

II. Historiales clínicos (Breuer y Freud)

1. Señorita Anna O. (Breuer)

La señorita Anna O., de 21 años cuando contrajo la enfermedad (1880), parece tener un moderado lastre neuropático a juzgar por algunas psicosis sobrevenidas en su familia extensa; los padres son sanos, pero nerviosos. Ella fue siempre sana antes, sin mostrar nerviosismo alguno en su período de desarrollo; tiene inteligencia sobresaliente, un poder de combinación asombrosamente agudo e intuición penetrante; su poderoso intelecto habría podido recibir un sólido alimento espiritual y lo requería, pero este cesó tras abandonar la escuela. Ricas dotes poéticas y fantasía, controladas por un entendimiento tajante y crítico. Este último la volvía también *por completo insugestionable*; sólo argumentos, nunca afirmaciones, influían sobre ella. Su voluntad era enérgica, tenaz y persistente; muchas veces llegaba a una testarudez que sólo resignaba su meta por bondad, por amor hacia los demás.

Entre los rasgos más esenciales del carácter se contaba una bondad compasiva; el cuidado y el amparo que brindó a algunos pobres y enfermos le prestaron a ella misma señalados servicios en su enfermedad, pues por esa vía podía satisfacer una intensa pulsión. — Mostraba siempre una ligera tendencia a la desmesura en sus talantes de alegría y de duelo; por eso era de genio un poco antojadizo. El elemento sexual estaba asombrosamente no desarrollado;¹ la enferma, cuya vida se volvió trasparente para mí como es raro que ocurra entre seres humanos, no había conocido el amor, y en las masivas alucinaciones de su enfermedad no afloró nunca ese elemento de la vida anímica.

Esta muchacha de desbordante vitalidad espiritual llevaba una vida en extremo monótona, y es probable que el modo en que ella se la embellecía resultara decisivo para su enfermedad. Cultivaba sistemáticamente el soñar diurno, al que llamaba su «teatro privado». Mientras todos la creían pre-

¹ [Freud citó esta oración, aunque no *verbatim*, en una nota al pie de *Tres ensayos de teoría sexual* (1905d), AE, 7, pág. 149, y en la *Presentación autobiográfica* (1925d), AE, 20, pág. 22.]

sente, revivía en su espíritu unos cuentos: si la llamaban, estaba siempre alerta, de suerte que nadie sospechaba aquello. Esa actividad trascurría junto a los quehaceres hogareños, que ella cumplía de manera intachable. Informaré luego sobre cómo esa ensoñación habitual de la mujer sana pasó directamente a la enfermedad.

El ciclo de la enfermedad se descompone en varias fases bien separadas; ellas son:

A. Incubación latente. Desde mediados de julio de 1880 hasta el 10 de diciembre, más o menos. Esta fase casi siempre se sustrae de nuestro conocimiento, pero en este caso, debido a su peculiaridad, se pudo averiguarla de una manera tan completa que ya por ese hecho estimo en mucho su interés patológico. Expondré luego esta parte del historial.

B. Contracción manifiesta de la enfermedad; una psicosis peculiar, parafasia, *strabismus convergens*, perturbaciones graves de la visión, parálisis por contractura, total en la extremidad superior derecha y en ambas inferiores, parcial en la extremidad superior izquierda, paresia de la musculatura cervical. Progresiva reducción de la contractura en las extremidades del lado derecho. Alguna mejoría, interrumpida por un grave trauma psíquico (muerte del padre) en abril, a lo cual sigue:

C. Un período de sonambulismo persistente, que luego alterna con estados más normales; continuación de una serie de síntomas duraderos hasta diciembre de 1881.

D. Progresiva involución de esos estados y fenómenos hasta junio de 1882.

En julio de 1880, el padre de la paciente, a quien ella amaba con pasión, contrajo un absceso de peripleuritis que no sanó y a consecuencia del cual murió en abril de 1881. Durante los primeros meses de esa enfermedad, Anna se consagró al cuidado del enfermo con toda la energía de su ser, y a nadie sorprendió que se debilitara mucho. Nadie, quizá tampoco la propia paciente, sabía lo que le estaba sucediendo; pero poco a poco empeoró tanto su estado de debilidad, anemia, asco ante los alimentos, que para su máximo dolor la alejaron del cuidado del enfermo. La ocasión más inmediata para ello la ofreció una tos intensísima, a raíz de la cual la examiné por primera vez. Era una típica *tussis nervosa*. Pronto acusó una llamativa necesidad de reposo en las horas de la siesta, a lo cual seguía al atardecer un estado de adormecimiento y luego una intensa inquietud.

A comienzos de diciembre surgió el *strabismus convergens*. Un oculista lo explicó (erróneamente) como paresia de un abductor. El 11 de diciembre la paciente cayó en cama, y siguió en ella hasta el 1º de abril.

En rápida sucesión se desarrollaron una serie de graves perturbaciones, *en apariencia* totalmente nuevas.

Dolores en el sector posterior izquierdo de la cabeza; *strabismus convergens* (diplopia), que las emociones agravaban mucho; queja de ver inclinarse las paredes (afección del *obliquus*). Perturbaciones visuales de difícil análisis; paresia de los músculos anteriores del cuello, de suerte que la paciente terminó por mover la cabeza sólo si la apretaba hacia atrás entre los hombros alzados y giraba la espalda. Contractura y anestesia de la extremidad superior derecha y, pasado algún tiempo, de la inferior de ese mismo lado; esta última, extendida por completo, aducida y rotada hacia adentro; luego, igual afección apareció en la extremidad inferior izquierda y, por último, en el brazo izquierdo, cuyos dedos conservaron empero cierta movilidad. Tampoco las articulaciones del hombro de ambos lados quedaron por completo rígidas. El máximo de la contractura afectaba a los músculos del brazo, así como luego, cuando la anestesia pudo ser examinada con mayor precisión, la zona del codo demostró ser la más insensible. Al comienzo de la enfermedad, el examen de la anestesia no era completo a causa de la resistencia de la paciente, debida a unos sentimientos de angustia.

En ese estado empecé a tratar a la enferma, y pronto pude convencerme de estar ante una grave alteración psíquica. Existían dos estados de conciencia enteramente separados; alternaban entre sí muy a menudo y sin transición, y fueron divorciándose cada vez más en el curso de la enfermedad. En uno de ellos conocía a su contorno, estaba triste y angustiada pero relativamente normal; en el otro alucinaba, se «portaba mal», vale decir insultaba, arrojaba las almohadas a la gente toda vez que se lo permitía su contractura, arrancaba con sus dedos móviles los botones del cubrecamas y la ropa blanca, etc. Si durante esa fase se alteraba algo dentro de la habitación, entraba o salía alguien, ella se quejaba después de que le faltaba tiempo, e indicaba las lagunas en el decurso de sus representaciones concientes. Toda vez que luego se le disimulaba eso en lo posible y se procuraba tranquilizarla ante su queja de que se volvía loca, a aquella botadura de los almohadones, etc., seguían todavía quejas en cuanto al trato a que se la sometía, el desorden en que se la dejaba, etc.

Esas ausencias ya se habían observado cuando aún no

había caído en cama; entonces se atascaba en mitad de lo que iba diciendo, repetía las últimas palabras y tras breve lapso retomaba el hilo. Poco a poco esto tomó las dimensiones descritas, y en el apogeo de la enfermedad, cuando la contractura le afectó también el lado izquierdo, sólo por breves lapsos estaba casi normal durante el día. Pero las perturbaciones desbordaban también sobre los momentos de conciencia relativamente clara; rapidísima alternancia de talantes extremos, fugacísima alegría, de ordinario sentimientos de angustia grave, oposición empecinada a todas las prescripciones terapéuticas, angustiosas alucinaciones sobre unas serpientes negras, que tal le parecían sus cabellos, cintas, etc. Tras eso ella misma se exhortaba a no ser tan tonta, pues que eran sólo sus cabellos, etc. En momentos de claridad total, se quejaba de las profundas tinieblas que invadían su cabeza, de que no podía pensar, se volvía ciega y sorda, tenía dos yoes, el suyo real y uno malo que la constreñía a un comportamiento díscolo, etc.

A las siestas caía en una somnolencia que duraba más o menos hasta pasada una hora de la puesta del sol; luego despertaba, se quejaba de que algo la martirizaba, o más bien repetía siempre el infinitivo: «Martirizar, martirizar».

Después, simultánea a la formación de las contracturas sobrevino una profunda desorganización funcional del lenguaje. Primero se observó que le faltaban palabras, y poco a poco esto cobró incremento. Luego, su lenguaje perdió toda gramática, toda sintaxis, la conjugación íntegra del verbo; por último lo construía todo mal, las más de las veces con un infinitivo creado a partir de formas débiles del participio y el pretérito, sin artículo. En un desarrollo ulterior, también le faltaron casi por completo las palabras, las rebuscaba trabajosamente entre cuatro o cinco lenguas y entonces apenas si se la entendía. En sus intentos de escribir (al principio, hasta que la contractura se lo impidió por completo), lo hacía en ese mismo dialecto. Durante dos semanas enteras cayó en total mutismo, y en sus continuados y tensos ensayos de hablar no profería sonido alguno. Aquí por vez primera se volvió claro el mecanismo psíquico de la perturbación. Yo sabía que algo la había afrentado {mortificado} mucho y se había decidido a no decir nada. Cuando lo hube colegido y la compelé a hablar acerca de ello, desapareció la inhibición que hasta entonces le imposibilitara además cualquier otra proferencia.

Esto coincidió en el tiempo con el retorno de la movilidad en las extremidades del lado izquierdo, en marzo de 1881; la parafasia cedió, pero ahora sólo hablaba en *inglés*,

al parecer sin saber que lo hacía; reñía con la enfermera, quien desde luego no la entendía; sólo varios meses después logré convencerla de que hablaba en inglés. Empero, ella entendía a su contorno germanohablante. Sólo en momentos de gran angustia el lenguaje se le denegaba por completo o mezclaba entre sí los más diversos idiomas. En sus horas mejores, más libres, hablaba en francés o italiano. Entre esos períodos y aquellos en que hablaba en inglés existía una amnesia total. Entonces cedió también el estrabismo, que por último aparecía únicamente en caso de emoción violenta; volvió a mover la cabeza. El 1º de abril abandonó la cama por primera vez.

Pero el 5 de abril murió su padre, endiosado por ella, y a quien en el curso de su propia enfermedad sólo había visto por breve tiempo y raras veces. Era el más grave trauma psíquico que pudiera afectarla. A una emoción violenta siguió un profundo estupor, que duró cerca de dos días y del que salió en un estado muy alterado. Continuaron la contractura del brazo y la pierna del lado derecho, así como la anestesia, no profunda, de esos miembros. Subsistió un alto grado de estrechamiento del campo visual. De un ramillete de flores, que la alegraba mucho, veía sólo una flor por vez. Se quejaba de no reconocer a las personas. Antes reconocía los rostros sin verse precisada a un empeño deliberado; ahora, en ese laboriosísimo «*recognizing work*» {«trabajo de reconocimiento»} debía decirse: la nariz es así, de tal suerte los cabellos, por consiguiente es tal o cual persona. La gente se le convertía como en unas figuras de cera, sin relación con ella. Muy penosa le resultaba la presencia de algunos parientes cercanos, y ese «instinto negativo» fue en aumento. Si entraba en la habitación alguien a quien antes habría tenido gusto en ver, lo reconocía, por breve lapso estaba presente, y enseguida volvía a su ensimismamiento; esa persona desaparecía así para ella. Sólo a mí me conocía siempre cuando yo entraba; también permanecía siempre presente y despabilada mientras hablaba con ella, salvo en las ausencias alucinatorias que le seguían sobreviniendo de una manera por entero repentina.

Ahora sólo hablaba en inglés y no entendía lo que se le decía en alemán. Sus allegados debían hablar en inglés con ella; hasta la enfermera aprendió a entenderla en alguna medida. Pero leía en francés e italiano; si debía hacerlo en voz alta, con asombrosa presteza y fluidez daba una versión inglesa de lo escrito en la hoja.

Empezó a escribir de nuevo, pero de una manera curiosa; escribía con la mano izquierda ágil, pero en letras de im-

prenta del tipo «Antigua», con un alfabeto que se había construido a partir de su Shakespeare.

Si ya antes había tomado mínimas porciones de alimento, ahora se rehusaba por completo a comer; pero permitió que yo la alimentara, de suerte que su nutrición fue en rápido aumento. Después que se le suministraba comida, nunca omitía lavarse la boca, y lo hacía también cuando por una razón cualquiera no había comido nada —un signo de cuán ausente se encontraba—.

La somnolencia a la siesta y el sopor profundo hacia el atardecer perduraban. Pero si después se declaraba {*Aussprechen*} (más adelante consideraré este punto con profundidad), le volvían la claridad, la tranquilidad, la alegría.

Ese estado relativamente tolerable no duró mucho. Unos diez días después de la muerte de su padre se llamó a un médico en consulta; ella lo ignoró absolutamente, como a todos los extraños, mientras yo le hacía demostración de todas sus rarezas. «*That's like an examination*» {«Es como un examen»}, dijo riendo cuando le hice leer en voz alta un texto en francés que ella pasó al inglés. El médico extraño procuraba meter baza, hacérsele notable; en vano. Era la verdadera «alucinación negativa» que después se ha producido tan a menudo por vía experimental. Por fin el médico consiguió quebrar esta soplándole humo al rostro. De pronto ella vio a un extraño, se precipitó sobre la puerta para quitar la llave, y cayó al piso desmayada; siguió un breve ataque de cólera y luego uno de fuerte angustia, que pude apaciguar con gran trabajo. Desdichadamente debí partir de viaje esa misma tarde, y cuando regresé varios días después hallé muy empeorada a la enferma. Se había abstenido totalmente de comer durante ese tiempo, sentimientos de angustia la anegaban, en sus ausencias alucinatorias proliferaban figuras terroríficas, calaveras, esqueletos. Como al vivir estas cosas las teatralizaba diciéndolas en parte, sus allegados las más de las veces conocían el contenido de estas alucinaciones.

A la siesta, somnolencia; hacia el atardecer, la hipnosis profunda para la cual ella había hallado la designación técnica de «*clouds*» («nubes»). Si luego podía referir las alucinaciones del día, despertaba con mente clara, tranquila, alegre, se ponía a trabajar, dibujaba o escribía durante la noche con pleno uso de razón; hacia las cuatro se metía en cama, y por la mañana la misma escena recomenzaba, igual al día anterior. Era en extremo llamativa esa oposición entre la enferma diurna enajenada, asediada por alucinaciones, y la muchacha con plena claridad espiritual por las noches.

A pesar de esta euforia nocturna, su estado psíquico siguió

empeorando cada vez más; sobrevinieron intensos impulsos suicidas, que volvieron imposible que siguiera residiendo en un tercer piso. Por eso se la trasladó contra su voluntad a una casa de campo de las cercanías de Viena (el 7 de junio de 1881). Yo nunca la había amenazado con este alejamiento que le resultaba aborrecible, pero ella lo esperaba y temía en silencio. También con esta ocasión se volvió patente el dominio que sobre su perturbación psíquica ejercía el afecto de angustia. Así como tras la muerte de su padre le sobrevino un estado calmo, también se tranquilizó ahora, después que se produjo lo que temía. No, en verdad, sin que los primeros tres días con sus noches, siguientes a la mudanza, los pasara sin dormir ni probar bocado, con repetidos intentos de suicidio (que en el jardín no eran peligrosos), rotura de ventanas, etc., alucinaciones sin ausencia, lo cual las diferenciaba enteramente de las otras. Después se tranquilizó, tomó el alimento que le suministraba la enfermera, y también cloral al anochecer.

Antes de describir la ulterior trayectoria, debo retroceder una vez más y exponer una peculiaridad del caso, que hasta ahora sólo rocé de pasada.

Ya señalé que en todo el ciclo anterior diariamente aquejaba a la enferma una somnolencia a las siestas, que hacia el atardecer se convertía en sueño profundo («*clouds*»). (Es muy verosímil derivar esta periodicidad simplemente de las circunstancias que rodearon su cuidado del padre, al que se había consagrado durante meses. Por la noche velaba junto al lecho del enfermo, o permanecía en su cama despierta hasta la mañana, al acecho y llena de angustia; a la siesta se recostaba para reposar algún tiempo, como casi siempre suele hacerlo una persona en su situación, y acaso este tipo de vigilia nocturna y sueño a las siestas se deslizó de contrabando en su propia enfermedad y persistió cuando hacía ya tiempo que el sueño había sido remplazado por un estado hipnótico.) Cuando el sopor duraba más o menos una hora, se ponía inquieta, removiéndose de un lado al otro y exclamando una y otra vez: «Martirizar, martirizar», siempre con los ojos cerrados. Por otra parte, se había reparado en que durante sus ausencias diurnas evidentemente forjaba siempre alguna situación o historia, de cuya trama daban noticia ciertas palabras murmuradas. Pues bien; sucedió, por casualidad al comienzo, y luego de manera deliberada, que alguno de sus allegados dejaba caer una de esas palabras claves mientras la paciente se quejaba de su «martirizar»; de pronto ella

se acordaba y empezaba a pintar una situación o a relatar una historia, al principio balbuciéndola en su dialecto parafásico, y con mayor fluidez cuando avanzaba, hasta que al final hablaba un correctísimo alemán. (En la primera época, antes que diera en hablar sólo en inglés.) Las historias, siempre tristes, eran en parte muy lindas, del tipo de *Bilderbuch ohne Bilder*, de Andersen, y probablemente construidas según este modelo; las más de las veces, su punto de partida o su argumento era la situación de una muchacha sentada ante el lecho de un enfermo y presa de angustia; no obstante, también eran procesados otros motivos, de índole por entero diversa. — Momentos después de terminado el relato, despertaba, manifiestamente tranquilizada o, como ella decía, «*gehäglich*».* Por las noches volvía a intranquilizarse, y a la mañana, tras dos horas de sueño, no había duda de que ya estaba dentro de otro círculo de representaciones. — Si en la hipnosis del anochecer no podía referirme la historia, le faltaba aquella calma y al día siguiente era preciso que refiriera dos historias para producir esa tranquilidad.

Lo esencial del fenómeno descrito —la acumulación y condensación de sus ausencias en la autohipnosis del anochecer, la eficacia de los productos fantásticos como estímulo psíquico, y el alivio y eliminación del estado estimulador mediante su declaración en la hipnosis— permaneció constante a lo largo del medio año de observación que restaba.

Tras la muerte de su padre, las historias se volvieron desde luego más trágicas aún, aunque sólo con el empeoramiento de su estado psíquico, que siguió al ya referido violento quebrantamiento de su sonambulismo, esos informes del anochecer perdieron el carácter de una creación poética más o menos libre y se trocaron en unas series de alucinaciones temerosas, terroríficas, que ya a lo largo del día se podían deducir del comportamiento de la enferma. Pero ya he descrito cuán completa era la liberación de su psique después que, sobrecogida de angustia y horror, había reproducido y declarado todas esas imágenes terroríficas.

En el campo, donde yo no podía visitar a la enferma diariamente, el asunto se desarrolló del siguiente modo: Yo acudía al anochecer, cuando la sabía dentro de su hipnosis, y le quitaba todo el acopio de fantasmas {*Phantasme*} que ella había acumulado desde mi última visita. Esto debía ser exhaustivo si se quería obtener éxito. Entonces ella quedaba

* {Por «*behaglich*», «sosegada».}

completamente tranquila, y, al día siguiente, amable, dócil, laboriosa, hasta alegre; pero el día subsiguiente, cada vez más caprichosa, terca, desagradable, lo cual tomaba incremento el tercer día. En este talante, ni siquiera en la hipnosis era siempre fácil moverla a declarar, procedimiento para el cual ella había inventado el nombre serio y acertado de «*talking cure*» («cura de conversación») y el humorístico de «*chimney-sweeping*» («limpieza de chimenea»). Ella sabía que tras la declaración perdería toda su testarudez y «energía»; y cuando (a raíz de un intervalo más largo) ya estaba de mal humor, rehusaba «conversar» y yo debía arrancarle las palabras esforzándola, y con ruegos y algunos artificios, como empezar yo mismo pronunciando una fórmula inicial estereotipada de sus historias. De todas maneras, sólo hablaba después que se había convencido de mi identidad tanteando con cuidado mis manos. Las noches en que no se había conseguido el sosiego por declaración era preciso recurrir al cloral. Antes ya lo había intentado alguna vez, pero ahora debí suministrarle cinco gramos, y al sueño le precedía una embriaguez que duraba horas; estando yo presente, esa embriaguez era alegre, pero en mi ausencia emergía un desagradable estado de emoción angustiosa. (Señalo de pasada que esa severa embriaguez no modificaba en nada la contractura.) Yo había podido evitar los narcóticos porque la declaración traía consigo al menos tranquilidad, si bien no sueño. En el campo, las noches entre los alivios hipnóticos eran tan insoportables que resultó forzoso buscar refugio en el cloral; pero poco a poco fue necesitando menos.

El sonambulismo persistente no reapareció; en cambio, prosiguió la alternancia de los dos estados de conciencia. En medio de la conversación alucinaba, salía corriendo, intentaba treparse a un árbol, etc. Si se la retenía, pasado brevísimo lapso retomaba la frase interrumpida, sin saber qué había ocurrido entretanto. Pero en la hipnosis todas esas alucinaciones aparecían luego en su informe.

Su estado mejoró en líneas generales; se podía alimentarla, dejaba que la enfermera le llevara la comida a la boca; sólo al pan lo pedía, y luego lo rechazaba tan pronto tocaba sus labios; la paresia por contractura de la pierna cedió sustancialmente; también cobró el debido aprecio y gran afecto por el médico que la visitaba, mi amigo el doctor B. De gran ayuda fue un perro de Terranova que le habían dado y al que amaba con pasión. Cierta vez que este, su preferido, atacó a un gato, fue hermoso ver cómo la endeble muchacha rescataba a la víctima empuñando la fusta en la mano izquierda y dominando con ella al enorme animal. Más tarde

amparó a algunos enfermos pobres, lo cual le fue de gran utilidad.

La prueba más nítida del efecto estimulador patógeno que sobre ella ejercían los complejos de representación producidos en las ausencias, su «*condition seconde*», así como de su trámite mediante la declaración en estado de hipnosis, la recibí a mi regreso de un viaje de vacaciones de varias semanas. En ese intervalo no se emprendió ninguna «*talking cure*», pues no había caso de que la enferma refiriera sus historias a alguien que no fuera yo, ni siquiera al doctor B., con quien había simpatizado cordialmente. La encontré en un triste estado moral: desidiosa, indócil, lunática, hasta maligna. En los relatos del anochecer se advirtió que su vena de fantasía poética sin duda estaba por agotarse; eran, cada vez más, unos informes sobre sus alucinaciones y a veces sobre lo que la había enojado durante los días trascurridos: de ropaje fantástico, es cierto, pero lo fantástico consistía más en fórmulas estereotipadas que en lo poético de su creación. Ahora bien, sólo se obtuvo un estado soportable cuando hice trasladar a la paciente por una semana a la ciudad, y allí cada anochecer le arrancaba de tres a cinco historias. Cuando se terminó con esto, quedó acabado todo cuanto ella había acumulado en las semanas de mi ausencia. Únicamente entonces se restableció aquel ritmo de su estado psíquico: al día siguiente de una declaración, estaba amable y alegre; el segundo día, irritable y desagradable, y el tercero, directamente «antipática». Su estado moral era una función del tiempo trascurrido desde la última declaración, porque cada producto espontáneo de su fantasía y cada episodio concebido por la parte enferma de su psique seguían obrando como estímulos psíquicos hasta que eran relatados en la hipnosis, lo cual eliminaba por completo su eficacia.

Cuando en el otoño la paciente regresó a la ciudad (a una vivienda distinta de aquella en que había enfermado), su estado tanto físico como mental era tolerable, pues muy pocas vivencias, en verdad sólo las más profundas, eran procesadas patológicamente como estímulos psíquicos. Yo esperaba una mejoría creciente si mediante la declaración regular se impedía que nuevos estímulos quedaran como lastre permanente en su psique. Primero me desilusioné. En diciembre su estado psíquico desmejoró sustancialmente; estaba de nuevo inquieta, presa de triste desazón, irascible, y tenía poquísimos «días totalmente buenos», aunque no se pudiera rastrear en ella nada «atascado». A fines de diciembre, para las Navidades, estuvo particularmente intranquila y en los atardeceres de toda esa semana no relataba nada nuevo, sino

los fantasmas que bajo el imperio de intensos afectos de angustia había forjado día por día en ese mismo período festivo de 1880 [un año antes]. Acabada la serie, un gran alivio.

Así se renovaron su separación del padre, su caída en cama, y a partir de ahí su estado se aclaró y sistematizó de una manera muy curiosa. Los dos estados de conciencia se sucedían alternados, y siempre así: desde la mañana, y a medida que avanzaba el día, las ausencias (es decir, el afloramiento de la «*condition seconde*») se volvían cada vez más frecuentes, para subsistir ellas solas hacia el atardecer; esos dos estados, decía, ya no difirieron meramente como antes, a saber, que en uno (el primero) ella era normal y en el segundo alienada, sino que en el primero vivía como los demás en el invierno de 1881-82, mientras que en el segundo vivía en el invierno de 1880-81 y había olvidado por completo todo lo sucedido después. Sólo la conciencia de que el padre había muerto parecía quedarle, no obstante, las más de las veces. El retraslado al año anterior se produjo con tanta intensidad que en su nueva vivienda alucinaba su dormitorio anterior, y cuando quería dirigirse hacia la puerta embestía la estufa, que en la nueva vivienda estaba situada, respecto de la ventana, como en la otra la puerta. El vuelco súbito de un estado al otro se producía de manera espontánea, pero también se lo podía provocar con la mayor facilidad mediante alguna impresión sensorial que recordara vívidamente al año anterior. Bastaba mostrarle una naranja (que era su principal alimento durante la primera época de su enfermedad) para remitirla, saltando todo el año 1882, a 1881. Ahora bien, ese retraslado al período pasado no se producía de una manera general e indeterminada, sino que revivía día por día el invierno anterior. En cuanto a esto, yo habría podido conjeturarlo meramente, si no fuera porque en la hipnosis del atardecer ella formulaba en palabras lo que la había excitado ese mismo día de 1881, y pude comprobar la absoluta corrección de los hechos supuestos mediante un diario íntimo que la madre llevara en 1881. Esta revivencia del año trascurrido duró hasta el definitivo cese de la enfermedad, en junio de 1882.

Era muy interesante ver los efectos de repercusión que en el primer estado, más normal, ejercían los estímulos psíquicos revividos del estado segundo. Ocurrió que una mañana la enferma me dijo sonriendo que no sabía qué tenía, pues estaba enojada conmigo; gracias al diario íntimo supe de qué se trataba, y esto se corroboró en la hipnosis del atardecer: en 1881, ese mismo anochecer, yo había causado mucho enojo a la paciente. En otra ocasión dijo que algo

fallaba en sus ojos, veía falsamente los colores; sabía que su vestido era marrón, y no obstante lo veía azul. Enseguida se demostró que en los papeles del examen visual distinguía de manera correcta y tajante todos los colores, y la perturbación recaía sólo sobre la tela de su vestido. La razón era que en 1881 se había ocupado mucho por esos días de una camisa de dormir para su padre, en la que se utilizó la misma tela, pero azul. Y aun solía patentizarse un efecto anticipado de estos recuerdos emergentes: la perturbación del estado normal sobreveníá ya, mientras que el recuerdo sólo poco a poco despertaba para la «*condition seconde*».²

Si la hipnosis del anochecer ya estaba muy recargada, pues no debían apalabrarse sólo los fantasmas de producción reciente, sino también las vivencias y las «*vexations*» {«disgustos»} de 1881 (por suerte ya había eliminado los fantasmas de 1881 en aquel momento), la suma de trabajo a realizar por la paciente y el médico aumentaba todavía enormemente en virtud de una tercera serie de perturbaciones singulares que era preciso tramitar de igual manera: los *sucesos psíquicos de la incubación de la enfermedad*, de julio a diciembre de 1880, que habían producido el conjunto de los fenómenos históricos y con cuya declaración *desaparecieron los síntomas*.

La primera vez que por una declaración casual, no provocada, en la hipnosis del anochecer desapareció un síntoma que ya llevaba largo tiempo, quedé muy sorprendido. En el verano hubo un período de intenso calor, y la paciente sufrió mucho a causa de la sed; entonces, y sin que pudiera indicar razón alguna, de pronto se le volvió imposible beber. Tomaba en su mano el ansiado vaso de agua, pero tan pronto lo tocaban sus labios, lo arrojaba de sí como si fuera una hidrofóbica. Era evidente que durante esos segundos caía en estado de ausencia. Sólo vivía a fuerza de frutas, melones, etc., que le mitigaban su sed martirizadora. Cuando esa situación llevaba ya unas seis semanas, se puso a razonar en estado de hipnosis acerca de su dama de compañía inglesa, a quien no amaba, y refirió entonces con todos los signos de la repugnancia cómo había ido a su habitación, y ahí vio a su perrito, ese asqueroso animal, beber de un vaso; ella no dijo nada pues quería ser cortés. Tras dar todavía enérgica expresión a ese enojo que se le había quedado atascado, pidió de beber, tomó sin inhibición una gran cantidad de agua y despertó de la hipnosis con el vaso en los labios. Con ello la

² [Un fenómeno similar se presentaba en el caso de Cécilie M.; cf. *infra*, pág. 90.]

perturbación desaparecía para siempre. De igual modo se disiparon unos raros y obstinados caprichos tras relatar ella la vivencia que los había ocasionado. Ahora bien, se dio un gran paso cuando desapareció el primero de sus síntomas permanentes, la contractura de la pierna derecha —el cual, cierto es, ya había aminorado en mucho—. A partir de estas experiencias —que los fenómenos histéricos se disipaban en esta enferma tan pronto como en la hipnosis reproducía el suceso que había ocasionado al síntoma—, a partir de allí, pues, se desarrolló un procedimiento técnico-terapéutico que no dejaba nada que desear en materia de consecuencia lógica y de realización sistemática. Cada síntoma de este enredado cuadro clínico fue abordado por sí; el conjunto de las ocasiones a raíz de las cuales había emergido fueron relatadas en secuencia inversa, comenzando desde el día anterior a aquel en que la paciente cayó en cama y yendo hacia atrás hasta el ocasionamiento de su primera emergencia; hecho esto, el síntoma quedaba eliminado para siempre.

Así se «removieron por vía de relato» {«*Wegerzählen*»} las parestias por contractura y anestias, las diversas perturbaciones de la visión y la audición, neuralgias, tos, temblores, etc., y por último también las perturbaciones del lenguaje. Por ejemplo, entre las perturbaciones de la visión se tramitaron una por una: el *strabismus convergens* con diplopia; desviación de ambos ojos hacia la derecha, de suerte que la mano aprehensora caía siempre a la izquierda del objeto; limitación del campo visual; ambliopía central; macropsia; visión de una calavera en vez del padre; incapacidad para leer. Sustraídos de este análisis [cf. pág. 71, n. 2] permanecieron sólo fenómenos aislados que se habían desarrollado mientras guardaba cama, como la propagación de la parestia por contractura al lado izquierdo, que probablemente no tuvieran en verdad ningún ocasionamiento psíquico directo [cf. págs. 67-8].

Demostró ser por completo imposible abreviar el trámite procurando evocar de manera directa en su recuerdo el primer ocasionamiento de los síntomas. Ella no lo hallaba, quedaba perpleja, y todo marchaba más lento que si uno, con calma y seguridad, desovillaba hacia atrás los hilos, asidos, del recuerdo. Pero como en la hipnosis del anochecer se iba demasiado despacio, pues la enfermedad estaba exigida y se dispersaba por la «declaración» de las otras dos series, y además los recuerdos necesitaban su tiempo para desplegar su vividez plena, se instituyó el siguiente procedimiento: yo acudía a ella por la mañana, la hipnotizaba (eran procedimientos hipnóticos muy simples, descubiertos por vía em-

pírica) y le inquiría, concentrados los pensamientos de ella en el síntoma en cuestión, por las oportunidades en que había surgido. Entonces la paciente designaba, en rápida secuencia y con palabras claves, esos ocasionamientos externos, que yo anotaba. En la hipnosis del anochecer, apoyada por esas secuencias anotadas, ella refería con bastante detalle los episodios. Un ejemplo acaso ilustre la manera concienzuda y exhaustiva en todo sentido como esto se hacía. Había ocurrido siempre que la paciente no oyera cuando se le dirigía la palabra. Este pasajero no-oír se diferenció así:

a. No oír que alguien entra, en estado de dispersión. Ciento ocho casos detallados de esto; indicación de las personas y circunstancias, a menudo de la fecha; la primera vez, cuando no oyó entrar a su padre.

b. No comprender cuando hablan varias personas. Veintisiete veces; la primera, también, entre el padre y un conocido.

c. No oír cuando, estando sola, se le dirige la palabra directamente. Cincuenta veces; origen: que el padre en vano le dirigía la palabra para pedirle vino.

d. Ponerse sorda por sacudimiento (en carruajes, etc.). Quince veces; origen: que su hermano más joven la había sacudido en tren de reyerta una vez que la sorprendió espionando a la puerta del dormitorio del enfermo.

e. Ponerse sorda por terror a un ruido. Treinta y siete veces; origen: un ataque de ahogo que su padre sufrió tras atragantarse.

f. Ponerse sorda en ausencia profunda. Doce veces.

g. Ponerse sorda por mucho escuchar y espiar, de suerte que no oía cuando le dirigían la palabra. Cincuenta y cuatro veces.

Desde luego que todos estos procesos son en gran parte idénticos, pues pueden ser reconducidos a una dispersión, a una ausencia o a un afecto de terror. Sin embargo, en el recuerdo de la enferma estaban separados con tanta nitidez que si alguna vez se equivocaba en la serie era necesario restablecer por vía de corrección el orden preciso; de lo contrario, el informe se detenía. Los episodios referidos, por su falta de interés y de significación, y por la precisión del relato, no dejan lugar a la sospecha de que fueran inventados. Muchos de esos sucesos eran unas vivencias puramente internas que se sustraían del control. Respecto de otros, o de las circunstancias que los acompañaron, guardaban memoria los allegados de la enferma.

También aquí se observaba de manera regular que, «apalabrado» un síntoma, emergía con renovada intensidad mientras se lo relataba. Así, en el análisis del no-oír, la enferma se volvió tan sorda que a veces debí entenderme con ella por escrito.³ Por regla general, la ocasión primera había sido algún terror que vivenció mientras cuidaba a su padre, algún descuido de ella, etc.

No siempre el recordar se conseguía con facilidad, y muchas veces la enferma debió hacer violentos esfuerzos. Así, en cierta oportunidad la marcha del proceso se detuvo durante un tiempo porque un recuerdo no quería aflorar; se trataba de una alucinación que causaba mucho terror a la enferma: había visto a su padre, a quien cuidaba, con una calavera. Ella y sus allegados recordaron que, estando todavía en apariencia sana, había visitado a un pariente; tras abrir la puerta, cayó al punto desmayada. Pues bien, para superar aquel obstáculo volvió a ese lugar, y al entrar en aquella habitación cayó otra vez desmayada. En la hipnosis de ese atardecer se superó el obstáculo: al entrar había divisado su pálido rostro en el espejo próximo a la puerta, pero no se vio a sí misma, sino a su padre con una calavera. — A menudo hemos observado que el miedo a un recuerdo, como era el caso aquí, inhibe su afloramiento, que la enferma o el médico se ven precisados a arrancar.

La fuerza de esta lógica interna de sus estados puede mostrarla un ejemplo entre otros muchos: como se señaló, en este período la paciente por las noches estaba siempre en su «*condition seconde*», vale decir, en 1881. Cierta vez despertó de noche afirmando que de nuevo la habían sacado de su casa, y cayó en un estado de inquietud díscola que alarmó a toda la casa. La razón era simple. El anochecer de la víspera su perturbación de la vista había desaparecido en virtud de una «*talking cure*», desde luego que también para la «*condition seconde*». Entonces, al despertar por la noche se halló en un dormitorio desconocido para ella, pues la familia se había mudado de vivienda en la primavera de 1881. El modo de prevenir estas contingencias harto desagradables fue que yo (a su pedido) cada anochecer le cerrara los ojos con la sugestión de que no podía abrirlos hasta que yo mismo lo hiciera por la mañana. Sólo una vez se repitió el alboroto: la paciente echó a llorar en sueños y, despertándose, había abierto los ojos.

³ [Freud alude más extensamente a esto *infra*, pág. 301, donde designa a este fenómeno como la «intromisión» del síntoma {«*mitsprechen*»; literalmente, «intervenir en la conversación»}.]

Como este laborioso análisis de los síntomas se refería a los meses del verano de 1880, período en el cual se preparaba la enfermedad, obtuve una perspectiva completa de la *incubación* y *patogénesis* de esta histeria, que paso a exponer brevemente.

En julio de 1880, hallándose en el campo, el padre de la paciente había contraído un absceso subpleural grave; Anna participó con su madre en los cuidados. Cierta vez hacía vigilancia nocturna con gran angustia por el enfermo, que padecía alta fiebre, y en estado de tensión porque se esperaba a un cirujano de Viena que practicaría la operación. La madre se había alejado por un rato, y Anna estaba sentada junto al lecho del enfermo, con el brazo *derecho* sobre el respaldo de la silla. Cayó en un estado de sueño despierto y vio cómo desde la pared una serpiente negra se acercaba al enfermo para morderlo. (Es muy probable que en el prado que se extendía detrás de la casa aparecieran de hecho algunas serpientes y ya antes hubieran provocado terror a la muchacha, proporcionando ahora el material de la alucinación.) Quiso espantar al animal, pero estaba como paralizada; el brazo derecho, pendiente sobre el respaldo, se le había «dormido», volviéndosele anestésico y parético, y cuando lo observó, los dedos se mudaron en pequeñas serpientes rematadas en calaveras (las uñas). Probablemente hizo intentos por ahuyentar a la serpiente con la mano derecha paralizada, y por esa vía su anestesia y parálisis entró en asociación con la alucinación de la serpiente. Cuando esta hubo desaparecido, quiso en su angustia rezar, pero se le denegó toda lengua, no pudo hablar en ninguna, hasta que por fin dio con un verso infantil en *inglés*⁴ y entonces pudo seguir pensando y orar en esa lengua. El silbido de la locomotora que traía al médico esperado interrumpió la fantasmagoría.

Cuando al día siguiente quiso recoger entre la maleza un aro arrojado ahí en medio del juego, una rama torcida le convocó otra vez la alucinación de la serpiente y al mismo tiempo el brazo derecho le quedó extendido y rígido. Y a partir de entonces esto se le repitió siempre que un objeto más o menos serpentiforme le provocaba la alucinación. Ahora bien, tanto esta como la contractura sólo emergían en las breves ausencias que desde aquella noche se le hicieron cada vez más frecuentes. (La contractura se volvió estable sólo

⁴ [En la «Comunicación preliminar» (*supra*, pág. 30) se sostiene que consiguió pronunciar «una oración infantil» en inglés, lo cual, por supuesto, no contradice lo afirmado aquí.]

en diciembre, cuando la paciente, totalmente quebrantada, ya no pudo abandonar el lecho.) A raíz de una ocasión que no hallo anotada y de la cual no me acuerdo, a la contractura del brazo se sumó la de la pierna derecha.

Así se creó la inclinación a las ausencias autohipnóticas. El día que siguió a la noche aquella, a la espera del cirujano, cayó en un estado de ausencia tal que cuando al fin este entró en la habitación ella no lo oyó llegar. El constante sentimiento de angustia la estorbaba al comer y poco a poco le produjo un asco intenso. Pero en todos los demás casos, los diversos síntomas histéricos le sobrevinieron en estados afectivos. No es del todo claro si en ellos la paciente entraba en una ausencia momentánea total, pero es probable, pues en la vigilia no sabía nada de la trama en su conjunto.

Sin embargo, muchos síntomas parecen no haber emergido en estado de ausencia, sino en estados de afecto durante la vigilia despierta, repitiéndose luego como los otros. Así, el conjunto de perturbaciones de la visión se recondujeron a ocasiones singulares, más o menos claramente determinantes {*determinieren*}. Por ejemplo: la paciente estaba sentada, con lágrimas en los ojos, junto al lecho de enfermo de su padre, cuando este le preguntó de pronto qué hora era; ella no veía claro, hizo un esfuerzo, acercó el reloj a sus ojos y entonces la esfera se le apareció muy grande (*macropsia* y *strabismus convergens*); o bien se esforzó por sofocar las lágrimas para que el padre no las viera.

Una reyerta en la que sofocó su respuesta le causó un espasmo de glotis que se repetía a raíz de todo ocasionamiento parecido.

El lenguaje se le denegaba: *a*) por angustia, desde la primera alucinación nocturna; *b*) desde una vez en que volvió a sofocar una exteriorización (inhibición activa); *c*) desde una vez que la reprendieron injustamente; *d*) a raíz de todas las ocasiones análogas (afrentas). La tos le sobrevino por primera vez cuidando ella al enfermo; le llegaron los sonos de una músicaailable desde una casa vecina y le creció el deseo de encontrarse ahí, deseo que despertó sus autorreproches. Desde entonces, y por el tiempo que duró su enfermedad, reaccionaba con *tussis nervosa* frente a cualquier música de ritmo marcado.

No lamento demasiado que lo incompleto de mis notas me impida aquí reconducir cada rasgo histérico a sus ocasionamientos. La paciente lo hizo en todos los casos, con la excepción antes mencionada [pág. 59, e *infra*, págs. 67-8], y, según ya lo he descrito, cada síntoma desaparecía tras el relato de la *primera* ocasión.

De esta manera llegó a su término la histeria íntegra. La propia enferma se había trazado el firme designio de terminar con todo para el aniversario de su traslado al campo [7 de junio (pág. 53)]: Por eso a comienzos de junio cultivó la «*talking cure*» con grande, emocionante energía. El último día reprodujo, con el expediente de disponer la habitación como lo estuvo la de su padre, la alucinación angustiosa antes referida y que había sido la raíz de toda su enfermedad: aquella en que sólo pudo pensar y rezar en inglés; inmediatamente después habló en alemán y quedó libre de las incontables perturbaciones a que antes estuviera expuesta.⁵ Dejó entonces Viena para efectuar un viaje, pero hizo falta más tiempo todavía para que recuperara por completo su equilibrio psíquico. A partir de ese momento gozó de una salud perfecta.

