándola a comunicarme sin restricción alguna aquello que surgiera ante su visión interior o cruzara por su memoria en el momento de hacer yo presión sobre su cabeza. Después de una larga pausa silenciosa y frente a mi insistencia confesó la paciente que en dicho momento había rememorado una tarde en la que un joven conocido suyo la había acompañado hasta su casa, desde una reunión donde ambos se encontraban, recordando asimismo el diálogo que sostuvieron durante el trayecto y los sentimientos que la dominaban al llegar a su casa y reintegrarse a su puesto junto al lecho de su padre enfermo.

Esta primera alusión de la sujeto a una persona extraña a su familia me facilitaba el acceso a un nuevo compartimiento de su vida anímica, cuyo contenido fui sacando a luz poco a poco. Tratábase ya de algo más secreto, pues, fuera de una amiga común, nadie conocía de sus labios sus relaciones con el referido joven, hijo de una familia a la que trataban desde muy antiguo por residir en un lugar muy cercano a la finca que habitaron antes de trasladarse a Viena, ni tampoco las esperanzas que en tales relaciones había fundado. Este joven, tempranamente huérfano, había tomado gran afecto al padre de Isabel, erigiéndole en guía y consejero suyo, afecto que después fue extendiéndose a la parte femenina de la familia. Numerosos recuerdos de lecturas comunes, de conversaciones íntimas y de ciertas manifestaciones del joven, que le habían sido luego repetidas, fueron llevándola a la convicción de que la comprendía y la amaba y de que el matrimonio con él no le impondría aquellos sacrificios que de una tal decisión temía. Desgraciadamente, era el joven muy poco mayor que ella y se hallaba aún por aquella época muy lejos de poseer la independencia necesaria para tomar estado, pero Isabel había decidido esperarle.

La grave enfermedad de su padre y su constante permanencia junto a él hicieron que cesaran casi de verse. La noche cuyo recuerdo acudió primero a su memoria constituía el momento en que sus sentimientos con respecto al joven alcanzaron su máxima intensidad. Sin embargo, tampoco aquella tarde hubo explicación alguna entre ellos. Ante las repetidas instancias de toda su familia, e incluso de su mismo padre, había accedido Isabel a abandonar en aquella ocasión su puesto de enfermera para asistir a una reunión en la que esperaba encontrar al joven. Luego quiso retirarse temprano, pero le rogaron que permaneciese algún tiempo, y ella se dejó convencer al prometerle el joven que la acompañaría después hasta su casa. Durante este trayecto sintió con mayor intensidad que nunca su amorosa inclinación; pero al llegar a su casa, radiante de felicidad, encontró peor a su padre, y se dirigió los más duros reproches por haber dedicado tan largo rato a su propio placer. Fue ésta la última vez que abandonó a su padre toda una tarde, y sólo muy raras veces vio ya a su enamorado. Después de la muerte del padre, pareció aquél mantenerse alejado, por respeto al dolor de Isabel.

Luego, la vida le condujo por otros caminos, y nuestra heroína hubo de ir acostumbrándose poco a poco a la idea de que el interés que por ella sentía había sido

borrado por otros sentimientos. Este fracaso de su primer amor le dolía aún siempre que acudía a su pensamiento.

En estas circunstancias y en la escena antes relatada habíamos, pues, de buscar la motivación de los primeros dolores histéricos. El contraste entre la felicidad que la embargaba al llegar a su casa y el estado en que encontró a su padre dieron origen a un conflicto, o sea, a un caso de incompatibilidad. El resultado de este conflicto fue que la representación erótica quedó expulsada de la asociación, y al afecto concomitante, utilizado para intensificar o renovar un dolor psíquico dado simultáneamente (o con escasa anterioridad). Tratábase, pues, del mecanismo de una conversión encaminada a la defensa.

Surgen aquí numerosas observaciones. He de hacer resaltar el hecho de que no me fue posible demostrar, acudiendo a la memoria de la sujeto, que la conversión tuviera efecto en el momento de regresar a su casa. En consecuencia, busqué otros sucesos análogos acaecidos durante la enfermedad del padre, e hice emerger una serie de escenas entre las cuales sobresalía, por su frecuencia, la de haber andado con los pies desnudos sobre el frío suelo al acudir precipitadamente por la noche a una llamada de su padre.

Como la enferma no se quejaba tan sólo de dolores en las piernas, sino también de una desagradable sensación de frío, hube de inclinarme a atribuir a estos sucesos cierta significación. Pero no siéndome tampoco posible descubrir entre ellos una escena que pudiera integrar la conversión, pensaba ya en admitir la existencia de una laguna en el esclarecimiento del caso, cuando reflexioné que los dolores histéricos en las piernas no habían surgido aún en la época en que la sujeto asistía a su padre. Su memoria no atestiguaba con relación a dicha época más que de un único ataque de dolores, que sólo duró pocos días, y del que nadie, ni la misma enferma, hizo gran caso. Mi labor investigadora recayó entonces sobre esta primera aparición de los dolores y consiguió intensificar el recuerdo correspondiente, manifestando la sujeto que por aquellos días fue a visitarlas un lejano pariente, al que no pudo recibir por hallarse en cama circunstancia que se repitió cuando dos años después les hizo el mismo individuo una nueva visita. Pero la busca de un motivo psíquico de tales primeros dolores fracasó por completo cuantas veces la emprendimos.

EPICRISIS

No siempre he sido exclusivamente psicoterapeuta. Por el contrario, he practicado al principio, como otros neurólogos, el diagnóstico local y las reacciones eléctricas, y a mí mismo me causa singular impresión el comprobar que mis historiales clínicos carecen, por decirlo así, del severo sello científico, y presentan más bien un aspecto literario. Pero me consuelo pensando que este resultado depende por completo de la naturaleza del objeto y no de mis preferencias personales. El diagnóstico local y las reacciones eléctricas carecen de toda eficacia en la histeria, mientras que una detallada exposición de los procesos psíquicos, tal y como estamos habituados a hallarlas en la literatura, me permite llegar, por medio de contadas fórmulas psicológicas, a cierto conocimiento del origen de una histeria. Tales historiales clínicos deben ser juzgados

como los de la Psiquiatría, pero presentan con respecto a éstos la ventaja de descubrirnos la íntima relación dada entre la historia de la enferma y los síntomas en los cuales se exterioriza, relación que buscamos inútilmente en las biografías de otras psicosis. He procurado entretener en el historial de la curación de Isabel de R. todas las aclaraciones que podía dar sobre su caso; pero quizá no sea del todo superfluo repetir aquí, enlazándolas, las más esenciales. En la descripción del carácter de la sujeto hicimos ya resaltar ciertos rasgos, que retornan en muchos histéricos, sin que en modo alguno podamos atribuirlos a una degeneración.

Así, sus amplias dotes intelectuales, su ambición, su fina sensibilidad moral, su extraordinaria necesidad de cariño, que encuentra al principio satisfacción en el seno de la familia, y su independencia, más intensa de lo que correspondía a su naturaleza femenina y manifestada en su tenacidad, su combatividad y su repugnancia a comunicar a nadie sus asuntos íntimos. Según me comunicó mi colega, no había que pensar en tara hereditaria ninguna, pues tanto la familia paterna como la materna carecían de antecedentes patológicos. Únicamente la madre había padecido durante largos años una depresión neurótica, cuya investigación no se llevó a cabo; pero tanto el padre como las demás hermanas y los restantes individuos de la familia eran personas equilibradas, nada nerviosas. Tampoco había habido entre los más próximos parientes caso ninguno de neuropsicosis.

Sobre esta naturaleza actuaron luego dolorosas conmociones anímicas, y antes de nada la influencia debilitante de una prolongada asistencia al padre enfermo. El hecho comprobado de que la asistencia a un enfermo desempeña un importantísimo papel en la prehistoria de las afecciones histéricas no tiene nada de singular. Gran parte de los factores que pueden actuar en tal sentido salta en seguida a la vista. Así, la perturbación del equilibrio físico por la interrupción del reposo, la negligencia de los habituales cuidados personales y los efectos de una constante preocupación sobre las funciones vegetativas. Pero el factor esencial es, a mi juicio, muy otro. La persona cuyo pensamiento se halla absorbido durante meses enteros por los mil y un cuidados que impone la asistencia a un enfermo se habitúa, en primer lugar, a reprimir todas las manifestaciones de su propia emoción, y en segundo, aparta su atención de todas sus impresiones personales, pues le faltan tiempo y energías para atender a ellas. De este modo almacena el enfermero una multitud de impresiones susceptibles de afecto apenas claramente percibidas y, desde luego, no debilitadas mediante la «derivación por reacción» creándose así el material de una histeria de retención. Si el enfermo sana, queda todo este material desvalorizado; pero si muere, sobreviene un período de tristeza y luto, durante el cual sólo aquello que se relaciona con el desaparecido posee un valor para el superviviente. Entonces llega la hora de las impresiones retenidas, que esperan una derivación, y después de un intervalo de agotamiento surge la histeria, cuya semilla quedó sembrada durante la época de asistencia al enfermo.

Este mismo hecho de la derivación ulterior de los traumas acumulados durante la permanencia a la cabecera del enfermo se nos presenta también en aquellos casos que no nos dan una total impresión patológica, pero en los que se transparenta, sin embargo, el

mecanismo de la histeria. Así, conozco a una señora muy inteligente afectada de ligeros trastornos nerviosos, cuya personalidad presenta todos los caracteres de la histeria, aunque jamás haya tenido que recurrir a los médicos ni interrumpir sus tareas. Esta mujer ha asistido ya en su última enfermedad a tres o cuatro personas queridas llegando con cada una de ellas al más completo agotamiento, pero sin enfermar después. Ahora bien: al poco tiempo de la muerte del enfermo comienza en ella la labor de reproducción, que desarrolla nuevamente ante sus ojos todas las escenas de la enfermedad y el fallecimiento. Cada día vive de nuevo una de tales impresiones, la llora y se consuela -podríamos decir- en sus ocios. Esta derivación se desarrolla paralelamente a sus labores del día, sin que ambas actividades se confundan o perturben entre sí. De este modo va viviendo de nuevo y derivando por orden cronológico todas sus impresiones retenidas. Lo que no sé es si la labor mnémica de un día coincide exactamente con un día completo del pasado. Supongo que esto dependerá de los momentos de ocio que le dejan sus tareas de ama de casa.

Además de estas «lágrimas tardías», que se enlazan después de un corto intervalo a la muerte de la persona querida, guarda esta señora todos los aniversarios de sus diversas desgracias familiares, aniversarios en los cuales su viva reproducción visual y sus manifestaciones afectivas coinciden exactamente con la fecha de la desgracia. De este modo, un día que la encontré llorando amargamente, le pregunté qué le ocurría y obtuve la siguiente respuesta: «A mí, nada. Pero en tal día como hoy fue cuando el médico nos dio a entender que no había ya esperanza ninguna. Por entonces no tuve tiempo de Llorar.» Se refería a la última enfermedad de su marido, muerto hacía tres años. Hubiera sido interesante averiguar si en estos aniversarios repetía siempre las mismas escenas o si, como yo sospecho en interés de mi teoría, se le ofrecían cada vez para ser derivados por reacción distintos detalles. Pero no fue posible obtener dato alguno seguro sobre este extremo, pues la sujeto, tan prudente como fuerte, se avergonzaba de la violencia con la que actuaban sobre ella los recuerdos.

Pero como ya indicamos antes, no es éste un caso de enfermedad. La ulterior derivación por reacción que en él se desarrolla no constituye, a pesar de todo, un proceso histérico. Se nos plantea aquí el problema de por qué, después de una penosa época de asistencia a un enfermo, surge la histeria en unos individuos y en otros no. De la disposición personal no puede ciertamente depender esta diferencia, pues en esta paciente era muy amplia tal disposición.

Pero volvamos a Isabel de R. Su primer síntoma histérico, constituido por un intenso dolor en una zona determinada del muslo derecho, surgió durante la enfermedad de su padre. El análisis nos reveló claramente el mecanismo de este síntoma. Era un momento en el que el círculo de representaciones correspondientes a sus deberes filiales entró en conflicto con el contenido de sus deseos eróticos. La sujeto se decidió por los primeros, reprochándose duramente haberlos abandonado por algunas horas, y se creó, al obrar así, el dolor histérico. Conforme a la teoría de la conversión de la histeria, describiríamos el proceso diciendo que la sujeto expulsó de su consciencia la representación erótica y transformó su magnitud de afecto en sensaciones somáticas dolorosas. Lo que no sabemos a punto fijo es si este primer conflicto surgió en el ánimo

de la paciente una sola vez o, como creemos más probable, en ocasiones repetidas. Años después volvió a encontrarse ante un conflicto análogo -aunque de mayor importancia moral y más claramente revelado por el análisis-, conflicto que produjo la intensificación de los mismos dolores y su extensión más allá de la zona primitiva.

Tratábase otra vez de un círculo de representaciones de carácter erótico, que había entrado en conflicto con todas sus representaciones morales, pues la inclinación amorosa recaía sobre su cuñado, y tanto en vida de su hermana como después de su muerte, no podía serle grato el pensamiento de desear precisamente el amor de aquel hombre. De este conflicto, que constituye el nódulo del caso, nos da el análisis amplia noticia. La inclinación de la sujeto hacia su cuñado, latente desde sus primeras entrevistas, se desarrolló luego favorecida por el agotamiento físico resultante de la asistencia que hubo Isabel de prestar a su madre en su enfermedad a la vista y por el agotamiento moral consiguiente a sus repetidos desengaños. Por esta época comenzó también a fundirse la interior dureza de Isabel hasta llevarla a confesarse que necesitaba el amor de un hombre. Durante su estancia en el balneario, donde la familia pasó reunida parte del verano y se halló la sujeto en trato constante con su cuñado, llegaron sus amorosos deseos, y simultáneamente sus dolores, a su máximo desarrollo. Con referencia a este mismo período, testimonia el análisis de un particular estado psíquico de la enferma, que, agregado a la inclinación amorosa y a los dolores, nos parece facilitar una explicación del proceso conforme a los principios de la teoría de la conversión.

