OBRAS COMPLETAS
DEL PROFESOR

S. FREUD

LA HISTERIA

LA HISTERIA
CHARCOT
UN CASO
de CURACIÓN
HIPNÓTICA

TRADUCCION DIRECTA DEL ALEMAN DE LUIS LOPEZ BALLESTEROS Y DE TORRES

BIBLIOTECA NUEVA

LA HISTERIA.

CHARCOT.—UN CASO DE CURACIÓN HIPNÓTICA.

Es propiedad. Derechos reservados.

Copyright by «Biblioteca Nueva», 1925.

Establecimiento Tipográfico de «El Adelantado de Segovia»

OBRAS COMPLETAS DEL PROFESOR S. FREUD

X

I

LA HISTERIA

II

CHARCOT.—UN CASO DE CURACIÓN HIPNÓTICA

TRADUCCIÓN DIRECTA DEL ALEMÁN, POR
LUIS LÓPEZ-BALLESTEROS Y DE TORRES.

BIBLIOTECA NUEVA
MADRID

OBRAS COMPLETAS DEL PROFESOR S. FREUD

TRADUCIDAS POR LUIS LÓPEZ-BALLESTEROS Y DE TORRES

TOMOS PUBLICADOS

I

PSICOPATOLOGÍA DE LA VIDA COTIDIANA *(Olvidos, equivocaciones, torpezas, supersticiones y errores.)*

II

UNA TEORÍA SEXUAL Y OTROS ENSAYOS *(Una teoría sexual.—Cinco conferencias sobre psicoanálisis.—Introducción al estudio de los sueños.—Más allá del principio del placer.)*

III

EL CHISTE Y SU RELACIÓN CON LO INCONSCIENTE *(El chiste y su relación con lo inconsciente.—El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen.)*

IV

INTRODUCCIÓN A LA PSICOANÁLISIS *(I. Los actos fallidos y los sueños.)*

V

INTRODUCCIÓN A LA PSICOANÁLISIS *(II. Teoría general de las neurosis.)*

VI

LA INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS. I.

VII

LA INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS. II.

VIII

TOTEM Y TABÚ *(Totem y Tabú.—Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci.)*

IX

PSICOLOGÍA DE LAS MASAS Y ANÁLISIS DEL YO *(Psicología de las masas y análisis del Yo.—Metapsicología. El Yo y el Ello).*

X

LA HISTERIA *(La histeria.—Charcot.—Un caso de curación hipnótica.)*

EN PRENSA

XI

ESTUDIOS VARIOS.

I

LA HISTERIA

Los «Estudios sobre la histeria», escritos en colaboración, por los doctores José Breuer y S. Freud, aparecieron por vez primera en 1895. Desde esta fecha han visto la luz tres ediciones más: 1909, 1916 y 1922.

Siguiendo la pauta que nos traza la edición alemana de las obras completas del Profesor Freud, actualmente en publicación, no recogemos nosotros en esta edición castellana, sino la parte que de dichos «Estudios» corresponde privativamente a Freud, excepción hecha del capítulo primero, que pertenece a ambos colaboradores.

I.

El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos.

(Comunicación preliminar.)
(Breuer y Freud.)

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 rememorar, 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, viven 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 anestesias de formas muy distintas, que en algunos casos venían persistiendo a través de años enteros; contracturas y parálisis; ataques 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 conti-

nuas, etc., etc. 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 vió 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, al verla conciliar el sueño, toda su voluntad, 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 la 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 o náuseas al afecto de repugnancia moral. Hemos observado enfermos que acostumbraban a 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 nos 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 suceso que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico, puede actuar como un 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 al 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, adquieren la categoría de traumas, que nadie sospechaba poseyeran, pero que conservan ya a partir de este 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, y tratándose de fenómenos de excitación, aparecen éstos — convulsiones, neuralgias, alucinaciones, etc.—nuevamente, con toda intensidad, para luego desaparecer de un modo definitivo. Las parálisis y anestesias desaparecen tambien, aunque, naturalmente, no resulte perceptible su momentánea intensificación (1).

No parece muy aventurado sospechar que de lo que en estos casos se trata es de una sugestión inintencio-

---

(1) Delboeuf y Binet han reconocido la posibilidad de una tal terapia. Delboeuf, Le magnétisme animal. París, 1889: «On s'expliquerait dès-lors comment le magnétiseur aide à la guérison. Il remet le sujet dans l'etat où le mal s'est manifesté et combat par la parole le même mal, mais renaissant.» Binet, Les alterations de la personalité. 1892, pág. 243: «... peut-être verra-t-on qu'en reportant le malade par un artifice mental, au moment même où le symptome a apparu pour la première fois, on rend ce malade plus docile à une suggestión curative.»—En el interesante libro de P. Janet: L'automatisme psychologique, París, año 1889, se describe la curación de una muchacha histérica por un procedimiento análogo al nuestro.

nada. El enfermo esperaría verse libertado de sus dolencias por el procedimiento descrito, y esta esperanza, y no el hecho mismo de dar expresión verbal al recuerdo del proceso provocador y a su afecto concomitante, sería el verdadero factor terapéutico. Pero no es así: La primera observación de este género, en la cual fué 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», fué facilitada por autohipnosis espontáneas 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 aún 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 (1).

---

(1) No podemos separar, en esta comunicación provisional, lo que de su contenido es absolutamente nuevo y lo que reproduce de otros autores, que, como Strumpell y Moebius, han sostenido opiniones análogas a las nuestras sobre la histeria. Donde mayor aproximación a nuestros juicios teóricos y terapéuticos hemos hallado, ha sido en unas observaciones de Benedikt, de las que ya trataremos en otro lugar.

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 reaccionase 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 adecuada; 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

una tal reacción por medio de actos o palabras, y en los casos más leves, por medio del 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 conciencia 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 la 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 «olvido», 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 constituído 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 atrás, 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 del 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 incluímos 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 expulsaba intencionadamente de su pensamiento consciente. 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 continentes 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 auto-hipnosis, 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 conciencia. Pero también parece suceder que el trau-

ma psíquico provoca en muchas personas alguno 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 los traumas no descargados por reacción se ven 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 conciencia 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 conciencia 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 me-

moria del enfermo hallándose éste en su estado normal, y sólo surge en ella cuando se le hipnotiza. Cuanto más detenidamente fuimos estudiando estos fenómenos, más firme se hizo nuestra convicción de que aquella disociación de la conciencia, que tan singular se nos muestra como «double conscience» en los conocidos casos clásicos, existe de un modo rudimentario, en toda histeria, siendo la tendencia a esta disociación y con ella a la aparición de estados anormales de conciencia, 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 excluídas del comercio asociativo con el restante contenido de la conciencia. 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 conciencia podrían 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 al 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. Unicamente 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 de la que en general ejercen las representaciones, coincide con el problema del efecto de las sugestiones 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.

IV.

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: 1.ª, la epileptoide; 2.ª, la de los grandes movimientos; 3.ª, la de las actitudes pasionales (la fase alucinatoria); y 4.ª, 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 his-

teria, 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, compuestos de contracciones generales o rigidez cataléptica, o en «un attaque de sommeil», conseguiremos 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 satisfacción por los malos tratos recibidos.

Los recuerdos que surgen en los ataques histéricos o pueden ser despertados durante ellos, 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 por reacción o la labor intelectual asociativa, faltan por completo, o en sus componentes esenciales, en el acervo mnémico de la conciencia normal y se muestran pertenecientes al contenido de representaciones de los estados hipnoides de conciencia 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 formas 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 excluídos del comercio asociativo con los demás, pero asociables entre sí, que representan un rudimento más o menos organizado de una segunda conciencia, 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 todo otro momento por la conciencia normal, y el ataque histérico testimoniará de una superior organización de este segundo estado y significará, siendo aislado, un momento en el que dicha conciencia hipnoide se ha apoderado de toda la existencia, o sea una histeria aguda. Cuando se trate de un ataque repetido, que contiene un recuerdo, significará el retorno de un 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 conciencia hipnoide. Sin embargo, la conciencia 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 sólo 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 hiperestésico. En otras ocasiones, el equilibrio indicado es muy inestable, y el ataque aparece, como manifestación del resto de conciencia 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 conciencia 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 estadio productivo de una histeria aguda puede evitar nuestro procedimiento que los fenómenos trabajosamente suprimidos queden sustituídos en seguida por otros. Pero cuando pasado este estadio, 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 es hoy empleada por los psicoterapeutas.

Si bien tenemos conciencia de haber avanzado al-

gunos pasos hacia el descubrimiento del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos por el camino que Charcot fué el primero en iniciar con la explicación e imitación experimental de las parálisis histero-traumáticas, no nos ocultamos, 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.

II.

Historiales clínicos.

I.—La Sra. Emmy de N. (cuarenta años). (Freud).

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 ninguna 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.

Primero 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 naso-labiales. 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 (1).

Su conversación es perfectamente coherente y testimonia 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: «¡Estese quieto¡ ¡No me hable! ¡No me toque!». Se halla, probablemente, bajo la impresión de una terrorífica alucinación periódica y rechaza con

(1) Este sonido se componía de varios tiempos. Colegas míos aficionados a la caza, que tuvieron ocasión de oirlo, compararon sus últimas modulaciones con el canto del gallo silvestre.

tales exclamaciones la intervención de toda persona extraña (1). Este fenómeno cesa luego, tan repentinamente como surgió, y la enferma continúa la interrumpida conversación sin aludir para nada a él ni tampoco excusar o aclarar su conducta, por lo cual es de sospechar que no se ha dado cuenta de la interrupción (2).

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 en 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 diez y seis y catorce años, respectivamente, y han sido siempre muy enfermizas, hallándose afectas de diversas perturbaciones nerviosas, constituyen, según ella, las causas de su padecimiento.

---

(1) Las palabras de la enferma constituían, en efecto, una fórmula protectora, cuya explicación hallamos después. Ulteriormente he vuelto a observar tales fórmulas protectoras en una melancólica que intentaba dominar por este medio los pensamientos que la atormentaban (malos deseos con respecto a su marido y a su madre, blasfemias, etc.)

(2) Tratábase de un delirio histérico que alternaba con el estado normal de conciencia, análogamente a como un «tic» se introduce en un movimiento sin perturbarlo ni fundirse con él.

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 por recobrar la salud, han sido totalmente infructuosos. Ha viajado mucho y da muestras de vivos intereses intelectuales. 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 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 oir 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. La 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 ordenándola: «¡Duerma usted!» cae en el acto hacia atrás con una exclamación de confusión y estupor. La 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 de completa paz. Después de la primera sesión de hipnosis, conserva un oscuro recuerdo de mis palabras durante ella, pero a partir de la segunda se presenta un sonambulismo total (amnesia). Antes de comenzar el tratamiento la 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 (1).

El tratamiento de baños templados, masaje y sugestión hipnótica fué continuado en los siguientes días. La enferma dormía bien, se reponía a ojos vistos 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, mu-

(1) Al despertar de la hipnosis miraba un instante en torno suyo, como desorientada, fijaba luego sus ojos en mí, pareciendo entonces recobrarse, se ponía los lentes que se había quitado antes de caer en el sueño hipnótico y se mostraba después animada y completamente dueña de sí. Aunque en el curso del tratamiento, que el primer año duró siete semanas y ocho el segundo, hablamos de toda clase de cuestiones, y aunque durante todo este tiempo celebramos dos sesiones diarias de hipnotismo, nunca me dirigió pregunta ni observación alguna sobre la hipnosis, pareciendo ignorar en lo posible, durante el estado de vigilia, el hecho de que yo la hipnotizaba.

riendo 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: «¡Estese 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-i-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, la 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 (1).

Antes de mi visita ha tenido algo de jaqueca, pero «muy corta; sólo le ha durado dos horas».

Durante la hipnosis, la invito a hablar, consiguiéndolo después de leve esfuerzo. Habla en voz baja y

(1) La súbita interpolación de un delirio en el estado de vigilia era en esta enferma un fenómeno frecuente. Solía lamentarse de que en la conversación daba a veces respuestas desacordes e ininteligibles para sus interlocutores. En mi primer visita, habiéndola preguntado cuántos años tenía, me contestó con toda seriedad: «Soy una mujer del siglo pasado», y semanas después me explicó que en su delirio, pensaba por entonces en una preciosa cómoda antigua que había adquirido recientemente. A esta cómoda se refería la fijación cronológica expresada por la sujeto, cuando al preguntarla su edad, la di ocasión para hacer alguna manifestación referente a épocas.

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 hallarse ya constituída 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 adquirieran vida!» (Espanto).

En la hipnosis, le pregunto por qué le han asustado tanto aquellas estampas, siendo así que ya no le dan miedo los animales, y me contesta que le han recordado visiones que tuvo cuando la muerte de su hermano. (Teniendo ella diez y nueve 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) (1). 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 diciéndola que después de todo, a su hija no le ha pasado nada, etc. Ella: Pero el «tic» me vuelve cada vez que me asusto o sobresalto.—La 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 ellas. 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 Dr. 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 en seguida la estancia. Entonces explica su excitación diciendo que la habitual aparición del médico del sanatorio con los demás 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.

---

(1) En estado de vigilia, la había interrogado ya sobre el origen del «tic». Su respuesta fué: «No sé. Hace ya mucho tiempo que lo tengo.»

Al anochecer. Por vez primera la encuentro alegre y decidora. Da muestras de un gracejo que yo no sospechaba en mujer de continente tan severo, y revelando una plena conciencia 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 parezco extrañar su relato, se asusta y se 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, la 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, vió 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 referirles historias terroríficas a ellos referentes, tales como la de que los enfermos eran atados a las sillas y cruelmente golpeados, etc. Durante este relato, la enferma crispa

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 la aseguro que en adelante podrá oir hablar de estos establecimientos sin establecer relación ninguna 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, la aseguro que en adelante tampoco verá ante sí tales imágenes sino de un modo muy borroso y pálido—. Por último, me cuenta que teniendo diez y nueve años, alzó una piedra, y al ver un sapo bajo ella, perdió el habla durante algunas horas (1).

En esta hipnosis me convenzo 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

(1) Un simbolismo especial debió de hallarse enlazado aquí, sin duda, a la imagen del sapo, pero desgraciadamente, no me ocupé de investigarlo.

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 enferma 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 influído sobre ella desde nuestra última entrevista, y recae con frecuencia, inesperadamente, sobre reminiscencias patógenas que la misma enferma se prohibe 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: (¡Estese quieto!—¡No 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; y 2.ª los dolores causados por la incomodidad del baño.—Hoy la pido me explique la significación de las frases: «¡Estese 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 «¡Estese quieto!» se explica por el hecho de que las figuras de animales que se le aparecen en estados de malestar, adquirían 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: 1.° Su hermano, enfermo por el abuso de la morfina, padecía terribles ataques, y en uno de ellos (teniendo la paciente diez y nueve años) la había asido fuertemente entre sus brazos; 2.° Un conocido suyo había sufrido un súbito ataque de locura hallándose de visita en su casa y la había agarrado de un brazo; 3.° Un caso análogo que no recuerda con precisión; y 4.° Su hija menor, en el curso de una enfermedad, se le había abrazado, delirando, al cuello, con tanta fuerza que casi la ahoga. Cuando 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. La prometo conseguir su regularización por medio de la sugestión hipnótica y fijo, en la hipnosis, un intervalo de veintiocho días (1).

Además, la 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» (2). Por esta razón, la 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 es-

---

(1) Intervalo que se cumplió exactamente.

(2) La respuesta «No lo sé» podía ser exacta, pero también podía significar que le era desagradable hablar de tales temas. Ulteriormente, he observado en otros enfermos, que también en la hipnosis les era tanto más difícil recordar algo cuanto mayor esfuerzo habían realizado para expulsar de su conciencia el suceso correspondiente.

pantaron 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 descosido 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 (1).

Como la encuentro bien dispuesta a proporcionarme aclaraciones, la 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: 1.° Un año después de la muerte de su madre se hallaba en casa de una señora francesa amiga suya. Esta la envió, en unión de otra muchacha, a buscar un diccionario en una habitación contigua, y al penetrar en ella, vió levantarse de una cama 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.

---

(1) Como se ve, el «tic» de chascar la lengua y el tartamudeo espasmódico de la paciente son dos síntomas que se retraen a motivos análogos y entrañan un mecanismo parecido.

2.° 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, la 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 dos otros sucesos análogos que por la mañana me había referido. Así, pues, mi prohibición y el sugerido desvanecimiento de tales recuerdos han obrado eficazmente. 3.° 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, la pregunto cuáles otras ha experimentado, obteniendo la siguiente serie: 1.° Un amigo que pasaba temporadas en su casa solía entrar furtivamente en las habitaciones y asustar a los que en ellas estaban. 2.° Después de la muerte de su madre, enfermó de algún cuidado y le fué prescrita una cura de aguas en un determinado balneario. Hallándose en él, una loca hospedada en su mismo hotel se equivocó varias noches de habitación y entró en la suya, llegando hasta la misma cama. 3.° En su viaje desde Abazia a Viena, abrió un desconocido 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 la aseguro que aquella noche dormirá bien, suprimiendo por hoy la sugestión co-

rrespondiente 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 intranquilidad, tenía siempre que estar haciendo algo, vive ahora en un feliz ensueño.

10 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 cuando, exclama: «Tengo miedo, tanto miedo que me parece que me voy a morir». La pregunto 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 lo 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 (1).

---

(1) Ulteriormente se demostró que todas estas sugestiones de carácter «instructivo» fallaban por completo en esta paciente.

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, la 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 cardíaco 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 fué 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 la 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 anda-

ba 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, indicándola 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. Asímismo, la prometo que de este modo cesará la temerosa espera de sucesos desgraciados que de continuo la atormenta 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 (1).

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 les somete a duchas heladas o se les sujeta a un aparato giratorio que les hace dar rápidas vueltas. Tres días antes, cuando me expresó por vez

(1) En esta ocasión, extremé demasiado mi energía. Año y medio después, hallándose ya la paciente en un relativo buen estado de salud, se me quejó de que no le era posible recordar sino muy borrosamente, ciertos acontecimientos muy importantes de su vida. Veía en ello una prueba de que iba perdiendo la memoria y yo me guardé muy bien de darle la explicación real de aquella particular amnesia. El éxito total de la terapia en este punto concreto, dependió también indudablemente de haber dejado que la enferma me relatase este recuerdo con todo detalle (mucho más ampliamente de lo que aparece en las notas), mientras que en general, me contentaba con una simple mención de los sucesos.

primera su miedo a los manicomios, había yo interrumpido sus manifestaciones, al terminar de contarme una primera historia—la de que los enfermos eran sujetos 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 debo.— En esta manifestación creo ver un resultado de mis sugestiones; pero a seguidas expresa el deseo de ser despertada y yo accedo a ello (1).

12 de Mayo. Contra mi esperanza, ha dormido poco y mal. La encuentro muy angustiada, pero sin

---

(1) Hasta el día siguiente no llegué a una clara comprensión de esta escena. La áspera naturaleza de la enferma, que tanto en la hipnosis como en la vigilia, se rebelaba contra toda coerción, la había llevado a encolerizarse ante el hecho de haber dado yo por terminado su relato antes de tiempo, interrumpiéndolo con mi sugestión final. Esto prueba—y muchas otras observaciones ulteriores lo confirman—que la paciente vigilaba críticamente mi labor en su conciencia hipnótica. Probablemente me quería hacer el reproche de que perturbaba aquel día su relato, como en días anteriores había perturbado su narración de los horrores de los manicomios, pero no se atrevió a manifestarlo directamente, sino que reanudó el tema interrumpido ocultando los motivos que le hacían volver sobre él. Al día siguiente, una observación crítica de la enferma me hizo darme cuenta del error cometido al interrumpirla.

que su angustia se revele con los habituales signos somáticos. No quiere decir lo que le pasa, y manifiesta únicamente haber tenido malos sueños y continuar viendo las mismas cosas. «¡Qué espanto, si de repente adquiriesen vida!» Durante el masaje me hace varias preguntas que la apaciguan y luego me relata la vida que hace en sus posesiones a orillas del Báltico, nombrándome a las personas importantes que residen en ciudades vecinas y van a pasar temporadas a su casa, etc.

Hipnosis. Ha tenido sueños horribles. Las patas y los respaldos de las sillas se convertían en serpientes; un monstruo con pico de buitre se arrojaba sobre ella y la devoraba; otras fieras la perseguían, etcétera. Luego pasa a relatar otros delirios zoológicos, distinguiéndolos de los anteriores con la advertencia: Esto es verdad (y no un sueño). Así, cuenta que una vez (hace ya tiempo) fué a coger del suelo un vellón de lana, y cuando llegaba casi a tocarlo, vió que echaba a correr, pues era una rata blanca; otra vez, yendo de paseo, vió acercarse a ella, saltando, un repugnante sapo... Observo, pues, que mi prohibición general ha sido totalmente inútil y que habré de desvanecer por separado cada una de estas impresiones temerosas (1). En el curso del diálogo llego a preguntarle por qué ha tenido también dolores de estómago y cuál es el origen de los mismos. Por lo que había observado, estos dolores se le presentaban siempre que tenía un ataque de zoopsia. De mala gana me respon-

(1) Desgraciadamente, no me ocupé, en este caso, de investigar la significación de la zoopsia, distinguiendo lo que la zoofobia tenía de horror primario, tal y como lo presentan muchos neurópatas desde la infancia, y lo que en ella había de simbolismo.

de que no sabe nada de lo que le pregunto, y le doy de plazo hasta mañana para recordarlo. Entonces, francamente malhumorada ya, me dice que no debo estarla siempre preguntando de dónde procede esto o aquello, sino dejarla relatarme lo que desee. Accedo a ello, y sin otros preliminares, me dice: «Cuando se lo llevaron fuera, aún no podía yo creer que estuviera muerto». (Me habla, pues, nuevamente, de su marido, y de este modo, reconozco la causa de su malhumor en el hecho de haber sufrido bajo los efectos de los restos retenidos de esta historia). Después odió durante tres años a su hija menor, pues se decía que si el embarazo y el parto no se lo hubiesen impedido, hubiera podido cuidar mejor a su esposo y quizá salvarle. Al quedarse viuda no tuvo además sino disgustos y contrariedades. La familia de su marido, que se había opuesto al casamiento y a la que luego irritaba la felicidad de que gozaban, pretendió que le había envenenado, hasta el punto que ella estuvo a punto de pedir se iniciase una investigación judicial, para dejar patente su inocencia. Por medio de un odioso testaferro le plantearon luego toda clase de litigios. Este abyecto individuo disponía de agentes que actuaban contra ella, y publicaba en los periódicos locales, artículos difamantes, enviándole luego los recortes. De esta época procede su misantropía y su odio a las personas nuevas para ella. Después de las palabras apaciguantes que enlazo a su relato se manifiesta más tranquila.

13 de Mayo. También ha dormido poco, a causa de los dolores de estómago. Anoche no ha cenado. Además, se queja de dolores en el brazo izquierdo. Sin embargo, la encuentro tranquila y de buen humor. Desde ayer me trata con especial atención. Me pregunta mi opinión sobre cosas muy diver-

sas que cree importantes y se preocupa y excita sobremanera cuando, por ejemplo, no hallo en el sitio de costumbre los paños necesarios para el masaje y tengo que buscarlos. El chasquido y el «tic» facial se presentan hoy con frecuencia.

Hipnosis. Anoche ha descubierto de repente por qué los animales pequeños crecen ante su vista hasta adquirir proporciones gigantescas. La primera vez que vió algo semejante fué en una obra teatral en la que salía un inmenso lagarto. Este recuerdo la había atormentado durante todo el día anterior (1).

El retorno del chasquido procede de que ayer tuvo dolores de vientre y se esforzó en no revelarlos sollozando. Del verdadero origen del mismo, tal y como me lo relató en una sesión anterior, no sabe ya nada. Recuerda que ayer la encargué que averiguase el origen de sus dolores de estómago. Pero no le ha sido posible y solicita mi ayuda. La pregunto si alguna vez se ha forzado a comer después de haber experimentado una impresión intensa. Mi suposición resulta exacta. Al morir su marido, perdió durante mucho tiempo el apetito y sólo el deber de vivir para sus hijas la hacía sustentarse. Por entonces comenzó a padecer dolores de estómago.—Con algunos pases sobre el epigastrio los hago desaparecer, y la paciente me habla

(1) La imagen mnémica visual del gigantesco lagarto no adquirió seguramente una tal categoría sino por coincidencia temporal con un intenso afecto que embargaba a la sujeto durante la referida representación teatral. Pero como ya he confesado antes, en la terapia de esta enferma me contenté, frecuentemente, con manifestaciones muy superficiales.— Este punto concreto recuerda, por otro lado, la macropsia histérica. La paciente era astigmática y muy miope y sus alucinaciones podían ser provocadas muchas veces por la imprecisión de sus percepciones visuales.

luego espontáneamente de aquello que la ha excitado: «Le he dicho a usted que durante algún tiempo no quise a mi hija menor; debo añadirle ahora, que nadie pudo advertir en mi conducta una tal falta de cariño. He hecho por ella todo lo necesario. Aun hoy en día me reprocho querer más a la mayor».

14 de Mayo. Está bien y contenta. Ha dormido hasta las siete y media y sólo se queja de leves dolores en la mano, la cabeza y la cara. La conversación en la que la enferma se desahoga, dando libre curso a sus preocupaciones, va adquiriendo cada día más importancia. Hoy no tiene casi nada terrorífico que contarme. Se queja de dolor e insensibilidad en la pierna derecha y cuenta que en 1871, convaleciente apenas de una enfermedad intestinal, tuvo que cuidar a su hermano, enfermo, presentándose entonces los dolores de vientre que aún la aquejan a veces y provocan, alguna, una parálisis de la pierna derecha.

En la hipnosis, la pregunto si le será posible volver ya a entrar en contacto con las gentes o si predomina todavía en ella el miedo a las personas extrañas. Me responde que aún le es muy desagradable sentir a alguien cerca de ella, y con este motivo, me relata nuevos casos en los que la brusca aparición de una persona la ha producido desagradable sorpresa. Yendo de paseo con sus hijas por las cercanías de Ruegen, surgieron repentinamente de detrás de unos arbustos, dos individuos de aspecto sospechoso, y las insultaron. Otra tarde, en Abazia, le salió de pronto, al paso, un mendigo y se arrodilló ante ella. Luego resultó ser un loco inofensivo. Por último, me relata una nocturna tentativa de robo de la que fué objeto en su finca, aislada en medio del campo, suceso que la asustó sobremanera.

Sin embargo, se observa fácilmente que su miedo a la gente procede, sobre todo, de las persecuciones de que fué víctima después de la muerte de su marido (1).

Por la tarde. La encuentro muy serena en apariencia, pero me recibe exclamando: «Me muero de miedo. No puede usted figurarse el miedo que tengo. Me odio a mí misma». Luego me entero de que el Dr. Breuer ha estado a visitarla, sobresaltándose ella al verle entrar. Como el doctor advirtiese el efecto que su aparición causaba, le ha dicho la paciente: «Esta es la última vez que me asusto», pues la apenaba, por mí, no haber podido reprimir aquel resto de su anterior pusilanimidad. En general, he tenido ocasión de observar durante estos últimos días, cuán dura es para consigo misma y cuán dispuesta se halla siempre a reprocharse, como graves faltas, los más nimios descuidos, tales como el de que no estén en su sitio habitual los paños necesarios para el masaje o el periódico que leo mientras duerme. Una vez derivada la capa primera y más superficial de reminiscencias atormentadoras, aparece su personalidad moralmente hipersensible y afectada de una tendencia a disminuirse. Tanto en la vigilia como en la hipnosis, la repito, parafraseando el antiguo principio de «minima non curat praetor», que entre lo bueno y lo malo existe todo un amplio grupo de cosas pequeñas e indiferentes, de las que nadie debe hacerse un reproche. Pero me parece observar que no hace de estas enseñanzas caso ma-

(1) Por entonces me inclinaba a aceptar, para todos los síntomas de una histeria, un origen psíquico. Hoy, adscribiría un carácter neurótico a la tendencia a la angustia de esta paciente, que vivía en una total abstinencia sexual. (Neurosis de angustia.)

yor del que haría un asceta de la Edad Media, que vería la mano de Dios y la tentación del demonio en los menores sucesos y sería incapaz de imaginarse por un solo momento el mundo, o siquiera una mínima parte de él, exento de relación con su propia persona.

En la hipnosis, añade algunas imágenes terroríficas a las relatadas en sesiones anteriores. Así, cuenta que en Abazia veía cabezas sangrientas bailando en la cresta de las olas. Luego la hago repetir los consejos que la he dado en estado de vigilia.

15 de Mayo. Ha dormido hasta las ocho y media, pero por la mañana se ha sentido intranquila. «Tic», castañeteo y dificultad para hablar. «Me muero de miedo». Interrogada, me cuenta que la pensión en la que se hospedan sus hijas se halla en un cuarto piso y que ayer solicitó que las dejaran también utilizar el ascensor para bajar, petición de la que ahora se arrepiente, pues el ascensor no es de confianza, según le ha manifestado el mismo dueño de la pensión. En un accidente de ascensor murió en Roma la condesa de Sch...—Pero yo conozco la pensión de que se trata y me parece inverosímil que el mismo dueño, que menciona en sus anuncios el ascensor como una de las comodidades de su casa, prevenga después a sus huéspedes contra él. Opino, pues, que se trata de una confusión de la memoria producida por la angustia. Se lo comunico así y logro sin dificultad que ella misma se ría de la inverosimilitud de sus temores. Esto mismo me confirma en mi sospecha de que la causa de su angustia era muy otra y me propongo interrogar luego sobre la materia a su conciencia hipnótica. Durante el masaje, que emprendo hoy de nuevo, después de varios días de interrupción, me relata sucesivamente, varias historias sin conexión alguna entre

sí, pero que pueden ser verdad, hablándome, así, de un sapo que encontró en una bodega, de una mujer excéntrica que cuidaba a un hijo idiota con un singular procedimiento y de otra mujer que padecía de melancolía y fué encerrada en un manicomio. De este modo, revela las reminiscencias que atraviesan su pensamiento cuando se apodera de ella el malestar. Después de haberse desahogado con estos relatos, se serena y me habla de la vida que hace en su finca y de las relaciones que mantiene con personas notables de Alemania y Rusia, resultándome difícil conciliar este aspecto social de su personalidad con la idea de una mujer tan intensamente nerviosa.

En la hipnosis, la pregunto por qué estaba esta mañana tan intranquila, y en lugar de repetirme sus temores con respecto al ascensor, me dice haber temido que se le presentara de nuevo el período, obligándola a una nueva interrupción del masaje (1).