Aunque he omitido numerosos detalles no carentes de interés, el historial clínico de Anna O. ha cobrado una extensión mayor de la que parece merecer la contracción de una histeria, cosa en verdad no insólita. Pero era imposible exponer el caso sin entrar en los detalles, y atribuyo a sus peculiaridades una importancia tal que disculpa la prolijidad del informe. Tampoco los huevos de equinodermo son interesantes para la embriología porque lo sea en particular el erizo de mar, sino porque su protoplasma es trasparente y lo que en él se ve permite inferir lo que acaso suceda en huevos de protoplasma opaco.⁶

El interés de este caso reside sobre todo, a mi entender,

⁵ [En una oportunidad Freud me dijo, señalándome con el dedo este pasaje del libro, que había una laguna en el texto. Se refería al episodio que puso fin al tratamiento de Anna O., y me lo narró a continuación. Aludió brevemente a él en su «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*), *AE*, **14**, pág. 11 —donde, adoptando el punto de vista de Breuer, lo llamó un «suceso adverso»— y en la *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, pág. 26. Hizo un relato mucho más completo del asunto en su carta a Stefan Zweig del 2 de junio de 1932 (Freud, 1960*a*). Ernest Jones relata todo el incidente en su biografía de Freud (Jones, 1953, **1**, págs. 246 y sigs.). Bastará decir que, cuando el tratamiento había llegado en apariencia a una consumación favorable, la paciente exteriorizó de pronto una intensa transferencia positiva no analizada hacia Breuer, de inequívoca naturaleza sexual. Según Freud, fue esto lo que movió a Breuer a postergar por tantos años la publicación del historial clínico y lo llevó, a la postre, a rehusar toda colaboración a Freud en las ulteriores investigaciones de este.]

⁶ [La misma analogía fue empleada por Freud años más tarde, en «Experiencias y ejemplos extraídos de la práctica analítica» (1913*b*), *AE*, **13**, pág. 197.]

en la notable transparencia y el carácter explicable de su patogénesis.

Como predisponentes a contraer histeria hallamos en la muchacha todavía completamente sana dos peculiaridades psíquicas:

(1) El excedente de movilidad (*Regsamkeit*) y de energía psíquicas no empleado en la monótona vida familiar y sin correspondiente en un trabajo espiritual, sobrante que se aligera en el continuado y progresivo trabajar de la fantasía, y que produce

(2) el soñar despierto habitual («teatro privado»), con lo cual se crea el terreno para la disociación de la personalidad mental. Sin embargo, ese soñar permanece todavía dentro de las fronteras de lo normal; el ensoñarse, como el meditar mientras se realiza una tarea más o menos mecánica, en sí mismos no condicionan ninguna escisión patológica de la conciencia, puesto que cualquier perturbación de ellos, un llamado por ejemplo, restablece la unidad normal de aquella y, además, no subsiste amnesia alguna. Pero en Anna O. creaba el terreno sobre el cual, de la manera descrita, se establecía el afecto de angustia y de expectativa, después que este hubiera recreado la ensoñación habitual como ausencia alucinatoria. Es notable cuán acabadamente afloraron ya, en esta primera manifestación de la enfermedad incipiente, los rasgos capitales que luego permanecerían constantes a lo largo de casi dos años: la existencia de un estado de conciencia segunda, que, habiendo emergido primero como ausencia pasajera, se organizaría más tarde como *double conscience*; la inhibición del lenguaje, condicionada por el afecto de angustia, con el aligeramiento contingente a través de un verso infantil en inglés; luego, parafasia y pérdida de la lengua materna, sustituida por un excelente inglés; por último, la parálisis casual del brazo derecho por opresión, que más tarde se desarrolla en una paresia por contractura y anestesia del lado derecho. El mecanismo de la génesis de esta última afección responde por entero a la teoría de Charcot sobre la histeria traumática: estado hipnótico en el que sobreviene un trauma leve.

Pero mientras que en los pacientes en quienes Charcot produjo experimentalmente la parálisis histérica esta última quedó enseguida estabilizada, y en los afectados de neurosis traumática, conmovidos por un terror intenso, ella se instaló enseguida, el sistema nervioso de nuestra joven ofreció resistencia exitosa por unos cuatro meses todavía. La contractura,

como las otras perturbaciones que poco a poco se le aliaron, advenían sólo en las ausencias momentáneas dentro de la «*condition seconde*» y dejaban a la paciente, mientras duraba su estado normal, en plena posesión de su cuerpo y de sus sentidos, de suerte que ni ella misma sabía nada de eso, ni tampoco vieron nada los allegados, cuya atención, por lo demás, estaba concentrada en el padre gravemente enfermo, y así desviada de ella.

Ahora bien, en la medida en que desde aquella primera autohipnosis alucinatoria se acumularon las ausencias con amnesia total y fenómenos histéricos concomitantes, se multiplicaron las oportunidades para que se formaran nuevos síntomas de esta índole y para que los ya formados se afianzaran en una repetición frecuente. A ello se sumó que, cada vez más, cualquier afecto penoso y repentino le producía los mismos efectos que una ausencia (si es que no producía siempre una ausencia momentánea); coincidencias casuales formaban asociaciones patológicas, perturbaciones sensoriales o motrices, que desde entonces reaparecían simultáneamente con el afecto, pero todavía de manera sólo momentánea y pasajera. Antes de caer en cama, la paciente ya había desarrollado toda esa gran colección de fenómenos histéricos sin que nadie lo supiese. Sólo cuando la enferma, debilitada en extremo por la inanición, el insomnio y el permanente afecto de angustia, sufrió un total quebranto, encontrándose más tiempo en la «*condition seconde*» que en estado normal, los fenómenos histéricos desbordaron también sobre este último y, de unos fenómenos que sobrevenían en forma de ataques, se mudaron en síntomas permanentes.

Cabe preguntarse ahora si las indicaciones de la enferma son confiables y si los fenómenos tuvieron realmente la génesis y el ocasionamiento señalados por ella. Por lo que atañe a los procesos más importantes y básicos, para mí está fuera de duda la confiabilidad de su informe. No aduzco aquí la desaparición de los síntomas después que ella los «aventaba relatándolos» («*aberzählen*»); se la podría explicar como mero resultado de la sugestión. Es que yo hallé a la enferma siempre enteramente veraz y confiable; las cosas relatadas se entramaban de la manera más íntima con lo que era más sagrado para ella; se corroboró por completo todo cuanto admitía el control de otras personas. Ni aun la muchacha más talentosa sería capaz de edificar un sistema de indicaciones caracterizado por una lógica interna tan grande como la presentada aquí en el historial de desarrollo de su enfermedad. Pero no se puede rechazar de antemano la posibilidad de que justamente por el rigor de esa lógica atribuyera a mu-

chos síntomas (con la mejor buena fe) un ocasionamiento que en verdad no existió. No obstante, tampoco creo correcta esta conjetura. El carácter nimio de tantas ocasiones, lo irracional de muchas tramas, abogan por su realidad. La enferma no entendía cómo la músicaailable podía hacerla toser: algo demasiado disparatado para ser una construcción deliberada. Para mí, en cambio, era bien concebible que cualquier escrúpulo de su conciencia moral le causara su notorio espasmo de glotis y que los impulsos motores que sentía esta muchacha muy amante del baile se mudaran en una *tussis nervosa*. Considero, pues, enteramente confiables y veraces las indicaciones de la enferma.

Ahora bien, ¿hasta dónde está justificada la conjetura de que también en otros enfermos el desarrollo de la histeria sería análogo, y ocurrirían cosas semejantes aun donde no se organizara con tal relieve y nitidez una «*condition seconde*»? Quiero hacer notar que ni la enferma ni el médico habrían llegado a conocer este historial de desarrollo patológico de no haber presentado ella la peculiaridad de recordar en la hipnosis de la manera descrita, y de relatar lo recordado. En la vigilia, nada sabía de todo eso. Por tanto, en los otros casos el examen clínico de la persona despierta no puede determinar cómo sucedieron las cosas, pues, aun mediando su mejor buena voluntad, el paciente en estado de vigilia es incapaz de proporcionar información. Y ya he señalado cuán poco pudieron los allegados observar todos aquellos procesos. — Entonces, sólo con un procedimiento semejante al que las autohipnosis brindaron en el caso de Anna O. se podría discernir lo sucedido en otros pacientes. Por ahora sólo es lícita esta conjetura: acaso procesos *de esta índole* sean más frecuentes de lo que permitía suponer nuestra ignorancia del mecanismo patógeno.

Cuando la enferma cayó postrada en cama y su conciencia oscilaba de continuo entre el estado normal y el «estado segundo», y el ejército de síntomas histéricos generados separadamente y latentes hasta entonces se manifestó como un conjunto de síntomas permanentes, a este grupo de fenómenos se le reunió otro. Parecían de diverso origen: la parálisis por contractura de las extremidades del lado izquierdo y la paresia del cuello. Los aparto porque, tras desaparecer en cierto momento, nunca volvieron a aflorar, ni como ataques ni en forma indicativa, ni tampoco en la fase de cierre y de curación en que todos los demás síntomas revivieron después de un prolongado letargo. Y en consonancia con ello, no se presentaron en los análisis hipnóticos ni fueron reconducidos a ocasiones afectivas o fantaseadas. Por eso me inclinaría a

creer que no debieron su existencia al mismo proceso psíquico que los otros síntomas, sino a la propagación secundaria de aquel estado desconocido que constituye la base somática de los fenómenos histéricos.

Durante todo el trayecto de la enfermedad subsistieron uno junto al otro los dos estados de conciencia: el primario, en el cual la paciente era por entero normal psíquicamente, y el estado segundo, que bien podemos comparar con el sueño por su riqueza en fantasmas {*Phantasme*} y alucinaciones, por las grandes lagunas que presentaba su recuerdo, y por el hecho de que sus ocurrencias carecían de inhibición y de control. En ese estado segundo la paciente era alienada. El estado psíquico de la enferma dependía por entero de la intrusión de ese estado segundo en el estado normal, y esto, a mi parecer, brinda una buena visión sobre la esencia de una variedad, al menos, de psicosis histéricas. Cada hipnosis del anochecer ofrecía la prueba de que la enferma tenía total claridad y orden mentales, y era normal en su sentir y su querer, siempre que en «lo inconciente»⁷ no obrara como estímulo algún producto del estado segundo; la psicosis franca cada vez que un intervalo más largo separaba entre sí las aplicaciones de ese procedimiento aligerador era prueba de lo mucho que esos productos influían sobre los procesos psíquicos del estado «normal». Es difícil no avenirse a esta formulación: la enferma estaba fragmentada en dos personalidades, una de las cuales era psíquicamente normal, y la otra, enferma mental. Opino que la nítida división de ambos estados en nuestra enferma no hace más que patentizar una relación que también en muchos otros histéricos ha de ser la causa de tantísimos enigmas. En Anna O.

⁷ [Parece ser esta la primera oportunidad en que apareció en una obra impresa el término «lo inconciente» («*das Unbewusste*») en su sentido psicoanalítico. Desde luego, ya antes había sido utilizado con frecuencia por otros autores, particularmente por los filósofos (v. gr., Hartmann, 1869). El hecho de que Breuer lo escriba entre comillas posiblemente indica que lo atribuye a Freud, quien lo utiliza más adelante en esta misma obra (v. gr., en pág. 96, n. 31). Con valor de adjetivo («*unbewusst*»), había sido empleado años atrás en el bosquejo inédito de noviembre de 1892 (Freud, 1940*d*), *AE*, 1, pág. 189. En su trabajo en francés sobre las parálisis motrices (1893*c*), *AE*, 1, pág. 209, Freud había utilizado la frase «*le subconscient*» {«el subconciente»}, y en la presente obra emplea el adjetivo «subconciente» («*unterbewusst*») (cf. pág. 89), como lo hace Breuer con mucho mayor frecuencia (v. gr., en pág. 232). Por supuesto, Freud objetaría más adelante el uso de este término; encontramos ese reparo ya en *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, 5, pág. 603, y en «Lo inconciente» (1915*e*), *AE*, 14, pág. 167.]

era particularmente llamativa la gran influencia de los productos del «yo díscolo», como ella misma lo designó, sobre su *habitus* moral. De no habérselos removido a medida que surgían, se habría vuelto una histérica de lo más turbulenta, terca, desagradable, mala; pero tras el alejamiento de esos estímulos, una y otra vez salía a la luz, y de inmediato, su verdadero carácter, lo contrario de todo aquello.

Pero, por divorciados que estuvieran ambos estados, no sólo el estado segundo se introducía en el primero, sino que, como la paciente misma lo expresaba, en algún rincón de su cerebro tenía su asiento un observador agudo y calmo que contemplaba los locos desvaríos incluso de sus peores estados, o al menos lo hacía con frecuencia aun en estos. Tal persistencia de un pensar claro durante el reinado de la psicosis cobró una expresión harto curiosa; cuando, al término de los fenómenos histéricos, la enferma caía en una depresión pasajera, entre otros temores y autoacusaciones infantiles decía que ella no estaba enferma, sino que todo había sido simulado. Como se sabe, ya muchas veces se han observado situaciones parecidas.

Cuando ya trascurrida la enfermedad los dos estados de conciencia vuelven a fusionarse en uno solo, los pacientes, en ojeada retrospectiva, se ven como una personalidad no dividida que supo de todos los dislates y creen que, con sólo quererlo, los habrían impedido; es decir que habrían perpetrado adrede esas locuras. — Por lo demás, acaso esa persistencia de un pensar normal en el curso del estado segundo esté enormemente debilitada desde un punto de vista cuantitativo, y en buena parte ni siquiera haya existido.

En cuanto al hecho asombroso de que, desde el comienzo de la enfermedad hasta su término, todos los estímulos provenientes del estado segundo, así como sus consecuencias, se eliminaran duraderamente al ser declarados en la hipnosis, ya lo he descrito y no tengo nada que añadir sobre él, como no sea asegurar que no fue una invención mía sugerida a la paciente; al contrario, me sorprendió en grado máximo, y sólo después de haberse producido una serie de tramitaciones espontáneas desarrollé a partir de ahí una técnica terapéutica.

La curación final de la histeria merece todavía algunas palabras. Sobrevino de la manera descrita, con una intranquilización notable de la enferma y el agravamiento de su estado psíquico. Se tenía toda la impresión de que la multitud de productos del estado segundo, que habían permanecido en letargo, esforzaban ahora su ingreso a la conciencia y eran

recordados, es cierto que al comienzo sólo en la «*condition seconde*», pero gravitaban sobre el estado normal y lo intranquilizaban. Cabe considerar la posibilidad de que en otros casos una psicosis, punto terminal de una histeria crónica, pueda tener igual origen.⁸

⁸ [Una amplia sinopsis y discusión de este historial ocupa la mayor parte de la primera de las *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (Freud, 1910a), *AE*, **11**, págs. 8-17.]

2. Señora Emmy von N. (40 años, de Livonia) (Freud)

El 1º de mayo de 1889¹ comencé a prestar atención médica a una dama de unos cuarenta años, cuyo padecimiento y cuya personalidad despertaron tanto mi interés que le consagré buena parte de mi tiempo e hice de su restablecimiento mi misión. Era histérica, y con la máxima prontitud caía en estado de sonambulismo; cuando reparé en esto, me resolví a aplicarle el procedimiento de Breuer de exploración en estado de hipnosis, que yo conocía por comunicaciones del mismo Breuer sobre el historial de curación de su primera paciente. Fue mi primer intento de manejar este método terapéutico [cf. págs. 122, *n.* 51, y 290]; yo estaba aún muy lejos de dominarlo, y de hecho no llevé suficientemente adelante el análisis² de los síntomas patológicos, ni los perseguí con el necesario plan. Para que pueda visualizarse el estado de la enferma y mi proceder médico, acaso lo mejor será que reproduzca las notas que noche tras noche redacté durante las primeras tres semanas del tratamiento. Toda vez que mi posterior experiencia me ha proporcionado una inteligencia mejor, lo consigno en notas al pie o en puntualizaciones intercaladas.

1º de mayo de 1889. Encuentro a una señora de aspecto todavía joven, con finos rasgos faciales de corte singular, yacente sobre el diván, con un almohadón de cuero bajo la nuca. Su rostro tiene expresión dolorida, tensa; sus ojos guiñan, la mirada abismada, el ceño arrugado, bien marca-

¹ [La cronología de este historial clínico presenta incongruencias, y hay una clara posibilidad de que el tratamiento comenzara en 1888 y no en 1889. Aquí hemos mantenido las fechas dadas en todas las ediciones en alemán, aunque sin duda exigen ser revisadas. Discutimos la cuestión en detalle en el «Apéndice A» (*infra*, págs. 311-3).]

² [El verbo «analizar» figura ya en la «Comunicación preliminar», *supra*, pág. 33. Freud empleó la expresión «análisis psíquico» en su primer trabajo sobre «Las neuropsicosis de defensa» (1894a), *AE*, 3, pág. 48; en ese mismo artículo utilizó también «análisis psicológico» (págs. 55 y 76) y «análisis hipnótico» (pág. 60). El término «psicoanálisis» fue acuñado después, en su trabajo en francés sobre la etiología de las neurosis (1896a), *AE*, 3, pág. 151.]

dos los surcos nasolabiales. Habla como trabajosamente, en voz queda, interrumpida en ocasiones por un balbuceo espástico que llega hasta el tartamudeo. En tanto, mantiene entrelazados los dedos de sus manos, que muestran una agitación incesante semejante a la atetosis. En el rostro y los músculos del cuello, frecuentes contracciones a modo de tics, de las que resaltan plásticamente algunas, sobre todo en los mastoideos superiores. Además, se interrumpe a menudo en el habla para producir un curioso chasquido que yo no puedo imitar.³

Lo que dice es de todo punto coherente y atestigua evidentemente una formación y una inteligencia nada comunes. Por eso es tanto más extraño que cada tantos minutos se interrumpa de pronto, desfigure el rostro hasta darle una expresión de horror y de asco, extienda hacia mí su mano con los dedos abiertos y crispados, y al tiempo que lo hace prorrumpe en estas palabras con una voz alterada por la angustia: «¡Quédese quieto! ¡No hable! ¡No me toque!». Es probable que se encuentre bajo la impresión de una cruel alucinación recurrente y con esa fórmula se defiende de la intromisión del extraño.⁴ Pero esa intercalación concluye de manera igualmente repentina, y la enferma prosigue su discurso sin desovillar esa excitación presente, sin explicar su comportamiento ni disculparse; es probable, entonces, que ella misma no haya notado la interrupción.⁵

Acerca de sus circunstancias de vida averiguo lo siguiente: Su familia es oriunda de Alemania central; desde hace dos generaciones se ha establecido en las provincias rusas del Báltico, haciendo allí considerable fortuna. Eran catorce hijos, ella la décimotercera; cuatro viven todavía. Fue educada con esmero, pero de manera muy compulsiva, por una madre severa e hiperenérgica. A los veintitrés años se casó con un hombre muy talentoso y capaz, quien, como gran industrial, se había labrado una posición descollante, pero era mucho mayor que ella. Murió repentinamente, de apoplejía, tras

³ Ese chasquido constaba de varios tiempos; colegas conocedores en asuntos de caza, que la oyeron, compararon su sonido final con el canto del urogallo en celo. — [Según Fisher (1955), ese canto termina en «un tictic acompañado de un restallido y un siseo».]

⁴ Estas palabras correspondían de hecho a una *fórmula protectora* que más adelante hallaría su explicación. Después he observado tales fórmulas protectoras en una melancólica que procuraba dominar de tal suerte sus penosos pensamientos (descos de que a su marido o a su madre les pasara algo malo, blasfemias, etc.).

⁵ Se trata de un *delirium* histérico que alterna con el estado de la conciencia normal, del mismo modo como un tic auténtico se intercala en un movimiento voluntario sin perturbarlo ni mezclarse con él.

una breve vida matrimonial. Ella indica como causa de su enfermedad ese suceso, así como la educación de sus dos hijas, ahora de catorce y dieciséis años de edad, ambas muy enfermizas y que padecen de perturbaciones nerviosas. Desde la muerte de su marido, hace catorce años, ella siempre estuvo enferma con variable intensidad. Cuatro años atrás, una cura de masajes unida a baños eléctricos le aportaron un alivio pasajero, pero todos sus otros empeños por recobrar la salud fueron infructuosos. Ha viajado mucho, y tiene vastos y vivos intereses. En el presente mora en una residencia señorial sobre el Báltico, en las cercanías de una gran ciudad.⁶ Desde hace unos meses la aquejan graves padecimientos; desazonada e insomne, es martirizada por dolores; en vano ha buscado una mejoría en Abbazia;⁷ * desde hace seis semanas se encuentra en Viena, hasta este momento tratada por un médico destacado.

Acepta, sin objetar palabra, mi propuesta de separarse de ambas niñas, que tienen su gobernanta, e internarse en un sanatorio donde yo podré verla todos los días.

El 2 de mayo al atardecer la visito en el sanatorio. Me llama la atención que se estremezca con tanta violencia toda vez que la puerta se abre de manera inesperada. Por eso dispongo que el médico de guardia y el personal de enfermeras golpeen fuerte la puerta y no entren hasta que ella haya exclamado «Pase». A pesar de ello hace con la boca un gesto sarcástico y se crispa cada vez que alguien entra.

Su queja principal se refiere hoy a una sensación de enfriamiento y a dolores en la pierna derecha, que arrancan de la espalda, por encima de la cresta ilíaca. Ordeno baños calientes, y que le masajeen todo el cuerpo dos veces por día.

Es notablemente apta para la hipnosis. Le acerco un dedo, le digo «¡Duérmase!» y ella se abandona con expresión estupefacta y turbada. Le sugiero que dormirá bien, que mejorarán todos sus síntomas, etc.; ella lo escucha con los ojos cerrados, pero con una atención inequívocamente tensa; al mismo tiempo, distiende poco a poco su gesto y cobra una expresión de paz. De esta primera hipnosis le queda un oscuro recuerdo de mis palabras; ya tras la segunda le sobreviene un sonambulismo total (con amnesia). Le había dicho

⁶ [Más adelante se hace referencia a este lugar como «D.». Hay motivos para creer que, a fin de ocultar la identidad de su paciente, Freud transfirió su residencia a un lugar de Europa muy distinto del real.]

⁷ [Balneario austríaco sobre el Adriático.]

* {Antiguo nombre de la actual ciudad yugoslava de Opatija.}

que la hipnotizaría, cosa que aceptó sin resistencia. Nunca ha sido hipnotizada antes, pero puedo suponer que ha leído sobre el tema, aunque no sé qué representación previa traía acerca del estado hipnótico.⁸

Los días que siguieron continuó el tratamiento con baños, el masaje dos veces diarias y la sugestión hipnótica. Dormía bien, se recuperaba a ojos vistas, pasaba la mayor parte del día reposando en su lecho de enferma. No le estaba prohibido ver a sus hijas, leer y atender su correspondencia.

El 8 de mayo por la mañana platicó conmigo, con apariencia enteramente normal, sobre historias terroríficas de animales. Ha leído en el *Frankfurter Zeitung*, que tiene ante sí sobre la mesa, que cierto aprendiz de taller ató a un muchacho y le metió en la boca un ratón blanco; el muchacho se murió de terror. El doctor K. le ha contado que él envió a Tiflis una caja llena de ratas blancas. Al referirlo se le pintan en la cara, de la manera más plástica, todos los signos del horror. Varias veces críspala alternativamente las manos. — «¡Quédese quieto! ¡No hable! ¡No me toque! ¡Si apareciera ese bicho en la cama!». (Gesto de horror.) «Imagínese que abren el paquete {*auspacken*}. ¡Hay entre las ratas una muerta, ro-í-da!».

En la hipnosis me empeño en ahuyentar estas alucinaciones de bichos. Mientras duerme, tomo el *Frankfurter Zeitung*; efectivamente hallo la historia del maltrato infligido a un escolar, pero sin intervención alguna de ratones o ratas. Ello fue introducido ahí por el delirio durante la lectura.

Al atardecer le refiero nuestra plática sobre los ratones blancos. Ella no sabe nada de eso, se asombra mucho y ríe de buena gana.⁹

⁸ Al despertar de la hipnosis siempre echaba una mirada en torno como confundida, después sus ojos se fijaban en mí, parecía recapacitar, se ponía las gafas que se había quitado antes de adormecerse, y luego quedaba alegre y dueña de sí. Aunque en el curso del tratamiento (que ese año duró siete semanas, y ocho el año siguiente) departimos sobre todo lo habido y por haber, y yo la dormía dos veces casi diariamente, nunca me dirigió pregunta ni observación alguna acerca de la hipnosis, y en su estado de vigilia parecía ignorar en lo posible el hecho de que era hipnotizada.

⁹ No era rara en ella una intercalación así, repentina, de un *delirium* en el estado de vigilia, y habría de repetirse a menudo durante mi tratamiento. Solía quejarse de dar muchas veces, en la conversación, las más retorcidas respuestas, de suerte que sus allegados no la entendían. Cuando en nuestra primera entrevista le pregunté la edad, respondió con toda seriedad: «Soy una mujer del siglo pasado». Semanas después me aclaró que, por entonces, en el *delirium* había pensado en un bello y viejo armario que adquiriera en el viaje, como aficionada a los muebles antiguos. A ese armario se refería aquella

A la siesta ha tenido algo que llama «calambre en la nuca»,¹⁰ pero «sólo fue breve, duró un par de horas».

La exhorto en la hipnosis a hablar, y lo consigue tras algún esfuerzo. Habla quedo, siempre reflexiona un momento antes de responder. Su gesto se altera de acuerdo con el contenido de lo que relata, y cobra expresión tranquila tan pronto como por vía sugestiva pongo término a la impresión del relato. Le pregunto por qué se aterroriza tanto. «Son recuerdos de mi niñez». — «¿Cuándo?». — «Primero a los cinco años: mis hermanitos solían arrojarme animales muertos. Entonces tuve el primer ataque de desmayo con convulsiones, pero mi tía dijo que eso era abominable, una no podía tener tales ataques, y ellos cesaron. Después a los siete años, cuando de improviso ví a mi hermana en el sarcófago; luego a los ocho, cuando mi hermano me asustaba envuelto en una sábana como un fantasma; y también a los nueve años, cuando ví a mi tía en el sarcófago y de pronto se le cayó la mandíbula inferior».

La serie de ocasiones traumáticas comunicadas como respuesta a mi pregunta por su carácter asustadizo evidentemente se encontraba aprontada en su memoria; no habría podido rebuscar con tanta rapidez, en el breve lapso transcurrido entre pregunta y respuesta, esas ocasiones que databan de diversos períodos de su niñez. Al concluir cada relato parcial, le sobrevenían crispaciones generales y su gesto mostraba espanto y terror; tras el último, de pronto abrió mucho la boca y jadeó. Las palabras que comunicaban el contenido terrorífico de la vivencia eran proferidas trabajosamente, con aliento entrecortado; luego sus rasgos tomaron expresión calma.

Ante una pregunta mía, me confirma que en el curso del relato ve frente a sí cada escena de una manera plástica y en sus colores naturales. A menudo piensa en todas esas vivencias, y lo ha hecho también los últimos días. Siempre que ello ocurre, ve la escena frente a sí con toda la vividez de la realidad.¹¹ Ahora comprendo por qué tantas veces me habla sobre escenas con animales e imágenes de cadáveres. Mi terapia consiste en borrarle esas imágenes de suerte que no vuelvan a presentarse a sus ojos. En apoyo de la sugestión se las tacho varias veces sobre los ojos.

precisión, cuando mi pregunta por su edad dio ocasión a un enunciado sobre la época.

¹⁰ Una especie de migraña. [Cf. *infra*, pág. 91, n. 26.]

¹¹ Muchas otras histéricas nos han manifestado ese recordar en vivas imágenes visuales, destacándolo, muy en particular, respecto de los recuerdos patógenos.

9 de mayo [por la mañana].¹² Ha dormido bien sin que yo le renovara la sugestión, pero tuvo dolores de estómago por la mañana. Ya los sintió ayer en el jardín, donde pasó demasiado tiempo con sus hijas. Consiente en que le limite la visita de las niñas a dos horas y media; hace unos días se había reprochado dejarlas solas. Hoy la encuentro algo excitada, el ceño fruncido, chasquidos y tartamudeos. Mientras le administran el masaje nos cuenta que la gobernanta de las niñas le ha traído un atlas histórico-cultural, y que algunas de sus imágenes, que muestran a unos indios disfrazados de animales, le causaron grandísimo terror. «¡Imaginen que estuvieran vivos!». (Gesto de horror.)

En la hipnosis le pregunto por qué le aterrorizan tanto esas imágenes, ahora que ya no tiene miedo a los animales. Dice que le recordaron unas visiones que tuvo a la muerte de su hermano. (A los diecinueve años.) Reservo este recuerdo para después. Le sigo preguntando si siempre fue tartamuda, y desde cuándo tiene el tic (ese chasquido peculiar).¹³ Dice que el tartamudeo es manifestación de la enfermedad, en tanto que el tic la aqueja hace ya cinco años, desde una vez que estaba sentada junto al lecho de su hija menor, muy enferma esta, y quería mantener total *silencio*. — Intento aminorar la significación del recuerdo, señalándole que nada le sucedió a su hija, etc. Dice que eso vuelve siempre que está angustiada o se aterra. — Le ordeno no tener miedo a las imágenes de los indios, más bien reírse de ellas a carcajadas y llamarme la atención sobre ellas. Y así ocurre después que despierta; busca el libro, me pregunta si ya lo he mirado, me lo abre en la hoja correspondiente y se ríe a mandíbula batiente de esas grotescas figuras, sin angustia alguna, con rasgos tersos. De pronto el doctor Breuer entra a visitarla en compañía del médico interno. Ella se aterra y chasquea, de suerte que ambos nos abandonan muy pronto. Explica su excitación diciendo que le resultaba desagradable la copresencia, todas las veces, del médico interno.

Además, yo le había removido en la hipnosis el dolor de estómago tachándolo, y le dije que después de comer ella esperaría el retorno de ese dolor, pero no lo tendría.

Al atardecer. Por primera vez la encuentro alegre y locuaz, despliega un humor que yo no habría supuesto en esa grave señora; entre otras cosas, con la plena sensación de

¹² [En todas las ediciones en alemán reza aquí «al atardecer», lo cual tiene que ser un error, como se ve cuatro párrafos más abajo.]

¹³ En la vigilia había recibido esta respuesta cuando le pregunté por el origen del tic: «No sé; ¡oh!, hace ya mucho tiempo».

su mejoría, se refiere en tono festivo al tratamiento del médico que me precedió. Hacía ya mucho tiempo que se había formado el propósito de eludirlo pero no hallaba la manera, hasta que una observación incidental del doctor Breuer, quien cierta vez la visitó, le ofreció una escapatoria. Como yo parezco asombrado ante esa comunicación, ella se aterra, se hace los más violentos reproches por haber cometido una indiscreción, pero se deja tranquilizar por mí en apariencia. — No le sobreviene dolor de estómago, a pesar de que lo ha esperado.

En la hipnosis le inquiero por otras vivencias que le hayan provocado terror duradero. Ofrece una segunda serie, ahora de su adolescencia, con la misma prontitud que la primera, y vuelve a asegurar que ve ante sí todas esas escenas a menudo, con vivez y coloreadas. Cómo vio (a los quince años) llevar a su prima al manicomio; quiso pedir auxilio pero no pudo y perdió el habla hasta el atardecer de ese día. Dado que en sus pláticas despiertas solía hablar mucho de manicomios, la interrumpo y le pregunto por las otras oportunidades en que hubo locos. Relata que su propia madre pasó algún tiempo en el manicomio. Cierta vez tuvieron una criada cuya patrona anterior había estado en el manicomio un lapso prolongado, y solía contarle terroríficas historias de cómo ataban a los enfermos a unos asientos y ahí los zurraban, etc. En tanto lo refería, sus manos se crispaban de horror, veía todo eso ante sus ojos. Me empeño en rectificar sus representaciones sobre lo que es un manicomio y le aseguro que podrá enterarse de cosas relativas a un instituto así sin sentirse envuelta ella misma; entonces se le distiende el rostro.

Prosigue con la enumeración de sus recuerdos terroríficos: cómo (a los quince años) halló a su madre tendida en el suelo por un ataque de apoplejía, a pesar del cual vivió cuatro años más; y cómo, a los diecinueve años, regresó cierta vez a la casa y halló muerta a su madre con el rostro deformado. Desde luego, tropiezo con mayores dificultades para amenguar estos recuerdos; después de una negociación más prolongada, le aseguro que a esta imagen la volverá a ver sólo nebulosa y sin fuerza. — Además, cómo a los diecinueve años, al levantar una piedra, halló debajo un sapo, tras lo cual perdió el habla durante horas.¹⁴

En esta hipnosis me convenzo de que ella sabe todo lo que ocurrió en la anterior, mientras que en la vigilia nada sabe de eso.

¹⁴ Con los sapos se anudaba, sin duda, algún particular simbolismo que por desgracia yo no averigüé.

10 de mayo por la mañana. Hoy, por primera vez, en lugar de un baño caliente un baño de salvado. La encuentro con el rostro descompuesto, contraído, las manos envueltas en un chal, quejándose de frío y dolores. Preguntada por lo que le pasa, refiere que ha estado incómoda sentada en la corta bañera y ahí le vinieron los dolores. Durante el masaje principia diciendo que todavía le remuerde su infidencia de ayer sobre el doctor Breuer; la tranquilizo con la piadosa mentira de que yo lo sabía desde el comienzo, y desaparece su emoción (chasquido, contracción del rostro). Así, y ya durante el masaje, mi influjo se hace valer todas las veces; se apacigua, más clara mentalmente, y aun sin inquisición hipnótica halla las razones de su desazón del momento. Además, la conversación que sostiene conmigo mientras le aplican los masajes no es un despropósito, como pudiera parecer; más bien incluye la reproducción, bastante completa, de los recuerdos e impresiones nuevas que han influido sobre ella desde nuestra última plática, y a menudo desemboca, de una manera enteramente inesperada, en reminiscencias patógenas que ella apalabra sin que se lo pidan. Es como si se hubiera apoderado de mi procedimiento y aprovechara la conversación, en apariencia laxa y guiada por el azar, para complementar la hipnosis.¹⁵ Por ejemplo, hoy da en hablar sobre su familia, y a través de toda clase de rodeos llega hasta un primo; era un poco retardado y los padres de él le hicieron sacar todos los dientes de una asentada {auf einem Sitze}. Acompaña este relato con ademanes de horror y repitiendo una y otra vez su fórmula protectora («¡Quédesc quieto! ¡No hable! ¡No me toque!»). Tras ello, su gesto se distiende, y ahora está alegre. Así, aun durante la vigilia su comportamiento es guiado por las experiencias que ha hecho en el sonambulismo, del cual, una vez despierta, cree no saber nada.

En la hipnosis le repito la pregunta sobre qué la ha desazonado, y recibo las mismas respuestas, pero en secuencia invertida: 1) Su cotorrería de ayer, 2) los dolores a causa del incómodo asiento {Sitzen} en el baño. — Hoy le pregunto qué significa el giro «¡Quédesc quieto!, etc.». Explica que toda vez que tiene pensamientos angustiantes teme ser interrumpida en el hilo de sus ideas porque entonces todo se le confunde y se vuelve todavía más penoso. El «¡Quédesc quieto!» se refiere a que las figuras de animales que le aparecen en sus malos estados se ponen en movimiento y

¹⁵ [Es esta, quizá, la primera oportunidad en que se empleó lo que más tarde sería el método de la asociación libre.]

se lanzan sobre ella cuando alguien hace algún movimiento delante suyo; por último, la admonición «¡No me toque!» proviene de las siguientes vivencias: cómo su hermano estaba muy enfermo por ingerir dosis excesivas de morfina, y tenía unos crudelísimos ataques, en que solía echarle mano {*anpacken*} de manera repentina (a los diecinueve años); luego, cierta vez un conocido se volvió loco de repente en casa de ella, y la tomó en sus brazos; (un tercer caso semejante, del que no se acuerda con precisión) y, por último (a los veintiocho años), cómo una vez su pequeña estaba muy enferma y en su delirio la cogió {*packen*} tan fuerte que casi la ahoga. Relata estos cuatro casos, a pesar de las grandes diferencias de tiempo, en una sola oración y uno tras otro rápidamente, como si constituyeran un acontecimiento único dividido en cuatro actos. Por otra parte, todas sus comunicaciones de tales traumas agrupados empiezan con «cómo» y los diversos traumas parciales van coordinados con «y». Yo reparo en que la fórmula protectora está destinada a prevenir el retorno de aquellas vivencias, le quito ese miedo por vía de sugestión y de hecho nunca volví a oírle esa fórmula.

Por la tarde la encuentro muy alegre. Me cuenta, sonriendo, que en el jardín sintió terror ante un perrito que le ha ladrado. No obstante, tiene en el rostro una leve mueca; es una excitación interior que sólo desaparece después que me pregunta si he tomado a mal una observación de ella, que hizo mientras le administraban el primer masaje; yo le digo que no. Hoy le ha vuelto el período tras un intervalo de apenas catorce días. Le prometo su regularización por sugestión hipnótica, y en la hipnosis le ordeno un intervalo de veintiocho días.¹⁶ Le pregunto además en la hipnosis si recuerda lo último que me ha contado; me refiero a una tarea que nos quedó pendiente de la tarde de ayer. Pero ella empieza correctamente con el «No me toque» de la hipnosis de la mañana. La reconduzco entonces al tema de ayer. Le había preguntado de dónde le venía el tartamudeo, y la respuesta fue: «No lo sé».¹⁷ Por eso le había dado plazo para acordarse hasta la hipnosis de hoy. Y ahora respondía sin reflexionar más, pero con gran excitación y con tropiezos espásticos en el habla: «Cómo cierta vez se desbocaron los

¹⁶ Esto se cumplió.

¹⁷ La respuesta «No lo sé» era acaso cierta, pero de igual modo pudo significar el displacer de hablar sobre las razones. Después, en otros enfermos, he hecho la experiencia de que aun en la hipnosis les cuesta tanto más recapacitar sobre algo cuanto mayor empeño pusieron en esforzar afuera de su conciencia el suceso en cuestión.

caballos con el carruaje en que iban sentados los niños, y cómo otra vez yo viajaba con las niñas por el bosque en medio de una tormenta y el rayo cayó en un árbol justo frente a los caballos y los caballos se asustaron y yo pensé entre mí: "Ahora tienes que permanecer totalmente quieta, de lo contrario asustarás todavía más a los caballos con tus gritos y el cochero no podrá contenerlos". Desde entonces apareció eso». Este relato la ha excitado muchísimo; me entero además de que el tartamudeo le apareció tras la primera de esas dos ocasiones, pero desapareció al poco tiempo para quedarle permanente desde la segunda ocasión similar. Le extingo el recuerdo plástico de estas escenas, pero la exhorto a que se las represente una vez más. Parece intentarlo y luego se queda calma; además, a partir de ese momento habla en la hipnosis sin ningún tartamudeo espástico.¹⁸

Como la encuentro predispuesta a brindarme información, le inquiero por otros sucesos de su vida que la asustaran así y de los cuales haya conservado el recuerdo plástico. Responde con una colección de esas vivencias: [1] Cómo un año después de la muerte de su madre estaba en casa de una preceptora con quien había trabado amistad y allí fue enviada junto con otra muchacha a la habitación contigua para buscar un diccionario, y entonces vio levantarse de la cama a una persona que tenía idéntica apariencia a la de quien acababa de dejar. Se quedó tiesa, como plantada en el lugar. Luego se enteró de que era una muñeca que habían preparado. Yo declaro alucinatoria esa aparición, apelo a sus luces, y su rostro se apacigua. [2] Cómo cuidaba a su hermano enfermo y él a consecuencia de la morfina sufría crueles ataques en los que la aterrorizaba y atrapaba {*anpacken*}. Reparo en que ya hoy por la mañana se habló de esta vivencia y por eso pregunto, a modo de prueba, cuándo más ocurrió ese «atrapar». Para mi grata sorpresa, ella medita esta vez largo tiempo la respuesta y por último pregunta, insegura: «¿La pequeña?». No puede acordarse de las otras dos ocasiones (véase *supra* [pág. 79]). Mi prohibición, la extinción del recuerdo, ha producido entonces efecto. Además: [3] Cómo ella cuidaba a su hermano y sobre el biombo apareció de pronto la blanca cabeza de la tía que había venido para convertirlo a la fe católica. — Noto que

¹⁸ Como aquí se advierte, el chasquido de la enferma, parecido a un tic, y su tartamudeo espástico son dos síntomas que remiten a ocasiones parecidas y a un mecanismo análogo. Ya he considerado este mecanismo en un breve ensayo sobre el tratamiento hipnótico (1892-93), y volveré sobre el asunto páginas más adelante. [Cf. págs. 110 y sigs.]

con esto he llegado hasta la raíz de su permanente miedo a las sorpresas, y le pregunto por otras que le hayan ocurrido. — Cómo tenían en casa a un amigo a quien le gustaba deslizarse inadvertido en el dormitorio para surgir ahí de repente; cómo, muy enferma tras la muerte de su madre, fue a un sitio de restablecimiento y allí una enferma mental, por error, se llegó varias veces a su habitación y hasta su cama; y por último, cómo en su viaje desde Abbazia hasta aquí un extraño abrió de repente, en cuatro oportunidades, la puerta de su compartimiento en el tren, y ella todas las veces lo miró petrificada. Tanto se aterrorizó que llamó al guarda.

Le borro todos los recuerdos, la despierto y le aseguro que esa noche dormirá bien, no obstante que omití darle la correspondiente sugestión en la hipnosis. Atestigua el mejoramiento de su estado general su observación de que hoy no ha leído nada, y así vive como en un sueño dichoso, ella, que de ordinario se veía precisada a hacer siempre algo por inquietud interior.