He de sentar, en efecto, la afirmación de que, no obstante la intensidad de su amorosa inclinación hacia su cuñado, no tenía Isabel en esta época clara consciencia de ella, salvo en muy contadas ocasiones, y entonces por brevísimos instantes. De otro modo se hubiera percatado de la contradicción existente entre tal sentimiento y sus ideas morales y hubiera experimentado tormentos espirituales análogos a los que pasó después de nuestro análisis. Como su memoria no integraba huella mnémica alguna de tales sufrimientos anímicos, hemos de deducir que tampoco llegó a darse clara cuenta de su inclinación. Tanto en esta época como todavía en la del análisis, el amor de su cuñado se hallaba enquistado en su consciencia de manera de un cuerpo extraño, sin haber entrado en relación alguna con el resto de su vida mental. Así, pues, el estado de la sujeto con respecto a dicho amor era el de conocerlo e ignorarlo al mismo tiempo, estado característico siempre que se trata de un grupo psíquico separado. A él nos referimos exclusivamente al decir que Isabel no tenía «clara consciencia» de sus sentimientos amorosos; esto es, no queremos indicar en tales términos una cualidad inferior a un grado menor de consciencia, sino una exclusión del libre comercio mental asociativo con el restante acervo de representaciones.

Pero ¿cómo podía suceder que un grupo de representaciones tan intensamente acentuado se mantuviera en un tal aislamiento, cuando en general el papel que una representación desempeña en la asociación crece paralelamente a su magnitud afectiva?

Podremos dar respuesta a esta interrogación teniendo en cuenta dos hechos perfectamente comprobados en el análisis: 1° Que los dolores histéricos surgieron simultáneamente a la constitución del grupo psíquico separado. 2° Que la enferma opuso

extraordinaria resistencia a la tentativa de establecer la asociación entre el grupo psíquico separado y el contenido restante de la consciencia y experimentó un intensísimo dolor psíquico cuando tal asociación quedó llevada a efecto. Nuestra concepción de la histeria enlaza estos dos momentos al hecho de la disociación de la consciencia, afirmando que el primero integra su motivo y el segundo, su mecanismo. El motivo fue la defensa del yo contra dicho grupo de representaciones, incompatible con él, y el mecanismo de la conversión, por el cual, en lugar de los sufrimientos anímicos que la sujeto se había ahorrado, aparecieron dolores físicos, iniciándose así una transformación cuyo resultado positivo fue que la paciente eludió un insoportable estado psíquico, si bien a costa de una anomalía psíquica, la disociación de la consciencia, y de un padecimiento físico, los dolores que constituyeron el punto de partida de una astasiaabasia.

No me es posible indicar ciertamente cómo el sujeto establece en sí mismo tal conversión. Desde luego no se trata de un acto voluntario intencionadamente realizado, sino más bien de un proceso que se desarrolla en el individuo bajo el impulso del motivo de la defensa cuando su organización es susceptible de ello o experimenta en dichos momentos una modificación en tal sentido.

Podrá preguntársenos ahora qué es lo que se convierte aquí en dolor físico, a lo cual responderemos prudentemente: algo que hubiera podido y debido llegar a ser dolor psíquico. Y si queremos arriesgarnos más e intentar una especie de exposición algebraica de la mecánica de las representaciones, adscribiremos al complejo de representaciones de la inclinación relegada a lo inconsciente cierto montante de afecto, y consideraremos esta magnitud como el objeto de la conversión. Consecuencia directa de esta concepción sería que el «amor inconsciente» habría perdido con dicha conversión gran parte de su intensidad, quedando reducido a una representación harto débil, debilitación que habría hecho posible su existencia como grupo psíquico separado. De todos modos, no es este caso de los más apropiados para esclarecer tan espinosa y complicada materia, pues corresponde muy probablemente a una conversión incompleta.

Hay, en efecto, otros casos en los que resulta más fácil hacer ver que existen conversiones totales y que en ellas ha sido expulsada o «reprimida» la representación intolerable, como sólo puede serlo una representación poco intensa, asegurando los enfermos, después de establecido el enlace asociativo, que desde la aparición del síntoma histérico no volvió su pensamiento a ocuparse de la representación intolerable. He afirmado antes que Isabel de R. tenía consciencia en algunas ocasiones, aunque sólo muy fugitivamente, de su amor hacia su cuñado. Uno de tales momentos fue, por ejemplo, cuando ante el lecho mortuario de su hermana atravesó por su imaginación la idea de que su cuñado podía ya hacerla su mujer. Estos momentos presentan considerable importancia para la concepción de toda la neurosis de la sujeto.

Creo, en efecto, que para diagnosticar un caso de «histeria de defensa» (Abwehrhysterie) es necesario que haya existido, por lo menos, uno. La consciencia no sabe con anticipación cuándo surgirá una representación intolerable, y esta representación, que luego es reprimida con todas sus ramificaciones y forma así un grupo psíquico separado,

tiene que haber existido antes en el pensamiento consciente, pues si no, no hubiese surgido el conflicto que trajo consigo su exclusión. Así, pues, son precisamente tales momentos los que hemos de considerar como «traumáticos». En ellos tiene efecto la conversión, de la cual resulta la disociación de la consciencia y el síntoma histérico. En el caso de Isabel de R. fueron varios los momentos de esta índole (el paseo, la meditación matinal, el baño, la llegada ante el lecho mortuario de la hermana), e incluso durante el mismo tratamiento debieron de surgir otros más. La multiplicidad de tales momentos traumáticos depende de la repetición de sucesos análogos al que introdujo por vez primera la representación intolerable, sucesos que llevan al grupo psíquico separado nueva excitación y anulan así pasajeramente el resultado de la conversión. El yo se ve obligado a ocuparse de esta representación repentinamente surgida y a restablecer por medio de una nueva conversión el estado anterior. Isabel, en constante trato con su cuñado, se hallaba especialmente expuesta a nuevos traumas. Un caso cuya historia traumática hubiese quedado ya cerrada en el pasado, me hubiera sido más conveniente para esta exposición.

Pasamos ahora a tratar de un extremo que ya apuntamos antes como una de las dificultades opuestas a la comprensión de este estado patológico. Fundándose en el análisis supuse que había tenido efecto una primera conversión cuando, al hallarse la sujeto dedicada a asistir a su padre, entraron en conflicto sus deberes filiales con sus deberes eróticos, y admití que este proceso había constituido el modelo de aquel otro que se desarrolló en el pequeño balneario alpino y produjo la explosión de la enfermedad. Pero de los relatos de la enferma resultó que durante la enfermedad de su padre y en la época inmediatamente posterior, o sea durante aquel espacio de tiempo que calificamos de «primer período», no había padecido dolores en las piernas ni experimentado dificultad alguna de la deambulación. Sólo poco antes de la muerte del padre se había visto obligada a guardar cama algunos días, a causa de fuertes dolores en los pies, pero es muy dudoso que este ataque correspondiera ya a la histeria. El análisis no nos descubrió relación causal alguna entre estos primeros dolores y una impresión psíquica cualquiera. Lo más probable es que se tratara de simples dolores musculares de naturaleza reumática. Pero, aun queriendo admitir que este primer ataque de dolores fuera el resultado de una conversión histérica consiguiente a la repulsa de sus pensamientos eróticos de entonces, siempre quedaría el hecho de que los dolores desaparecieron a los pocos días, de manera que la enferma se habría conducido en la realidad muy diferentemente a como parecía mostrar en el análisis. Durante la reproducción de las reminiscencias correspondientes al primer período, acompañaba sus relatos sobre la enfermedad del padre, las impresiones de su trato con su primer cuñado, etc., con manifestaciones de dolor, siendo así que la época en que vivió tales sucesos no padeció dolores ningunos. ¿No constituye, acaso, esta circunstancia una contradicción muy apropiada para disminuir nuestra confianza en el valor aclaratorio de tal análisis?

Por mi parte, creo posible desvanecer dicha contradicción aceptando que los dolores -el producto de la conversión- no surgieron cuando la enferma vivía las impresiones del primer período, sino ulteriormente; esto es, en el segundo período, cuando la sujeto reproducía en su pensamiento dichas impresiones. La conversión no habría tenido, pues, efecto con ocasión de las impresiones mismas, sino de su recuerdo.

Llego incluso a creer que tal proceso no es nada raro en la histeria y participa regularmente en la génesis de síntomas histéricos. En apoyo de estas afirmaciones, expondré algunos resultados de mi experiencia analítica.

En una ocasión me sucedió que durante el tratamiento analítico de una paciente histérica presentó ésta un nuevo síntoma, circunstancia que me ofreció la oportunidad de emprender la supresión de un síntoma ya desde el día siguiente a su aparición. Incluiré aquí la historia de esta enferma en sus rasgos esenciales; historia bastante sencilla, pero no por eso menos interesante:

La señorita Rosalía H., de veintitrés años, que desde algunos atrás venía estudiando canto con el fin de dedicarse a este arte, se quejaba de que su voz, muy bella, por cierto, no le obedecía en determinados tonos, sintiendo entonces una especie de opresión en la garganta. Por este motivo, no le había permitido aún su maestro salir a escena. Dado que sólo los tonos medios presentaban tal imperfección, no podía ésta atribuirse a un defecto del órgano vocal. Unas veces todo iba bien y el maestro se mostraba satisfecho y esperanzado pero en seguida, a la menor excitación de la sujeto, e incluso sin causa ninguna aparente, surgía la opresión impidiendo la libre emisión de la voz. No era difícil reconocer en esta perturbadora sensación una conversión histérica. Lo que no pude comprobar es si realmente se producía una contractura de las cuerdas vocales. En el análisis hipnótico me reveló las circunstancias personales que siguen, y con ellas, las causas de sus padecimientos: Huérfana desde muy niña, fue recogida por una tía suya, cargada de hijos, y entró de este modo a formar parte de un hogar nada dichoso. El marido de su tía, hombre de personalidad claramente patológica, trataba con rudeza y grosería a su mujer y a sus hijos, y perseguía con fines sexuales a todas las criadas que en la casa entraban, intemperancia que se iba haciendo cada vez más repugnante conforme los niños eran mayores. Al morir la tía, se constituyó Rosalía en protectora de los infelices niños, tomó con todo empeño su defensa contra el padre y afrontó valerosamente todos los conflictos que esta actitud suya hizo surgir, teniendo que reprimir de continuo y con gran esfuerzo sus impulsos de manifestar a su tío todo el odio y el desprecio que le inspiraba. Por esta época comenzó ya a sentir opresión en la garganta. Todas las veces que se veía obligada a reprimirse para no dar a su tío una merecida respuesta o para permanecer serena ante una indigna acusación, experimentaba un fuerte cosquilleo en la garganta, opresión y afonía; esto es, todas aquellas sensaciones localizadas en la glotis y la laringe, que luego la perturbaban al cantar. En esta situación, no es extraño que buscara una posibilidad de hacerse independiente para salir de aquella casa. Un honrado profesor de canto se encargó desinteresadamente de ella, después de asegurarle que poseía condiciones para este arte; pero la circunstancia de haber acudido repetidas veces a dar clase sintiendo aún la opresión de garganta provocada por una reciente escena con el tío, estableció un enlace entre el canto y la parestesia histérica, enlace iniciado ya por la sensación orgánica propia del cantar. El aparato del cual debía disponer libremente la sujeto al cantar aparecía perturbado por restos de inervaciones, después de las penosas escenas domésticas en las que Rosalía se había visto obligada a reprimir su excitación. Posteriormente había abandonado el hogar de su tío, trasladándose a una ciudad extranjera, con el fin de permanecer lejos de su familia; pero esta decisión no le había procurado alivio ninguno. Fuera del reseñado síntoma histérico,

no presentaba la bella y comprensiva muchacha otro ninguno.

Durante el tratamiento me esforcé en resolver esta «histeria de retención» por medio de la reproducción de todas las impresiones excitantes y de la derivación ulterior por reacción. Así, dejé que la paciente exteriorizara toda su indignación contra su tío, relatando sus enormidades, insultándole, etc. Este tratamiento le hizo mucho bien; pero, por desgracia, las circunstancias en que vivía por entonces tampoco eran muy favorables. Rosalía no tenía suerte con sus parientes. Al venir a Viena se había alojado en casa de otro tío suyo, que la acogió gustoso, pero provocando con ello el desagrado de su mujer, la cual, suponiendo excesivamente interesado a su marido por Rosalía, se encargó de amargar a ésta su estancia en nuestra capital. En su juventud había tenido que renunciar a sus inclinaciones artísticas y envidiaba ahora a su sobrina, no obstante constarle que si ésta trataba de dedicarse al arte no era tan sólo por vocación, sino por la necesidad de hacerse independiente. De este modo se encontraba Rosalía tan cohibida en la casa, que no se atrevía a cantar ni a tocar el piano cuando su tía podía oírla, y evitaba cuidadosamente lucir sus habilidades ante su tío, hermano de su madre, y en los linderos ya de la vejez, si no era en ausencia de la celosa mujer.

Resultó, por tanto, que mientras yo me esforzaba en anular las huellas de antiguas impresiones, esta violenta situación de la sujeta con sus huéspedes hacía surgir otras que acabaron por perturbar mi tratamiento e interrumpieron prematuramente la cura. Un día acudió la paciente a mi consulta presentando un nuevo síntoma surgido apenas veinticuatro horas antes. Se quejaba de un desagradable cosquilleo en las puntas de los dedos, que la atacaba, desde el día anterior, cada dos horas, obligándola a hacer rápidos movimientos con las manos. No había yo presenciado ninguno de esos ataques, pues si no, hubiera adivinado su causa sólo con ver dichos movimientos pero emprendí en el acto el análisis hipnótico encaminado a descubrir los fundamentos del nuevo síntoma (o, en realidad, del pequeño ataque histérico). Dado que su existencia era aún tan corta, esperaba conseguir rápidamente su aclaración y solución. Para mi sorpresa, reprodujo la paciente -sin vacilación ninguna y en orden cronológico- toda una serie de escenas procedentes las primeras de su infancia, que tenían como elemento común el de haber sufrido sin protestar ni defenderse una injusticia, habiendo podido sentir en ellas, por tanto, el hormigueo en los dedos, como traducción física del impulso de defensa. Por ejemplo, una vez que en el colegio tuvo que extender la mano ante el profesor para recibir un palmetazo. Pero, en general, se trataba de sucesos nimios a los que podía negarse categoría para intervenir en la etiología de un síntoma histérico. No así, en cambio, a una escena que añadió después, procedente de sus primeros años de adolescencia. Su perverso tío, que padecía de reuma, le había mandado darle unas friegas en la espalda, sin que ella se atreviese a negarse pero de repente se revolvió en la cama, arrojando la colcha, e intentó atraerla a sí. Rosalía echó a correr y se encerró en su cuarto. Se veía que no recordaba con gusto tal suceso, y no quiso tampoco manifestar si al arrojar su tío, de repente, la colcha le había mostrado alguna desnudez. El hormigueo que ahora sentía en los dedos podía explicarse por el impulso experimentado y reprimido en aquella ocasión de castigar de obra a su tío, o simplemente por el hecho de haber estado dándole friegas cuando la agredió. Sólo después de relatarme esta escena comenzó a hablarme de la que hubo de desarrollarse el día anterior y a continuación de

la cual había aparecido el hormigueo en los dedos, como símbolo mnémico. Su otro tío, aquel con el cual vivía ahora, le había pedido que le cantase algo. Rosalía se sentó al piano, creyendo ausente a su tía; pero, de repente, la sintió venir, y con rápido movimiento cerró la tapa del instrumento y alejó de sí el libro de música. No es difícil adivinar qué recuerdo surgió en ella y cuál fue el pensamiento que en aquel instante reprimió seguramente la indignada protesta contra la injusta sospecha que la hubiera impulsado a abandonar aquella casa, si el tratamiento no le obligase a permanecer en Viena, donde no tenía otro sitio en el cual hospedarse. Durante la reproducción de esta escena en el análisis, repitió el movimiento de los dedos, y pude observar que era como el de quien rechaza de sí -real o figuradamente- un objeto o una imputación.