---

(1) El proceso había sido, pues, el siguiente: Al despertar por la mañana, se encontró angustiada, y para explicarse su estado de ánimo, echó mano de la primera representación temerosa que halló en su imaginación. La tarde anterior, había tenido con la institutriz de sus hijas una conversación en la que se trató del ascensor de la pensión donde se hospedaban. Cuidadosa siempre del bien de sus hijas, preguntó si la mayor, que a causa de una enfermedad de los ovarios y de dolores en la pierna derecha, no podía andar mucho, utilizaba también el ascensor para bajar del piso. Una confusión de recuerdos la permitió entonces enlazar la angustia, de la cual tenía perfecta conciencia, a la idea del ascensor. Su conciencia no la ofrecía al principio el verdadero motivo de su angustia, el cual no surgió sino más tarde, pero sin la menor vacilación, cuando en la hipnosis la interrogué sobre él. Es éste el mismo proceso estudiado por Bernheim y otros hombres de ciencia posteriores, en sujetos que después de la hipnosis, llevaban a cabo actos cuya ejecución les había sido encomendada durante ella. Así, Bernheim sugirió una vez, a un

A continuación hago que me relate la historia de sus dolores de piernas. Comenzando como ayer, narra después una larga serie de sucesos penosos y debilitantes, al tiempo de los cuales padeció dichos dolores

---

enfermo, que después de despertar del sueño hipnótico, se llevase a la boca los dedos pulgares de ambas manos. El enfermo ejecutó este acto en el momento prescrito y lo explicó diciendo que el día anterior, en el curso de un ataque epileptiforme, se había mordido la lengua, doliéndole ahora la herida. Una muchacha a la que se había sugerido una tentativa de asesinato en la persona de un empleado judicial totalmente extraño a ella, la llevó a cabo, y al ser detenida e interrogada sobre los móviles de su acto criminal, inventó la historia de que había sido ofendida por aquel individuo e intentado vengarse de él. El sujeto parece sentir una necesidad de enlazar por medio de un nexo causal, aquellos fenómenos psíquicos de que tiene conciencia, con otros elementos conscientes, y en aquellos casos en los que la verdadera causa se sustrae a la percepción de la conciencia, intenta establecer una distinta conexión, a la que luego presta completa fe, no obstante ser falsa. Naturalmente, una disociación preexistente del contenido de la conciencia favorece mucho tales «falsas conexiones».

El caso de «falsa conexión» arriba citado, merece ser detenidamente considerado, por ser, desde diversos puntos de vista, típico y ejemplar. Lo es en primer lugar, por lo que respecta a la conducta de la paciente, la cual me dió aún, repetidamente, en el curso del tratamiento, ocasión de deshacer, por medio de la sugestión hipnótica, tales falsas conexiones y destruir sus efectos. Relataré aquí detalladamente un caso de este género, que arroja viva luz sobre el hecho psicológico correspondiente. Había propuesto a mi paciente sustituir el baño templado habitual por un baño de asiento frío, prometiéndole que le sentaría mejor. La enferma obedecía sin la menor resistencia todas las prescripciones facultativas, pero las seguía con manifiesta desconfianza, pues como ya indicamos, ningún tratamiento médico le había proporcionado gran alivio. Mi proposición del baño frío no fué tan autoritaria que la impidiera expresarme su desconfianza: «Siempre que he tomado un baño frío he estado luego melancólica durante todo el día. Pero si usted quiere, probaré otra vez,

y cuyos efectos hubieron de intensificarlos hasta producir una parálisis y anestesia de ambas piernas. Análogamente sucede con los dolores en los brazos, que comenzaron, simultáneamente a los que dice sentir en

---

no vaya usted a decir que no hago lo que me dice». Ante estas objeciones, renuncié aparentemente a mi propuesta, pero en la hipnosis siguiente la sugerí que me hablase, como si ahora fuese idea suya, de los baños fríos, diciéndome que había reflexionado y quería probar, etc. Así sucedió, en efecto, al día siguiente, en el cual la enferma me expuso todos los argumentos que en favor del baño frío había yo antes aducido, cediendo yo a sus deseos sin mostrar entusiasmo ninguno. Pero al día siguiente al baño, la encontré, en efecto, profundamente malhumorada. «¿Por qué está usted hoy así?»—«Ya lo sabía yo. Siempre que tomo un baño frío me pasa lo mismo».—«Pues usted misma me pidió permiso para tomarlo. Ahora ya sabemos que le sienta mal y volveremos a los baños templados».—En la hipnosis la pregunto luego: «¿Ha sido verdaderamente el baño frío lo que le ha puesto a usted de tan mal humor?»—«Nada de eso. El baño frío no tiene nada que ver con mi estado de ánimo. Lo que pasa es que he leído esta mañana en el periódico, que en Santo Domingo ha estallado una revolución, y como siempre que en dicha isla hay disturbios corren peligro los blancos, temo por un hermano mío allí residente, que ya nos ha producido grandes preocupaciones». Con esto quedó definitivamente zanjado entre nosotros el asunto y la enferma siguió tomando el baño frío durante varias semanas sin volver a atribuirle efectos desagradables.

Se me concederá sin dificultad, que este ejemplo es también típico por lo que respecta a la conducta de muchos neurópatas ante la terapia prescrita por el médico. Cualquiera que sea la causa que un día determinado haga surgir un cierto síntoma, el enfermo se inclina siempre a derivar dicho síntoma de la última prescripción o influencia médica. De las dos condiciones necesarias para el establecimiento de tales falsas conexiones, una de ellas, la desconfianza, nos parece existir siempre, y la otra, la disociación de la conciencia, es sustituída por el hecho de que la mayoría de los neurópatas no tiene, en parte, conocimiento de la verdadera causa (o por lo menos de la causa ocasional) de su padecimiento, y en parte rehuye intencionadamente dicho cono-

la nuca, una vez que se hallaba asistiendo a un enfermo. Sobre los dolores en la nuca me dice que sucedieron a singulares estados de intranquilidad y mal humor y consisten en una sensación de «presión helada»

---

cimiento, por serle desagradable recordar lo que de culpa personal hay en su dolencia.

Pudiera opinarse que las condiciones psíquicas señaladas en los neurópatas distintos de los histéricos—la ignorancia o el desconocimiento voluntario—habían de ser más favorables para el establecimiento de una falsa conexión, que la existencia previa de una disociación de la conciencia, la cual sustrae, sin embargo, a la conciencia, material propio para la relación causal. Pero esta disociación sólo raras veces es completa. Casi siempre llegan hasta la conciencia ordinaria fragmentos del complejo subconsciente de representaciones, y precisamente estos fragmentos son los que dan ocasión a tales perturbaciones. Por lo corriente, es la sensación general enlazada al complejo—angustia, tristeza, etc.—la que se hace sentir conscientemente, como en el ejemplo relatado, y el sujeto se ve llevado por una especie de «coerción asociativa», a enlazarla con un complejo de representaciones dado en su conciencia.

Otras observaciones realizadas por mí no hace mucho, en un distinto sector, me han probado el poderío de una tal «coerción asociativa». Durante varias semanas hube de abandonar mi lecho habitual y acostarme en otro más duro, en el cual soñé quizá más, o con mayor vivacidad que de costumbre, o por lo menos, me fué imposible dormir con la profundidad normal. Resultó, así, que en el cuarto de hora siguiente al despertar, tenía presentes todos los sueños de la noche y los ponía por escrito para intentar su interpretación, consiguiendo, entre otras cosas, referir los sueños de esta temporada, en su totalidad, a dos factores: 1.° A la necesidad de elaborar aquellas representaciones de las cuales sólo fugitivamente me había ocupado durante el día, sin agotarlas; y 2.°, a la imposición de enlazar entre sí los elementos dados en el mismo estado de conciencia. Lo insensato y contradictorio de los sueños dependía de la libre actividad del último de estos dos factores.

En otra paciente, Cecilia M., de la cual llegué a adquirir un conocimiento más profundo que de ninguna otra de las aquí

en la nuca, rigidez y frío doloroso de las extremidades, incapacidad de hablar y postración. Suelen durarle de seis a doce horas. Mis tentativas de reducir este complejo de síntomas a una reminiscencia, fallan

---

mencionadas, he podido comprobar que el estado de ánimo correspondiente a un suceso y el contenido del mismo pueden entrar regularmente en una distinta relación con la conciencia primaria. Esta enferma me ha proporcionado las pruebas más numerosas y convincentes de la existencia del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos que aquí postulamos, pero desgraciadamente nos es imposible comunicar, por motivos particulares, su historial clínico. Cecilia M., se hallaba últimamente en un singular estado histérico, que seguramente no constituye un caso único, aunque no tengo noticia de que haya sido observado nunca, estado que podríamos calificar de «psicosis histérica de extinción».—La paciente había sufrido numerosos traumas psíquicos y padecido durante muchos años una histeria crónica con muy diversas manifestaciones. Los motivos de todos estos estados le eran desconocidos; su memoria, espléndida en general, mostraba singulares lagunas, y ella misma se lamentaba de que su vida se le aparecía como fragmentada. Un día surgió de repente en ella una antigua reminiscencia, con toda la plasticidad y toda la intensidad de una sensación nueva, y a partir de este momento, vivió de nuevo, durante cerca de tres años, todos los traumas de su vida—entre ellos, algunos que creía olvidados desde mucho tiempo atrás y otros jamás recordados—padeciendo terriblemente a través de este período, en el que volvieron a presentársele todos los síntomas que había sufrido en tiempos anteriores. Esta «extinción de antiguas deudas» comprendía un período de treinta y tres años y permitió descubrir la determinación, a veces muy complicada, de todos sus estados. Sólo se lograba procurarle algún alivio dándole ocasión de desahogar verbalmente, en la hipnosis, con las correspondientes manifestaciones afectivas y somáticas, la reminiscencia que precisamente la atormentaba, y cuando yo no podía hallarme presente en tales momentos y tenía que hablar delante de una persona ante la cual se avergonzaba de dar libre curso a sus emociones, sucedió algunas veces, que relataba a tal persona la reminiscencia con toda tranquilidad y reservaba para la siguiente sesión de

por completo, siendo contestadas negativamente las preguntas, a dicho fin encaminadas, sobre si su hermano al que asistió en ocasión de hallarse delirando, la cogió alguna vez por la nuca. En definitiva, no sabe de donde provienen tales ataques (1).

---

hipnosis el llanto y las manifestaciones que hubieran debido acompañar su relato. Después de una tal limpieza en la hipnosis, se sentía, durante algunas horas, bien y dueña de sí. Pero al cabo de algún tiempo, surgía la reminiscencia siguiente, que enviaba delante de ella, a manera de avanzada, el estado de ánimo correspondiente. La enferma se sentía irritable, angustiada o desesperada, sin sospechar jamás, que aquel estado de ánimo no pertenecía al presente sino a algo que iba a surgir en ella en momentos posteriores. En el intervalo, establecía regularmente una falsa conexión, que defendía con gran tenacidad hasta la hipnosis. Así, me recibió un día con la pregunta: «¿No cree usted que soy una infame? ¿No es una señal de infamia el haberle dicho a usted ayer aquello?» Lo que el día anterior me había dicho no podía justificar en modo alguno tal juicio y así lo comprendió la paciente misma después de corta discusión, pero la hipnosis siguiente hizo surgir una reminiscencia relativa a un suceso que doce años atrás la había hecho dirigirse violentos reproches, a los que tampoco reconoce ahora gran justificación.

(1) Reflexiones posteriores me han llevado a suponer que tales «calambres en la nuca», según los denominaba la enferma, debían de ser estados orgánicamente condicionados, análogos a la jaqueca. En la práctica, observamos muchos otros estados de este género, no descritos aún y cuya singular coincidencia con el clásico ataque de hemicrania nos inclina a ampliar el concepto de esta última. Sabido es que muchas mujeres neurópatas suelen enlazar con el ataque de hemicrania, ataques histéricos (contracciones y delirios). Siempre que la señora Emmy de L., sufría de dolores en la nuca, tenía al mismo tiempo un ataque de delirio.

Por lo que respecta a los dolores en los brazos y en las piernas, opino que se trataba de uno de aquellos casos, no muy interesantes pero sí frecuentes, de determinación por coincidencia casual. La paciente los padecía durante una época de excitación

Por la tarde la encuentro muy contenta y dando muestras de un excelente humor. Lo del ascensor—me dice—no era como antes me lo había contado. Luego me dirige una serie de preguntas en las que no hay nada patológico. Ha tenido fuertes dolores en la cara, en la mano por la parte del pulgar y en la pierna. Cuando había estado sentada mucho tiempo o mirando fijamente algún punto, sentía rigidez y dolor en en los ojos. El intento de levantar algún objeto pesado le producía dolores en los brazos—. El reconocimiento

---

en la que se hallaba asistiendo a un enfermo, y como la fatiga se los hiciese sentir más intensamente que nunca, tales dolores, al principio sólo casualmente asociados a aquellos sucesos, fueron repetidos luego en su recuerdo como símbolo somático del complejo de asociación. Más adelante expondré varios otros ejemplos de este proceso. Probablemente, tales dolores fueron en un principio, reumáticos, o sea, para dar un sentido preciso a esta palabra tan impropiamente empleada con frecuencia, pertenecientes a aquel género de dolores que residen sobre todo en los músculos, permiten observar en éstos una intensa sensibilidad a la presión y una modificación de su consistencia, se manifiestan con máxima intensidad después de un largo reposo o inmovilidad de la extremidad correspondiente—por la mañana—, mejoran mediante la repetida ejecución del movimiento doloroso y pueden hacerse desaparecer por medio del masaje. Estos dolores miógenos, muy frecuentes en todos los individuos, adquieren gran importancia en los neurópatas. Son considerados por ellos, con el apoyo de los médicos, que no tienen la costumbre de examinar el músculo ejerciendo presión sobre él, como dolores nerviosos, y proporcionan el material de un número indeterminado de neuralgias histéricas, etc. Sobre la relación de este padecimiento con la disposición a la gota sólo diré aquí breves palabras. La madre y dos hermanas de mi paciente habían padecido mucho de gota (o de reumatismo agudo). Parte de los dolores de que ella se quejaba debían de poseer también este carácter, pero no puedo asegurarlo, pues por entonces no tenía yo práctica ninguna en el diagnóstico de tales estados musculares.

de la pierna derecha revela sensibilidad relativamente buena del muslo, intensa anestesia de la rodilla para abajo y menor en la región de los riñones.

En la hipnosis, me dice que de cuando en cuando, tiene aún representaciones angustiosas, tales como las de que sus hijas pueden enfermar y morir prematuramente, o que a su hermano, ahora en viaje de novios, puede ocurrirle algún accidente o morírsele su mujer, pues todos los hermanos han tenido la desgracia de enviudar pronto. Se ve que abriga aún otros temores, pero no logro hacérselos revelar. La reprocho aquella necesidad que siente de angustiarse aunque no exista motivo alguno para ello, y me promete no hacerlo más «porque yo se lo pido». Siguen otras sugestiones relativas a los dolores que sufre, etc.

16 de Mayo. Ha dormido bien. Se queja aún de dolores en la cara, brazos y piernas, pero está contenta y de buen humor. Faradización de la pierna anestésica.

Por la tarde. La encuentro muy sobresaltada.—«Me alegro mucho que venga usted. Estoy muy asustada».—Muestra todas las señales de espanto: «tic» y tartamudez. Antes de la hipnosis, la hago relatarme lo que le ha sucedido, y extendiendo hacia mí sus manos crispadas, en una magnífica personificación del terror, me dice: «Estando en el jardín, una rata monstruosa ha saltado de repente por encima de mi mano, desapareciendo luego. Por todas partes surgían y desaparecían ratas y ratones. (Ilusión producida quizá por los juegos de sombras).—En los árboles había también muchos ratones.—¿No oye usted piafar a los caballos en el circo?—Ahí al lado se queja un señor. Debe de tener dolores, de resultas de la operación.—¿Estoy quizá en Ruegen? Allí tenía una estufa

parecida.—Perdida en la multitud de pensamientos que por su imaginación cruzaban, se esforzaba en fijar, en medio de su confusión, el presente. No sabe contestar a mis preguntas sobre cosas actuales, por ejemplo, a la de si sus hijas habían estado con ella.

En la hipnosis, intento deshacer la confusión de este estado.

Hipnosis. —¿De qué se ha asustado usted? —Me repite la historia de los ratones, dando nuevas muestras de espanto, y agrega que luego, al subir la escalera, había en ella un animal repugnante, que desapareció al acercarse, ante su paso. La declaro que todo aquello son alucinaciones y le reprocho su miedo a los ratones, indicándole que es propio de los alcohólicos (que le inspiran gran repugnancia). Luego le cuento la leyenda del obispo Hatto, que ella conoce ya, a pesar de lo cual la oye dando muestras de espanto. —¿Cómo se le ha ocurrido a usted hablarme del circo?— Dice que oye perfectamente cómo piafan los caballos en el establo, enredándose las manos en los ramales, cosa que puede hacerles caer y herirse gravemente. Cuando esto pasaba, solía Juan ir al establo a desatarlos. —Le discuto la proximidad del establo y niego que haya podido oir quejarse al vecino. Luego la pregunto si sabe dónde está. —Ahora lo sabe, pero antes creía estar en Ruegen. —¿Cómo ha podido creer tal cosa? —Antes, han hablado de que en el jardín había un sitio muy caluroso y esto le ha hecho recordar la terraza de Ruegen, desprovista, en absoluto, de sombra. —¿Qué recuerdos penosos tiene usted de su estancia en Ruegen? —Padeció allí terribles dolores en brazos y piernas, se perdió entre la niebla en varias excursiones, fué dos veces perseguida por un toro, etc. —¿Cómo ha tenido usted hoy

este ataque? —Ha escrito muchas cartas. Se ha pasado tres horas escribiendo y esto le ha cargado la cabeza. —Puedo, por lo tanto, suponer que la fatiga ha provocado el ataque de delirio, cuyo contenido ha quedado determinado por reminiscencias surgidas al estímulo de ciertas analogías de lugar, tales como la parte soleada del jardín, etc. —Repito los consejos de costumbre y la dejo adormecida.

17 de Mayo. Ha dormido muy bien. En el baño de salvado prescrito para hoy, ha gritado varias veces, pues las partículas de salvado se le antojaban gusanos. Esto lo sé por la enfermera, pues ella rehuye contármelo. Se muestra satisfecha y alegre, pero se interrumpe frecuentemente con gritos inarticulados y gestos de espanto, tartamudeando más que en los últimos días. Ha soñado que andaba sobre un suelo plagado de sanguijuelas. Durante la noche anterior había tenido también horribles sueños, en los que se veía obligada a amortajar varios cadáveres y colocarlos en sus ataúdes. Pero no podía decidirse nunca a cerrar la tapa de los mismos. (Seguramente una reminiscencia de la muerte de su marido). Cuenta luego que en su vida le han sucedido numerosas aventuras con animales, la más terrible una vez que encontró un murciélago en su tocador y tuvo que salir del cuarto a medio vestir. Su hermano le regaló por aquella ocasión un imperdible que figuraba un murciélago, para curarla de su miedo, pero no pudo ponérselo jamás.

Hipnosis. Su miedo a los gusanos procede de una vez que le regalaron una almohadilla para clavar alfileres y al ir a utilizarla vió salir de ella multitud de pequeños gusanos nacidos de la humedad del salvado que la rellenaba. (¿Alucinación? Quizá realidad). La pido me cuente más historias de animales. Una vez

que iba de paseo con su marido por un parque, vieron que el camino que conducía al estanque se hallaba cubierto de sapos y tuvieron que dar la vuelta. Ha tenido épocas en las que no se atrevía a dar la mano a nadie. de miedo a que al hacerlo se convirtiese en un animal repugnante, caso que ya había sucedido muchas veces. Intento libertarla de su miedo a los animales nombrándole gran cantidad de ellos uno por uno y preguntándole cada vez si aquél le daba miedo. Unas veces me contesta negativamente, y otras: «No debo asustarme». (1). La pregunto por qué ha tartamudeado y mostrado tanto sobresalto ayer y hoy.—«Eso lo hago siempre que tengo miedo» (2).—¿Y por qué tenía usted ayer tanto miedo?—Estando en el jardín, ha pensado en muchas cosas que la preocupan. Entre ellas, en cómo podría evitar una posible recaída cuando yo diera por terminado el tratamiento.—La repito las tres razones que tiene para hallarse más esperanzada y que ya le he indicado en la vigilia: 1.ª Que está ya mejor y tiene una mayor resistencia; 2.ª Que se acostumbrará a hablar tranquilamente a una persona que se halle a su lado; y 3.ª Que una porción de cosas que ahora

(1) No era éste un buen método. Hubiera debido profundizar más.

(2) La referencia de la tartamudez y del castañeteo a los dos traumas iniciales no los hizo desaparecer por completo, aunque sí disminuyó notablemente su frecuencia. La misma enferma dió la explicación de este resultado incompleto del tratamiento. Se había acostumbrado a tartamudear y castañetear la lengua cada vez que se asustaba, y de este modo, tales síntomas acabaron por no depender exclusivamente de los traumas iniciales, sino de una larga cadena de recuerdos con ellos asociados, recuerdos que yo no me ocupé de borrar. Es éste un caso muy frecuente, que aminora la elegancia e integridad del rendimiento terapéutico del método catártico.

le preocupan y apenan, le serán luego indiferentes.— Además, le ha preocupado no haberme dado ayer las gracias por mi última visita y el pensamiento de que habiendo empeorado en estos días, acabará por hacerme perder la paciencia. Así mismo, le ha impresionado mucho oir cómo uno de los médicos de la casa preguntaba a un señor, en el jardín, si se sentía ya con valor para operarse. La mujer del interrogado se hallaba presente y debió de pensar, como ella, que aquella tarde podía ser la última del pobre enfermo. Después de este relato parece desvanecerse su malestar (1).

Por la tarde se muestra muy serena y satisfecha. La hipnosis no revela nada importante. Me dedico al tratamiento de los dolores musculares y a restablecer la sensibilidad de la pierna derecha, cosa que logro fácilmente en la hipnosis. Pero al despertar vuelve la anestesia, aunque algo menor. Antes de dar por terminada mi visita, me expresa su asombro por no haber tenido desde hace muchos días los dolores en la nuca, que surgían antes siempre que el tiempo amenazaba tormenta.

18 de Mayo. Esta noche ha dormido como hacía muchos años que no lo conseguía, pero desde la hora del baño se queja de frío en la nuca, tirantez y dolores en la cara, manos y pies. Su rostro aparece contraído y crispadas sus manos. La hipnosis no

(1) Observé aquí por vez primera algo que luego he tenido múltiples ocasiones de comprobar, esto es, que en la solución hipnótica de un delirio histérico reciente, invierte el enfermo el orden cronológico de los acontecimientos, narrando primero las impresiones y asociaciones más recientes y de menos importancia y no llegando sino al final, a la impresión primaria, probablemente la de mayor importancia causal.

revela ningún contenido psíquico de este estado, que consigo luego aliviar, despierta ya la paciente, por medio del masaje (1).

Espero que el precedente extracto de la crónica de las tres primeras semanas de tratamiento bastará para ofrecer al lector un cuadro evidente del estado de la enferma, de la naturaleza de mi labor terapéutica y de sus resultados. Completaré ahora el historial clínico.

El delirio histérico últimamente descrito fué también la última perturbación importante del estado de la se-

---

(1) Así, pues, su asombro del día anterior por no haber tenido «calambres en la nuca», hacía mucho tiempo, era una anticipación de dicho próximo estado, que ya se preparaba y era advertido por lo inconsciente. Esta forma singular de la anticipación era en la otra enferma a que antes nos referimos—Cecilia M.—algo habitual y corriente. Siempre que sintiéndose bien, me decía: «Hace ya muchas noches que no me da miedo de las brujas», o «Estoy contentísima de que no me hayan vuelto a doler los ojos», podía estar seguro de que a la noche siguiente no podría la enfermera apartarse de su lado, para tranquilizar en lo posible su horrible miedo a las brujas, o de que el próximo estado comenzaría con el temido dolor. Se transparentaba, pues, aquello que ya estaba preparado en lo inconsciente, y la conciencia «oficial» (según la calificación de Charcot) exenta de toda sospecha, elaboraba la representación surgida como una rápida ocurrencia, convirtiéndola en una expresión de contento, inmediatamente contradicha por la realidad. Esta enferma, persona de gran inteligencia, a la que debo gran ayuda en la comprensión de los síntomas histéricos, me llamó por sí misma la atención sobre el hecho de que tales casos podían dar motivo a las conocidas supersticiones que pretenden no debe uno nunca vanagloriarse de su felicidad ni tampoco hablar de lo que teme. En realidad, sólo sabemos encarecer nuestra felicidad cuando ya nos acecha el infortunio, y expresamos la sospecha en forma de vanagloria porque en este caso, emerge el contenido de la reminiscencia antes que la sensación correspondiente, o sea porque en la conciencia existe un contraste satisfactorio.

ñora Emmy de N. Como yo no me dedicaba a buscar síntomas patológicos, sino que esperaba a que se presentasen o a que la enferma me comunicase un pensamiento temeroso, las hipnosis resultaron pronto improductivas y las utilicé en su mayor parte, para imbuirla enseñanzas que habían de perdurar siempre presentes en su pensamiento y evitar que al reintegrarse a su hogar cayera de nuevo en semejantes estados. Por entonces me hallaba por completo bajo el dominio de la obra de Charcot sobre la sugestión y esperaba de una tal influencia instructiva más de lo que hoy esperaría. El estado de mi paciente mejoró tanto en poco tiempo, que la sujeto aseguraba no haberse encontrado nunca mejor desde la muerte de su marido. A las siete semanas de tratamiento la autoricé a volver a su residencia en las orillas del Báltico.

Siete meses después, recibió noticias suyas el doctor Breuer. Su mejoría se había mantenido a través de varios meses, pero había acabado por sucumbir a una nueva conmoción psíquica. Su hija mayor, que ya durante su primera estancia en Viena, había imitado a la madre, presentando calambres en la nuca y leves estados histéricos, padecía principalmente de dolores al andar, provocados por una «retroflexio uteri», y por indicación mía, había ido a consultar al doctor N., uno de nuestros más reputados ginecólogos, el cual corrigió por medio del masaje la retroflexión indicada, librando a la enferma de sus molestias por algunos meses. Pero hallándose ya la familia en su residencia, volvieron aquéllas a presentarse, y la madre se dirigió a un ginecólogo de la cercana ciudad universitaria, el cual prescribió a la muchacha una terapia combinada, local y general, que la provocó una grave enfermedad nerviosa. Probablemente no fué esto sino la primera

manifestación de la disposición patológica de la muchacha, la cual tenía entonces diez y siete años, disposición que se evidenció un año después, en una modificación de su carácter. La madre, que había puesto a su hija en manos de los médicos con su habitual mezcla de obediencia y desconfianza, se hizo objeto de los más duros reproches al comprobar el mal resultado del tratamiento, y por un camino mental que yo no había sospechado, llegó a la conclusión de que el doctor N. y yo éramos responsables de la enfermedad de la muchacha, por haberla representado como leve su grave dolencia. En esta creencia, anuló, por medio de una enérgica volición, los efectos de mi tratamiento y cayó en seguida en los mismos estados de los que yo la había libertado. Un excelente médico de su región y el doctor Breuer, con el que comunicaba por escrito, consiguieron convencerla de nuestra inocencia, pero la animosidad surgida en esta época contra mí, perduró en ella a pesar de todo, en calidad de resto histérico, y declaró que le era imposible volver a ponerse en mis manos. Siguiendo el consejo del médico al que antes aludimos, ingresó en un sanatorio de Alemania del Norte, y por indicación de Breuer comuniqué yo al director de dicho establecimiento, qué modificación de la terapia hipnótica se había demostrado eficaz en aquel caso.

Esta tentativa de transferencia fracasó por completo. La enferma pareció no entenderse desde un principio con el médico, se agotó en una tenaz resistencia contra todo lo que con ella se emprendía, perdió el apetito y el sueño y no se repuso hasta que una amiga suya, que iba a visitarla al sanatorio, la sacó de él casi subrepticiamente y se la llevó a su casa, donde la prodigó sus cuidados. Poco tiempo después, pre-

cisamente al año de su primera visita a mi consulta, volvió a Viena y se puso de nuevo en mis manos.

La encontré mucho mejor de lo que por sus cartas me había imaginado. Animada y exenta de angustiosos temores, mostraba conservar a pesar de todo, gran parte de mi obra terapéutica. Se quejaba principalmente de frecuente confusión mental o para decirlo con sus propias palabras, de tener «una tempestad en el cerebro». Además, padecía insomnios, se pasaba a veces llorando horas enteras y se entristecía al llegar una determinada hora de la tarde (a las cinco), esto es, a la hora en que solía visitar a su hija enferma, mientras ésta permaneció en un sanatorio. Tartamudeaba y castañeteaba la lengua con gran frecuencia, se retorcía las manos como si estuviese encolerizada, y cuando la pregunté si veía muchos animales, me respondió tan sólo: «¡Oh, calle usted!»

En mi primera tentativa de hipnotizarla, cerró enérgicamente los puños y gritó: «No quiero inyecciones de antipirina. Prefiero que no se me quite el dolor. No quiero ver al doctor R.; me es muy antipático». Se hallaba, pues, dominada por la reminiscencia de una hipnosis en el sanatorio en que últimamente había residido, y se tranquilizó en cuanto la transferí a su situación presente.

Al principio mismo del tratamiento realicé un descubrimiento muy instructivo. Preguntada la paciente desde cuándo había vuelto a tartamudear, me respondió que desde un susto que había recibido aquel invierno, hallándose en D. Un camarero de la fonda en que habitaba se había escondido en su cuarto. En la oscuridad, creyó ella que se trataba de un gabán caído de una percha, y al ir a cogerlo, se alzó de repente ante ella el intruso. Una vez borrada por sugestión

esta imagen mnémica, no volvió a tartamudear sino imperceptiblemente ni en la hipnosis ni en la vigilia, pero movido yo por no sé qué impulso, me propuse someter el buen resultado obtenido a una prueba definitiva, y al volver aquella tarde, la pregunté, aparentando la mayor inocencia, cómo había de hacer, al irme dejándola dormida, para cerrar la puerta de manera que nadie pudiese penetrar en la habitación. Con gran sorpresa mía se sobresaltó extraordinariamente al oir lo que antecede, comenzó a castañetear los dientes y retorcerse las manos, e indicó que en D. había recibido un susto de este género, pero no pude conseguir que me lo relatara. Sin embargo, pude observar que se trataba del mismo suceso que me había narrado por la mañana en la hipnosis y que yo creía haber borrado de su pensamiento. En la hipnosis siguiente me hizo ya un relato más detallado y fiel del mismo. Una tarde que paseaba presa de gran excitación por los pasillos de la fonda, halló abierta la habitación de la camarera que la servía y quiso entrar para sentarse allí un momento. La camarera intentó evitarlo, pero ella no hizo caso y al entrar vió junto a la pared un bulto oscuro que luego resultó ser un hombre. Lo que movió a la enferma a hacerme un relato inexacto de esta pequeña aventura fué, sin duda, su matiz erótico. Pero de este modo, me reveló que los relatos hechos por los enfermos en la hipnosis, carecían, cuando eran incompletos, de todo efecto curativo, y a partir de este día me fuí habituando a ver en el rostro de los pacientes, cuándo me silenciaban una parte esencial de su confesión.