11 de mayo por la mañana. Para hoy se ha convenido el encuentro con el ginecólogo, el doctor N., quien revisará a la mayor de sus hijas a causa de sus dolencias menstruales. Hallo a la señora Emmy bastante inquieta, pero ese estado se exterioriza en signos corporales mucho menos marcados que antes; empero, de tiempo en tiempo exclama: «Siento angustia, mucha angustia, creo que me moriré». — «¿Ante qué siente usted angustia? ¿Acaso ante el doctor N.?». — Dice que no lo sabe, que sólo tiene angustia. En la hipnosis, que emprendo antes que llegue mi colega, confiesa que teme haberme ofendido ayer, durante el masaje, con una manifestación que le pareció descortés. Además, tiene miedo a todo lo nuevo, y por tanto también al nuevo doctor. La puedo tranquilizar; es cierto que en presencia del doctor N. se estremece varias veces, pero en lo demás se comporta bien y no muestra chasquidos ni inhibición en el habla. Después que él se va, la hipnotizo otra vez para removerle eventuales restos de excitación que le quedaran de su visita. Ella misma está muy contenta con su comportamiento, pone grandes esperanzas en el tratamiento del doctor N., y yo procuro mostrarle con este ejemplo que no se debe temer a lo nuevo, pues también puede traer cosas buenas.¹⁹

Por la tarde está muy alegre y tramita diversos reparos en la plática previa a la hipnosis. En esta, le pregunto qué

¹⁹ Como se vio después, todas estas sugestiones pedagógicas fracasaron en la señora Emmy.

suceso de su vida le ha producido el efecto más duradero y le aflora como recuerdo con la mayor frecuencia. La muerte de su marido, dice. Le pido que relate esa vivencia con todo detalle, lo cual hace con los signos del más profundo sobrecogimiento, pero sin chasquidos ni tartamudeo:

Cómo ellos estaban en un lugar de la Riviera, que ambos amaban mucho, y pasaban por un puente y a él le sobrevino de pronto un espasmo de corazón, se desplomó de repente, estuvo ahí tendido unos minutos como sin vida, pero después se levantó ileso. Cómo después, durante su puerperio por la pequeña, el marido, que desayunaba en una mesilla ante su cama y leía los periódicos, de pronto se puso de pie, la miró de una manera peculiar, dio algunos pasos y cayó muerto al piso. Ella saltó de la cama; los médicos llamados habrían intentado revivirlo, y ella escuchaba todo desde la otra habitación; pero fue en vano. Y luego continúa: Y cómo la niña, que entonces tenía unas semanas de edad, se enfermó muy grave y así permaneció durante seis meses, tiempo en el cual ella misma estuvo postrada en cama con alta fiebre. — Y luego siguen, en secuencia cronológica, sus cargos contra esa niña; los prorrumpe rápidamente y con expresión de enojo en el rostro, como cuando se habla de alguien de quien uno está harto. Que durante largo tiempo fue muy rara, que siempre berreaba y nunca dormía, que contrajo una parálisis de la pierna izquierda de cuya curación se desesperaba casi; que a los cuatro años tuvo visiones, que empezó a caminar tarde y tarde empezó a hablar, de suerte que por mucho tiempo se la tuvo por idiota; según declararon los médicos, había tenido una inflamación en el encéfalo y la médula espinal, y quién sabe cuántas cosas más. En este punto la interrumpo, le señalo que esa misma niña es hoy normal y está hermosa, y le quito la posibilidad de volver a ver todas esas tristes cosas, pues no sólo le borro el recuerdo plástico, sino que le revoco la reminiscencia entera de su memoria, como si nada de eso hubiera sucedido. Le prometo en cambio que cesará la expectativa de desgracia que de continuo la martiriza, así como los dolores en todo el cuerpo, de los que se había quejado justamente durante el relato, cuando hacía varios días que ni los mencionaba.²⁰

²⁰ Esta vez me excedí en mi energía. Cuando, dieciocho meses después, volví a ver a la señora Emmy gozando de un estado de salud bastante bueno, se me quejó de que, cosa asombrosa, sólo con extrema imprecisión podía acordarse de ciertos momentos muy importantes de su vida [pág. 103]. Veía en ello una prueba del decaimiento de su memoria, y yo hube de guardarme de darle la explicación de

Para mi sorpresa, inmediatamente después de esta sugestión mía empiezo a hablar del príncipe L., cuya evasión de un manicomio era muy comentada por entonces; saca a relucir nuevas representaciones de angustia sobre manicomios, que allí tratan a la gente con duchas heladas sobre la cabeza, las sientan en un aparato y les hacen dar vueltas hasta que se calman. Tres días antes, cuando empezó a quejarse de su miedo al manicomio, yo la había interrumpido tras su primer relato de que allí a los enfermos los ataban a unos asientos. Noto que así no consigo nada, que no puedo ahorrarme el escucharla en cada punto hasta el final. Retomado y reparado esto, le remuevo también las nuevas imágenes terroríficas, apelo a sus luces, y aduzco que puede crearme más a mí que a la tonta muchacha que le contó esas horripilantes historias sobre los métodos usados en los manicomios. Y como en estos complementos {*Nachtrag*} noto que en ocasiones tartamudea un poco, le pregunto de nuevo de dónde le viene el tartamudeo. No hay respuesta. «¿No lo sabe usted?». — «No». — «¿Y por qué no?». — «¿Por qué? ¡Porque no lo tengo permitido!» (lo dice con violencia y enojo). Creo ver en esta manifestación un éxito de mi sugestión, pero ella exterioriza el pedido de ser despertada de la hipnosis, a lo cual yo condesciendo.²¹

12 de mayo [por la mañana]. Contra lo que yo esperaba, ha dormido poco y mal. La encuentro presa de gran angustia, aunque no presenta los habituales signos corporales de ella. No quiere decir qué le pasa; sólo que ha soñado cosas feas y que una y otra vez ve las mismas cosas. «Qué horror si cobraran vida». Durante el masaje se deshace de algunas cosas mediante ciertas preguntas, luego se pone alegre, cuenta sobre sus relaciones en su casa de viuda allá en el Bál-

esta amnesia especial. — El éxito total de la terapia en este punto se debió, sin duda, a que me hice relatar bien en detalle este recuerdo (con muchos más pormenores que los que han conservado mis notas), mientras que de ordinario solía conformarme con meras menciones.

²¹ Sólo al día siguiente entendí esta pequeña escena. A su naturaleza rebelde, que así en la vigilia como en el sueño artificial se soliviantaba contra toda compulsión, le había provocado rabia el hecho de que yo diciera por acabado su relato y la interrumpiera mediante mi sugestión terminante. Tengo muchas otras pruebas de que ella, en su conciencia hipnótica, vigilaba mi trabajo. Probablemente quería reprocharme que hoy la perturbara en su relato como antes lo hice con los horrores de los manicomios, pero, no atreviéndose a ello, presentó ese complemento [sobre estos últimos], en apariencia sin relación alguna, no dejando traslucir la ilación de pensamiento conectora. Al día siguiente, una recriminación de ella me puso en claro sobre mi error

tico, sobre los hombres importantes de la ciudad vecina a quienes suele tener como huéspedes, etc.

Hipnosis. Ha soñado cosas terroríficas, las patas y respaldos de las sillas eran, todos, serpientes; un monstruo con pico de buitres arremetió a los picotazos contra ella y la devoraba por todo el cuerpo, animales salvajes se le abalanzaron, etc. Luego pasa sin transición a otros delirios sobre animales que, empero, distingue con este agregado: «Eso fue real» (no fue un sueño). Cómo ella (una vez, hace tiempo) quiso tomar lana de una madeja, y era un ratón y salió corriendo, cómo durante un paseo de repente un sapo le saltó encima, etc. Noto que mi prohibición general ha sido infructuosa, y que debo quitarle esas impresiones angustiantes una por una.²² Por algún camino doy en preguntarle por qué ha tenido dolores de estómago, y de dónde provienen. Yo creo que en ella los dolores de estómago acompañan a cada ataque de zoopsia. Su respuesta, bastante renuente, fue que no lo sabe. Le doy plazo hasta mañana para recordarlo. Y hete aquí que me dice, con expresión de descontento, que no debo estarle preguntando siempre de dónde viene esto y estotro, sino dejarla contar lo que tiene para decirme. Yo convengo en ello, y prosigue sin preámbulos: «Cómo ellos lo sacaron, y yo no he podido creer que está muerto». (Vuelve, pues, a hablar de su marido, y ahora discierno como fundamento de su desazón que ha estado sufriendo bajo el resto, retenido {*zurückhalten*}, de esa historia.) Y luego por tres años ha odiado a la niña, porque siempre se decía que habría podido cuidar a su marido hasta que sanase de no haber guardado cama a causa de ella. Y luego, tras la muerte de su marido, sólo ha recibido afrentas y sobresaltos. Los parientes de él, que siempre se opusieron al matrimonio y después le cobraron inquina de verlos vivir con tanta dicha, habían propagado el infundio de que ella lo envenenó, a punto tal que ella quería pedir una investigación. Por medio de un escritorzuelo repugnante esos parientes la habían amenazado con todos los procesos habidos y por haber. El canalla enviaba a rondar unos agentes que le andaban al acecho, hacía publicar artículos calumniosos contra ella en los periódicos locales y luego le mandaba los recortes. De entonces le venía su aversión a la gente y su odio a todos los extraños. Tras las palabras tranquilizadoras que anudo a su relato, se declara aliviada.

²² Por desgracia, en este caso omití investigar la significación de la zoopsia; por ejemplo, distinguir, en ese miedo a los animales, qué podía deberse a un horror primario, como el característico de muchos neurópatas desde su juventud, y qué a un simbolismo.

13 de mayo [por la mañana]. De nuevo ha dormido poco a causa de los dolores de estómago; ayer a la noche no ha tomado comida alguna; también se queja de dolores en el brazo derecho. Pero su talante es bueno, está alegre y desde ayer me trata con particular deferencia. Pide mi juicio sobre las más diversas cosas que le parecen importantes, y cae en una excitación de todo punto desmedida cuando, por ejemplo, me veo precisado a ir a buscar yo los paños indispensables para el masaje; se le producen a menudo chasquidos y el tic en la cara.

Hipnosis. Ayer por la tarde se le ocurrió de pronto la razón por la cual los animales pequeños que ella ve se le aumentan a proporciones tan gigantescas. Le pasó por primera vez en una representación teatral en D., donde habían puesto sobre el escenario una lagartija gigantesca. Fue también este recuerdo el que tanto la hizo penar ayer.²³

Que el chasquido haya retornado se debe a que ayer tuvo dolores en el abdomen y se empeñaba en no denunciarlos con sus suspiros. No sabe nada sobre la ocasión particular del chasquear (cf. pág. 76). También se acuerda de que ayer le impuse la tarea de averiguar de dónde vienen los dolores de estómago. Pero no lo sabe, me ruega que la ayude. Le pregunto si alguna vez no se vio obligada a comer en medio de una gran emoción. Así es. Tras la muerte de su marido careció por largo tiempo de todo placer de comer, comía sólo por deber, y efectivamente los dolores de estómago empezaron por entonces. Ahora le remuevo los dolores de estómago por medio de algunas tachaduras sobre el epigastrio. Luego empieza a hablar espontáneamente de lo que más la ha afectado: «He dicho que no quería a la pequeña. Pero debo agregar que no lo manifestaba en mi comportamiento. He hecho todo lo que era necesario. Todavía ahora me reprocho querer más a la mayor».

14 de mayo [por la mañana]. Está bien y alegre, ha dormido hasta las siete y media de la mañana, sólo se queja de algunos dolores en la zona radial de la mano, dolores de

²³ Sin duda, el signo mnémico visual de la gran lagartija sólo había alcanzado esa significación en virtud de su coincidencia temporal con un gran afecto al que ella por fuerza debió de estar sometida en el curso de aquella representación teatral. Pero en la terapia de esta enferma, como ya lo he confesado [*supra*, págs. 77n. y 84n.], me contenté a menudo con las averiguaciones más superficiales, y tampoco en relación con este punto ahondé la pesquisa. — Recuérdese, por otra parte, la macropsia histérica. La señora Emmy era miope y astigmática en alto grado, y es posible que muchas de sus alucinaciones fueran provocadas por la falta de nitidez de sus imágenes visuales.

cabeza y en el rostro. El declarar previo a la hipnosis cobra significación cada vez mayor. Hoy no tiene casi nada horroso que producir. Se queja de dolores y falta de sensibilidad en la pierna derecha; relata que en 1871 tuvo una inflamación en el hipogastrio y, apenas restablecida, debió cuidar a su hermano enfermo y en eso le sobrevinieron los dolores, que de tiempo en tiempo llegaban a provocarle una parálisis del pie derecho.

En la *hipnosis* le pregunto si ahora ya podrá moverse entre la gente, o todavía prevalece el miedo. Opina que aún le resulta desagradable tener a alguien detrás o muy próximo a ella, y con relación a esto sigue contando casos de sorpresas desagradables por personas que aparecieron de repente. Así, una vez que había ido de paseo a la isla de Rügen con sus hijitas, dos individuos de sospechoso aspecto surgieron por detrás de un matorral; dice que las insultaron. En Abbazia, durante una caminata que hizo al atardecer, un mendigo surgió de repente tras de una piedra y luego cayó de rodillas ante ella. Debe de haber sido un loco inofensivo; además, cuenta acerca de una intrusión nocturna en su castillo, situado en un lugar solitario; la aterrorizó mucho. Pero se echa de ver fácilmente que el miedo a las personas se remonta en lo esencial a las persecuciones a que estuvo expuesta tras la muerte de su marido.²⁴

Por la tarde. En apariencia muy alegre, me recibe sin embargo con la exclamación: «Me muero de angustia; ¡oh!, casi ni se lo puedo decir, me odio a mí misma». Al fin, me entero de que el doctor Breuer la ha visitado y ella se estremeció en el momento de aparecer él. Cuando él lo nota, ella le asegura: «Sólo en esta ocasión»; y cómo le pesa, por mi causa, haber dejado traslucir ese resto de su anterior medrosidad. Por esos días yo había tenido oportunidad de reparar en cuán severa era consigo misma, cuán pronta a hacerse graves reproches por ínfimas negligencias —que los paños para el masaje no se hallaran en su sitio, que no estuviera en un lugar bien visible el periódico que yo debía leer mientras ella dormía—. Luego de liquidado el primer estrato, más superficial, de reminiscencias martirizadoras, sale a la luz su personalidad hipersensible en lo ético, aquejada de la inclinación a empequeñecerse a sí misma; tanto en la vigilia como en la hipnosis, yo le imparto una enseñanza que es paráfrasis del antiguo apotegma «*De minimis non*

²⁴ En aquel tiempo me inclinaba a suponer un origen *psíquico* para todos los síntomas de una histeria. Hoy declararíala *neurótica* la inclinación a la angustia en esta señora de vida abstincnte (neurosis de angustia). [Cf. pág. 107.]

curat praetor», o sea, que entre lo bueno y lo malo existe un grupo muy vasto de cosas indiferentes, pequeñas, por las que nadie debe hacerse reproches. Creo que no admite estas enseñanzas más que lo haría un monje ascético de la Edad Media, quien veía el dedo de Dios y la tentación del Diablo en la vivencia más ínfima que tuviese, y era incapaz de representarse el mundo, aunque fuera por un momentito y en uno de sus rinconcitos, sin referirlo a sí mismo.

En la *hipnosis* aporta con posterioridad algunos complementos {*Nachtrag*} de imágenes horrorosas (así, en Abbazia unas cabezas sangrantes sobre cada ola). Hago que me repita las enseñanzas que le he impartido en la vigilia.

15 de mayo [por la mañana]. Ha dormido hasta las ocho y media, pero hacia la mañana se fue inquietando y me recibe con ligeros tics, chasquidos y alguna inhibición para hablar. «Me muero de angustia». Preguntada, cuenta que la pensión donde se alojan aquí las niñas se encuentra en un cuarto piso, y se llega a ella por medio de un ascensor. Ayer pidió que las niñas lo utilizaran también para bajar, y ahora se lo reprocha, pues dice que el ascensor no es del todo seguro. El propietario mismo se lo ha comunicado. Me pregunta si conozco la historia de la condesa de S., que murió en Roma a causa de un accidente de ese tipo. Ahora bien, yo conozco la pensión y sé que el ascensor es de propiedad del dueño de aquella; no me parece muy posible que ese hombre, que en un anuncio se vanagloria de ese aparato, pueda haber advertido contra su uso. Opino que hay ahí un espejismo del recuerdo [paramnesia] dictado por la angustia; le comunico mi punto de vista y con facilidad logro que eche a risa sus temores, por lo improbable que resultan. Justamente por ello no puedo creer que esa fuera la causa de su angustia, y me propongo preguntárselo a su conciencia hipnótica. Durante el masaje, que hoy reanudo tras una interrupción de varios días, me cuenta algunas historias, poco conectadas entre sí, pero que acaso fueran verdaderas; por ejemplo, de un sapo encontrado en un sótano, de una madre excéntrica que criaba de un modo muy peculiar a su hijo idiota, de una mujer a quien encerraron en un manicomio a causa de su melancolía, y así deja discernir qué clase de reminiscencias le pasan por la mente cuando un talante desasegado se apodera de ella. Después que se ha aligerado de estos relatos, se pone muy alegre, me informa sobre la vida que lleva en su finca, sus relaciones sociales con hombres destacados de la Rusia alemana y de Alemania del Norte, y en verdad me es difícil concebir juntas esa plétora de acti-

vidades con la imagen de una señora que sufre de una neurosis tan severa.

En la hipnosis le pregunto, pues, por qué estaba tan inquieta hoy a la mañana. Y, en lugar del reparo por el ascensor, recibo la noticia de que tuvo miedo de que el período volviera a repetirse y otra vez estorbara los masajes.²⁵

²⁵ El proceso había sido, pues, el siguiente: Cuando despertó por la mañana se encontró con un talante angustiado, y para explicárselo recurrió a la representación angustiosa que halló más a mano. A la siesta del día anterior había mantenido una conversación sobre el ascensor de la casa de las niñas. La madre, siempre cuidadosa, había preguntado a la gobernanta si la hija mayor —quien no podía caminar bien a causa de una neuralgia ovárica del lado derecho y de dolores en la pierna del mismo lado— utilizaba el ascensor también para bajar. Un espejismo del recuerdo le permitió luego anudar la angustia de que se había hecho conciente a la representación de aquel aparato. La efectiva razón de su angustia no se encontraba en su conciencia; sólo se la halló, pero entonces sin vacilación alguna, cuando yo la indagué en la hipnosis. Era el mismo proceso que Bernheim, y otros después que él, estudiara en personas que ejecutaban poshipnóticamente una orden que les habían impartido en la hipnosis. Por ejemplo, Bernheim (*Die Suggestion*, pág. 51 de la versión alemana) [1886, pág. 29] sugiere a un enfermo que tras despertar se llevará ambos pulgares a la boca. Así lo hace, y se disculpa diciendo que siente un dolor en la lengua a raíz de una mordedura que se infligió días antes en un ataque epileptiforme. Una muchacha, en obediencia a la sugestión, intenta asesinar a un empleado de tribunales que le era totalmente desconocido; detenida y preguntada por las razones de su acción, inventa una historia sobre una afrenta que le hicieron y que demandaba venganza. Parece haber una necesidad de poner fenómenos psíquicos de los que uno se vuelve conciente en un enlace causal con otro elemento conciente. Toda vez que la causación efectiva se sustrae de la percepción de la conciencia, se ensaya sin vacilar otro enlace en el que uno mismo cree aunque es falso. Es claro que una preexistente escisión del contenido de conciencia no puede menos que promover al máximo semejantes «enlaces falsos». [Cf. *infra*, págs. 306-7.]

Me demoraré todavía un poco en el ejemplo antes mencionado de enlace falso porque en más de un aspecto cabe designarlo paradigmático. Ello, en primer lugar, respecto de la conducta de esta paciente, que en el curso del tratamiento me ofrecería aún repetidas oportunidades de solucionar tales enlaces falsos por medio del esclarecimiento hipnótico, y de cancelar los efectos que de aquellos partían. Referiré los pormenores de un caso de esta índole porque arroja viva luz sobre el hecho psicológico en cuestión. Le había propuesto a la señora Emmy que en vez del habitual baño tibio ensayara con baños fríos de medio cuerpo, que le resultarían más refrescantes. Ella prestaba incondicional obediencia a las indicaciones médicas, pero siempre lo hacía con la más profunda desconfianza. Ya he informado que su tratamiento médico casi nunca le había aportado alivio. Mi propuesta de tomar baños fríos no cobró un aspecto tan autoritativo como para que ella no se animara a expresarme sus reparos: «Siempre que he tomado baños fríos he caído en un estado melancólico que duró todo el día. Pero volveré a intentarlo si usted lo quiere;

no crea que dejaré de hacer algo que usted diga». Aparenté renunciar a mi propuesta, pero en la próxima hipnosis le sugerí que propusiera ella misma los baños fríos: que había reflexionado y quería hacer la prueba, etc. Así sucedió; al día siguiente tomó ella a su cargo la idea de los baños fríos de medio cuerpo, procurando convencerme con todos los argumentos que yo mismo le había expuesto, y yo cedí sin mucho entusiasmo. El día del baño de medio cuerpo la hallé realmente en una profunda desazón. «¿Por qué está hoy así?». — «Yo lo sabía de antemano, siempre me pasa lo mismo con los baños fríos». — «Usted misma los pidió. Ahora sabemos que no los tolera. Volveremos a los baños tibios». Después, en la hipnosis, le pregunté: «¿Fue realmente el baño frío lo que la desazonó tanto?». — «¡Ah! El baño frío no tiene nada que ver con eso —fue la respuesta—, sino que esta mañana he leído en los diarios que ha estallado una revolución en Santo Domingo. Cuando ahí hay disturbios siempre son víctimas los blancos, y yo tengo en Santo Domingo a un hermano que ya nos ha dado muchos sustos, y ahora tengo miedo de que pueda sucederle algo». Con ello el asunto quedaba tramitado entre nosotros; a la mañana siguiente tomó su baño frío de medio cuerpo como si fuera algo sobrentendido, y siguió haciéndolo durante varias semanas sin atribuirle desazón alguna.

Se me concederá que este ejemplo es típico, también, para la conducta que tantos otros neurópatas adoptan frente a la terapia recomendada por el médico. Sean disturbios en Santo Domingo o en otra parte los que determinado día provoquen cierto síntoma, el enfermo siempre se inclina a derivar ese síntoma del último influjo médico. De las dos condiciones requeridas para que se lleve a cabo uno de esos enlaces falsos, una, la desconfianza, parece estar siempre presente; la otra, la escisión de la conciencia, es sustituida por el hecho de que la mayoría de los neurópatas, en parte, no tienen noticia alguna acerca de las causas efectivas (o al menos las causas ocasionales) de su padecer y, en parte, no quieren recibir noticia alguna de ellas porque les disgusta que les recuerden la participación, la autoría de ellos mismos en esas causas.

Uno creería que las condiciones psíquicas de la ignorancia o la omisión deliberada, que hemos puesto de relieve en los neurópatas, a diferencia de los histéricos, tendrían que ser por fuerza más propicias para la génesis de un enlace falso que la preexistencia de una escisión de conciencia, pues esta sustrae de la conciencia el material para vínculos causales. Sin embargo, es raro que esa escisión sea pura; las más de las veces, fragmentos del complejo subconciente [cf. pág. 68n.] de representaciones se introducen en la conciencia habitual, y justamente ellos dan ocasión a perturbaciones de esa índole. De ordinario, es la sensación general conectada con el complejo, el talante de la angustia, del duelo, la que, como en los ejemplos ya citados, es sentida conscientemente, y para ella se vuelve preciso establecer, como en virtud de una suerte de «compulsión a asociar», un enlace con un complejo de representaciones presente en la conciencia. (Compárese, por otra parte, con el mecanismo de la *representación obsesiva*, que he delineado en dos trabajos míos, 1894a y 1895c.)

No hace mucho, por observaciones en otro ámbito, he podido convencerme del poder que posee esa compulsión a asociar. Durante varias semanas debí trocar mi lecho habitual por uno más duro, en el cual es probable que soñara más o con mayor vivacidad, o quizás era sólo que no podía alcanzar la profundidad normal en mi dormir. En el primer cuarto de hora tras despertar yo sabía de todos los sueños de la noche, y me tomé el trabajo de ponerlos por escrito y ensayar su

solución. Conseguí reconducir todos esos sueños a dos factores: 1) al constreñimiento de finiquitar aquellas representaciones en las que durante el día me había demorado sólo pasajeramente, que sólo habían sido rozadas y no tramitadas, y 2) a la compulsión a enlazar unas con otras las cosas presentes en el mismo estado de conciencia. Lo carente de sentido y contradictorio de los sueños se reconducía al libre imperio del segundo factor.

Que el talante perteneciente a una vivencia, así como su contenido, pueden entrar con toda regularidad en una referencia desviante con la conciencia primaria, lo he visto en otra paciente, la señora Cäcilie M., a quien llegué a conocer mucho más a fondo que a cualquiera otra de las pacientes aquí mencionadas. En esta dama he reunido las más numerosas y convincentes pruebas sobre la existencia de un mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos como lo hemos sustentado en este trabajo, pero, por desgracia, circunstancias personales me impiden comunicar con detalle este historial clínico, al cual en ocasiones he de remitirme todavía. La señora Cäcilie M. se encontró finalmente en un peculiar estado histérico que sin duda no ha de ser único, aunque no sé si ya se lo ha discernido alguna vez. Se lo podría designar como «psicosis expiatoria histérica». La paciente había vivenciado numerosos traumas psíquicos, y durante muchos años había sufrido una histeria crónica con muy diversas manifestaciones. Los fundamentos de todos esos estados le eran desconocidos a ella y a los demás; pero su memoria, de brillantes dotes, señaló las más llamativas lagunas; su vida estaba como fragmentada, según la queja de ella misma. Un día le sobrevino de pronto una antigua reminiscencia con intuitividad plástica y toda la frescura de una sensación nueva, y a partir de ese momento revivió, durante casi tres años, todos los traumas de su vida —los había olvidado hacía tiempo y a muchos jamás los había recordado—, con el más espantoso gasto de sufrimiento y el retorno de todos los síntomas que había tenido. Esta «expiación de antiguas culpas» abarcaba un lapso de treinta y tres años y permitió discernir el determinismo, a menudo muy complicado, de cada uno de sus estados. Sólo se podía aportarle alivio dándole la oportunidad de apalabrar en la hipnosis la reminiscencia que la estaba martirizando, con todo el gasto de talante que le correspondía y sus exteriorizaciones corporales; y si yo no podía estar presente, de suerte que se veía obligada a hablar ante una persona que la cohibía, algunas veces sucedía que refiriera a esta la historia en total calma y luego, en la hipnosis, con efecto retardado {*nachträglich*}, me ofreciera todo el llanto, todas las exteriorizaciones de desesperación con que habría querido acompañar el relato. Tras esa purificación en la hipnosis, se sentía enteramente bien, y presente, durante algunas horas. Breve tiempo después irrumplía, según su orden en la serie, la próxima reminiscencia. Ahora bien, el talante que le correspondía la precedía por algunas horas. Se volvía irritable, o angustiada, o desesperada, sin vislumbrar en ningún caso que ese talante no pertenecía al presente, sino al estado que estaba por aquejarla. En ese período de transición establecía por regla general un enlace falso, al que se atenía con obstinación hasta la hipnosis. Así, por ejemplo, un día me recibió con la pregunta: «¿No soy una persona abyecta, no es un signo de abyección haberle dicho a usted eso ayer?». Lo que había dicho la víspera no me parecía efectivamente apto para fundamentar semejante condena; tras breve discusión, ella misma estuvo de acuerdo, pero la hipnosis siguiente trajo a la luz la reminiscencia con ocasión de la cual, doce años antes, se había hecho un grave reproche, que, por lo demás, no seguía sustentando en el presente.

[El penúltimo párrafo de esta nota nos ofrece el primer documento

Me hago contar además la historia de sus dolores en la pierna. El comienzo es el mismo que el de ayer [el cuidado de su hermano enfermo]; luego sigue una larga serie de peripecias: son unas vivencias penosas e irritantes del tiempo en que tenía esos dolores; toda vez que ellas le sobrevinían, reforzaban a estos hasta el punto de provocarle una parálisis bilateral de las piernas con pérdida de la sensibilidad. Algo semejante pasaba con los dolores en el brazo, que principiaron, simultáneamente con los calambres en la nuca, mientras cuidaba a un enfermo. Sobre estos «calambres en la nuca» averiguo lo siguiente: relevaron a unos peculiares estados de inquietud con desazón, que tenía antes; y consisten en un «atrapamiento {*Packen*} helado» en la nuca, con una rigidez y un enfriamiento doloroso en las extremidades, incapacidad para hablar y postración total. Duran de seis a doce horas. Fracasaron mis intentos de desenmascarar este complejo sintomático como una reminiscencia. Las preguntas dirigidas a ello, sobre si su hermano, a quien cuidó en el delirio, le atrapó alguna vez la nuca, recibieron respuesta negativa {*verneinen*}; ella no sabe de dónde vienen esos ataques.²⁶

publicado sobre el intento de Freud de abordar el problema de la interpretación de los sueños. Los dos factores que aquí propone encontraron un lugar, aunque secundario, en sus esclarecimientos últimos. El primero es la teoría propugnada por Robert; fue examinado en el capítulo I, sección G, de *La interpretación de los sueños* (1900a), *AE*, 4, págs. 101-3, y parcialmente aceptado por Freud en el capítulo VII, sección D (*AE*, 5, pág. 570). El segundo aparece mencionado en el capítulo V, sección A (*AE*, 4, pág. 195).]

²⁶ En posterior reflexión debo decirme que esos «calambres en la nuca» pudieron ser de condicionamiento orgánico, unos estados análogos a la migraña. *In praxi* uno ve muchos estados de ese tipo que no han sido descritos y muestran una coincidencia hartamente llamativa con el ataque clásico de hemicrania, a punto tal que uno se inclinaría a ampliar el concepto de esta última y a relegar a un segundo término la localización del dolor. Como es sabido, muchas mujeres neurópatas suelen conectar al ataque de migraña unos ataques histéricos (convulsiones y delirios). Siempre que en la señora Emmy pude observar un «calambre en la nuca», sufría también de un ataque de delirio. [Cf. pág. 114.]

Por lo que toca a los dolores en brazos y piernas, pienso que estamos frente a un caso no muy interesante, pero tanto más frecuente, de determinismo por una coincidencia casual. Durante aquel período de emoción y cuidado de enfermos había sentido, a consecuencia del agotamiento, esos dolores con mayor intensidad que la ordinaria, y ellos, originariamente asociados con aquellas vivencias sólo por casualidad, se repitieron luego en su recuerdo como el símbolo corporal del complejo de asociación. En lo que sigue [págs. 187 y sigs.] he de citar todavía varios ejemplos probatorios de ese proceso. Es probable que los dolores fueran en su origen reumáticos, o sea (para dar un sentido preciso a este término, del que tanto se abusa), dolores que tienen su

Por la tarde. Está muy contenta, hace gala de magnífico humor. Me comunica que con el ascensor las cosas no eran como ella me había dicho. Bajo ningún pretexto se lo debía utilizar para descender. Una multitud de preguntas en las que no hay nada enfermizo. Ha tenido dolores de penosa intensidad en el rostro, en la mano a lo largo de la línea del pulgar, y en la pierna. Siente rigidez y dolores en el rostro después de haber permanecido largo tiempo sentada reposando o con la vista clavada en un punto. Levantar un objeto pesado le provocó dolores en los brazos. El examen de la pierna derecha demuestra bastante buena sensibilidad en el muslo, anestesia elevada en la pierna y el pie, menor en la zona de la cadera y cintura.

En la *hipnosis* indica que en ocasiones tiene todavía representaciones angustiantes, como que a sus hijas pudiera sucederles algo, podrían enfermar o no quedar con vida; el hermano de ella, que ahora está en viaje de bodas, podría sufrir un accidente, morir la mujer de él; es que todos sus hermanos y hermanas han tenido vida matrimonial breve. No le puedo sonsacar otros temores. La reprendo por ese afán de angustiarse donde no hay motivo alguno. Promete dejar de hacerlo «porque usted me lo pide». Ulteriores sugerencias para los dolores, la pierna, etc.

16 de mayo [por la mañana]. Ha dormido bien; aunque todavía se queja de dolores en el rostro, los brazos y las piernas, está muy alegre. La hipnosis no arroja resultado alguno. Pincelaciones farádicas en la pierna anestésica.

Por la tarde. Se asusta cuando yo entro. — «Suerte que haya llegado. Estoy tan aterrorizada. . .». — Al decirlo, todos los signos del horror, tartamudeo, tics. Primero me hago

principal sede en los músculos, y a consecuencia de los cuales se registran una significativa sensibilidad a la presión y una alteración de la consistencia de estos, que se exteriorizan con la mayor violencia tras un reposo o fijación más prolongados de la extremidad, vale decir, por las mañanas; mejoran al practicar los movimientos dolorosos, y desaparecen por masaje. Estos dolores miógenos, frecuentes en todas las personas, alcanzan gran significación en los neuropatas; con el aval de los médicos, que no tienen el hábito de examinar los músculos con la presión digital, aquellos suelen considerarlos nerviosos, y brindan el material para muchísimas neuralgias histéricas, llamadas isquialgias, etc. Señalemos aquí sumariamente los nexos de esta afección con la predisposición a la gota. La madre y dos hermanas de mi paciente habían padecido en alto grado de gota (o reumatismo crónico). Es posible que una parte de los dolores de que ella se quejaba en aquel tiempo fueran de naturaleza presente. Yo no lo sé; por entonces no tenía práctica en apreciar ese estado de los músculos. [Cf. *infra*, pág. 109.]

contar en la vigilia lo que hubo, a raíz de lo cual figura insuperablemente su espanto con las manos extendidas hacia adelante y los dedos crispados. — En el jardín, un ratón monstruoso le corrió de repente sobre la mano y luego desapareció de pronto, eso no paraba de correr de aquí para allá. (¿Ilusión por un juego de sombras?) Sobre los árboles se veían claramente unos ratones sentados. — «¿No escucha usted los cascos de los caballos en el circo?». — «Al lado se oye gemir a un señor; creo que siente dolores después de la operación». — «¿Estoy entonces en Rügen, he tenido allí una estufa como esa?». — También está confundida por la multitud de pensamientos que se le cruzan, y por su empeño de encontrar el presente. No sabe responder a preguntas por cosas del presente, como por ejemplo si sus hijas se encontraban allí.

Intento desenmarañar ese estado en la hipnosis.

Hipnosis. «¿De qué se ha angustiado usted tanto?». — Repite la historia de los ratones con todos los signos del espanto; y dice que también, cuando ella subía la escalera, había ahí echado un animal horroroso, y enseguida desapareció. Le declaro que son alucinaciones, repruebo su miedo a los ratones, sólo lo tienen los borrachos (a ella le repugnan mucho). Le cuento la historia del obispo Hatto,²⁷ que ella también conoce y escucha con el máximo horror. — «¿Cómo dio usted en lo del circo?». — Ella escucha con nitidez cómo ahí cerca los caballos patullan en los establos y se enredan en los ronzales, con lo cual se pueden hacer daño. Johann solía salir siempre para librarlos. — Le pongo en entredicho la proximidad del establo y el gemir del vecino. Le pregunto si sabe dónde se encuentra. — Lo sabe, pero antes creyó estar en Rügen. — «¿Cómo llegó a ese recuerdo?». — En el jardín hablaban de un sitio en él donde hacía mucho calor, y entonces se le ocurrió la terraza sin sombra de Rügen. — «¿Qué recuerdos tristes tiene, pues, de su estadía en Rügen?». — Expone la serie de ellos. Allí le sobrevinieron los temibles dolores en el brazo y la pierna, varias veces mientras estaba de excursión la niebla se abatió sobre ella de modo que erró el camino, dos veces durante sus caminatas fue perseguida por un toro, etc. — «¿Cómo cayó hoy en ese ataque?». — Pues, ¿cómo? Dice que escribió muchas cartas, ello le llevó unas tres horas, y la cabeza no le daba más. — Puedo suponer entonces que la fatiga le produjo ese ataque de delirio, cuyo contenido fue comandado {*bestimmen*} por asonancias como el lugar sin

²⁷ [Quien, según la leyenda, fue devorado por las ratas.]

sombra en el jardín, etc. — Le repito todas las enseñanzas que suelo impartirle, y la dejo adormilada.

17 de mayo [por la mañana]. Ha dormido muy bien. En el baño de salvado que tomó hoy ha gritado varias veces porque creyó que el salvado eran unos gusanitos. Lo sé por la enfermera; a ella no le hace ninguna gracia contarle. Está alegre, retozona casi, pero a menudo se interrumpe con exclamaciones: «¡Uh!», muecas que expresan espanto, también tartamudea más que en los últimos días. Cuenta que a la noche soñó que caminaba sobre algo que eran claramente sanguijuelas. La noche anterior había tenido sueños crueles, debía adornar muchos cadáveres y depositarlos en el sarcófago, pero nunca quería cerrar la tapa. (Evidentemente, una reminiscencia sobre su marido.) Cuenta además que en su vida le ocurrieron un sinnúmero de aventuras con animales, la más horrible con un murciélago que se había encerrado en el armario de su tocador, y ella salió corriendo, desvestida, del dormitorio. Su hermano le obsequió luego, para curarla de esta angustia, un lindo prendedor en forma de murciélago; pero nunca pudo usarlo.

Hipnosis. Su angustia ante los gusanos se debe a que una vez le regalaron una linda almohadilla para alfileres; cuando a la mañana siguiente quiso usarla, empezaron a salir muchos gusanillos, pues el salvado que emplearon para llenarla no estaba bien seco. (¿Alucinación? Quizás un hecho real.) Le pregunto por otras historias de animales. Cierta vez que paseaba con su marido por un parque de San Petersburgo, el camino para llegar hasta la fuente estaba poblado de sapos a punto tal que debieron volverse. Hubo épocas en que no podía dar la mano a nadie por miedo de que se le mudara en un horroroso animal, como tantas veces le había ocurrido. Intento librarla de la angustia a los animales haciendo un repaso de ellos, uno por uno, y preguntándole si le tiene miedo. A unos responde «No», a otros «No tengo permitido tenerle miedo».²⁸ Le pregunto por qué ayer y hoy ha tenido movimientos convulsivos y ha tartamudeado tanto. Dice que lo hace siempre que está así de aterrorizada.²⁹ — Pero, ¿por

²⁸ Difícilmente pueda considerarse un buen método el que yo seguí. Nada de eso fue agotado en la medida suficiente.

²⁹ Con su reconducción a sendos traumas iniciales [el desbocamiento de los caballos (págs. 79-80) y el propósito de permanecer en silencio junto a su hija enferma (pág. 76)], el tartamudeo y el chasquido no fueron eliminados por completo, si bien sobrevino un llamativo aminoramiento de ambos. La explicación de esta deficiencia del resultado la aportó la enferma misma. Se había acostumbrado a chasquear y tarta-

qué tenía ayer tanto terror? — En el jardín se le ocurrieron toda clase de cosas que la oprimieron. Sobre todo, cómo podrá impedir que de nuevo se le acumule algo cuando sea dada de alta en el tratamiento. — Le repito las tres razones de consuelo que ya le he dado en la vigilia: 1) En general está más sana y se ha vuelto más resistente; 2) se habrá acostumbrado a declararse con alguna persona allegada, y 3) tendrá por indiferentes todo un conjunto de cosas que hasta ahora la oprimían. — Además, le ha pesado mucho no haberme agradecido mi visita de ayer a la noche, teme que a causa de su última recaída yo pierda la paciencia con ella. Le ha causado gran conmoción y angustia que el médico del sanatorio preguntara en el jardín a un señor si ya tenía ánimo para la operación. La esposa estaba sentada junto a él, ella [Emmy] no pudo menos que pensar entre sí si no sería la última tarde de ese pobre hombre. — Con esta última comunicación parece solucionada la desazón.³⁰

Por la tarde está muy alegre y contenta. La hipnosis no brinda resultado alguno. Me ocupo de tratar sus dolores musculares, y procuro restablecerle la sensibilidad en la pierna derecha, lo cual en la hipnosis se consigue con mucha facilidad; pero la sensibilidad restablecida vuelve a perderse en parte tras el despertar. Antes que yo me retire, exterioriza su asombro por no haber tenido durante tanto tiempo aquellos calambres en la nuca, que solían aparecerle antes de cada tormenta.

18 de mayo. Esta noche ha dormido como hacía años no le sucedía, pero después del baño se queja de enfriamiento en la nuca, contracciones y dolores en el rostro, manos y pies; sus rasgos están tensos, sus manos crispadas. La hipnosis no pesquisa ningún contenido psíquico para ese estado de «calambre en la nuca», que luego consigo mejorarle en la vigilia mediante masajes.³¹

mudear siempre que se asustaba, y entonces esos síntomas terminaron por depender, no de los traumas iniciales solamente, sino de una larga cadena de recuerdos asociados a ellos, que yo omití borrar. Es este un caso que sucede a menudo y perjudica siempre la elegancia y perfección del logro terapéutico que se obtiene mediante el método catártico.

³⁰ Aquí supe por primera vez algo de lo que luego pude convencerme en innumerables casos: en la solución hipnótica de un *delirium* histérico fresco, la comunicación del enfermo invierte la secuencia cronológica; enuncia primero las impresiones y conexiones de pensamiento de menor valor y producidas en último término, y sólo al final llega a la impresión primaria, que es quizá la más importante en el aspecto causal. [Breuer destaca el mismo fenómeno; cf. *supra*, pág. 59.]

³¹ Su asombro del atardecer de la víspera por no haber tenido du-

Espero que el precedente extracto de la crónica de las primeras tres semanas baste para proporcionar un cuadro intuitivo del estado de la enferma, de la índole de mi empeño terapéutico y de su resultado. Ahora procedo a completar el historial clínico.