La sujeto afirmaba con toda seguridad que aquel síntoma no se le había presentado jamás antes, ni siquiera con ocasión de la escena primeramente relatada. Habíamos, pues, de admitir que el suceso del día anterior había despertado el recuerdo de otros análogos, constituyéndose luego un símbolo mnémico, valedero para todo este grupo de recuerdos. La conversión había recaído, pues, tanto sobre el afecto reciente como sobre el recordado.

Reflexionando detenidamente sobre este proceso, nos vemos obligados a reconocer que no constituye una excepción, sino la regla general en la génesis de los síntomas histéricos. Al investigar la determinación de tales estados, he encontrado, casi siempre, un grupo de motivos traumáticos análogos y no un solo motivo aislado (cf. el historial de Emmy de N.), siéndome posible comprobar, en algunos de estos casos, que el síntoma correspondiente había surgido después del primer trauma, desapareciendo a poco, hasta que otro trauma ulterior lo hizo emerger de nuevo, estabilizándolo. Entre esta aparición temporal y la conservación latente después de los primeros motivos, no existe, en realidad, ninguna diferencia esencial, y en una gran mayoría de casos resultó que los primeros traumas no dejaron tras de sí ningún síntoma, mientras que un trauma ulterior del mismo género hubo de provocar un síntoma, para cuya génesis era, sin embargo, imprescindible la colaboración de los motivos anteriores, y cuya solución exigía tener en cuenta todos los existentes. Traduciendo el lenguaje de la teoría de la conversión este hecho innegable de la suma de los traumas y de la latencia inicial de los síntomas, diremos que la conversión puede recaer tanto sobre el afecto reciente como sobre el recordado, y esta hipótesis resuelve la contradicción aparentemente dada en el caso de Isabel de R. entre el historial patológico y el análisis.

Es un hecho probado que los individuos sanos soportan en gran medida la perduración de su consciencia de representaciones cargadas de afecto no derivado. La afirmación que antes he defendido se limita a aproximar la conducta de los histéricos a la de los sanos. Todo depende de un factor cuantitativo; esto es, del grado de tensión afectiva que una organización puede soportar. También el histérico puede mantener sin derivar cierto montante de afecto; pero si este montante crece en ocasiones análogas a las que lo hicieron surgir, hasta superar la medida que el individuo es capaz de soportar, queda dado el impulso para la conversión. No es, por tanto, ninguna arriesgada hipótesis, sino casi un postulado el que la formación de síntomas histéricos puede tener también afecto sobre la base de afectos recordados.

Me he ocupado, hasta aquí, del motivo y del mecanismo de este caso de histeria. Quédame por aclarar la determinación del síntoma histérico. En efecto, ¿por qué fueron los dolores en las piernas los que precisamente se arrogaron la representación del dolor psíquico? Las circunstancias del caso indican que este dolor somático no fue creado por la neurosis, sino simplemente utilizado, intensificado y conservado por ella.

F) OMISIONES IMPORTANTES A LOS HISTORIALES

1924

a) A la nota 10 debe agregarse:

Algunos años más tarde, su neurosis se transformó en una demencia precoz. (Caso de P. Janet.)

b) La historia clínica de Emmy continúa con el siguiente apéndice de 1924:

Bien sé que ningún analista leerá hoy esta historia clínica sin cierta sonrisa conmisericordiosa. Recuérdese, empero, que éste fue el primer caso en el cual apliqué sin restricciones el método catártico. De ahí que me incline por dejar a la exposición su forma original, por no adelantar ninguna de las críticas que hoy sería tan fácil hacerle, por renunciar a todo intento de colmar a posteriori las abundantes lagunas. Sólo dos cosas quiero agregarle: mi reconocimiento, ulteriormente adquirido, de la etiología actual de la enfermedad y algunas noticias sobre su curso posterior.

Cuando pasé, como ya he narrado, algunos días como invitado en su casa de campo, tuvimos por comensal a un hombre que yo no conocía y que a todas luces se esforzaba por caerle bien a la dueña de la casa. Después de su partida, ésta me preguntó si dicha persona me había gustado, agregando como al descuido: «Imagínese que ese hombre se quiere casar conmigo.» En conexión con otras manifestaciones que no había sabido valorar en su momento, hube de convencerme de que ella anhelaba entonces contraer un segundo matrimonio, pero que la existencia de sus dos hijas, herederas de la fortuna paterna, le representaba un obstáculo para la realización de sus propósitos.

Varios años después me encontré en un congreso científico con un renombrado médico oriundo de la misma región que la señora Emmy. Al preguntarle yo si la conocía y si sabía algo de su vida me respondió que sí: y que él mismo había sometido a un tratamiento hipnótico. Con él, así como con muchos otros médicos, había llegado a la misma situación que conmigo. Había acudido a él en sus estados más lastimosos, había respondido con extraordinario éxito al tratamiento hipnótico, pero sólo para enemistarse entonces con el médico, abandonándolo y reactivando la enfermedad en toda su magnitud. Tratábase de un inconfundible «impulso de repetición».

Sólo al cabo de cinco lustros volví a tener noticias de la señora Emmy. Su hija mayor, la misma a la cual yo había formulado atrora un pronóstico tan desfavorable, se dirigió a mí solicitándome un certificado sobre el estado mental de su madre, con motivo de haber sido paciente mía. Proponíase actuar judicialmente contra ella, describiéndola como una tirana cruel y poco escrupulosa. La madre había repudiado a ambas hijas y se negaba a asistirles en su estrechez material. En cuanto a la firmante de la carta, se había

doctorado y estaba casada.

c) La historia clínica de Catalina concluye con el siguiente apéndice de 1924: Después de tantos años me atrevo a abandonar la discreción observada entonces, dejando establecido que Catalina no era la sobrina, sino la hija de la huéspeda, o sea, que había caído enferma bajo la influencia de seducciones sexuales por el propio padre. No cabe duda que, tratándose de una historia clínica, no es lícito introducir una deformación como la que en este caso he realizado, pues la misma no es tan diferente para la comprensión como, por ejemplo, el hecho de haber trasladado de una montaña a otra el lugar del sucedido.

G) PSICOTERAPIA DE LA HISTERIA 1895

EN nuestra «comunicación preliminar» expusimos haber descubierto, al investigar la etiología de los síntomas histéricos, un método terapéutico al que adscribimos considerable significación práctica. Hemos hallado, en efecto, y para sorpresa nuestra, al principio, que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y, describía el paciente, con el mayor detalle posible, dicho proceso, dando expresión verbal al afecto.

Procuramos luego hacer comprensible la forma en que actúa nuestro método psicoterápico: Anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio, dando salida, por medio de la expresión verbal, al afecto concomitante, que había quedado estancado, y llevándola a la reacción asociativa por medio de su atracción a la consciencia normal (era una ligera hipnosis) o de su supresión por sugestión médica, como sucede en los casos de sonambulismo con amnesia.

Cúmplenos hoy desarrollar una completa exposición de los alcances de este método, de sus ventajas sobre otros, de su técnica y de las dificultades con las que tropieza, aunque lo más esencial de estos extremos se encuentre ya contenido en los historiales clínicos que anteceden y hayamos de incurrir en repeticiones.

I

POR mi parte puedo decir que mantengo en sus extremos esenciales las afirmaciones de nuestra «comunicación preliminar». He de hacer constar, sin embargo, que en los años transcurridos desde aquella fecha -años de constante labor sobre los problemas allí tratados- se me han impuesto nuevos puntos de vista, los cuales han traído consigo una distinta agrupación del material de hechos que por entonces nos era conocido. Sería injusto echar sobre Breuer parte de la responsabilidad correspondiente a este último desarrollo de las ideas que, en colaboración, expusimos en el indicado trabajo. Así, pues, cúpleme hablar ahora en mi solo nombre.

Al intentar aplicar a una amplia serie de pacientes el método iniciado por Breuer

de curación de síntomas histéricos por investigación psíquica y derivación por reacción en la hipnosis, tropecé con dos dificultades, y mis esfuerzos para vencerlas me llevaron a una modificación de la técnica y de mi primitiva concepción de la materia. En primer lugar, no todas las personas que mostraban indudables síntomas histéricos, y en las que regía muy verosímilmente el mismo mecanismo psíquico, resultaban hipnotizables. En segundo, tenía que adoptar una actitud definida con respecto a la cuestión de qué es lo que caracteriza esencialmente la histeria y en qué se diferencia ésta de otras neurosis. Más adelante detallaré cómo llegué a dominar la primera dificultad y qué es lo que aprendí en esta labor. Por el momento quiero exponer cuál fue mi conducta en la práctica profesional con respecto al segundo problema. Es muy difícil ver acertadamente un caso de neurosis antes de haberlo sometido a un minucioso análisis; a un análisis tal y como sólo puede conseguirse empleando el método de Breuer. Pero la decisión del diagnóstico y de la terapia adecuada al caso tiene que ser anterior a tal conocimiento. No quedaba, pues otro remedio que elegir para el método catártico aquellos casos que podíamos diagnosticar provisionalmente de histeria, por presentar uno o varios de los estigmas o síntomas característicos de esta enfermedad. Sucedió así algunas veces que los resultados terapéuticos eran pobrísimos, no obstante haber diagnosticado la histeria, y que ni siquiera el análisis extraía a la luz nada importante. Otras, en cambio, intenté tratar con el método de Breuer neurosis que nadie hubiera sospechado fueran casos de histeria, y hallé, para mi sorpresa, que el método lograba actuar sobre ellas y hasta curarlas. Así me pasó, por ejemplo, con las representaciones obsesivas en casos que no presentaban carácter alguno de histeria. Por tanto, el mecanismo psíquico que nuestra «comunicación preliminar» había revelado no podía ser exclusivo de la histeria. Mas tampoco podía decidirme a acumular a la histeria, en méritos de tal mecanismo, una serie indefinida de neurosis. De todas estas dudas me sacó, por fin, el propósito de tratar todas las neurosis que se me presentaran como si de histerias se tratase, investigando en todas la etiología y la naturaleza del mecanismo psíquico, y hacer depender del resultado de esta investigación la confirmación del diagnóstico de histeria previamente sentado.

De este modo, y partiendo del método de Breuer, llegué a ocuparme de la etiología y del mecanismo de las neurosis en general. Por fortuna obtuve en un plazo relativamente breve resultados utilizables. En primer lugar hube de reconocer que dentro de la medida en que podía hablarse de una motivación mediante la cual se adquirieran las neurosis, habíamos de buscar la etiología en factores sexuales, y a esto se agregó luego el descubrimiento de que factores sexuales diferentes daban origen a diferentes enfermedades neuróticas. Por tanto, dentro de lo que esta relación permitía, podíamos atrevernos a utilizar la etiología para diferenciar las neurosis, estableciendo una precisa distinción de los cuadros patológicos de estas enfermedades. Si las características etiológicas coincidían constantemente con las clínicas, quedaría plenamente justificada nuestra conducta. Por este procedimiento hallé que a la neurastenia correspondía, en realidad, un cuadro patológico muy monótono, en el cual, como mostraban los análisis, no intervenía «mecanismo psíquico» alguno. De la neurastenia se diferenciaba en gran manera la neurosis obsesiva, con respecto a la cual se descubría un complicado mecanismo, una etiología análoga a la histérica y una amplia posibilidad de curación por medio de la psicoterapia. Por otro lado, me parecía necesario separar de la neurastenia un complejo de síntomas neuróticos, que dependía de una etiología muy diferente, e

incluso, en el fondo, contraria, mientras que los síntomas de este complejo aparecían estrechamente unidos por un carácter común, ya reconocido por E. Hecker. Son, en efecto, síntomas o equivalentes y rudimentos de manifestaciones de angustia, razón por la cual he dado a este complejo, separable de la neurastenia, el nombre de neurosis de angustia, afirmando que nace por acumulación de estados de tensión física de origen sexual. Esta neurosis no tiene tampoco todavía un mecanismo psíquico, pero actúa regularmente sobre la vida psíquica, siendo sus manifestaciones peculiares la «expectación angustiosa», las fobias y las hiperestusias, con respecto a los dolores. Tal y como yo la defino la neurosis de angustia coincide ciertamente en parte con aquella neurosis que algunos autores agregan a la histeria y a la neurastenia, dándole el nombre de hipocondría; pero ninguno de ellos delimita exactamente, a mi ver, esta neurosis. Además, el empleo del nombre «hipocondría» queda siempre limitado por su estricta relación con el síntoma del «miedo a la enfermedad».

Después de haber fijado así los sencillos cuadros patológicos de la neurastenia, la neurosis de angustia y la neurosis obsesiva, me dediqué a concretar la concepción de aquellos corrientes casos de neurosis que comprendemos bajo el diagnóstico general de la histeria. Me parecía equivocado aplicar, como era uso habitual, el nombre de histeria a toda neurosis que presentara en su complejo de síntomas algún rasgo histérico, y aunque no extrañaba esta costumbre, por ser la histeria la más antigua y mejor conocida de las neurosis, me era preciso reconocer que había llegado a ser abusiva, habiendo acumulado injustificadamente a la histeria multitud de rasgos de perversión y degeneración. Siempre que en un complicado caso de degeneración psíquica se descubría un rasgo histérico, se daba a la totalidad el nombre de «histeria», pudiendo así resultar reunido bajo esta etiqueta lo más heterogéneo y contradictorio. Para huir de la inexactitud que este diagnóstico suponía habíamos de separar lo que correspondiera al sector neurótico, y conociendo ya, aisladas, la neurastenia, la neurosis de angustia, etc., no debíamos prescindir de ellas cuando las encontrásemos como elementos de alguna combinación.