La labor que ahora había de llevar a cabo con esta enferma, era la de anular, por medio de la sugestión hipnótica, las impresiones desagradables que había recibido durante el tratamiento de su hija y durante su

propia estancia en el sanatorio alemán. Se hallaba colmada de ira contra el médico de dicho establecimiento, que la había obligado, en la hipnosis, a deletrear la palabra «sapo», y me hizo prometerla que jamás la haría pronunciar tal palabra. En este punto, me permití utilizar la sugestión un poco en broma, único abuso de la hipnosis, bien inocente por cierto, de que he de acusarme con esta paciente, asegurándola que su estancia en X. quedaría en adelante tan alejada de su memoria, que ni siquiera recordaría bien el nombre de dicha localidad, dudando cada vez que quisiera pronunciarlo, entre Valle..., Monte..., Bosque... y otros comienzos análogos. Así sucedió en efecto, y pronto fué su vacilación al pronunciar tal nombre, la única perturbación que se podía observar en el habla de la paciente, hasta que obedeciendo a una observación del Dr. Breuer, la liberté de esta forzada paramnesia.

Mayor tiempo que con los restos de estos sucesos tuve que luchar con los estados que la enferma describía diciendo sentir una «tempestad en el cerebro». La primera vez que la vi en un tal estado, yacía sobre un diván con el rostro contraído, el cuerpo en constante inquietud, apretándose la frente entre las manos y repitiendo perdidamente el nombre «Emmy», que era el suyo y el de su hija mayor. En la hipnosis, explicó que aquel estado constituía la repetición de los muchos ataques de desesperación que solían acometerla durante la enfermedad de su hija, después de largas horas de meditar en vano cómo sería posible remediar el fracaso del tratamiento. Cuando entonces comenzaba a sentir que sus ideas se embrollaban, se habituó a repetir en alta voz el nombre de su hija, sirviéndose de él como de un punto de apoyo para recobrar su lucidez, pues por aquellos días en los que el estado de

su hija la imponía nuevos deberes y sentía que la nerviosidad volvía a dominarla, se había propuesto que lo que se refiriera a aquella hija debía ser respetado por su confusión mental, aunque todo lo demás sucumbiese a ella.

Al cabo de algunas semanas quedaron también dominadas estas reminiscencias y la paciente recobró la salud, pero a instancias mías permaneció aún algún tiempo en observación. Próximo ya el día señalado para su partida de Viena sucedió algo que relataré detalladamente, por arrojar viva luz sobre el carácter de la enferma y sobre la génesis de sus estados.

Un día que fuí a visitarla a la hora del almuerzo, la sorprendí en el momento en que arrojaba al jardín —donde lo recogieron los hijos del portero—un objeto envuelto en papeles. Interrogada, confesó que era el postre lo que así tiraba todos los días. Este descubrimiento me llevó a inspeccionar los demás restos de su almuerzo, comprobando que se lo había dejado casi todo. Preguntada por qué comía tan poco, me respondió que no acostumbraba a comer más y que le haría daño, pues era lo mismo que su difunto padre, el cual se mantuvo siempre extremadamente sobrio. Al enterarme luego de lo que bebía, me contestó que sólo toleraba líquidos de cierta consistencia, tales como la leche, el café, el cacao, etc., y que siempre que bebía agua natural o mineral se le estropeaba el estómago. Todo esto presentaba el sello inconfundible de una elección nerviosa. Efectué un análisis de orina y la encontré muy concentrada.

Consideré, pues, conveniente, aconsejarla que bebiese más agua y me propuse aumentar también su alimentación. No se hallaba excesivamente delgada, pero de todos modos, me pareció deseable algo de sobreali-

mentación. Pero cuando en mi visita siguiente, la prescribí un agua mineral alcalina y la prohibí que arrojase al jardín el postre, se excitó visiblemente y me dijo: «Lo haré porque usted me lo manda, pero desde ahora le aseguro que me sentará mal, pues es contrario a mi naturaleza y ya a mi padre le pasaba lo mismo». En la hipnosis la pregunté luego por qué no podía comer más ni beber agua, contestándome ella, de muy mal humor, que lo ignoraba. Al día siguiente, me comunicó la enfermera que la paciente había comido bien, sin dejarse nada, y bebido un vaso entero de agua alcalina. Pero al entrar a verla, la encontré tendida en el diván, profundamente malhumorada, y quejándose de dolor de estómago. «¿No se lo dije a usted? Ya hemos perdido todo lo que tanto trabajo nos ha costado conseguir. Me he estropeado el estómago como siempre que bebo agua o tomo más alimento que de costumbre. Ahora tendré que estar a dieta seis u ocho días hasta poder volver a tolerar la comida». La aseguré que no tendría que ponerse a dieta, pues era imposible que un poco más de alimentación y un vaso de agua alcalina la estropeasen el estómago. Los dolores eran una consecuencia del miedo con el que había comido y bebido. Pero esta explicación mía no debió causarla impresión ninguna, pues cuando después quise dormirla, fracasó la hipnosis por vez primera, y en la colérica mirada que me dirigió, reconocí que se hallaba en rebelión completa contra mí y que la situación era harto grave. Renunciando a la hipnosis, la anuncié que la daba veinticuatro horas para reflexionar y convencerse de que sus dolores de estómago no provenían sino de su miedo. Transcurrido dicho plazo la preguntaría si continuaba opinando que un vaso de agua mineral y una modesta comida podían estropear-

le el estómago para ocho días, y si me contestaba afirmativamente, daría por terminada mi misión facultativa acerca de ella y la rogaría se encomendase a otro médico. Esta pequeña escena contrastó intensamente con el tono general de nuestras relaciones, fuera de ella muy amistosas.

Veinticuatro horas después la encontré humilde y dócil. A mi pregunta de cuál era su opinión sobre el origen de sus dolores de estómago, me respondió, incapaz de fingimiento: «Creo que son consecuencia de mi miedo, pero sólo porque usted me lo asegura así». Inmediatamente, la hipnotizo y la pregunto de nuevo: «¿Por qué no puede usted comer más?»

La respuesta siguió en el acto y consistió en una serie cronológicamente ordenada de motivos dados en su memoria: «Siendo niña, me negaba a veces, por puro capricho, a comer la carne que me servían. Mi madre se mostraba siempre muy severa en tales ocasiones, y como castigo, me hacía comer dos horas después, lo que me había dejado, sin calentarlo ni cambiarlo de plato. La carne estaba entonces fría y la grasa se había solidificado en derredor (repugnancia)... Aún veo ante mí el tenedor que mi madre me hacía coger... Una de sus púas estaba algo doblada. Cuando ahora me siento a la mesa, veo siempre delante el plato con la carne fría y la grasa solidificada. Muchos años después viví con un hermano mío, oficial del ejército, que padecía una terrible enfermedad. Yo sabía que era contagiosa y tenía un miedo horrible de equivocarme y usar sus cubiertos (terror), pero sin embargo, comía con él, para que nadie advirtiera que estaba enfermo. Poco después, hube de asistir a otro hermano mío, tuberculoso. Durante su enfermedad comíamos junto a su lecho, y a su lado, encima de la

mesa tenía siempre una escupidera (terror), en la cual escupía por encima de los platos. Todo esto me causaba terrible repugnancia a la que no podía dar expresión por temor a ofender a mi hermano. Ahora, cuando me siento a comer, veo ante mí la escupidera de entonces y me da asco». Después de borrar todas estas reminiscencias motivo de asco, la pregunté por qué no podía beber agua. Su respuesta fué, que teniendo diez y siete años, pasó en Munich algunos meses con su familia, padeciendo casi todos ellos catarros intestinales, debidos a las malas condiciones de potabilidad del agua natural. Todos curaron pronto, menos ella que permaneció enferma bastante tiempo, no obstante haber sustituído el agua natural por agua mineral. Al recomendarla el médico tal sustitución, pensó ya que no iba a servirle de nada. Desde esta época volvió a padecer innumerables veces tal intolerancia con relación al agua natural y mineral.

El efecto terapéutico de esta investigación hipnótica fué inmediato y duradero. La enferma cesó en su propósito de guardar dieta durante ocho días y ya al siguiente comió y bebió sin preocupación ni trastorno ulterior alguno. Dos meses después, me escribía: «Como muy bien y he engordado mucho. Del agua mineral que usted me prescribió, he bebido ya cuarenta botellas. Dígame si debo seguir bebiéndola».

Un año después, vi a la paciente en su finca de X. Su hija mayor, aquella cuyo nombre solía repetir en sus estados de «tempestad en el cerebro», entró por esta época en una fase de desarrollo anormal, mostrando un desmesurado amor propio, desproporcionado a sus escasas dotes, y tornándose rebelde e incluso agresiva para con su madre. Yo poseía aún la confianza de esta última y fuí llamado por ella, para

dar mi opinión sobre el estado de su hija. La transformación psíquica de la muchacha me produjo mala impresión, tanto más, cuanto que para establecer mi pronóstico había de tener en cuenta que todas las hermanastras de la muchacha (hijas de un primer matrimonio de su padre) habían sucumbido a la demencia paranoica. En la familia de su madre tampoco faltaban individuos neurópatas, aunque ninguno de los miembros más cercanos a ella sufriera una psicosis declarada. La madre, a la que manifesté claramente mi opinión, la acogió serena y comprensivamente. Había recobrado sus fuerzas, presentaba un aspecto floreciente, y durante los nueve meses transcurridos desde la terminación del tratamiento había gozado de buena salud, sólo perturbada por algunos dolores en la nuca y otros pequeños trastornos. Durante los días que en esta ocasión pasé en su casa fué cuando pude darme buena cuenta de la extensión de sus ocupaciones, deberes e intereses intelectuales. Una conversación con el médico que allí solía asistirla me demostró también que había acabado por reconciliarse con nuestra profesión.

La enferma había mejorado extraordinariamente, pero los rasgos fundamentales de su carácter habían variado poco, a pesar de todas mis sugestiones instructivas. No parecía haber aceptado mi proposición de establecer una amplia categoría de «cosas indiferentes», y su tendencia a atormentarse por nimiedades era apenas menor que durante el tratamiento. Su disposición histérica no había reposado tampoco durante este tiempo. Así, se quejaba de que durante los últimos meses se le había manifestado una incapacidad de resistir largos viajes en ferrocarril, y una rápida y forzada tentativa de disipar tal incapacidad no reveló sino diversas impresiones desagradables, exentas de

importancia, experimentadas por la sujeto en sus últimos viajes a X. y sus alrededores. Pude observar también, que en la hipnosis no se mostraba tan dócil como antes, y ya por este tiempo surgió en mí la sospecha de que estaba en vías de sustraerse nuevamente a mi influencia y de que la secreta intención de su incapacidad de viajar era la de impedirla acudir otra vez a mi consulta en Viena.

En estos días, fué también cuando se lamentó de haber observado en su memoria, lagunas que se referían «precisamente a los sucesos más importantes de su vida», afirmación de la cual deduje que mi labor terapéutica de hacía dos años había ejercido sobre la paciente una profunda y duradera influencia. Paseando un día por un camino que llevaba desde la casa a una pequeña ensenada, me atreví a preguntarla si por allí solía haber muchos sapos. La respuesta fué una dura mirada de reproche, no acompañada, sin embargo, de signo alguno de terror, y luego: «Pues sí que los hay» —Durante la hipnosis, en la que me dediqué a desvanecer su repugnancia a los viajes en ferrocarril, se mostró ella misma insatisfecha de sus respuestas y expresó el temor de no obedecer ahora a mis sugestiones, tan dócilmente como antes. Decidí, pues, convencerla de lo contrario. Escribí algunas líneas en un papel y se lo entregué diciéndola: «En el almuerzo de hoy me servirá usted un vaso de vino, como ayer lo hizo. Luego, cuando me vea llevarme el vaso a los labios, me dirá usted: «Hágame el favor de servirme también vino» y al extender yo la mano hacia la botella, exclamará deteniéndome: «¡Déjelo! Prefiero no beber». En seguida, se echará usted mano al bolsillo y sacará y leerá el papel que ahora la entrego, el cual contiene estas mismas palabras». Esto era por la mañana,

y pocas horas después, se desarrolló, en el almuerzo, la escena descrita, sin que ninguno de los comensales advirtiera nada singular. La sujeto pareció luchar consigo misma al pedirme que la sirviera vino—jamás lo bebía—y después de volver de su acuerdo, con visible satisfacción, echó mano al bolsillo, sacó el papel en el que constaban las palabras antes transcritas, y moviendo perpleja la cabeza, me miró asombrada.

Desde esta visita a la señora de N. en Mayo de 1890, fueron haciéndose cada vez menos frecuentes sus noticias. Indirectamente, supe que el mal estado de su hija, fuente inagotable de penosas excitaciones para ella, acabó por dar al traste con su mejoría. Por último (1893), recibí una breve carta suya en la que me rogaba diese mi autorización para que la hipnotizase otro médico, pues se hallaba enferma de nuevo y no podía venir a Viena. Al principio no comprendí por qué precisaba de una tal autorización, hasta que recordé que en 1890, la había sugerido, a su demanda, la prohibición correspondiente, para evitarla el peligro de sufrir el penoso dominio de un médico que no la inspirara confianza ni simpatía, como sucedió con el del sanatorio de Monte... (Valle..., Bosque...) Así, pues, renuncié inmediatamente por escrito a mi exclusivo derecho anterior.

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 a 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 la personalidad y de la memoria durante el sonambulismo artificial; la anestesia de la extremidad dolorosa, ciertos datos de la anamnesia, 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 un 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 montante, 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 excitación» del trauma se transforma en síntomas pura-

mente somáticos. Esta peculiaridad de la histeria es la que ha constituído 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 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 conciencia 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 conciencia 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 del estado de ánimo (angustia, depresión melancólica), 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 to-

das 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 la arrojó un sapo muerto, lo que le produjo un ataque de contracciones histéricas; el miedo a las tormentas, por el sobresalto ya descrito, que dió origen 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 vió 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 la 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 p s í q u i c o s sólo pueden explicar, a mi juicio, la elección de las fobias, pero no su duración. Por lo que a ésta respecta, hemos de tener en cuenta un factor n e u r ó t i c o , o sea la circunstancia de que la paciente observaba desde años atrás una completa abstinencia sexual, motivo frecuentísimo de t e n d e n c i a a l a a n g u s t i a.

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 subrepticiamente 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 atrás, no ha disminuído, 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 la 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 incluída en el recuerdo del trauma, cargado de afecto no derivado. Con ejemplos tomados de la vida ordinaria, mostraba que una tal carga de una repre-

sentación por afecto no derivado trae siempre consigo una cierta medida de inaccesibilidad asociativa o sea de incompatibilidad con nuevas cargas (1).

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 afectos penosos de diversos sucesos traumáticos; así, la tristeza, el dolor (desde la muerte de su marido), la cólera (desde las persecuciones de que fué objeto por parte de la familia del muerto), la repugnancia (desde las comidas que se vió forzada a ingerir), el miedo (desde los múltiples acontecimientos terroríficos de que fué protagonista o testigo), etcétera; y 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 en Santo Domingo) atrae a la conciencia actual, trozo por trozo, los traumas, con todos sus afectos 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.

---

(1) Archives de neurologie, núm. 77, 1895.

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 lo contrario, incluso 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 era simplemente una manifestación, nada difícil de reconocer como tal, de sus estados de ánimo. Así, el 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, era la paciente 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 retorcía 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: «Estese 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

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 lo contrario, incluso 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 era simplemente una manifestación, nada difícil de reconocer como tal, de sus estados de ánimo. Así, el 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, era la paciente 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 retorcía 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: «Estese 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

desaparecer de una vez y por completo ambos síntomas, ello fué debido a que la catarsis sólo recayó sobre los tres traumas principales, sin extenderse a los secundariamente asociados (1).

---

(1) El lector experimentará quizá la impresión de que concedo excesiva importancia a los detalles de los síntomas y me pierdo en una innecesaria labor de interpretación. Pero he visto muy bien, que la determinación de los síntomas histéricos llega realmente a sus más sutiles matices y que nunca se peca por exceso atribuyendo a los mismos un sentido. Un ejemplo justificará por completo mi conducta en este sentido. Hace meses, asistía yo a una muchacha de diez y ocho años, en cuya complicada neurosis correspondía a la histeria buena parte. Lo primero que supe de ella fué que sufría accesos de desesperación, de dos distintos géneros. En los primeros, sentía tirantez y picazón extraordinarias en la parte inferior de la cara, desde las mejillas hasta la boca. En los segundos, estiraba convulsivamente los dedos de los pies y los agitaba sin descanso. Al principio no me sentía inclinado a adscribir significación alguna a estos detalles en los cuales hubieran visto, otros observadores anteriores a mí, una prueba de la excitación de centros corticales en el ataque histérico. Ignoramos, ciertamente, dónde se hallan los centros de tales parestesias, pero sabemos que estas últimas inician la epilepsia parcial y constituyen la epilepsia sensorial de Charcot. La agitación de los dedos de los pies quedó por fin explicada del modo siguiente: Cuando mi confianza con la enferma se hizo mayor, la pregunté un día cuáles eran los pensamientos que surgían en ella durante sus accesos, invitándola a que me los comunicase sin reparos, pues seguramente podía darme una explicación de aquellos fenómenos. La enferma se ruborizó intensamente, y sin necesidad de recurrir a la hipnosis, me dió las explicaciones que siguen, cuya realidad me fué confirmada por la institutriz que venía acompañándola. La muchacha había padecido, a partir de la presentación de los menstruos, y durante varios años, accesos de «cephalea adolescentium» que la impedían toda ocupación prolongada, retrasando así su educación intelectual. Libertada por fin, de este obstáculo, la muchacha, ambiciosa y algo ingenua, decidió trabajar con intensidad, para alcanzar a sus hermanas y antiguas compañeras. Con este pro-

La repetición del nombre «Emmy» en los accesos de confusión mental, que según las normas de los ataques histéricos, reproducían 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

---

pósito, realizó excesivos esfuerzos, que acabaron en violentas crisis de desesperación, al darse cuenta de que había confiado demasiado en sus fuerzas. Naturalmente, también se comparaba en lo físico, con otras muchachas, sintiéndose desgraciada cuando se descubría alguna inferioridad corporal. Atormentada por su marcado prognatismo, tuvo la singular idea de corregirlo, ejercitándose todos los días, largos ratos, en estirar el labio superior hasta cubrir por completo los dientes que sobresalían. La inutilidad de este pueril esfuerzo la produjo un acceso de desesperación, y a partir de este momento, la tirantez y la picazón de las mejillas pasaron a constituir el contenido de una de las dos clases de ataques que padecía —. No menos transparente era la determinación de los otros ataques en los que aparecía el síntoma motor consistente en la extensión y agitación de los dedos de los pies. Los familiares de la sujeto me habían dicho que el primero de estos ataques se desarrolló a la vuelta de una excursión por la montaña, y lo achacaban, naturalmente, a un exceso de fatiga. Pero la muchacha me relató lo siguiente: Entre las hermanas, era costumbre antigua burlarse unas de otras por el excesivo tamaño de sus pies. Nuestra paciente, a quien atormentaba este defecto de estética, intentaba siempre usar el calzado más pequeño posible, pero su padre se oponía a ello, anteponiendo la higiene a la estética. Contrariada la muchacha por esta imposición paterna, pensaba constantemente en ella y ad-

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

---

quirió la costumbre de estar moviendo siempre los dedos de los pies, dentro del calzado, como se hace cuando se quiere comprobar si el mismo está grande o demostrar a alguien que aún podría usarse uno mucho más chico, etc. Durante la excursión, que no la produjo fatiga ninguna, surgió la broma habitual entre las hermanas sobre el tamaño de sus pies, y una de ellas la dijo: «¡Hoy sí que te has puesto unas botas que te están grandes!» La muchacha probó a mover los dedos dentro de ellas, pues también tenía la idea de que podía llevar un calzado mucho menor, y a partir de este momento, no cesó en todo el día de pensar en su desgraciado defecto. Luego, al volver a casa, sufrió un ataque en el que por vez primera extendió y agitó convulsivamente los dedos de los pies, como símbolo mnémico de toda la serie de pensamientos desagradables que habían ocupado su imaginación.

Hemos de observar que se trataba de ataques y no de síntomas duraderos. Añadiremos, además, que después de esta confesión cesaron los ataques de la primera clase, continuando, en cambio, los de la segunda, o sea aquellos en los que la paciente agitaba sus pies. No debió, pues, de ser completa su confesión sobre este punto.

Mucho después, he sabido que la ingenua muchacha se preocupaba tanto de su estética, porque quería agradar a un joven primo suyo.

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 lo 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 conciencia 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 pude realizar—dominaban una disminución de la conciencia 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 ata-

que 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 uno de otro. Una sola vez me fué dado comprobar, durante este desequilibrio psíquico, un influjo de la conciencia normal, que perseguía el presente. Ello fué cuando me dió 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, me 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 atribuímos al estado normal de conciencia. 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, la 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 fué imposible hallar los nombres correspondientes a dos lugares de las mismas, sin que luego, en la hipnosis, lograse tampoco recordarlos. Entonces, la mandé que no pensase más en ellos, pues al día siguiente, cuando se ha-

llara en el jardín y fueran ya cerca de las seis, surgirían de repente en su memoria.

Al siguiente día, hablábamos 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 atenido 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 conciencia actual y otra potencial. Con frecuencia, sucedía también que al preguntarle yo en el sonambulismo, de dónde procedía un determinado fenómeno, arrugaba el entrecejo y contestaba tímidamente: «No lo sé». En estos casos, acostumbraba yo a decirla: «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 entonces 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 la 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 sugestiones no la 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 aducirla 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 descontenta en el rostro de la sujeto, y cuando al final, la 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 la 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 post-hipnótica. A mi juicio, no existe aquí contradicción alguna. En este terreno, había también de vencer, como siempre, la represen-

tación 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 una 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 (1).

---

(1) De esta interesante antítesis entre la más amplia obediencia hipnótica en todo lo que no se refiere a los síntomas patológicos y la tenaz persistencia de estos últimos, debida a su más profunda cimentación y a su inaccesibilidad al análisis, hemos hallado ulteriormente, en otro caso, un interesantísimo ejemplo. Habiendo sometido a tratamiento a una muchacha, muy viva e inteligente, que desde hacía año y medio padecía graves trastornos de la deambulación, llevábamos cinco meses sin obtener resultado positivo ninguno. La paciente presentaba analgesia y zonas dolorosas en las piernas, temblor rápido de las manos y andaba encorvada, con pasos pequeños y torpes, vacilando como si padeciese alguna lesión del cerebelo y cayendo al suelo con frecuencia. Su estado de ánimo era singularmente sereno y alegre. Una de nuestras autoridades médicas de entonces se había dejado inducir en error por este complejo de síntomas y había diagnosticado una esclerosis múltiple, pero otro facultativo se pronunció por la histeria, en favor de la cual abogaba, al principio de la enfermedad, la complejidad del cuadro patológico (dolores, desvanecimientos, amaurosis) y dirigió la paciente a mi consulta. Sin resultado alguno, no obstante ser la enferma un excelente sujeto hipnótico, intenté mejorar su estado por medio de la sugestión, el tratamiento local de las piernas durante la hipnosis, etc. Un día, al verla entrar vacilantemente en mi gabinete de consulta, del brazo de su padre y apoyándose en un paraguas cuya punta aparecía ya muy gastada, tuve un acceso de impaciencia, y una vez hipnotizada, la interpelé impetuosamente: «Esto no puede seguir así. Mañana por la mañana se le romperá el paraguas y tendrá usted que andar hasta su casa sin su auxilio, del cual prescindirá ya siempre en adelante». No sé cómo

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 quoi il n'y a pas d'hypnotisme». Aun hoy en día 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

---

pudo ocurrírseme la tontería de dirigir una tal sugestión a un paraguas, y en seguida me avergoncé de ella, sin sospechar que la misma paciente se encargaría de salvarme en la opinión de su padre, colega mío de Facultad, el cual me dijo al siguiente día: «¿Sabe usted lo que ha hecho mi hija esta mañana? Íbamos dando un paseo, y de pronto, se ha puesto a cantar alegremente, llevando el compás con el paraguas sobre las losas, con tanta fuerza, que ha terminado por romperlo». La enferma no tenía, naturalmente, la menor sospecha de que en aquella forma, había procurado, con gran ingenio, un completo éxito, a una sugestión desatinada. Cuando comprobé que el tratamiento hipnótico, con sus mandatos, enseñanzas y sugestiones, no aliviaba en lo más mínimo a la paciente, recurrí al análisis psíquico y la invité a comunicarme los estados de ánimo que habían precedido a la aparición de la enfermedad. Me relató entonces (en la hipnosis, pero sin excitación alguna), que poco antes de enfermar ella, había muerto un joven pariente suyo, al que se hallaba prometida. Pero como esta comunicación no modificó en nada su estado, al llegar la sesión de hipnosis siguiente, la expresé mi convicción de que la muerte de su primo no tenía relación ninguna con su enfermedad, debiendo de haber sucedido alguna otra cosa, que no me había comunicado. Ante estas palabras mías, inició la enferma una distinta confesión, pero se interrumpió en seguida, y su padre, que se hallaba sentado a sus espaldas, comenzó a sollozar amargamente. Como es natural, no quise continuar profundizando en la psiquis de la enferma, a la cual no he vuelto a ver desde aquel día.

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 en 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 construídas 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. Así, pues, no podemos aducir este caso como prueba de la eficacia terapéutica del método catártico. Sin embargo, hemos de manifestar que sólo conseguimos hacer desaparecer duraderamente aquellos síntomas con respecto a los cuales llevamos a cabo el análisis psicológico.

El resultado terapéutico fué, en general, muy considerable, pero poco duradero, pues dejó intacta la capacidad de la paciente para volver a enfermar bajo la

acción de nuevos traumas. Aquel que quiera emprender la curación definitiva de una tal histeria habrá de penetrar en la conexión de los fenómenos entre sí, más de lo que yo lo intenté. Emmy de N. entrañaba, desde luego, una tara neurótica hereditaria, pues sin una tal disposición es imposible, probablemente, enfermar de histeria. Ahora bien, tampoco tal disposición basta por sí sola para engendrar la histeria; son igualmente necesarios otros factores, que, además, han de ser adecuados. Así, pues, con la disposición habrá de concurrir una determinada etiología. Dijimos antes, que en el caso de Emmy de N., aparecían subsistentes los afectos de numerosos sucesos traumáticos y que una viva actividad mnémica hacía emerger tan pronto uno como otro de dichos traumas en la superficie psíquica. Ahora creemos poder ya indicar el motivo de la conservación de dichos afectos en este caso, conservación relacionada ciertamente con la disposición hereditaria de la enferma. Poseía ésta, en primer lugar, una naturaleza harto violenta, capaz de grandes apasionamientos, y sus sensaciones eran muy intensas. Pero, además, desde la muerte de su marido, vivía en un total aislamiento espiritual, y las persecuciones de que había sido objeto la habían tornado desconfiada y celosa de que nadie llegara a adquirir influencia sobre sus actos. Siendo muchos y muy espinosos sus deberes como madre de familia, desarrollaba la labor psíquica por los mismos exigida sin el auxilio de un solo consejero, amigo ni pariente, viendo, además, dificultada su tarea por su concienzuda escrupulosidad, por su tendencia a preocuparse y atormentarse, y en ocasiones, por su natural indecisión femenina. La retención de grandes magnitudes de excitación, es, por lo tan-

to, indiscutible en este caso, y se apoya tanto en las circunstancias particulares de la vida de la sujeto, como en su natural disposición. Así, era tan grande su repugnancia a comunicar a los demás sus asuntos propios, que cuando me invitó a pasar unos días con ella, en 1891, observé con asombro, que ninguna de las personas que la visitaban casi a diario sabía nada de su enfermedad ni de que yo la hubiera asistido en ella.

Las consideraciones que preceden no agotan el tema de la etiología de este caso de histeria. Pienso ahora, que debió de existir algún factor más, que habría provocado la explosión de la enfermedad en un momento dado, puesto que las circunstancias etiológicamente eficaces venían existiendo desde mucho tiempo atrás sin haber tenido tal consecuencia. Me parece así mismo singular, que en todas las confesiones íntimas que la paciente hubo de hacerme, faltara por completo el elemento sexual, más propio, sin embargo, que ningún otro, para dar ocasión a traumas. Como las excitaciones de este género no podían haberse desvanecido así, sin dejar resíduo ninguno, he de suponer que los relatos que oí de labios de la sujeto constituían una «editio ad usum delphini» de la historia de su vida. La paciente era en actos y palabras, de una absoluta castidad, sin fingimiento alguno al parecer, pero también sin gazmoñería. Pero si pienso en la reserva con la que me relató en la hipnosis, la pequeña aventura de la camarera del hotel, llego a sospechar que la sujeto, mujer de intensas sensaciones, no había logrado vencer sus necesidades sexuales sin duros combates, agotándose psíquicamente en su tentativa de represión del instinto sexual, el más poderoso de todos. Una vez, me confesó que no se había vuelto a

casar, porque dada su gran fortuna, no creía en el desinterés de sus pretendientes, aparte de que se hubiera reprochado perjudicar los intereses de sus dos hijas con un nuevo matrimonio.

Antes de dar por terminado el historial clínico de Emmy de N. añadiré una nueva observación. El doctor Breuer y yo, que conocimos y tratamos a la sujeto durante mucho tiempo, sonreíamos siempre que se nos ocurría comparar su personalidad con la descripción de la psiquis histérica integrada desde tiempos muy pretéritos, en los libros sobre la materia, y defendida por los médicos. Si el caso de Cecilia M. nos había demostrado la compatibilidad de la histeria más grave con amplias y originalísimas dotes intelectuales—hecho que se nos muestra, además, evidente, en las biografías de las mujeres famosas en la historia o la literatura—, el de Emmy de N. nos proporcionó un ejemplo de que la histeria no excluye un intachable desarrollo del carácter y una plena conciencia en el gobierno y orientación de la propia vida. Nuestra paciente era una mujer de extraordinaria valía, en la que Breuer y yo hubimos de admirar una gran rectitud moral con respecto a la concepción de sus deberes, una inteligencia y una energía nada vulgares en su sexo, una extensa cultura y un elevado amor a la verdad, unido todo ello a una sincera modestia interior y a un distinguido trato señoril. Aplicar a una mujer así el calificativo de «degenerada», supondría deformar hasta lo irreconocible la significación de tal palabra. Habremos, pues, de diferenciar con todo cuidado entre sí, los conceptos «disposición» y «degeneración», si no queremos vernos obligados a reconocer que la humanidad debe gran parte de sus conquistas a los esfuerzos de individuos «degenerados».