El delirio histérico descrito en último término fue también la última perturbación importante en el estado de la señora Emmy. Como yo no pesquisaba los síntomas patológicos y sus fundamentos por mi propia iniciativa, sino que aguardaba hasta que surgiera algo o ella me confesara algún pensamiento angustiante, las hipnosis pronto resultaron infecundas; yo las utilizaba las más de las veces para impartirle enseñanzas destinadas a permanecer siempre presentes en sus pensamientos y a prevenir que en su casa no volviera a caer en parecidos estados. Por aquella época yo me encontraba por entero bajo el hechizo del libro de Bernheim sobre la sugestión,³² y de ese influjo pedagógico esperaba más de lo que hoy esperarí. Tanto mejoró el estado de mi paciente, y en breve lapso, que ella aseguró no haberse sentido tan bien desde la muerte de su marido. Tras un tratamiento que en su conjunto ocupó siete semanas, le permití regresar a su hogar sobre el Báltico.

rante tanto tiempo los calambres en la nuca era, pues, una vislumbre del estado que se avecinaba, ya preparado entonces y notado en lo inconciente [cf. pág. 68*n*.]. Esta singular forma de presentimiento era algo por entero habitual en la señora Cécilie M., ya mencionado [pág. 90]. Siempre que ella, en su mejor estado de salud, me decía, por ejemplo: «Hace mucho que no temo de noche a las brujas» o «¡Qué contenta estoy! Hace tiempo que no siento mi dolor de ojos», yo podía estar seguro de que esa noche daría más trabajo a la enfermera con el más hondo miedo a las brujas, o que su siguiente estado se iniciaría con el temido dolor en los ojos. Era siempre una vislumbre de lo que ya estaba listo y formado en lo inconciente, y la conciencia «oficial» (para emplear la designación de Charcot), sin sospechar nada, procesaba la representación que afloraba como repentina ocurrencia dándole la forma de una exteriorización de satisfacción, que en cada caso, con harta rapidez y puntualidad, recibía su mentís. La señora Cécilie, una dama de gran inteligencia a quien debo muchos avances en mi comprensión de síntomas histéricos, me hizo pensar que tales sucesos acaso han dado ocasión a la consabida superstición sobre las consecuencias que trae el invocar y apostrofar. Uno no debe gloriarse de una dicha, y por otra parte tampoco debe llamar al diablo, pues él vendrá. En verdad, uno sólo se gloria de la dicha cuando ya la desdicha acecha, y uno aprehende el presentimiento en esa forma, la de gloriarse, porque aquí el contenido de la reminiscencia emerge antes que la sensación que le corresponde, y entonces existe en la conciencia un contraste que a uno lo regocija. [Se hallará una alusión a esto en una nota al pie de un trabajo escrito treinta años más tarde, «La negación» (1925*b*), *AE*, 19, pág. 254, *n*. 2.]

³² [El libro de Bernheim (1886) fue traducido al alemán por el propio Freud (1888-89).]

Pasados unos siete meses, fue el doctor Breuer, y no yo, quien recibió noticias de ella. Su bienestar había durado varios meses, pero sucumbió a un nuevo sacudimiento psíquico. Su hija mayor, que ya durante la primera estadía en Viena emparejara a la madre con unos calambres en la nuca y unos leves estados histéricos, y que sobre todo sufría de dolores al caminar por causa de una *retroflexio uteri*, había sido tratada, de acuerdo con mi consejo, por el doctor N., uno de nuestros ginecólogos más conspicuos; este le puso en su lugar el útero mediante masajes, de suerte que pasó varios meses libre de dolencias. Cuando ya en su hogar le reaparecieron, la madre acudió al ginecólogo de la ciudad universitaria próxima; este aplicó a la muchacha una terapia combinada local y general, que empero llevó a que la niña contrajera una neurosis grave. Es probable que ya entonces saliera a la luz la disposición patológica de esta muchacha, de diecisiete años en ese momento, que un año después se manifestaría en una alteración del carácter. [Cf. pág. 102.] La madre, que la había puesto en manos de los médicos con su habitual mezcla de acatamiento y desconfianza, se hizo los más violentos reproches tras el infeliz desenlace de esa cura y, por un camino de pensamiento que yo no averigüé, llegó a la conclusión de que ambos, el doctor N. y yo, teníamos la culpa de la enfermedad de su hija por haberle presentado como leve lo que era una grave afección de la pequeña; canceló, por así decir, mediante un acto de voluntad el efecto de mi tratamiento, y recayó enseguida en los mismos estados de que yo la había librado. Es verdad que un destacado médico allegado a ella, a quien acudió, y el doctor Breuer, quien mantenía con ella contacto epistolar, consiguieron hacerle ver la inocencia de los dos acusados. Pero la antipatía que en esa época había concebido contra mí le quedó como un resto histérico aun después de ese esclarecimiento, y declaró que le resultaba imposible volver a tratarse conmigo. Siguiendo el consejo de la autoridad médica ya mencionada, buscó ayuda en un sanatorio de Alemania del Norte, y a pedido de Breuer yo comuniqué al médico que dirigía ese instituto la modificación de la terapia hipnótica que se había demostrado eficaz en ella.

Este intento de transferencia³³ fracasó radicalmente. Parece que desde el comienzo no se entendió con el médico; se agotó en la resistencia a todo cuanto se emprendía con ella, desmejoró, perdió el sueño y el apetito, y sólo se recuperó

³³ [«Übertragung», aunque evidentemente aquí la palabra no está usada en su sentido técnico, tal como aparece por primera vez en pág. 306.]

luego de que una amiga, que la visitaba en el instituto, la secuestró en secreto o poco menos y la cuidó en su casa. No mucho después, pasado un año justo desde su primer encuentro conmigo, estaba de vuelta en Viena y se ponía en mis manos.

La hallé hartó mejor de lo que imaginara por los informes epistolares. Desenvuelta, exenta de angustia, había conservado buena parte de lo que el año anterior yo había erigido en ella. Su queja principal era una frecuente confusión, «revoltijo en la cabeza», según la llamaba; además padecía de insomnio, a menudo un llanto incontenible la embargaba durante horas, y se ponía triste en un momento determinado del día (las cinco de la tarde). Era la hora en que tenía permitido visitar en el invierno a su hija internada en el sanatorio. Tartamudeaba mucho y emitía frecuentes chasquidos, se restregaba las manos como furiosa, y cuando le pregunté si veía muchos animales, sólo respondió: «¡Oh! ¡Quédese quieto!».

Al primer intento de hipnotizarla, cerró los puños y profirió: «No quiero ninguna inyección antipirética, prefiero quedarme con mis dolores. No me gusta el doctor R., me resulta antipático». Me di cuenta de que estaba prisionera en la reminiscencia de una hipnosis que le aplicaron en el instituto, y la calmé retrotrayéndola a la situación presente.

Apenas recomenzado el tratamiento, hice una instructiva experiencia. Le había preguntado desde cuándo le volvió el tartamudeo, y ella (en la hipnosis) respondió vacilante: desde el susto que se llevó en el invierno en D. Un camarero del hospedaje donde se alojaba se había escondido en la habitación de ella; en la oscuridad creyó que esa cosa era un gabán, lo tomó, y dice que el hombre de repente «se irguió con rapidez». Le elimino esa imagen mnémica, y efectivamente su tartamudeo se vuelve desde ese momento apenas perceptible, tanto en la hipnosis como en la vigilia. No sé qué me movió a someter a prueba en ese punto el éxito de mi tratamiento. Cuando volví a verla al anochecer, le pregunté con aire de total inocencia cómo debía hacer yo, al retirarme dejándola dormida, para cerrar las puertas de manera que nadie pudiera colarse dentro. Ante mi asombro, fue presa de un violento terror, empezó a rechinar los dientes y restregarse las manos, y me indicó que había tenido un terror violento de esa clase en D.; pero no se pudo moverla a que contase la historia. Tomé nota de que se refería a la misma historia que contara por la mañana en la hipnosis, y que yo creía haberle borrado. Pues bien; en la hipnosis que siguió, me la refirió con más detalle y veracidad. En

estado de excitación se paseaba una noche de un extremo al otro del pasillo; halló abierta la puerta de la habitación de su camarera y quiso entrar para sentarse ahí. Esta le atajó el camino, pero ella no se dejó disuadir, entró a pesar de todo y entonces notó aquella cosa oscura en la pared, que resultó ser un hombre. Evidentemente había sido el factor erótico de esta pequeña aventura lo que la moviera a una exposición infiel. Yo, por mi parte, aprendía por experiencia que un relato incompleto en la hipnosis carece de efecto curativo, y me habitué a considerar incompleto un relato cuando no aportaba beneficio alguno, y poco a poco supe ver en el gesto de los enfermos si me habían silenciado un fragmento esencial de su confesión.

El trabajo que esta vez hube de emprender con ella consistió en la tramitación hipnótica de las impresiones ingratas que había acogido dentro de sí durante la cura de su hija y su propia estadía en aquel instituto. Estaba llena de furia sofocada contra el médico que en la hipnosis la había constraído a deletrear «s-a-p-o», y me arrancó la promesa de no proponerle nunca esa palabra. En este punto me permití una chanza sugestiva, el único abuso de la hipnosis, bien inocente por lo demás, de que me debo acusar respecto de esta paciente. Le aseguré que la estadía en «-tal» se le volvería cosa tan remota que ni siquiera se acordaría de ese nombre y toda vez que quisiera decirlo se equivocaría entre «-berg», «-tal», «-wald», etc.* Así le sucedió, y pronto la incertidumbre acerca de ese nombre fue la única inhibición de lenguaje que se le observaba, hasta que a raíz de un señalamiento que me hizo el doctor Breuer la liberé de esa compulsión a la paramnesia.

Batalla más larga que los restos de estas vivencias me dieron los estados que ella llamaba «revoltijo en la cabeza». Cuando por primera vez la vi en uno de esos estados, yacía sobre el diván con deforme mueca y una incesante inquietud en todo el cuerpo; de continuo se llevaba las manos a la frente, a la vez que profería como añorante y desorientada el nombre «Emmy», que era el suyo y el de su hija mayor. En la hipnosis anoticié que ese estado era la repetición de tantísimos ataques de desesperanza que solían apoderarse de ella durante la cura de su hija, después que se había pasado horas pensando y pensando cómo se podía corregir el mal resultado de aquel tratamiento, sin hallar ninguna salida. Entonces, como sentía que se le enredaban

* {Desinencias toponímicas; «Tal» significa «valle»; «Berg», «monte», y «Wald», «bosque».}

los pensamientos, se habituó a pronunciar en voz alta el nombre de la hija, para abrirse camino en torno de él hacia la claridad. Pues en el tiempo en que el estado de su hija le impuso nuevos deberes y sintió que la nerviosidad volvía a ganar imperio sobre ella, estatuyó para sí que todo lo relativo a esa niña debía permanecer sustraído de la confusión, así todo lo demás hubiera de ponerse de través en su cabeza.

Después de algunas semanas también se superaron estas reminiscencias, y la señora Emmy permaneció en plena salud por algún tiempo todavía bajo mi observación. Justamente hacia el final de esta residencia suya sucedió algo que quiero referir porque ese episodio arroja la más viva luz sobre el carácter de la enferma y el modo en que se generaban sus estados.

La visité un día mientras almorzaba, y la sorprendí arrojando algo envuelto en papel al jardín, donde lo recogían los hijos del portero. Ante mi pregunta, confesó que era su pastel (seco), que cotidianamente solía seguir el mismo camino. Esto me movió a considerar los restos de los otros platos, y hallé que de ellos sobraba más de lo que podía haber comido. Interpelada por su poco comer, respondió que no estaba acostumbrada a tomar más, y aun le haría daño; sostuvo tener la misma naturaleza que su difunto padre, quien igualmente había sido de poco comer. Cuando le indagué qué bebía, respondió que sólo toleraba líquidos densos, como leche, café, chocolate, etc.; siempre que bebía agua surgente o mineral se le estropeaba el estómago. Todo eso llevaba el inequívoco sello de una elección nerviosa. Le tomé un análisis de orina y se la halló en exceso concentrada y sobrecargada de uratos.

Por eso juzgué adecuado indicarle que bebiera más, y también me propuse hacerle aumentar la ingesta de alimento. Si bien no presentaba una delgadez llamativa, me pareció que alguna sobrealimentación era deseable. Cuando en mi siguiente visita le prescribí un agua alcalina y le prohibí que hiciera correr al postre su suerte habitual, su agitación no fue poca: «Lo haré porque usted me lo demanda, pero le anticipo que será para mal, porque mi naturaleza lo rechaza, y mi padre era igual». Al preguntarle en la hipnosis por qué no podía comer más ni beber agua, le acudió esta respuesta bastante hosca: «No sé». Al día siguiente, la enfermera me confirmó que la señora Emmy se había sobrepuesto a su porción íntegra y había bebido una copa de agua alcalina. Pero me refirió haberla hallado luego yacente, presa de profunda desazón y de muy mal humor. Se quejaba

de unos muy violentos dolores de estómago: «Yo se lo había dicho. Ahora se han perdido todos los logros que tanto tiempo y tantas penas nos llevó conseguir. Me he arruinado el estómago como siempre que me alimento en demasía o bebo agua, y me veré obligada a guardar una dieta total durante cinco a ocho días antes que tolere algo». Le aseguré que no sería necesaria esa abstinencia, pues era de todo punto imposible que el agua le arruinara a uno el estómago de esa manera; sus dolores sólo se debían a la angustia con que había comido y bebido. Era evidente que no le había causado impresión alguna con este esclarecimiento, pues cuando poco después quise dormirla la hipnosis fracasó por primera vez; y por la furiosa mirada que me arrojó supe que estaba en plena rebeldía y que la situación era muy seria. Renuncié a la hipnosis, y le dije que le daba veinticuatro horas para que reflexionara hasta admitir el punto de vista de que sus dolores de estómago sólo se debían a su miedo; pasado ese plazo yo vendría a preguntarle si todavía opinaba que uno podía arruinarse el estómago ocho días enteros a causa de una copa de agua mineral y de una frugal comida; en caso de afirmarlo ella, le rogaría que partiese. Esta pequeña escena estaba en agudísimo contraste con nuestras relaciones, de ordinario muy amistosas.

Veinticuatro horas después la encontré humilde y dócil. Al preguntarle su opinión sobre el origen de sus dolores de estómago, respondió, incapaz de disimular: «Creo que se deben a mi angustia, pero sólo porque usted lo dice». Entonces la hipnoticé y volví a preguntarle: «¿Por qué no puede usted comer más?».

La respuesta advino pronta, y otra vez consistió en indicar una serie, cronológicamente ordenada, de motivos extraídos de su recuerdo: «Cómo, de niña, me sucedía a menudo portarme mal en la mesa y no quería comer mi plato de carne. Entonces mi madre se mostraba siempre muy severa y, so pena de serio castigo, dos horas más tarde debía comer del mismo plato la carne que ahí había quedado. La carne se había enfriado por completo y la grasa se había vuelto del todo rígida» (asco), «...y todavía veo frente a mí el tenedor... Tenía un diente un poco doblado. Cuando ahora me siento a la mesa, siempre veo frente a mí el plato con la carne y la grasa frías; y cómo, muchos años después, yo convivía con mi hermano, que era militar y tenía el mal abominable; yo sabía que era contagioso, y tenía una angustia atroz de equivocar los cubiertos y tomar su tenedor y su cuchillo» (gesto de horror), «y a pesar de ello comía junto con él para que nadie advirtiese que estaba enfermo;

y cómo poco después he cuidado a mi otro hermano, tan enfermo de los pulmones; comíamos frente a su cama, y el salivadero estaba siempre sobre la mesa y permanecía abierto» (gesto de horror) «... y él tenía la costumbre de esputar ahí por encima de los platos, siempre me daba tantísimo asco, y sin embargo no podía demostrarlo para no ofenderlo. Y esos salivaderos están siempre ahí sobre la mesa cuando yo como, y me sigue dando el mismo asco». Removí, por supuesto, de manera radical todo ese instrumental del asco, y luego le pregunté por qué no podía beber agua. Cuando ella tenía diecisiete años, la familia pasó algunas semanas en Munich, y casi todos sus miembros contrajeron un catarro de estómago por beber aguas malas. En los demás, esa afección desapareció pronto merced a indicaciones médicas, pero en ella perduró; tampoco el agua mineral, que le habían recomendado como medicina, mejoró en nada las cosas. Cuando el médico le hizo esa indicación, ella pensó entre sí: «No servirá de nada». Desde entonces se le había repetido incontables veces esa intolerancia hacia el agua surgente y mineral.

El efecto terapéutico de esta exploración hipnótica fue inmediato y duradero. No debió guardar dieta durante ocho días, sino que ya el día siguiente comió y bebió sin dificultad alguna. Dos meses después me escribió en una carta: «Como muy bien y he aumentado mucho de peso. Llevo bebidas cuarenta botellas de agua mineral. ¿Cree usted que debo continuar así?».

Volví a ver a la señora Von N. la primavera del año siguiente en su finca de D. Hacia esa época, su hija mayor, cuyo nombre ella solía pronunciar durante sus estados de «revoltijo en la cabeza», entró en una fase de desarrollo anormal; mostró un desmedido orgullo, que no estaba en proporción a sus escasos dones, se volvió rebelde y aun violenta hacia la madre. Yo aún gozaba de la confianza de esta última y se requirió mi juicio acerca del estado de la joven. Recibí una desfavorable impresión sobre la alteración psíquica que había sufrido la niña, y para formular mi prognosis debí considerar además el hecho de que todos los hermanastros de la enferma (hijos del primer matrimonio del señor Von N.) habían sucumbido a la paranoia. La familia de la madre no carecía de su buen lastre neuropático, si bien entre el círculo de sus parientes más próximos ningún miembro había caído en una psicosis definitiva. La señora Von N., a quien presenté sin reservas el informe que me había pedido, lo recibió con tranquilidad y comprensión. Estaba fortalecida, se la veía floreciente; había pasado con salud rela-

tivamente buena, perturbada sólo por algunos calambres en la nuca y otros pequeños achaques, los nueve meses transcurridos desde la terminación del último tratamiento. Sólo durante esa estada de varios días en su casa conocí todo el círculo de sus obligaciones, sus tareas e intereses espirituales. También conocí a un médico de cabecera que no tenía mucho de qué quejarse acerca de la dama; así, ella se había reconciliado en alguna medida con la *profession*.

Hasta ese punto, pues, la señora se había vuelto más sana y productiva; pero en los rasgos básicos de su carácter era poco lo que se había alterado a pesar de las sugerencias pedagógicas. Parecía no haberme concedido la existencia de una categoría de «cosas indiferentes» [cf. págs. 86-7]; su inclinación al automartirio apenas era menor que en la época del tratamiento. Y ni siquiera durante este período bueno había descansado su predisposición histérica. Por ejemplo, se quejaba de una incapacidad, contraída por ella en los últimos meses, para hacer viajes largos por ferrocarril; y el ensayo de resolver ese impedimento, ensayo forzosamente apresurado, sólo permitió averiguar diversas impresiones, pequeñas y desagradables, que había tenido en sus últimos viajes a D. y alrededores. Pero no parecía bien dispuesta a comunicar cosas en la hipnosis, y ya entonces di en la conjetura de que estaba en vías de sustraerse otra vez de mi influjo y que el secreto propósito de la inhibición para viajar en ferrocarril era obstaculizar un nuevo viaje a Viena.

Durante estos días se exteriorizó también aquella queja sobre lagunas en su recuerdo, «justamente en los episodios más importantes» [pág. 82*n.*], de la que inferí que mi trabajo de dos años antes había sido bastante interventor y tuvo duradero efecto. — Un día que me guiaba por una avenida desde la casa hasta una ensenada del mar, osé preguntarle si esa avenida solía estar poblada por sapos. Como respuesta recibí una mirada de reprensión, mas no acompañada por los signos del horror, y luego ella la completó con esta manifestación: «Pero aquí los hay reales». — En el curso de la hipnosis que emprendí para tramitar su inhibición de viajar, ella misma parecía descontenta con las respuestas que daba, y expresó el temor de que acaso ahora no obedeciera a la hipnosis como antes. Me resolví a convencerla de lo contrario. Escribí algunas palabras sobre un papelito, que le entregué diciéndole: «Hoy a mediodía volverá a servirme una copa de vino tinto, como ayer. Cuando yo me la lleve a la boca, usted dirá: “Por favor, sírvame a mí también una copa”; y al disponerme yo a tomar la botella, exclamará: “No, se lo agradezco; prefiero que no”. Enseguir-

da buscará en su bolsillo y extraerá el papelito, donde estarán escritas estas últimas palabras tuyas». Eso fue por la mañana; pocas horas después se consumó la pequeña escena tal y como yo se lo había ordenado, y de manera tan espontánea que no fue notada por ninguna de las muchas personas presentes. Era visible que luchaba consigo misma al pedirme el vino (nunca bebía vino); tras dar la contraorden con evidente alivio, echó mano a su bolsillo, extrajo el papelito sobre el cual se leían las últimas palabras que acababa ella de pronunciar, sacudió la cabeza y me miró con asombro.

Desde esa visita que le hice en mayo de 1890, mis noticias sobre la señora Von N. ralearon poco a poco. Por vías indirectas me enteré de que el insoportable estado de su hija, que le producía excitaciones penosas de toda índole, terminó por enterrar su buena salud. Por último recibí de ella (en el verano de 1893) una breve esquela donde me pedía permiso para que otro médico la hipnotizara, pues sus achaques habían vuelto y no podía venir a Viena. Al principio no entendí por qué necesitaría de mi permiso, hasta que me acordé de que en 1890, y por deseo de ella, la puse a salvo de hipnosis por extraños, a fin de que no corriera más el peligro de sufrir bajo la penosa compulsión de un médico que le cayera antipático, como le sucedió aquella vez en «-berg» («-tal», «-wald»). Renuncié, pues, por escrito a mis derechos exclusivos.

Epicrisis

Sin una inteligencia previa y profunda del valor y el significado de los nombres, no resulta fácil decidir si cierto caso clínico debe clasificarse en la histeria o en una de las otras neurosis (no puramente neurasténicas); y en el campo de las neurosis mixtas, de común ocurrencia, se espera todavía la mano ordenadora que ponga los hitos demarcatorios y destaque los rasgos esenciales para una caracterización. Si hasta ahora uno acostumbra diagnosticar «histeria», en el sentido estricto, siguiendo la semejanza con los notorios casos típicos, en el de la señora Emmy von N. difícilmente se pueda poner en entredicho esa designación. La prontitud para los delirios y alucinaciones pese a una actividad espiritual en lo demás intacta, la alteración de la personalidad y de la memoria en el sonambulismo artificial, la anestesia en la extremidad dolorosa, ciertos datos de la anamnesis, su neuralgia ovárica, etc., no dejan ninguna duda sobre la na-

turalidad histórica de la enfermedad contraída o, al menos, de la enferma. Pero el hecho de que el problema pueda plantearse se debe a un determinado carácter de este caso, apto para servir de asidero a una puntualización de validez universal. Según se evidencia en la «Comunicación preliminar» que hemos incluido al comienzo de este libro, consideramos los síntomas histéricos como unos afectos y unos restos de excitaciones de influencia traumática sobre el sistema nervioso. Tales restos no quedan pendientes cuando la excitación originaria fue drenada por abreactión o un trabajo del pensar. Aquí uno ya no puede negarse a tomar en cuenta unas cantidades (aunque no mensurables), a concebir el proceso como si una suma de excitación {*Summe von Erregung*} llegada al sistema nervioso se traspusiera {*umsetzen*} en un síntoma permanente en la medida en que no se empleó en la acción hacia afuera proporcionalmente a su monto.³⁴ Ahora bien, en la histeria estamos habituados a descubrir que una parte considerable de la «suma de excitación» del trauma se trasmude {*umwandeln*} en un síntoma puramente corporal. Este es el rasgo de la histeria que durante tanto tiempo estorbó concebirla como una afección psíquica.

Si en aras de la brevedad escogemos el término «*conversión*» {«*Konversion*»}³⁵ para la trasposición de excitación psíquica en un síntoma corporal permanente, que constituye la característica de la histeria, podemos decir que el caso de la señora Emmy von N. muestra un monto pequeño de conversión; la excitación, psíquica en su origen, permanece las más de las veces en el ámbito psíquico. Bien se advierte que por ello este caso se asemeja a aquellos otros de neurosis no histéricas. Existen ejemplos de histeria en que la conversión recae sobre el aumento total de estímulo, y entonces sus síntomas corporales se introducen en una conciencia al parecer enteramente normal. Pero es más común una trasposición incompleta, y entonces al menos una parte del afecto acompañante del trauma permanece dentro de la conciencia como componente del talante.

Los síntomas psíquicos de nuestro caso de histeria con

³⁴ [El intento de Freud de fundamentar la psicología sobre bases cuantitativas está minuciosamente expuesto en su «Proyecto de psicología», escrito pocos meses después que el presente volumen y publicado póstumamente (1950a). Ya había manifestado sintéticamente estos puntos de vista en «Las neuropsicosis de defensa» (1894a), *AE*, 3, pág. 61. Cf. mi «Introducción», *supra*, págs. 13 y sigs.]

³⁵ [Freud había utilizado este término en «Las neuropsicosis de defensa», *ibid.*, págs. 50-1. Véase, sin embargo, *infra*, pág. 217, n. 12.]

escasa conversión se pueden agrupar como alteración del talante (angustia, depresión melancólica), fobias y abulias (inhibiciones de la voluntad). Las dos últimas variedades de perturbación psíquica, concebidas por la escuela de los psiquiatras franceses como unos estigmas de degeneración nerviosa, en nuestro caso demuestran empero estar suficientemente determinadas {*determinieren*} por vivencias traumáticas; en su mayoría son fobias y abulias traumáticas, como lo mostraré en detalle.

Es cierto que, de las fobias, algunas corresponden a las fobias primarias del ser humano, en especial del neurópata; así, sobre todo, el miedo a los animales (serpientes, sapos y, principalmente, las sabandijas, de quien Mefistófeles se gloria de ser el señor),³⁶ el miedo a las tormentas, etc. Sin embargo, aun estas fobias se consolidaron en virtud de vivencias traumáticas, como el miedo a los sapos lo fue por aquella impresión de su temprana juventud, cuando un hermano le arrojó un sapo muerto, tras lo cual le sobrevino el primer ataque de convulsiones histéricas [pág. 75]; el miedo a las tormentas, por aquel terror que dio ocasión a la génesis del chasquido [pág. 80]; el miedo a la niebla, por el paseo en Rügen [pág. 93]; comoquiera que fuese, en este grupo el papel principal lo desempeña el miedo primario, por así decir instintivo {*instinktiv*}, que se considera como un estigma psíquico.

Las otras fobias, más específicas, también están justificadas por vivencias particulares. El miedo a un hecho horrible inesperado y repentino es el resultado de aquella terrible impresión de su vida: su marido, que gozaba de óptima salud, fulminado por un síncope. El miedo a los extraños, y a los hombres en general, resulta ser un resto de aquel tiempo en que fue víctima de las persecuciones de la familia [de su marido] y se inclinaba a ver en cada extraño un agente de aquella, o en que la asediaba la idea de que los extraños sabrían las cosas que sobre ella se propalaban oralmente y por escrito [pág. 84]. La angustia ante el manicomio y sus moradores se remonta a toda una serie de tristes experiencias de su familia y a unas descripciones que una tonta muchacha de servicio le hizo a la crédula niña [pág. 77]; además, esta fobia se apoya por una parte en el horror primario e instintivo que el cuerdo siente ante el loco, y por la otra en la aprensión existente en ella, como en todo neurótico, de caer presa de la locura. Una angustia tan espe-

³⁶ [«El señor de las ratas y ratones, / las moscas y las ranas, las pulgas y los piojos». Goethe, *Fausto*, parte I, escena 3.]

cializada como la de que alguien aparecería tras ella [pág. 86] tiene sus motivos en diversas impresiones terroríficas de su juventud y de épocas posteriores. Desde una vivencia que tuvo en el hotel [págs. 98-9], singularmente penosa para ella pues se enlaza con el erotismo, cobra notable relieve la angustia ante la posibilidad de que se le colase alguien en el cuarto; por último, una fobia tan peculiar de los neurópatas y frecuente en ellos como la de ser enterrado vivo halla su pleno esclarecimiento en la creencia de que su marido no estaba muerto cuando se llevaron su cadáver, creencia en la que se exterioriza, de una manera tan conmovedora, la incapacidad de avenirse al repentino cese de la comunidad con el ser amado. Por otra parte, opino que todos estos factores *psíquicos*³⁷ sólo pueden explicar la elección, pero no la permanencia, de las fobias. Para esta última me veo precisado a aducir un factor *neurótico*, a saber, la circunstancia de que la paciente guardaba desde hacía años abstinencia sexual, lo cual constituye una de las ocasiones más frecuentes de *inclinación a la angustia*.³⁸

Las abulias presentes en nuestra enferma (inhibiciones de la voluntad, incapacidades) admiten todavía menos que las fobias ser concebidas como unos estigmas psíquicos consecuencia de una estrechez general de la capacidad de rendimiento. Más bien el análisis hipnótico del caso nos hace ver que las abulias están condicionadas aquí por un doble mecanismo psíquico, uno solo en el fondo. La abulia puede ser simplemente la consecuencia de una fobia; lo es en todos los casos en que la fobia se anuda a una acción de la persona misma en lugar de anudarse a una expectativa [de un suceso externo] (salir, visitar gente; el otro caso sería que alguien se le colase en el cuarto, etc.), y ahí la causa de la inhibición de la voluntad es la *angustia enlazada con el resultado de la acción*. Erraríamos si clasificáramos esta clase de abulias como unos síntomas particulares junto a las fobias que les corresponden; no obstante, es preciso admitir que una fobia de esa índole, si no es de grado demasiado alto, puede existir sin llevar a la abulia. La otra clase de abulias se basa en la existencia de asociaciones no desasidas, de tinte afectivo, que oponen resistencia al anudamiento de asociaciones nue-

³⁷ [En la primera edición alemana se leía aquí «físicos», sin duda una errata.]

³⁸ [Véase el trabajo de Freud sobre la neurosis de angustia, contemporáneo de este (1895*b*). — En esta oración, Freud utiliza el término «neurótico», como a veces lo hacía en este período, en relación con lo que más adelante —en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*)— llamaría «neurosis actuales».]

vas, en particular las de índole inconciliable. El ejemplo más patente de una abulia de este tipo nos lo ofrece la anorexia de nuestra enferma [págs. 101-2]. Si come apenas es porque no gusta de hacerlo; y no puede obtener gusto alguno del comer porque ese acto está en ella enlazado de antiguo con recuerdos de asco, cuyo monto de afecto no ha experimentado todavía aminoración alguna. Ahora bien, es imposible comer al mismo tiempo con asco y con placer. Y el aminoramiento del asco adherido de antiguo a las comidas no pudo producirse porque ella siempre se vio precisada a sofocarlo en vez de librarse de él mediante una reacción; de niña, por miedo al castigo debía comer con asco la comida fría, y ya adulta, el miramiento por sus hermanos le impedía exteriorizar los afectos a que la sometían las comidas compartidas.

Quizá me sea lícito recordar aquí un pequeño trabajo en que he intentado dar una explicación psicológica de las parálisis histéricas (Freud, 1893c). En él llegué al supuesto de que la causa de estas residiría en que el círculo de representaciones de una de las extremidades, por ejemplo, sería inaccesible para nuevas asociaciones; y a su vez esta inaccesibilidad asociativa se debería a que la representación del miembro paralizado permanece englobada {*einbeziehen*} en el recuerdo del trauma, gravado este por un afecto no tramitado. Puntalicé, tomando ejemplos de la vida corriente, que una investidura³⁹ así de una representación con afecto no tramitado conlleva siempre cierto grado de inaccesibilidad asociativa, de inconciliabilidad con nuevas investiduras.

Hasta hoy no he logrado demostrar mediante análisis hipnótico, respecto de un caso de parálisis motriz, mis premisas de entonces. Pero puedo invocar la anorexia de la señora Von N. como prueba de que ese mecanismo es el que opera en ciertas abulias; y las abulias no son otra cosa que unas parálisis psíquicas muy especializadas —«sistematizadas», según la terminología francesa—.

El estado psíquico de la cuestión en la señora Von N. se puede caracterizar en lo esencial destacando dos aspectos: 1) Los afectos penosos de vivencias traumáticas permanecen sin tramitar; así, la desazón, el dolor (por la muerte de su marido), la inquina (por las persecuciones de los parientes), el asco (por las comidas forzadas), la angustia (por tantísimas vivencias terroríficas), etc.; y 2) se produce una viva

³⁹ [Aparentemente, la primera vez que apareció en una obra impresa el término «*Besetzung*» con el particular sentido que le dio Freud para designar uno de los conceptos fundamentales de su teoría psicológica. Cf. mi «Introducción», *supra*, págs. 17-8.]

actividad mnémica que, ora de manera espontánea, ora despertada por estímulos del presente (p. ej., las noticias sobre la revolución en Santo Domingo [pág. 89]), evoca a la conciencia actual {*aktuelle*} los traumas, pieza por pieza, junto con los afectos concomitantes. Mi terapia se ciñó a la marcha de esa actividad mnémica y procuró resolverla cotidianamente y tramitar lo que el día había llevado a la superficie, hasta que parecía agotado el acopio asequible de recuerdos patógenos.

A estos dos caracteres psíquicos, que considero unos descubrimientos de validez general para los paroxismos histéricos, se podrían agregar algunas importantes puntualizaciones, que empero pospondré hasta prestar alguna atención al mecanismo de los síntomas corporales.

No se puede postular una misma derivación para todos los síntomas corporales de la enferma. Aun en este caso, que no es rico en tal aspecto, uno se entera de que los síntomas corporales de una histeria se producen de diversas maneras. Por ahora me permito incluir los dolores entre los síntomas corporales. Hasta donde yo puedo verlo, una parte de los dolores eran sin duda de base orgánica, condicionados por aquellas leves alteraciones (reumáticas) de músculos, tendones y haces que deparan a los enfermos de los nervios mucho más dolor que a las personas sanas; otra parte de los dolores eran, con extrema probabilidad, recuerdos de dolor, símbolos mnémicos⁴⁰ de las épocas de emociones y de cuidado de enfermos que tanto lugar habían ocupado en la vida de la paciente. Acaso también estos últimos estuvieron en su origen justificados orgánicamente, pero desde entonces fueron procesados para los fines de la neurosis. Apoyo estos enunciados sobre los dolores de la señora Von N. en experiencias de otros casos que comunicaré más adelante en este trabajo;⁴¹ poco esclarecimiento se obtuvo de la enferma misma con relación a este punto.

Una parte de las llamativas manifestaciones motrices de la señora Von N. eran simplemente expresión de emociones, significado que se discernía con facilidad. Por ejemplo, el extender hacia adelante las manos con los dedos esparran-

⁴⁰ [Cf. *supra*, págs. 91-2n. Freud había usado esta expresión en «Las neuropsicosis de defensa» (1894a), *AE*, 3, pág. 51, y en la presente obra la utiliza en repetidas oportunidades. Rara vez se la encuentra en sus escritos posteriores, pero hace algunas consideraciones acerca de ella en la primera de sus *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910a), *AE*, 11, págs. 13-4.]

⁴¹ [El tema de los dolores reumáticos y su relación con la histeria es examinado con algún detenimiento en el caso de Elisabeth von R., *infra*, págs. 187-8. Cf. también *supra*, págs. 91-2n.]

cados y crispados como expresión del horror, el juego mímico, etc. En verdad, era un modo más vivo y desinhibido de expresar las emociones que la mímica habitual de esta señora, acorde con su educación y su raza; fuera de sus estados histéricos, ella era solemne, casi tiesa en sus movimientos expresivos. Otra parte de sus síntomas motores, según ella misma lo indicó, mantenían directa relación con sus dolores: jugaba sin descanso con los dedos (1888) [pág. 72] o se restregaba las manos (1889) [pág. 98] para no verse obligada a gritar; y esta motivación nos recuerda vivamente uno de los principios formulados por Darwin [1872, cap. III] para explicar el movimiento expresivo, el de la «derivación de la excitación», mediante el cual, verbigracia, aclara el meneo de la cola por el perro. Por otro lado, todos nosotros sustituimos de ese modo, por una inervación motriz de otra índole, el grito que daríamos a raíz de unos estímulos dolorosos. Quien se ha propuesto mantener cabeza y boca quietas frente al dentista, y abstenerse de intervenir con las manos, hará al menos tamborilear sus pies.⁴²

Una modalidad más compleja de la conversión permiten discernir en la señora Von N. los movimientos del tipo de tics, el chasquear la lengua y el tartamudear, la proferencia de su nombre «Emmy» en el ataque de confusión [pág. 99], la fórmula protectora compuesta: «¡Quédese quieto! ¡No hable! ¡No me toque!» (1888) [pág. 72]. De estas exteriorizaciones motrices, el tartamudeo y el chasquido admiten una explicación siguiendo un mecanismo que he designado «objetivación {*Objektivierung*} de la representación contrastante», en una breve comunicación publicada en la *Zeitschrift für Hypnotismus*, primer volumen (Freud, 1892-93).⁴³ El proceso, elucidado en nuestro propio ejemplo [pág. 76], sería el siguiente: La histérica, agotada por sus cuidados y su velar, está sentada junto al lecho de su hija enferma, quien *jal fin!* se ha dormido, y se dice: «Ahora debes quedarte totalmente quieta para no despertar a la pequeña». Es probable que este designio evocara una representación contrastante, el miedo de hacer empero un ruido que turbara el tan ansiado sueño de la niña. Tales representaciones contrastantes respecto de un designio se engendran también en nosotros de una manera notable cuando no nos sentimos seguros en la ejecución de un designio importante.

⁴² [Véanse las puntualizaciones de Breuer sobre esto mismo, *in/ra*, pág. 213.]

⁴³ [AE, 1, pág. 156. En ese trabajo se examina el concepto de «representación contrastante», así como el de «voluntad contraria», mencionado dos párrafos más adelante.]

El neurótico, en cuya conciencia de sí rara vez se echa de menos un sesgo de depresión, de expectativa angustiada, forma estas representaciones contrastantes en mayor número o las percibe con más facilidad; también le parecen más sustantivas. Ahora bien, en el estado de agotamiento en que se halla nuestra enferma, la representación contrastante, que en situación ordinaria habría sido rechazada, resulta ser la más intensa; es ella la que se objetiva y entonces produce realmente, para espanto de la enferma, el ruido que temía. Con miras a explicar el proceso total supongo además que el agotamiento es parcial; sólo atañe —según se diría en la terminología de Janet y sus discípulos— al yo primario de la enferma, pues no trae como consecuencia que también la representación contrastante se debilite.

Supongo, por añadidura, que es el espanto ante ese ruido producido contra la propia voluntad lo que otorga a ese momento una eficacia traumática y fija al ruido mismo como síntoma⁴⁴ mnémico corporal de la escena en su conjunto. Y aun creo discernir en el carácter mismo de ese tic, que consta de varios sonidos de emisión espástica, separados entre sí mediante pausas y que ofrecen la mayor semejanza con unos chasquidos; creo discernir en él, decía, la huella del proceso a que debió su génesis. Parece que se desarrolló una lucha entre el designio y la representación contrastante, la «voluntad contraria», lucha que otorgó al tic su carácter intermitente y limitó la representación contrastante a una desacostumbrada vía de inervación en los músculos fonadores.

De una ocasión semejante en lo esencial fue secuela la inhibición espástica del lenguaje, el tartamudeo propiamente dicho [pág. 80], sólo que esta vez no se elevó a la condición de símbolo del suceso para el recuerdo el resultado de la inervación terminal, el grito, sino el proceso mismo de inervación, el intento de inhibición convulsiva del instrumento del lenguaje.

Ambos síntomas, el chasquido y el tartamudeo, estrechamente emparentados por su historia genética, siguieron asociados luego y se convirtieron en síntomas permanentes a raíz de su repetición en una ocasión parecida. Pero después recibieron otro empleo. Nacidos bajo un terror violento, se unieron luego (según el mecanismo de la histeria monosintomática, que mostraré a raíz del caso 5 [págs. 164-5]) a cualquier terror, aunque este no pudiera dar ocasión a objetivar una representación contrastante.

⁴⁴ [«*Symptom*» en todas las ediciones alemanas. Es probable que sea una errata por «*Symbol*». «Símbolo mnémico» parece tener más sentido, y es la expresión empleada en todo el libro.]

Por último, se enlazaron con tantos traumas, poseían tantos títulos para reproducirse en el recuerdo, que interrumpían el habla sin ocasión alguna, de un modo permanente, como un tic carente de sentido.⁴⁵ Sin embargo, el análisis hipnótico pudo mostrar cuánto significado se escondía tras ese tic aparente, y si el método de Breuer no consiguió aquí hacer desaparecer por completo y de una sola vez ambos síntomas, ello se debió a que la catarsis sólo se extendió a los tres traumas principales y no a los asociados secundariamente.⁴⁶

⁴⁵ [En los trabajos posteriores de Freud apenas hay referencias a los tics. En un artículo sobre este tema, Ferenczi (1921a) escribe: «El profesor Freud, a quien tuve oportunidad de indagar acerca del significado e importancia del tic, sugirió que en este podría obrar algún factor orgánico».]