Así, pues, la concepción más justa parecía ser la siguiente: las neurosis más frecuentes son, en su gran mayoría, «mixtas». No son tampoco raras las formas puras de neurastenia y neurosis de angustia, sobre todo en personas jóvenes. En cambio, es difícil hallar formas puras de histeria y de neurosis obsesiva, pues estas dos neurosis aparecen combinadas, por lo general, con la de angustia. Esta frecuencia de las neurosis mixtas se debe a que sus factores etiológicos se mezclan con gran facilidad, casualmente unas veces, y otras a consecuencia de relaciones causales entre los procesos, de los que nacen los factores etiológicos de las neurosis. De estas circunstancias, fácilmente demostrables en cada caso, resulta, con respecto a la histeria, lo que sigue: 1º No es posible considerarla aisladamente, separándola del conjunto de las neurosis sexuales. 2º En realidad, no representa sino un solo aspecto del complicado caso neurótico. 3º Sólo en los casos límites llega a presentarse como una neurosis aislada, y puede ser tratada como tal. En toda una serie de casos podemos, pues, decir: A POTIORI FIT DENOMINATIO.

Examinaremos ahora, desde este punto de vista, los historiales clínicos antes detallados con el fin de comprobar si confirman o no nuestra concepción de la falta de

independencia clínica de la histeria. Ana O., la paciente de Breuer, parece contradecir nuestro juicio y padecer una histeria pura. Pero este caso, que tan importante ha sido para el conocimiento de la histeria, no fue examinado por su observador desde el punto de vista de la neurosis sexual, y, por tanto, no puede ser de ninguna utilidad para nuestros fines actuales. Al comenzar el análisis de Emmy de N. no abrigaba yo la menor sospecha de que la base de la histeria pudiera ser una neurosis sexual. Acababa de regresar de la clínica de Charcot y consideraba el enlace de la histeria con el tema de la sexualidad como una especie de insulto personal, conducta análoga a la observada, en general, por las pacientes. Pero cuando ahora reviso mis notas de entonces sobre esta enferma me veo obligado a reconocer que se trataba de un grave caso de neurosis de angustia, con expectación angustiosa y fobias, originado por la abstinencia sexual y combinado con una histeria.

El caso de miss Lucy R. es, quizá, el que con mayor justificación podemos considerar como un caso límite de histeria pura. Constituye una histeria breve, de curso episódico y etiología innegablemente sexual, tal y como correspondería a una neurosis de angustia. Trátase, en efecto de una mujer ya en los linderos de la madurez y soltera aún, cuya inclinación amorosa despierta con rapidez excesiva, impulsada por una mala interpretación. Por defecto del análisis o por otras causas no encontré aquí indicio ninguno de neurosis de angustia. El caso de Catalina puede considerarse como el prototipo de aquello que hemos denominado «angustia virginal», consistente en una combinación de neurosis de angustia e histeria. La primera crea los síntomas, y la segunda los repite y labora con ellos. Por otra parte, se trata de un caso típico de las frecuentes neurosis juveniles, calificadas de «histeria». El caso de Isabel de R. tampoco fue investigado desde el punto de vista de las neurosis sexuales. Mi sospecha de que se hallaba basado en una neurastenia espinal no llegó a tener confirmación. Pero he de añadir que desde esta fecha aún se me han presentado menos casos de histeria pura, y que si pude reunir como tales los cuatro que anteceden y prescindir en su solución de toda referencia a las neurosis sexuales, ello se debió tan sólo a tratarse de casos anteriores a la época en la que comencé a investigar intencionada y penetrantemente la subestructura neurótica sexual. Y si en lugar de cuatro casos no he comunicado doce o más, cuyo análisis confirma en todos sus puntos nuestra teoría del mecanismo de los fenómenos histéricos, ha sido por forzarme a silenciarlos la circunstancia de que el análisis los revela como neurosis sexuales, aunque ningún médico les hubiera negado el «nombre» de histeria. Pero la explicación de estas neurosis sexuales sobrepasa los límites que nos hemos impuesto en el presente trabajo.

Todo esto no quiere decir que yo niegue la histeria como afección neurótica independiente, considerándola tan sólo como manifestación psíquica de la neurosis de angustia, adscribiéndole únicamente síntomas «ideógenos», y transcribiendo los síntomas somáticos (puntos histérogénos, anestias) a las neurosis de angustia. Nada de eso. A mi juicio, puede tratarse aisladamente de la histeria, libre de toda mezcla desde todos los puntos de vista, salvo desde el terapéutico, pues en la terapia se persigue un fin práctico: la supresión del estado patológico en su totalidad, y si la histeria aparece casi siempre como componente de una neurosis mixta, nos encontraremos en situación parecida a la que nos plantea una infección mixta, en la cual la salvación del enfermo no

puede conseguirse combatiendo uno solo de los agentes de la enfermedad.

Por tanto, es de gran importancia para mí separar la parte de la histeria en los cuadros patológicos de las neurosis mixtas de la correspondiente a la neurastenia, la neurosis de angustia, etc., pues una vez realizada esta separación, me resulta ya posible dar expresión concreta y precisa al valor terapéutico del método catártico. Puedo, en efecto, arriesgar la afirmación de que en principio es susceptible de suprimir cualquier síntoma histérico, siendo, en cambio, impotente contra los fenómenos de la neurastenia, y no actuando sino muy raras veces y por largos rodeos sobre las consecuencias psíquicas de la neurosis de angustia. De este modo su eficacia terapéutica dependerá en cada caso de que el componente histérico del cuadro patológico ocupe en él o no un lugar más importante, desde el punto de vista práctico, que los otros componentes neuróticos.

No es ésta la única limitación de la eficacia del método catártico. Existe aún otra, de la que ya tratamos en nuestra «comunicación preliminar». El método catártico no actúa, en efecto, sobre las condiciones causales de la histeria, y, por tanto, no puede evitar que surjan nuevos síntomas en el lugar de los suprimidos. En consecuencia, podemos atribuir a nuestro método terapéutico un lugar sobresaliente dentro del cuadro de la terapia de las neurosis, pero limitando estrictamente su alcance a este sector. No siéndome posible desarrollar aquí la exposición de una «terapia de las neurosis» tal y como sería necesaria para la práctica médica, agregaré únicamente a lo ya dicho algunas observaciones aclaratorias:

1ª No puedo afirmar haber logrado, en todos y cada uno de los casos tratados por el método catártico, la supresión de los síntomas histéricos correspondientes. Pero sí creo que tales resultados negativos han obedecido siempre a circunstancias personales del paciente y no deficiencias del método. A mi juicio, puede prescindirse de estos casos en la valoración del mismo, análogamente a como el cirujano que inicia una nueva técnica prescinde para enjuiciarla de los casos de muerte durante la narcosis o por hemorragia interna, infección casual, etc. Cuando más adelante nos ocupemos de las dificultades e inconvenientes de nuestro procedimiento, volveremos a tratar de los resultados negativos de este orden.

2ª El método catártico no pierde su valor por el hecho de ser un método sintomático y no causal pues una terapia causal no es, en realidad, más que profiláctica: suspende los efectos del mal, pero no suprime necesariamente los productos ya existentes del mismo, haciéndose precisa una segunda acción que lleve a cabo esta última labor. Esta segunda acción es ejercida insuperablemente en la histeria por el método catártico.

3ª Cuando se ha llegado a vencer un período de producción histérica o un paroxismo histérico agudo, y sólo quedan ya como fenómenos residuales los síntomas histéricos, se demuestra siempre eficaz y suficiente el método catártico, consiguiendo resultados completos y duraderos. Precisamente en el terreno de la vida sexual se nos ofrece con gran frecuencia una tal constelación, favorable a la terapia, a consecuencia de

las grandes oscilaciones de la intensidad del apetito sexual y de la complicación de las condiciones del trauma sexual. En estos casos resuelve el método catártico todos los problemas que se planteen, pues el médico no puede proponerse modificar una constitución como la histeria, y ha de satisfacerse con suprimir la enfermedad que tal constitución puede hacer surgir con el auxilio de circunstancias exteriores. De este modo se dará por contento si logra devolver al enfermo su capacidad funcional. Por otro lado, puede considerar con cierta tranquilidad el futuro por lo que respecta a la posibilidad de una recaída. Sabe, en efecto, que el carácter principal de la etiología de las neurosis es la sobredeterminación de su génesis; o sea, que para dar nacimiento a una de estas afecciones es necesario que concurren varios factores, y, por tanto, puede abrigar la esperanza de que tal coincidencia tarde mucho en producirse, aunque algunos de los factores etiológicos hayan conservado toda su eficacia.

Podría objetarse que en tales casos, ya resueltos, de histeria van desapareciendo de todos modos por sí solos los síntomas residuales. Pero lo cierto es que tal curación espontánea no es casi nunca rápida ni completa; caracteres que puede darle la intervención terapéutica. La interrogación de si la terapia catártica cura tan sólo aquello que hubiera desaparecido por curación espontánea o también algo más que nunca se hubiese resuelto espontáneamente, habremos de dejarla por ahora sin respuesta.

4ª En los casos de histeria aguda, esto es, en el período de más intensa producción de síntomas histéricos y de dominio consecutivo del yo por los productos patológicos (psicosis histérica), el método catártico no consigue modificar visiblemente el estado del sujeto. El neurólogo se encuentra entonces en una situación análoga a la del internista ante una infección aguda. Los factores etiológicos han actuado con máxima intensidad en una época pretérita, cerrada ya a toda acción terapéutica, y se hacen ahora manifiestos, después del período de incubación. No hay ya posibilidad de interrumpir la dolencia, y el médico tiene que limitarse a esperar que la misma termine su curso, creando mientras tanto las circunstancias más favorables al paciente. Si durante tal período agudo suprimimos los productos patológicos, esto es, los síntomas histéricos recién surgidos, veremos aparecer en seguida otros en sustitución suya. La desalentadora impresión de realizar una labor tan vana como la de las Danaides, el constante y penoso esfuerzo de todos los momentos y el descontento de los familiares del enfermo hacen difícilísima al médico, en estos casos agudos, la aplicación del método catártico. Pero contra estas dificultades ha de tenerse en cuenta que también en tales casos puede ejercer una benéfica influencia la continuada supresión de los productos patológicos, auxiliando al yo del enfermo en su defensa y preservándole, quizá, de caer en la psicosis o en la demencia definitiva.

Esta actuación del método catártico en los casos de histeria aguda, e incluso su capacidad de restringir visiblemente la producción de nuevos síntomas patológicos, se nos muestran con claridad suficiente en el historial clínico de Ana O., la paciente en la que Breuer aprendió a ejercer por vez primera tal procedimiento psicoterápico.

5ª En los casos de histeria crónica con producción mesurada, pero continua, de síntomas histéricos, se nos hace sentir más que nunca la falta de una terapia de eficacia

causal; pero también aprendemos a estimar más que nunca el valor del método catártico como terapia sintomática. Nos hallamos en estos casos ante una perturbación dependiente de una etiología de actuación crónica y continua. Todo depende de robustecer la capacidad de resistencia del sistema nervioso del enfermo, teniendo en cuenta que la existencia de un síntoma histérico significa para este sistema nervioso una debilitación de su resistencia, y representa un factor favorable a la histeria. Como por el mecanismo de la histeria monosintomática podemos deducir, los nuevos síntomas histéricos se forman con máxima facilidad, apoyándose en los ya existentes y tomándolos por modelo. El camino seguido por un síntoma en su emergencia permanece abierto para otros y el grupo psíquico separado se convierte en núcleo de cristalización, sin cuya existencia nada hubiera cristalizado. Suprimir los síntomas existentes y las modificaciones psíquicas, dadas en su base, equivale a devolver por completo al enfermo toda su capacidad de resistencia, con la cual podrá vencer la acción de su padecimiento. Una larga y constante vigilancia y un periódico chimney sweeping puede hacer mucho bien a estos enfermos.

6ª Hemos afirmado que no todos los síntomas histéricos son psicógenos, y luego, que todos pueden ser suprimidos por un procedimiento psicoterápico. Esto parece contradecirse. La solución está en que una parte de estos síntomas no psicógenos constituye un signo de enfermedad, pero no puede considerarse como un padecimiento por sí misma (por ejemplo, los estigmas), resultando así carente de toda importancia práctica su subsistencia ulterior a la solución terapéutica del caso. Otros de estos síntomas parecen ser arrastrados por los psicógenos en una forma indirecta, siendo así de suponer que dependen también indirectamente de una causa psíquica.

Pasamos ahora a tratar de las dificultades e inconvenientes de nuestro procedimiento terapéutico, tema del cual ya hemos expuesto mucho en los historiales clínicos detallados y en las observaciones sobre la técnica del método. Nos limitaremos, pues, aquí a una simple enumeración. El procedimiento es muy penoso para el médico y le exige gran cantidad de su tiempo, aparte de una intensa afición a las cuestiones psicológicas y cierto interés personal hacia el enfermo. No creo que me fuera posible adentrarme en la investigación del mecanismo de la histeria de un sujeto que me pareciera vulgar o repulsivo, y cuyo trato no consiguiera despertar en mí alguna simpatía; en cambio, para el tratamiento de un tabético o un reumático no son necesarios tales requisitos personales. Por parte del enfermo son precisas también determinadas condiciones. El método resulta inaplicable a sujetos cuyo nivel intelectual no alcanza cierto grado, y toda inferioridad mental lo dificulta grandemente. Es, además, necesario un pleno consentimiento del enfermo y toda su atención; pero, sobre todo, su confianza en el médico, pues el análisis conduce siempre a los procesos psíquicos más íntimos y secretos. Gran parte de los enfermos a los que se podría aplicar tal tratamiento se sustraen al médico en cuanto sospechan el sentido en el que va a orientarse la investigación. Estos enfermos no han cesado de ver en el médico a un extraño. En aquellos otros que se deciden a poner en el médico toda su confianza, con plena voluntad y sin exigencia ninguna por parte del mismo, no puede evitarse que su relación personal con él ocupe debidamente por algún tiempo un primer término, pareciendo incluso que una tal influencia del médico es condición indispensable para la solución del

problema.

Esta circunstancia no tiene relación alguna con el hecho de que el sujeto sea o no hipnotizable. Ahora bien: la imparcialidad nos exige hacer constar que estos inconvenientes, aunque inseparables de nuestro procedimiento, no pueden serle atribuidos, pues resulta evidente que tiene su base en las condiciones previas de las neurosis que se trata de curar, y habrán de presentarse en toda actividad médica que exija una estrecha relación con el enfermo y tienda a una modificación de su estado psíquico. No obstante haber hecho en algunos casos muy amplio uso de la hipnosis, nunca he tenido que atribuir a este medio terapéutico daño ni peligro alguno. Si alguna vez no ha sido provechosa mi intervención médica, ello se ha debido a causas distintas y más hondas. Revisando mi labor terapéutica de estos últimos años, a partir del momento en que la confianza de mi maestro y amigo el doctor Breuer me permitió aplicar el método catártico, encuentro muchos más resultados positivos que negativos, habiendo conseguido en numerosas ocasiones más de lo que con ningún otro medio terapéutico hubiera alcanzado. He de confirmar, pues, lo que ya dijimos en nuestra «comunicación preliminar»: el método catártico constituye un importantísimo progreso.