Confieso también que me es imposible hallar en el historial de esta paciente el menor rasgo de «disminución funcional psíquica», de la que P. Janet hace depender la génesis de la histeria. La disposición histérica consistiría, según este autor, en una angostura anormal del campo de la conciencia (resultante de la degeneración hereditaria), que da ocasión a la negligencia de series enteras de percepciones, y ulteriormente, a la disociación del Yo y a la organización de personalidades secundarias. De este modo, lo que queda del Yo, después de la sustracción de los grupos psíquicos histéricamente organizados, habría de poseer una menor capacidad funcional que el Yo normal y, en realidad, según Janet, este Yo de los histéricos, presenta estigmas psíquicos, se halla condenado al monoideismo y es incapaz de las más corrientes voliciones de la vida. A mi juicio, ha elevado aquí Janet, erróneamente, estados resultantes de la modificación histérica de la conciencia, a la categoría de condiciones primarias de la histeria. Este tema merece ser objeto de una más amplia discusión, que desarrollaremos en otro lugar. Por lo pronto, haremos constar que en Emmy de N. no pudimos observar el menor indicio de una disminución de la capacidad funcional. Durante el período de mayor gravedad, conservó capacidad suficiente para atender a su participación en la dirección de una gran empresa industrial, no perder de vista ni un solo instante la educación de sus hijas y continuar su correspondencia con personas de cultivado espíritu, esto es, para cumplir todos sus deberes hasta el punto de que nadie sospechaba su enfermedad. Podría preveerse que todo esto constituía un considerable «surmenage» psíquico, insostenible a la larga, que había de llevar al agotamiento y a la «misè-

re psichologique» secundaria. Realmente, en la época en que la vi por vez primera, comenzaban ya a hacerse sentir tales perturbaciones de su capacidad funcional, pero de todos modos, la histeria venía subsistiendo con carácter grave, desde muchos años antes de la aparición de estos síntomas de agotamiento.

II. Miss Lucy R. (treinta años). (Freud).

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 subjeti-

vo, 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 dedicarla 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.

Mis 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 Dr. Liébeault, 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 un tal arte y ser posible aprenderlo de 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 medio terapéutico. Así mismo, el tanto por ciento de sujetos hipnotizables permaneció en mi práctica médica, muy por bajo del montante 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 no sonámbulo, me era por completo indiferente, puesto que cada una de las ramas de la sugestibilidad es, de todos modos, independiente de las demás, y así, la provocación de estados de captalesia 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 aquella su confianza en mí, que tan precisa me era para mi labor psíquica, mucho más importante. Por otro lado, me fatigaba ya oir, 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 distingo 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 lo 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 conciencia, disponían los enfermos de ciertos recuer-

dos y reconocían ciertas conexiones, inexistentes al parecer en su estado normal de conciencia. 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 de 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 la preguntó qué era lo que la 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 decirla: «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 fué 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 habérsele 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 ocurría 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 o la ocurrencia, considerándolos inaprovechables, y creyendo se trataba de ele-

mentos 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 conciencia 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 un determinado suceso, le vamos diciendo sucesivamente los años de que puede tratarse, los nombres de los doce meses del año y las 31 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, fué 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 (1).

---

(1) Como ejemplo de la técnica arriba descrita de investigación en estado no sonámbulo, o sea de conciencia no ampliada, expondremos aquí un caso cuyo análisis hemos llevado a cabo muy recientemente. Tratábase de una mujer de treinta y ocho años afecta de neurosis de angustia (agorafobia, accesos de miedo a la muerte, etc.). Como la mayoría de los enfermos de este género, se resistía a confesar que había adquirido su dolencia en su vida conyugal y tendía a transferir los comienzos de la misma a su temprana juventud. Así, me refirió que a los diez y siete años tuvo el primer ataque de vértigo con angustia y sensación de parálisis, yendo por la calle de su pequeña ciudad natal, y que estos ataques se habían venido repitiendo periódicamente, hasta ser sustituídos, hacía algunos años, por su dolencia actual. A mi juicio, tales primeros ataques de vérti-

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

---

go eran de naturaleza histérica y decidí llevar a cabo su análisis. Al principio, sólo supo decirme que el primer acceso la sorprendió fuera de su casa, de la que había salido para hacer unas compras. —¿Qué iba usted a comprar? —Varias cosas que necesitaba, creo, para asistir a un baile al que estaba invitada. —¿Cuándo debía celebrarse ese baile? —Me parece que dos días después. —Entonces debió de suceder días antes algo que la excitó o impresionó a usted. —No sé; de esto hace ya veintiún años. —No importa. Voy a colocar mi mano sobre su frente y al retirarla pensará o verá usted algo y me lo dirá, sea lo que sea... ¿Qué, no se le ha ocurrido a usted nada? —Sí, he pensado algo; pero no tiene relación ninguna con nuestro tema. —Dígalo de todos modos. —He pensado en una amiga mía que murió muy joven. Pero su muerte acaeció cuando yo tenía diez y ocho años, o sea un año después. —Ya veremos luego eso. ¿Qué puede usted decirme con respecto a esa amiga? —Su muerte me conmovió mucho, pues nos profesábamos gran amistad. Semanas antes, había muerto otra muchacha, y estas dos muertes inesperadas produjeron mucha impresión en la ciudad. Ahora recuerdo que, en efecto, tenía yo por entonces diez y siete años y no diez y ocho como dije antes. —Ve usted cómo puede confiar en la exactitud de lo que se le ocurre cuando coloco la mano sobre su frente. Ahora recuerde usted qué es lo que pensaba cuando le dió el ataque en la calle. —No pensaba nada. De repente sentí el vértigo y nada más. —No es posible. No hay ningún estado de ese género que no vaya acompañado de una idea. Voy a poner de nuevo mi mano sobre su frente y el pensamiento que entonces ocupaba su imaginación volverá a surgir en ella... Bien, ¿qué ha pensado usted? —Se me ha ocu-

creo! Fué próximamente 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 entraron 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

---

rrido: Ahora me toca a mí. —¿Y qué significa eso? —Se conoce que al darme el ataque, pensaba: Ahora voy a ser yo la que se muera. —Esta era, pues, la idea que buscábamos. Al darla el ataque pensaba usted en su amiga. ¿Entonces es que su muerte le causó gran impresión? —Ya lo creo. Recuerdo ahora que cuando me dieron la triste noticia, pensé que era terrible tener que ir a un baile estando ella muerta, pero tenía tanta ilusión por ir al baile y me entusiasmaba tanto haber sido invitada, que propuse no pensar más en el desgraciado acontecimiento. (Obsérvese aquí la expulsión voluntaria del suceso, de la conciencia, represión que da al recuerdo de la amiga un carácter patógeno.)

El ataque quedó así aclarado hasta cierto punto, pero siéndome preciso hallar todavía un factor ocasional que hubiera provocado el recuerdo en el momento preciso, tuve la feliz idea de orientar la continuación del análisis en el sentido que sigue: —¿Recuerda usted con precisión por qué calle pasaba cuando sintió el vértigo?—Sí; por la calle principal. Aún veo ante mí sus viejas casas.—¿Y dónde había vivido su amiga?—Precisamente en esta calle. Acababa de pasar por delante de su casa, cuando dos más allá, me dió el ataque.—Entonces, lo sucedido fué que al pasar por delante de la casa en la que su amiga había vivido, recordó usted su muerte, y el contraste del que antes me habló, entre esta desgracia y sus alegres proyectos, contraste en el que no quería usted pensar, volvió a sobrecogerla.

Sospechando que quizá existiese aún algún otro factor que hubiera despertado o robustecido en la muchacha, hasta entonces normal, la disposición histérica, y que tal factor podía ser muy bien la periódica indisposición femenina, no quise darme todavía por satisfecho y continué mi interrogatorio: —¿Recuerda usted

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 ma-

---

por qué días tuvo usted en aquel mes, el período?—¿También tengo que saber eso? No puedo decirle sino que por aquella época no se me presentaba el período más que muy raras veces y con gran irregularidad. El año que cumplí los diez y siete sólo se me presentó una vez.—Entonces vamos a ir recorriendo las fechas hasta encontrar la verdadera.—Así lo hicimos, decidiéndose la paciente por un mes determinado y vacilando entre dos días inmediatos a uno de fiesta fija.—¿Coincide acaso alguno de esos días con el fijado para el baile? El baile se celebró precisamente el día de fiesta. Y ahora recuerdo que me hizo impresión la circunstancia de que mi único período de aquel año coincidiese con la fecha del baile, el primero al que me invitaban.

Con estos datos pudimos ya reconstruir fácilmente lo sucedido y penetrar en el mecanismo del ataque histérico de referencia. La obtención de este resultado fué, ciertamente, harto trabajosa, habiendo sido necesaria una total confianza en mi técnica y varias felices iniciativas en la orientación del análisis, para despertar en una paciente incrédula y tratada en estado de vigilia, los detalles expuestos, de un suceso olvidado y acaecido veintiún años antes.

dre 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, y 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 mi perjuicio, 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 había, 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 del trauma y entre todas las percepciones sensoriales de aquella escena, precisamente el olor a 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 dí 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 rememorar, como símbolo de su

recuerdo, la sensación a 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 conciencia (reprimida) y excluída de la elaboración asociativa.

En esta represión 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 tanta 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 dominante 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 obscuridad 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—la 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 (1).

---

(1) Es ésta la mejor descripción que puede hacerse de aquel estado en el que sabemos e ignoramos, simultáneamente, algo, estado sólo comprensible para aquellos que han pasado por él. Personalmente poseo un singularísimo recuerdo de este género, que conservo con extraordinaria claridad. Cuando me esfuerzo en recordar lo que entonces pasó en mí, no logro, sin embargo, grandes resultados. Sé que en dicha ocasión vi algo que no se adaptaba en absoluto a lo que yo esperaba, y aquella percepción que debía haberme movido a desistir de un determinado propósito, no me hizo modificarlo en lo más mínimo. No tuve conciencia alguna de la contradicción existente ni tampoco advertí el afecto contrapuesto del que, indudablemente, dependía que dicha percepción no tuviese efecto psíquico ninguno. Así, pues, padecí en tales momentos aquella ceguera que tanto nos asombra comprobar en las madres con respecto a sus hijas, en los maridos con respecto a sus mujeres y en los soberanos con respecto a sus favoritos.

—¿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 resultaba 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, diciéndola 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 conver-

sación mencionada, era provocada por el recuerdo de su muerta esposa. Asimismo, se da perfecta cuenta de que sus amorosos deseos 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 malhumor 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 lo 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 fué 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 caries 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.

Habiéndola preguntado por el olor a harina quemada, me comunicó que había desaparecido por completo, pero sólo para ser sustituído 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 lo 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 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 fué 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.

Meses antes, había sucedido, en efecto, que una señora, amiga de la casa, había besado a ambas niñas, en la boca, al dar por terminada su visita. El padre, que se hallaba presente, dominó su disgusto y no dijo nada a la señora, pero cuando ésta se marchó, hizo víctima de su cólera a la desdichada institutriz, advirtiéndola que si alguien volvía a besar a las niñas en la boca, la consideraría responsable de una grave infracción de sus deberes, pues a ella correspondía evitarlo alegando tener orden suya de proceder en tal forma. Si aquello volvía a suceder, encomendaría a otra persona la educación de sus hijas. Esta violenta escena se desarrolló en la época en que Miss Lucy se creía amada y esperaba la repetición de aquel primer diálogo íntimo, y agostó en flor todas sus esperanzas, haciéndola pensar que si con tan pequeño motivo y siendo ella, además, totalmente inocente de lo ocurrido, la dirigía tales amenazas, se había equivocado de medio a medio al suponer que abrigaba algún sentimiento cariñoso hacia ella. El recuerdo de esta penosa escena le asaltó luego, cuando el padre impidió violentamente al jefe de contabilidad que besara a sus hijas.

Cuando dos días después de este último análisis volvió Miss Lucy a visitarme, tuve que preguntarla si le había sucedido algo muy satisfactorio, pues la encontré por completo transformada. Su cabeza, antes melancólicamente inclinada, se erguía ahora con toda firmeza, y una alegre sonrisa iluminaba su rostro. Por un momento pensé haberme equivocado en mis juicios, y supuse que el amor de Miss Lucy había hallado, por fin, correspondencia. Pero la interesada misma disipó en seguida mis sospechas. «No ha sucedido nada extraordinario. Es que usted no me ha visto sino enferma y deprimida, y desconoce mi verdadero carácter, que siempre fué alegre y animado. Ayer, al despertar, comprobé que había desaparecido la opresión que en estos últimos tiempos me atormentaba, y desde entonces me encuentro muy bien.—¿Y qué piensa usted ahora de su situación en la casa donde ejerce sus funciones educadoras? — Me doy clara cuenta de que seguirá siendo siempre la que ahora ocupo, pero esta idea no me hace ya desdichada.—¿Entonces podrá usted vivir ya en paz con el restante personal de la casa?—Creo que todo lo que por este lado me atormentó fué debido únicamente a una exagerada susceptibilidad mía.—¿Pero sigue usted amando al padre de las niñas?—Desde luego. Sigo queriéndole, pero sin atormentarme. En su fuero interno puede uno pensar y sentir lo que quiera.

Un reconocimiento de la nariz demostró que la sensibilidad y los reflejos habían retornado casi por completo. La paciente distinguía ya los diversos olores, aunque con cierta inseguridad, y sólo cuando eran intensos. De todos modos, esta anosmia había de atribuirse en gran parte, a la afección nasal de la sujeto.

El tratamiento de esta enferma se había extendido a través de nueve meses. Cuatro después, la volví a encontrar casualmente, en una estación veraniega. Se sentía muy bien, y no había vuelto a experimentar trastorno alguno.

Epicrisis.

El caso patológico que precede no carece de interés a pesar de tratarse de una histeria 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 una 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. De ninguno de estos dos factores presentaba Miss Lucy 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 histe-

ria, 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 conciencia 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 fué, 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, destruída, sino tan sólo impulsada a lo inconsciente. Una vez desarrollado este proceso queda constituído un nódulo o núcleo de cristalización para la formación de un grupo psíquico separado del Yo, núcleo en derredor del cual se reune después todo aquello que habría de tener como premisa la aceptación de la representación incompatible. La disociación de la conciencia en estos casos de histeria adquirida, es, por lo 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 conciencia ampliada del estado de sonambulismo. El primero de estos momentos, en los cuales tuvo efecto la conversión, fué, para Miss Lucy 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 inclina-

ción 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 pasajeramente la unidad de la conciencia, 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 conciencia 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.

III. Catalina. (Freud).

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 me fuera dirigida, tan olvidado de mí mismo estaba. Mi interlocutora era una muchacha de diez y siete o diez y ocho años, la misma que antes me había servido el almuerzo, por cierto con un marcado gesto de mal humor, y a la que la huéspeda había interpelado varias veces con el nombre de «Catalina». Por su aspecto y su traje, no debía ser una criada sino una hija o una pariente de la huéspeda.

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 fuí 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 2.000 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 presentaba 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 asusta 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 dió 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 transplantar 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 femeninos jóvenes, como una consecuencia del horror que acomete a un espíritu virginal cuando surge por vez primera ante sus ojos el mundo de la sexualidad (1).

---

(1) Quiero exponer aquí el caso que me reveló por primera vez esta relación causal. Tenía en tratamiento, a consecuencia de una complicada neurosis, a una señora joven, la cual se resistía a reconocer, como es habitual en estas enfermas, que el origen de su dolencia radicaba en su vida conyugal, objetando que ya de soltera padecía ataques de angustia y desvanecimientos, no obstante, lo cual, mantuve yo mi punto de vista. Cuando ya teníamos más confianza, me dijo, de repente, un día: «Va usted a saber ahora cuál era el origen de los ataques de angustia que de soltera me daban. Por entonces, dormía yo en una habitación inmediata a la alcoba de mis padres, los cuales dejaban la puerta abierta y una lamparilla encendida sobre la mesa. De este modo, vi algunas noches que mi padre se pasaba a la cama de mi madre, y escuché luego ruidos que me excitaron mucho. Poco después, comenzaron a darme los ataques».

Con esta idea, dije a la muchacha:

—Puesto que usted no lo sabe, voy a decirla de dónde creo yo que provienen sus ataques. Hace dos años, poco antes de comenzar a padecerlos, debió usted de ver u oir algo que la avergonzó mucho, algo que preferiría 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 la 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, mi primo Luisito, un niño aún, exclamó: «A lo mejor, está la Francisca con papá», y ambos nos echamos a reir, 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, pues me dió 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 rompérseme.

—¿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 diez y seis 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 dió 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 excluídos del comercio asociativo con la conciencia del Yo).

—Dígame usted: ¿La cara que ve cuando le da el ahogo, es quizá la de Francisca, tal y como la vió 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 oir 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, fué 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 tío, 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 dió 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 comunicarla 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 que re-

chazó 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 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 se 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 vió 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 media noche se despertó y vió 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», etc.

Al llegar aquí, la 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. Entretanto 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 con-

fesión, la 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 fué lo que le dió 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 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 fué la que sintió usted junto al suyo.

La sujeto no da a esta pregunta una respuesta precisa. Sonríe confusa y como convicta, esto es, como quien se ve obligado 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 fué 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 la 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 ví 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 hubiese 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 echaba tras 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 (abreagiert) 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 fué 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 viesen, 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 conciencia, el cual, hallándose excluído 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 asímismo 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 conciencia por ignorancia sea realmente distinta de la producida por repulsa consciente, pues es muy probable que los adolescentes posean conocimientos sexuales mucho más precisos de lo que en general se cree, e incluso de lo que ellos mismos suponen.

Otra 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. Reune, 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.

IV. Srta. Isabel de R. (Freud).

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 afec-

tivamente, 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 indifference» de los histéricos. Andaba inclinada hacia delante, 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 de 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 imprecisión 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 (1) 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 demuestren 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 obli-

(1) Hipocondriaco o enfermo de neurosis de angustia.

gado 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 neurásténico 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 hiperalgésicas 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 marcado para hacerme 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

con 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 fué 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 hacíamos surgir. Por mi parte, y con el sólo 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 entretanto, fué 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 fué 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 catártico 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 conciencia 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 éste 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 el enfermo 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 muy diversos sucesos dolorosos. 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 ha-

bía 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 la 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. Entretanto, 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

crónica 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 iniciarse 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 preocuparla ni siquiera a atraer su atención. En realidad, fué 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 fa-

milia 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 sujeto, 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, vió 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. Des-

graciadamente, el año del nacimiento de este niño trajo consigo una grave perturbación. La enfermedad que la madre padecía a 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 fué cuando sintió la sujeto, por vez primera, dolores en las piernas y dificultad para andar. Los dolores, que habían ido iniciándose 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, fué Isabel la enferma de la familia. Los médicos la 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.

Fué 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, llevándoles esto a reprocharse y 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 destruído 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 mantener la 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 dió, por vez primera, ocasión

para acusarle de dureza. Por último—y no fué esto lo menos doloroso—tuvo Isabel oscura noticia de un disgusto entre sus dos cuñados, disgusto cuyos motivos no podía sino sospechar. Parecía ser 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 nuestra 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 por 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 fué, en un principio, para el médico, un desengaño. Nos encontramos, en efecto, ante un historial integrado por vulgares conmociones anímicas, que no explicaba 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 el 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 maligno. 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 conciencia, habíamos de hallar las circunstancias que habían presidido la motivación y la determinación del síntoma histérico.

Por lo tanto, decidí plantear directamente a la conciencia ampliada de la enferma, la cuestión de cuál era la impresión psíquica a la que se hallaba enlazada la primera aparición de los dolores en 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 conciencia en el que se hallaba al desarrollar su confesión y aun hube de darme por satisfecho de que esta vez se abstuviera de recalcarme, 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 de repetidas instancias mías, confesó la paciente que en el 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 así mismo 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 compartimento de su vida anímica, cuyo contenido fuí 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 fué 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, ha-

bía 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 la rogaron que permaneciese aún algún tiempo y ella se dejó convencer al prometerla 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. Fué ésta la última vez que abandonó a su padre toda una tarde, y sólo muy raras veces vió 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, dió origen a un conflicto, o sea a un caso de incompatibilidad. El resultado de este conflicto fué que la representación erótica quedó expulsada de la asociación, y el 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 fué 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 una 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 solo 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 fué 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. De este modo, creí poder admitir que dichos primeros dolores habían aparecido realmente sin causa psíquica ninguna, constituyendo tan sólo una leve afección reumáti-

ca, y pude aún comprobar que este padecimiento orgánico, modelo de la ulterior imitación histérica, había de situarse en una época anterior al día en que su enamorado la acompañó hasta casa. Por la naturaleza del caso no era imposible que dichos dolores, dado su carácter orgánico, hubieran perdurado con intensidad muy mitigada y sin que la sujeto les prestase atención durante algún tiempo. La oscuridad resultante de indicarnos el análisis la existencia de la conversión de una magnitud de excitación psíquica en dolor psíquico, en una época en la que tal dolor no era seguramente advertido ni recordado, plantea un problema que esperamos resolver mediante ulteriores reflexiones y otros distintos ejemplos (1).

Con el descubrimiento del motivo de la primera conversión comenzó un segundo y más fructífero período del tratamiento. Primeramente, me sorprendió la enferma, poco después, con la noticia de que ya sabía por qué los dolores partían siempre de una determinada zona del muslo derecho y se hacían sentir en ella con máxima intensidad. Era ésta la zona sobre la cual descansaba el padre, todas las mañanas, sus hinchadas piernas, mientras ella renovaba los vendajes. Aunque tal escena se había repetido más de cien veces, hasta entonces no había caído la paciente en la relación indicada. De este modo, me proporcionó por fin, la sujeto, el tan deseado esclarecimiento de la génesis de una zona histerógena típica. Pero, además, comenzaron a «intervenir» en nuestros análisis las dolorosas sensaciones de la enferma. Me refiero

(1) No me es posible negar, pero tampoco demostrar, que los dolores de la sujeto, localizados principalmente en los muslos, fueran de naturaleza neurasténica.

con esto al siguiente hecho singular: La enferma no sentía generalmente dolor alguno cuando iniciábamos la labor analítica, pero en el momento en que por medio de una pregunta o ejerciendo presión sobre su frente, despertaba yo en ella un recuerdo, surgía una sensación dolorosa, casi siempre tan intensa que la sujeto se contraía y llevaba sus manos al lugar correspondiente. Este dolor así despertado, perduraba mientras la enferma se hallaba dominada por el recuerdo de referencia, alcanzaba su intensidad máxima al disponerse a expresar la parte esencial y decisiva de su confesión y desaparecía con las últimas palabras de la misma. Poco a poco, aprendí a servirme del dolor en esta forma provocado, como de una brújula. Cuando la paciente enmudecía, pero manifestaba seguir sintiendo dolores, podía tener la seguridad de que no me lo había dicho todo y la instaba a continuar su confesión hasta que el dolor desaparecía. Sólo entonces despertaba un nuevo recuerdo.

La mejoría, tanto psíquica como somática, acusada por la paciente durante este período de «derivación por reacción» fué tan considerable, que según hube de decirla, y no completamente en broma, cada una de nuestras sesiones hacía desaparecer una cantidad de motivos de dolor, y cuando los hubiéramos recorrido todos, quedaría totalmente curada. Pronto llegó, en efecto, a pasar libre de dolores la mayor parte del tiempo y se dejó decidir a andar mucho y a hacer cesar el aislamiento en el que hasta entonces vivía. En el curso ulterior del análisis, hube de guiarme, tan pronto por las alternativas espontáneas de su estado, como de mi propio juicio cuando suponía insuficientemente agotado aún un fragmento de su historial. Esta labor me procuró algunas interesantes observaciones, cu-

yas enseñanzas me fueron más tarde confirmadas por otros casos.

En primer lugar, comprobé que todas las alternativas del estado de la sujeto se demostraban provocadas asociativamente por un suceso del mismo día. Una vez, había oído hablar de una enfermedad que le había recordado la de su padre; otra, había recibido la visita del hijo de su difunta hermana, y el parecido del niño con su madre había despertado en ella el dolor de su pérdida; otra, por fin, había recibido de su hermana casada una carta que transparentaba la influencia del cuñado, tan escaso en consideraciones para con el resto de la familia, y despertaba un nuevo dolor que hacía precisa la comunicación de una escena de familia aún no relatada en el análisis.

Dado que nunca comunicaba dos veces el mismo motivo de dolor, no parecía injustificada nuestra esperanza de agotarlos, y con este fin, no puse obstáculo ninguno a que la sujeto realizase actos apropiados para despertar nuevos recuerdos aún no llegados a la superficie. Así, la permití visitar la tumba de su hermana y asistir a una reunión a la que también iba a ir su antiguo enamorado.

En el curso de este período, se me fué revelando la génesis de una histeria que podía calificarse de monosintomática. Hallé, en efecto, que durante la hipnosis, se presentaba el dolor en la pierna derecha cuando se trataba de recuerdos de la asistencia prestada al padre en su enfermedad, de sus relaciones con el joven o de otra cualquier circunstancia perteneciente al primer período de la época patógena; y en la izquierda, en cuanto surgía un recuerdo referente a la hermana muerta, a los cuñados, o en general, a una impresión correspondiente a la segunda mitad de la

historia de sus padecimientos. Sorprendido por esta constante particularidad de la localización de los dolores, la hice objeto de una detenida investigación y pude observar que cada nuevo motivo psíquico de sensaciones dolorosas se había ido a enlazar con un lugar distinto de la zona dolorosa de la pierna. El lugar primitivamente doloroso del muslo derecho se refería a la asistencia prestada al padre, y a partir de él, había ido creciendo, por aposición y a consecuencia de nuevos traumas, el area atacada por el dolor. Así, pues, no podía hablarse, en rigor, de un ú n i c o síntoma somático enlazado con múltiples complejos mnémicos de orden psíquico, sino de una multiplicidad de síntomas análogos, que superficialmente considerados, parecían fundidos en uno solo. A lo que no llegué fué a delimitar la zona dolorosa correspondiente a cada uno de los motivos psíquicos, pues la atención de la paciente aparecía apartada de tales relaciones.

En cambio, dediqué especial interés a la forma en que todo el complejo de síntomas de la abasia podía haberse edificado sobre estas zonas dolorosas, y para el esclarecimiento de este extremo, interrogué a la paciente, por separado, sobre los dolores que sentía al andar, estando sentada o hallándose acostada, preguntas a las que contestó en parte espontáneamente y en parte bajo la presión de mis manos sobre su cabeza. Esta investigación nos proporcionó un doble resultado. En primer lugar, reunió la enferma en grupos diferentes, todas las escenas enlazadas con impresiones dolorosas, según se había hallado, durante las mismas, de pie, sentada o acostada. Así, cuando trajeron a su padre a casa, bajo los efectos del primer ataque cardíaco, se hallaba Isabel d e p i e junto a una

puerta, donde permaneció, como clavada en el suelo, al darse cuenta de la desgracia. A este primer «susto hallándose en pie» enlazó luego otros recuerdos, que se extendían hasta el del momento en que se encontró «de pie» ante el lecho de su hermana muerta. Toda esta cadena de reminiscencias tendía a justificar el enlace de los dolores con la posición indicada y podía constituir también una prueba de la asociación entre ambos elementos, pero no debía olvidarse, que en todas estas circunstancias, había de existir aún otro factor, que había dirigido la atención de la sujeto—y por consecuencia, la conversión—precisamente al hecho de hallarse en pie (o sentada o echada). Esta orientación particular de la atención no puede explicarse sino por el hecho de que el andar o el estar en pie, sentado o acostado, son actos y situaciones enlazados a funciones y estados de aquellas partes del cuerpo a las cuales correspondían, en este caso, las zonas dolorosas, o sea de las piernas. Así, pues, la relación entre la astasia-abasia y el primer caso de conversión resultaba fácilmente comprensible en este historial patológico.

Entre las escenas que hicieron dolorosa la deambulación, resaltaba la de un largo paseo que la sujeto había dado con varias otras personas durante su estancia en la pequeña estación veraniega ya mencionada, escena cuyos detalles fué recordando con gran vacilación y dejando mucha parte inaclarada. Su estado de ánimo era aquel día particularmente sentimental, y cuando la invitaron a pasear, se agregó muy gustosa a quienes la invitaban, personas todas de su amistad y agrado. Hacía un día hermosísimo, pero no demasiado caluroso. La madre permaneció en casa; la hermana mayor había partido ya para su residencia

habitual, y la menor se sentía algo enferma, pero su marido, que al principio se resistía a salir, por no dejarla sola, acabó por acompañar a Isabel. Esta escena parecía hallarse en íntima relación con la primera aparición de los dolores, pues la sujeto recordaba que regresó muy fatigada y con fuertes dolores. Lo que no podía precisar era si ya antes de emprender el paseo sentía algún dolor, aunque según la advertí yo, lo más probable era, que en caso afirmativo, no se hubiese decidido a darse tan larga caminata. A mi pregunta sobre cuál podía ser, a su juicio, la causa que había provocado los dolores en aquella ocasión, obtuve la respuesta, no del todo transparente, de que el contraste entre su aislamiento y la felicidad conyugal de su segunda hermana, evidenciada constantemente ante sus ojos por la conducta de su cuñado, le había sido extraordinariamente doloroso.

Otra escena muy próxima a la anterior, desempeñó un papel importante en la conexión de los dolores con la posición sedente. Era algunos días después de la primera. La hermana y el cuñado habían abandonado ya el balneario. Isabel, excitada y plena de vagos deseos, se levantó muy de mañana, subió, como otras veces lo había hecho en compañía de los ausentes, a una colina desde la cual se divisaba un espléndido panorama, y se sentó en un banco de piedra dispuesto en la cima, abstrayéndose en sus pensamientos. Se referían éstos de nuevo a su aislamiento y al destino de su familia, y en esta ocasión, se confesó por vez primera, su ardiente deseo de llegar a ser tan feliz como su hermana lo era. De esta meditación matinal regresó con fuertes dolores, y en la tarde de aquel día fué cuando tomó el baño después del cual aparecieron definitiva y permanentemente los dolores.

Los dolores que la sujeto sufría al andar o estando sentada, se aliviaban al principio, cuando se acostaba. Sólo cuando al recibir la noticia de haber enfermado la hermana, hubo de salir por la tarde de Gastein y pasó la noche tumbada en los asientos del vagón, atormentada simultáneamente por los más oscuros temores y por intensos dolores físicos, fué cuando se estableció el enlace del dolor con la posición yacente, hasta el punto de que durante algún tiempo, sentía más dolores estando acostada que sentada o andando.

De este modo, había crecido primeramente, por aposición, el área dolorosa, ocupando cada nuevo trauma de eficacia patógena, una nueva región de las piernas, y en segundo lugar, cada una de las escenas impresionantes había dejado tras de sí una huella, estableciendo una «carga» permanente y cada vez mayor, de las diversas funciones de las piernas, o sea una conexión de estas funciones con las sensaciones dolorosas. Mas, aparte de esto, era innegable que en el desarrollo de la astasia-abasia había intervenido aún un tercer mecanismo. Observando que la enferma cerraba el relato de toda una serie de sucesos con el lamento de haber sentido, dolorosamente, durante ella, «lo sola que estaba» («stehen» significa en alemán, tanto «estar» como «estar de pie»), y que no se cansaba de repetir, al comunicar otra serie, referente a sus fracasadas tentativas de reconstruir la antigua felicidad familiar, que lo más doloroso para ella había sido el sentimiento de su «impotencia» y la sensación de que «no lograba avanzar un solo paso» en sus propósitos, no podíamos por menos de conceder a sus reflexiones una intervención en el desarrollo de la abasia y suponer que

había buscado directamente una expresión simbólica de sus pensamientos dolorosos, hallándola en la intensificación de sus padecimientos. Ya en nuestra «comunicación preliminar» hemos afirmado que un tal simbolismo puede dar origen a síntomas somáticos de la histeria, y en la epicrisis de este caso, expondremos algunos ejemplos que así lo demuestran, sin dejar lugar ninguno a dudas. En el caso de Isabel de R. no aparecía en primer término el mecanismo psíquico del simbolismo, pero aunque no podía decirse que hubiera creado la abasia, sí habíamos de afirmar que dicha perturbación preexistente, había experimentado, por tal camino, una importantísima intensificación. De este modo, en el estado en que yo la encontré, no constituía tan sólo, dicha abasia, una parálisis asociativa psíquica de las funciones, sino también una parálisis funcional simbólica.