⁴⁶ Con esto yo podría causar la impresión de que atribuyo excesivo peso al detalle de los síntomas y me pierdo en una superflua manía de interpretar signos. Pero he aprendido que el determinismo de los síntomas histéricos llega efectivamente hasta su más fina ejecución, y no se corre el riesgo de atribuirles con exceso un sentido. Daré un ejemplo para justificar lo que digo. Hace unos meses traté a una muchacha de dieciocho años cuya familia mostraba antecedentes patológicos. En su complicada neurosis la histeria ocupaba su legítimo sitio. Lo primero que supe de ella fue su queja por unos ataques de desesperación con un contenido de dos clases. En unos, sentía un tironeo y comecón en la parte inferior del rostro, desde las mejillas hacia la boca; en los otros, se le estiraban convulsivamente los dedos de los pies, que empezaban a moverse sin descanso. Al comienzo no me incliné a atribuir mucho valor a este detalle, y anteriores estudiosos de la histeria se habrían visto seguramente llevados a ver en estos fenómenos unas pruebas de la estimulación de centros corticales a raíz de ataques histéricos. Por cierto que no sabemos dónde se sitúan los centros de tales parestesias, pero es bien sabido que estas introducen la epilepsia parcial y constituyen la epilepsia sensorial de Charcot. Del movimiento de los dedos del pie habría que responsabilizar a lugares simétricos de la corteza situados muy próximos a la cisura media. Sin embargo, aquel fenómeno halló diversa explicación. Cuando hube trabado mejor conocimiento con la muchacha, le pregunté directamente qué pensamientos le acudían en esos ataques; le dije que no se sintiera molesta, que ella necesariamente tenía que poder dar una explicación para ambos fenómenos. La enferma enrojeció de vergüenza y por fin se la pudo mover, sin que mediara hipnosis, a los siguientes esclarecimientos, cuya referencia a la realidad efectiva fue corroborada en todo su contenido por su acompañante, allí presente. Desde que le vinieron las reglas y durante años había padecido de *cephalaea adolescentium*, la que le impidió toda ocupación continuada y le interrumpió sus estudios. Por fin liberada de ese obstáculo, esta niña ambiciosa y algo simple resolvió cultivarse con todo empeño para alcanzar a sus hermanas y compañeras de su misma edad. Se esforzó para eso desmedidamente, y cada empeño de esa clase solía terminar con un estallido de desesperación por haber sobrestimado sus fuerzas. Desde luego, también en el aspecto corporal solía compararse con otras muchachas, y

La preferencia del nombre «Emmy» en ataques de confusión, que, de acuerdo con las reglas del ataque histérico, reproducían los frecuentes estados de desorientación en el curso del tratamiento de la hija, se enlazaba, mediante una compleja ilación de pensamiento, con el contenido del ataque y acaso correspondía a una fórmula que la enferma empleaba para protegerse de ese ataque. Es probable que también esa preferencia hubiera podido degradar su significado hasta convertirse en un tic de más lato aprovechamiento (la fórmula protectora «No me toque, etc.» ya había recibido ese empleo), pero la terapia hipnótica detuvo en ambos casos

se sentía infortunada cuando se descubría un defecto. Su prognatismo (bien nítido) empezó a mortificarla, y dio en la idea de corregirlo ejercitándose durante un cuarto de hora en extender hacia abajo el labio superior por sobre los dientes salidos. La infructuosidad de este pueril empeño la llevó cierta vez a un estallido de desesperación, y desde ese momento el tironeo y la comezón en la parte inferior de las mejillas le quedaron como el contenido de una variedad de sus ataques. No menos trasparente resultó el determinismo de los otros ataques, los que presentaban el síntoma motor del estiramiento y el movimiento involuntario de los dedos del pie. Me había señalado que el primer ataque de esta índole le sobrevino tras una excursión al Schafberg, cerca de Ischl [en la Alta Austria], y sus familiares se inclinaron naturalmente a atribuirlo a un exceso de fatiga. Pero la muchacha informó lo siguiente: Entre sus hermanos y hermanas era tema predilecto de recíprocas burlas señalarse unos a otros que tenían los pies grandes (cosa innegable). Nuestra paciente, que desde hacía tiempo se sentía desdichada por esta falta de belleza, intentó calzar su pie en el más estrecho zapato, cosa que el atento papá no toleró, cuidando que llevara calzado cómodo. Harto insatisfecha con esta disposición paterna, la tenía siempre en la mente y se acostumbró a jugar con los dedos dentro del zapato como alguien que quiere medir cuán grande le queda, y cuánto más pequeño debería ser el zapato que le calzara bien, etc. Durante aquella expedición a la montaña, que en modo alguno le resultó cansadora, hubo desde luego ocasión, con los cortos vestidos, para ocuparse otra vez de los zapatos. Una de sus hermanas le dijo en el camino: «Pero hoy te has calzado unos zapatos muy grandes...». Ella ensayó de jugar con los dedos, y aun lo consiguió. La emoción por los pies infortunadamente grandes ya no la abandonó, y al regreso a casa estalló el primer ataque en que como símbolo mnémico de toda esa desazonante ilación de pensamiento los dedos se le crisparon y se le movieron de manera involuntaria.

Señalo que aquí se trata de síntomas de ataque, y no de síntomas permanentes; además, que tras esa confesión cesaron los ataques del primer tipo, pero los del segundo, con movimientos involuntarios de los dedos del pie, continuaron. Por fuerza habrá quedado ahí un fragmento que no fue confesado.

Postscriptum [en todas las ediciones]: Más tarde llegué a saber también esto último. La nccia muchacha trabajaba con tan desmedido celo en su embellecimiento porque... quería gustarle a un joven primo. — [Agregado en 1924:] Algunos años después su neurosis se mudó en una *dementia praecox*.

el ulterior desarrollo de estos síntomas. Al llamado «Emmy», que acababa de generarse, lo hallé todavía limitado a su suelo materno, el ataque de confusión.

Estos síntomas motores se generaron ya sea mediante objetivación de una representación contrastante, como el chasquido; mediante la mera conversión de la excitación psíquica a lo mottiz, como el tartamudeo; o mediante la acción voluntaria de la enferma en el paroxismo histérico, como la proferencia «Emmy» y la fórmula más larga, utilizadas como dispositivos protectores; pero común a todos ellos es que en su origen o duraderamente mantuvieron una conexión rastreable con traumas de los que ellos hacían las veces, en la actividad mnémica, en calidad de símbolos.

Otros síntomas corporales de la enferma no son en modo alguno de naturaleza histérica, como los calambres en la nuca, que yo concibo como migrañas modificadas [cf. pág. 91, *n.* 26] y que como tales en verdad no deben incluirse en la neurosis sino entre las afecciones orgánicas. Ahora bien, por regla general se les anudan síntomas histéricos; en el caso de la señora Von N., los calambres en la nuca son utilizados en ataques histéricos, mientras que ella no disponía de las manifestaciones típicas del ataque histérico.

Completaré la caracterización del estado psíquico de la señora Von N. pasando a considerar las alteraciones patológicas demostrables en su conciencia. Así como los calambres en la nuca, también impresiones penosas del presente (véase el último delirio en el jardín [pág. 93]) o potentes ecos de uno de sus traumas la ponen en un estado de delirio, en el que —nada más puedo afirmar dadas las pocas observaciones que realicé— reinan una limitación de la conciencia y una compulsión a asociar semejantes a las del sueño [pág. 89]; alucinaciones e ilusiones se ven en extremo facilitadas y se extraen conclusiones tontas o directamente disparatadas. Es probable que ese estado, comparable con una alienación mental, subrogue a un ataque de esta última; era tal vez, como equivalente de un ataque, una psicosis aguda que se clasificaría como «confusión alucinatoria». Otra semejanza con el ataque histérico típico reside en que casi siempre se rastrea una pieza de los antiguos recuerdos traumáticos como base del delirio. La transición desde el estado normal a ese delirio se consume a menudo de un modo enteramente inadvertido; ha estado hablando con total corrección de cosas poco afectivas, y, al seguir la plática, que la lleva a representaciones penosas, noto, por la acentuación de sus gestos, la emergencia de las fórmulas protectoras, etc., que ella delira. Al comienzo del tratamiento el delirio

duraba todo el día, y entonces resultaba difícil enunciar con certeza, sobre cada síntoma, si —como los gestos— sólo pertenecía al estado psíquico como síntoma del ataque o, como el chasquido y el tartamudeo, había pasado a ser uno de los reales síntomas permanentes. A menudo sólo con posterioridad {*nachträglich*} se lograba distinguir qué se había producido dentro del delirio y qué dentro del estado normal. Y de este modo: ambos estados se encontraban separados por la memoria, y la enferma recibía un asombro mayúsculo al enterarse de las cosas que el delirio había introducido como unos parches en una conversación llevada dentro de lo normal. Mi primera entrevista con ella fue el más notable ejemplo del modo en que ambos estados se cruzaban uno con el otro sin tomar recíproca noticia. Sólo una vez sucedió durante este balanceo psíquico que la conciencia normal, adherida al presente, resultara afectada. Fue cuando me dio la respuesta, proveniente del delirio, de que ella era una mujer del siglo pasado [pág. 74, n. 9].

El análisis de esa actividad delirante en la señora Von N. resultó poco exhaustivo, sobre todo debido a la pronta mejoría de su estado, a raíz de la cual los delirios se separaron con nitidez de la vida normal y se restringieron a los períodos en que sufría los calambres en la nuca. Pero en compensación reuní experiencia sobre la conducta de la paciente en un tercer estado psíquico, el del sonambulismo artificial. Mientras que en su propio estado normal no sabía qué había vivenciado psíquicamente en sus delirios y qué en el sonambulismo, en este último disponía de los recuerdos de los tres estados; en verdad, era su estado más normal. Si hago abstracción de que como sonámbula era mucho menos reservada hacia mí que en las mejores horas de su vida corriente —es decir, como sonámbula me hacía comunicaciones sobre su familia, etc., mientras que de ordinario me trataba como a un extraño—, y si además prescindo de que mostraba la plena sugestionabilidad de los sonámbulos, me veo precisado a decir que se hallaba entonces en un estado totalmente normal. Fue interesante observar que este sonambulismo, por otra parte, no mostraba rasgo alguno supranormal: lo aquejaban todas las deficiencias psíquicas que atribuimos a los estados de conciencia normales.

Unos ejemplos bastarán para ilustrar la conducta de la memoria sonámbula. Cierta vez que platicábamos me expresó su arrobamiento por una bella planta en maceta que adornaba el vestíbulo del sanatorio. «Pero, ¿cómo se llama, doctor? ¿No lo sabe usted? He sabido el nombre alemán y el latino, y olvidé ambos». Era una excelente concedora

de las plantas, mientras que yo en esa oportunidad hube de confesarle mi ignorancia en materia de botánica. Pocos minutos después, le pregunto en la hipnosis: «¿Sabe ahora el nombre de la planta junto a la escalera?». Y la respuesta, dada sin previa meditación: «Por su nombre alemán se llama lirio turco, pero al nombre latino realmente lo he olvidado». Otra vez, hallándose bien, me refiere una visita a las catacumbas de Roma, y no puede acordarse de dos términos de la descripción, en lo cual yo tampoco puedo ayudarla. Inmediatamente después le pregunto en la hipnosis por las palabras que mentaba. Tampoco en la hipnosis las sabe. Le digo entonces: «No reflexione más; mañana entre las cinco y las seis de la tarde, más cerca de las seis, se le ocurrirán de pronto en el jardín».

Al anochecer del día siguiente, durante una charla que no tenía absolutamente nada que ver con las catacumbas, prorrumpió: «Cripta, doctor; y columbario». — «¡Ah! Son las palabras que ayer no hallaba usted. ¿Cuándo se le ocurrieron?». — «Hoy a la tarde en el jardín, antes de subir». — Noté que de esta manera quería indicarme que observó de manera estricta el tiempo prescrito, pues su costumbre era abandonar el jardín hacia las seis de la tarde. Entonces, tampoco en el sonambulismo disponía de toda la extensión de su saber; también para este había una conciencia actual y una potencial. Con bastante frecuencia sucedía además en el sonambulismo que a mi pregunta: «¿A qué se debe tal o cual fenómeno?», arrugara el entrecejo y, tras una pausa, respondiera a media voz: «No lo sé». Para tales casos yo había cobrado el hábito de decirle: «Reflexione usted, enseguida lo averiguará»; y luego de breve meditación ella podía ofrecerme el dato pedido. Empero, también sucedía que no se le ocurriera nada y que yo debiera dejarle pendiente la tarea de acordarse, con plazo hasta el día siguiente. En todos los casos lo conseguía. Esta señora, para quien en su vida ordinaria toda falta a la verdad era penosísima, tampoco en la hipnosis mentía nunca, pero a veces daba noticias incompletas, reservándose un fragmento del informe hasta que yo le arrancaba una segunda vez ese complemento. Como en el ejemplo dado en págs. 98-9, las más de las veces era la repugnancia que le suscitaba el tema lo que también en el sonambulismo sellaba sus labios. A pesar de estos rasgos de limitación, su conducta psíquica en el sonambulismo impresionaba en su conjunto como despliegue desinhibido de su fuerza espiritual y de su plena disposición sobre su tesoro mnémico.

Su sugestionabilidad en el sonambulismo era innegable-

mente grande, pero muy alejada de una falta patológica de toda resistencia. En conjunto, debo decir que yo no causaba en ella más impresión que la que sería lícito esperar, profundizando de ese modo en su mecanismo psíquico, en cualquier persona que me escuchase con plena confianza y gran claridad mental; sólo que la señora Von N., en el estado que pasaba por normal, no era capaz de atenderme con esa complejidad psíquica favorable. Toda vez que, como en el caso del miedo a los animales, no conseguí aportarle razones para su convencimiento, o que no penetré hasta la historia genética psíquica del síntoma, sino que pretendí operar mediante una sugestión autoritativa, noté una expresión tensa, insatisfecha, en el gesto de la sonámbula; y cuando para concluir le pregunté: «Entonces, ¿seguirá teniendo miedo a estos animales?», la respuesta fue: «No. . . porque usted lo demanda». Semejante promesa, que sólo podía apoyarse en su docilidad hacia mí, en verdad nunca cuajó; su éxito fue tan nulo como el de tantas enseñanzas generales que le impartí, en lugar de las cuales lo mismo habría valido que le repitiera esta única sugestión: «Sane usted».

Esta misma persona, tan obstinada en retener, contra la sugestión, sus síntomas patológicos, y que sólo los abandonaba tras un análisis o un convencimiento psíquicos, era por otra parte tan dócil como la mejor médium de hospital cuando se trataba de sugestiones sin importancia, de cosas que no guardaban relación con su enfermedad. Ya he comunicado, en el historial clínico, ejemplos de esa obediencia poshipnótica. No hallo contradicción alguna en esta conducta. Por fuerza se imponía también aquí el derecho de la representación más intensa. Si uno penetra en el mecanismo de la «idea fija» patológica, la halla fundada y apoyada en vivencias tan numerosas y de tan intensa eficacia que luego uno no puede asombrarse si ella es capaz de ofrecer exitosa resistencia a la representación contraria sugerida, dotada sólo de cierta fuerza. En verdad, sólo un cerebro realmente patológico podría dejar que la sugestión borrara unos resultados tan legítimos de procesos psíquicos intensivos.⁴⁷

⁴⁷ Acerca de esta interesante oposición entre la más generosa obediencia sonámbula en todos los demás aspectos y la obstinada perseverancia de los síntomas patológicos porque estos últimos tienen fundamento más profundo y son inaccesibles al análisis, he obtenido, en otro caso, una honda impresión. Trataba desde hacía cinco meses, y sin poder remediarla, a una muchacha joven, vivaz y dotada, aquejada desde un año y medio atrás de una grave perturbación para caminar. Tenía analgesia y lugares dolorosos en ambas piernas, y un tremor rápido en las manos; caminaba inclinada hacia adelante con las piernas pesadas, a pasos pequeños y vacilantes como en

Cuando estudié el estado sonámbulo de la señora Von N. me acudieron por primera vez dudas acerca de la corrección de la tesis de Bernheim, «*Tout est dans la suggestion*»,* y acerca de la inferencia de su agudo amigo Delboeuf, «*Comme quoi il n'y a pas d'hypnotisme*».** Tampoco hoy puedo comprender que al mostrarle mi dedo y decirle una sola vez «Duérmase» yo creara ese particular estado psíquico de la enferma en que su memoria incluía todas sus vivencias psíquicas. Por medio de mi sugestión pude haberle provocado ese estado, pero no habérselo creado, pues sus caracteres,

la marcha cerebelar, y hasta a menudo llegaba a caerse. Su talante era llamativamente alegre. Una de nuestras autoridades vienesas de entonces se había visto inducida a diagnosticar este complejo de síntomas como esclerosis múltiple; otro especialista discernió ahí la histeria, en favor de la cual hablaba sin duda la complicada plasmación del cuadro clínico al comienzo de la enfermedad (dolores, desmayos, amaurosis), y me derivó a la enferma para su tratamiento. Intenté mejorar su andar mediante sugestión hipnótica, tratamiento de las piernas en la hipnosis, etc., pero sin ningún resultado, a pesar de que ella era una notable sonámbula. Cierta día, en que volvió a entrar tambaleante en la habitación, un brazo en el de su padre, el otro apoyado sobre un paraguas cuya puntera ya estaba muy gastada, perdí la paciencia y le espeté en la hipnosis: «¡Harto tiempo lleva todo esto! Mañana mismo, antes del mediodía, el paraguas se quebrará en sus manos y usted se verá obligada a regresar a casa sin él, y desde entonces ya no necesitará paraguas alguno». No sé cómo cometí la estupidez de dirigir una sugestión a un paraguas; con posterioridad me dio vergüenza, y ni sospeché que mi sabio paciente se encargaría de salvarme ante su padre, quien era médico y asistía a las hipnosis. Al día siguiente, el padre me refirió: «¿A que no sabe usted qué hizo ella ayer? Salimos de paseo por la Ringstrasse [la calle principal de Viena]; de repente ella se puso de espíritu festivo y empezó —en mitad de la calle— a cantar “Nuestra vida es libre” [canción liviana de la obra de Schiller *Los ladrones*], y en eso llevaba el compás con el paraguas contra la calzada, y el paraguas se quebró». Desde luego, ella ni sospechaba que con tanto ingenio {Witz} había mudado una sugestión disparatada en otra soberbiamente lograda. Como los aseguramientos, los mandatos y el tratamiento en la hipnosis no mejoraban su estado, recurrí al análisis psíquico y le demandé que me dijera qué emoción había precedido al estallido de la enfermedad. Contó entonces (en la hipnosis, pero sin ninguna excitación) que poco antes había fallecido un joven paciente, cuya prometida ella se había considerado desde hacía muchos años. Pero esta comunicación no cambió nada en su estado; en la hipnosis siguiente le dije, por eso, que estaba totalmente convencido: la muerte de su primo nada tenía que ver con su estado, alguna otra cosa había pasado que ella no mencionó. Pude arrancarle entonces una sola indicación, pero apenas hubo dicho una palabra enmudeció, y su anciano padre, que estaba sentado tras ella, empezó a sollozar con amargura. Naturalmente, no esforcé más a la enferma, pero tampoco la volví a ver.

* {«En la sugestión está todo».}

** {«Siendo así, no existe el hipnotismo».}

universalmente válidos por lo demás, me sorprendieron muchísimo.

El historial clínico muestra bien a las claras la índole de terapia que se aplicó aquí en el sonambulismo. Como es habitual en la psicoterapia hipnótica, combatí las representaciones patológicas presentes mediante aseguramiento, prohibición, introducción de representaciones contrarias de todo tipo; mas no me contenté con ello, sino que fui tras las huellas de la historia genética de cada síntoma a fin de poder combatir las premisas sobre las cuales se edificaban las ideas patológicas. Y en el curso de estos análisis sucedía, por regla general, que la enferma declarara, bajo los signos de la más violenta excitación, cosas cuyo afecto sólo había hallado hasta entonces un drenaje como expresión de emociones. [Cf. págs. 109-10.] No puedo decir cuánto del éxito terapéutico en cada oportunidad se debía a esa sugestión eliminadora *in statu nascendi*, y cuánto a la solución del afecto mediante abreacción; en efecto, utilicé conjugados ambos factores terapéuticos. Por eso, este caso no serviría para la demostración rigurosa de la eficacia terapéutica del método catártico. Pero lo que sí puedo decir es que sólo resultaron eliminados de manera realmente perdurable los síntomas patológicos en los que yo había ejecutado el análisis psíquico.

El éxito terapéutico fue, en conjunto, muy considerable, pero no duradero; no se eliminó la aptitud de la paciente para enfermar parecidamente a raíz de nuevos traumas que le sobrevenían. Quien quisiera emprender la curación definitiva de una histeria así debería dar razón del nexo entre los fenómenos con mayor profundidad de lo que yo lo ensayé. La señora Von N. era, sin ninguna duda, una persona de herencia neuropática. Sin mediar semejante predisposición, es probable que no se produzca histeria alguna. Pero la predisposición sola todavía no constituye una histeria; para ello se requieren fundamentos y, como yo lo sostengo, fundamentos adecuados, una etiología de naturaleza determinada. Ya he consignado que en la señora Von N. los afectos de tantas vivencias traumáticas parecían conservados, y que una vivaz actividad mnémica traía a la superficie psíquica ora este trauma, ora estotro. Me atrevería ahora a indicar el fundamento de esa conservación de los afectos. Sin duda se entrama con la disposición hereditaria de la señora Von N. Por una parte, sus sensaciones eran muy intensas; ella era de una naturaleza violenta, capaz del máximo desencadenamiento de las pasiones; por otra parte, desde la muerte de su marido vivía en total soledad anímica, desconfiando de los

amigos debido a las persecuciones de que la hicieron objeto los parientes, y celosa y vigilante para que nadie cobrara demasiado influjo sobre su obrar. Era grande el círculo de sus deberes, y debía realizar sola todo el trabajo psíquico que sus obligaciones le imponían, sin amigo ni persona de confianza, casi aislada de su familia, y con la dificultad adicional de su escrupulosidad, su inclinación al automartirio, a menudo su natural desconcierto de mujer. En síntesis, es inequívoco aquí el mecanismo de la *retención de grandes sumas de excitación*, en sí y por sí. Ese mecanismo se apoya en parte en las circunstancias de su vida, y en parte en su disposición natural; por ejemplo, su horror a comunicar algo sobre sí misma era tan grande que, según lo noté con asombro en 1891, ninguno de los diarios visitantes de su casa sabía que estuviera enferma ni que yo fuera su médico.

¿Que si con esto he agotado la etiología de este caso de histeria? Creo que no, pues en la época de los dos tratamientos yo no me había planteado aún aquellas preguntas de cuya respuesta se necesita para un esclarecimiento exhaustivo. Ahora pienso que debe de haberse agregado algo para provocar, dadas unas constelaciones que durante años mantuvieron inmutable su eficacia etiológica, un estallido de padecimiento justamente en los últimos años. También me llamó la atención que en todas las comunicaciones íntimas que me hizo la paciente faltara por completo el elemento sexual, que, empero, como ningún otro da ocasión a traumas. No es posible que las excitaciones de esta esfera hayan quedado sin dejar algún resto; es probable que la biografía que yo le escuché fuera una *editio in usum delphini*.* El comportamiento de la paciente era de la máxima decencia, una decencia no artificiosa ni mojigata. Pero si considero la reserva con que me refirió en la hipnosis la pequeña aventura de su camarera en el hotel, me entra la sospecha de que esta mujer violenta, capaz de tan intensas sensaciones, no pudo triunfar sobre sus necesidades sexuales sin serias luchas y sin sufrir de tiempo en tiempo un agotamiento psíquico en el ensayo de sofocar esta pulsión, la más poderosa de todas. Cierta vez me confesó que no se había vuelto a casar porque, dada la gran fortuna que poseía, no podía tolerar un pretendiente sin bienes, y además se habría reprochado perjudicar los intereses de sus dos hijas mediante un nuevo casamiento.

Antes de dar por terminado el historial clínico de la se-

* {«edición para uso del delfín», edición expurgada de los clásicos, que Luis XIV hizo preparar para su hijo.}

ñora Von N. debo agregar todavía una puntualización. El doctor Breuer y yo la conocimos con bastante exactitud y durante largo tiempo; solíamos sonreír cuando comparábamos su cuadro de carácter con la pintura que de la psique histérica se arrastra de antiguo, a través de los libros y de la opinión de los médicos. Si de la observación de la señora Cäcilie M. habíamos inferido⁴⁸ que una histeria de la forma más grave es conciliable con las más ricas y originales dotes —un hecho que, por otra parte, ponen bien en evidencia las biografías de las mujeres importantes para la historia y la literatura—, en la señora Emmy von N. teníamos un ejemplo de que la histeria tampoco excluye un intachable desarrollo del carácter y una vida conciente de sus metas. Esta que nos tocaba conocer era una mujer sobresaliente; a ambos nos impresionó su seriedad ética en la concepción de sus deberes, su inteligencia y su energía directamente masculinas, su elevada cultura y su amor por la verdad; al mismo tiempo, su bondadoso desvelo por las personas a su cargo, su intrínseca modestia y la finura de su trato la volvían estimable también en su condición de dama. Llamar «degenerada» a una mujer así equivaldría a desfigurar el significado de esta palabra hasta hacerlo irreconocible. Convendrá separar conceptualmente a las personas «predispuestas» de las «degeneradas», pues de lo contrario habrá que admitir que la humanidad debe buena parte de sus grandes conquistas a los empeños de unos individuos «degenerados».

También debo confesar que en el historial de la señora Von N. no hallo nada de un «rendimiento psíquico inferior»,⁴⁹ al que P. Janet reconduce la génesis de la histeria. Según él, la predisposición histérica consistiría en un estrechamiento anormal del campo de la conciencia (a consecuencia de una degeneración hereditaria), que daría ocasión al descuido de series enteras de percepciones, y, en secuencia ulterior, a la descomposición del yo y a la organización de personalidades secundarias. De acuerdo con esto, también el resto del yo, debitados los grupos psíquicos de organización histérica, debería ser de inferior rendimiento que el yo normal, y de hecho según Janet ese yo adolece en los histéricos de estigmas psíquicos, está condenado al monoideísmo y es incapaz de las operaciones voluntarias de la vida habitual. Opino que Janet, de manera errónea, ha elevado al

⁴⁸ [Cf. mi «Introducción», *supra*, pág. 6, n. 2.]

⁴⁹ [Este pasaje parece basado fundamentalmente en Janet, 1894, pág. 300. (Cf. *infra*, pág. 240n.) La expresión alemana «*psychische Minderleistung*» {«rendimiento psíquico inferior»} es sin duda la versión que da Freud de la «*insuffisance psychologique*» de Janet.]

rango de condiciones primarias de la histeria unos estados consiguientes a la alteración histérica de la conciencia. El tema merece un estudio a fondo en otro lugar;⁵⁰ comoquiera que fuese, en la señora Von N. no se advierte nada de ese rendimiento inferior. Durante el período de sus estados más graves, ella fue y permaneció capaz de cuidar sus intereses en la dirección de una gran empresa industrial, no perdió nunca de vista la educación de sus hijas, mantuvo intercambio epistolar con personas de sobresaliente nivel intelectual; en suma, cumplía sus obligaciones a punto tal que su condición de enferma pudo permanecer oculta. Me inclinaría a creer que el resultado de todo esto sería una medida notable de hiperrendimiento psíquico, insostenible a la larga y que por fuerza llevaría a un agotamiento, al *misère psychologique* {empobrecimiento psicológico} secundario. Es probable que en la época en que yo la vi por primera vez ya empezaran a hacerse sentir esas perturbaciones de su capacidad de rendimiento, pero no cabe ninguna duda de que una histeria grave había existido muchos años antes de estos síntomas de agotamiento.⁵¹

⁵⁰ [Breuer lo examina *infra*, págs. 241 y sigs.]

⁵¹ [Nota agregada en 1924:] Sé que ningún analista podrá leer hoy este historial clínico sin una sonrisa compasiva. Pero téngase en cuenta que fue el primer caso en que yo apliqué en amplia medida el procedimiento catártico. [Cf. *supra*, pág. 71.] Por eso he dejado el informe en su versión original, no expuse ninguna de las críticas a que hoy daría lugar tan fácilmente, ni ensayé llenar con posterioridad sus numerosas lagunas. Sólo dos cosas quiero agregar: mi intelección, que adquirí más tarde, sobre la etiología actual de la enfermedad, y noticias acerca de su ulterior trayectoria.

Cuando, según he consignado, pasé algunos días como huésped en su finca, en una comida estuvo presente un extraño que evidentemente se empeñaba en resultar agradable. Una vez que se hubo ido, ella me preguntó qué me había parecido, y acotó al pasar: «Imagínese usted, ese hombre quiere casarse conmigo». En su nexa con otras manifestaciones que yo había omitido apreciar, no pude menos que llegar a este esclarecimiento: por esa época ella ansiaba un nuevo matrimonio, pero en la existencia de sus dos hijas, las herederas de la fortuna paterna, hallaba el obstáculo para la realización de su propósito.

Algunos años después, en una reunión científica, me encontré con un destacado médico compatriota de la señora Emmy y le pregunté si conocía a esa dama y si sabía algo acerca de su estado. Pues sí; la conocía, y él mismo le había brindado tratamiento hipnótico, pero ella había escenificado con él —y aún con muchos otros médicos— el mismo drama que conmigo. Tras llegar a estados miserables, había premiado con un éxito extraordinario el tratamiento hipnótico, para después enemistarse de repente con el médico, abandonarlo y reactivar toda la dimensión de su condición enferma. Era la verdadera «compulsión de repetición».

Debió pasar un cuarto de siglo para que volviera a recibir noti-

cias de la señora Emmy. Su hija mayor, la misma sobre la cual yo había enunciado tan desfavorable prognosis, se dirigió a mí requiriéndome una pericia médica sobre el estado mental de su madre, basada en mi tratamiento de aquel entonces. Se proponía iniciar causa judicial contra aquella, a la que pintaba como a una tirana cruel y despiadada. Había echado a sus dos hijas y se negaba a asistirles en sus aprietos materiales. Por su parte, la autora de la carta había obtenido un doctorado y estaba casada.

[Este historial clínico ya había sido brevemente analizado por Freud en «Un caso de curación por hipnosis...» (1892-93), *AE*, **1**, págs. 157-9, y aludió a él en la primera de sus *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910a), *AE*, **11**, págs. 12-4.]

3. Miss Lucy R. (30 años) (Freud)

A fines de 1892, un colega de mi amistad me derivó una joven dama a quien él trataba a causa de una rinitis infecciosa de recurrencia crónica. Como después se averiguó, una caries del etmoides era la causa de la rebeldía de su afección. Pero últimamente la paciente había acudido a él por unos síntomas que el versado médico ya no podía atribuir a una afección local. Había perdido por completo la percepción olfativa, y una o dos sensaciones olfatorias que sentía muy penosas la perseguían casi de continuo. Además, andaba abatida, fatigada, se quejaba de pesadez de cabeza, falta de apetito y una disminución en su capacidad de rendimiento.

La joven dama, que vivía en los alrededores de Viena como gobernanta en casa de un director de fábrica, me visitó de tiempo en tiempo en mi consultorio. Era inglesa, de constitución delicada, pigmentación escasa, sana hasta la afección de la nariz. Sus primeras comunicaciones corroboraron las indicaciones del médico. Sufría de desazón y fatiga, la perseguían sensaciones olfatorias subjetivas; en materia de síntomas histéricos, mostraba una analgesia general bastante nítida a pesar de conservar intacta la sensibilidad táctil; el campo visual (a un examen grueso, realizado con la mano) no evidenciaba limitación. La parte interior de la nariz era enteramente anélgica y carente de reflejos. Sentía ahí los contactos, pero la percepción de este órgano sensorial estaba por completo cancelada para estímulos específicos así como para otros (amoníaco, ácido acético). El catarro nasal purulento se encontraba justamente en una fase de mejoría.

En el primer empeño de entender el caso clínico no se podía menos que sujetar las sensaciones olfatorias subjetivas, como alucinaciones recurrentes, a la interpretación de que eran unos síntomas histéricos permanentes. La desazón era acaso el afecto correspondiente al trauma, y debía de ser posible hallar una vivencia en la cual estos olores, ahora devenidos subjetivos, hubieran sido objetivos; esa vivencia tenía que ser el trauma, y las sensaciones olfatorias se repetirían como un símbolo de él en el recuerdo. Quizás era más correcto considerar las alucinaciones olfatorias que se repetían,

junto con la desazón concomitante, como un equivalente del ataque histérico; es que la naturaleza de unas alucinaciones recurrentes las vuelve ineptas para el papel de síntomas permanentes. En realidad, ello no interesaba en este caso de rudimentarios contornos; pero sí se requería imprescindiblemente que las sensaciones olfatorias subjetivas mostraran una especialización tal que pudiera corresponder a su origen en un objeto real perfectamente determinado.

Esta expectativa se cumplió pronto. A mi pregunta sobre la clase de olor que más la perseguía, recibí esta respuesta: «Como de pastelillos quemados». Sólo me hizo falta suponer, entonces, que en la vivencia de eficacia traumática realmente había intervenido el olor de pastelillos quemados. Por cierto es bastante insólito que se escojan sensaciones olfatorias para símbolos mnémicos de traumas, pero no resulta difícil indicar un fundamento para esa elección. Como la enferma estaba aquejada de rinitis purulenta, la nariz y sus percepciones pasaron al primer plano de su atención. Acerca de las circunstancias de vida de la enferma, yo sabía sólo que en el hogar cuyos dos hijos estaban a su cargo faltaba la madre, fallecida hacía algunos años de grave enfermedad.

Me resolví entonces a hacer del olor a «pastelillos quemados» el punto de partida del análisis. Contaré la historia de este último como habría podido producirse en circunstancias favorables; de hecho, lo que habría debido ocupar una sesión se extendió a varias, pues la enferma únicamente podía visitarme en las horas de consultorio, cuando yo podía consagrarle poco tiempo, y una sola de esas pláticas abarcaba más de una semana, pues sus obligaciones no le permitían hacer con mucha frecuencia el largo viaje desde la fábrica. Por eso interrumpíamos en mitad de la conversación para retomar el hilo en el mismo lugar la vez siguiente.

Miss Lucy R. no cayó sonámbula cuando intenté hipnotizarla. Renuncié entonces al sonambulismo e hice todo el análisis con ella en un estado que se distinguiría apenas del normal.

Debo manifestarme con más detalle acerca de este punto de mi técnica. Cuando en 1889 visité la clínica de Nancy, escuché decir al decano de la hipnosis, el doctor Liébeault: «¡Ah! Si poseyéramos los medios para poner en estado de sonambulismo a todas las personas, la terapia hipnótica sería la más poderosa». En la clínica de Bernheim, parecía casi como si realmente existiera un arte de esa índole y se lo pudiera aprender de él. Pero al intentar practicarlo con mis

propios enfermos, noté que por lo menos *mis* fuerzas en este terreno se movían dentro de estrechos límites, y que si un paciente no caía sonámbulo después de uno a tres intentos, yo no poseía medio alguno para conseguirlo. Además, en mi experiencia el porcentaje de quienes alcanzaban el sonambulismo era mucho menor que el indicado por Bernheim.

Así me encontré frente a la opción de abandonar el método catártico en la mayoría de los casos que podían ser aptos para él, o intentar aplicarlo fuera del sonambulismo allí donde el influjo hipnótico era leve o aun dudoso. Me pareció indiferente qué grado de hipnosis —según una escala construida *ad hoc*— correspondiera a ese estado no sonámbulo; en efecto, cada línea de sugestionabilidad es de todo punto independiente de las otras, y la posibilidad de provocar catalepsia, movimientos automáticos, etc., nada suponía en favor de que resultara más fácil despertar recuerdos olvidados como los que me hacían falta. Así, pronto me deshabitué a emprender aquellos ensayos destinados a determinar el grado de la hipnosis, pues en toda una serie de casos ponían en movimiento la resistencia de los enfermos y me arruinaban la confianza de que yo necesitaba para el trabajo psíquico más importante. Además, a poco andar me cansó escuchar una y otra vez, tras el aseguramiento y la orden: «Usted se dormirá; ¡duérmase!», esta respuesta en los grados más leves de hipnosis: «Pero, doctor, si no me duermo»; y verme obligado luego a aducir este espinoso distingo: «No me refiero al sueño corriente, sino a la hipnosis. Vea usted: está hipnotizado, no puede abrir los ojos, etc. Por otra parte, no necesito que se duerma», y otras cosas de este tenor. Estoy convencido, claro está, de que muchos de mis colegas en la psicoterapia saben salir del paso de estas dificultades con más habilidad que yo; pueden entonces proceder de otro modo. Pero, a mi criterio, si uno sabe que tan a menudo el uso de cierta palabra puede depararle perplejidad, hará bien en dejar de lado la palabra y la perplejidad. Entonces, cuando al primer intento no se obtenía sonambulismo o un grado de hipnosis con alteración corporal manifiesta, abandonaba en lo aparente la hipnosis, sólo demandaba «concentración» y, para conseguir esta, ordenaba acostarse de espaldas y cerrar voluntariamente los ojos. Acaso con ello se alcanzaban grados de hipnosis todo lo profundos que podían lograrse, y con poco trabajo.

Pero al renunciar al sonambulismo me perdía quizás una condición previa sin la cual el método catártico parecía inaplicable. Ella consistía en que en el estado de conciencia alterado los enfermos disponían de unos recuerdos y discer-

nían unos nexos que presuntamente no estaban presentes en su estado de conciencia normal. Toda vez que faltara el ensanchamiento sonámbulo de la memoria, debía de estar ausente también la posibilidad de establecer una destinación causal que el enfermo no ofrecería al médico como algo que le fuera notorio y familiar; y justamente los recuerdos patógenos están «ausentes de la memoria de los enfermos en su estado psíquico habitual, o están ahí presentes sólo de una manera en extremo sumaria» («Comunicación preliminar») [*supra*, pág. 35].

De esta nueva perplejidad me sacó el recordar que le había visto al propio Bernheim producir la prueba de que los recuerdos del sonambulismo sólo en apariencia están olvidados en el estado de vigilia y se los puede volver a convocar por medio de una leve admonición, enlazada con un artificio destinado a marcar un estado de conciencia otro. Por ejemplo, había impartido a una sonámbula la alucinación negativa de que él ya no estaba presente, y después intentó hacérsele notar por los más diversos medios y desconsiderados ataques. No lo consiguió. Ya despierta la enferma, le exigió saber qué había emprendido con ella mientras creía que él no estaba ahí. Respondió, asombrada, que nada sabía, pero él no cedió, le aseguró que se acordaría de todo, le puso la mano sobre la frente para que recordase, y hete ahí que al fin ella contó todo lo que supuestamente no había percibido en el estado sonámbulo y de lo cual supuestamente nada sabría en el estado de vigilia.

Ese experimento asombroso e instructivo me sirvió de modelo. Me resolví a partir de la premisa de que también mis pacientes sabían todo aquello que pudiera tener una significatividad patógena, y que sólo era cuestión de constreñirlos a comunicarlo. Así, cuando llegaba a un punto en que a la pregunta: «¿Desde cuándo tiene usted este síntoma?» o «¿A qué se debe eso?», recibía por respuesta: «Realmente no lo sé», procedía de la siguiente manera: Ponía la mano sobre la frente del enfermo, o tomaba su cabeza entre mis manos, y le decía: «Ahora, bajo la presión de mi mano, se le ocurrirá. En el instante en que cese la presión, usted verá ante sí algo, o algo se le pasará por la mente como súbita ocurrencia, y debe capturarlo. Es lo que buscamos. — Pues bien; ¿qué ha visto o qué se le ha ocurrido?».

La primera vez que apliqué este procedimiento (no fue con Miss Lucy R.),¹ yo mismo quedé asombrado de que me

¹ [Freud parece haber utilizado por primera vez la «técnica de la presión sobre la frente» con Elisabeth von R. (cf. pág. 160), aun-

brindara justamente lo que me hacía falta, y puedo decir que desde entonces apenas si alguna vez me dejó en la estacada; siempre me indicó el camino que mi exploración debía seguir; además, me permitió llevar adelante, sin sonambulismo, todos los análisis de esa índole. Poco a poco me volví tan osado que a los pacientes cuya respuesta era: «No veo nada» o «No se me ha ocurrido nada», les declaraba: «No es posible. Sin duda que usted se ha enterado de lo correcto, sólo que no creyó que fuera eso, y lo desestimó. Repetiré el procedimiento todas las veces que usted quiera, siempre verá lo mismo». Resultaba siempre que yo tenía razón; los enfermos todavía no habían aprendido a dejar reposar su crítica, habían desestimado el recuerdo aflorante o la ocurrencia porque los consideraron inservibles, una perturbación entremetida, y después que la comunicaron se vio en todos los casos que era lo correcto. A veces recibía también por respuesta, tras arrancar la comunicación a la tercera o cuarta presión: «Sí, ya lo supe desde la primera vez, pero justamente a eso no he querido decirlo», o «Esperaba que no fuera eso».

que lo que afirma en la página a que remitimos no nos ofrece total certidumbre. Aparte de ese pasaje y del que motiva la presente nota, se hallarán otras descripciones del procedimiento en págs. 167-8, y 277 y sigs. Hay entre ellas leves incongruencias. Aquí, se le dice a la paciente que verá algo o tendrá una ocurrencia «en el instante en que cese la presión»; en la pág. 160, que ello ocurriría «en el momento de la presión», y en la pág. 277, que sucedería «mientras dure esa presión y al cabo de ella». — No se sabe con certeza cuándo abandonó Freud esta técnica; sin duda lo había hecho antes de 1904, pues en su contribución de esa fecha para el libro de Loewenfeld sobre los fenómenos obsesivos destaca expresamente que «evita todo contacto» con sus pacientes (Freud, 1904a, AE, 7, pág. 238). Pero aparentemente ya había renunciado a ella antes de 1900, porque no la menciona en absoluto en la breve descripción de su procedimiento que hace en *La interpretación de los sueños* (1900a), AE, 4, pág. 122. Digamos de paso que en este último fragmento aún recomienda que el paciente mantenga sus ojos cerrados durante el análisis; este resto postrero (aparte del yacer acostado) del método hipnótico primitivo fue también expresamente desautorizado en su contribución para el libro de Loewenfeld. En relación con la técnica de la presión sobre la frente, véase también «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896b), AE, 3, pág. 177. — Disponemos de datos bastante precisos acerca del período en el cual Freud utilizó la hipnosis propiamente dicha. En su carta a Fliess del 28 de diciembre de 1887 (Freud, 1950a, Carta 2), le escribe: «En las últimas semanas he emprendido la hipnosis», en tanto que en el curso de una conferencia pronunciada en el Medizinisches Doktoren-collegium {Colegio de Médicos} de Viena el 12 de diciembre de 1904, titulada «Sobre psicoterapia» (1905a), declaró: «Hace ya ocho años que no practico la hipnosis con fines terapéuticos (salvo intentos aislados)» (AE, 7, pág. 250). En consecuencia, recurrió a la hipnosis aproximadamente entre los años 1887 y 1896.]

Esta manera de ensanchar la conciencia presuntamente estrechada era trabajosa, al menos mucho más que la exploración en el sonambulismo. Pero me permitió independizarme de este último y me procuró una intelección acerca de los motivos que son con frecuencia decisivos para el «olvido» de recuerdos. Puedo aseverar que ese olvido es a menudo deliberado, deseado. Y siempre, sólo *en apariencia* es logrado.