He de añadir aún otra ventaja del empleo de este procedimiento. El mejor medio de llegar a la inteligencia de un caso grave de neurosis complicada con más o menos mezcla de histeria, es también, para mí, su análisis por el método de Breuer. En primer lugar, conseguimos así hacer desaparecer todo aquello que muestra un mecanismo histérico, y en segundo, logramos interpretar los demás fenómenos y descubrir su etiología, adquiriendo con ello puntos de apoyo para la aplicación de la terapia correspondiente. Cuando pienso en la diferencia existente entre los juicios que sobre un caso de neurosis formo antes y después del análisis me inclino a considerar indispensable tal análisis para el conocimiento de todo caso de neurosis. Además, me he acostumbrado a enlazar la aplicación de la psicoterapia catártica con una cura de reposo, que en caso necesario puede intensificarse hasta el extremo de la cura de Weir-Mitchell. Este procedimiento combinado tiene la doble ventaja de evitar, por una parte, la intervención perturbadora de nuevas impresiones durante el tratamiento psicoterapéutico, excluyendo, por otra, el hastío de la cura de reposo, que da ocasión a los enfermos para ensoñaciones nada favorables. Podría suponerse que la labor psíquica, a veces muy considerable, impuesta al enfermo durante una cura catártica, y la excitación consiguiente a la reproducción de sucesos traumáticos, han de actuar en sentido contrario al de la cura de reposo de Weir-Mitchell e impedir su éxito. Pero en realidad sucede todo lo contrario, pues por medio de la combinación de la terapia de Breuer con la de Weir-Mitchell se consigue toda la mejora física que esperamos de esta última y un resultado psíquico más amplio del que jamás se obtiene por medio de la sola cura de reposo sin tratamiento psicoterápico simultáneo.

II

DIJIMOS antes que en nuestras tentativas de aplicar en amplia escala el método de Breuer tropezamos con la dificultad de que gran número de enfermos no resultaban hipnotizables, a pesar de haber sido diagnosticada de histeria su dolencia y ser

favorables todos los indicios a la existencia del mecanismo psíquico por nosotros descrito. Siéndonos precisa la hipnosis para lograr la ampliación de la memoria, con objeto de hallar los recuerdos patógenos no existentes en la consciencia ordinaria, teníamos, pues, que renunciar a estos enfermos o intentar conseguir tal ampliación por otros caminos.

La razón de que unos sujetos fueran hipnotizables y otros no me era tan desconocida, como, en general, a todo el mundo, y de este modo no me era factible emprender un camino causal para salvar esta dificultad. Observé únicamente que en algunos enfermos era aún más considerable el obstáculo, pues se negaban incluso a la sola tentativa de hipnotizarlos. Se me ocurrió entonces que ambos casos podían ser idénticos, significando ambos una voluntad contraria a la hipnosis. Así, no serán hipnotizables aquellos sujetos que abrigaran recelos contra la hipnosis, se negasen o no abiertamente a toda tentativa de este orden. Pero en la hora presente no sé aún si debo o no sostener esta hipótesis.

Tratábase, pues, de eludir la hipnosis y descubrir, sin embargo, los recuerdos patógenos. He aquí cómo llegué a este resultado :

Cuando, al acudir a mí por vez primera los pacientes, les preguntaba si recordaban el motivo inicial del síntoma correspondiente, alegaban unos ignorarlo por completo, y comunicaban otros algo que les parecía un oscuro recuerdo, imposible de precisar y desarrollar. Si, ciñéndonos entonces a la conducta de Bernheim en la evocación de recuerdos correspondientes al sonambulismo y aparentemente olvidados, los apremiaba yo, asegurándoles que no podían menos de saberlo y recordarlo, emergía en unos alguna ocurrencia y ampliaban otros el recuerdo primeramente evocado. Llegado a este punto, extremaba yo mi insistencia, hacía tenderse a los enfermos sobre un diván y les aconsejaba que cerrasen los ojos para lograr mayor «concentración»; circunstancias que daban al procedimiento cierta analogía con el hipnotismo, obteniendo realmente el resultado de que, sin recurrir para nada a la hipnosis producían los pacientes nuevos y más lejanos recuerdos, enlazados con el tema de que tratábamos. Estas observaciones me hicieron suponer que había de ser posible conseguir por el simple apremio la emergencia de las series de representaciones patógenas seguramente dadas, y como este apremio constituía por mi parte un esfuerzo, hube de pensar que se trataba de vencer una resistencia del sujeto. De este modo concreté mis descubrimientos en la teoría de que por medio de mi labor psíquica había de vencer una fuerza psíquica opuesta en el paciente a la percatación consciente (recuerdo) de las representaciones patógenas. Esta energía psíquica debía de ser la misma que había contribuido a la génesis de los síntomas histéricos, impidiendo por entonces la percatación consciente de la representación patógena. Surgía aquí la interrogación de cuál podría ser esta fuerza y a qué motivos obedecía. Varios análisis, en los que se me ofrecieron ejemplos de representaciones patógenas olvidadas y rechazadas de la consciencia, me facilitaron la respuesta, descubriéndome un carácter común a este orden de representaciones. Todas ellas eran de naturaleza penosa, muy apropiadas para despertar afectos displacientes, tales como la vergüenza, el remordimiento, el dolor psíquico o el sentimiento de la propia indignidad; representaciones, en fin, que todos preferimos eludir y olvidar lo

antes posible. De todo esto nacía como espontáneamente el pensamiento de la defensa. Sostienen, en general, los psicólogos que la acogida de una representación nueva (acogida en el sentido de creencia o de reconocimiento de su realidad) depende de la naturaleza y orientación de las representaciones ya reunidas en el yo, y han creado diferentes denominaciones técnicas para la censura, a la que es sometida la nueva representación afluyente. En nuestros casos ha afluido al yo del enfermo una representación que se demostró intolerable, despertando en él una energía de repulsión, encaminada a su defensa contra dicha representación. Esta defensa consiguió su propósito, y la representación quedó expulsada de la consciencia y de la memoria sin que pareciera posible hallar su huella psíquica. Pero no podía menos de existir tal huella.

Al esforzarme yo en orientar hacia ella la atención del paciente, percibía, a título de resistencia, la misma energía que antes de la génesis del síntoma se había manifestado como repulsa. Si me era posible demostrar que la representación había llegado a ser patógena, precisamente por la repulsa y la represión de que había sido objeto habría quedado cerrado el razonamiento. En varias de las epicrisis de los historiales clínicos que preceden, y en un breve trabajo sobre las neurosis de defensa, he intentado exponer las hipótesis psicológicas, con cuyo auxilio podemos explicar estos extremos, o sea, el hecho de la conversión.

Así pues, una fuerza psíquica -la repugnancia del yo-excluyó primitivamente de la asociación a la representación patógena y se opuso a su retorno a la memoria. La ignorancia del histérico depende, por tanto, de una volición más o menos consciente, y el cometido del terapeuta consiste en vencer, por medio de una labor psíquica, esta resistencia a la asociación. Este fin se consigue, en primer lugar, por el «apremio», o sea por el empleo de una coerción psíquica que oriente la atención del enfermo hacia las huellas de las representaciones buscadas. Pero no basta con esto; la labor del terapeuta toma en el análisis, como luego demostraré, otras distintas formas, y llama en su auxilio a otras fuerzas psíquicas.

Veamos primero el apremio. Con la simple afirmación «No tiene usted más remedio que saberlo. Reflexione un poco y se le ocurrirá», se adelanta muy poco. A las pocas frases y por intensa que sea su «concentración», pierde el hilo el paciente. Pero no debemos olvidar que se trata aquí siempre de una comparación cuantitativa de la lucha entre motivos diferentemente enérgicos e intensos. El apremio ejercido por el médico no integra energía suficiente para vencer la «resistencia a la asociación» en una histeria grave. Hemos tenido, pues, que buscar otros medios más eficaces.

En primer lugar nos servimos de un pequeño artificio técnico. Comunicamos al enfermo que vamos a ejercer una ligera presión sobre su frente; le aseguramos que durante ella surgirá ante su visión interior una imagen, o en su pensamiento una ocurrencia, y le comprometemos a darnos cuenta de ellas, cualesquiera que sean. No deberá detenerlas, pensando que no tienen relación con lo buscado, o, por serles desagradable, comunicarlas. Si nos obedece y prescinde de toda crítica y toda retención, hallaremos infaliblemente lo buscado. Dicho esto, aplicamos la mano a la frente del enfermo durante un par de segundos y, retirándola luego, le preguntamos con entonación

serena, como si estuviéramos seguros del resultado: «¿Qué ha visto usted o qué se le ha ocurrido?»

Este procedimiento me ha descubierto muchas cosas, conduciéndome siempre al fin deseado. Sé, naturalmente, que podía sustituir la presión sobre la frente del enfermo por otra señal cualquiera, pero la he elegido por ser la que resulta más cómoda y sugestiva. Para explicar la eficacia de este artificio podría decir que equivalía a una «hipnosis momentáneamente intensificada», pero el mecanismo de la hipnosis tiene tanto de enigmático, que prefiero no referirme a él en una tentativa de aclaración. Diré, pues, más bien, que la ventaja de este procedimiento consiste en disociar la atención del enfermo de sus asuntos y reflexiones conscientes, análogamente a como sucede fijando la vista en una bola de vidrio, etcétera. Pero la teoría que deducimos del hecho de surgir siempre bajo la presión de nuestra mano los elementos buscados es la que sigue: la representación patógena, supuestamente olvidada, se halla siempre preparada «en lugar cercano», y puede ser encontrada por medio de una asociación asequible; trátase tan sólo de superar cierto obstáculo. Este obstáculo parece ser la voluntad misma del sujeto, y muchos de éstos aprenden a prescindir de tal voluntad y a mantenerse en una observación totalmente objetiva ante los procesos psíquicos que en ellos se desarrollan.

No es siempre un recuerdo «olvidado» lo que surge bajo la presión de la mano. Los recuerdos realmente patógenos rara vez se encuentran tan próximos a la superficie. Lo que generalmente emerge es una representación, que constituye un elemento intermedio entre aquella que tomamos como punto de partida y la patógena buscada, o es, a su vez, el punto inicial de una nueva serie de pensamientos y recuerdos, en cuyo otro extremo se encuentra la representación patógena. La presión no ha descubierto, entonces, la representación patógena -la cual, sin preparación previa y arrancada de su contexto, nos resultaría, además, incomprendible-, pero nos ha mostrado el camino que a ella conduce, indicándonos el sentido en el que debemos continuar nuestra investigación. La representación primeramente despertada por la presión puede corresponder también a un recuerdo perfectamente conocido y nunca reprimido. Cuando en el camino hacia la representación patógena pierde de nuevo el hilo la paciente, se hace necesario repetir el procedimiento para reconstituir el enlace y la orientación.

En otros casos despertamos con la presión un recuerdo que, no obstante ser familiar al paciente le sorprende con su emergencia, pues había olvidado su relación con la representación elegida como punto de partida. En el curso ulterior del análisis se hace luego evidente esta relación. Todos estos resultados de nuestro procedimiento nos dan la falsa impresión de que existe una inteligencia superior, exterior a la consciencia del enfermo, que mantiene en orden, para determinados fines, un considerable material psíquico, y ha hallado un ingenioso arreglo para su retorno a la consciencia. Pero, a mi juicio, esta segunda inteligencia no es sino aparente.

En todo análisis algo complicado laboramos repetidamente, o mejor aún, de continuo, con ayuda de este procedimiento (de la presión sobre la frente), el cual nos muestra, unas veces, el camino por el que hemos de continuar, a través de recuerdos conocidos desde el punto en el que se interrumpen las referencias despiertas del

enfermo; nos llama, otras, la atención sobre conexiones olvidadas; provoca y ordena recuerdos que se hallaban sustraídos a la asociación desde muchos años atrás, pero que aún pueden ser reconocidos como tales, y hace emerger, en fin, como supremo rendimiento de la reproducción, pensamientos que el enfermo no quiere reconocer jamás como suyos, no recordándolos en absoluto, aunque confiesa que el contexto los exige indispensablemente, convenciéndole luego por completo al ver que precisamente tales representaciones traen consigo el término del análisis y la cesación de los síntomas.

Expondré aquí algunos ejemplos de los excelentes resultados de este procedimiento técnico. En una ocasión hube de someter a tratamiento a una muchacha, afecta desde seis años atrás de una insoportable tos nerviosa, que tomaba nuevas fuerzas con ocasión de cada catarro vulgar, pero que integraba, desde luego, fuertes motivos psíquicos. Habiendo fracasado todos los remedios puestos en práctica con anterioridad, intenté la supresión del síntoma por medio del análisis psíquico. La sujeto no sabía sino que su tos nerviosa comenzó cuando tenía catorce años y se hallaba viviendo con una tía suya. No recordaba haber experimentado por aquella época excitación psíquica ninguna, ni creía que su enfermedad tuviera un motivo de este orden. Bajo la presión de mi mano, se acordó, en primer lugar, de un gran perro. Luego reconoció esta imagen mnémica: era el perro de su tía, que le tomó mucho afecto y la acompañaba a todas partes.

Inmediatamente, y sin auxilio alguno, recordó que este perro enfermó y murió; que entre ella y otros niños le hicieron un entierro solemne, y que al volver de este entierro fue cuando surgió por vez primera su tos. Preguntada por qué y auxiliándola de nuevo por medio de la presión sobre la frente, surgió la idea que sigue: «Ahora estoy ya sola en el mundo. Nadie me quiere. Este animal era mi único amigo y lo he perdido.» Luego prosiguió su relato: «La tos desapareció al dejar yo de vivir con mi tía, pero me volvió año y medio después.» «¿Por qué causa?» «No lo sé.» Volví a poner mi mano sobre su frente y la sujeto recordó la noticia de la muerte de su tía, al recibir la cual tuvo un nuevo ataque de tos. Luego emergieron pensamientos análogos a los anteriores. Su tía había sido la única persona de su familia que le había demostrado algún cariño. Así, pues, la representación patógena era la de que nadie la quería, prefiriendo todos siempre a los demás y siendo ella, en realidad, indigna de cariño, etc. Pero, además, la idea de «cariño» se adhería algo contra cuya comunicación surgió una tenaz resistencia. El análisis quedó interrumpido antes de llegar a un completo esclarecimiento.