Antes de continuar la historia de mi paciente, quiero decir aún algunas palabras sobre su conducta durante este segundo período del tratamiento. En todo este análisis, me serví del procedimiento de evocar en la enferma, imágenes y ocurrencias, imponiendo mis manos sobre su frente, o sea de un método imposible de utilizar si no se cuenta con la completa colaboración y la atención voluntaria del sujeto. La paciente se condujo a maravilla, en este sentido, durante algunos períodos, en los cuales resultaba sorprendente la prontitud con que surgían, cronológicamente ordenadas, las escenas correspondientes a un tema determinado. Parecía como si leyese en un libro de estampas, cuyas páginas fueran pasando ante sus ojos. Otras veces, parecían existir obstáculos, cuya naturaleza no sospechaba yo siquiera por entonces. Al ejercer presión sobre su frente, afirmaba en estos casos, que no se le

ocurría nada, sin que la repetición de la maniobra produjese mejores resultados. Las primeras veces que tropecé con esta dificultad me dejé llevar por ella a interrumpir mi labor, pensando que el día era desfavorable. Pero ciertas observaciones me hicieron variar de conducta. Primeramente, comprobé que tales fracasos del método no tenían efecto sino cuando había encontrado a Isabel alegre y exenta de dolores, nunca cuando se hallaba en un mal día, y en segundo lugar, que muchas veces, cuando declaraba no ver ni recordar nada, lo hacía después de una larga pausa, durante la cual, su expresión meditativa me revelaba que en su interior se estaba desarrollando un proceso psíquico. Así, pues, me decidí a admitir que el método no fallaba nunca, y que Isabel evocaba siempre, bajo la presión de mis manos, un recuerdo o una imagen, pero que no en todas las ocasiones se hallaba dispuesta a comunicármelos, tratando, por lo contrario, de reprimir nuevamente lo evocado. Esta conducta negativa podía atribuirse a dos motivos, esto es, a que la sujeto ejercía sobre la ocurrencia una crítica indebida, encontrándola carente de toda significación e importancia o sin relación alguna con la pregunta correspondiente, o a que se trataba de algo que le era desagradable comunicar. De este modo, procedí como si me hallara totalmente convencido de la seguridad de mi técnica, y cuando la paciente afirmaba que nada se le ocurría, le aseguraba que ello no era posible. La ocurrencia no podía haber faltado; ahora bien, o ella no había concentrado suficientemente su atención, y entonces tendríamos que repetir el experimento, o había juzgado que la ocurrencia no tenía relación con el tema tratado. En este último caso, debía tener en cuenta, que estaba obligada a conservar una absoluta

objetividad y a comunicarme todo aquello que surgiera en su imaginación, tuviese o no relación, a su juicio, con el tema planteado. Además, yo sabía perfectamente que se le había ocurrido algo, pero que me lo ocultaba, debiendo tener presente, que mientras me ocultase algo no se vería nunca libre de sus dolores. Por este medio conseguí que el método no fallase realmente nunca, viendo así confirmada mi hipótesis, y extrayendo de este análisis una absoluta confianza en mi técnica. Muchas veces, sucedía, que no habiéndome comunicado la paciente ocurrencia ninguna hasta después de imponer por tercera vez mis manos sobre su frente, añadía: «Esto mismo se lo hubiera podido decir ya la primera vez».—«¿Y por qué no me lo dijo usted?»—«Porque creía que no tenía nada que ver con lo que me preguntaba» o «Porque me figuré que podía callarlo, pero luego ha vuelto a ocurrírseme las otras dos veces». Durante esta penosa labor, comencé a atribuir a la resistencia que la enferma mostraba en la reproducción de sus recuerdos, una más profunda significación y a anotar cuidadosamente todas las ocasiones en las que dicha resistencia se presentaba.

En este punto, comenzó el tercer período de nuestro tratamiento. La enferma se sentía mejor, más aliviada psíquicamente y más capaz de rendimiento, pero los dolores reaparecían de cuando en cuando, con toda su antigua intensidad. Este imperfecto resultado terapéutico correspondía a la imperfección del análisis. No habíamos logrado aún averiguar, en efecto, en qué momento y forma habían nacido los dolores. Durante la reproducción de diversas escenas en el segundo período del tratamiento y ante la observación de la resistencia opuesta en ciertas ocasiones por la

enferma, había surgido en mí una determinada sospecha, pero quizá no me hubiese atrevido a orientar en su sentido la marcha ulterior del análisis, si una circunstancia puramente casual no me hubiera decidido a ello. Estando un día en plena sesión de tratamiento con la paciente, se oyeron pasos en la habitación contigua y una voz de agradable timbre que parecía preguntar algo, levantándose en el acto Isabel y rogándome que pusiésemos fin a nuestra labor, pues oía a su cuñado que venía a buscarla. Simultáneamente, advertí en su expresión, que sus dolores, hasta aquel momento dormidos, volvían de súbito a atormentarla. Esta escena acrecentó mis sospechas y me impulsó a no demorar por más tiempo la explicación que suponía decisiva.

Con este propósito, interrogué a Isabel sobre las circunstancias y las causas de la primera aparición de sus dolores. Como respuesta, se orientaron sus pensamientos hacia su estancia en el balneario, del que partió luego para Gastein, y surgieron de nuevo algunas escenas de las que ya antes habíamos tratado, aunque no con tanta minuciosidad. Así, volvió a describirme su estado de ánimo en aquella época, su agotamiento después de la delicada operación quirúrgica practicada a su madre, y sus dudas sobre la posibilidad de llegar a ser feliz y a realizar algo útil en la vida permaneciendo soltera y sin apoyo ninguno. Hasta estos momentos, se había creído suficientemente fuerte para poder prescindir del auxilio de un hombre, pero de repente, se sintió dominada por la conciencia de su femenina debilidad y por un anhelo de cariño en el que, según sus propias palabras, comenzó a fundirse su rígida naturaleza. En un tal estado de ánimo, el feliz matrimonio de su segunda hermana hizo en Isabel

profunda impresión al ver la ternura con que el marido cuidaba de su mujer, cómo una rápida mirada les bastaba para entenderse y cuán grande era su recíproca confianza. Resultaba desde luego, sensible, que el segundo embarazo hubiera seguido con tan poco intervalo al primero, y la hermana sabía que a ello se debía su enfermedad, pero la aceptaba gustosa por venir de su marido. Cuando Isabel invitó a su cuñado a acompañarla al paseo con el cual hubieron de relacionarse tan íntimamente sus dolores, no quería aquél acceder, al principio, a ello, prefiriendo quedarse acompañando a su mujer, pero ésta le hizo cambiar de propósito para complacer a su hermana. Isabel paseó, pues, durante toda la tarde, con su cuñado, y tan de acuerdo se sintió con él en los diversos temas de su diálogo, que experimentó con mayor intensidad que nunca el deseo de hallar para sí un hombre que se le pareciese. Días después fué cuando subió a la colina que había constituído el paseo favorito del feliz matrimonio, y sentada en un banco de piedra, se perdió en el ensueño de haber hallado una felicidad conyugal semejante a la de su hermana y ser amada por un hombre tan grato a su corazón como su cuñado. Al levantarse, sintió dolores en las piernas, que desaparecieron a poco; pero aquella misma tarde, después del baño, surgieron de nuevo y ya definitivamente. Habiendo tratado de investigar qué pensamientos ocuparon su imaginación mientras se bañaba, no pude obtener sino que la proximidad de la casa de baños al departamento ocupado por sus hermanas durante su estancia en el balneario, le había llevado a recordarlas.

El problema se iba resolviendo claramente ante mis ojos. La enferma, sumida en gratos y al par doloro-

sos recuerdos, continuaba la reproducción de sus reminiscencias, sin parecer darse cuenta de la conclusión que las mismas iban imponiendo. Sucesivamente fueron emergiendo de nuevo los días pasados en Gastein, las preocupaciones que fueron despertando las cartas de su hermana, la noticia de que su enfermedad llegaba a inspirar serios temores, la angustiosa espera hasta la salida del tren, el viaje, la temerosa incertidumbre y la noche de insomnio—momentos todos acompañados de un acrecentamiento de sus dolores. Preguntada si durante el viaje había imaginado la triste posibilidad que luego halló confirmada, me respondió que se había esforzado en eludir tal idea, pero que su madre temió, desde un principio, lo peor. A continuación rememoró su llegada a Viena, la impresión que les causó la actitud de los parientes que acudieron a recibirlas, el corto viaje desde Viena a la pequeña localidad donde se hallaba por entonces el matrimonio, la llegada ya atardecido, la rápida y angustiada marcha a través del jardín hasta la puerta de la casa y la tétrica oscuridad que en ella reinaba. Llegadas, por fin, a la habitación de la hermana y ante su lecho, comprobaron la triste realidad y en este momento, que imponía a Isabel la terrible certidumbre de que su hermana había muerto sin tener el consuelo de su compañía ni recibir sus últimos cuidados—en este mismo momento, cruzó por su imaginación, como un rayo a través de la tempestuosa oscuridad, un pensamiento de distinta naturaleza: Ahora ya está él libre y puede hacerme su mujer.

Todo quedaba así aclarado, y ricamente recompensada la penosa tarea del analítico. Ante mis ojos, tomaban ahora cuerpo, con toda precisión, las ideas de la «defensa» contra una representación intolerable, de

la génesis de síntomas histéricos por conversión de la excitación psíquica en fenómenos somáticos y de la formación de un grupo psíquico separado, por aquella misma volición que impone la defensa. Tal era, exactamente, lo que en este caso había sucedido. La muchacha había hecho merced a su cuñado de una tierna inclinación, contra cuyo acceso a la conciencia se rebelaba todo su ser moral. Para lograr ahorrarse la dolorosa certidumbre de amar al marido de su hermana, creó en su lugar un sufrimiento físico, naciendo sus dolores, como resultado de una conversión de lo psíquico en somático, en aquellos momentos en los que dicha certidumbre amenazaba imponérsele (en el paseo con su cuñado, en la ensoñación sobre la colina, en el baño y ante el lecho mortuorio de su hermana). Al acudir a mi consulta, había llevado ya a cabo, totalmente, la separación del grupo de representaciones correspondientes a dicho amor, de su psiquismo consciente, pues en caso contrario, no hubiese aceptado someterse al tratamiento analítico. La resistencia que opuso repetidas veces a la reproducción de escenas de eficacia traumática, correspondía, realmente, a la energía con la cual había sido expulsada de la asociación la representación intolerable.

Mas para el terapeuta se inició aquí un difícil período. El efecto de la nueva acogida de la representación reprimida fué terrible para la pobre joven. Al resumir yo la situación diciendo secamente: «Resulta, pues, que desde mucho tiempo atrás se hallaba usted enamorada de su cuñado», protestó indignada, sintiendo en el mismo instante, violentísimos dolores y haciendo un último y desesperado esfuerzo para rechazar tal explicación de su caso. Aquello no podía ser verdad; si en algún momento hubiera abrigado tan perversos

sentimientos no se lo perdonaría jamás. No era difícil demostrarla que sus propias palabras no permitían interpretación ninguna distinta, pero aún pasaron muchos días, antes de que llegaran a hacer impresión en su ánimo, mis consoladoras alegaciones de que nadie es responsable de sus sentimientos y que su conducta y la enfermedad contraída bajo el peso de tales circunstancias, constituían un alto testimonio de su moralidad.

En este punto del tratamiento, había de buscar ya el alivio definitivo de la enferma por diversos caminos. Ante todo, había de procurarla ocasiones de «derivar por reacción» la excitación durante tanto tiempo acumulada. Con este propósito, investigamos las primeras impresiones de su trato con el marido de su hermana, o sea los comienzos de la amorosa inclinación relegada a lo inconsciente, descubriendo un considerable acervo de aquellos signos previos y presentimientos que tanta significación adquieren al ser revisados cuando la pasión que anunciaban se encuentra ya en pleno desarrollo. En su primera visita a la casa, creyó el futuro cuñado, que era Isabel la prometida que le destinaban y la saludó antes que a su hermana, mayor que ella pero de menos apariencia. Una tarde, mantenían tan animado diálogo y parecían comprenderse tan a maravilla, que la hermana los interrumpió con la siguiente sincera observación: «En realidad, tampoco vosotros dos os hubiérais entendido mal». Otra vez, hallándose ambas hermanas en una reunión en la que se ignoraba el noviazgo, recayó la conversación sobre el futuro cuñado de Isabel, y una de las señoras presentes, manifestó haber advertido en la figura del joven, un cierto defecto, revelador de que siendo niño había padecido una enfermedad de los

huesos. La novia oyó a la señora sin protesta alguna, y en cambio, Isabel, salió a defender, con un celo que luego le pareció inexplicable, la esbeltez del prometido de su hermana. Estas y otras reminiscencias análogas, demostraron a Isabel que su tierna inclinación dormitaba en ella desde mucho tiempo atrás, quizá desde sus primeras conversaciones con el joven, habiéndose disimulado todo aquel tiempo bajo la máscara de un sentimiento puramente familiar.

Esta «derivación por reacción» hizo gran bien a la paciente. Pero aún cabía favorecerla más, ocupándose de sus circunstancias actuales. Con este propósito, tuve una entrevista con su madre, mujer comprensiva y de fina sensibilidad, si bien un tanto deprimida por sus desgracias familiares. Por ella, supe que la acusación de indelicadeza en asuntos económicos, de la cual había hecho objeto al viudo su otro yerno, y que tan dolorosa había sido para Isabel, carecía de todo fundamento, y a ruego mío, quedó en dar a su hija las explicaciones que sobre este punto habían de serle gratas y provechosas, facilitándole en lo sucesivo, ocasiones en las que desahogar lo que sobre su ánimo pesaba, tal y como yo la había acostumbrado a hacerlo.

Pasé luego a averiguar qué posibilidades de realización podían ofrecerse al deseo, ya consciente, de Isabel. Pero aquí tropezamos con circunstancias menos favorables. La madre dijo, que desde mucho atrás había sospechado la inclinación de Isabel hacia su cuñado, aunque no imaginaba que dicha inclinación había surgido ya en vida de su otra hija. Todo aquel que los viera juntos—cosa que ahora sólo raras veces sucedía—tenía que observar en Isabel el deseo de agradar al viudo. Pero ni la madre ni los demás conseje-

ros de la familia se sentían muy inclinados a concertar un tal matrimonio. La salud del viudo, nunca muy robusta, había quedado aún más quebrantada por su desgracia y tampoco era seguro que se hubiese ya repuesto psíquicamente de la misma tanto como para aceptar sin repugnancia la idea de un nuevo matrimonio. Quizá fuera esta misma la razón que le mantenía retraído de ellas. Dada esta conducta por ambas partes, tenía que fracasar necesariamente la solución deseada por Isabel.

Al día siguiente, comuniqué a mi enferma todo lo que su madre me había dicho, y tuve la satisfacción de ver que el esclarecimiento de la conducta de su cuñado en la cuestión ya detallada, la hacía mucho bien, suponiéndola, además, con energías suficientes para conllevar sin trastornos la incertidumbre de su porvenir. El verano, ya muy adelantado, nos imponía dar fin al tratamiento. Isabel se sentía de nuevo mejor y no había vuelto a quejarse de dolores desde que habíamos erigido en tema del análisis, las causas que los habían provocado. Ambos teníamos la sensación de haber llegado al término de nuestra labor, sin más reserva, por mi parte, que la de no parecerme aún muy completa la «derivación por reacción» de la ternura retenida. De todos modos, consideraba curada a Isabel y la indiqué, sin protesta ya por su parte, que una vez iniciada la solución de su caso, ella sola se iría abriendo camino y afirmándose. Poco después, salió de Viena, con su madre, hacia una estación veraniega, en la cual les esperaba ya la hermana mayor.

Poco queda ya por decir sobre el curso de la enfermedad de Isabel de R. Algunas semanas después de nuestra despedida, recibí una desesperada carta de la madre. Al primer intento de tratar con su hija sobre

sus íntimos asuntos, se había rebelado Isabel violentamente, experimentando de nuevo intensos dolores en las piernas, ardiendo en indignación contra mí, por haber publicado su secreto, y negándose a toda explicación. Así, pues, la cura había fracasado por completo. ¿Qué debían hacer? La enferma no quería ni siquiera oir mi nombre. Nada de esto me sorprendió, pues era de esperar que al dejar de pesar sobre ella mi influencia, intentaría la sujeto rechazar la intervención de su madre y retornar a su impenetrabilidad. Por lo tanto, dejé incontestada la carta, con una cierta seguridad de que todo se arreglaría, dando mi labor analítica el fruto deseado. Dos meses después, de retorno ya a Viena, el mismo colega que dirigió a la paciente a mi consulta, me trajo la noticia de que se hallaba muy bien, observaba una conducta totalmente normal y sólo muy de tarde en tarde sentía aún ciertos dolores. Repetidamente, me ha enviado Isabel, desde entonces, análogas noticias suyas, agregando siempre a ellas la promesa de acudir un día a visitarme y no cumpliendo nunca su promesa, circunstancia esta última, característica de la relación personal, que después de un tratamiento de esta naturaleza, queda entre el médico y el enfermo. Mi colega, que continuó viéndola como médico de cabecera, me aseguró que su curación era total y bien afirmada. Las relaciones del cuñado con la familia no experimentaron modificación alguna.

En la primavera de 1894, supe que Isabel iba a asistir a una reunión en casa de personas de mi amistad y no quise dejar pasar la ocasión de ver a mi ex-paciente entregada a los placeres del baile. Posteriormente, ha contraído matrimonio, por libre inclinación, con un extranjero.

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 un 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 enfermedad y los síntomas en los cuales se exterioriza, relación que buscamos inútilmente en las biografías de otras psicosis.

He procurado entretejer 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. Unicamente 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 un 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, afecta 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—po-

dríamos 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 la dejen 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, la pregunté qué la ocurría y obtuve la siguiente respuesta: «A mí nada. Pero en tal día como hoy fué cuando el médico nos dió 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 me fué 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 (1).

(1) Para mi mayor sorpresa, he podido comprobar en una ocasión, que esta «derivación por reacción» a posteriori puede constituir también—después de impresiones distintas de las surgidas en la asistencia a un enfermo—el contenido de una enig-

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,

---

mática neurosis. Tratábase de una bella muchacha de diez y nueve años, Matilde H., enferma primero de una parálisis incompleta de las piernas y a la que sometí luego al método analítico por presentar una modificación de carácter, apareciendo deprimida hasta haber perdido todo deseo de vivir, violenta y agresiva para con su madre e irritable en extremo. El cuadro sintomático de esta paciente excluía toda posibilidad de diagnosticar una melancolía común. Hallándola muy accesible al sonambulismo, aproveché esta circunstancia para imponerla mandatos y sugestiones que oía sumida en profundo sueño hipnótico y acompañaba con abundantes lágrimas, pero que no mejoraban en nada su estado. Un día comenzó a hablar con gran vivacidad en la hipnosis, y me comunicó que la causa de su depresión era el rompimiento de su proyectado matrimonio, rompimiento acaecido varios meses atrás. El trato con su prometido le había ido revelando, poco a poco, circunstancias que tanto su madre como ella, consideraban harto desfavorables; pero por otra parte, eran tan grandes las ventajas materiales de la proyectada unión matrimonial, que se les hacía difícil decidirse a renunciar a ella. De este modo, anduvieron vacilando durante mucho tiempo, y la joven cayó en un completo estado de indecisión y apatía, hasta que la madre tomó sobre sí el pronunciar el no definitivo. Poco después, sintió la sujeto como si despertase de un sueño y comenzó a darle vueltas en su pensamiento a la decisión materna, pesando de continuo el pro y el contra, sin que hubiese llegado todavía a una solución. Vivía, pues, aún, en aquella época de dudas, y su estado de ánimo y sus pensamientos eran los que en ella debieron ser. Su irritabilidad contra la madre se hallaba fundada también en las circunstancias de entonces, y junto a esta actividad mental, su vida actual le parecía ficticia y como soñada.— Después de esta sesión no volví a conseguir hacer hablar a la paciente sobre tales extremos, y cada vez que lo intentaba, durante la hipnosis, rompía a llorar sin contestar palabra, hasta que un día, aproximadamente al año justo del comienzo de sus relaciones, desapareció por completo la depresión, circunstancia que se me atribuyó como un gran éxito de la terapia hipnótica.

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, constituído 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 correspondiente 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 en la histeria, describiríamos el proceso, diciendo que la sujeto expulsó de su conciencia 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 c o n c i e n c i a 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 a

su cuñado se hallaba enquistado en su conciencia a 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 conciencia» de sus sentimientos amorosos, esto es, no queremos indicar con tales términos una cualidad inferior o un grado menor de conciencia, 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; y 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 conciencia 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 conciencia, afirmando que el primero integra su m o t i v o y el segundo, su m e c a n i s m o. El motivo fué la d e f e n s a del Yo contra dicho grupo de representaciones, incompatible con él, y el mecanismo, el de la c o n v e r s i ó n, por el cual, en lugar de los sufri-

mientos anímicos que la sujeto se había ahorrado, aparecieron dolores físicos, iniciándose así una transformación, cuyo resultado positivo fué que la paciente eludió un insoportable estado psíquico, si bien a costa de una anomalía psíquica, la disociación de la conciencia, y de un padecimiento físico, los dolores que constituyeron el punto de partida de una astasia-abasia.

No me es posible indicar, ciertamente, cómo el sujeto establece en sí mismo, una 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 algebráica de la mecánica de las representaciones, adscribiremos al complejo de representaciones de la inclinación relegada a lo inconsciente, un 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 conciencia en algunas ocasiones, aunque sólo muy fugitivamente, de su amor hacia su cuñado. Uno de tales momentos fué, por ejemplo, cuando ante el lecho mortuorio 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 conciencia 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 resultan la disociación de la conciencia 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 mortuorio de la hermana), e incluso durante el mismo tratamiento debieron de surgir otros más. La multiplicidad de tales momen-

tos 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 caso patológico. Fundándome 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 constituído 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 al-

guna 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 en 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 un 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 un 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 trata-

miento 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 atribuírse 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 (1). En el análisis hipnótico, me reveló

(1) He observado otro caso en el que una contractura de los maséteres hacía imposible a una cantante el ejercicio de su arte. La sujeto se había visto impulsada a dedicarse a la escena por penosos sucesos de orden familiar. Una vez que ensayaba en Roma, hallándose muy excitada, experimentó, de repente, la sensación de no poder cerrar la boca al terminar de emitir una nota, y cayó desvanecida al suelo. El médico a quien mandaron llamar, le cerró violentamente la boca, pero a partir de este momento, quedó imposibilitada la sujeto de separar las mandíbulas arriba del ancho de un dedo y tuvo que renunciar a la profesión recientemente elegida. Cuando varios años después, acudió a mi

las circunstancias personales que siguen, y con ellas, las causas de sus padecimientos: Huérfana desde muy niña, fué recogida por una tía suya, cargada ya 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 buscase una posibilidad de hacerse independiente, para salir de aquella casa. Un honrado profesor de canto se encargó desinteresadamente de ella, después de asegurarla que poseía condiciones para este arte, pero la circunstancia de haber acudido repetidas veces a dar clase sintiendo aún la opresión de gar-

consulta, habían desaparecido, sin duda, largo tiempo ha, las causas de aquella excitación, pues un breve masaje durante una ligera hipnosis, bastó para devolver a sus mandíbulas su juego natural. Ulteriormente, ha vuelto la sujeto a dedicarse al canto.

ganta 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 la 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 oirla, 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 lo tanto, que mientras yo me esforzaba en anular las huellas de antiguas impresiones, esta violenta situación de la sujeto 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, obligándole 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 lo 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, la 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, la 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 fué 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 que 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 ya 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 al 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 en su conciencia, 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 un cierto montante de afecto, pero si este montante crece en ocasiones análogas a las que le hicieron surgir, hasta superar la medida que el individuo es capaz de soportar, queda dado el impulso para la conversión. No es, por lo tanto, ninguna arriesgada hipótesis, sino casi un postulado, el que la formación de síntomas histéricos puede tener también efecto sobre la base de afectos recordados.

Me he ocupado, hasta aquí, del m o t i v o y del m e c a n i s m o de este caso de histeria. Quédame por aclarar la d e t e r m i n a c i ó n 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 fué creado por la neurosis, sino simplemente utilizado, intensificado y conservado por ella. He de hacer constar, que en la inmensa mayoría de los casos de dolores histéricos por mí examinados, sucedía algo análogo, habiendo existido siempre, al principio, un dolor real, de naturaleza orgánica. Los dolores más comunes y extendidos son precisamente los que con mayor frecuencia aparecen llamados a desempeñar un papel en la histeria, sobre todo los periostales y neurálgicos correspondientes a

las enfermedades de la boca, los de cabeza y los reumáticos. El primer ataque de dolores en las piernas padecido por Isabel de R., aun durante la enfermedad de su padre, fué, así, a mi juicio, de carácter orgánico, pues al buscarle una causa psíquica, no obtuve resultado ninguno, y confieso sinceramente que me inclino mucho a dar a mi método de provocar la emergencia de recuerdos ocultos, un valor de diagnóstico diferencial, siempre, claro está, que se practique con acierto. Este dolor originalmente reumático (o espinal neurasténico) se convirtió, para la enferma, en símbolo mnémico de sus dolorosas excitaciones psíquicas, a mi ver, por más de una razón. En primer lugar y principalmente, porque existía con simultaneidad a la excitación de la conciencia, y después, porque se hallaba o podía hallarse enlazado en muy diversas formas, al contenido de representaciones dado en aquella época. Por otro lado, también podía ser simplemente, una lejana consecuencia de la falta de ejercicio y la irregularidad en la alimentación durante la asistencia de la sujeto a su padre. La enferma no veía claro en esta cuestión, y a mi juicio, lo más probable es que sintiera el dolor en momentos importantes de su asistencia al enfermo, por ejemplo, al saltar de la cama en una fría noche de invierno y acudir presurosa junto a su padre. Pero la orientación que la conversión hubo de tomar, quedó decidida por otra distinta forma de conexión asociativa, esto es, por la circunstancia de que durante un largo período de tiempo, entró cotidianamente en contacto una de las doloridas piernas de la sujeto, con las hinchadas piernas de su padre, mientras le cambiaba los vendajes. La zona de la pierna derecha sobre la que recaía este contacto, constituyó, a partir de tal momento, el foco y el punto

de partida de los dolores, esto es, una zona histerógena artificial, cuya génesis se nos revela claramente en este caso.

No hay motivo ninguno para extrañar o considerar artificial esta múltiple conexión asociativa entre el dolor físico y el afecto psíquico. En aquellos casos en los que no existe una tan múltiple conexión, tampoco se forma síntoma histérico ninguno ni encuentra la conversión camino por el que desarrollarse, y puedo asegurar que el caso de Isabel de R. era muy sencillo, por lo que respecta a la determinación.

En páginas anteriores, hemos descrito ya cómo se desarrolló la astasia-abasia de nuestra enferma, tomando como base estos dolores y después de que la conversión encontró abierto ante ella un determinado camino. Pero afirmamos también, que la enferma había creado o intensificado, por simbolismo, su perturbación funcional, que había hallado en la abasia-astasia una expresión somática de su impotencia para modificar las circunstancias y que sus manifestaciones de «no lograr avanzar un paso en sus propósitos» o «carecer de todo apoyo» constituían el puente que conducía a este nuevo acto de la conversión, y queremos apoyar ahora estas afirmaciones, con otros ejemplos.

La conversión basada en la simultaneidad, dada, además, una conexión asociativa, es la que exige una menor medida de disposición histérica. En cambio, la conversión por simbolización, precisa de un más alto grado de modificación histérica, tal y como lo comprobamos en el último estadio de la histeria de Isabel de R. El caso de Cecilia M., al que considero como el más difícil e instructivo de los que se me han presentado, me ofreció interesantísimos ejemplos de simbolización. Desgraciadamente, no me es posible re-

producir al detalle, por razones que creo haber indicado ya, este historial clínico.

Cecilia M. padecía, entre otros dolores, una violentísima neuralgia facial, que surgía, de repente, dos o tres veces al año, y duraba, cada una de ellas, de cinco a diez días. Los antecedentes patológicos de la sujeto, entre los cuales se contaba un reumatismo agudo, hacían pensar en que esta neuralgia, limitada a las ramas segunda y tercera del trigémino, era de carácter gotoso. Este era también el diagnóstico del médico de cabecera, que la había asistido en tales accesos. Atacada la neuralgia por los medios corrientes —electricidad, aguas alcalinas, purgantes, etcétera— todo resultaba, sin embargo, inútil, hasta que un buen día, desaparecía, dejando su lugar a otro síntoma diferente. En tiempos anteriores—la neuralgia venía presentándose desde quince años atrás—se atribuyó el dolor a una enfermedad dentaria, y la sujeto sufrió en un solo día, siete extracciones, algunas de las cuales fueron harto imperfectas, pues dejaron subsistente parte de las raíces. Tampoco esta cruenta operación dió el menor resultado. La neuralgia duraba en esta época, meses enteros. También durante el tiempo de mi tratamiento, llamaba la sujeto, cada vez que sentía la neuralgia, al dentista, el cual hallaba siempre alguna raiz enferma y comenzaba su trabajo, sin llegar en general a terminarlo, pues en cuanto cesaba la neuralgia, cesaba la enferma de acudir a él. En los intervalos, no sentía jamás dolor de muelas. Un día, en pleno y violento ataque de neuralgia, hipnoticé a la sujeto, y la prohibí volver a tener tales dolores, desapareciendo éstos en el acto. Por entonces, comencé ya a dudar de la autenticidad de tal neuralgia.