Me pareció quizá todavía más asombroso que mediante un procedimiento similar uno pudiera reproducir cifras y fechas supuestamente olvidadas desde mucho tiempo atrás, demostrándose de tal modo una insospechada fidelidad de la memoria.

El hecho de que en la busca de cifras y fechas se tenga una opción muy limitada permite recurrir a la tesis con que nos ha familiarizado la doctrina sobre la afasia, a saber, que reconocer es para la memoria una operación menor que acordarse espontáneamente.² Así, al paciente que no puede recordar el año, mes y día en que ocurrió cierto suceso, uno le dice los años que pueden haber sido, los nombres de los doce meses y las cifras de los treinta y un días del mes, y le asegura que ante la cifra o el nombre correctos los ojos se le abrirán solos, o que sentirá cuál es el número correcto. En la enorme mayoría de los casos los enfermos realmente se deciden por una fecha determinada, y con harta frecuencia (así, en la señora Cäcilie M.) se puede demostrar que la fecha era la correcta por anotaciones hechas en la época en cuestión. En otras ocasiones y diferentes enfermos, la trama de los hechos recordados permitió colegir que la fecha así hallada era inobjetable. Por ejemplo, la enferma apuntaba, después que uno le había presentado la fecha obtenida mediante ese «recuento»: «Es el cumpleaños de mi padre», y luego proseguía: «Claro, como era el cumpleaños de mi padre, yo esperé el suceso del que hablábamos».

Aquí sólo puedo rozar este tema. La conclusión que extraje de todas esas experiencias fue que las vivencias de importancia patógena, con todas sus circunstancias accesorias, son conservadas fielmente por la memoria aun donde parecen olvidadas, donde al enfermo le falta la capacidad para acordarse de ellas.³

² [Freud había escrito no mucho antes su libro sobre las afasias (1891*b*).]

³ A modo de ejemplo de la técnica antes descrita de exploración en estado no sonámbulo, vale decir, no en estado de conciencia ensanchada, referiré un caso que acabo de analizar en los últimos días. Trata a una señora de treinta y ocho años, que padece de neurosis

de angustia (agorafobia, ataques de angustia de muerte, etc.). Como tantas de estas enfermas, tiene aversión a admitir que adquirió este padecimiento en su vida matrimonial y preferiría hacerlo remontar a su temprana juventud. Me informa, pues, que a los diecisiete años le sobrevino el primer ataque de vértigo con angustia y sensación de desmayo, yendo por las calles de su pequeña ciudad natal. Y dice que tales ataques se le han repetido de tiempo en tiempo hasta que hace unos pocos años dejaron sitio al padecer de ahora. Conjeturo que esos primeros ataques de vértigo, en los que la angustia se borró cada vez más, eran histéricos, y me resuelvo a entrar en su análisis. Para empezar, sólo sabe que ese primer ataque la sorprendió mientras había ido de compras a las tiendas de la avenida principal. — «¿Qué se proponía usted comprar?». — «Diversas cosas, creo, para un baile al que me habían invitado». — «¿Cuándo se realizaría ese baile?». — «Se me antoja que dos días después». — «Entonces, por fuerza, algunos días antes sucedió algo que a usted le emocionó, que le causó impresión». — «Pero yo nada sé, han pasado ya veintiún años». — «Eso no importa. A pesar de ello, usted se acordará. Le presionaré la cabeza, y cuando relaje mi presión usted pensará en algo o verá algo, y lo dirá entonces...». Pongo en práctica el procedimiento, pero ella guarda silencio. — «Pues bien, ¿no se le ha ocurrido nada?». — «He pensado en algo, pero no puede tener ninguna relación con ello». — «Dígalo, sin embargo». — «He pensado en una amiga, una muchacha joven que ha muerto; pero ella falleció cuando yo tenía dieciocho años, o sea un año después». — «Ya veremos; ahora demorémonos en esto. ¿Qué había con esa amiga?». — «Su muerte me sacudió mucho porque la frecuentaba con asiduidad. Unas semanas antes había muerto otra joven muchacha, por lo cual hubo mucho alboroto en la ciudad; entonces, sin embargo, eso fue cuando yo tenía diecisiete años». — «¿Lo ve usted? Ya le dije que se puede confiar en las cosas que a uno se le ocurren bajo la presión de la mano. ¿Se acuerda ahora de qué pensamiento se le pasó por la cabeza cuando tuvo el ataque de vértigo por la calle?». — «No hubo ahí ningún pensamiento, sólo un vértigo». — «No es posible, tales estados no se presentan sin una idea que los acompañe. La volveré a presionar, y le acudirá otra vez el pensamiento de entonces... Bien; ¿qué se le ha ocurrido?». — «Se me ha ocurrido: "Ahora soy la tercera"». — «¿Qué significa eso?». — «Debo de haber pensado, a raíz del ataque de vértigo: "Ahora me muero yo también, como las otras dos jóvenes muchachas"». — «Esa fue, pues, la idea; en el ataque usted pensó en su amiga. Es fuerza entonces que su muerte le hubiera causado una gran impresión». — «Sí, por cierto, ahora me acuerdo; cuando oí hablar de su muerte me resultó terrible que yo estuviera por ir a un baile mientras que ella estaba muerta. Pero me sentía muy contenta con el baile y estaba ocupadísima con la invitación; no he querido pensar en el triste suceso». (Adviértase en este punto la represión deliberada que desaloja de la conciencia el recuerdo de la amiga, volviéndolo patógeno.)

Ahora el ataque está esclarecido en alguna medida, pero aún me hace falta un factor ocasional que provocara al recuerdo justamente entonces, y por dicha me formo sobre eso una acertada conjetura. — «¿Recuerda con precisión la calle por la cual caminaba en ese momento?». — «Sin duda, era la avenida principal con sus viejas casas, la veo ante mí». — «Y bien, ¿dónde vivía su amiga?». — «En la misma calle, acababa de pasar por ahí; dos casas más adelante me vino el ataque». — «Entonces, la casa, mientras usted pa-

Tras esta larga pero indispensable digresión vuelvo a la historia de Miss Lucy R. Como dije, en el intento de hipnosis no cayó en sonambulismo, sino que yacía meramente en calma, en algún grado de influjo más leve, los ojos de continuo cerrados, el gesto algo rígido, sin mover los miembros. Le pregunté si recordaba la ocasión en que se había generado la sensación olfatoria de los pastelillos quemados. — «¡Oh, sí! Lo sé con toda precisión. Fue hace unos dos meses, dos días antes de mi cumpleaños. Estaba con los niños en el aula, y jugaba con ellos (eran dos niñas) a cocinar; de pronto traen una carta que acababa de entregar el cartero. Por el sello postal y la letra manuscrita en el sobre discerní que la carta es de mi madre, desde Glasgow; quise abrirla y leerla. Entonces las niñas se abalanzan sobre mí, me arrebataban la carta de la mano y exclaman: “¡No, no puedes leerla ahora, es sin duda para tu cumpleaños, nosotras te la guardaremos!”. Mientras las niñas jugaban así conmigo, se difundió de pronto un intenso olor. Las niñas habían abandonado los pastelillos que cocinaban, y se habían quemado. Desde entonces me persigue ese olor, en verdad está siempre ahí y se vuelve más fuerte cuando estoy emocionada». — «¿Ve usted nítidamente ante sí esa escena?». — «De manera palpable, tal como la he vivenciado». — «¿Qué pudo en ella haberla emocionado tanto?». — «Me tocó la ternura que las niñas me demostraban». — «¿No eran siempre tan

saba, le recordó a su amiga muerta, y de nuevo le atrapó a usted el contraste del que por entonces no quería saber nada».

Pero todavía no me doy por satisfecho. Quizás hubo en juego algo más que despertó o reforzó la predisposición histérica de esta muchacha hasta entonces normal. Mis conjeturas se dirigen a la indisposición periódica como factor apropiado para ello, y pregunto: «¿Sabe usted en qué momento de ese mes le vino el período?». — Y ella, contrariada: «¿Debo saber también eso? Sólo sé que por esa época era muy raro y muy irregular. Cuando yo tenía diecisiete años me vino una vez sola». — «Entonces enumeraremos, para averiguar cuándo fue esa sola vez». — En la enumeración se decide con seguridad por un mes, y vacila entre dos días inmediatamente anteriores a una fecha que corresponde a una fiesta fija. — «¿Coincide de algún modo con la época del baile?». — Ella responde a media voz: «El baile se realizaba... ese día de fiesta. Y ahora lo recuerdo también: me impresionó que el único período que tuviera ese año debiera producirse justo antes del baile. Era el primero al que me habían invitado».

Ahora no resulta difícil reconstruir la trama de los episodios y penetrar el mecanismo de ese ataque histérico. Fue bastante trabajo obtener ese resultado e hicieron falta la plena confianza en la técnica, de parte mía, y algunas ocurrencias orientadoras, para volver a evocar tales detalles de una vivencia olvidada de veintiún años antes, por parte de una paciente incrédula que en verdad se encontraba en estado de vigilia. Pero todo armonizó entre sí.

tiernas?». — «Sí, pero yo acababa de recibir la carta de mi madre». — «No comprendo en qué sentido la ternura de las niñas y la carta de la madre formarían ese contraste al que usted, empero, parece apuntar». — «Es que yo tenía el propósito de viajar para visitar a mi madre, y me pesaba muchísimo abandonar a estas queridas niñas». — «¿Qué ocurría con su madre? ¿Acaso vive sola y la llamó a usted a su lado? ¿O estaba enferma y usted esperaba noticias de ella?». — «No, ella tiene mala salud pero no está justamente enferma, y tiene una dama de compañía». — «Entonces, ¿por qué abandonaría usted a las niñas?». — «No se aguantaba más en la casa. El ama de llaves, la cocinera y la institutriz parecen haber creído que me ensoberbecía en mi puesto; se han unido en una pequeña intriga contra mí: le murmuraron todo lo que pudieron sobre mí al abuelo (de las niñas), y yo no encontré en los dos señores el apoyo que había esperado cuando llevé a ellos mi queja. Por eso anuncié mi renuncia al señor director (el padre de las niñas); él respondió muy amistosamente que debía tomarme dos semanas para reflexionar antes de comunicarle mi decisión definitiva. En ese período de vacilación me encontraba yo entonces; yo creía que abandonaría la casa. He permanecido en ella después». — «Pero, ¿hay algo en particular que la ate a las niñas, además de la ternura que le muestran?». — «Sí; había prometido en su lecho de muerte a la madre de ellas, que era parienta lejana de la mía, ocuparme con todas mis fuerzas de las pequeñas, no abandonarlas, y sustituirles la madre. De haber dado preaviso habría roto esa promesa».

Así parecía completo el análisis de la sensación olfatoria subjetiva; de hecho, esta había sido objetiva en su momento, y además asociada íntimamente con una vivencia, una pequeña escena, en que libraron batalla encontrados afectos: la lástima por abandonar a las niñas y las afrentas que empero la empujaban a tomar esa decisión. Es comprensible que la carta de la madre, puesto que ella pensaba irse de aquí a casa de su madre, le recordara los motivos de esta decisión. El conflicto de los afectos había elevado ese factor a la condición de trauma, y como símbolo de este permaneció la sensación olfatoria que se había conectado con él. No obstante, todavía hacía falta explicar que entre todas las percepciones sensoriales de aquella escena hubiera escogido como símbolo justamente un olor. Pero yo ya estaba preparado para utilizar en esa explicación la enfermedad crónica de su nariz. Por otra parte, ante mi pregunta directa ella indicó que en ese tiempo padecía otra vez un resfriado tan violento que apenas conservaba olfato. Sin embargo, en

su excitación percibió el olor de los pastelillos quemados, que se impuso sobre la anosmia de fundamento orgánico.

No me contenté con el esclarecimiento así obtenido. Todo sonaba muy verosímil, pero me faltaba algo, una razón aceptable para que esa serie de excitaciones y esa querella de los afectos tuviera que llevar justamente a la histeria. ¿Por qué no había permanecido todo en el terreno de la vida anímica normal? Con otras palabras, ¿qué justificaba la conversión ahí presente? ¿Por qué no se acordaba de continuo de la escena misma en vez de recordar la sensación enlazada a ella, a la cual privilegiaba como símbolo del recuerdo? Tales preguntas habrían sido impertinentes y ociosas si se tratara de una histérica de antigua data, en quien aquel mecanismo de la conversión fuera habitual. Pero esta muchacha sólo había adquirido histeria como consecuencia de ese trauma o, al menos, como consecuencia de esa pequeña historia de padecimiento.

Por el análisis de casos parecidos, yo sabía ya que si una histeria es de nueva adquisición hay una condición psíquica indispensable para ello: *que una representación sea reprimida* {desalojada} *deliberadamente de la conciencia* [cf. pág. 36n.], excluida del procesamiento asociativo. En esta represión deliberada veo también el fundamento para la conversión de la suma de excitación, sea ella total o parcial. La suma de excitación no destinada a entrar en asociación psíquica halla, tanto más, la vía falsa hacia una inervación corporal. En cuanto al fundamento de la represión misma, sólo podía ser una sensación de displacer, la inconciliabilidad {*Unverträglichkeit*} de la idea por reprimir con la masa de representaciones dominante en el yo. Ahora bien, la representación reprimida se venga volviéndose patógena.

Entonces, del hecho de que Miss Lucy R. hubiera caído presa de la conversión histérica en aquel momento yo extraje la conclusión de que entre las premisas de ese trauma tenía que haber *una* que ella deliberadamente quisiera dejar en la oscuridad, que se empeñara por olvidar. Si uno compaginaba la ternura hacia las niñas y la animadversión hacia las otras personas de la casa, esto sólo admitía *una* interpretación. Tuve la osadía de comunicársela a la paciente. Le dije: «No creo que esas sean todas las razones de su sentimiento hacia las dos niñas; más bien conjeturo que usted está enamorada de su patrón, el director, acaso sin saberlo usted misma; creo que alimenta en su alma la esperanza de ocupar de hecho el lugar de la madre, y que a eso se debe, además, que se haya vuelto tan suspicaz hacia el personal de servicio, con el cual ha convivido en paz durante tanto

tiempo. Usted tiene miedo de que noten algo de su esperanza y se le mofen por ello».

He aquí su respuesta, con su modo lacónico: «Sí, creo que es así». — «Pero si usted sabía que amaba al director, ¿por qué no me lo dijo?». — «Es que yo no lo sabía o, mejor, no quería saberlo; quería quitármelo de la cabeza, no pensar nunca más en ello, y aun creo que en los últimos tiempos lo había conseguido». ⁴ — «¿Por qué no quería confesarse usted esa inclinación? ¿Le daba vergüenza amar a un hombre?». — «¡Oh, no! No soy una irracional mojigata, una no es responsable de sus sentimientos. Pero ello me resultaba penoso sólo porque él es el patrón a cuyo servicio estoy, en cuya casa vivo, y respecto de quien yo no siento en mi interior, como hacia otro cualquiera, una independencia total. Y porque yo soy una muchacha pobre y él es un hombre rico de buena familia; se me reirían si vislumbraran algo de esto».

Ahora no encuentro en ella resistencia alguna para iluminar la génesis de esa inclinación. Cuenta que durante los primeros años vivió despreocupada en la casa y desempeñaba sus deberes sin caer en unos deseos incumplibles. Pero cierta vez ese señor serio, recargado de ocupaciones, de ordinario reservado hacia ella, le inició plática acerca de los reclamos de la educación infantil. Se puso más suave y simpático que lo habitual, le dijo cuánto esperaba de ella para el cuidado de sus hijas huérfanas, y en eso la miraba de una manera particular. (. . .) En ese momento ella empezó a amarlo y de muy buena gana se entregó a la alentadora esperanza que había sacado de aquella plática. Sólo cuando luego no hubo nada más, cuando ella aguardó perseverante y no llegó ninguna segunda sesión de cambio familiar de ideas, se resolvió a quitarse la cosa de la mente. Me da toda la razón en cuanto a que aquella mirada que él le arrojó en la plática iba consagrada a la memoria de su esposa muerta, y también

⁴ Nunca he logrado mejor descripción del curioso estado en que uno sabe algo y al mismo tiempo no lo sabe. Evidentemente, sólo se lo puede comprender si uno mismo se ha hallado en un estado así. Poseo un muy llamativo recuerdo de esta índole, que tengo vívido ante los ojos. Cuando me empeño en recordar qué pasaba entonces en mi interior, es harto magro mi botín. Vi esa vez algo que en modo alguno se adecuaba a mi expectativa, pero lo visto no me apartó en nada de mi decidido propósito, cuando en verdad esa percepción habría debido cancelarlo. No devine conciente de la contradicción, y tampoco noté nada del afecto de la repulsión, que, empero, tuvo que ser el culpable de que aquella percepción no alcanzara ningún valimiento psíquico. Viendo con mis ojos, fui presa de aquella ceguera que tanto nos asombra en la actitud de las madres hacia sus hijas, de los maridos hacia sus esposas, de los señores hacia sus favoritos.

tiene bien en claro que su inclinación carece de toda perspectiva.

De esta conversación yo esperaba un cambio radical de su estado, que por el momento no se produjo. Siguió oprimida y desazonada; una cura hidropática que le hice tomar al mismo tiempo la reanimó un poco por las mañanas; el olor a pastelillos quemados no había desaparecido del todo, pero sí se había vuelto más raro y débil; como ella decía, sólo le llegaba estando muy emocionada. La persistencia de este símbolo mnémico me hizo conjeturar que él, además de la escena principal, había recogido en sí la subrogación de múltiples y pequeños traumas colaterales; entonces nos pusimos a explorar cuanto pudiera guardar relación con la escena de los pastelillos quemados, recorrimos el tema de los roces en la casa, el comportamiento del abuelo, etc. La sensación del olor a chamusquina iba desapareciendo más y más. En este punto sobrevino una interrupción más prolongada a causa de una nueva afección nasal, que llevó al descubrimiento de la caries del etmoides [pág. 124].

Al reaparecer, me informó que para Navidad había recibido muchísimos regalos de ambos señores, y aun del personal de servicio de la casa, como si todos se afanaran por reconciliarse con ella y borrar el recuerdo de los conflictos de los últimos meses. Pero esta manifiesta solicitud no le había hecho impresión alguna.

Cuando volví a preguntarle otra vez por el olor a pastelillos quemados, me anotició de que había desaparecido por completo, sólo que en su remplazo la torturaba otro olor similar, como de humo de cigarro. Le parecía que este ya había estado ahí desde antes, pero como cubierto por el olor de los pastelillos. Me dijo que ahora había surgido puro.

No estaba yo muy satisfecho con el resultado de mi terapia. Había ocurrido lo que se suele imputar a una terapia meramente sintomática: se había removido un síntoma sólo para que uno nuevo pudiera situarse en el lugar despejado. A pesar de ello, me dispuse a la eliminación analítica de este nuevo símbolo mnémico.

Pero esta vez ella no sabía de dónde provenía esa sensación olfatoria subjetiva; no sabía en qué oportunidad importante había sido objetiva. «En casa todos los días se fuma —dijo—; en realidad no sé si el olor que siento significa una oportunidad particular». Entonces yo me obstiné en que intentara acordarse bajo la presión de mi mano. Ya he consignado que sus recuerdos tenían vividez plástica, que ella era una «visual». Y, de hecho, bajo mi esforzar {*Drängen*} le afloró una imagen, al comienzo vacilante y sólo

fragmentaria. Era el comedor de su casa, donde aguardaba con las niñas a que los señores vinieran de la fábrica para el almuerzo. — «Ahora todos nos sentamos en torno de la mesa: los señores, la institutriz francesa, el ama de llaves, las niñas y yo. Pero es como todos los días». — «No hace falta sino que usted siga mirando la imagen, ella se desarrollará y especificará». — «Sí, ahí hay un huésped, el jefe de contaduría, un señor mayor que ama a las niñas como si fueran sus nietecitas; pero esto sucede harto a menudo a mediodía, tampoco hay ahí nada de particular». — «Tenga usted paciencia, siga mirando la imagen, sin duda surgirá algo». — «No sucede nada. Nos levantamos de la mesa, las niñas deben despedirse e ir luego con nosotros, como todos los días, al segundo piso». — «¿Y entonces?». — «Y, sin embargo, es esta una oportunidad particular; ahora reconozco la escena. Cuando las niñas se despiden, el jefe de contaduría quiere besarlas. El señor se sobresalta {*auffahren*} y le espeta directamente: “¡No se besa a las niñas!”. Eso me clava una espina en el corazón, y como los señores ya estaban fumando, permanece en mi memoria el olor a cigarro».

Esa era, pues, la segunda escena, situada a mayor profundidad, que había tenido el efecto de un trauma y dejado como secuela un símbolo mnémico. Pero, ¿a qué se debía la eficacia de esa escena? Pregunté: «¿Cuál de estas escenas fue anterior en el tiempo, esta o la de los pastelillos quemados?». — «La segunda escena {la que acaba de contarle} es la primera, y por casi dos meses». — «¿Y por qué esta defensa del padre le clavó a usted una espina? La reprimenda no se dirigía contra usted». — «Pero no era justo atropellar {*anfabren*} así a un señor mayor, que es un amigo querido y por añadidura huésped. Uno no puede decirlo tranquilamente». — «Entonces, ¿sólo la lastimó la forma violenta de su patrón? ¿Se avergonzó por él, o acaso pensó: “Si por una pequeñez así puede ser tan violento con un viejo amigo y huésped, cuánto más no lo sería conmigo si yo fuera su mujer”?»». — «No, no es eso». — «¿Entonces fue por la violencia?». — «Sí, por el besar a las niñas, nunca le gustó». — Y hete aquí que reaflore, bajo la presión de mi mano, el recuerdo de una escena todavía más antigua, que fue el trauma genuinamente eficaz y había prestado eficacia traumática también a la escena con el jefe de contaduría.

Lo mismo había sucedido meses antes; una dama amiga de la familia vino a visitarlos y al despedirse besó a las dos niñas en la boca. El padre, que estaba presente, se dominó para no decir nada a la dama, pero ida esta descargó su cólera sobre la desdichada gobernanta. Le declaró que la hacía

responsable si alguien llegaba a besar a las niñas en la boca; era su deber no tolerarlo, y faltaba a sus obligaciones si lo consentía. Si volvía a ocurrir, confiaría a otras manos la educación de las niñas. Era la época en que aún se creía amada y esperaba una repetición de aquel coloquio amistoso. Esta escena pulverizó sus esperanzas. Se dijo: «Si por una cuestión tan pequeña, y en la que además yo soy por entero inocente, puede desatarse *{losfabren}* contra mí de ese modo, puede decirme tales amenazas, yo me he equivocado, nunca ha tenido un sentimiento más cálido hacia mí. Este le habría impuesto miramientos». — Evidentemente, fue el recuerdo de esa penosa escena el que le acudió cuando el jefe de contaduría quiso besar a las niñas y el padre lo reprendió por ello.

Cuando Miss Lucy volvió a visitarme dos días después de este último análisis, no pude menos que preguntarle qué le había sucedido de grato. Estaba como trasformada, sonreía y llevaba la cabeza erguida. Por un instante llegué a pensar que había apreciado erróneamente la situación, y que la gobernanta de las niñas era ahora la novia del director. Pero ella aventó *{abwehren}* mis conjeturas: «No ha sucedido absolutamente nada. Es que usted no me conoce, sólo me ha visto enferma y desazonada. De ordinario soy muy alegre. Al despertarme ayer por la mañana, la opresión se me había quitado y desde entonces estoy bien». — «¿Y qué opinión tiene sobre sus perspectivas en la casa?». — «Estoy bien en claro, sé que no tengo ninguna, y ello no me hará desdichada». — «¿Y se llevará bien ahora con el personal doméstico?». — «Creo que mi susceptibilidad tuvo la mayor parte en ello». — «¿Y ama todavía al director?». — «Sí, por cierto, lo amo, pero ya no me importa nada. Una puede pensar y sentir entre sí lo que una quiera».

Examino ahora su nariz y hallo que han retornado casi por completo su sensibilidad al dolor y sus reflejos; también distingue los olores, pero de manera insegura y sólo cuando son algo más intensos. Me veo precisado a dejar abierto el problema de saber en qué medida la enfermedad de la nariz participaba en esa anosmia.

El tratamiento en su conjunto había abarcado nueve semanas. Cuatro meses después me topé con la paciente por casualidad en uno de nuestros lugares de veraneo. Estaba alegre y confirmó la perduración de su bienestar.

Epicrisis

Yo no menospreciaría el caso clínico aquí referido, por más que corresponda a una histeria pequeña y leve y disponga sólo de unos pocos síntomas. Por lo contrario, me parece aleccionador que también contraer una enfermedad así, pobre como neurosis, necesite de tantas premisas psíquicas; y en una apreciación más detenida de este historial clínico estoy tentado de postularlo como arquetípico de una clase de histeria, a saber: aquella forma que puede ser adquirida, en virtud de vivencias *apropiadas*, hasta por una persona sin lastre hereditario. Bien visto, no hablo de una histeria que sería independiente de toda predisposición; es probable que no haya una histeria tal. Pero de esa clase de predisposición sólo hablamos cuando la persona ya ha devenido histérica; antes de ello, nada la ha revelado. Una predisposición neuropática como de ordinario se la entiende es algo diverso; está comandada, ya antes que se contraiga la enfermedad, por la medida de tara hereditaria o la suma de anormalidades psíquicas individuales. Hasta donde yo estoy enterado, nada de estos dos factores se registraba en Miss Lucy R. Es lícito, pues, llamar «adquirida» a su histeria, y esta no presupone más que la aptitud, probablemente muy difundida. . . a adquirir una histeria, aptitud de cuya caracterización apenas si estamos sobre el rastro. Ahora bien, en tales casos el centro de gravedad se sitúa en la naturaleza del trauma, desde luego que en su nexa con la reacción de la persona frente a él. Demuestra ser condición indispensable para adquirir la histeria que entre el yo y una representación que se le introduce se genere la relación de la inconciliabilidad. Espero poder mostrar en otro lugar cómo diferentes perturbaciones neuróticas provienen de los diversos procedimientos que emprende el «yo» para librarse de aquella inconciliabilidad.⁵ Y la modalidad histérica de la defensa —modalidad para la cual se requiere una particular aptitud— consiste en la *conversión* de la excitación en una inervación corporal; la ganancia de esto es que la representación inconciliable queda esforzada afuera {*drängen aus*} de la conciencia yoica. A cambio, la conciencia yoica conserva la reminiscencia corporal generada por conversión —en nuestro caso, las

⁵ [Freud esbozó la distinción entre los mecanismos psíquicos propios de la histeria, la neurosis obsesiva y la paranoia en una comunicación a Fliess del 1º de enero de 1896 (Freud, 1950a, Manuscrito K), *AE*, 1, págs. 260-9; ese mismo año, en el mes de mayo, dio a publicidad esos hallazgos en «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896b).]

sensaciones olfatorias subjetivas— y padece bajo el afecto que, con mayor o menor nitidez, se anuda justamente a esas reminiscencias. La situación así creada ya no experimenta más alteraciones; en efecto, la contradicción que habría propendido al trámite del afecto ha sido cancelada ya por represión y conversión. Así, el mecanismo por el cual se produce la histeria corresponde, por una parte, a un acto de pusilanimidad moral y, por la otra, se presenta como un dispositivo protector de que el yo dispone. En muchos casos uno se ve precisado a admitir que la defensa frente al incremento de excitación por medio de la producción de una histeria fue, a la sazón, lo más acorde al fin; más a menudo, desde luego, uno llegará a la conclusión de que una medida mayor de coraje moral habría sido ventajosa para el individuo.

Según lo dicho, el momento genuinamente traumático es aquel en el cual la contradicción se impone al yo y este resuelve expulsar la representación contradictoria. Tal expulsión no la aniquila, sino que meramente la esfuerza a lo inconciente [cf. pág. 68*n.*]; y si este proceso sobreviene por primera vez, establece un centro nuclear y de cristalización para que se forme un grupo psíquico divorciado del yo, en torno del cual en lo sucesivo se reunirá todo lo que tenga por premisa aceptar la representación impugnada. La escisión de la conciencia en estos casos de histeria adquirida es entonces intencional, deliberada, y, al menos con frecuencia, introducida por un acto voluntario. En verdad, lo que sucede es diverso de lo que el individuo se proponía; pretendía cancelar una representación como si nunca hubiera aparecido, pero sólo consigue aislarla psíquicamente.

En la historia de nuestra paciente, el momento traumático corresponde a la escena que le hizo el director por el beso a las niñas. Pero esa escena permanece por un tiempo sin efecto visible; acaso empezaron con ella la desazón y la animosidad, no lo sé: los síntomas histéricos se generaron sólo después, en momentos que uno designaría «auxiliares»⁶ y caracterizaría diciendo que en ellos, como en la conciencia sonámbula ensanchada, confluyen temporariamente los dos grupos psíquicos divorciados. El primero de esos momentos, en el que se produjo la conversión, fue en Miss Lucy R. la escena de la mesa, cuando el jefe de contaduría quiso besar a las niñas. Aquí co-jugó el recuerdo traumático, y ella se comportó como si todo lo que se refería a su inclinación hacia su patrón no se hubiera arruinado ya. En otros histo-

⁶ [Esos momentos traumáticos «auxiliares» ya habían sido examinados en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *AE*, 3, pág. 51.]

riales clínicos, estos diversos momentos coinciden, la conversión acontece de manera inmediata bajo la injerencia del trauma.

El segundo momento auxiliar repite con bastante exactitud el mecanismo del primero. Una impresión intensa restablece provisionalmente la unidad de la conciencia y la conversión recorre el mismo camino que se le abrió la primera vez. Es interesante que el síntoma generado en el segundo tiempo cubra al primero, de modo que este último no es sentido con claridad hasta no ser removido aquel. Digna de nota me parece, además, la inversión de la secuencia temporal, a que también el análisis debió plegarse. En toda una serie de casos me he encontrado con parecido fenómeno: los síntomas generados después recubrían a los primeros, y sólo lo último hasta lo cual el análisis avanzaba contenía la clave del todo.

La terapia consistió aquí en la compulsión que obligó a reunir los grupos psíquicos escindidos con la conciencia yoica. Cosa notable, el éxito no era paralelo a la medida del trabajo realizado; sólo cuando se tramitó la última pieza sobrevino de pronto la curación.

4. Katharina... (Freud)

En las vacaciones de 189... hice una excursión a los Hohe Tauern¹ como para olvidar por un tiempo la medicina y, en particular, las neurosis. Casi lo había logrado, cuando cierto día me desvié de la ruta principal para ascender a un retirado monte, famoso por el paisaje que ofrecía y por su bien atendido refugio. Llegué, pues, a la cima tras dura ascensión y, ya recuperado y descansado, quedé absorto en la contemplación de arrobadoras vistas, tan olvidado de mí que a punto estuve de no darme por aludido cuando escuché esta pregunta: «¿El señor es un doctor?». Pero la pregunta se dirigía a mí, y provenía de una muchacha de unos dieciocho años que me había servido en el almuerzo con gesto bastante fastidiado y a quien la posadera llamó por el nombre de «Katharina». Por su vestido y su porte no podía ser una doméstica, sino que debía de ser hija o parienta de la posadera.

Ya vuelto en mí, le respondí: «Sí, soy un doctor. ¿Cómo lo sabe?».

«El señor se ha inscrito en el libro de viajeros, y yo me dije que si el señor doctor tuviera ahora un poquitito de tiempo... Es que estoy enferma de los nervios y ya una vez estuve en casa de un doctor en L.; es cierto que él algo me ha dado, pero todavía no estoy buena».

Heme ahí de nuevo con las neurosis, pues de otra cosa no podía tratarse en esta muchacha grande y vigorosa, de gesto apesadumbrado. Me interesó que las neurosis se hubieran propagado a más de 2.000 metros de altura, y seguí interrogando.

Reproduzco en lo que sigue la conversación que hubo entre nosotros tal como se ha grabado en mi memoria, y le dejo a la paciente su dialecto.

«¿Y de qué sufre usted?».

«Me falta el aire; no siempre, pero muchas veces me agarra que creo que me ahogaré».

A primera vista no suena esto neurótico, pero se me hacía

¹ [Una de las más altas cadenas montañosas de los Alpes orientales.]

probable que fuera sólo una designación sustitutiva para un ataque de angustia. Del complejo de sensación de la angustia resalta de manera indebida un solo factor, el angostamiento para respirar.

«Tome usted asiento. Descríbame cómo es ese estado de “falta de aire”».

«Se abate de pronto sobre mí. Primero me hace como una opresión sobre los ojos, la cabeza se pone pesada y me zumba, cosa de no aguantar, y me mareo tanto que creo que me voy a caer, y después se me oprime el pecho que pierdo el aliento».

«¿Y no siente nada en la garganta?».

«Se me aprieta la garganta como si me fuera a ahogar».

«¿Y en la cabeza no le sucede nada más?».

«Martilla y martilla hasta estallar».

«Bien; ¿y no siente usted miedo mientras tanto?».

«Siempre creo que me voy a morir; yo de ordinario soy corajuda, ando sola por todas partes, por el silo y todo el monte abajo; pero cuando es un día de esos en que tengo aquello no me atrevo a ir a ninguna parte; siempre creo que alguien está detrás y me agarrará de repente».

Era realmente un ataque de angustia, y por cierto que introducido por los signos del aura histérica; o, mejor dicho, era un ataque histérico que tenía por contenido la angustia. ¿No habría algún otro contenido?

«¿Piensa usted siempre lo mismo, o ve algo frente a sí cuando tiene el ataque?».

«Sí, siempre veo un rostro horripilante; me mira tan espantosamente; yo le tengo miedo».

Ahí se ofrecía, quizás, un camino para avanzar con rapidez hasta el núcleo de la cuestión.

«¿Reconoce usted ese rostro? Creo que será un rostro que usted ha visto realmente alguna vez».

«No».

«¿Sabe usted de dónde provienen sus ataques?».

«No».

«¿Cuándo los tuvo por primera vez?».

«La primera vez fue hace dos años, cuando aún estaba con mi tía en el otro monte. Antes tuvo ahí el albergue; ahora estamos aquí desde hace un año y medio, pero eso me sigue viniendo».

¿Debía emprender aquí un intento de análisis? Por cierto que no me atrevía a trasplantar la hipnosis a esa altitud, pero quizá lo consiguiera en una simple plática. Debía arriesgarme. Harto a menudo había discernido la angustia en muchachas jóvenes como una consecuencia del horror que invade

a un ánimo virginal cuando el mundo de la sexualidad se le abre por primera vez.²

Le dije entonces: «Si usted no lo sabe, yo le diré de dónde creo que le han venido sus ataques. En algún momento, dos años atrás, usted ha visto o escuchado algo que la embarazó mucho, que preferiría no haber visto».

Y ella: «¡Cielos, sí! ¡He pillado a mi tío con la muchacha, con Franziska, mi prima!».

«¿Qué historia es esa de la muchacha? ¿No quiere contármela usted?».

«A un doctor una puede decírselo todo. Sepa, pues, que mi tío, el marido de mi tía a quien usted ha visto, tenía entonces la posada con mi tía en el monte X. Ahora se han separado, y yo soy la culpable de que estén separados, pues por mí se destapó {*aufkommen*} que él se entiende con Franziska».

«Bien; ¿cómo llegó {*kommen*} usted a ese descubrimiento?».

«Fue así. Cierta vez, hace dos años, unos señores habían ascendido allá {*heraufkommen*} y pidieron de comer. La tía no estaba en casa, y a Franziska no se la encontraba por ninguna parte; era la que siempre cocinaba. Tampoco se hallaba al tío. Buscamos por doquier, y entonces el muchacho, Alois, mi primo, dice: “Al cabo, Franziska está con el padre”. Entonces los dos echamos a reír, pero sin pensar en cosa mala. Vamos al dormitorio que tiene mi tío, y la puerta está con tranca. Pero me resultó llamativo. Y dice Alois: “En el pasillo hay una ventana, desde ahí se puede mirar dentro del dormitorio”. Vamos al pasillo. Pero Alois no se anima a la ventana, dice que tiene miedo. Entonces yo digo: “¡Ah, muchacho tonto! Voy yo, no tengo miedo ninguno”. Pero en todo eso yo andaba sin malicia ninguna. Miro aden-

² Quiero mencionar el caso en que discerní por primera vez este nexo causal. Trataba a una señora joven por una complicada neurosis; tampoco ella quería admitir que había contraído su padecimiento en su vida conyugal. [Cf. *supra*, págs. 129-30n.] Objetaba que ya de muchacha había padecido ataques de angustia, que desembocaban en desmayos. Me mantuve firme. Cuando nos hubimos conocido mejor, me dijo de repente un día: «Ahora le informaré también de dónde me venían mis ataques de angustia cuando muchacha. Dormía en esa época en una habitación contigua a la de mis padres, la puerta estaba abierta y una candela ardía sobre la mesa. Algunas veces vi, pues, cómo mi padre se llegaba a la cama de mi madre, y he escuchado algo que me causó viva emoción. Tras eso me vinieron mis ataques». [Dos casos de esta clase son mencionados por Freud en su carta a Fliess del 30 de mayo de 1893 (Freud, 1950a, Carta 12). Véase también su primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895b), *AE*, 3, págs. 100-1.]

tro, el dormitorio estaba bastante oscuro, pero ahí veo al tío y a Franziska, y él yace sobre ella».

«¿Y entonces?».

«Al punto me he apartado de la ventana, me he apoyado en la pared y me entró la falta de aire que desde entonces tengo; se me nubló el entendimiento, sentí un peso sobre los ojos y en la cabeza me martillaban y todo bullía».

«¿Se lo dijo enseguida, ese mismo día, a la tía de usted?».

«Oh, no, no le he dicho nada».

«¿Y por qué se aterró tanto cuando encontró juntos a los dos? ¿Acaso entendió algo? ¿Se le pasó por la mente lo que ahí sucedía?».

«Oh, no; en ese entonces no entendí nada, sólo tenía dieciséis años. No sé qué me aterró».

«Señorita Katharina: si usted pudiera recordar lo que entonces pasó dentro de usted, cómo le entró el primer ataque, qué se le pasó entonces por la cabeza, quedaría sana».

«¡Ah, si pudiera! Pero estuve tan aterrorizada que lo he olvidado todo».

(Esto quiere decir, traducido al lenguaje de nuestra «Comunicación preliminar» [pág. 38]: El afecto mismo crea al estado hipnoide, cuyos productos luego se mantienen fuera del comercio {*Verkehr*} asociativo con el yo-conciencia {*Ich-Bewusstsein*}.)

«Dígame usted, señorita; la cabeza que siempre ve cuando le falta el aire, ¿no será la cabeza de Franziska, como usted la vio entonces?».

«Oh, no; no era tan horripilante, y además es sin duda una cabeza de hombre».

«¿O quizá la de su tío?».

«No he visto su rostro tan nítido, estaba demasiado oscuro en el dormitorio; y, ¿por qué habría puesto en ese momento una cara tan espantosa?».

«Tiene razón». (De pronto pareció extraviado el camino. Quizá se encuentre algo en lo que sigue del relato.) «¿Y qué sucedió después?».

«Pues, que los dos han de haber escuchado ruido. Enseguida salieron {*herauskommen*}. Yo estuve muy mal todo el tiempo, no podía dejar de pensar y pensar; dos días después fue domingo, hubo mucho que hacer, trabajé el día entero, y el lunes por la mañana sentí de nuevo el mareo y vomité y permanecí en cama, y vuelta y vuelta a los vómitos durante tres días».

A menudo habíamos comparado [Breuer y yo] la sintomatología histérica con una escritura figural que, tras descubrir algunos casos bilingües, atinábamos a leer. En ese

alfabeto, vómito significa asco. Le dije entonces: «Si usted tres días después vomitó, creo que en ese momento, cuando miró dentro del dormitorio, usted sintió asco».

«Sí, asqueada tengo que haber estado», dice pensativa. «Pero, ¿de qué?».

«¿Quizá vio algún desnudo? ¿Cómo estaban las dos personas en el dormitorio?».

«Estaba demasiado oscuro para ver algo, y los dos estaban con ropa puesta. ¡Ah, si supiera qué me dio asco en ese momento!».

Tampoco yo lo sabía. Pero la exhorté a seguir contando lo que se le ocurriera, con la expectativa cierta de que fuese justamente lo que me hacía falta para esclarecer el caso.

Informa entonces que por fin comunicó a su tía, quien la hallaba cambiada y sospechaba algún secreto, lo que había descubierto; siguieron escenas muy afligentes entre tío y tía; los niños escucharon cosas que les abrieron los ojos sobre muchos puntos, y que mejor no hubieran escuchado; hasta que la tía se decidió a tomar a su cargo esta otra posada, con sus hijos y sobrina, y dejar solo al tío con Franziska, que entretanto había quedado embarazada. Pero luego, para mi asombro, ella abandona este hilo y empieza a contar dos series de historias más antiguas, que se remontaban de dos a tres años atrás del momento traumático. La primera serie contiene ocasiones en que ese mismo tío la asediaba sexualmente a ella, cuando sólo tenía catorce años. Cómo cierta vez hace con él una excursión al valle, y allí pernocta en la posada. El se quedó bebiendo y jugando a las cartas en el salón, a ella le vino sueño y se fue temprano a la habitación que les habían asignado a ambos. No dormía muy profundamente cuando él subió {*hinaufkommen*}; después se volvió a dormir, y de repente se despertó y «sintió su cuerpo» en la cama. Se levantó de un salto y le hizo reproches: «¿Qué haces, tío? ¿Por qué no te quedas en tu cama?». El intentó engatusarla: «Anda, muchacha tonta, quédate quieta; tú no sabes qué bueno es eso». — «No me gusta lo bueno de usted, ni siquiera dormir la dejan a una». Permaneció de pie junto a la puerta, lista para escapar al pasillo, hasta que él desistió y se durmió a su vez. Entonces ella se metió en la cama y durmió hasta la mañana. Por la modalidad de defensa de que ella informa, parece desprenderse que no discernió claramente el ataque como sexual; preguntada si sabía qué quería hacer él con ella, respondió: «En ese tiempo no»; sólo mucho después se le volvió claro. Refiere que se resistió porque le resultaba desagradable que la molestaran cuando dormía y «porque eso no se hace».