Hace algún tiempo me fue confiada la labor de libertar de sus ataques de angustia a una señora ya entrada en años, cuyo carácter no era apropiado para el tratamiento psíquico. Desde la menopausia había caído en una exagerada devoción y me recibía siempre como si fuese el demonio, armada de un pequeño crucifijo de marfil que ocultaba en su mano derecha. Sus ataques de angustia, de naturaleza histérica, venían atormentándola desde su juventud, y provenían, a su juicio, del uso de un preparado de yodo que le recetaron contra una ligera inflamación del tiroides. Naturalmente rechacé yo este supuesto origen e intenté sustituirlo por otro, más de acuerdo con mis opiniones sobre la etiología de los síntomas neuróticos. A mi primera pregunta en busca de una impresión de su juventud, que se hallase en relación causal con los ataques de angustia, surgió bajo la presión de mi mano, el recuerdo de la lectura de uno de aquellos libros

llamados de devoción, en el cual se integraba una mención de los procesos sexuales. Este pasaje hizo a la sujeto un efecto contrario al que el autor se proponía. Rompió a llorar y arrojó el libro lejos de sí. Esto sucedió antes del primer ataque de angustia. Una nueva presión sobre la frente de la enferma hizo surgir otra reminiscencia: el recuerdo de un preceptor de su hermano, que le demostraba una respetuosa inclinación y le había inspirado también amorosos sentimientos. Este recuerdo culminaba en la reproducción de una tarde que pasó con sus hermanos y el joven profesor en amena y gratísima conversación. Aquella misma noche la despertó el primer ataque de angustia, enlazado más bien con una rebelión de la sujeto contra un sentimiento sexual que con el medicamento que entonces tomaba. Sólo nuestra técnica analítica podía permitir el descubrimiento de tal conexión, tratándose de una paciente como ésta, tan obstinada y tan prevenida contra mí y contra toda terapia mundana.

Otra vez se trataba de una señora joven, muy feliz en su matrimonio, que ya en sus primeros años juveniles aparecía todas las mañanas tendida sin movimiento en su lecho, presa de un estado de estupor, rígida, con la boca abierta y la lengua fuera ataques que habían comenzado a repetirse, aunque no con tanta intensidad, cuando acudí a mí. No siéndome posible hipnotizarla con la profundidad deseable, emprendí el análisis en estado de concentración, y al ejercer por vez primera la presión sobre su frente le aseguré que iba a ver algo directamente relacionado con las causas de aquellos estados de su infancia. La sujeto se condujo tranquila y obedientemente, viendo de nuevo la casa en que había transcurrido su niñez, su alcoba, la situación de su cama, la figura de su abuela, que por entonces vivía con ellos y la de una de sus institutrices a la que había querido mucho. Luego se sucedieron varias pequeñas escenas sin importancia, que se desarrollaron en aquellos lugares y entre aquellas personas, terminando la evocación con la despedida de la institutriz, que abandonó la casa para contraer matrimonio. Ninguna de estas reminiscencias parecía poderme ser de alguna utilidad, pues no me era posible relacionarlas con la etiología de los ataques. Sin embargo, integraban diversas circunstancias, por las que revelaban pertenecer a la época en que dichos ataques comenzaron.

Pero antes de poder reanudar el análisis en busca de más amplios datos, tuve ocasión de hablar con un colega, que había sido el médico de cabecera de los padres de la sujeto, asistiéndola cuando comenzó a padecer los ataques referidos. Era entonces nuestra paciente todavía una niña, pero de robusto y adelantado desarrollo. Al visitarla, hubo de observar mi colega el exagerado cariño que demostraba a su institutriz, y concibiendo una determinada sospecha, aconsejó a la abuela que vigilara las relaciones entre ambas. Al poco tiempo le dio cuenta la señora de que la institutriz acudía muchas noches al lecho de su educanda, la cual, siempre que esto ocurría, aparecía a la mañana con el ataque. No dudaron, pues, en alejar, sin ruido, a la corruptora. A los niños, e incluso a la madre, se les hizo creer que la institutriz abandonaba la casa para contraer matrimonio.

La terapia consistió en comunicar a la paciente esta aclaración, cesando, por lo pronto, los ataques.

En ocasiones, los datos que obtenemos por el procedimiento de la presión sobre la frente del sujeto surgen en forma y circunstancias tan singulares, que nos inclinamos nuevamente a la hipótesis de una inteligencia inconsciente. Así, recuerdo de una señora, atormentada desde muchos años atrás por representaciones obsesivas y fobias, que, al interrogarla yo sobre el origen de sus padecimientos, me señaló como época del mismo sus años infantiles, pero sin que supiera precisar las causas que en ellos produjeron tales resultados patológicos. Era esta señora muy sincera e inteligente, y no oponía al análisis sino muy ligera resistencia. (Añadiré aquí que el mecanismo psíquico de las representaciones obsesivas presenta gran afinidad con el de los síntomas histéricos, empleándose para ambos en el análisis la misma técnica.)

Al preguntar a esta señora si, bajo la presión de mi mano, había visto algo o evocado algún recuerdo, me respondió que ninguna de las dos cosas, pero que, en cambio, se le había ocurrido una palabra. «¿Una sola palabra?» «Si, y, además, me parece una tontería.» «Dígala, de todos modos.» «Porteros.» «¿Nada más?» «Nada más.» Volviendo a ejercer presión sobre la frente de la enferma, obtuve otra palabra aislada: «Camisa.» Me encontraba, pues, ante una nueva forma de responder al interrogatorio analítico, y repitiendo varias veces la presión sobre la frente, reuní una serie de palabras sin coherencia aparente: «Portero-camisa-cama-ciudad-carro.» Luego pregunté qué significaba todo aquello y la paciente, después de un momento de reflexión, me contestó como sigue: «Todas esas palabras tienen que referirse a un suceso que ahora recuerdo. Teniendo yo diez años y doce mi hermana mayor, sufrió ésta, por la noche, un ataque de locura furiosa, y hubo que atarla y llevarla en un carro a la ciudad. Me acuerdo que fue el portero quien la sujetó y la acompañó luego al manicomio.»

Prosiguiendo en esta forma la investigación, obtuvimos otras series de palabras, y aunque no todas nos revelaron su sentido, sí fueron suficientes para continuar la historia iniciada y enlazarla con un segundo suceso. Pronto se nos descubrió también la significación de esta reminiscencia. La enfermedad de su hermana la había impresionado tanto porque tenía con ella un secreto común. Ambas dormían en el mismo cuarto y cierta noche habían ambas tolerado contactos sexuales por parte de la misma persona masculina. La mención de este trauma sexual sufrido en la niñez nos descubrió no sólo el origen de las primeras representaciones obsesivas, sino también el trauma patógeno ulterior. La singularidad de este caso consistía tan sólo en la emergencia de palabras aisladas que habíamos de transformar en frases, pues la aparente falta de relación y de coherencia es un carácter común a todas las ideas y escenas que surgen al ejercer presión sobre la frente de los sujetos. Luego, en el curso ulterior del análisis, resulta siempre que las reminiscencias aparentemente incoherentes se hallan enlazadas, en forma muy estrecha, por conexiones mentales, conduciendo directamente al factor patógeno buscado.

Así, recuerdo con agrado un análisis en el que mi confianza en los resultados de mi técnica fue duramente puesta a prueba, al principio, para quedar luego espléndidamente justificada: una señora joven, muy inteligente y aparentemente feliz, me consultó sobre un tenaz dolor que sentía en el bajo vientre y que ninguna terapia había logrado mitigar. Diagnosticué una leve afección orgánica y ordené un tratamiento

local.

Al cabo de varios meses volvió la sujeto a mi consulta, manifestándome que el dolor había desaparecido bajo los efectos del tratamiento prescrito, sin atormentarla de nuevo durante mucho tiempo, pero que ahora había surgido otra vez, y ésta con carácter nervioso. Reconocía este carácter en el hecho de no sentirlo como antes, al realizar algún movimiento, sino sólo a ciertas horas -por ejemplo, al despertar- y bajo los efectos de determinadas excitaciones. Este diagnóstico, establecido por la propia enferma, era rigurosamente exacto. Tratábase, pues, de encontrar la causa de tal dolor, para lo cual se imponía el análisis psíquico. Hallándose en estado de concentración y bajo la presión de mi mano, al preguntarle yo si se le ocurría algo o veía alguna cosa; se decidió por esto último y comenzó a describirme sus imágenes visuales. Veía algo como el sol con sus rayos, imagen que, naturalmente, supuse fuese un fosfeno producido por la presión de mi mano sobre sus ojos. Esperé, pues, que a continuación vendría algo más aprovechable para nuestros fines analíticos, pero la enferma prosiguió: «Veo estrellas de una singular luz azulada, como de luna; puntos luminosos, resplandores etcétera.» Me disponía, por tanto, a contar este experimento entre los fracasados y a salir del paso en forma que la sujeto no advirtiese el fracaso, cuando una de las imágenes que iba describiendo me hizo rectificar. Veía ahora una gran cruz negra, inclinada hacia un lado, circunscrita por un halo de la misma luz lunar que había iluminado las imágenes anteriores y coronada por una llama. Esto no podía ser ya un fosfeno. Luego, y siempre acompañadas del mismo resplandor, fueron surgiendo otras muchas imágenes: signos extraños, semejantes a los de la escritura del sánscrito; figuras triangulares y un gran triángulo bajo ellas; otra vez la cruz... Sospechando que esta última imagen pudiera tener una significación alegórica, pregunté sobre ello a la sujeto. «Probablemente es una alusión a mis dolores.» A esto objeté yo que la cruz era, más corrientemente, un símbolo de una pesadumbre moral, e inquirí si en este caso se escondía algo semejante detrás de sus padecimientos físicos; pero la enferma no supo darme respuesta alguna y continuó atendiendo a sus imágenes visuales: un sol de dorados rayos, que interpretó como símbolo de Dios; la fuerza original, un monstruoso lagarto, un montón de serpientes; otra vez el sol, pero menos brillante y con rayos de plata, e interpuesta entre él y su propia persona, una reja que le oculta su centro.

Seguro de que todas estas imágenes eran alegorías, pregunté a la sujeto cuál era la significación de la última imagen, obteniendo sin vacilación ni reflexión algunas la siguiente respuesta: «El sol es la perfección, el ideal, y la reja son mis defectos y debilidades, que se interponen entre el ideal y yo.» «Pero ¿es que está usted descontenta consigo misma y se reprocha algo?» «¡Ya lo creo!» «¿Desde cuándo?» «Desde que formo parte de una sociedad teosófica y leo los escritos que publica. De todos modos, nunca he tenido gran opinión de mí.» «¿Qué es lo que le ha impresionado más en estos últimos tiempos?» «Una traducción del sánscrito, que la sociedad está publicando ahora por entregas.» Momentos después me hallaba al corriente de sus luchas espirituales y oía el relato de un pequeño suceso que le dio motivo para hacerse objeto de un reproche y con ocasión del cual aparecieron por vez primera, como consecuencia de una conversión de excitación, sus dolores, antes orgánicos. Las imágenes que al principio supuse fosfenos eran símbolos de pensamientos ocultistas y quizá emblemas de las cubiertas de

los libros ocultistas leídos por la sujeto.

He alabado tan calurosamente los resultados del procedimiento auxiliar de ejercer presión sobre la frente del sujeto y he descuidado tan por completo mientras tanto, la cuestión de la defensa o la resistencia, que seguramente habré dado al lector la impresión de que por medio de aquel pequeño artificio no es posible vencer todos los obstáculos psíquicos que se oponen a una cura catártica. Pero tal creencia constituiría un grave error. En la terapia no existe jamás tan gran facilidad, y toda modificación de importancia en cualquier terreno, exige una considerable labor. La presión sobre la frente del enfermo no es sino una habilidad para sorprender al yo, eludiendo así, por breve tiempo, su defensa. Pero en todos los casos algo importantes reflexiona en seguida el yo y desarrolla de nuevo toda su resistencia.

Indicaremos las diversas formas en las que esta resistencia se exterioriza. En primer lugar, la presión fracasa a la primera o segunda tentativa, y el sujeto exclama, decepcionado: «Creía que se me iba a ocurrir algo, pero nada se ha presentado.» El paciente toma ya, así, una actitud determinada, pero esta circunstancia no debe contarse aún entre los obstáculos. Nos limitamos a decirle: «No importa; la segunda vez surgirá algo.» Y así sucede, en efecto. Es singular cuán en absoluto olvidan, con frecuencia, los enfermos -incluso los más dóciles e inteligentes-el compromiso solemnemente contraído al comenzar el tratamiento. Han prometido decir todo lo que se les ocurriera al poner nuestra mano sobre su frente, aunque les pareciera inoportuno o les fuera desagradable comunicarlo; esto es, sin ejercer sobre ello selección ni crítica alguna. Pero jamás cumplen esta promesa, que parece superior a sus fuerzas. La labor analítica queda constantemente interrumpida por sus afirmaciones de que otra vez vuelve a no ocurrírseles nada, afirmaciones a las que el médico no debe dar crédito ninguno, suponiendo siempre que el paciente silencia algo, por parecerle nimio o serle desagradable comunicarlo. Manifestándolo así al enfermo, renovará entonces la presión hasta obtener un resultado. En tales casos, suele el sujeto añadir: «Esto se lo hubiera podido decir ya la primera vez.» «¿Y por qué no me lo dijo?» «Porque suponía que no tenía relación alguna con el tema que tratábamos. Sólo al ver que volvía a surgir una y otra vez es cuando me he decidido a decírselo» o «Porque creí que no era lo que buscábamos y esperaba poder evitarme el desagrado que me produce hablar de ello. Pero cuando me di cuenta de que no había medio de alejarlo de mi pensamiento, resolví decírselo». De este modo delata el enfermo, a posteriori, los motivos de una resistencia que al principio no quería reconocer, pero que no puede por menos de oponer a la investigación psíquica.