Próximamente un año después de este resultado te-

rapéutico, conseguido por medio de la hipnosis, presentó el estado patológico de Cecilia M. una nueva y sorprendente faceta. De pronto, surgieron estados distintos de los habituales durante los últimos años, pero la enferma declaró, después de corta reflexión, que todos ellos se le habían ya presentado antes, alguna vez, en el largo tiempo que llevaba enferma (treinta años). Efectivamente, fué desarrollándose una multitud de accidentes histéricos, que la sujeto pudo localizar en una fecha exacta del pasado, y pronto se revelaron las conexiones mentales, a veces muy complicadas, que determinaban el orden de sucesión de estos accidentes. Era algo como una serie de imágenes con su texto explicativo, y Pitres debió referirse a un proceso semejante, al establecer su «délire ecmnésique». La forma en que eran reproducidos tales estados histéricos, pertenecientes al pasado, resultaba harto singular. Primeramente, y hallándose la sujeto libre de todo trastorno, surgía un peculiar estado de ánimo, patológico, en cuya apreciación se equivocaba siempre la paciente, atribuyéndolo a un suceso sin importancia, inmediatamente anterior. Luego, y acompañados de una creciente perturbación de la conciencia, seguían diversos síntomas histéricos—alucinaciones, dolores, convulsiones y largos soliloquios declamatorios—agregándose, por último, a estos sintomas, la emergencia alucinatoria de un suceso pretérito, susceptible de explicar el estado de ánimo inicial y de determinar los síntomas aparecidos. Después de este último período del ataque, volvía la claridad mental, desaparecían, como por encanto, todas las molestias y reinaba de nuevo el bienestar... hasta el ataque siguiente, doce horas después. Generalmente, se me enviaba a buscar cuando el acceso llegaba a su grado

máximo, y entonces, hipnotizaba a la sujeto, provocaba la reproducción del suceso traumático y adelantaba así el final del ataque. Asistiendo a esta enferma en cientos de estos ciclos, se me revelaron interesantísimos datos sobre la determinación de los síntomas histéricos. La observación de este caso, realizada por mí en unión de Breuer, fué la que nos impulsó a la publicación de nuestra «comunicación preliminar».

En esta serie de reproducciones, le tocó el turno a la neuralgia facial, abrigando yo gran curiosidad por ver si surgía, con respecto a ella, algún motivo psíquico. Cuando intenté hacer emerger la escena traumática, se vió transferida la sujeto a una época de gran excitación anímica contra su marido y me habló de un diálogo con él y de una observación suya, que ella había considerado gravemente ofensiva. Luego, de repente, se llevó la mano a la mejilla, gritando de dolor, y exclamó: «Fué como si me hubiera dado una bofetada». Con esto, terminaron el dolor y el ataque.

No cabe duda de que se trataba, aquí, de un símbolo. La sujeto había sentido como si realmente la abofeteasen. Ahora bien; hemos de preguntarnos cómo la sensación de «recibir una bofetada» puede llegar a exteriorizarse en una neuralgia limitada a las ramas segunda y tercera del trigémino y que se intensificaba al abrir la boca y al mascar (en cambio al hablar, no).

Al día siguiente, volvió la neuralgia, para desaparecer esta vez después de la reproducción de otra escena, cuyo contenido era una nueva ofensa recibida por la sujeto. Esto se repitió durante nueve días, pareciendo resultar así, que a través de años enteros, ofensas verbales recibidas por la sujeto, habían provocado, por simbolismo, nuevos ataques de esta neuralgia facial.

Por fin, conseguimos penetrar hasta el primer ataque

de neuralgia (quince años atrás). Aquí no encontramos ya un simbolismo, sino una conversión por simultaneidad. Se trataba de un espectáculo doloroso, a cuya vista surgió en la sujeto, un reproche, que la impulsó a reprimir otra serie de pensamientos. Era, pues, un caso de conflicto y defensa. La génesis de la neuralgia en este momento, no resultaba explicable sino admitiendo que, por entonces, padecía nuestra enferma un ligero dolor de muelas o de la cara, cosa nada inverosímil, pues se hallaba en los meses iniciales de su primer embarazo.

Resultó, así, que la neuralgia se había constituído, por el ordinario camino de la conversión, en signo de una determinada excitación psíquica, pero que ulteriormente, podía ser despertada de nuevo, por ecos asociativos de la vida mental y mediante una conversión simbolizante. En realidad, lo mismo que descubrimos al estudiar el caso de Isabel de R.

Añadiremos todavía, un segundo ejemplo, que evidencia la eficacia del simbolismo en otras condiciones distintas. Durante un cierto período, atormentó a Cecilia M. un violento dolor en el talón derecho, que le impedía andar. El análisis nos condujo a una época en que la sujeto se hallaba en un sanatorio extranjero. Desde su llegada, y durante una semana, había tenido que guardar cama. El día que se levantó, acudió el médico a la hora de almorzar, para conducirla al comedor, y al tomar su brazo, sintió por vez primera aquel dolor, que en la reproducción de la escena, desapareció al decir la sujeto: «Por entonces me dominaba el miedo a «no entrar con buen pie» entre los demás huéspedes del sanatorio».

Este ejemplo de génesis de un síntoma histérico por simbolización, mediante la expresión verbal, parece

inverosímil y hasta cómico. Pero examinando más detenidamente las circunstancias dadas en aquellos momentos, se nos hace en seguida, más admisible. La enferma sufría, por entonces, dolores en los pies, que le habían obligado a guardar cama, y podemos suponer, que el miedo que la acometió al dar los primeros pasos, había elegido uno de los dolores simultáneamente dados—el del talón, muy apropiado como símbolo—para desarrollarlo especialmente y darle una particular duración.

Si en estos ejemplos, se nos muestra relegado a segundo término—como es lo regular—el mecanismo de la simbolización, sé también de otros que parecen constituir una prueba de la génesis de síntomas histéricos por simple simbolización. Uno de los más acabados es el que sigue, referente también a Cecilia M. Teniendo quince años, estaba una vez, en la cama, bajo la vigilancia de su abuela, mujer enérgica y severa. De repente, empezó a quejarse, diciendo sentir penetrantes dolores en la frente, entre ambos ojos, dolores que luego la atormentaron durante varias semanas. En el análisis de este dolor, que se reprodujo al cabo de casi treinta años, me refirió que su abuela la había mirado tan «penetrantemente», que sintió su mirada en el cerebro. Resultaba que, por entonces, tenía miedo de ver reflejarse en los ojos de la abuela, una cierta sospecha. Al comunicarme esta idea, se echó a reir la sujeto, y desaparecieron sus dolores. No encontramos aquí sino el mecanismo de la simbolización, el cual constituye, en cierto modo, el punto medio entre los de la auto-sugestión y la conversión.

El caso de Cecilia M. me ha permitido reunir una colección de estas simbolizaciones. Toda una serie de sensaciones físicas, consideradas generalmente como

de origen orgánico, tenían en esta paciente, un origen psíquico o por lo menos, admitían una interpretación psíquica. Una cierta serie de sucesos aparecía acompañada en ella, de la sensación de una herida en el corazón («Aquello me hirió en el corazón»). El clásico dolor de cabeza de la histeria («dolor de clavo») había de interpretarse en ella, como procedente de un problema mental. («No sé qué tengo en la cabeza») y desaparecía en cuanto llegaba a la solución. Paralelamente a la sensación del aura histérica en la garganta, se desarrollaba el pensamiento de «Eso tengo que tragármelo», cuando tal sensación surgía al recibir la sujeto una ofensa. Existía, pues, toda una serie de sensaciones y representaciones paralelas, en las cuales, unas veces la sensación había despertado, como interpretación suya, la representación, y otras, era la representación la que había creado, por simbolización, la sensación. Por último, había ocasiones en las que no podía decidirse cuál de los dos elementos había sido el primario.

No he vuelto a hallar en ninguna otra paciente, un tan amplio uso de la simbolización. Cierto es que Cecilia M. era una persona de dotes nada comunes, principalmente artísticos, cuyo alto sentido de la forma se revelaba en bellas poesías. Pero, a mi juicio, el acto mediante el cual crea un histérico, por simbolización, una expresión somática, para una representación saturada de afecto, tiene muy poco de personal y voluntario. Tomando al pie de la letra las expresiones metafóricas de uso corriente y sintiendo como un suceso real, al ser ofendida, la «herida en el corazón» o la «bofetada», no hacía uso, la paciente, de un abusivo retruécano, sino que daba nueva vida a la sensación a la cual debió su génesis la expresión verbal correspon-

diente. En efecto, si al recibir una ofensa, no experimentáramos una cierta sensación precordial, no se nos hubiera ocurrido jamás crear una tal expresión. Del mismo modo, la frase «tener que tragarse algo», que aplicamos a las ofensas recibidas sin posibilidad de protesta, procede, realmente, de las sensaciones de inervación que experimentamos en la garganta, en tales casos. Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la «expresión de las emociones», que según nos ha mostrado Darwin, consiste en funciones originariamente adecuadas y plenas de sentido. Estas funciones se hallan ahora tan debilitadas, que su expresion verbal nos parece ya metafórica, pero es muy verosímil que primitivamente poseyera un sentido literal, y la histeria obra con plena justificación al restablecer, para sus inervaciones, más intensas, el sentido verbal primitivo. Llego incluso a creer que es equivocado afirmar que la histeria crea por simbolización tales sensaciones, pues quizá no tome como modelo los usos del lenguaje, sino que extraiga, con él, sus materiales, de una misma fuente (1).

---

(1) En estados de profunda modificación psíquica, surge también una orientación del lenguaje hacia la expresión artificial en imágenes sensoriales y sensaciones. Cecilia M. pasó por un período en el que cada uno de sus pensamientos se transformaba en una alucinación, cuya solución precisaba, con frecuencia, de gran sutileza. Un día se me quejó de que la perseguía una alucinación en la cual veía a sus dos médicos—Breuer y yo—colgados de sendos árboles del jardín. Esta alucinación desapareció una vez descubierto en el análisis, su origen: El día anterior había rechazado Breuer su pretensión de que la recetara un determinado medicamento. La sujeto puso luego en mí, sus esperanzas de conseguir tal deseo, pero yo me mostré también contrario a él, y entonces, encolerizada con nosotros, pensó: «Son tal para cual. El uno es el p e n d a n t del otro».

III.

Psicoterapia de la histeria.

(Freud).

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» (pág. 12).

Procuramos luego hacer comprensible la forma en que actuaba 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 corrección asociativa, por medio de su atracción a la conciencia normal (en una ligera hipnosis) o de su supresión por sugestión médica, como sucede en los casos de sonambulismo con amnesia» (pág. 26).

Cúmplenos ahora desarrollar una concreta 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 y concepción 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, cúmpleme hablar ahora en mi solo nombre.

Al intentar aplicar a una amplia serie de pacientes, el método iniciado por Breuer, de curación de sínto-

mas 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 a 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 fué 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 un 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. Sucedía así, algunas veces, que los resultados terapéuticos eran pobrísimos, no obstante haber diagnosticado la histeria y que ni siquiera el análisis extraía a 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 lo 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 lo tanto, dentro de lo que esta relación lo 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» ninguno. 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 (1). 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 la 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 «espectación angustiosa», las fobias y las hiperestesias 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

(1) E. Hecker. Zentralblatt fuer Nervenheilkunde, Diciembre de 1893.

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 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, etcétera, 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: 1.° No es posible considerarla aisladamente, separándola del conjunto de las neurosis sexuales. 2.° En realidad, no representa sino un solo aspecto del complicado caso neurótico; y 3.° 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 fué examinado por su observador, desde el punto de vista de la neurosis sexual y, por lo tanto, no puede sernos 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 espectación angustiosa y fobias, originado por la abstinencia sexual y combinado con una histeria.

El caso de Miss Lucy R. es, quizá, el que con ma-

yor 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 fué 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 revelaba 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, adscribiéndola únicamente síntomas «ideógenos» y transcribiendo los síntomas somáticos (puntos histerógenos, anestesias) 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 lo 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 im-

portante, desde el punto de vista práctico, que los otros componentes neuróticos.

No es esta 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 lo 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:

1. 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 a 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.

2. El método catártico no pierde su valor por el hecho de ser un método s i n t o m á t i c o y no c a u s a l, 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.

3. 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 le planteen, pues el médico no puede proponerse modificar una constitución como la histérica 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 concurran varios factores, y por lo tanto, puede abrigar la esperanza de que una 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.

4. 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), no consigue el método catártico 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 un 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 dificilísima 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 in-

fluencia 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.

5. 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 ca-

pacidad de resistencia, con la cual podrá vencer la acción de su padecimiento. Una larga y constante vigilancia y un periódico «chimney sweeping», pueden hacer mucho bien a estos enfermos.

6. 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 cam-

bio, 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 un 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 un tal tratamiento, se sustrae al médico en cuanto sospecha el sentido en el que va a orientarse la investigación. Estos enfermos no han cesado de ver en el médico, 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 indebidamente, 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 atribuídos, pues resulta evidente que tienen su base en las condiciones previas de las neurosis que de curar se trata, 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 mejoría 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 conciencia 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 abrigaban 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 ciñéndome entonces a la conducta de Bernheim en la evocación de recuerdos correspondientes al sonambulismo y aparentemente olvidados, les apremiaba yo, asegurándoles que no podían por menos de saberlo y recordarlo, emergía en unos, alguna ocurrencia, y ampliaba 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 ser la misma que había contribuído 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 conciencia, 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 representa-

ción afluyente. En nuestros casos, ha afluído 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 conciencia y de la memoria, sin que pareciera posible hallar su huella psíquica. Pero no podía por menos de existir una tal huella. Al esforzarme yo en orientar hacia ella la atención del paciente, percibía, a título de resistencia, la misma energía, que antes, en 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 lo 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 o 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 retenerlas, 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 estuviésemos 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», mas 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, etc. 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 un 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, incomprensible—, pero nos ha mostrado el camino que a ella conduce, indicándonos el sentido en el que debe-

mos 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 el 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 conciencia del enfermo, que mantiene en orden, para determinados fines, un considerable material psíquico y ha hallado un ingenioso arreglo para su retorno a la conciencia. Pero, a mi juicio, esta segunda inteligencia no es sino aparente.

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, convenciéndose, 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 la tomó mucho afecto y la acompañaba a todas partes. Inmediatamente y sin auxilio ninguno, 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, fué 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 le 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 tío, al recibir la cual, tuvo un nuevo ataque de tos. Luego emergieron pensamientos análogos a los anteriores. Su tío había sido la única persona de su familia que la 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, a 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 fué 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 iodo, que le recetaron contra una ligera inflamación del tiroides. Naturalmente, rechacé yo este supuesto origen, e intenté substituirlo 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 la 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 preceptor, 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 sensual, que con el medicamento iodado que entonces tomaba. Sólo nuestra técnica analítica podía permitir el descubrimiento de una 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 repetirla, aunque no con tanta intensidad, cuando acudió a mí. No siéndome posible hipnotizarla con la profundidad deseable, empren-

dí el análisis en estado de concentración, y al ejercer por vez primera la presión sobre su frente, la 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 dió cuenta la señora, de que la institutriz acudía muchas noches al lecho de su educanda, la cual, siempre que esto sucedía, 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? —Sí; y además me parece una tontería. —Dígala de todos modos. —«Portero». —¿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 va-

rias 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 fué 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 a un segundo suceso. Pronto se nos descubrió también la significación de esta reminiscencia. La enfermedad de su hermana la había impresionado tánto, porque tenía con ella un secreto común: Ambas dormían en el mismo cuarto, y una 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, fué 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. Diagnostiqué 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 preguntarla yo si se la 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 fuera 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, etc.» Me disponía, por lo tanto, a contar este experimento entre los fracasados y a salir del paso en forma que la sujeto no advir-

tiese 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 la dió motivos 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, nos 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 re-

sistencia 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 de 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 dí cuenta de que no había medio de alejarlo de mi pensamiento, resolví decirlo».—De este modo, delata el enfermo, a poste-

riori, 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 tic-tac 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 resisten-

cia 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.

En el retorno de imágenes, se hace más fácil nuestra labor que cuando se trata de representaciones. Los histéricos, sujetos visuales en su mayor parte, oponen menos dificultades que los pacientes afectos de representaciones obsesivas, a la labor del analítico. Una vez emergida la imagen, declara el enfermo mismo verla fragmentarse y desvanecerse conforme avanza en su descripción. El paciente la va gastando y extinguiendo, al irla traduciendo en palabras. Así, pues, la misma imagen mnémica nos marca el sentido en el que hemos de proseguir nuestra investigación. «Considere usted de nuevo la imagen. ¿Ha desaparecido ya?»—«En conjunto, sí; pero aún veo tal o cual detalle».—«Entonces es que aún conserva algún significado. Surgirá todavía algo nuevo o se le ocurrirá algo relacionado con ese detalle subsistente».—Terminada la labor, queda libre el campo visual y podemos provocar otra imagen. Sin embargo, hay veces que una tal imagen permanece tenazmente presente a la visión interior del sujeto, y entonces, he de suponer que aún le queda por decir algo muy importante sobre el tema corres-

pondiente. En cuanto así lo hace, desaparece la imagen.

Para el progreso del análisis, es, naturalmente, de extrema importancia, que el médico conserve su autoridad sobre el enfermo, pues si no, dependerá de lo que éste quiera o no comunicarle. Es, por lo tanto, consolador, oir que el procedimiento de la presión no falla, en realidad, nunca, salvo en un único caso, del que luego trataré, adelantando, por ahora, que depende de un motivo especial de resistencia. También sucede, a veces, que empleamos el procedimiento en circunstancias en las que no puede extraer nada a la luz, por ejemplo, continuando la investigación de la etiología de un síntoma cuando ya ha quedado agotada, o investigando la genealogía psíquica de un síndrome somático. En estos casos, afirma también el enfermo que nada se le ocurre, y esta vez, con razón. Por lo tanto, es imprescindible no perder de vista, ni un momento, durante el análisis, el rostro del paciente, y de este modo, aprendemos, sin grandes dificultades, a distinguir la serenidad espiritual propia de la verdadera falta de reminiscencias, de la tensión y el afecto que invaden al sujeto cuando trata de negar, impulsado por la resistencia, el recuerdo emergente. En estas experiencias, reposa la aplicación de nuestro procedimiento como diagnóstico diferencial.

Así, pues, tampoco la labor con el procedimiento auxiliar de la presión, deja de ser trabajosa. Se obtiene únicamente la ventaja de que por los resultados de este procedimiento averiguamos en qué dirección hemos de investigar. En muchos casos, basta con esto; lo esencial es adivinar el secreto y confrontar con él al sujeto, el cual tiene entonces que hacer cesar su resistencia. En otros casos, es preciso algo

más; la resistencia del sujeto se exterioriza en la incoherencia de los elementos mnémicos emergentes, que no surgen sino incompletos y borrosos. Cuando en un período ya avanzado del análisis, volvemos la vista a los anteriores, nos asombra comprobar cuán fragmentarias fueron las ocurrencias y las imágenes que arrancamos al sujeto por medio de la presión. Faltaba en ellas, precisamente, lo esencial, la relación con la persona o con el tema, y esta falta hacía incomprensible la imagen. He aquí un par de ejemplos de la acción de una tal censura, ejercida sobre el recuerdo patógeno en su primera emergencia. El enfermo ve un torso femenino, cuyas vestiduras se entreabren como por un descuido, pero sólo en un momento muy posterior del análisis, llega a completar este torso, con una cabeza, que delata ya a una persona y una relación determinadas. O relata una reminiscencia de su infancia, referente a dos niños —cuyas figuras se le muestran borrosas e irreconocibles—que fueron acusados de un cierto vicio, y precisa, luego, de un largo espacio de tiempo y de grandes progresos del análisis, para volver a ver esta reminiscencia, y reconocerse a sí mismo en uno de los niños.

¿De qué medios disponemos para vencer esta resistencia continuada? De muy pocos; esto es, de aquellos que, en general, puede emplear un hombre, para ejercer una influencia psíquica sobre otro. Ante todo, hemos de decirnos, que la resistencia psíquica, y más cuando se halla constituída desde mucho tiempo atrás, no puede ser suprimida sino muy lenta y paulatinamente. Es preciso esperar con paciencia. Después, ha de contarse con el interés intelectual, que una vez iniciada la labor, despierta su curso en el enfermo. Instru-

yéndole y comunicándole detalles del maravilloso mundo de los procesos psíquicos, en el cual hemos logrado penetrar precisamente por medio de tales análisis, logramos convertirle en colaborador nuestro y le llevamos a observarse a sí mismo con el interés objetivo del investigador, rechazando, así, la resistencia, basada en fundamentos afectivos. Por último—y esta es nuestra más poderosa palanca—después de haber acertado los motivos de su resistencia, tenemos que intentar desvalorizar tales motivos o, a veces, sustituirlos por otros más importantes. En este punto, cesa la posibilidad de concretar en fórmulas la actividad psicoterápica. Actuamos lo mejor que nos es posible: como aclaradores, cuando una ignorancia ha engendrado un temor; como maestros, como representantes de una concepción universal más libre o más reflexiva y como confesores, que con la perduración de su interés y de su respeto después de la confesión, ofrecen al enfermo algo equivalente a una absolución. Intentamos, en fin, hacer al paciente todo el bien que permite la influencia de nuestra propia personalidad y la medida de la simpatía que el caso correspondiente es susceptible de inspirarnos. Para una tal actividad psíquica, es condición previa indispensable, que hayamos acertado aproximadamente la naturaleza del caso y los motivos de la resistencia que manifiesta. Por fortuna, el procedimiento del apremio y la presión nos conducen, justamente, hasta este punto del análisis. Cuantos más enigmas de este orden hayamos resuelto, más fácil nos será resolver otros nuevos y antes podremos emprender la labor psíquica verdaderamente curativa. Es muy conveniente tener siempre en cuenta lo que sigue: Como el enfermo se liberta de los síntomas histéricos en cuanto reproduce las impresiones patóge-

nas causales, dándoles expresión verbal y exteriorizando el afecto concomitante, la labor terapéutica consistirá tan sólo en moverle a ello, y una vez conseguido esto, no queda ya, para el médico, nada que corregir o suprimir. Todas las sugestiones contrarias que pudieran ser de aplicación, las ha utilizado ya durante la lucha contra la resistencia.

Junto a los motivos intelectuales en que nos apoyamos para dominar la resistencia, actúa un factor afectivo—la autoridad personal del médico—del cual sólo muy raras veces podemos prescindir, siendo, en cambio, en un gran número de casos, el único que puede acabar con la resistencia. Pero esto sucede en todas las ramas de la medicina, y ningún método terapéutico renuncia por completo a la colaboración de este factor.

III.

En el capítulo que precede, hemos expuesto con toda sinceridad, 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 de contestar, que entonces quedaría, para mí, muy limi-

tado 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 un 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 de que yo la ordenase despertar. Y sin embargo, en ningún caso he tenido que luchar contra una mayor resistencia. Por mi parte, no dí 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 sugestiones 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 r e s i s t e n c i a. 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 fué 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 lo 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 anímica 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 conciencia y que por tal razón habían

de quedar excluídos 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 un 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 reprimir 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 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 un 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 núcleo 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 núcleo, 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 oir», 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 meticuloso 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 constituída 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 conciencia, a las cuales se extienden los temas dados. Los estra-

tos 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 aún 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 uni-

dos, 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 le 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 es situado 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 separan 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 estirpar 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 no 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 conciencia, de cuya «angostura» se habla tan justificadamente. Este término de la «angostura de la conciencia» adquiere sentido y nueva vida a los ojos del médico que practica un tal análisis. Nunca penetra en la conciencia 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 lo tanto, en fragmentos, a la conciencia. 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 una 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. Esquematizando 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, otra distinta labor. 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 analítico 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 extiendan 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 diferente impresión, 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, la 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 rehuyen 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 una 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 de 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 enérgicas 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 dos recuer-

dos importantes.—El tiempo que un recuerdo permanece en el desfiladero de acceso a la conciencia 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 enlazaran 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 (p. e. 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 en-

fermo 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.

Esta oscilación de la intensidad del síntoma histérico se repite cada vez que tocamos en la labor analítica, una nueva reminiscencia patógena por lo que al mismo respecta. Si, por el contrario, nos vemos obligados a abandonar por algún tiempo, al hilo al que dicho síntoma se enlaza, retorna éste a la oscuridad, para volver a emerger en un ulterior período del análisis. Estas alternativas duran hasta que el síntoma queda totalmente derivado por el descubrimiento de todo el material patógeno correspondiente.

En un sentido estricto, se conduce aquí el síntoma histérico exactamente como la imagen mnémica o la idea reproducida que hacemos emerger con la presión de nuestra mano sobre la frente del sujeto. En ambos casos, es exigida la derivación por el mismo retorno obsesivo en la memoria del enfermo. La diferencia está tan sólo en la emergencia aparentemente espontánea de los síntomas histéricos, mientras que, en cambio, recordamos haber provocado las escenas y ocurrencias. Pero la serie ininterrumpida de r e s t o s m n é m i c o s, no modificados, de sucesos y actos mentales saturados de afecto, siempre nos lleva hasta los síntomas histéricos, sus s í m b o l o s m n é m i c o s.

El fenómeno de la intervención del síntoma histérico

en el análisis, trae consigo un inconveniente práctico, con el cual quisiéramos reconciliar al enfermo. Es imposible llevar a cabo el análisis de una sola vez o distribuir las pausas de la labor, de manera que coincidan con momentos de reposo en la derivación. Lo más corriente es que las interrupciones, impuestas por las circunstancias accesorias del tratamiento, recaigan en momentos nada oportunos, precisamente cuando íbamos acercándonos a un desenlace o cuando se iniciaba un nuevo tema. Es éste el mismo inconveniente que presenta la lectura de los folletines, en los cuales, tropezamos con el «Se continuará» cuando más interesados estamos. En nuestro caso, el tema iniciado, pero no agotado, o el síntoma intensificado y pendiente aún de aclaración, perduran en la vida anímica del enfermo, originando mayores perturbaciones que nunca. Pero es éste un mal irremediable. Hay enfermos, que una vez iniciado un tema en el análisis, no pueden ya abandonarlo, lo mantienen presente como una obsesión, incluso durante el intervalo entre dos sesiones del tratamiento, y como no les es posible conseguir por sí solos su derivación, sufren, al principio, más que antes de ponerse en cura. Pero también estos enfermos acaban por aprender a esperar al médico y a transferir a las horas del tratamiento todo el interés que les inspira la derivación del material patógeno, comenzando así a sentirse más libres en los intervalos.

***

También el estado general del enfermo durante un tal análisis, merece especial atención. Al principio, pasa por un período en el cual no ejerce sobre él in-

fluencia alguna el tratamiento, dominando aún los factores primitivamente eficaces; pero después, llega un momento en que el análisis absorbe el interés del enfermo, y desde entonces, su estado general va dependiendo cada vez más del estado de la labor. Siempre que conseguimos un nuevo esclarecimiento y damos un paso importante en el análisis, siente el enfermo un alivio, algo como un anticipo de la próxima liberación. Inversamente, cada detención del trabajo o cada amenaza de perturbación del mismo, acrecenta la carga psíquica que le oprime, y eleva su sensación de infortunio y su incapacidad funcional. Felizmente, dura poco esta agravación, pues el análisis sigue su curso, sin vanagloriarse de los momentos de bienestar ni preocuparse de los períodos de agravación, satisfaciéndonos en general, haber logrado sustituir las oscilaciones espontáneas del estado del enfermo, por aquellas otras que provocamos y comprendemos, del mismo modo que nos satisface ver surgir, en lugar de la desaparición espontánea de los síntomas, aquel orden del día que corresponde al estado del análisis.

Por lo general, se hace la labor, al principio, tanto más oscura y difícil, cuanto más hondamente penetramos en el producto psíquico estratificado, antes descrito. Pero una vez llegados al nódulo, se hace la luz y no es ya de temer ninguna agravación en el estado general del enfermo. Sin embargo, no hemos de esperar el premio de nuestros esfuerzos, o sea la cesación de los síntomas patológicos, hasta haber llevado a cabo el análisis completo de todos los síntomas. Es más; cuando cada uno de éstos se halla enlazado a los restantes, por múltiples conexiones, ni siquiera obtenemos resultados positivos parciales, que nos animen en nuestra labor. A causa de las múltiples cone-

xiones causales existentes, actúa cada una de las representaciones patógenas aún no derivadas, como motivo de todas las creaciones de la neurosis, y sólo con las últimas palabras del análisis, desaparece todo el cuadro patológico, siguiendo una conducta análoga a la de cada una de las reminiscencias aisladamente reproducidas.

Una vez descubierto, por la labor analítica, e introducido en el Yo, un recuerdo o un enlace patógenos, sustraídos antes a la conciencia del Yo, observamos que la personalidad psíquica así ampliada, manifiesta su enriquecimiento en diversas formas. Con especial frecuencia, sucede que el enfermo, después de haberle nosotros impuesto, a fuerza de penoso trabajo, un cierto conocimiento, alega haber sabido siempre aquello, habiéndonoslo podido comunicar desde un principio. Los más penetrantes, reconocen luego, que se trata de una ilusión, y se acusan de ingratitud. Aparte de esto, la actitud del Yo con respecto a la nueva adquisición, depende del estrato del análisis del que la misma proceda. Aquello que pertenece a los estratos más exteriores, es reconocido sin dificultad, pues continuaba siendo propiedad del Yo, y sólo su enlace con los estratos más profundos del material patógeno, constituía, para aquél, una novedad. Lo perteneciente a estos estratos más profundos acaba también siendo reconocido por el enfermo, pero sólo después de largas reflexiones y vacilaciones. Naturalmente, le es más difícil negar las imágenes mnémicas visuales, que las huellas mnémicas de simples procesos mentales. Muchas veces, dice al principio: «Es posible que haya pensado eso, pero no puedo recordar cuándo», y sólo después de haberse familiarizado con nuestra hipótesis, llega a reconocerla como cier-

ta, recordando y demostrando, por medio de múltiples conexiones secundarias, haber tenido, realmente, tales pensamientos. Por mi parte, sigo en el análisis, el principio de hacer independiente la valoración de una reminiscencia emergida, de su reconocimiento o repulsa por parte del enfermo. No me cansaré de repetir, que estamos forzados a aceptar todo aquello que extraemos a luz con nuestros medios. Si entre ello hubiera algo ilegítimo o inexacto, la coherencia posterior nos aprendería a separarlo. Dicho sea de paso, apenas si he tenido alguna vez que rechazar una reminiscencia provisionalmente admitida. Todo lo emergido se ha demostrado luego, exacto, a pesar de la engañosa apariencia de una contradicción.

Las representaciones procedentes de una mayor profundidad, que constituyen el nódulo de la organización patógena son las que más trabajo cuesta al enfermo reconocer como recuerdos. Incluso cuando el enfermo se encuentra ya dominado por la coerción lógica y convencido del efecto curativo, que acompaña precisamente la emergencia de tales representaciones, y acepta haber pensado tal o cual cosa, suele aún añadir: De todos modos, no puedo r e c o r d a r haber pensado así. En estos casos, nos ponemos fácilmente de acuerdo con él, manifestándole que se trataba de pensamientos i n c o n s c i e n t e s . Pero se nos plantea aquí la cuestión de cómo conciliar esta circunstancia con nuestras propias opiniones psicológicas. ¿Deberemos prescindir de esta negativa de reconocimiento, por parte del enfermo, negativa, que una vez terminada la labor, carece de motivo, o habremos de suponer que se trata realmente de ideas que no han llegado a existir, esto es, de ideas para las cuales sólo había una posibilidad de existencia, aceptando así, que

la terapia consistiría en la realización de un acto psíquico no cumplido? Es imposible decir nada sobre esta cuestión, o sea, sobre el estado del material patógeno antes del análisis, sin una previa aclaración de nuestras opiniones fundamentales sobre la naturaleza de la conciencia. Habremos de reflexionar sobre el hecho de que en tales análisis podemos perseguir un proceso mental desde lo consciente a lo inconsciente (esto es, a lo no reconocido como recuerdo), viéndole atravesar, luego, de nuevo, lo consciente y terminar otra vez en lo inconsciente, sin que este cambio de la «iluminación psíquica» produzca en él, modificación alguna, ni alteración de su estructura lógica ni de la coherencia de sus elementos. Si este proceso mental se nos presentase en su totalidad, de una vez, no podríamos adivinar qué parte de él era reconocida, por el enfermo, como un recuerdo y qué otra no. Veríamos tan sólo penetrar en lo inconsciente los extremos del proceso mental, inversamente a como se ha afirmado de nuestros procesos psíquicos normales.