Me he visto precisado a informar en detalle sobre este episodio porque posee gran significatividad para entender todo lo que siguió. — Luego cuenta otras vivencias de un tiempo algo posterior, cómo otra vez tuvo que defenderse de él en una posada, cuando estaba totalmente bebido, etc. A mi pregunta sobre si en esas ocasiones sintió algo semejante a la posterior falta de aire, responde con precisión que todas las veces tuvo la presión sobre los ojos y sobre el pecho, pero ni con mucho tan intensa como en la escena del descubrimiento.

Inmediatamente después de concluida esta serie de recuerdos empieza a referir una segunda, en la que se trata de oportunidades en que algo le llamó la atención entre su tío y Franziska. Cómo una vez toda la familia pasó la noche vestida en un pajar y ella de pronto se despertó a causa de un ruido; creyó notar que su tío, que yacía entre ella y Franziska, se movía de sitio y Franziska se estaba acostando. Cómo otra vez pernoctaron en una posada de la aldea N., ella y su tío en una habitación, Franziska en otra contigua. A la noche se despertó de repente y vio una figura larga y blanca junto a la puerta, en tren de bajar el picaporte: «¡Cielos, tío! ¿Es usted? ¿Qué hace en la puerta?». — «Quédate tranquila, sólo buscaba algo». — «Es que se sale por la otra puerta». — «Me he equivocado», etc.

Le pregunto si en esa época malició algo. «No, no se me pasó nada por la cabeza; es cierto que siempre me sorprendía, pero no ataba cabos». — Le pregunto también si en esas oportunidades le vino la angustia. Cree que sí, pero esta vez no está tan segura de ello.

Después que ha terminado estas dos series de relatos toma respiro. Está como trasfigurada; el rostro con expresión de fastidio y pesadumbre se había animado; tiene los ojos brillantes, está aliviada y renovada. A mí, entretanto, se me abrió el entendimiento de su caso; lo último que me acaba de referir, en apariencia sin plan alguno, explica excelentemente su comportamiento en la escena del descubrimiento. Llevaba dentro de sí dos series de vivencias que ella recordaba, pero no entendía ni valorizaba en conclusión ninguna; a la vista de la pareja copulando se estableció al instante la conexión de la impresión nueva con esas dos series de reminiscencias; empezó a comprender y, al mismo tiempo, a defenderse. Luego siguió un breve período de acabado, de «incubación» [cf. pág. 149], y se instalaron los síntomas de la conversión, el vómito como sustituto del asco moral y psíquico. Con ello quedaba solucionado el enigma; no le dio asco la visión de aquellos dos, sino un recuerdo que

esa visión le evocó, y, bien ponderadas todas las cosas, sólo podía ser el recuerdo del asalto nocturno, cuando ella «sintió el cuerpo del tío».

Le dije, pues, tras terminar ella su confesión: «Ahora ya sé lo que se le pasó por la cabeza cuando miró dentro del dormitorio. Usted ha pensado: “Ahora hace con ella lo que aquella noche, y las otras veces, quería hacer conmigo”. Eso le dio asco porque usted se acordó de la sensación que tuvo cuando a la noche se despertó y sintió su cuerpo».

Ella responde: «Muy bien puede ser que eso me diera asco y se me pasara eso por la cabeza».

«Ahora dígame con exactitud; ya es una muchacha crecida, y lo sabe todo».

«Ahora sí, claro está».

«Dígame entonces con exactitud: ¿qué fue lo que sintió de su cuerpo aquella noche?».

Pero ella no da una respuesta precisa; sonrío turbada y como convicta y confesa, como uno que debe admitir que ahora se ha llegado {*kommen*} a la raíz de las cosas, sobre la cual ya no cabe decir mucho más. Puedo imaginarme cuál fue la sensación táctil que más tarde aprendió a interpretar; su gesto pareceme decir que presupone que yo me imagino lo correcto, pero ya no puedo seguir ahondando en ella; sólo me resta agradecerle que resulte tanto más fácil hablar con ella que con las mojigatas damas de mi práctica urbana, para quienes todas las cosas naturales son obscenas.

Con esto estaría aclarado el caso; pero, un momento: ¿de dónde proviene la alucinación de la cabeza que le provoca pavor y es recurrente en el ataque? Ahora se lo pregunto. Como si en esta plática se hubiera ensanchado su entendimiento, responde enseguida: «Sí, ahora lo sé: la cabeza es la de mi tío, ahora la reconozco; pero no de aquel tiempo. Más tarde, después que se desataron todas las querellas, mi tío concibió una absurda furia contra mí; siempre ha dicho que soy la culpable de todo; si no hubiera soplado, nunca se hubiera llegado {*kommen*} a la separación; siempre me ha amenazado con hacerme algo; cuando me vio a lo lejos, su rostro se desfiguró por la furia y se abalanzó sobre mí con la mano levantada. Siempre me he escapado de él, y siempre con la mayor angustia de que me atrapara de improviso en algún lado. El rostro que yo ahora veo siempre es su rostro cuando estaba furioso».

Esta noticia me hace acordar de que el primer síntoma de la histeria, el vómito, ha pasado ya; el ataque de angustia permaneció y se llenó con el nuevo contenido. Según eso, se trata de una histeria ya abreaccionada en gran parte. Es

que, en efecto, ella ha comunicado su descubrimiento al poco tiempo a su tía.

«¿Ha contado a su tía también las otras historias, cómo él la asediaba?».

«Sí; no enseguida, pero después, cuando ya se había hablado de divorcio. Entonces tía dijo: “Esto lo dejamos para más tarde; si opone dificultades ante la justicia, lo diremos también”».

Puedo comprender que justamente del último tiempo, cuando las escenas inquietantes en la casa se acumularon, cuando su estado dejó de despertar el interés de la tía reclamada por la querrela; que de ese tiempo, digo, de acumulación y de retención, quedara el símbolo mnémico [del rostro alucinado].

Espero que el declararse conmigo haya hecho algún bien a esta muchacha tan prematuramente lastimada en su sentir sexual; no la he vuelto a ver.

Epicrisis

Nada podré objetar si en este historial clínico alguien ve menos un caso de histeria analizada que uno resuelto por mero colegir. Es cierto que la enferma admitió todo lo que yo interpolé en su informe como verosímil; empero, no estaba en condiciones de reconocerlo como algo vivenciado. Opino que para ello habría hecho falta la hipnosis. Si supongo que colegí rectamente, y ahora intento reducir este caso al esquema de una histeria adquirida, tal como resultó del caso 3, parece natural comparar las dos series de vivencias eróticas con unos momentos traumáticos, y la escena del descubrimiento de la pareja, con un momento auxiliar [cf. pág. 139]. La semejanza reside en que en las primeras se creó un contenido de conciencia que, excluido de la actividad pensante del yo, permaneció guardado, mientras que en la última escena una nueva impresión fuerza la reunión asociativa de esos grupos, que se encontraban apartados, con el yo. Por otra parte, hallamos también divergencias que no pueden ser descuidadas. La causa del aislamiento no es, como en el caso 3, la voluntad del yo, sino la ignorancia del yo, que aún no sabe qué hacer con unas experiencias sexuales. En este aspecto, el caso de Katharina es típico; en el análisis de cualquier histeria que tenga por fundamento traumas sexuales, uno halla impresiones de la época presexual que, no habiendo producido efectos sobre la niña,

más tarde cobran, como recuerdos, una violencia traumática al abrirse para la joven virgen o la esposa el entendimiento de la vida sexual.³ La escisión de grupos psíquicos es, por así decir, un proceso normal en el desarrollo de los adolescentes, y bien se comprende que su posterior recepción dentro del yo proporcione una ocasión, aprovechada con harta frecuencia, de perturbación psíquica. Además, en este lugar manifestaría la duda de que la escisión de la conciencia por ignorancia se pueda diferenciar realmente de la producida por desautorización conciente, y de que los adolescentes no posean un conocimiento sexual con frecuencia mucho mayor del que se sospecharía en ellos y del que ellos mismos se atribuyen.

Otra divergencia en el mecanismo psíquico de este caso reside en que la escena del descubrimiento, que hemos calificado de «auxiliar», merece al mismo tiempo el nombre de «traumática». Produce efectos por su propio contenido, no meramente por despertar vivencias traumáticas preexistentes; reúne los caracteres de un momento «auxiliar» y de uno traumático. Pero en esta coincidencia yo no veo razón alguna para abandonar una separación conceptual que en otros casos corresponde a una temporal. Otra peculiaridad del caso de Katharina, con la cual empero estamos familiarizados desde hace mucho, se muestra en que la conversión, la producción de los fenómenos histéricos, no se cumple enseguida después del trauma, sino luego de un intervalo de incubación. Charcot llamaba de preferencia a ese intervalo la «época de la elaboración [*élaboration*] psíquica».⁴

La angustia que Katharina padecía en sus ataques es histérica, es decir, una reproducción de aquella angustia que emergió en cada uno de los traumas sexuales. Omito elucidar aquí el proceso que he discernido como el que sobreviene de una manera regular en un número enormemente grande de casos, a saber, la vislumbre de vínculos sexuales produce en personas virginales un afecto de angustia.⁵ [Cf. pág. 143n.]

³ [Freud discutió esto con largueza en las últimas secciones de la parte II de su «Proyecto de psicología» de 1895 (1950a), y manifestó idéntica opinión en sus «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896b), *AE*, 3, págs. 167-8n. Sólo algunos años más tarde reconoció el papel que cumplían en la contracción de neurosis los impulsos, sexuales ya presentes en la niñez temprana. Véase mi «Nota introductoria» a *Tres ensayos de teoría sexual* (1905d), *AE*, 7, págs. 114-5.]

⁴ [Cf. Charcot, 1888, 1, pág. 99, y las consideraciones de Breuer sobre el tema, *infra*, pág. 224.]

⁵ [Nota agregada en 1924:] Después de tantos años, me atrevo

a infringir la discreción entonces observada y a indicar que Katharina no era la sobrina, sino, la hija de la hospedera. Vale decir que la muchacha había enfermado a raíz de unas tentaciones sexuales que partían de su propio padre. Una desfiguración como la practicada por mí en este caso debería evitarse a toda costa en un historial clínico. Naturalmente, no es tan irrelevante para entenderlo como lo sería, por ejemplo, el traslado del escenario de un monte a otro.

5. Señorita Elisabeth von R. (Freud)

En el otoño de 1892, un colega de mi amistad me pidió que examinase a una joven dama que desde hacía más de dos años padecía de dolores en las piernas y caminaba mal. Agregó a su solicitud que consideraba el caso como una histeria, aunque no se hallara en él nada de los signos habituales de la neurosis. Conocía un poco a la familia y sabía que en los últimos años se habían abatido sobre ella muchas desdichas y muy pocas cosas alegres le pasaban. Primero había muerto el padre de la paciente; luego su madre debió someterse a una seria operación de los ojos, y poco después una hermana casada sucumbió, tras un parto, a una vieja dolencia cardíaca. En todas esas penas y todo ese cuidar enfermos nuestra paciente había tenido la mayor participación.

No avancé mucho más en el entendimiento del caso después que hube visto por primera vez a esta señorita de veinticuatro años. Parecía inteligente y psíquicamente normal, y sobrellevaba con espíritu alegre su padecer, que le enervaba todo trato y todo goce; lo sobrellevaba con la «*belle indifférence*» de los histéricos,¹ no pude menos que pensar yo. Caminaba con la parte superior del cuerpo inclinada hacia adelante, pero sin apoyo; su andar no respondía a ninguna de las maneras de hacerlo conocidas por la patología, y por otra parte ni siquiera era llamativamente torpe. Sólo que ella se quejaba de grandes dolores al caminar, y de una fatiga que le sobrevenía muy rápido al hacerlo y al estar de pie; al poco rato buscaba una postura de reposo en que los dolores eran menores, pero en modo alguno estaban ausentes. El dolor era de naturaleza imprecisa; uno podía sacar tal vez en limpio: era una fatiga dolorosa. Una zona bastante grande, mal deslindada, de la cara anterior del muslo derecho era indicada como el foco de los dolores, de donde ellos partían con la mayor frecuencia y alcanzaban su máxima intensidad. Empero, la piel y la musculatura eran ahí particularmente sensibles a la presión y el pellizco; la punción con

¹ [Freud vuelve a citar esta frase en «La represión» (1915d), *AE*, 14, pág. 150, atribuyéndola a Charcot.]

agujas se recibía de manera más bien indiferente. Esta misma hiperalgesia de la piel y de los músculos no se registraba sólo en ese lugar, sino en casi todo el ámbito de ambas piernas. Quizá los músculos eran más sensibles que la piel al dolor; inequívocamente, las dos clases de sensibilidad dolorosa se encontraban más acusadas en los muslos. No podía decirse que la fuerza motriz de las piernas fuera escasa; los reflejos eran de mediana intensidad, y faltaba cualquier otro síntoma, de suerte que no se ofrecía ningún asidero para suponer una afección orgánica más seria. La dolencia se había desarrollado poco a poco desde hacía dos años, y era de intensidad variable.

No me resultaba fácil llegar a un diagnóstico, pero fui del mismo parecer que mi colega, por dos razones. En primer lugar, era llamativo cuán imprecisas sonaban todas las indicaciones de la enferma, de gran inteligencia sin embargo, acerca de los caracteres de sus dolores. Un enfermo que padezca de dolores orgánicos, si no sufre de los nervios {*ner-vös*} además de esos dolores, los describirá con precisión y tranquilidad: por ejemplo, dirá que son lacerantes, le sobrevienen con ciertos intervalos, se extienden de esta a estotra parte, y que, en su opinión, los provoca tal o cual influjo. El neurasténico² que describe sus dolores impresiona como si estuviera ocupado con un difícil trabajo intelectual, muy superior a sus fuerzas. La expresión de su rostro es tensa y como deformada por el imperio de un afecto penoso; su voz se vuelve chillona, lucha para encontrar las palabras, rechaza cada definición que el médico le propone para sus dolores, aunque más tarde ella resulte indudablemente la adecuada; es evidente, opina que el lenguaje es demasiado pobre para prestarle palabras a sus sensaciones, y estas mismas son algo único, algo novedoso que uno no podría describir de manera exhaustiva, y por eso no cesa de ir añadiendo nuevos y nuevos detalles; cuando se ve precisado a interrumpirlos, seguramente lo domina la impresión de no haber logrado hacerse entender por el médico. Esto se debe a que sus dolores han atraído su atención íntegra. En la señorita Von R. se tenía la conducta contrapuesta, y, dado que atribuía empero bastante valor a los dolores, era preciso inferir que su atención estaba demorada en algo otro —probablemente en pensamientos y sensaciones que se entramaban con los dolores—.

Pero más determinante todavía para la concepción de esos

² (Hipocondríaco, aquejado de neurosis de angustia.) [Los paréntesis son de Freud.]

dolores era por fuerza un segundo aspecto. Cuando en un enfermo orgánico o en un neurasténico se estimula un lugar doloroso, su fisonomía muestra la expresión, inconfundible, del desasosiego o el dolor físico; además el enfermo se sobresalta, se sustrae del examen, se defiende. Pero cuando en la señorita Von R. se pellizcaba u oprimía la piel y la musculatura hiperálgicas de la pierna, su rostro cobraba una peculiar expresión, más de placer que de dolor; lanzaba unos chillidos —yo no podía menos que pensar: como a raíz de unas voluptuosas cosquillas—, su rostro enrojecía, echaba la cabeza hacia atrás, cerraba los ojos, su tronco se arqueaba hacia atrás. Nada de esto era demasiado grueso, pero sí lo bastante nítido, y compatible sólo con la concepción de que esa dolencia era una histeria y la estimulación afectaba una zona histerógena.³

El gesto no armonizaba con el dolor que supuestamente era excitado por el pellizco de los músculos y la piel; probablemente concordaba mejor con el contenido de los pensamientos escondidos tras ese dolor y que uno despertaba en la enferma mediante la estimulación de las partes del cuerpo asociadas con ellos. Yo había observado repetidas veces parecidos gestos significativos a raíz de la estimulación de zonas hiperálgicas en casos seguros de histeria; los otros ademanes correspondían evidentemente a la insinuación levísima de un ataque histérico.

En cuanto a la desacostumbrada localización de las zonas histerógenas, no se obtuvo al comienzo esclarecimiento alguno. Además, daba que pensar que la hiperalgesia recayera principalmente sobre la musculatura. La dolencia más frecuente culpable de la sensibilidad difusa y local de los músculos a la presión es la infiltración reumática de ellos, el reumatismo muscular crónico común, cuya aptitud para crear el espejismo de unas afecciones nerviosas ya mencioné [págs. 91-2*n.*]. La consistencia de los músculos doloridos en la señorita Von R. no contradecía este supuesto; se encontraban muchos tendones duros en las masas musculares, y además parecían particularmente sensibles. Lo probable, entonces, era que hubiera sobrevenido una alteración orgánica de los músculos en el sentido indicado, en la cual la neurosis se apuntaló haciendo aparecer exageradamente grande su valor.

También la terapia partió de la premisa de que se trataba de una enfermedad mixta. Recomendamos que continuaran los masajes y faradización sistemáticos de los músculos sen-

³ [Así en la primera edición; en todas las posteriores, sin duda por error, figura «histérica».]

sibles, a pesar del dolor que ello producía, y yo me reservé el tratamiento de las piernas con intensas descargas eléctricas, a fin de poder mantenerme en relación con la paciente. A su pregunta sobre si debía obligarse a caminar, respondimos con un «Sí» terminante.

Así obtuvimos una mejoría leve. Muy en particular, parecían entusiasmarle los dolorosos golpes de la máquina inductora, y cuanto más intensos eran, más parecían refrenar sus propios dolores. Entretanto, mi colega preparaba el terreno para un tratamiento psíquico; cuando, tras cuatro semanas de pseudoterapia, yo lo propuse y di a la enferma alguna información sobre el procedimiento y su modo de acción, hallé rápido entendimiento y mínima resistencia.

Ahora bien, el trabajo que inicié a partir de ese momento resultó uno de los más difíciles que me tocaran en suerte, y la dificultad que hallo para informar sobre él es digna heredera de las dificultades entonces superadas. Por largo tiempo no atiné a descubrir el nexo entre la historia de padecimientos y la dolencia misma, que empero debía de haber sido causada y determinada por aquella serie de vivencias.

Al emprender un tratamiento catártico de esta índole, lo primero será plantearse esta pregunta: ¿Es para la enferma consabido el origen y la ocasión {*Anlass*} de su padecer? En caso afirmativo, no hace falta de ninguna técnica especial para ocasionar {*veranlassen*} que reproduzca su historia de padecimientos; el interés que se le testimonia, la comprensión que se le deja vislumbrar, la esperanza de sanar que se le instila, moverán a la enferma a revelar su secreto. En el caso de la señorita Elisabeth, desde el comienzo me pareció verosímil que fuera conciente de las razones de su padecer; que, por tanto, tuviera sólo un secreto, y no un cuerpo extraño en la conciencia. Cuando uno la contemplaba, no podía menos que rememorar las palabras del poeta: «La máscara presagia un sentido oculto».⁴

Al comienzo podía, pues, renunciar a la hipnosis, con la salvedad de servirme de ella más tarde si en el curso de la confesión hubieran de surgir unas tramas para cuya aclaración no alcanzara su recuerdo. Así, en este, el primer análisis completo de una histeria que yo emprendiera, arribé a un procedimiento que luego elevé a la condición de método

⁴ [«Su máscara revela un sentido oculto». Adaptado de Goethe, *Fausto*, parte I, escena 16.] Se demostrará que me había equivocado en esto.

e introduje con conciencia de mi meta: la remoción del material patógeno estrato por estrato, que de buen grado so-
líamos comparar con la técnica de exhumación de una ciudad enterrada. Primero me hacía contar lo que a la enferma le era consabido, poniendo cuidado en notar dónde un nexo permanecía enigmático, dónde parecía faltar un eslabón en la cadena de las causaciones, e iba penetrando en estratos cada vez más profundos del recuerdo a medida que en esos lugares aplicaba la exploración hipnótica o una técnica parecida a ella. La premisa de todo el trabajo era, desde luego, la expectativa de que se demostraría un determinismo {*Determinierung*} suficiente y completo; enseguida habremos de considerar los medios para esa investigación de lo profundo.

La historia de padecimiento referida por la señorita Elisabeth era larga, urdida por múltiples vivencias dolorosas. Mientras la relataba no se encontraba en hipnosis, pero yo le indicaba acostarse y le ordenaba cerrar los ojos, aunque no impedía que de tiempo en tiempo los abriera, cambiara de posición, se incorporara, etc. Cuando ella atrapaba una pieza del relato a mayor profundidad, me parecía que caía espontáneamente en un estado más semejante a la hipnosis. Yacía entonces inmóvil, y mantenía sus ojos cerrados con firmeza.

Paso a reflejar lo que surgió como el estrato más superficial de sus recuerdos. La menor de tres hijas mujeres, había pasado su juventud, con tierno apego a sus padres, en una finca de Hungría. La salud de la madre se quebrantó muchas veces a raíz de una dolencia ocular y también por estados nerviosos. Sucedió por eso que la paciente se apegara de manera particularmente estrecha a su padre, hombre alegre y dotado de la sabiduría de vivir, quien solía decir que esa hija le sustituía a un hijo varón y a un amigo con quien podía intercambiar ideas. En la misma medida en que la muchacha obtenía incitación intelectual de ese trato, no se le escapaba al padre que su constitución espiritual se distanciaba de la que la gente gusta ver realizada en una joven. La llamaba en broma «impertinente» y «respondona», la ponía en guardia frente a su inclinación a los juicios demasiado tajantes, a decir la verdad a los demás sin consideración alguna; y solía pensar que le resultaría difícil encontrar marido. De hecho, ella estaba harto descontenta con su condición de mujer; rebosaba de ambiciosos planes, quería estudiar o adquirir formación musical, se indignaba ante la idea de tener que sacrificar en un matrimonio sus inclinaciones y la libertad de su juicio. Entretanto vivía preciándose de su padre, del prestigio y la posición social de su familia, y

guardaba con celo todo cuanto se relacionara con esos bienes. La abnegación que mostró hacia su madre y sus hermanas mayores reconciliaba totalmente a sus padres con los costados más ásperos de su carácter.

La edad de las niñas movió a la familia a trasladarse a la capital, donde por un tiempo Elisabeth pudo gozar de una vida más rica y alegre dentro de la familia. Pero luego sobrevino el golpe que aniquiló la dicha de ese hogar.

El padre había ocultado una afección cardíaca crónica, o él mismo no la había advertido; cierto día lo trajeron a la casa inconciente tras un primer ataque de edema pulmonar. A ello siguió el cuidado del enfermo durante un año y medio, en el cual Elisabeth se aseguró el primer lugar junto al lecho. Dormía en la habitación de su padre, se despertaba de noche a su llamado, lo asistía durante el día y se forzaba a parecer alegre, en tanto que él soportaba con amable resignación su irremediable estado. Sin duda, el comienzo de su afección se entramó con este período de cuidado del enfermo, pues ella pudo recordar que durante los últimos seis meses de ese cuidado debió guardar cama por un día y medio a causa de aquellos dolores en la pierna derecha. Pero aseguraba que estos le pasaron pronto y no excitaron su preocupación ni su atención. Y de hecho, fue sólo dos años después de la muerte del padre cuando se sintió enferma y no pudo caminar a causa de sus dolores.

El vacío que la muerte del padre dejó en esta familia compuesta por cuatro mujeres; el aislamiento social, el cese de tantas relaciones que prometían incitación y goce; la salud ahora más quebrantada de la madre: todo ello empañó el talante de nuestra paciente, pero al mismo tiempo movió en ella el ardiente deseo de que los suyos pronto hallaran un sustituto de la dicha perdida, y le hizo concentrar todo su apego y desvelos en la madre supérstite.

Trascurrido el año de luto, la hermana mayor casó con un hombre talentoso y trabajador, de buena posición, que debido a su capacidad intelectual parecía tener por delante un gran futuro, pero en el trato más íntimo desarrolló una quisquillosidad enfermiza, una egoísta obstinación en sus caprichos, y en el círculo de esta familia fue el primero que se atrevió a descuidar el miramiento por la anciana señora. Era más de lo que Elisabeth podía tolerar; se sintió llamada a asumir la lucha contra el cuñado en cuanta ocasión se ofreciera, en tanto las otras mujeres consentían los estallidos del excitable temperamento de aquel. Para ella era un doloroso desengaño que la reconstrucción de la antigua dicha familiar experimentara esta perturba-

ción, y no podía perdonarle a su hermana casada que, con su docilidad de esposa, se afanase en evitar pronunciarse. Así, en la memoria de Elisabeth habían permanecido toda una serie de escenas a las que adherían unos cargos, en parte no declarados {*aussprechen*}, contra su primer cuñado. Pero el mayor reproche era que por buscar un empleo más ventajoso se hubiese mudado con su pequeña familia a una lejana ciudad de Austria, contribuyendo a aumentar así la soledad de la madre. En esta oportunidad Elisabeth sintió con harta nitidez su desvalimiento, su impotencia para ofrecer a la madre un sustituto de la dicha perdida, la imposibilidad de ejecutar el designio que había concebido a la muerte del padre.

El matrimonio de la segunda hermana pareció más promisorio para el futuro de la familia, pues este segundo cuñado, menos dotado intelectualmente, era un hombre cordial para estas mujeres sensibles y educadas en el cultivo de toda suerte de miramientos; su conducta reconcilió a Elisabeth con la institución del matrimonio y con la idea de los sacrificios a ella enlazados. Además, esta segunda joven pareja permaneció en las cercanías de la madre, y el hijo de este cuñado y su segunda hermana pasó a ser el preferido de Elisabeth. Por desgracia, el año en que este niño nació fue turbado por otro suceso. La dolencia ocular de la madre exigió una cura de oscuridad de varias semanas, compartida por Elisabeth. Luego declararon que era necesaria una operación; la inquietud que ello provocó coincidió con los preparativos para la mudanza del primer cuñado. Al fin salió bien la operación, realizada con mano maestra, y las tres familias se encontraron en un sitio de residencia veraniega; allí Elisabeth, agotada por las preocupaciones de los últimos meses, habría debido obtener su restablecimiento pleno en este período, el primero exento de penas y temores que la familia disfrutaba desde la muerte del padre.

Pero justamente con esa temporada veraniega coincide el estallido de los dolores de Elisabeth, y su dificultad para caminar. Después que un poco antes se le hubieran hecho notables, los dolores le sobrevinieron por primera vez con violencia tras un baño caliente que tomó en la casa de salud de ese pequeño poblado de restablecimiento. Un paseo prolongado, en verdad una caminata de media jornada, fue relacionado luego con la emergencia de estos dolores, de suerte que con facilidad se dio en la concepción de que Elisabeth había sufrido un «exceso de fatiga», y después un «enfriamiento».

A partir de ese momento, Elisabeth fue la enferma de la familia. El consejo médico la movió a pasar lo que restaba del verano, para una cura de baños, en Gastein,⁵ adonde viajó con su madre, pero no sin que se presentara una nueva preocupación. La segunda hermana había quedado grávida de nuevo, e informaciones recibidas pintaban muy desfavorable su estado, de suerte que Elisabeth a duras penas se resolvió a hacer aquel viaje. No habían pasado dos semanas de estadía en Gastein cuando llamaron de regreso a madre y hermana: las cosas no iban ahora bien para la embarazada, postrada en cama.

Un torturante viaje, en el que se mezclaron para Elisabeth sus dolores y unas terribles expectativas; luego, en la estación ferroviaria, ciertos indicios que presagiaban lo peor, y después, cuando entraron en la habitación de la enferma, la certeza de que habían llegado demasiado tarde para despedirla viva.

Elisabeth no sufrió sólo por la pérdida de esta hermana, a quien había amado tiernamente, sino casi en igual grado por los pensamientos que esa muerte incitó y las alteraciones que trajo consigo. La hermana había sucumbido a una afección cardíaca agravada por el embarazo. Afloró entonces el pensamiento de que la cardiopatía era la herencia paterna de la familia. Recordaron que en los primeros años de su doncellería la difunta había tenido una corea acompañada de una leve afección cardíaca. Se culparon a ellos mismos y a los médicos por haber permitido el matrimonio, y no se pudo ahorrarle al infortunado viudo el reproche de haber puesto en peligro la salud de su mujer con dos embarazos sin que mediara una pausa. La triste impresión de que habiéndose dado las condiciones para un matrimonio feliz, tan raras, esa dicha tuviera que terminar así, ocupó a partir de entonces los pensamientos de Elisabeth sin contradicción. Pero además veía hacerse pedazos dentro de sí todo cuanto había anhelado para su madre. El cuñado viudo era inconsolable y se alejó de la familia de su esposa. Parece que su propia familia, de la cual se había enajenado durante su breve y dichoso matrimonio, aprovechó el momento propicio para atraerlo de nuevo hacia sus propios rumbos. No se halló camino alguno para mantener la anterior comunidad; una convivencia con la madre bajo el mismo techo era impracticable por miramiento a la cuñada soltera, y cuando se rehusó a dejar a las dos mujeres el niño, única herencia de la muerta, les dio por primera vez ocasión para culparlo de dureza. Por

⁵ [Localidad de los Alpes austríacos.]

último —y no fue lo menos penoso—, Elisabeth recibió oscuras noticias de una desavenencia que había estallado entre ambos cuñados y cuyo motivo apenas vislumbraba. Parecía, empero, como si el viudo hubiera planteado en asuntos de fortuna unas demandas que el otro cuñado tachaba de injustificadas, y hasta pudo calificarlas de enojosa exacción ante el dolor todavía abierto de la madre.

Esa era, pues, la historia de padecimiento de esta muchacha ambiciosa y necesitada de amor. Enconada con su destino, amargada por el fracaso de todos sus planes de restaurar el brillo de su casa; sus amores, muertos los unos, distantes o enajenados los otros; sin inclinación por refugiarse en el amor de un hombre extraño, vivía desde hacía un año y medio —casi segregada de todo trato social— del cuidado de su madre y de sus dolores.

Si, despreocupadamente, uno se situara en la vida anímica de esta muchacha, no podría denegarle una cordial simpatía humana. Pero, ¿qué diremos sobre el interés médico por este historial clínico, sobre sus vínculos con las dolorosas dificultades para caminar, sobre las perspectivas de aclaración y curación que acaso habrían de resultar de las noticias obtenidas acerca de esos traumas psíquicos?

Para el médico, la confesión de la paciente significó al comienzo una gran desilusión. Era una historia clínica consistente en triviales conmociones anímicas, que no permitía explicar por qué la paciente debió contraer una histeria, ni cómo esa histeria hubo de cobrar precisamente la forma de la abasia dolorosa. No iluminaba ni la causación ni la determinación {*Determinierung*} de la histeria ahí existente. Acaso se podía suponer que la enferma había establecido una asociación entre sus impresiones anímicas dolidas y los dolores corporales que por azar registrara de manera simultánea a aquellas, y que ahora en su vida mnémica empleaba la sensación corporal como símbolo de la anímica. Pero quedaba sin esclarecer qué motivo habría tenido para esa sustitución, y en qué momento se habría consumado. Cuestiones estas, por otra parte, cuyo planteo no había sido hasta entonces común entre los médicos. Lo corriente era darse por contento con el expediente de que la enferma era una histérica por su constitución misma, capaz de desarrollar síntomas histéricos bajo la presión de una excitación intensa, *no importa de qué índole fuera esta*.

Y si esa confesión no era fructífera para el esclarecimiento, parecía serlo todavía menos para la curación del caso. No se echaba de ver qué influjo benéfico tendría sobre la señorita Elisabeth referir una vez más a un ex-

traño, que a cambio le tributara una fuerte simpatía, la historia de su padecimiento de los últimos años, consabida para todos los miembros de su familia. Por lo demás, no se advertía en absoluto que la confesión hubiera dado semejante resultado curativo. Durante ese primer período del tratamiento, la enferma no cesaba de repetir al médico: «Estoy cada vez peor, tengo los mismos dolores que antes»; y cuando al decírmelo me arrojaba una mirada entre astuta y maliciosa, yo podía acordarme del juicio que el viejo señor Von R. había pronunciado sobre su hija preferida: «A menudo es “impertinente” y “díscola”»; no obstante, debía admitir que ella tenía razón.

Si yo hubiera abandonado en este estadio el tratamiento psíquico de la enferma, el caso de la señorita Elisabeth von R. no habría adquirido importancia alguna para la teoría de la histeria. Pero proseguí mi análisis porque tenía la expectativa cierta de que a partir de estratos más profundos de la conciencia se conseguiría entender tanto la causación como el determinismo del síntoma histérico. Me resolví, pues, a plantear, a la conciencia ensanchada de la enferma, la pregunta directa por la impresión psíquica a que se anudó la génesis primera de los dolores en las piernas.

A este fin me proponía poner a la enferma en hipnosis profunda. Pero, por desgracia, hube de percibir que ninguno de los procedimientos que yo poseía para ese objeto la llevaba a un estado de conciencia diverso de aquel en que me había hecho su confesión. Sólo me quedó alegrarme cordialmente de que esta vez omitiera espetarme con aire triunfante: «Vea usted, no estoy dormida, no me pueden hipnotizar». En ese aprieto se me ocurrió aplicar aquel artificio de la presión sobre la cabeza, la historia de cuya génesis he detallado en la precedente observación sobre Miss Lucy [págs. 125 y sigs.]. Lo puse en práctica exhortando a la enferma a comunicarme puntualmente todo cuanto en el momento de la presión emergiera ante su visión interior o pasara por su recuerdo. Calló largo tiempo y luego confesó, por mí esforzada, haber pensado en cierto atardecer en que un joven la acompañó a casa después de una reunión social, los coloquios que hubo entre ella y él, y las sensaciones con que luego regresó a casa a cuidar a su padre.

Con esta primera mención de ese joven se abría un nuevo frente de batalla cuyo contenido yo iría sacando a la luz sólo poco a poco. Aquí se trataba más bien de un secreto, pues, exceptuada una amiga común, a nadie había

puesto al corriente de sus relaciones ni de las esperanzas a ellas anudadas. Era el hijo de una familia amiga de la suya desde hacía mucho, y que era vecina en su residencia anterior. El joven, huérfano también, se había apegado con gran devoción al padre de ella, seguido sus consejos en su carrera, y extendido a las damas de la familia la veneración que sentía por el padre. Numerosos recuerdos de lecturas en común, intercambio de ideas, manifestaciones de él que a ella le contaron luego, trazaban los contornos de su creciente convicción de que él la amaba, y comprendía que casarse con él no le impondría los sacrificios que temía del matrimonio. Por desdicha era sólo muy poco mayor que ella, y ni hablar en aquel tiempo de que poseyera recursos propios; pero estaba firmemente decidida a esperarlo.

Cuando el padre contrajo su grave enfermedad y ella se vio requerida como cuidadora, ese trato se volvió cada vez más raro. El atardecer del que ella se había acordado dibujaba justamente el apogeo de su sentimiento; sin embargo, no se había llegado en ese tiempo a una declaración {*Aussprache*} entre ambos. A instancias {*Drängen*} de los suyos y de su propio padre, había consentido ese día en apartarse del lecho del enfermo para asistir a una reunión social en la cual tenía motivos para esperar encontrarlo. Después quiso volver temprano a casa, pero la constriñeron a quedarse, y ella cedió al prometerle él acompañarla. Nunca había sentido tanta calidez {*warm*} hacia él como durante ese acompañamiento; pero cuando después, en ese arrobamiento, entró en la casa, se encontró con que el estado de su padre había empeorado y se hizo los más acerbos reproches por consagrar tanto tiempo a su gusto personal. Esa fue la última vez que abandonó al padre enfermo durante toda una tarde; sólo en raras oportunidades volvió a ver a su amigo; tras la muerte del padre, pareció que él se alejaba por respeto a su dolor, y luego la vida lo encaminó por otras sendas; poco a poco ella había debido familiarizarse con el pensamiento de que su interés por ella había sido suplantado {*verdrängen*} por otros sentimientos, y de que lo había perdido. Pero este fracaso de su primer amor le seguía doliendo cada vez que se acordaba.

En estas constelaciones y en la mencionada escena, a la cual llevaron, me era lícito entonces buscar la causación de los primeros dolores histéricos. Por el contraste entre la beatitud que se había permitido entonces y la miseria en medio de la cual halló a su padre en casa quedaba planteado un conflicto, un caso de inconciliabilidad. Como resultado del conflicto, la representación erótica fue reprimida

{esforzada al desalojo} de la asociación, y el afecto a ella adherido fue aplicado para elevar o reanimar un dolor corporal presente de manera simultánea (o poco anterior). Era, pues, el mecanismo de una *conversión con el fin de la defensa*, tal como lo he tratado en detalle en otro lugar.⁶

Hay sitio aquí, desde luego, para toda clase de puntualizaciones. Debo destacar que no conseguí demostrar, a partir de su recuerdo, que en aquel momento de regreso a la casa se hubiera consumado la conversión. Por eso exploré vivencias parecidas del tiempo en que cuidaba al enfermo, y convoqué una serie de escenas entre las cuales el saltar de la cama con los pies desnudos en la habitación fría {*kalt*} a un llamado del padre se destacaba por su frecuente repetición. Yo me inclinaba a atribuir a este factor una cierta significatividad porque junto a la queja por el dolor en las piernas estaba la queja por una martirizadora sensación de frío. Empero, tampoco aquí pude atrapar una escena que pudiera designarse con certeza como la escena de la conversión. Por eso me inclinaba a admitir aquí una laguna en el esclarecimiento, hasta que recapacité y recordé el hecho de que los dolores histéricos en las piernas no estaban presentes todavía en la época del cuidado al enfermo. Su recuerdo informaba sólo de un único ataque de dolor, que duró varios días pero no atrajo entonces atención ninguna [pág. 156]. Mi investigación se dirigió, pues, a esa primera emergencia del dolor. Fue posible reanimar con certeza su recuerdo; justamente por esos días había venido de visita un pariente a quien no pudo recibir por estar postrada en cama, y ese mismo, dos años después, había tenido también el infortunio de encontrarla en cama. Pero la busca de una ocasión psíquica para estos primeros dolores resultó infructuosa todas las veces que se la emprendió. Creí tener derecho a suponer que aquellos primeros dolores habían sobrevenido realmente *sin* ocasión psíquica, como afección reumática leve, y hasta pude averiguar que esa enfermedad orgánica, el arquetipo de la posterior imitación histérica, debía situarse sin duda en un período *anterior* a la escena del acompañamiento. De cualquier modo, era posible que estos dolores, siendo de base orgánica y bastante leves, hubieran durado algún tiempo sin llamar mucho la atención. De aquí se engendra un punto oscuro, a saber: que el análisis indique una conversión de excitación psíquica en dolor corporal en una época en que sin duda ese dolor no se registraba y no era recordado; he

⁶ [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894a) y *supra*, pág. 36n.]

ahí un problema que espero solucionar mediante ulteriores elucidaciones y otros ejemplos. [Cf. págs. 181 y sigs.]⁷

Con el descubrimiento del motivo para la primera conversión se inició un segundo período, más fructífero, del tratamiento. Ante todo, la enferma me sorprendió con la comunicación de que ahora sabía por qué los dolores partían siempre de aquel determinado lugar del muslo derecho, y eran ahí más violentos. Es el lugar donde cada mañana descansaba la pierna de su padre mientras ella renovaba las vendas que envolvían su pierna fuertemente hinchada. Esto había sucedido cientos y cientos de veces, y era curioso que hasta hoy ella nunca hubiera reparado en ese nexo. Así me ofrecía la explicación deseada para la génesis de una zona histerógena *atípica*. Además, las piernas doloridas empezaron a «entrometerse» * siempre en nuestros análisis. [Cf. pág. 301.] Me refiero a este notable estado de cosas: La enferma estaba casi siempre libre de dolor cuando nos poníamos a trabajar; en tales condiciones, si yo, mediante una pregunta o una presión sobre la cabeza, convocaba un recuerdo, se insinuaba primero una sensación dolorosa, las más de las veces tan viva que la enferma se estremecía y se llevaba la mano al lugar del dolor. Este dolor despertado subsistía mientras el recuerdo gobernaba a la enferma, alcanzaba su apogeo cuando estaba en vías de declarar {*aussprechen*} lo esencial y decisivo de su comunicación, y desaparecía con las últimas palabras que pronunciaba. Poco a poco aprendí a utilizar como brújula ese dolor despertado; cuando ella enmudecía, pero todavía acusaba dolores, yo sabía que no lo había dicho todo y la instaba a continuar la confesión hasta que el dolor fuera removido por la palabra {*wegsprechen*}. Sólo entonces le despertaba un nuevo recuerdo.

En este período de «abreacción» el estado de la enferma mejoró de manera tan llamativa, tanto en el aspecto somático como en el psíquico, que yo solía aseverar, medio en broma, que cada vez le quitaba un cierto *quantum* de motivos de dolor y, cuando los hubiera removido todos, ella sanaría. Pronto llegó a pasar la mayor parte del tiempo sin dolores, consintió en caminar mucho y abandonar el aislamiento que hasta entonces mantenía. En el curso del aná-

⁷ No puedo descartar, pero tampoco probar, que estos dolores que interesaban principalmente a los muslos fueran de naturaleza *neurasténica*. [Cf. pág. 187n.]

* {*mitsprechen*}; literalmente, «intervenir en la conversación».)

lisis yo obedecía ora a las oscilaciones espontáneas de su estado, ora a mi estimación sobre dónde creía que se hallaba un fragmento aún no agotado de su historia de padecimiento. En esa tarea obtuve algunas percepciones interesantes, cuyas enseñanzas hallé confirmadas más tarde en otros enfermos.

En primer lugar, por lo que respecta a las oscilaciones espontáneas: en verdad no se producía ninguna que no hubiera sido provocada asociativamente por un suceso del día. Una vez se había enterado de cierta enfermedad contraída por alguien del círculo de sus conocidos, y por un detalle le recordó a la de su padre; otra vez había estado de visita el hijo de su difunta hermana, y el parecido le reavivó el dolor por la muerte; y otra vez, aún, fue cierta carta de la hermana que vivía distanciada, en la que era nítida la influencia del cuñado desconsiderado, la que demandó la comunicación de una escena familiar todavía no referida. Como ella nunca presentaba dos veces la misma ocasión de dolor, no parecía injustificada nuestra expectativa de agotar de tal suerte el acopio, y en modo alguno me resistía a que se pusiera en situaciones aptas para evocar recuerdos nuevos, todavía no llegados a la superficie; por ejemplo, mandándola a visitar la tumba de su hermana o haciéndola concurrir a una reunión donde pudiera ver a su amigo de juventud, ahora de nuevo presente.