Es singular detrás de qué evasivas se oculta muchas veces esta resistencia: «Hoy estoy distraído. Me perturba el tictac del reloj o el piano que suena en la habitación de al lado.» A estas aseveraciones he aprendido ya a contestar: «Nada de eso. Ha tropezado usted ahora con algo que no le es grato decir y quiere eludirlo.» Cuanto más larga es la pausa entre la presión de mi mano y las manifestaciones del enfermo, mayor es mi desconfianza y más las probabilidades de que el sujeto esté dedicado a arreglar a su gusto la ocurrencia emergida, mutilándola al comunicarla. Las manifestaciones más importantes aparecen a veces -como princesas disfrazadas de mendigas- acompañadas

de la siguiente superflua observación: «Ahora se me ha ocurrido algo, pero no tiene nada que ver con lo que tratamos. Se lo diré a usted, sólo porque lo quiere saber todo.» Después de esta introducción surge casi siempre la solución que veníamos buscando desde mucho tiempo atrás. De este modo, extremo mi atención siempre que un enfermo comienza a hablarme despreciativamente de alguna ocurrencia. El hecho de que las representaciones patógenas parezcan, al resurgir, tan exentas de importancia es signo de que han sido antes victoriosamente rechazadas. De él podemos deducir en qué consistió el proceso de la repulsa: consistió en hacer de la representación enérgica una representación débil, despojándola de su afecto.

Así, pues reconocemos el recuerdo patógeno, entre otras cosas, por el hecho de que el enfermo lo considera nimio, y sin embargo, da muestras de resistencia al reproducirlo. Hay también casos en los que el enfermo intenta todavía negar su autenticidad: «Ahora se me ha ocurrido algo, pero seguramente me lo ha sugerido usted.» Una forma especialmente hábil de esta negación consiste en decir: «Ahora se me ha ocurrido algo, pero me parece que no se trata de un recuerdo, sino de una pura invención mía en este momento.» En todos estos casos me muestro inquebrantable, rechazo tales distingos y explico al enfermo que no son sino formas y pretextos de la resistencia contra la reproducción de un recuerdo que hemos de acabar por reconocer como auténtico.

III

EN el capítulo que precede hemos expuesto con toda claridad las dificultades de nuestra técnica. Ahora bien: habiendo agrupado en él todas las que nos han suscitado los casos más complicados, debemos también hacer constar que en muchos otros no es tan penosa nuestra labor. De todos modos, se habrá preguntado el lector si en lugar de emprender la penosa y larga labor que representa la lucha contra la resistencia, no sería mejor poner más empeño en conseguir la hipnosis o limitar la aplicación del método catártico a aquellos enfermos susceptibles de un profundo sueño hipnótico. A esta última proposición habría que contestar que entonces quedaría para mí muy limitado el número de enfermos, pues mis condiciones de hipnotizador no son nada brillantes. A la primera opondría mi sospecha de que el logro de la hipnosis no ahorra considerablemente la resistencia. Mi experiencia sobre este extremo es singularmente limitada, razón por la cual no puedo convertir tal sospecha en una afirmación; pero sí puedo decir que cuando he llevado a cabo una cura catártica, utilizando la hipnosis en lugar de la concentración, no he comprobado simplificación alguna de mi labor. Hace poco he dado fin a tal tratamiento, en cuyo curso logré la curación de una parálisis histérica de las piernas. La paciente entraba durante el análisis en un estado psíquico muy diferente del de vigilia, y caracterizado desde el punto de vista somático, por el hecho de serle imposible abrir los ojos o levantarse antes que yo le ordenase despertar. Y, sin embargo, en ningún caso he tenido que luchar contra una mayor resistencia. Por mi parte, no di valor alguno a aquellas manifestaciones somáticas, que al final de los diez meses, a través de los cuales se prolongó el tratamiento, resultaban ya casi imperceptibles. El estado en que entraba esta paciente durante nuestra labor no influyó para nada en la facultad de recordar lo inconsciente ni en la peculiarísima relación personal del enfermo con el médico, propia

de toda cura catártica. En el historial de Emmy de N. hemos descrito un ejemplo de una cura catártica realizada en un profundo estado de sonambulismo, en el cual apenas si existió alguna resistencia. Pero ha de tenerse en cuenta que esta sujeto no me comunicó nada que le fuera penoso confesar; nada que no hubiera podido decirme, igualmente, en estado de vigilia, en cuanto el trato conmigo le hubiera inspirado alguna confianza y estimación. Además, era éste mi primer ensayo de la terapia catártica y no penetré hasta las causas efectivas de la enfermedad, idénticas seguramente a las que determinaron las recaídas posteriores al tratamiento; pero la única vez que por casualidad la invité a reproducir una reminiscencia en la que intervenía un elemento erótico, mostró una resistencia y una insinceridad equivalentes a las de cualquiera de mis enfermas posteriores, tratadas sin recurrir al estado de sonambulismo. En el historial clínico de esta sujeto he hablado ya de su resistencia durante el estado hipnótico a otras sugerencias y mandatos. El valor de la hipnosis para la simplificación del tratamiento catártico se me ha hecho, sobre todo, dudoso, desde un caso en el que la más absoluta indocilidad terapéutica aparecía al lado de una completa obediencia en todo otro orden de cosas, hallándose la sujeto en un profundo estado de sonambulismo. Otro caso de este género es el de la muchacha que rompió su paraguas contra las losas de la calle, comunicado en el primer tercio del presente trabajo. Por lo demás, confieso que me satisfizo comprobar esta circunstancia, pues era necesaria a mi teoría la existencia de una relación cuantitativa, también en lo psíquico, entre la causa y el efecto.

En la exposición que antecede hemos hecho resaltar en primer término la idea de la resistencia. Hemos mostrado cómo en el curso de la labor terapéutica llegamos a la concepción de que la histeria nace por la represión de una representación intolerable, realizada a impulso de los motivos de la defensa, perdurando la representación como huella mnémica poco intensa y siendo utilizado el afecto que se le ha arrebatado para una inervación somática. Así, pues, la representación adquiriría carácter patógeno, convirtiéndose en causa de síntomas patológicos, a consecuencia, precisamente, de su represión. Aquellas histerias que muestran este mecanismo pueden, pues, calificarse de histerias de defensa. Ahora bien: Breuer y yo hemos hablado repetidas veces de otras dos clases de histeria a las cuales aplicamos los nombres de «histeria hipnoide» e «histeria de retención». La histeria hipnoide fue la primera que surgió en nuestro campo visual. Su mejor ejemplo es el caso de Ana O., investigado por Breuer, el cual ha adscrito a esta histeria un mecanismo esencialmente distinto del de la defensa por medio de la conversión. En ella se haría patógena la representación por el hecho de haber surgido en ocasión de un especial estado psíquico, circunstancia que la hace permanecer, desde un principio, exterior al yo. No ha sido, por tanto, precisa fuerza psíquica alguna que mantenga fuera del yo a la representación, la cual no debería despertar resistencia ninguna al ser introducida en el yo, con ayuda de la actividad del estado de sonambulismo. Así, el historial clínico de Ana O. no registra el menor indicio de resistencia.

Me parece tan importante esta distinción, que ella me decide a mantener la existencia de la histeria hipnoide, a pesar de no haber encontrado en mi práctica médica un solo caso puro de esta clase. Cuantos casos he investigado han resultado ser de histeria de defensa. No quiere esto decir que no haya tropezado nunca con síntomas

nacidos evidentemente, en estados aislados de consciencia y que por tal razón habían de quedar excluidos del yo. Esta circunstancia se ha dado también en algunos de los casos por mí examinados; pero siempre que se me ha presentado he podido comprobar que el estado denominado hipnoide debía su aislamiento al hecho de basarse en un grupo psíquico previamente disociado por la defensa. No puedo, en fin, reprimir la sospecha de que la histeria hipnoide y la defensa coinciden en alguna raíz, siendo la defensa el elemento primario. Pero nada puedo afirmar con seguridad sobre este extremo.

Igualmente inseguro es, por el momento mi juicio sobre la «histeria de retención», en el cual tampoco tropezaría la labor terapéutica con resistencia alguna. Una vez se me presentó un caso que me pareció típico de la histeria de retención, haciéndome esperar un éxito terapéutico pronto y sencillo. La labor catártica se desarrolló, en efecto, sin dificultad ninguna, pero también sin el menor resultado positivo. Así, pues, sospecho nuevamente, aunque con todas las reservas impuestas por mi imperfecto conocimiento de la cuestión, que también en el fondo de la histeria de retención hay algo de defensa, que ha dado carácter histérico a todo el proceso. Observaciones ulteriores decidirán si con esta tendencia a la extensión del concepto de la defensa a toda la histeria corremos peligro de caer en error.

He tratado hasta aquí de la técnica y las dificultades del método catártico, y quisiera agregar ahora algunas indicaciones de cómo con esta técnica se lleva a cabo un análisis. Es éste un tema para mí muy interesante; pero claro es que no puedo esperar que despierte igual interés en los que no han realizado ninguno de tales análisis. Nuevamente hablaré de la técnica pero esta vez trataré de aquellas dificultades intrínsecas de las que no puede hacerse responsable al enfermo, dificultades que en parte habrán de ser las mismas en los casos de histeria hipnoide o de retención que en los de histeria de defensa, tomados aquí por modelo. Al iniciar esta última parte de mi exposición lo hago con la esperanza de que las singularidades psíquicas que aquí vamos a revelar puedan tener algún día cierto valor como materia prima para una dinámica de las representaciones.

La primera y más intensa impresión que tal análisis nos causa es, sin duda alguna, la de comprobar que el material psíquico patógeno que aparentemente ha sido olvidado, no hallándose a disposición del yo ni desempeñando papel alguno en la memoria ni en la asociación, se encuentra, sin embargo, dispuesto y en perfecto orden. No se trata sino de suprimir las resistencias que cierran el camino hasta él. Logrado esto, se hace consciente, como cualquier otro complejo de representaciones. Cada una de las representaciones patógenas tiene con las demás y con otras no patógenas, con frecuencia recordadas, enlaces diversos, que se establecieron a su tiempo y que quedaron conservados en la memoria. El material psíquico patógeno parece pertenecer a una inteligencia equivalente a la del yo normal. A veces, esta apariencia de una segunda personalidad llega casi a imponérsenos como una realidad innegable.

No queremos entrar a examinar por el momento si esta impresión responde efectivamente a un hecho real o si lo que hacemos es transferir a la época de la enfermedad la ordenación que nos muestra el material psíquico después de lograda la

solución del caso. De todos modos, como mejor podemos describir la experiencia lograda en estos análisis es colocándonos en el punto de vista que, una vez llegados al fin de nuestra labor, adoptamos para revisarla.

La cuestión no es casi nunca tan sencilla como se ha representado para determinados casos; por ejemplo, para el de un síntoma histérico nacido en un único gran trauma. En la inmensa mayoría de los casos no nos encontramos ante un único síntoma, sino ante cierto número de ellos, en parte independientes unos de otros y en parte enlazados entre sí. No esperaremos, pues, hallar un único recuerdo traumático, y como nódulo del mismo una sola representación patógena, sino, por el contrario, series enteras de traumas parciales y concatenaciones de procesos mentales patógenos. La histeria traumática monosintomática representa un organismo elemental, un ser monocelular, comparada con la complicada estructura de las graves neurosis histéricas corrientes.

El material psíquico de estas últimas histerias se nos presenta como un producto de varias dimensiones y, por lo menos de una triple estratificación. Espero poder demostrar en seguida estas afirmaciones. Existe, primero, un nódulo, compuesto por los recuerdos (de sucesos o de procesos mentales) en los que ha culminado el factor traumático o hallado la idea patógena su más puro desarrollo. En derredor de este nódulo se acumula un distinto material mnémico, con frecuencia extraordinariamente amplio, a través del cual hemos de penetrar en el análisis, siguiendo, como indicamos antes, tres órdenes diferentes. Primeramente se nos impone la existencia de una ordenación cronológica lineal dentro de cada tema. Como ejemplo, citaré la correspondiente al análisis de Ana O., llevado a cabo por Breuer. El tema era aquí el de «quedarse sorda» o «no oír», diferenciado conforme a siete distintas condiciones, cada una de las cuales encabezaba un grupo de diez a cien recuerdos cronológicamente ordenados. Parecía estar revisando un archivo, mantenido en el más minucioso orden. También en el análisis de mi paciente Emmy de N., y, en general, en todo análisis de este orden, aparecen tales «inventarios de recuerdos», que surgen siempre en un orden cronológico tan infaliblemente seguro como la serie de los días de la semana o de los nombres de los meses en el pensamiento del hombre psíquicamente normal y dificultan la labor analítica por su particularidad de invertir en la reproducción el orden de su nacimiento; el suceso más próximo y reciente del inventario emerge primero como «cubierta» del mismo, y el final queda formado por aquella impresión con la cual comenzó realmente la serie.

A esta agrupación de recuerdos de la misma naturaleza en una multiplicidad linealmente estratificada, análoga a la constituida por un paquete de legajos, le he dado el nombre de formación de un tema. Ahora bien: estos temas muestran una segunda ordenación; se hallan concéntricamente estratificados en derredor del nódulo patógeno. No es difícil precisar qué es lo que constituye esta estratificación y conforme al aumento o la disminución de qué magnitud queda establecida la ordenación. Son estratos de la misma resistencia, creciente en dirección al nódulo, y con ello, zonas de la misma modificación de la consciencia, a las cuales se extienden los demás temas dados. Los estratos periféricos contienen de los diversos temas aquellos recuerdos (o inventarios de

recuerdos) que el sujeto evoca con facilidad, habiendo sido siempre conscientes. Luego, cuanto más profundizamos, más difícil se hace al sujeto reconocer los recuerdos emergentes, hasta tropezar, ya cerca del nódulo, con recuerdos que el enfermo niega aun al reproducirlos.

Esta estratificación concéntrica del material psíquico-patógeno es, como más tarde veremos, la que presta al curso de nuestros análisis rasgos característicos. Hemos de mencionar todavía una tercera clase de ordenación, que es la esencial y aquella sobre la cual resulta más difícil hablar en términos generales. Es ésta la ordenación conforme al contenido ideológico, el enlace por medio de los hilos lógicos que llegan hasta el nódulo; enlace al que en cada caso puede corresponder un camino especial, irregular y con múltiples cambios de dirección. Esta ordenación posee un carácter dinámico, en contraposición del morfológico de las otras dos estratificaciones antes mencionadas. En un esquema espacial habrían de representarse estas últimas por líneas rectas o curvas, y, en cambio, la representación del enlace lógico formaría una línea quebrada de complicadísimo trazado, que yendo y viniendo desde la periferia a las capas más profundas y desde éstas a la periferia, fuera, sin embargo, aproximándose cada vez más al nódulo, tocando antes en todas las estaciones. Sería, pues, una línea en zigzag, análoga a la que trazamos sobre el tablero de ajedrez en la solución de los problemas denominados «saltos de caballo». O más exactamente aún: el enlace lógico constituiría un sistema de líneas convergentes y presentaría focos en los que irían a reunirse dos o más hilos, que a partir de ellos continuarían unidos, desembocando en el nódulo varios hilos independientes unos de otros o unidos por caminos laterales. Resulta así el hecho singular de que cada síntoma aparece con gran frecuencia múltiplemente determinado o sobredeterminado.