* * *

Voy a tratar, por último, de una circunstancia, que en la realización de un tal análisis catártico, desempeña un papel indeseadamente importante. He indicado ya la posibilidad de un fallo del procedimiento de la presión, caso en el cual, no obtenemos, a pesar de todo nuestro apremio, reminiscencia alguna. Indiqué también, que cuando así pasa, puede suceder que estemos investigando realmente un punto sobre el cual nada queda ya por decir al enfermo—circunstancia que reconocemos en su expresión serena—o que hayamos

tropezado con una resistencia, sólo más tarde dominable, esto es, que nos hallemos ante un nuevo estrato, en el que aún no podemos penetrar. Esto último lo reconoceremos en la expresión contraída del enfermo, que testimonia de su intenso esfuerzo mental. Pero es posible aún un tercer caso, que también supone un obstáculo, aunque ya no intrínseco, sino tan sólo exterior. Este caso se presenta cuando queda perturbada la relación del enfermo con el médico, y constituye el obstáculo más grave que puede oponerse a nuestra labor. Desgraciadamente, hemos de contar con él en todo análisis algo serio.

He indicado ya, qué importante papel corresponde a la persona del médico en la creación de motivos encaminados al vencimiento de la resistencia. En no pocos casos, especialmente tratándose de sujetos femeninos y de la aclaración de procesos mentales eróticos, la colaboración del paciente se convierte en un sacrificio personal, que ha de ser compensado con un subrogado cualquiera de carácter sentimental.

El interés terapéutico y la paciente amabilidad del médico bastan como tal subrogado. Cuando esta relación entre el enfermo y el médico sufre alguna perturbación, desaparecen también las buenas disposiciones del enfermo, y al intentar el médico investigar la idea patógena de turno, se interpone en el enfermo la conciencia de sus diferencias con el médico. Por lo que sé, aparece este obstáculo en tres casos principales:

1.° Cuando la enferma se cree descuidada, menospreciada u ofendida por el médico o ha oído algo contrario a éste o al tratamiento. Es éste el caso menos grave. El obstáculo queda fácilmente vencido con algunas explicaciones y aclaraciones mutuas, aunque la

susceptibilidad y el rencor de los histéricos pueden manifestarse a veces con insospechada intensidad.

2.° Cuando la enferma es presa del temor de quedar ligada con exceso a la persona del médico, perder su independencia con respecto a él o incluso llegar a depender de él sexualmente. Este caso es más grave, por hallarse menos individualmente condicionado. El motivo de este obstáculo se encuentra contenido en la naturaleza de la labor terapéutica. La enferma tiene, entonces, un nuevo motivo de resistencia, la cual se manifiesta ya, no sólo con ocasión de un determinado recuerdo, sino en toda tentativa de tratamiento. Por lo general, se queja la enferma de dolor de cabeza cuando queremos emplear el procedimiento de la presión. Su nuevo motivo de resistencia permanece, para ella, inconsciente, casi siempre, y se exterioriza por medio de un nuevo síntoma histérico. El dolor de cabeza significa su repugnancia a dejarse influir.

3.° Cuando la enferma se atemoriza, al ver que transfiere a la persona del médico, representaciones displacientes emergidas durante el análisis, caso muy frecuente e incluso regular en ciertos análisis. La transferencia al médico se lleva a cabo por medio de una falsa conexión. Expondré aquí un ejemplo de este género: En una de mis pacientes, el origen de un cierto síntoma había sido el deseo, abrigado muchos años atrás y relegado en el acto, a lo inconsciente, de que un hombre con el cual sostenía en una ocasión, un íntimo diálogo, la abrazase y la diera un beso. Al terminar una de las sesiones de tratamiento, surgió en la paciente, este mismo deseo referido a mi propia persona. Horrorizada, pasó la enferma una noche de insomnio, y a la sesión siguiente, aunque no se negó al tratamiento, su estado hizo inútil toda labor. Una

vez averiguada la naturaleza del obstáculo y vencido éste, continuamos el análisis, surgiendo entonces el deseo que tanto había asustado a la enferma, como el recuerdo patógeno más próximo y exigido por el enlace lógico. Así, pues, había sucedido lo siguiente: Primeramente, había surgido en la conciencia de la enferma, el contenido del deseo, sin el recuerdo de los detalles accesorios que podían situarlo en el pasado, y el deseo así surgido, fué enlazado, por la asociación forzosa, dominante en la conciencia, con mi persona, de la cual se ocupaba el pensamiento de la enferma en otro sentido totalmente distinto. Esta falsa conexión despertó el mismo afecto, que en su día, hizo rechazar a la enferma el deseo ilícito. Una vez conocido este proceso, puede ya el médico atribuir toda referencia a su persona, a una tal transferencia por falsa conexión. Pero los enfermos sucumben siempre al engaño.

Sólo sabiendo vencer las resistencias emergentes en estos tres casos, nos es posible llevar a término un análisis. Conseguimos tal victoria tratando este síntoma recientemente producido, en la misma forma que los antiguos. Primeramente, se nos plantea la labor de hacer consciente en la enferma, el «obstáculo». Con una de mis pacientes, en la que de pronto, comenzó a no obtener resultado alguno el procedimiento de la presión, teniendo yo motivos para sospechar la existencia de una idea inconsciente de las indicadas en el caso 2.°, procedí la primera vez, por sorpresa. La dije, que indudablemente, había surgido un obstáculo contrario a la continuación del tratamiento, pero que el procedimiento de la presión poseía, al menos, el poder de hacerla ver cuál era dicho obstáculo. A seguidas, puse en práctica tal procedimiento, y la enfer-

ma exclamó asombrada: «¡Qué disparate! Le veo a usted sentado en esta butaca».—Esta frase me bastó para encontrar la explicación deseada.

En otra enferma, no solía revelarse así el «obstáculo», respondiendo directamente a la presión de mi mano sobre su frente, pero se me descubría en cuanto lograba situar a la paciente en el momento en que dicho obstáculo, había surgido, cosa que jamás nos niega el procedimiento de la presión. Con el hallazgo del obstáculo, quedaba salvada la primera dificultad, pero aún subsistía otra más considerable: la de hacer comunicar a la sujeto, cuando, aparentemente, se trataba de relaciones personales, en qué ocasión la tercera persona, coincidía con la del médico. Al principio, no me satisfacía nada este incremento de mi labor psíquica, hasta que comprobé que se trataba de un fenómeno regular y constante, y entonces, observé también, que tal transferencia no imponía, en realidad, un mayor trabajo. La labor de la paciente era la misma, esto es, la de vencer el afecto displaciente de haber abrigado por un momento, un tal deseo, y con respecto al resultado, parecía indiferente que instituyésemos en tema de nuestras tareas analíticas, la repulsa psíquica de dicho deseo, en el caso primitivo o en el reciente. Las enfermas aprendían también, poco a poco, a darse cuenta de que en tales transferencias sobre la persona del médico, no se trata sino de una engañosa imaginación, que se desvanece al terminar el análisis. Pero creo que si prescindiéramos de explicarles la naturaleza del «obstáculo», no haríamos sino sustituir un nuevo síntoma histérico, aunque menos grave, a otro espontáneamente desarrollado.

***

Creo suficientes las indicaciones que preceden sobre la práctica de tales análisis y lo que en ellos descubrimos. Algunas cosas parecen en ellas, más complicadas de lo que realmente son, pues muchas de ellas aparecen claras en el curso de una tal labor. No he enumerado las dificultades de la tarea analítica para despertar la impresión de que sólo en muy pocos casos vale la pena de emprender un análisis catártico. Por mi parte, opino todo lo contrario. —No puedo detallar aquí las indicaciones precisas del método terapéutico cuya descripción antecede. Para ello, habría de entrar en el tema, más amplio e importante, de la terapia de las neurosis en general. Muchas veces he comparado la psicoterapia catártica con una intervención quirúrgica, y calificado mis curas, de operaciones psicoterápicas, persiguiendo sus analogías con la apertura de una cavidad llena de pus, el raspado de un hueso careado, etc. Una tal analogía encuentra su justificación, no tanto en la separación de lo enfermo, como en el establecimiento de mejores condiciones de curación para el curso del proceso.

Repetidamente, he oído expresar a mis enfermos, cuando les prometía ayuda o alivio por medio de la cura catártica, la objeción siguiente: Usted mismo me ha dicho que mi padecimiento depende probablemente de mi destino y circunstancias personales. ¿Cómo, no pudiendo usted cambiar nada en ello, va a curarme? A esta objeción he podido contestar: No dudo que para el destino sería más fácil que para mí, curarla, pero ya se convencerá usted de que adelantamos mucho si conseguimos transformar su miseria histérica en un infortunio corriente. Contra este último, podrá usted defenderse mejor con un sistema nervioso nuevamente sano.

II

Los trabajos que siguen, pertenecen a la serie de ensayos reunida por Freud en la edición alemana de sus «Obras completas», ahora en curso de publicación, bajo el epígrafe común de «Primeras aportaciones a la teoría de las neurosis», y aparecieron, primitivamente, aislados, en periódicos y revistas médicas, en los años de 1892 a 1899, siendo después recogidos, con otros varios, en el volumen titulado «Colección de aportaciones a la teoría de las neurosis. 1892-1906» (Franz Deuicke. Leipzig y Viena. 1.ª edición, 1906; 2.ª, 1911; 3.ª, 1920, y 4.ª, 1922).

Por nuestra parte, ciñéndonos a la pauta que nos traza la referida edición alemana de las «Obras completas» del ilustre profesor, iniciamos en este volumen y continuaremos en el próximo, la publicación de la serie, antes mencionada, de «Primeras aportaciones a la teoría de las neurosis. 1892-1899».

Charcot.

El fallecimiento de J. M. Charcot, que el 16 de Agosto del presente año (1893) sucumbía a una muerte rápida y sin sufrimientos, después de una vida feliz y gloriosa, ha privado prematuramente a la joven ciencia neurológica de su máximo impulsor, a los neurólogos, de su maestro, y a Francia, de una de sus más preeminentes figuras. Recién cumplidos los sesenta y ocho años, sus energías físicas y su juventud espiritual parecían asegurarle, en armonía con su deseo, francamente manifestado, aquella longevidad de la que han gozado no pocos de los grandes intelectuales de este siglo. Los nueve nutridos volúmenes de sus «Obras completas», en los cuales han reunido sus discípulos, sus aportaciones a la Medicina y la Neuropatología, las «Leçons du mardi», las memorias anuales de su clínica de la Salpêtrière, etc.; todas estas publicaciones, que continuarán siendo caras a la Ciencia y a sus discípulos, no pueden compensarnos la pérdida del hombre que aún hubiera podido ofrecernos tantas enseñanzas y a cuya persona o cuyos libros nadie se acercó que no aprendiera.

Manifestaba Charcot una naturalísima satisfacción por sus éxitos y gustaba de hablar sobre sus comienzos y sobre el camino recorrido. Su curiosidad científica quedó tempranamente orientada hacia el rico material que ofrecían los fenómenos neuropatológicos,

inexplorados por entonces. Cuando en calidad de interno del Hospital, y muy joven aún, visitaba con el médico propietario, alguna de las salas de la Salpêtrière, observando los intrincados cuadros sintomáticos—parálisis, contracturas, convulsiones, etc.—para los cuales no se halló por más de cuarenta años, nombre ni comprensión algunos, solía decir: «Faudrait y retourner et y rester», y supo cumplir su palabra. Nombrado «médecin des hopitaux», gestionó, en seguida, ser destinado a una de aquellas salas de la Salpêtrière, dedicadas a las enfermedades nerviosas, y conseguido su deseo, permaneció en dicho puesto sin hacer jamás uso del derecho concedido a los médicos de su clase, de cambiar, por riguroso turno, de hospital y de sala, y con ello de especialidad.

Así, pues, sus primeras impresiones profesionales y el propósito que las mismas hicieron surgir, fueron decisivas para su desarrollo científico ulterior. El hecho de tener a su alcance, en la Salpêtrière, un amplio material de enfermas nerviosas crónicas, le permitió emplear a fondo sus particulares dotes. No era Charcot un pensador, sino una naturaleza de dotes artísticas, o como él mismo decía, un «visual». Sobre su método de trabajo nos comunicó un día lo que sigue: Acostumbraba a considerar detenidamente, una y otra vez, aquello que no le era conocido, y robustecer así, día por día, su impresión sobre ello, hasta un momento en el cual llegaba de súbito a su comprensión. Ante su visión espiritual, se ordenaba entonces el caos fingido por el constante retorno de los mismos síntomas, surgiendo los nuevos cuadros patológicos, caracterizados por el continuo enlace de ciertos grupos de síndromes. Haciendo resaltar, por medio de una cierta esquematización, los casos complejos y ex-

tremos, o sea los «tipos», pasaba luego de éstos a la larga serie de los casos mitigados, esto es, de las «formes frustes», que teniendo su punto inicial en uno cualquiera de los signos característicos del tipo, se extendía hasta lo indeterminado. Charcot decía de esta labor mental, en la que no había quien le igualase, que era «hacer nosografía» y se mostraba orgulloso de ella. Muchas veces le hemos oído afirmar, que la mayor satisfacción de que un hombre podía gozar, era ver algo nuevo, esto es, reconocerlo como tal y en observaciones constantemente repetidas; volvía sobre la dificultad y el merecimiento de una tal «visión», preguntándose a qué podía obedecer que los médicos no vieran nunca sino aquello que habían aprendido a ver y haciendo resaltar la singularidad de que fuera posible ver, de repente, cosas nuevas—estados patológicos nuevos—que, sin embargo, eran probablemente tan antiguos como la Humanidad misma. Así, él mismo se sentía obligado a confesar que veía ahora en sus enfermas cosas que le habían pasado inadvertidas durante treinta años. Todos los médicos tienen perfecta conciencia de la riqueza de formas que la neuropatología debe a Charcot y de la precisión y seguridad que el diagnóstico ha adquirido merced a sus observaciones. A los discípulos que pasaban con él la visita a través de las salas de la Salpêtrière, museo de hechos clínicos cuyos nombres y peculiaridades habían sido hallados por él en su mayor parte, les recordaba a Cuvier, el gran conocedor y descriptor del mundo zoológico, al cual nos muestra su estatua del «Jardin des plantes» rodeado de multitud de figuras animales, o les hacía pensar en el mito de Adán, que debió de gozar con máxima intensidad de aquel placer intelectual, tan ensalzado por Charcot, cuando

Dios le confió la labor de diferenciar y dar un nombre a todos los seres del Paraíso.

Charcot no se fatigaba nunca de defender los derechos de la labor puramente clínica, consistente en ver y ordenar, contra la intervención de la Medicina teórica. En una ocasión, nos reunimos en su visita, unos cuantos médicos y estudiantes extranjeros, penetrados de respeto a la fisiología «oficial» alemana, que acabamos por irritarle, levemente, discutiendo sus novedades clínicas. «Eso no puede ser—observó uno de nosotros—pues contradice la teoría de Young—Helmholtz». Charcot no respondió, como hubiera sido de esperar: «Tanto peor para la teoría. Los hechos clínicos tienen primacía», pero pronunció una frase que nos impresionó intensamente: «La théorie c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister».

Durante largos años, desempeñó Charcot en París, la cátedra de anatomía patológica, pero lo que le dió rápida fama, incluso en el extranjero, fueron sus conferencias y trabajos sobre neuropatología, labor espontánea, que llevaba a cabo al margen de sus ocupaciones oficiales. Sin embargo, para la neuropatología, fué una fortuna esta dualidad, por la cual, el mismo hombre de ciencia creaba, mediante la observación clínica, los cuadros patológicos, y demostraba luego en el tipo y en la «forme fruste», la existencia de igual modificación anatómica, como base de la enfermedad. Los resultados positivos, fruto de este método anatómico-clínico de Charcot, en el campo de las enfermedades nerviosas orgánicas, de la tabes, la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica, etcétera, son generalmente conocidos. Con frecuencia, eran precisos largos años de paciente espera hasta descubrir en estas afecciones crónicas, la modifica-

ción orgánica, y sólo en un hospital de las condiciones y características de la Salpêtrière, podía observarse y conservar a las enfermas a través de tanto tiempo. Sin embargo, y por una singular casualidad, Charcot realizó la primera demostración de este género, antes de su entrada en la Salpêtrière. El azar llevó a su casa, en sus tiempos de estudiante, una criada que padecía un singular temblor, y cuya consiguiente falta de seguridad en el manejo de los utensilios domésticos, la dificultaba encontrar colocación. Charcot reconoció en su estado, la «paralysie choréiforme», descrita ya por Duchenne, pero de la que no se sabía el origen, y conservó a su servicio la interesante criada, no obstante representar una pequeña fortuna los platos, tazas y copas que rompía, hasta que la muerte le permitió comprobar que la «paralysie choréiforme» era la expresión clínica de la esclerosis cerebroespinal múltiple.

La anatomía patológica presta a la neuropatología un doble auxilio. A más de descubrir las alteraciones patológicas, fija su localización, y todos sabemos, que en los dos últimos decenios, ha sido este último tema uno de los que más interés han suscitado, realizándose en él grandes progresos. Charcot colaboró grandemente a esta labor, aunque no se deban a él los descubrimientos más importantes. Al principio, siguió las huellas de nuestro compatriota Tuerck, cuyas investigaciones no hallaron ambiente muy favorable entre nosotros, y que luego, al surgir las dos grandes novedades iniciadoras de una nueva época para nuestro conocimiento de la «localización de las enfermedades nerviosas»—los experimentos de Hitzig-Frisch y los descubrimientos de Flechsig—realizó, con sus conferencias, una meritísima labor, encaminada a conciliar con

la clínica las nuevas teorías. Por lo que especialmente respecta a la relación del sistema muscular con la zona motora cerebral, recuerdo cuán largo tiempo permanecieron indecisas la naturaleza y la tópica de esta relación (representación común de ambas extremidades en los mismos lugares—representación de la extremidad superior en la circunvolución central anterior y de la inferior en la posterior, o sea ordenación vertical) hasta que continuadas observaciones clínicas y experimentos de estímulo y estirpación realizados en sujetos vivos, con ocasión de intervenciones quirúrgicas, decidieron la cuestión a favor de Charcot y Pitres, según los cuales el tercio medio de las circunvoluciones centrales integraba el centro correspondiente a las extremidades superiores, y el tercio superior, el de las inferiores, existiendo, por lo tanto, una ordenación horizontal de la región motora.

No sería posible demostrar por medio de una enumeración detallada, la importancia de Charcot para la neuropatología, pues en los dos últimos decenios, no ha habido muchos temas de alguna significación, en cuyo planteamiento y discusión no haya participado ampliamente la «escuela de la Salpêtrière», la cual era, claro está, Charcot mismo, que con su amplia experiencia, la luminosa claridad de su exposición y la plástica de sus descripciones se transparentaba siempre en las obras sus discípulos. Entre los médicos y estudiantes que Charcot atrajo a sí e hizo partícipes de sus investigaciones, hubo varios que se elevaron hasta la conciencia de su individualidad, y adquirieron renombre personal, llegando algunos de ellos a emitir juicios que el maestro consideró más ingeniosos que exactos y combatió, no sin cierto sarcasmo, en sus conversaciones y conferencias, pero sin que jamás se

alterasen por ello sus afectuosas relaciones con los criticados. Deja, en efecto, Charcot, tras de sí, una legión de discípulos cuya calidad intelectual, de la que muchos han dado ya afortunadas pruebas, garantiza que la neuropatología no descenderá tan pronto en París, del nivel al que Charcot la ha hecho elevarse.

En Viena, hemos tenido ya repetidas ocasiones de comprobar, que la importancia intelectual de un profesor académico no trae consigo, necesariamente, aquel influjo sobre las jóvenes generaciones, que se exterioriza en la creación de una escuela importante y numerosa. Si Charcot fué mucho más feliz a este respecto, hemos de atribuirlo a sus cualidades personales, al intenso atractivo de su figura y de su palabra, a la amable franqueza que caracterizaba su conducta para con todos, en cuanto el trato, había traspasado su primer estadio de desconocimiento mutuo, a la afabilidad con que ponía a disposición de sus discípulos todo cuanto éstos precisaban, y a la fiel amistad que supo conservarles toda su vida. Las horas que pasaba en su clínica, dedicado a la observación de los enfermos, eran horas de cordial intercambio de ideas con todo su estado mayor médico. Jamás se aisló en estas ocasiones. El más joven y menos significado de los internos encontraba siempre ocasión de verle trabajar, y de esta misma libertad gozaban también los extranjeros, que en épocas ulteriores no faltaban nunca en su visita. Por último, cuando la señora de Charcot, secundada por su hija, muchacha inteligentísima y de gran semejanza física y espiritual con su padre abría las puertas de su hospitalario hogar a una escogida sociedad, los invitados hallaban siempre en torno del maestro y como formando parte de su familia, a sus discípulos y auxiliares.

Los años de 1882 y 83 trajeron consigo la estructuración definitiva de la vida de Charcot y de su labor científica. Francia reconoció en él una gloria nacional y el gobierno, a la cabeza del cual se hallaba Gambetta, antiguo amigo de Charcot, creó para éste, una cátedra de neuropatología en la Facultad de Medicina, a la cual se transfirió Charcot, dejando la de anatomía patológica, y una clínica auxiliada por diversos institutos científicos, en la Salpêtrière. «Le service de monsieur Charcot» comprendió entonces, a más de las antiguas salas para enfermas crónicas, varias salas clínicas en las que fueron admitidos también hombres, una gigantesca ambulancia, la «consultation externe», un laboratorio histológico, un museo, una sala de electroterapia, otra para enfermos de los ojos y de los oídos y un estudio fotográfico propio, instituciones que permitían ligar duraderamente y en puestos fijos, a la clínica, a los auxiliares y discípulos de Charcot. El vetusto edificio de dos pisos, con sus patios circundantes nos recordaba singularmente nuestro Hospital general de Viena, pero aquí cesaban las analogías. «Nuestro local no es, ciertamente, muy bonito—decía Charcot a los visitantes—, pero encontramos en él, sitio para todo».

Charcot se hallaba en el cenit de su vida cuando el Gobierno francés puso a su disposición todos estos medios de enseñanza e investigación. Era un trabajador infatigable, a mi juicio el más aplicado, siempre, de toda la escuela. Su consulta privada, a la que acudían enfermos de todos los países, no le hizo descuidar ni un momento sus actividades pedagógicas e investigadoras. El extraordinario número de enfermos que a él afluía no se dirigía tan sólo al famoso investigador, sino, igualmente, al gran médico y filántropo,

que siempre sabía hallar algo beneficioso para el enfermo, adivinando cuando el estado de la Ciencia no le permitía saber. Se le ha reprochado, repetidamente, su terapia, que por su riqueza en prescripciones, tenía que repugnar a una conciencia racionalista. Pero ha de tenerse en cuenta, que no hacía sino seguir los métodos usados en su tiempo y esfera de acción, aunque sin abrigar grandes ilusiones sobre su eficacia. Por lo demás, su actitud con respecto a la terapia no era nada pesimista, y nunca se negó a ensayar en su clínica, nuevos métodos curativos. Como pedagogo, era Charcot extraordinario; cada una de sus conferencias constituía una pequeña obra de arte, de tan acabada forma y exposición tan penetrante, que era imposible olvidarlas. Rara vez presentaba en sus lecciones, un solo enfermo. Por lo general hacía concurrir a toda una serie de ellos, comparándolos entre sí. El aula en la que desarrollaba sus conferencias se hallaba ornamentada con un cuadro, que representaba al «ciudadano» Pinel en el momento de quitar las ligaduras a los infelices dementes de la Salpêtrière. Este establecimiento, que tantos horrores presenció durante la Revolución, fué también el lugar donde se llevó a cabo la humanitaria rectificación médica en el cuadro representada. Charcot mismo causaba en sus conferencias una singular impresión. Su rostro, rebosante siempre de alegre animación, adquiría en estas ocasiones, un severo y solemne continente, bajo el gorro de terciopelo, con que cubría su cabeza, y su voz bajaba de tono y sonoridad. Esta circunstancia ha movido a algunos espíritus malignos a hallar en sus conferencias, cierta teatralidad. Pero los que así han hablado, estaban habituados a la sencillez de las conferencias clínicas alemanas u olvidaban que Charcot sólo daba

una por semana, pudiendo así prepararla con todo esmero.

Si con estas solemnes conferencias, en la que todo estaba preparado y había de desarrollarse conforme a un estudiado plan, seguía, Charcot, muy probablemente, una arraigada tradición, no dejaba también de sentir la necesidad de presentar a sus oyentes un cuadro menos artificial de su actividad. Para ello, se servía de la ambulancia de la clínica, cuyo servicio desempeñaba personalmente en las llamadas «leçous du Mardi». En estas lecciones, examinaba casos que hasta aquel momento no había sometido a observación, se exponía a todas las contingencias del examen y a todos los errores de un primer reconocimiento, se despojaba de su autoridad, para confesar, cuando a ello había lugar, que no encontraba el diagnóstico correspondiente a un caso o que se había dejado inducir en error por las apariencias, y nunca pareció más grande a sus oyentes, que al esforzarse, así, en disminuir, con la más franca y sincera exposición de sus procesos deductivos y de sus dudas y vacilaciones, la distancia entre el maestro y sus discípulos. La publicación de estas conferencias improvisadas ha ampliado infinitamente el círculo de sus admiradores y nunca ha conseguido una obra de neuropatología un tan clamoroso éxito entre el público médico.

Simultáneamente a la fundación de la clínica y al trueque de la cátedra de anatomía patológica por la de neuropatología, experimentaron las inclinaciones científicas de Charcot un cambio de orientación, al que debemos uno de sus más bellos trabajos. Declaró, en efecto, cerrada la teoría de las enfermedades nerviosas orgánicas y comenzó a dedicarse casi exclusivamente a la histeria, la cual quedó, así, constituída, de una

sola vez, en foco de la atención general. Esta enfermedad, la más enigmática de todas las de los nervios, y para cuyo enjuiciamiento no habían hallado aún los médicos punto de vista alguno válido, se encontraba precisamente bajo los efectos de un descrédito que se extendía a los médicos dedicados a su estudio. Era opinión general, que en la histeria, todo resultaba posible, y se negaba crédito a las afirmaciones de tales enfermas. El trabajo de Charcot devolvió, primeramente, a este tema, su dignidad, y dió fin a las irónicas sonrisas con las que se acogía las lamentaciones de las pacientes. Puesto que Charcot, con su gran autoridad, se había pronunciado en favor de la autenticidad y la objetividad de los fenómenos histéricos, no podía tratarse, como se creía antes, de una simulación. Así, pues, repitió Charcot, en pequeño, el acto liberador de Pinel, perpetuado en el cuadro que exornaba el aula de la Salpêtrière. Una vez rechazado el ciego temor a ser burlados por las infelices enfermas, temor que se había opuesto hasta el momento, a un detenido estudio de dicha neurosis, podía pensarse en cuál sería el modo más directo de llegar a la solución del problema. Un observador ingenuo y poco perito en la materia, hubiera establecido el siguiente proceso deductivo: Si encontramos a un sujeto en un estado que presenta todos los signos propios de un afecto doloroso, habremos de sospechar la existencia, en dicho sujeto, de un proceso psíquico del cual serían manifestaciones perfectamente justificadas, dichos fenómenos somáticos. El individuo sano podría, en este caso, manifestar, qué impresión le atormenta. En cambio, el histérico alegaría ignorarlo, y de este modo, surgiría en el acto, el problema de por qué el histérico aparece dominado por un afecto cuya causa afirma ig-

norar. Si mantenemos entonces nuestra conclusión de que ha de existir un proceso psíquico correspondiente al afecto, dando, sin embargo, crédito, a las manifestaciones del enfermo, que niega su existencia, y reunimos los múltiples indicios de los que resulta que la enferma se conduce como obediente a un motivo, investigamos la historia y circunstancias personales del paciente y hallamos en esta labor, un motivo o trauma susceptible de crear los fenómenos observados, nos sentiremos inclinados a suponer que el enfermo se halla en un especial estado psíquico, en el que la coherencia lógica no enlaza ya todas las impresiones y reminiscencias, pudiendo un recuerdo exteriorizar su afecto mediante fenómenos somáticos, sin que el grupo de los demás procesos anímicos, o sea el Yo, sepa nada ni pueda oponerse. El recuerdo de la conocida diferencia psicológica del sueño y la vigilia mitigaría la singularidad de esta hipótesis, no pudiendo objetarse, tampoco, que un observador ingenuo y no especializado no llegaría jamás a la hipótesis de una disociación de la conciencia como solución del enigma de la histeria. En realidad, la Edad Media, escogió ya esta solución, al admitir, como causa de los fenómenos histéricos, la posesión por el demonio. Todo se reduciría, pues, a sustituir la terminología religiosa de aquella oscura y supersticiosa época, por la científica de los tiempos presentes.

Charcot no siguió este camino para llegar a una explicación de la histeria, aunque sí acudió al rico material de datos contenidos en los procesos por hechicería y posesión satánica, para demostrar que los fenómenos de la neurosis habían sido los mismos en todos los tiempos. Considerando la histeria como uno de los temas de la neuropatología, dió la descripción

completa de sus fenómenos, demostró que los mismos seguían determinadas leyes y normas, y enseñó a conocer los síntomas que permitían diagnosticar la histeria. A él y a sus discípulos debemos concienzudas investigaciones sobre las perturbaciones histéricas de la sensibilidad de la piel y de las regiones más profundas, y sobre las alteraciones de los órganos sensoriales, las peculiaridades de las contracturas y parálisis histéricas, las perturbaciones tróficas y los trastornos de la nutrición. Después de describir las diversas formas del ataque histérico, se estableció un esquema que presentaba dividida en cuatro estadios, la estructura típica del «gran» ataque histérico, y permitía referir al «tipo», el «pequeño» ataque, corrientemente observado. Así mismo, se hizo objeto de estudio la situación y frecuencia de las llamadas zonas histerógenas y su relación con los ataques, etc. Todos estos conocimientos sobre el fenómeno de la histeria condujeron a una serie de sorprendentes descubrimientos. Así, se comprobó la histeria en sujetos masculinos, especialmente en individuos de la clase obrera, con insospechada frecuencia, y se llegó a la convicción de que determinados accidentes, atribuídos antes a la intoxicación por el alcohol o por el plomo, eran de naturaleza histérica, aprendiéndose, además, a incluir en este concepto, afecciones hasta entonces aisladas e incomprendidas, y a circunscribir la participación de la histeria en aquellos casos en los que la neurosis se había aliado a otras enfermedades, formando complejos cuadros patológicos. La investigación recayó también con máxima amplitud, sobre las enfermedades nerviosas consecutivas a graves traumas, esto es, sobre las «neurosis traumáticas», cuya naturaleza se discute aún hoy en día, y con respecto

a las cuales defendió Charcot, con éxito, los derechos de la histeria.