Esta tentativa de esquematizar la organización del material psíquico-patógeno quedará completada introduciendo en ella una nueva complicación. Puede, en efecto, suceder que el material patógeno presente más de un nódulo; por ejemplo, cuando nos vemos en el caso de analizar un segundo acceso histérico, que poseyendo su etiología propia se halla, sin embargo, enlazado a un primer ataque de histeria aguda dominado años atrás. No es difícil imaginar qué estratos y procesos mentales han de agregarse en estos casos para establecer un enlace entre los dos nódulos patógenos.

A este cuadro de la organización del material patógeno añadiremos aún otra observación. Hemos dicho que este material se comporta como un cuerpo extraño y que la terapia equivaldría a la extracción de un tal cuerpo extraño de los tejidos vivos. Ahora podemos ya ver cuál es el defecto de esta comparación. Un cuerpo extraño no entra en conexión ninguna con las capas de tejidos que lo rodean, aunque los modifica y les impone una inflamación reactiva. En cambio, nuestro grupo psíquico-patógeno no se deja extraer limpiamente del yo. Sus capas exteriores pasan a constituir partes del yo normal, y en realidad, pertenecen a este último tanto como a la organización patógena.

El límite entre ambos se sitúa en el análisis convencionalmente, tan pronto en un lugar como en otro, habiendo puntos en los que resulta imposible de precisar. Las capas interiores se separarán del yo cada vez más, sin que se haga visible el límite de lo

patógeno. La organización patógena no se conduce, pues, realmente como un cuerpo extraño, sino más bien como un infiltrado. El agente infiltrante sería en esta comparación la resistencia. La terapia no consiste tampoco en extirpar algo -operación que aún no puede realizar la psicoterapia-, sino en fundir la resistencia y abrir así a la circulación el camino hacia un sector que hasta entonces le estaba vedado.

(Me sirvo aquí de una serie de comparaciones incompatibles entre sí y que no presentan sino una limitada analogía con el tema tratado. Pero dándome perfecta cuenta de ello, estoy muy lejos de engañarme sobre su valor. Ahora bien: mi intención es más que la de presentar claramente, desde diversos puntos de vista, una cuestión nueva, nunca expuesta hasta ahora, y por este motivo me habré de permitir la libertad de continuar en páginas posteriores tales comparaciones, a pesar de su reconocida imperfección.)

Si una vez resuelto el caso pudiéramos mostrar el material patógeno en su descubierta organización complicadísima y de varias dimensiones a un tercero, nos plantearía éste, seguramente, la interrogación de cómo un tan amplio producto ha podido hallar cabida en la consciencia de cuya «angostura» se habla tan justificadamente. Este término de la «angostura de la consciencia» adquiere sentido y nueva vida a los ojos del médico que practica tal análisis. Nunca penetra en la consciencia del yo sino un solo recuerdo. El enfermo que se halla ocupado en la elaboración del mismo no ve nada de lo que detrás de él se agolpa y olvida lo que ya ha penetrado con anterioridad. Cuando el vencimiento de este recuerdo patógeno tropieza con dificultades (por ejemplo, cuando el enfermo mantiene su resistencia contra él y quiere reprimirlo y mutilarlo), queda interceptado el paso e interrumpida la labor. Nada nuevo puede emerger mientras dura esta situación, y el recuerdo en vías de penetración permanece ante el enfermo hasta que el mismo lo acoge en el área de su yo. Toda la amplia masa que forma el material patógeno tiene así que ir filtrándose a través de este desfiladero, llegando, por tanto, en fragmentos a la consciencia. De este modo, el terapeuta se ve obligado a reconstituir luego con estos fragmentos la organización sospechada, labor comparable a la de formar un puzzle.

Al comenzar un análisis en el que esperamos hallar tal organización del material patógeno, deberemos tener en cuenta que es totalmente inútil penetrar directamente en el nódulo de la organización patógena. Aunque llegáramos a adivinarla, no sabría el enfermo qué hacer con la explicación que le proporcionásemos, ni produciría en él tal explicación modificación psíquica alguna.

No hay, pues, más remedio que limitarse en un principio a la periferia del producto psíquico-patógeno. Comenzamos, pues, por dejar relatar al enfermo todo lo que sabe y recuerda, orientando su atención y venciendo, por medio del procedimiento de la presión, las ligeras resistencias que puedan presentarse. Siempre que este procedimiento abre un nuevo camino, podemos esperar que el enfermo avance por él algún trecho sin nueva resistencia.

Una vez que hemos laborado en esta forma durante algún tiempo, surge por lo

general en el paciente una fuerza colaboradora. Evoca, en efecto, multitud de reminiscencias sin necesidad de interrogatorio por nuestra parte. Esto quiere decir que nos hemos abierto camino hasta una capa interior, dentro de la cual dispone ahora espontáneamente el sujeto de todo el material de igual resistencia. Durante algún tiempo deberemos entonces dejarle evocar sus recuerdos sin influir sobre él. No podrá, ciertamente, descubrir así enlaces importantes, y los elementos que vaya reproduciendo parecerán muchas veces incoherentes, pero nos proporcionarán el material al que más tarde dará coherencia el descubrimiento de la conexión lógica.

Hemos de guardarnos, en general, de dos cosas. Si coartamos al enfermo en la reproducción de las ocurrencias emergentes, puede quedar «enterrado» algo que luego ha de costarnos trabajo extraer a luz. Por otro lado, tampoco hemos de confiar demasiado en su «inteligencia» inconsciente, abandonándole la dirección del análisis. Esquematisando nuestra forma de laborar, podríamos, quizá, decir que tomamos a nuestro cargo la penetración en los estratos interiores, la penetración en dirección radial, y dejamos al enfermo la labor periférica.

La penetración se lleva a cabo venciendo la resistencia en la forma antes indicada. Sin embargo, hemos de realizar aún previamente una labor distinta. Tenemos, en efecto, que hacernos con una parte del hilo lógico, sin cuya guía no podemos abrigar esperanza alguna de penetrar en el interior. No debemos tampoco confiar en que las libres manifestaciones del enfermo, o sea, el material correspondiente a los estratos más superficiales, revelen al analista el lugar del que parte el camino hacia el interior; esto es, cuál es el punto al que vienen a enlazarse los procesos mentales buscados. Por el contrario, queda este extremo cuidadosamente encubierto. La exposición del enfermo parece completa y segura sin conexiones ni apoyos de ningún género. Al principio nos encontramos ante ella como ante un muro que tapa por completo la vista y no deja sospechar lo que al otro lado pueda haber.

Pero cuando consideramos críticamente la exposición que sin gran trabajo ni considerable resistencia hemos obtenido del enfermo, descubrimos siempre en ella lagunas y defectos. En unos puntos aparece visiblemente interrumpido el curso lógico y disimulada la solución de continuidad con un remiendo cualquiera; en otros, tropezamos con un motivo que no hubiera sido tal para un hombre normal. El enfermo no quiere reconocer estas lagunas cuando le llamamos la atención sobre ellas. Pero el médico obrará con acierto buscando detrás de estos puntos débiles el acceso a los estratos más profundos y esperando hallar aquí precisamente los hilos del enlace lógico. Así, pues, decimos al enfermo: «Se equivoca usted; eso no puede tener relación ninguna con lo demás de su relato. Tenemos que tropezar con algo distinto que va a ocurrírsele a usted ahora bajo la presión de mi mano.»

Podemos, en efecto, exigir a los procesos mentales de un histérico, aunque se extienda hasta lo inconsciente, iguales concatenación lógica y motivación suficiente que a los de un hombre normal. La neurosis carece de poder bastante para debilitar estas relaciones. Si las concatenaciones de ideas del neurótico, y especialmente del histérico, nos dan una impresión diferente, y si en estos casos parece imposible explicar, por

condiciones únicamente psicológicas, la relación de las intensidades de las diversas representaciones, ello no es sino una apariencia, debida, como ya indicamos, a la existencia de motivos inconscientes ocultos. Así, pues, siempre que tropezamos con una solución de continuidad en la coherencia o una motivación insuficiente, habremos de suponer existentes tales motivos.

Naturalmente, hemos de mantenernos libres, durante esta labor, del prejuicio teórico de que nos las habemos con cerebros anormales de degenerados y desequilibrados, a los que fuese propia, como estigma, la libertad de infringir las leyes psicológicas generales de la asociación de ideas, pudiendo crecer en ellas extraordinariamente y sin motivo de intensidad de una representación cualquiera y permanecer otra inextinguible sin razón psicológica que lo justifique. La experiencia muestra que en la histeria sucede todo lo contrario: una vez descubiertos y tomados en cuenta los motivos -que muchas veces han permanecido inconscientes-, no presenta la asociación de ideas histéricas nada enigmático ni contrario a las reglas.

De este modo, o sea, descubriendo las lagunas de la primera exposición del enfermo, disimuladas a veces por «falsos enlaces», nos apoderamos de una parte del hilo lógico en la periferia, y desde ella nos vamos abriendo luego camino hacia el interior. Sin embargo, sólo muy raras veces conseguimos penetrar hasta los estratos más profundos guiados por el mismo hilo lógico. La mayor parte de las veces queda interrumpido en el camino, no proporcionándonos ya el procedimiento de la presión resultado ninguno, o proporcionándonos resultados que rehúyen toda aclaración y continuación. En estos casos aprendemos pronto a no incurrir en error y a descubrir en la fisonomía del enfermo si realmente hemos llegado a agotar el tema, si nos hallamos ante un caso que no precisa de aclaración psíquica, o si se trata de una extraordinaria resistencia que nos impone un alto en nuestra labor. Tratándose de esto último, y cuando no logramos vencer en breve plazo tal resistencia, podemos pensar que hemos perseguido el hilo hasta un estrato por ahora impenetrable. Deberemos, pues, abandonarlo y seguir otro, que podrá igualmente no llevarnos sino hasta el mismo estrato, y una vez que hemos perseguido todos los hilos conducentes a él, hallando así el punto de convergencia, del que no pudimos pasar siguiendo un hilo aislado, podemos disponernos a atacar de nuevo la resistencia.

No es difícil darse cuenta de lo complicada que puede llegar a ser tal labor. Penetramos, venciendo constantes resistencias, en los estratos interiores; adquirimos conocimiento de los temas acumulados en estos estratos y de los hilos que los atraviesan; probamos hasta dónde podemos penetrar con los medios de los que por el momento disponemos y los datos adquiridos; nos procuramos, por medio del procedimiento de la presión, las primeras noticias del contenido de las capas inmediatas abandonamos y recogemos los hilos lógicos, los perseguimos hasta los puntos de convergencia, volvemos constantemente atrás y entramos, persiguiendo los «inventarios de recuerdos», en caminos laterales, que afluyen luego a los directos. Por último, avanzamos así hasta un punto en el que podemos abandonar la labor por capas sucesivas y penetrar por un camino principal directo hasta el nódulo de la organización patógena. Con esto queda ganada la batalla, pero no terminada. Tenemos aún que perseguir los

hilos restantes y agotar el material. Mas el enfermo nos auxilia ya enérgicamente, habiendo quedado ya rota, por lo general, su resistencia.

En estos estados avanzados de la labor analítica es conveniente adivinar la conexión buscada y comunicársela al enfermo antes que el mismo análisis la descubra. Si acertamos, apresuraremos el curso del análisis, y si nuestra hipótesis es errónea, nos auxiliará de todos modos, obligando al enfermo a tomar partido y arrancándole energías negativas, que delatarán un mejor conocimiento.

De este modo observamos con asombro que no nos es dado imponer nada al enfermo con respecto a las cosas que aparentemente ignora ni influir sobre los resultados del análisis orientando su expectación. No hemos comprobado jamás que nuestra anticipación modificara o falsease la reproducción de los recuerdos ni la conexión de los sucesos circunstancia que se habría manifestado en alguna contradicción. Cuando algo de lo anticipado surge, efectivamente, luego queda siempre testimoniada su exactitud por múltiples reminiscencias insospechables. Así, pues, no hay temor alguno de que las manifestaciones que hagamos al enfermo puedan perturbar los resultados del análisis. Otra observación que siempre podemos comprobar se refiere a las reproducciones espontáneas del enfermo. Podemos afirmar que durante el análisis no surge una sola reminiscencia carente de significación. En ningún caso vienen a mezclarse imágenes mnémicas impertinentes, asociadas en una forma cualquiera a las importantes. No debe pues, admitirse una excepción de esta regla para aquellos recuerdos que, siendo nimios en sí, constituyen, sin embargo, elementos intermedios indispensables, pues forman el puente por el que pasa la asociación entre los recuerdos importantes. El tiempo que un recuerdo permanece en el desfiladero de acceso a la consciencia del enfermo es, como ya dijimos, directamente proporcional a su importancia. Una imagen que se resiste a desaparecer es que necesita ser considerada por más tiempo; un pensamiento que permanece fijo es que demanda ser continuado. Pero una vez agotada una reminiscencia o traducida una imagen en palabras, jamás emergen por segunda vez. Cuando esto sucede, habremos de esperar; con toda seguridad, que la segunda vez se enlazarán a la imagen nuevas ideas -o a la ocurrencia nuevas deducciones-; esto es, que no ha tenido efecto un agotamiento completo. En cambio, observamos con gran frecuencia, sin que ello contradiga las afirmaciones que preceden, un retorno de la misma reminiscencia o imagen con intensidades diferentes, emergiendo, primero, como simple indicación, y luego, con toda claridad.

Cuando entre los fines del análisis figura el de suprimir un síntoma susceptible de intensificación o retorno (dolores, vómitos, contracturas, etc.), observamos durante la labor analítica el interesantísimo fenómeno de la intervención de dicho síntoma. Este aparece de nuevo o se intensifica cada vez que entramos en aquella región de la organización patógena que contiene su etiología y acompaña así la labor analítica con oscilaciones características muy instructivas para el médico. La intensidad del síntoma (por ejemplo, de las náuseas) va creciendo conforme vamos penetrando más profundamente en los recuerdos patógenos correspondientes, alcanza su grado máximo inmediatamente antes de dar el enfermo expresión verbal a dichos recuerdos y disminuye luego de repente o desaparece por algún tiempo. Cuando el enfermo dilata

mucho la expresión verbal de los recuerdos patógenos, oponiendo una enérgica resistencia, se hace intolerable la tensión de la sensación -en nuestro caso de las náuseas- , y si no logramos forzarle por fin a la reproducción verbal deseada, aparecerán incoerciblemente los vómitos. Recibimos así una impresión plástica de que el «vómito» sustituye a una acción psíquica, como lo afirma la teoría de la conversión.