Una vez que esta extensión del concepto de la histeria condujo a rechazar con gran frecuencia, diagnósticos etiológicos, se hizo sentir la necesidad de penetrar en la etiología de la histeria misma. Charcot condensó esta etiología en una fórmula muy sencilla: La única causa de la histeria sería la herencia. Por lo tanto, no constituiría esta neurosis sino una forma de degeneración, un miembro de la «tamille néurotique». Todos los demás factores etiológicos no desempeñarían sino el papel de «agents provocateurs».

La construcción de este gran edificio científico no se llevó a cabo sin enérgica oposición, pero era ésta la oposición estéril de la vieja generación, que no quería ver modificadas sus opiniones. En cambio, los neurólogos jóvenes, incluso los alemanes, aceptaron las teorías de Charcot, en mayor o menor medida. El mismo Charcot se hallaba totalmente seguro del triunfo de sus teorías sobre la histeria. Cuando se le objetaba, que en ningún país distinto de Francia, se habían observado, hasta el momento, los cuatro estadios del ataque ni la histeria masculina, etc., alegaba que también a él le habían pasado inadvertidos tales fenómenos y repetía que la histeria era la misma en todos los tiempos y lugares. Le irritaba sobremanera oir decir que los franceses eran una nación más nerviosa que ninguna otra, siendo la histeria un vicio nacional, y tuvo una gran alegría, cuando una publicación sobre «un caso de epilepsia» en un granadero alemán, le permitió establecer, a distancia, el diagnóstico de histeria.

En un punto de su labor, sobrepasó Charcot el nivel de su general tratamiento de la histeria y dió un

paso que le asegura, para siempre, el renombre del primer esclarecedor de tal enfermedad. Ocupado en el estudio de las parálisis histéricas surgidas después de traumas, se le ocurrió reproducir artificialmente estas parálisis, que antes había diferenciado minuciosamente de las orgánicas, y se sirvió, para ello, de pacientes histéricos, a los que transfería, por medio de la hipnosis, al estado de sonambulismo. De este modo, consiguió demostrar, por medio de un riguroso encadenamiento deductivo, que tales parálisis eran consecuencia de representaciones dominantes en el cerebro del enfermo, en momentos de especial disposición, quedando así explicado, por vez primera, el mecanismo de un fenómeno histérico. A este incomparable resultado de la investigación clínica enlazaron sus estudios Janet, discípulo de Charcot, Breuer y otros, desarrollando una teoría de la neurosis, coincidente con el concepto medieval de esta afección, con la única diferencia de sustituir al «demonio» por una fórmula psicológica.

El estudio llevado a cabo por Charcot de los fenómenos hipnóticos en sujetos histéricos, situó en primer término este importantísimo sector de hechos hasta entonces descuidados y despreciados, dando fin, de una vez para siempre, a las dudas sobre la realidad de los fenómenos histéricos. Pero esta materia, puramente psicológica, no se adaptaba al tratamiento exclusivamente nosográfico que encontró en la escuela de la Salpêtrière. La limitación del estudio de la hipnosis a los histéricos, la diferenciación de grande y pequeña hipnosis, el establecimiento de tres estadios de la «gran hipnosis» y su caracterización por fenómenos somáticos; todo esto, perdió la estimación de los contemporáneos cuando Bernheim, discípulo de Liébault,

emprendió la labor de construir la teoría del hipnotismo sobre una más amplia base psicológica y hacer, de la sugestión, el nódulo de la hipnosis. Sólo aquellos adversarios del hipnotismo que encubren su propia falta de experiencia en esta materia, remitiéndose a las opiniones de cualquier autoridad, continúan fieles a la teoría de Charcot y gustan de alegar una afirmación de sus últimos años, que niega toda significación a la hipnosis como medio terapéutico.

También habrán de experimentar en breve, importantes modificaciones y correcciones las hipótesis etiológicas expuestas por Charcot, en su teoría de la «famille nevropathique», de las cuales hizo el maestro la base de su concepción total de las enfermedades nerviosas. Charcot exageraba tanto la herencia como causa, que no dejó espacio alguno para la adquisición de las neuropatías. No concedía a la sífilis sino un modestísimo puesto entre los «agents provocateurs» ni diferenciaba suficientemente, y tanto con respecto a la etiología como a los demás conceptos, las afecciones nerviosas orgánicas de las neurosis. Es indudable, que el progreso de nuestra ciencia, aumentando nuestros conocimientos, desvalorizará parte de las enseñanzas de Charcot, pero ningún cambio de los tiempos ni de las opiniones disminuirá la fama del hombre cuya pérdida se llora hoy en Francia y fuera de ella.

Viena, Agosto 1893.

Un caso de curación hipnótica

y algunas observaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por «voluntad contraria».

Me decido a publicar aquí la historia de una curación obtenida mediante la sugestión hipnótica, por tratarse de un caso al que una serie de circunstancias accesorias da mayor transparencia y fuerza probatoria de las que suele entrañar la mayoría de nuestros resultados terapéuticos de este orden.

La mujer a la cual me fué dado auxiliar, así, en un momento muy importante de su existencia, me era conocida desde muchos años atrás y permaneció luego, varios otros, sometida a mi observación. La perturbación de la cual la libertó la sugestión hipnótica, había ya surgido una vez, con anterioridad, siendo ineficazmente combatida e imponiendo a la sujeto una penosa renuncia, que la segunda vez logré evitarla con mis auxilios. Todavía, un año después, volvió a presentarse, por vez tercera, la dicha perturbación, para ser, de nuevo, suprimida, con iguales medios, pero ahora ya de un modo definitivo, no volviendo a atormentar a la sujeto en todo el tiempo que hubo de ejercer la función sobre la cual recaía. Además, creo haber conseguido en este caso, descubrir el sencillo mecanismo de la perturbación y relacionarlo con procesos análogos del campo de la neuropatología.

Trátase, para no continuar hablando en adivinan-

zas, de un caso en el que una madre se vió imposibilitada de amamantar a su hijo recién nacido, hasta la intervención de la sugestión hipnótica, y en el cual lo sucedido después de un parto anterior y otro posterior, permitió una comprobación sólo raras veces posible, del resultado terapéutico.

El sujeto del historial clínico que sigue es una mujer joven, entre los veinte y los treinta años, a la que casualmente trataba yo desde sus años infantiles y que por sus excelentes cualidades, su serena reflexión y su naturalidad, no había dado jamás, ni tampoco a su médico de cabecera, una impresión de nerviosismo. Teniendo en cuenta los sucesos que a continuación me propongo relatar, hemos de considerarla, siguiendo la feliz expresión de Charcot, como una «hystérique d'occasion», categoría perfectamente compatible con las mejores cualidades y una intacta salud nerviosa en todo otro punto. De su familia, conozco a su madre, mujer nada nerviosa, y a una hermana menor, muy semejante a ella y perfectamente sana. En cambio, un hermano suyo, padeció una neurastenia juvenil, que echó por tierra todos sus planes para lo futuro. La etiología y el curso de esta enfermedad, cuyo desarrollo, muy parecido siempre, tengo todos los años repetidas ocasiones de observar, me son bien conocidas. La buena constitución primitiva del sujeto pereció a los embates sucesivos de la corriente aberración sexual de la pubertad, el trabajo excesivo de los años de estudios y su intensificación al llegar el examen final, una gonorrea y enlazada a ella la súbita explosión de una dispepsia, acompañada de un tenaz estreñimiento, de intensidad casi increíble, que meses después desapareció, siendo sustituído por pesadez de cabeza, malhumor e incapacidad para el trabajo.

A partir de este momento, se desarrolló una alteración del carácter del sujeto, que lo convirtió en constante tormento de su familia. No me es posible decidir, de momento, si esta forma de la neurastenia puede o no adquirirse en su totalidad. Así, pues, y teniendo, además, en cuenta, que no conozco a los restantes parientes de mi enferma, dejaré indecisa la cuestión de si hemos de suponer en su familia, una disposición hereditaria a las neurosis.

Al nacimiento de su primer hijo, habría tenido la paciente, intención de criarle sin auxilio ninguno ajeno. El parto no fué más difícil de lo habitual en las primerizas, terminando con una leve aplicación de forceps. Pero la madre no consiguió, a pesar de su excelente constitución física, su ilusión de ser una buena nodriza. Tenía poca leche y sentía intensos dolores al dar el pecho al niño. Perdió el apetito, tomó repugnancia a la comida y pasaba las noches insomne y excitada. De este modo y para no poner en grave peligro la salud del niño y la suya propia, hubo necesidad de declarar fracasada la tentativa, a los catorce días, y buscar un ama, desapareciendo en seguida, todas las molestias de la madre. Haré constar, que de esta primera tentativa de lactancia, no puedo informar como médico ni como testigo.

Tres años después, tuvo la sujeto su segundo hijo, y también por circunstancias exteriores, resultaba deseable evitar la lactancia mercenaria. Pero los esfuerzos de la madre en este sentido, parecieron tener aún, menos éxito y provocar fenómenos más penosos que la vez primera. La joven madre vomitaba todo alimento, no dormía y se manifestaba tan deprimida por su incapacidad, que los dos médicos de la familia, los acreditados doctores Breuer y Lott, se opusieron a

toda continuación de la tentativa, aconsejando como último medio experimentable, la sugestión hipnótica. De este modo, el cuarto día, por la tarde, fuí llamado a la cabecera de la enferma.

A mi llegada, la encontré en la cama, con las mejillas muy arrebatadas, y furiosa por su incapacidad para criar al niño, incapacidad que crecía a cada nueva tentativa, no obstante poner ella todo su esfuerzo en dominarla. Para evitar los vómitos, no había tomado alimento en todo aquel día. El epigastrio aparecía abultado, y colocando la mano sobre el estómago se advertían continuas contracciones. La enferma se quejaba, además, de un constante mal sabor de boca. Ni ella ni sus familiares me recibieron como a persona de quien se espera auxilio, sino sólo en obediencia a lo indicado por los otros médicos. No podía, pues, contar con gran confianza de su parte.

En el acto, intenté producir la hipnosis, haciendo fijar a la paciente sus ojos en los míos, y sugiriéndola los síntomas del sueño. A los tres minutos, yacía la enferma en su lecho, con la tranquila expresión de un profundo reposo, sirviéndome, entonces, de la sugestión, para contradecir todos sus temores y todas las sensaciones en las que dichos temores se fundaban: «No tenga usted miedo; será usted una excelente nodriza y el niño se criará divinamente. Su estómago marcha muy bien; tiene usted un gran apetito y está deseando comer, etc.» La enferma continuó durmiendo cuando la abandoné por breves instantes, y al despertarla, mostró una total amnesia con respecto a lo sucedido durante la hipnosis. Antes de marcharme, hube aún de rechazar una observación del marido sobre el peligro de que la hipnosis perturbase para siempre los nervios de su mujer.

Los hechos que al día siguiente me comunicaron los familiares de la enferma, a los cuales no parecían haber causado impresión ninguna, constituyeron para mí una garantía de éxito. La sujeto había cenado sin la menor molestia, había dormido bien y había desayunado, a la mañana, con gran apetito. En todo este tiempo, había amamantado a su hijo sin la menor dificultad. Pero a la vista del almuerzo, demasiado copioso, despertó de nuevo su repugnancia, y antes de haber probado nada, reaparecieron los vómitos. Desde este momento, le fué imposible volver a dar el pecho al niño, y a mi llegada, mostraba los mismos síntomas que el día anterior. Mi argumento de que no tenía por qué preocuparse, una vez comprobado que su malestar podía desaparecer y había, en realidad, desaparecido por casi medio día, no le hizo efecto ninguno. Recurriendo, pues, de nuevo, a la hipnosis, desarrollé una mayor energía que el día anterior, sugiriéndola que cinco minutos después de mi partida habría de encararse, un tanto violentamente, con los suyos, y preguntarles cómo es que no le daban de cenar, si es que se habían propuesto matarla de hambre, si creían que de este modo iba a poder criar a su hijo, etcétera. A mi tercera visita, no precisaba ya la sujeto de tratamiento alguno. Nada le faltaba ya; gozaba de buen apetito, tenía leche bastante para el niño, no le causaba dolor ninguno darle el pecho, etc. A su marido le había inquietado, que después de mi partida hubiera dirigido a su madre, ásperos reproches, contra su general costumbre. Pero desde entonces, todo iba bien.

Mi intervención terminó aquí, por esta época. La sujeto amamantó a su hijo durante ocho meses, teniendo yo ocasión de comprobar varias veces en este período, el buen estado de salud de ambos. Unica-

mente hube de encontrar incomprensible e irritante, que nadie de la familia volviera a hablarme del buen resultado obtenido con mi intervención.

Pero un año después obtuve mi desquite. Un tercer hijo planteó de nuevo el problema, presentándose otra vez la imposibilidad de criarlo. Encontré a la sujeto en el mismo estado que la vez anterior, indignada contra sí misma al ver que toda su fuerza de voluntad no llegaba a vencer la repugnancia a alimentarse y los demás síntomas. La primera sesión de hipnosis no produjo otro resultado que el de desesperanzar más a la enferma. Pero después de la segunda, quedó de nuevo tan completamente anulado el complejo de síntomas, que no hubo necesidad de más. La sujeto crió también a este niño, que hoy tiene ya año y medio, sin molestia alguna y goza de buena salud.

Ante esta repetición del éxito terapéutico, modificó el matrimonio su actitud para conmigo y me confesaron el motivo a que obedecía.—Me daba vergüenza—dijo la mujer—reconocer que el hipnotismo conseguía lo que toda mi fuerza de voluntad no era suficiente a lograr—. De todos modos, no creo que ni ella ni su marido hayan dominado la aversión que les inspiraba la hipnosis.

* * *

Pasamos ahora a explicar cuál fué el mecanismo psíquico de la perturbación de nuestra paciente, suprimida por sugestión. No tuve, como en otros casos, de los que más adelante trataré, noticia directa de dicho mecanismo, sino que hube de adivinarlo.

Existen representaciones con las cuales se halla enlazado un afecto expectante, y son de dos órdenes:

representaciones de que haremos esto o aquello, o sea propósitos, y representaciones de que nos sucederá algo determinado, o sea expectaciones. El afecto a ellas enlazado depende de dos factores; en primer lugar, de la importancia que el suceso pueda tener para nosotros, y en segundo, del grado de inseguridad que entraña la expectación del mismo. La inseguridad subjetiva, la «contraexpectación», aparece representada por una serie de representaciones a las que damos el nombre de «representaciones contrastantes penosas». Cuando se trata de un propósito, dichas representaciones contrastantes son las de que no conseguiremos llevarlo a cabo por oponerse a ello tales o cuales dificultades, faltarnos las cualidades necesarias para alcanzar el éxito y saber que otras personas determinadas han fracasado en análogas circunstancias. El otro caso, o sea el de la expectación, no precisa de esclarecimiento alguno. La contraexpectación reposa en la reflexión de todas las posibilidades con que podemos tropezar en lugar de la deseada. Continuando la discusión de este caso, llegaríamos a las fobias, que tan amplio papel desempeñan en la sintomatología de las neurosis. Por ahora, permaneceremos en la primera categoría, o sea en los propósitos. Habremos de preguntarnos, en primer lugar, cuál es el destino de las representaciones contrastantes en la vida mental normal. A nuestro juicio, quedan inhibidas, coartadas y excluídas de la asociación, a veces hasta tal extremo, que su existencia no se hace evidente, casi nunca, frente al propósito, siendo únicamente el estudio de las neurosis el que nos la descubre. En cambio, en las neurosis—y no me refiero solamente a la histeria, sino al «status nervosus» en general—existe, primariamen-

te, una tendencia a la depresión anímica y a la disminución de la conciencia del propio Yo, tal y como la encontramos, a título de síntoma aislado y altamente desarrollado, en la melancolía. En la neurosis, presentan, asimismo, gran importancia, las representaciones contrastantes con el propósito, por adaptarse muy bien su contenido al estado de ánimo propio de esta afección o quizá porque la neurosis hace surgir representaciones de este orden, que sin ella no se hubieran constituído.

Esta intensificación de las representaciones contrastantes se nos muestra, en el simple «status nervosus» y referida a la expectación, como una general tendencia pesimista, y en la neurastenia, da ocasión, por asociación con las sensaciones más casuales, a las múltiples fobias de los neurasténicos. Transferido a los propósitos, crea este factor aquellas perturbaciones que pueden ser reunidas bajo el nombre de «folie de doute» y cuyo contenido es la desconfianza del sujeto con respecto al propio rendimiento. Precisamente en este punto, se conducen las dos grandes neurosis—la neurastenia y la histeria—de un modo por completo distinto y característico para cada una. En la neurastenia, la representación contrastante patológicamente intensificada, se une a la representación de la voluntad positiva, para formar un solo acto de conciencia, y sustrayéndose de ella, da origen a aquella falta de voluntad de los neurasténicos, de la cual se dan perfecta cuenta estos enfermos. En la histeria, el proceso se diferencia de éste en dos puntos, o quizá en uno solo. Como corresponde a la tendencia de la histeria a la disociación de la conciencia, la representación contrastante penosa, aparentemente coartada, es disociada del pro-

pósito y perdura, inconsciente para el enfermo, en calidad de representación aislada. Es característico de la histeria el hecho de que esta representación coartada se objetiviza luego, por inervación somática, cuando llega el momento de realizar el propósito, con igual facilidad y en la misma forma, que en estado normal, la representación de la abolición positiva. La representación contrastante se constituye, por decirlo así, en una «voluntad contraria» y el enfermo se percata, con asombro, de que toda su voluntad positiva permanece impotente. Tales dos factores se funden, quizá, en uno solo, como ya antes indicamos, sucediendo, muy probablemente, que si la representación contrastante encuentra un medio de objetivizarse, es porque no se halla coartada por su enlace con el propósito en la misma forma que ella lo coarta (1).

En nuestro caso, de una madre, a la cual una perturbación nerviosa impide amamantar a su hijo, una neurasténica se hubieran conducido en la forma siguiente: Hubiera sentido graves temores ante la labor maternal que se le planteaba y dado infinitas vueltas en su pensamiento a todos los accidentes y peligros posibles, acabando, sin embargo, por criar a su hijo perfectamente, aunque atormentada por constantes dudas y temores, a menos que la representación contrastante resultara victoriosa, en cuyo caso habría abandonado la sujeto su propósito, considerándose incapaz de llevarlo a cabo. La histérica se conduce en forma muy distinta. No tiene, quizá, conciencia de sus temores, abriga la firme intención de llevar a cabo su propósito, y emprende, sin vacilación alguna, el

(1) Hallándome dedicado a corregir las pruebas de este trabajo, llegó a mis manos otro de H. Kaan, que contiene análogas hipótesis.

camino para lograrlo. Pero a partir de este momento, se comporta como si abrigase la firme voluntad de no amamantar al niño y esta voluntad provoca en ella todos aquellos síntomas subjetivos que una simuladora pretendería experimentar para eludir el cumplimiento de sus obligaciones maternas, o sea la falta de apetito, la repugnancia a todo alimento y la imposibilidad de dar el pecho al niño, a causa de los terribles dolores que ello la originaba. Pero, además, como la voluntad contraria es superior a la simulación consciente, en lo que respecta al dominio del cuerpo, presentará la histérica toda una serie de síntomas objetivos que la simulación no consigue hacer surgir. En contraposición a la falta de voluntad de la neurastenia, existe aquí una perversión de la voluntad y en vez de la resignada indecisión de la neurasténica, muestra la histérica asombro e indignación ante la dualidad para ella incomprensible.

Creo, pues, justificado considerar a mi paciente como una «hystérique d'occasion», dado que bajo la influencia de un motivo ocasional, le fué posible producir un complejo de síntomas, de mecanismo tan exquisitamente histérico. Como causa ocasional, podemos considerar aquí, la excitación anterior al primer parto o el agotamiento consecutivo, puesto que el primer parto constituye la mayor conmoción que el organismo femenino puede experimentar, conmoción después de la cual suele producir la mujer todos aquellos síntomas neuróticos a los que se halla predispuesta.

El caso de mi enferma, es probablemente típico para una amplia serie de otros, en los que la lactancia u otra análoga función, quedan perturbadas por influencias nerviosas, y nos aclara su naturaleza. Pero como en él no se me reveló directamente el correspondiente

mecanismo psíquico, sino que llegué a él por inducción especulativa, me apresuraré a asegurar que la investigación de los enfermos en la hipnosis, me ha revelado muchas veces la existencia de un mecanismo psíquico semejante de los fenómenos histéricos (1).

Expondré aquí uno de los más singulares ejemplos de este orden: Hace años, tenía sometida a tratamiento, a una señora histérica, de voluntad muy enérgica para todo lo que no se relacionaba con su enfermedad, pero gravemente afecta, por otro lado, de numerosas y tiránicas incapacidades y prohibiciones histéricas. Entre otros síntomas presentaba el de producir de cuando en cuando, a manera de un «tic», un sonido inarticulado, un singular chasquido o castañeteo que se abría paso entre sus labios contraídos. Al cabo de varias semanas, la pregunté en qué ocasión había surgido por vez primera aquel síntoma. La respuesta fué: «No lo sé. Hace ya mucho tiempo». De este modo, me inclinaba ya a considerarlo como un «tic» auténtico, cuando un día, se me ocurrió interrogar de nuevo a la paciente, hallándose ésta en un profundo sueño hipnótico. En la hipnosis, disponía esta enferma—sin necesidad de sugestión ninguna—de todo su acervo de recuerdos, o como estoy muy inclinado a afirmar, de toda la amplitud de su conciencia, restringida durante el estado de vigilia. A mi pregunta de cuándo había producido por primera vez aquel síntoma, respondió en el acto: «Lo tengo desde que una vez me hallaba velando a mi hija menor, enferma de gravedad, y me propuse guardar el más absoluto silencio, para no perturbar el sueño que por fin había conciliado, después de un día de continuas convulsiones. Luego, desapa-

(1) Véase «La histeria», cap. I.

reció y no volvió a molestarme hasta muchos años después, consecutivamente al suceso que voy a relatarle. Yendo en coche, con mis hijas, a través de un bosque, nos sorprendió una tormenta, y los caballos se espantaron al caer un rayo en un árbol cercano. Entonces pensé que debía evitar todo ruido, para no asustar más a los caballos, pero contra toda mi voluntad, produje el chasquido que desde entonces me es imposible reprimir». Una vez referido en esta forma, el singular chasquido, a su fuente de origen, desapareció por completo y para muchos años, convenciéndome así, que no se trataba de un «tic» auténtico. Fué ésta la primera ocasión que se me ofreció de comprobar la génesis de un síntoma histérico por objetivación de la representación contrastante penosa, o sea por «voluntad contraria». La madre, agotada por el temor y los desvelos que la ocasiona la enfermedad de su hija, se propone guardar el más absoluto silencio, para no perturbar el anhelado reposo de la enferma. Pero hallándose en un estado de gran agotamiento, la representación contrastante de que acabaría por producir algún ruido, demuestra ser la más fuerte, consigue dar origen a una inervación de la lengua, inervación que el propósito de permanecer en silencio había, quizá, olvidado de impedir, rompe la contracción de los labios y produce un ruido, el cual adquiere un carácter fijo a partir de este momento, especialmente después de la repetición del mismo suceso.

Para llegar a una completa comprensión de este proceso hemos de atender aún a una determinada objeción. Podrá, en efecto, preguntársenos, cómo dado un agotamiento general—que establece desde luego, la disposición a un tal proceso—vence, precisamente, la representación contrastante. Nuestra respuesta se-

ría, que dicho agotamiento es tan sólo parcial. Se hallan agotados aquellos elementos del sistema nervioso, que constituyen los fundamentos materiales de las representaciones asociadas a la conciencia primaria. En cambio, las representaciones excluídas de esta cadena de asociaciones—del Yo normal—no se hallan agotadas, y predominan, así, en el momento de la disposición histérica.

Ahora bien; todo conocedor de la histeria, observará que el mecanismo psíquico aquí descrito, aclara, no sólo algunos accidentes histéricos aislados, sino amplios sectores del cuadro sintomático de la histeria, y uno de sus rasgos característicos más singulares. Nuestra afirmación de que las representaciones contrastantes penosas, coartadas y rechazadas por la conciencia normal, fueron las que pasaron a primer término, y hallaron el camino de la inervación somática en el momento de la disposición histérica, nos da también la clave de la peculiaridad de los delirios que acompañan a los ataques histéricos. No es un hecho casual el que los delirios histéricos de las monjas en las epidemias de la Edad Media, consistieran en graves blasfemias y un desenfrenado erotismo, ni tampoco que precisamente los niños mejor educados y más formales, sean los que en sus ataques histéricos se muestren más groseros, insolentes y «mañosos». Las series de representaciones trabajosamente reprimidas, son las que quedan en estos casos, convertidas en actos, a consecuencia de una especie de voluntad contraria, cuando la persona sucumbe al agotamiento histérico. Esta relación, es aquí más estrecha que nunca, pues precisamente es dicha laboriosa represión la que provoca el referido estado histérico, en cuya descripción psicológica no hemos entrado, por limitarnos en el

presente trabajo, a la explicación de por qué—dado previamente tal estado de disposición histérica—aparecen los síntomas en la forma que los observamos.

La histeria debe a esta emergencia de la voluntad contraria, aquel carácter demoníaco que tantas veces presenta, y que se manifiesta en que los enfermos se ven imposibilitados en ciertas ocasiones, de realizar aquello que más ardientemente desean, hacen precisamente lo contrario de lo que se les ha pedido, y calumnian aquello que les es más querido, o desconfían de ello.

La perversión del carácter, propia del histérico, el impulso a hacer el mal o a enfermar cuando más desea la salud, constituye una coerción, a la que sucumben los más intachables caracteres, cuando quedan abandonados por algún tiempo a la acción de las representaciones contrastantes.

La interrogación referente al destino de los propósitos inhibidos, parece carecer de sentido por lo que se refiere a la vida intelectual normal. Podría contestarse diciendo que no llegan a existir. Pero el estudio de la histeria muestra que, por lo contrario, toman vida, esto es, que la modificación material a ellas correspondiente, queda conservada, sobreviviendo tales propósitos, como fantasmas de un tenebroso reino, hasta el momento en que logran emerger y apoderarse del cuerpo, que hasta entonces habría servido fielmente a la conciencia del Yo.

He dicho antes, que este mecanismo es típico de la histeria, y he de añadir ahora que no es exclusivo de esta afección. Lo volvemos a encontrar en el «tic convulsivo», neurosis de tan grande analogía sintomática con la histeria, que todo su cuadro sintomático puede aparecer como fenómeno parcial de la misma,

resultando así, que Charcot, después de un detenido estudio, sólo pudo establecer, como diferencia, la de que el «tic» histérico llega a desaparecer, perdurando, en cambio, el «tic» auténtico. El cuadro de un grave «tic» convulsivo se compone de movimientos involuntarios, que presentan con frecuencia (siempre según Charcot y Guinon) el carácter de gestos o movimientos adecuados en alguna ocasión anterior, coprolalia, ecolalia y representaciones obsesivas, de las correspondientes a la «folie de doute». Ahora bien; sorprende leer en Guinon, autor que no penetró en el mecanismo psíquico de estos síntomas, la afirmación de que algunos de sus enfermos habían llegado a sus gestos y contracciones por medio de la objetivación de la representación contrastante. Tales enfermos indican haber visto en una determinada ocasión, un análogo «tic» o a un cómico que contraía intencionadamente su rostro en dicha forma, habiendo sentido entonces el temor de verse forzosamente impulsados a imitar tan feas y ridículas contracciones. Y, en efecto, a partir de aquel momento, habían comenzado a imitarlas. Realmente, sólo una pequeñísima parte de los movimientos involuntarios surge de este modo en los «tiqueurs». En cambio, nos inclinamos a adscribir este mecanismo a la coprolalia, nombre que damos al incoercible impulso que obliga a los «tiqueurs», contra toda su voluntad, a pronunciar las palabras más groseras. La raíz de la coprolalia sería la percepción del enfermo de que le es imposible dejar de emitir ciertos sonidos. A esta percepción se enlazaría luego el temor a perder el dominio sobre otros sonidos, especialmente sobre aquellas palabras que los hombres bien educados evitan pronunciar, y este temor les llevaría a la realización de lo temido. No encuentro en

Guinon ninguna anamnesis que confirme esta hipótesis, y por mi parte no he tenido ocasión de interrogar a ningún enfermo de coprolalia. En cambio, encuentro en el mismo autor, la exposición de otro caso de «tic», en el que las palabras involuntariamente pronunciadas no pertenecían a la terminología de la coprolalia. Era el sujeto de este caso, un hombre adulto que se veía obligado a pronunciar constantemente el nombre de «María». Siendo estudiante, se había enamorado de una muchacha que llevaba este nombre, enamoramiento que le absorbió durante mucho tiempo y le predispuso a la neurosis. Por entonces, comenzó ya a pronunciar en alta voz, durante las horas de clase, el nombre de su adorada, y este nombre se constituyó en un «tic», que perduraba aún, más de veinte años después de cesar el enamoramiento del sujeto. A mi juicio, lo que sucedió en este caso, fué que el firme deseo del sujeto, de mantener oculto el nombre de su amada, se transformó, al llegar un momento de especial excitación, en la voluntad contraria, perdurando desde entonces el «tic», como en el caso de mi segunda enferma.

Si la explicación de este ejemplo es exacta, habremos de atribuir igual mecanismo al «tic» propiamente coprolálico, pues las palabras groseras son secretos que todos conocemos, y cuyo conocimiento procuramos siempre ocultarnos unos a otros (1).

(1) Indicamos, así, que merecería la pena de investigar la objetivación de la voluntad contraria, también fuera de la histeria y del «tic», donde aparece con gran frecuencia, dentro de los límites de lo normal.

INDICE

LA HISTERIA

		Páginas
I.	El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos...	7
II.	Historiales clínicos	29
	La señora Emmy de N.	29
	Miss Lucy R.	105
	Catalina	130
	Señorita Isabel de R.	144
III.	Psicoterapia de la histeria	209

PRIMERAS APORTACIONES A LA TEORIA DE LAS NEUROSIS

I.	Charcot	279
II.	Un caso de curación hipnótica	295

DEL MISMO AUTOR

EN PRENSA:

XI.—HISTORIA DEL
MOVIMIENTO PSICOANALITICO

Talleres ESPASA-CALPE, S. A.
Ríos Rosas, 24.—MADRID

DEL MISMO AUTOR

EN PRENSA:

XI.—HISTORIA DEL
MOVIMIENTO PSICOANALITICO

Talleres ESPASA-CALPE, S. A.
Ríos Rosas, 24.—MADRID

PROFESOR
S. FREUD

OBRAS
COMPLETAS

X

OBRAS COMPLETAS
DEL PROFESOR
S. FREUD

LA HISTERIA

LA HISTERIA
CHARCOT
UN CASO
de CURACIÓN
HIPNÓTICA

TRADUCCION DIRECTA DEL ALEMAN DE LUIS LOPEZ BALLESTEROS Y DE TORRES

BIBLIOTECA NUEVA