Después, obtuve un panorama sobre el modo en que se genera una histeria que cabe designar como *monosintomática*. En efecto, hallé que la pierna derecha se dolía en el curso de nuestras hipnosis cuando se trataba de recuerdos del cuidado de su padre enfermo, del trato con aquel compañero de juventud y otras cosas que caían dentro del primer período del tiempo patógeno, mientras que el dolor se anunciaba en la otra pierna, la izquierda, tan pronto le despertaba un recuerdo sobre la hermana difunta, los dos cuñados, en suma, una impresión de la segunda mitad de su historia de padecimiento. Alertado por este comportamiento constante, me puse a indagarlo y obtuve la impresión de que esa especificación era aún mayor, como si cada nueva ocasión psíquica de sensaciones dolidas se hubiera enlazado con un diverso lugar del área dolorosa de las piernas. El lugar originariamente doloroso del muslo derecho se había referido al cuidado de su padre; a partir de ahí, el ámbito de dolor había crecido, por aposición, desde nuevas ocasiones traumáticas, de suerte que aquí, en rigor, no se estaba frente a un síntoma corporal *único* que se enlazara con múltiples complejos mnémicos psíquicos, sino a una multiplicidad de

síntomas similares que al abordaje superficial parecían fusionados en un solo síntoma. Es cierto que no me empeñé en deslindar las zonas de dolor correspondientes a las diversas ocasiones psíquicas; no lo hice porque hallé la atención de la enferma por completo extrañada de tales vínculos.

Ahora bien, presté más amplio interés al modo en que todo el complejo sintomático de la abasia pudo edificarse sobre esas zonas dolorosas, y con ese propósito formulé diversas preguntas, como: «¿De dónde provienen los dolores al andar, estar de pie, yacer?», que la paciente respondió en parte sin que mediara influjo, en parte bajo la presión de mi mano. De ahí resultaron dos cosas. Por un lado, me agrupó todas las escenas conectadas con impresiones dolorosas según que en ellas hubiera estado sentada o de pie, etc. Así, por ejemplo, *estaba de pie* junto a una puerta cuando trajeron a casa al padre tras sufrir un ataque al corazón [pág. 156], y en su terror ella *quedó de pie* como plantificada. A este primer «terror *estando de pie*» {«*stehen*»} le seguían otros recuerdos, hasta llegar a la escena terrible en que de nuevo se quedó parada {*stehen*}, como presa de un hechizo, frente al lecho de su hermana muerta [pág. 158]. Toda esa cadena de reminiscencias estaba destinada a evidenciar el justificado enlace de los dolores con el estar de pie, y aun podía considerarse como prueba de una asociación; empero, uno debía tener presente el requisito de que en todas esas oportunidades era preciso que se registrara, además, otro factor que dirigiera la atención —y en ulterior consecuencia la conversión— justamente al estar de pie (o al andar, estar sentada, etc.). Y la explicación para este sesgo de la atención parecía tener que buscarse en la circunstancia de que andar, estar de pie y yacer se anudan a operaciones y estados de aquellas partes del cuerpo que eran en este caso las portadoras de las zonas dolorosas, a saber, las piernas. De ese modo resultaba fácil de comprender el nexo entre la astasia-abasia y el primer caso de conversión en este historial clínico.

Entre las escenas que conforme a esa recapitulación habrían vuelto doloroso el *caminar* {*gehen*} resaltó una, la caminata que hizo en aquel lugar de restablecimiento junto con un grupo nutrido de personas y que presuntamente había sido demasiado extensa [pág. 157]. Las circunstancias más detalladas de este episodio se revelaron sólo de manera vacilante y dejaron muchos enigmas sin solucionar. Estaba ella de talante particularmente sentimental, de buena gana se unió al círculo de personas amigas; era un bello día, no demasiado caluroso; su mamá permaneció en casa, su hermana mayor ya había partido de viaje, la segunda no se

sentía bien pero no quiso estropearle el disfrute; el marido de esta hermana declaró al comienzo que se quedaría junto a su mujer, y después marchó también por amor de ella (de Elisabeth). Me pareció que esta escena tenía mucho que ver con la primera emergencia de los dolores, pues ella se acordaba de haber regresado del paseo muy cansada y con fuertes dolores, pero no se manifestó con seguridad sobre si ya los había sentido antes. Yo argüí que de haber sentido dolores considerables era difícil que se resolviera a compartir esa larga jornada. A la pregunta sobre qué, en ese paseo, habría provocado los dolores, recibí la respuesta, no del todo transparente, de que el contraste entre su soledad y la dicha conyugal de su hermana enferma, que la conducta de su cuñado le ponía de continuo ante los ojos, la habría dolido.

Otra escena, muy próxima en el tiempo a la anterior, desempeñó un papel en el enlace de los dolores con el *estar sentado*. Fue algunos días después; su hermana y su cuñado ya habían viajado, ella se hallaba excitada, añorante; se levantó {*aufstehen*} por la mañana temprano, dirigió sus pasos {*hinaufgehen*} hacia una pequeña colina, hasta un lugar que solían frecuentar juntos y ofrecía un espléndido panorama, y ahí se sentó {*setzen sich*}, absorta en sus pensamientos, sobre un banco de piedra. Sus pensamientos volvieron a dirigirse a su soledad, el destino de su familia y el ardiente deseo de llegar a ser tan feliz como su hermana lo era, confesó ella esta vez desembozadamente. De esa meditación matinal regresó con fuertes dolores, y la tarde de ese mismo día tomó el baño tras el cual aquellos le sobrevinieron de manera definitiva y duradera [pág. 157].

Con toda precisión se averiguó, además, que los dolores al caminar y estar de pie solían calmarse en un comienzo al *yacer* {*liegen*}. Sólo cuando, anoticiada del agravamiento de su hermana, hubo partido de Gastein al atardecer y toda esa noche la martirizaron, además de la preocupación por su hermana, unos furiosos dolores mientras yacía extendida, insomne, en el vagón de ferrocarril, se estableció también la conexión del *yacer* con los dolores, y durante todo un período el *yacer* fue aún más doloroso que el caminar y el estar de pie.

De tal suerte, en primer lugar, la zona dolida crecía por aposición, pues cada nuevo tema de eficacia patógena investía una nueva región de las piernas; en segundo lugar, cada una de las escenas impresionantes había dejado tras sí una huella, pues producía una «investidura» permanente, que se acumulaba más y más, de las diversas funciones de las piernas, un enlace de estas funciones con las sensaciones de do-

lor; pero, además, era inequívoco que en la plasmación de la astasia-abasia había cooperado un tercer mecanismo. Si la enferma puso fin al relato de toda una serie de episodios con la queja de que ahí se había sentido dolida de su «*soledad*» {«*Alleinstehen*»}, y en otra serie, que abarcaba sus infortunados intentos de establecer una vida familiar nueva, no cesaba de repetir que lo doliente ahí era el sentimiento de su *desvalimiento*, la sensación de «*no avanzar un paso*», yo no podía menos que atribuir a sus reflexiones un influjo sobre la plasmación de la abasia; me vi llevado a suponer que ella directamente buscaba una expresión *simbólica* para sus pensamientos de tinte dolido, y lo había hallado en el refuerzo de su padecer. Ya en nuestra «Comunicación preliminar» sostuvimos [pág. 31] que mediante una simbolización {*Symbolisierung*} así pueden generarse síntomas somáticos de la histeria; en la «Épicrisis» que agregó a este historial clínico detallaré algunos ejemplos que lo prueban de manera indudable. [Cf. págs. 189 y sigs.] En la señorita Elisabeth von R. el mecanismo psíquico de la simbolización no se situaba en primera línea, él no había creado la abasia, pero todo indicaba que la abasia preexistente había experimentado un refuerzo sustancial por este camino. De acuerdo con ello, esta abasia, en el estadio de desarrollo en que yo la encontré, no era equiparable sólo a una parálisis funcional asociativa psíquica, sino también a una parálisis funcional simbólica.

Antes de proseguir con la historia de mi enferma quiero agregar algunas palabras sobre su conducta durante este segundo período del tratamiento. En el curso de todo este análisis me valí del método de convocar mediante presión sobre la cabeza imágenes y ocurrencias, vale decir, un método inaplicable sin plena colaboración y atención voluntaria de la enferma. [Cf. págs. 127-8.] Y aun su conducta a veces satisfacía todo cuanto yo pudiera desear, y en esos períodos era de hecho sorprendente cuán pronto y ordenadas de una manera infaliblemente cronológica se instalaban las diversas escenas pertenecientes a cierto tema. Era como si ella leyese un largo libro ilustrado, cuyas páginas se dieran vuelta ante sus ojos. Otras veces parecían existir obstáculos, cuya naturaleza yo ni vislumbraba en ese tiempo. Cuando ejercía mi presión, ella aseveraba que no se le ocurría nada; repetía la presión, le indicaba aguardar, y de nuevo nada salía. Las primeras ocasiones en que apareció esta contumacia acepté interrumpir el trabajo so pretexto de que el día no era propicio; otra vez sería. Pero dos percepciones me indujeron a cambiar mi conducta. En primer lugar, que esa denegación

del método sólo ocurría cuando había hallado a Elisabeth alegre y libre de dolor, nunca cuando yo llegaba en un mal día; en segundo lugar, que esa indicación de no ver nada ante sí solía darla después que había dejado pasar una larga pausa, durante la cual su gesto tenso y atareado me denunciaba empero un proceso anímico en ella. Me resolví entonces a suponer que el método nunca fracasaba, y que bajo la presión de mi mano Elisabeth tenía siempre una ocurrencia en la mente o una imagen ante los ojos, pero no todas las veces estaba dispuesta a comunicármela, sino que intentaba volver a sofocar lo conjurado. Podía imaginarme dos motivos para ese silencio: o bien Elisabeth ejercía sobre su ocurrencia una crítica a la que no tenía derecho —no la hallaba lo bastante valiosa, creía que no venía al caso como respuesta a la pregunta planteada—, o bien la horrorizaba indicarla porque... le resultaba demasiado desagradable su comunicación. Procedí entonces como si estuviera enteramente convencido de la confiabilidad de mi técnica. Ya no lo dejé pasar cuando ella aseveraba no ocurrírsele nada. Le aseguraba que por fuerza algo se le había ocurrido; acaso ella no le había prestado suficiente atención, y entonces yo repetiría la presión; o bien ella había creído que su ocurrencia no era la pertinente. Y le decía que esto último no era cosa de su competencia; estaba obligada a mantener total objetividad y a decir lo que se le pasara por la cabeza, viniera o no al caso. Por último, que yo sabía con certeza que algo se le había ocurrido; ella me lo mantenía en secreto, pero nunca se libraría de sus dolores mientras mantuviera algo en secreto. Mediante este esforzar conseguí que realmente ninguna presión resultase ya infructuosa. Me vi precisado a suponer que había discernido de manera correcta el estado de la cuestión, y a raíz de este análisis cobré de hecho una confianza absoluta en mi técnica. A menudo sucedía que sólo tras la tercera presión me comunicara algo, pero luego ella misma agregaba: «Se lo habría podido decir la primera vez». — «Ajá, ¿y por qué no lo dijo?». — «Creí que no era lo pertinente», o «Pensé que podía pasarlo por alto, pero eso volvió todas las veces». En el curso de este difícil trabajo empecé a atribuir una significación más profunda a las resistencias que la enferma mostraba a reproducir sus recuerdos, y a compilar con cuidado las ocasiones a raíz de las cuales aquella se denunciaba de un modo particularmente llamativo.⁸

⁸ [Primera mención del importante fenómeno clínico de la «resistencia», examinado con más detenimiento *infra*, págs. 275 y sigs.]

Paso ahora a exponer el tercer período de nuestro tratamiento. La enferma se sentía mejor, estaba psíquicamente aliviada y se había vuelto productiva, pero era evidente que los dolores no habían sido eliminados; volvían de tiempo en tiempo y, por cierto, con su antigua violencia. Lo incompleto del éxito terapéutico se correspondía con lo incompleto del análisis: aún yo no sabía con exactitud en qué momento y a través de qué mecanismo habían nacido los dolores. En el segundo período, mientras ella reproducía las más diversas escenas y yo observaba sus resistencias a referirlas, se había formado en mí cierta sospecha; pero aún no osaba convertirla en base de mi obrar. Una percepción casual inclinó la balanza. Cierta vez que trabajábamos con la enferma, escuché pasos de hombre en la habitación contigua, una voz de agradable timbre que parecía preguntar algo, y hete aquí que mi paciente se levanta con el ruego de suspender por hoy; es que ha escuchado —dice— que su cuñado llegó y pregunta por ella. Hasta ese momento había estado libre de dolores, y tras esta perturbación su gesto y su andar denunciaban la repentina emergencia de fuertes dolores. Vi confirmada mi sospecha y me resolví a producir el esclarecimiento decisivo.

Formulé entonces la pregunta por las circunstancias y causas de la primera emergencia de los dolores. Como respuesta, sus pensamientos se orientaron hacia la residencia veraniega en aquel lugar de restablecimiento, antes del viaje a Gastein, y de nuevo se mostraron algunas escenas que ya habían sido tratadas antes de manera menos exhaustiva. Su estado de ánimo en aquel tiempo, su agotamiento tras la preocupación por la vista de la madre y tras el cuidado de la enferma en la época en que la operaron de los ojos, su desesperanza última, como muchacha sola, de gozar algo de la vida o de producir algo en ella. Hasta entonces se le antojaba que era lo bastante fuerte para prescindir del apoyo de un hombre; ahora se apoderaba de ella un sentimiento de su debilidad como mujer, una añoranza de amor en la que, según sus propias palabras, la solidez de su ser empezaba a derretirse. En ese talante, el matrimonio dichoso de la más joven de sus hermanas le causó la más profunda impresión: cuán conmovedoramente cuidaba él de ella, cómo se entendían con sólo mirarse, cuán seguros parecían uno del otro. Era por cierto lamentable que el segundo embarazo siguiera tan rápido al primero, y la hermana sabía que este era el motivo de su enfermedad, pero ¡cuán animosamente la sobrellevó por ser él la causa! En aquella caminata enlazada de manera tan íntima con los dolores de Elisabeth,

el cuñado al principio no quería participar, pues prefería permanecer junto a su mujer enferma. Pero esta, con una mirada, lo movió a ir, pues pensaba que ello alegraría a Elisabeth. Todo el tiempo permaneció Elisabeth en su compañía, hablaron sobre las cosas más variadas e íntimas, y ella estuvo de acuerdo con todo lo que él decía, y se le hizo hiperpotente el deseo de poseer un hombre que se le pareciese. Pocos días después siguió la escena en que, tras la partida, ella visitó por la mañana el punto panorámico que había sido paseo predilecto de los ausentes. Se sentó allí sobre una piedra y soñó de nuevo con una dicha de amor como la deparada a su hermana, y con un hombre que supiera cautivar su corazón como ese cuñado. Se puso de pie {*aufstehen*} con dolores, que empero otra vez desaparecieron; sólo a la siesta, tras el baño caliente {*warm*} que tomó en ese lugar, se abatieron sobre ella los dolores que de ahí en adelante no la habían abandonado. Intenté explorar qué clase de pensamientos la ocuparon entonces en el baño; pero sólo se averiguó que la casa de baños le recordaba a sus hermanos que habían viajado, porque habían parado en la misma casa.

A mí por fuerza se me había aclarado hacía rato de qué se trataba; pero la enferma, abismada en dulces y dolidos recuerdos, parecía no reparar a qué puerto se acercaba, y prosiguió reflejando sus reminiscencias. Vino el tiempo pasado en Gastein, la aprensión con que abría cada carta, por último la noticia de que la hermana empeoraba, la prolongada espera hasta la tarde para poder abandonar Gastein, el viaje en martirizadora incertidumbre, en una noche insomne —momentos todos estos acompañados de un fuerte aumento en los dolores—. Pregunté si durante el viaje se había representado la triste posibilidad que luego resultó realizada. Respondió que había esquivado cuidadosamente ese pensamiento, pero opinó que su madre desde el comienzo mismo imaginaba lo peor. — A ello siguió un recuerdo de la llegada a Viena, las impresiones que recibieron de los parientes que las esperaban, el corto viaje desde Viena hasta la villa cercana donde vivía la hermana, la llegada allí al atardecer, el camino, recorrido con premura, a través del jardín hasta el pequeño pabellón que daba a aquel, el silencio en la casa, la oscuridad oprimente; cuenta que el cuñado no salió a recibirlas; luego, estaban de pie ante el lecho, vieron a la muerta, y en el momento de la cruel certidumbre de que la hermana querida había muerto sin despedirse de ellas, sin que el cuidado de ellas fuera el bálsamo de sus últimos días... en ese mismo momento un pensamiento otro

pasó como un estremecimiento por el cerebro de Elisabeth, pensamiento que ahora se había instalado de nuevo irrechazablemente; pasó como un rayo refulgente en medio de la oscuridad: «Ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa».

Así todo quedaba en claro. El empeño del analista era recompensado abundantemente: la idea de la «defensa» frente a una representación inconciliable; de la génesis de síntomas histéricos por conversión de una excitación psíquica a lo corporal; de la formación de un grupo psíquico separado por el acto de voluntad que lleva a la defensa: todo eso me fue puesto en aquel momento ante los ojos de un modo visible. Así y no de otra forma había sucedido todo aquí. Esta muchacha había regalado a su cuñado una inclinación tierna, contra cuya admisión se revolvía dentro de su conciencia todo su ser moral. Había conseguido ahorrarse la dolorosa certidumbre de que amaba al marido de su hermana creándose a cambio unos dolores corporales, y en los momentos en que esa certidumbre pretendía imponérsele (durante el paseo con él, en aquella ensoñación matinal, en el baño, ante el lecho de la hermana) habían sido generados aquellos dolores por una lograda conversión a lo somático. En la época en que la tomé bajo tratamiento, ya se había consumado la segregación —de su saber— de los grupos de representaciones referidas a ese amor; opino que de otro modo nunca habría consentido en tal tratamiento; la resistencia que ella repetidas veces había contrapuesto a la reproducción de escenas de eficacia traumática correspondía realmente a la energía con la cual la representación inconciliable había sido esforzada afuera de la asociación.

Ahora bien, para el terapeuta sobrevino primero un período malo. El efecto de la readmisión de aquella representación reprimida fue desconsolador para la pobre criatura. Cuando le resumí el estado de la causa con escuetas palabras —desde hacía mucho tiempo estaba enamorada de su cuñado—, se puso a proferir ayes. En ese instante se quejó de dolores crudelísimos, hizo todavía un desesperado intento por rechazar ese esclarecimiento. Que eso no es cierto, que yo se lo había sugerido, que no puede ser, que ella no es capaz de semejante perversidad. Y tampoco se lo perdonaría nunca. Resultó fácil demostrarle que sus propias comunicaciones no admitían otra interpretación, pero hubo de pasar largo tiempo hasta que le hicieran alguna impresión las razones de consuelo que yo le aduje: uno es irresponsable por sus propios sentimientos, y su conducta, el haber enfermado

bajo aquellas ocasiones, era suficiente testimonio de su naturaleza moral.

Me vi precisado entonces a emprender *más de un* camino para procurar alivio a la enferma. Primero quise darle la oportunidad de aligerarse por «abreacción» de esa excitación almacenada desde hacía tanto tiempo. Exploramos las primeras impresiones del trato con su cuñado, el comienzo de esa inclinación que se mantuvo inconciente. Aquí se hallaron todos aquellos pequeños signos previos y vislumbres desde los cuales una pasión plenamente desarrollada permite comprender tantas cosas en visión retrospectiva. En su primera visita a la casa, había creído él que era *ella* la novia que le estaba destinada, y la saludó antes que a las hermanas mayores, que no estaban presentes. Cierta atardecer platicaban entre ellos con tanta vivacidad y parecían entenderse tan bien que la novia los interrumpió con esta observación, dicha medio en serio: «En verdad, harían ustedes muy buena pareja». Otra vez fue en una reunión social; los asistentes todavía no sabían nada sobre los esponsales, y la conversación recayó sobre el joven: una dama criticó cierto defecto de su figura que era secuela de una enfermedad juvenil a los huesos. La novia misma permaneció impassible, pero Elisabeth se sobresaltó y abogó por la buena estampa de su futuro cuñado con un celo que luego a ella misma le resultó incomprendible. En el proceso a través del cual reelaboramos estas reminiscencias, se volvió claro para Elisabeth que el sentimiento de ternura hacia su cuñado era de larga data, quizá dormitaba en ella desde que se conocieron y durante mucho tiempo se había escondido tras la máscara de una mera afeción hacia un pariente, bien comprensible en ella dado su alto sentido de familia.

Esta abreacción le hizo decididamente muy bien; más alivio aún pude aportarle ocupándome como un amigo de situaciones del presente. Con ese propósito busqué conversar con la señora Von R., en quien hallé a una dama razonable y fina, aunque su coraje de vivir había padecido bajo los últimos golpes del destino. Por ella me enteré de que el reproche de exacción desconsiderada, que el primer cuñado había elevado contra el viudo y tanto doliera a Elisabeth, debió ser retirado tras una averiguación mejor. El carácter del joven no había sufrido mengua; un malentendido, una diferencia harto comprensible en la apreciación del dinero entre el comerciante, para quien aquel es un instrumento de trabajo, y el opuesto modo de ver del empleado; eso era todo, nada más había de cierto en ese hecho al parecer tan penoso. Rogué a la madre que en lo sucesivo diera a Elisa-

beth todos los esclarecimientos de que ella necesitaba, y le siguiera brindando aquella oportunidad de comunicación anímica a la que yo la había habituado.

Desde luego, me interesó saber también qué perspectivas tenía el deseo de la muchacha, devenido ahora conciente, de hacerse realidad. ¡Ah! Aquí las cosas tenían un aspecto menos favorable. La madre dijo que hacía tiempo había vislumbrado la inclinación de Elisabeth hacia su cuñado, aunque no sabía que pudiera haberla tenido ya en vida de su hermana. Quien los viera juntos —cosa que se había vuelto muy rara— no podía albergar ninguna duda sobre el propósito de la muchacha de gustarle. Sólo que ni ella, la madre, ni quienes aconsejaban en la familia eran muy partidarios de una unión matrimonial de ellos. La salud del joven no era muy buena y había sufrido un nuevo golpe con la muerte de su amada esposa; tampoco era muy seguro que se hubiera recuperado en lo anímico como para volver a casarse. Era probable —me siguió diciendo la madre— que él se mantuviera tan reservado porque, sin estar seguro de que lo aceptarían, no quería entablar conversación sobre el tema. Dada esta reserva de ambas partes, era muy posible que fracasara la solución que Elisabeth ansiaba para sí.

Comuniqué a la muchacha todo cuanto había averiguado de la madre, y tuve el contento de hacerle un bien esclareciéndole aquel asunto de dinero; por otra parte, la exhorté a soportar en calma la incertidumbre sobre el futuro, que no se podía disipar. Pero como era ya avanzado el verano, fue preciso poner fin al tratamiento. De nuevo se encontraba mejor, de sus dolores ni se hablaba entre nosotros desde que nos ocupábamos de la causa a la que se pudieron reconducir. Ambos teníamos la sensación de haber terminado, aunque yo me dije que la abreacción de la ternura retenida no se había hecho de una manera en verdad muy completa. La di por curada, aunque le prescribí que continuara por su cuenta con esa solución, una vez encaminada, y ella no me contradijo. Partió de viaje con su madre para encontrarse con su hermana mayor y su familia en una residencia veraniega que compartirían.

He de informar todavía brevemente sobre la ulterior trayectoria de la enfermedad en la señorita Elisabeth von R. Algunas semanas después de nuestra despedida recibí una carta desesperada de la madre; me comunicaba que al primer intento de hablar con Elisabeth sobre los asuntos de su corazón, ella se rebeló con total indignación y desde entonces le habían vuelto unos violentos dolores; estaba disgustada conmigo por haberle traicionado su secreto, se mostraba en-

teramente inaccesible, la cura se había arruinado de una manera total. ¿Qué hacer ahora? Ella no quería saber nada conmigo. Yo no di ninguna respuesta; era de esperar que hiciera todavía el intento de rechazar la intromisión de la madre y recogerse en su reserva después que se había soltado de mi yugo. Pero yo tenía algo así como la certeza de que todo se arreglaría, de que mi empeño no había sido en vano. Dos meses después estaban de regreso en Viena, y el colega a quien debía mi presentación ante la enferma me trajo la noticia de que Elisabeth se encontraba completamente bien, se comportaba como sana, aunque, cierto es, de vez en cuando aún tenía dolores. Desde entonces, ella me ha enviado repetidas veces parecidos recados, y siempre me prometía visitarme; pero es característico de la relación personal que se plasma en tales tratamientos que nunca lo haya hecho. Según me asegura mi colega, se la debe considerar curada; la relación del cuñado con la familia no ha variado.

En la primavera de 1894 me enteré de que concurriría a un baile, para el cual pude procurarme acceso, y no dejé escapar la oportunidad de ver a mi antigua enferma en el alígero vuelo de una rápida danza. Más tarde, por su libre inclinación, se casó con un extraño.

Epicrisis

No he sido psicoterapeuta siempre, sino que me he educado, como otros neuropatólogos, en diagnósticos locales y electroprognosis, y por eso a mí mismo me resulta singular que los historiales clínicos por mí escritos se lean como unas novelas breves, y de ellos esté ausente, por así decir, el sello de seriedad que lleva estampado lo científico. Por eso me tengo que consolar diciendo que la responsable de ese resultado es la naturaleza misma del asunto, más que alguna predilección mía; es que el diagnóstico local y las reacciones eléctricas no cumplen mayor papel en el estudio de la histeria, mientras que una exposición en profundidad de los procesos anímicos como la que estamos habituados a recibir del poeta me permite, mediando la aplicación de unas pocas fórmulas psicológicas, obtener una suerte de intelección sobre la marcha de una histeria. Tales historiales clínicos pretenden que se los aprecie como psiquiátricos, pero en una cosa aventajan a estos: el íntimo vínculo entre historia de padecimiento y síntomas patológicos, que en vano buscaríamos en las biografías de otras psicosis.

Me he empeñado en entretejer los esclarecimientos que puedo dar sobre el caso de la señorita Elisabeth von R. en la exposición de su historial de curación; acaso no sea superfluo repetir aquí lo esencial en su trabazón. He descrito el carácter de la enferma, los rasgos que se repiten en tantos histéricos y que en verdad no parece que se puedan atribuir a una degeneración: talento, ambición, fineza moral, necesidad hipertrófica de amor, que al comienzo halla su satisfacción dentro de la familia; la independencia de su naturaleza, que rebasaba en mucho al ideal femenino y que se exteriorizaba en una buena porción de terquedad, espíritu combativo y reserva. Según lo informado por mi colega, en ninguna de las ramas de su familia se pesquisaba un lastre hereditario considerable; es cierto que su madre padeció durante años una desazón neurótica no explorada en detalle; pero sus hermanas, el padre y la familia de este podían contarse entre las personas equilibradas, no nerviosas. Entre los parientes más cercanos no se había producido ningún caso grave de neuropsicosis.

Ahora bien, sobre esta naturaleza obraron unas dolientes emociones; en primer lugar, el influjo despotenciador de un largo cuidado de su amado padre enfermo.

Hay buenas razones para que el cuidado de un enfermo desempeñe tan significativo papel en la prehistoria de la histeria. Una serie de los factores eficientes en ese sentido es evidente: la perturbación del estado corporal por dormir a saltos, el descuido del propio cuerpo, el efecto de rechazo que sobre las funciones vegetativas ejerce una preocupación que a uno lo carcome; sin embargo, yo estimo que lo esencial se encuentra en otra parte. Quien tiene la mente ocupada por la infinidad de tareas que supone el cuidado de un enfermo, tareas que se suceden en interminable secuencia a lo largo de semanas y de meses, por una parte se habitúa a sofocar todos los signos de su propia emoción y, por la otra, distrae pronto la atención de sus propias impresiones porque le faltan el tiempo y las fuerzas para hacerles justicia. Así, el cuidador de un enfermo almacena en su interior una plétora de impresiones susceptibles de afecto; apenas si se las ha percibido con claridad, y menos todavía pudieron ser debilitadas por abreacción. Así se crea el material para una «histeria de retención» [cf. pág. 222 y *n.*]. Si el enfermo cura, todas esas impresiones son fácilmente desvalorizadas; pero si muere, irrumpe el tiempo del duelo, en el cual sólo parece valioso lo que se refiere al difunto, y entonces

les toca el turno también a esas impresiones que aguardaban tramitación y, tras un breve intervalo de agotamiento, estalla la histeria cuyo germen se había instilado mientras se cuidaba al enfermo.

En ocasiones, este mismo hecho de la tramitación con posterioridad (*nachträglich*) de los traumas reunidos durante el cuidado al enfermo se encuentra también donde no se genera la impresión global de la condición patológica, pero el mecanismo de la histeria se ha mantenido. Así, conozco a una señora de elevadas dotes que padece de una leve afección nerviosa; todo su ser testimonia a la histérica, aunque ella nunca ha importunado a los médicos y jamás se vio obligada a interrumpir el cumplimiento de sus deberes. Esta señora ya ha cuidado hasta la muerte a tres o cuatro de sus deudos queridos, y cada vez hasta llegar al total agotamiento físico, pero luego de esas tristes operaciones no contrajo enfermedad alguna. Sin embargo, poco después de la muerte del enfermo empieza en ella el trabajo de reproducción que vuelve a ponerle ante los ojos las escenas de la enfermedad y de la muerte. Cada día recorre una de esas impresiones de nuevo, llora por ella y se consuela —uno diría: en su tiempo libre—. Semejante tramitación se le enhebra a través de los quehaceres del día sin que ambas actividades se enreden. Y el todo va pasando en ella por orden cronológico. Si el trabajo de recuerdo de un día coincide exactamente con un día del pasado, yo no lo sé. Conjeturo que ello depende del tiempo libre que le dejan los quehaceres hogareños.⁹

Además de estas «lágrimas reparadoras», que con breve intervalo siguen a la muerte, esta señora todos los años celebra unas periódicas conmemoraciones solemnes hacia la época de cada una de esas catástrofes, y aquí su viva reproducción visual y su exteriorización de afectos obedecen fielmente a la fecha. Por ejemplo, la encuentro bañada en lágrimas y le pregunto por simpatía qué ha sucedido hoy. Rechaza el interrogatorio a medias enojada: «¡Ah, no! Sólo fue que el especialista N. estuvo de nuevo ahí y nos dio a entender que nada se podía esperar. Yo no tuve tiempo de llorar en aquel momento». Se refiere a la fatal enfermedad de su marido, muerto tres años atrás. Sería para mí muy interesante saber si en estas conmemoraciones solemnes que retornan año tras año se le repiten siempre las mismas escenas, o cada vez son detalles diferentes los que se presentan para su abreacción, co-

⁹ [Esta descripción del «trabajo de recuerdo» parece anticipar la del «trabajo de duelo», que Freud efectuó mucho después en «Duelo y melancolía» (1917e).]

mo yo lo conjeturaría teniendo en cuenta mi teoría.¹⁰ Pero no puedo averiguar nada seguro sobre eso; esta señora, tan inteligente como fuerte, se avergüenza de la intensidad con que obran sobre ella tales reminiscencias.

Lo descarto de nuevo: esta mujer no se halla enferma; la abreacción subsecuente no es, a pesar de su semejanza, un proceso histérico. Cabe preguntarse, entonces, por qué en una persona sobreviene una histeria tras cuidar a un enfermo, y en otra no. No puede deberse a la predisposición personal, puesto que en la dama a que me he referido esta última estaba presente en máxima medida.

Vuelvo a la señorita Elisabeth von R. Mientras cuidaba a su padre, pues, se generó en ella por vez primera un

¹⁰ Cierta vez hube de enterarme con asombro de que tal «abreacción reparadora» —tras unas impresiones que no se debían al cuidado de un enfermo— puede formar el contenido de una neurosis de otro modo enigmática. Sucedió con una bella muchacha de diecinueve años, la señorita Mathilde H. La había visto por primera vez a causa de una parálisis parcial de las piernas, pero meses más tarde acudió a mi tratamiento porque su carácter se había alterado: desazonada hasta la desgana de vivir, se mostraba desconsiderada con su madre, irritable y hosca. El cuadro total de la paciente no me permitía suponer una melancolía ordinaria. Era muy fácil situarla en sonambulismo profundo, y me valí de esta peculiaridad suya para impartirle en cada oportunidad mandamientos y sugerencias que ella escuchaba en un dormir profundo y acompañaba con profusas lágrimas, pero que poco modificaban su estado. Cierta día se volvió más locuaz en la hipnosis y me comunicó que la causa de su desazón era la ruptura de su noviazgo, ocurrida varios meses antes. En el trato asiduo con su prometido habían ido saliendo a la luz muchas más cosas que —según aseveró— les resultaban desagradables a ella y a su madre, pero por otra parte las ventajas materiales del enlace eran tan palpables que no era fácil decidirse a la ruptura. Así, ambas oscilaron entre una y otra alternativa durante largo tiempo; ella misma había caído en un estado de indecisión en que, apática, dejaba que pasara lo que pasase, y por fin su madre pronunció en lugar de ella el «No» decisivo. Continuó refiriendo que tiempo después despertó como de un sueño, empezó a ocuparse celosamente en su pensamiento de la decisión ya tomada, a pesar entre sí los pros y contras, y este proceso proseguía aún en su interior. Dijo vivir en la duda en aquel tiempo; cada día tenía el talante y los pensamientos que correspondían a los días de aquel período, su animadversión hacia la madre sólo se fundaba en circunstancias entonces vigentes, y al lado de esta actividad de pensamiento la vida presente se le antojaba como una pseudoexistencia, como algo soñado. — No volví a conseguir que la muchacha hablara; continué con mis consejos en sonambulismo profundo, la vi anegarse en lágrimas cada vez sin que me respondiera nunca, y un buen día, más o menos el del aniversario del compromiso, hete aquí que todo el estado de desazón se le pasó, lo cual se me computó como un gran éxito terapéutico hipnótico.

síntoma histérico; era un dolor en una parte definida del muslo derecho. El mecanismo de este síntoma se puede iluminar suficientemente sobre la base del análisis. Hubo un momento en que el círculo de representaciones de sus deberes hacia el padre enfermo entró en conflicto con el contenido que en aquella época tenía su ansiar erótico. En medio de vivos autorreproches, se decidió en favor de lo primero y así se creó el dolor histérico.

Según la concepción que parece convenir a la teoría de la histeria como conversión, cabría exponer el proceso del siguiente modo: ella reprimió {desalojó} la representación erótica de su conciencia y trasmudó su magnitud de afecto a una sensación de dolor somático. No quedó en claro si este primer conflicto se presentó una sola vez o repetidas veces; más probable es lo segundo. Un conflicto totalmente similar —aunque de superior significatividad moral y mejor atestiguado por el análisis— se repitió unos años después y condujo a un aumento de esos mismos dolores y a su difusión más allá de las fronteras inicialmente establecidas. De nuevo era un círculo de representaciones eróticas el que entraba en conflicto con todas sus representaciones morales, pues la inclinación recaía sobre su cuñado, y tanto en vida de su hermana como después de su muerte era para ella un pensamiento inaceptable que ansiara justamente a ese hombre para sí. El análisis proporcionó detallada noticia sobre este conflicto que constituye el punto central del historial clínico. Acaso la inclinación de la enferma hacia su cuñado germinaba desde mucho antes; su desarrollo fue favorecido por el agotamiento físico tras el nuevo cuidado de enfermo, el agotamiento moral tras varios años de desengaños; su tiesura interior empezó a aflojarse por entonces, y ella se confesó que necesitaba el amor de un hombre. Al tratarlo durante semanas (en aquel lugar de restablecimiento), esa inclinación erótica alcanzó su plasmación plena juntamente con los dolores, y para la misma época el análisis atestigua un particular estado psíquico de la enferma, estado cuya conjunción con aquella inclinación y los dolores parece posibilitar una inteligencia del proceso en el sentido de la teoría de la conversión.

Debo arriesgar, en efecto, la tesis de que en aquella época la enferma no era claramente *conciente* de la inclinación hacia su cuñado, por intensa que ella fuera, salvo en rarísimas ocasiones y, aun en estas, por contados momentos. De no haber sido así, habría devenido conciente de la contradicción entre esa inclinación y sus representaciones morales, y por fuerza sufriría unos martirios anímicos como le vi padecer

tras nuestro análisis. Su recuerdo no tenía nada para informar sobre tales padeceres, se los había ahorrado; por lo tanto, ella misma no había tenido clara su inclinación. En aquel tiempo, como en el del análisis, el amor por su cuñado estaba presente en su conciencia al modo de un cuerpo extraño, sin que hubiera entrado en vinculaciones con el resto de su representar. Había preexistido ese singular estado de saber y al mismo tiempo no saber con respecto a esa inclinación, el estado del grupo psíquico divorciado. Pues bien, no se mienta otra cosa cuando uno asevera que esa inclinación no le había sido «claramente conciente»; no se mienta una cualidad inferior ni un grado más bajo de conciencia, sino un divorcio del libre comercio de pensamiento asociativo con los restantes contenidos de representación.

Ahora bien, ¿cómo pudo suceder que un grupo de representación de tan intenso acento se mantuviera tan aislado {*isolieren*}? Ello se nos plantea porque, en general, con la magnitud de afecto de una representación aumenta también su papel en la asociación.

Uno puede responder esta pregunta si toma en consideración dos hechos que es lícito emplear como bien certificados: 1) que los dolores histéricos se generaron al mismo tiempo que se formó aquel grupo psíquico separado, y 2) que la enferma oponía una gran resistencia al intento de establecer la asociación entre el grupo psíquico separado y sus restantes contenidos de conciencia, y cuando esa reunión a pesar de todo se consumó, sintió un gran dolor psíquico. Nuestra concepción de la histeria conjuga ambos factores con el hecho de la escisión de conciencia, afirmando: el punto 2 contiene la referencia al *motivo* de la escisión de conciencia, y el punto 1 a su *mecanismo*. El motivo era el de la *defensa*, la revuelta del yo todo a conciliarse con ese grupo de representación; el mecanismo era el de la *conversión*, vale decir, en lugar de los dolores anímicos que ella se había ahorrado emergieron los corporales; así se introdujo una trasmudación de la que resultó, como *ganancia*, que la enferma se había sustraído de un estado psíquico insoportable, es cierto que al costo de una anomalía psíquica —la escisión de conciencia consentida— y de un padecer corporal —los dolores, sobre los cuales se edificó una *astasia-abasia*—.

En verdad, no puedo proporcionar una especificación del modo en que se establece una conversión así; es evidente que no se la crea como se ejecuta adrede una acción voluntaria: es un proceso que se consume en un individuo bajo la impulsión del motivo de la defensa, cuando ese individuo

—en su organización, o en una eventual modificación de esta— es portador de la proclividad para ello.¹¹

Es justo exigir a la teoría y preguntar: ¿Qué se muda aquí en dolor corporal? La cauta respuesta rezará: algo desde lo cual habría podido y debido devenir dolor anímico. Si uno se atreve a dar un paso más y a ensayar una suerte de figuración algebraica de la mecánica de la representación, puede atribuir al complejo de representación de esta inclinación que ha permanecido inconciente un cierto monto de afecto, y designar a esta última cantidad como la convertida. Una consecuencia directa de esta concepción sería que el «amor inconciente» perdiera tanto en intensidad, en virtud de esa conversión, que resultara deprimido a la condición de una representación débil; y entonces sería este debilitamiento, y sólo él, el que posibilitaría su existencia como grupo psíquico divorciado. Sin embargo, el presente caso no es apto para ofrecer contenido intuitivo en esta materia tan espionosa. Es probable que sólo corresponda a una conversión incompleta; otros casos nos muestran con verosimilitud que se producen también conversiones completas y que en estas la representación inconciliable ha sido de hecho «reprimida» como sólo puede serlo una representación muy poco intensiva. Consumada la reunificación asociativa, los enfermos aseveran que desde la génesis del síntoma histérico nunca más se ocuparon en su pensamiento de la representación inconciliable.

Sostuve antes que en ciertas oportunidades, si bien de manera sólo fugitiva, la enferma discernía también conscientemente el amor hacia su cuñado. Un momento así fue, por ejemplo, cuando ante el lecho de su hermana se le pasó por la cabeza el pensamiento: «Ahora él queda libre y tú puedes convertirte en su esposa» [pág. 171]. Debo elucidar el significado de este momento para la concepción de la neurosis en su conjunto. Pues bien, opino que en el supuesto de una «histeria de defensa» ya está contenida la exigencia de que haya ocurrido al menos *uno* de tales momentos. Antes de él la conciencia no sabe cuándo se instalará una representación inconciliable; esta, que luego será excluida junto con su séquito para la formación de un grupo psíquico separado, tiene que ser inicialmente admitida en el comercio de pensamiento, pues de lo contrario no se habría producido el conflicto que llevó a su exclusión.¹²

¹¹ [Cf. *supra*, pág. 138. A esta proclividad se refiere tal vez la expresión «solicitud somática», utilizada en el caso «Dora» (1905e), *AE*, 7, págs. 37-8.]

¹² Diverso es el caso de una histeria hipnoide; en este, el contenido

Justamente a esos momentos, pues, cabe designar «traumáticos»; en ellos ha sobrevenido la conversión cuyos resultados son la escisión de conciencia y el síntoma histérico. En la señorita Von R. todo indica una multiplicidad de tales momentos (las escenas de la caminata, la meditación matinal, el baño, ante el lecho de la hermana); y hasta quizá nuevos momentos de esa índole ocurrieron en el curso del tratamiento. En efecto, la multiplicidad de esos momentos traumáticos es posibilitada por el hecho de que una vivencia semejante a la que introdujo por primera vez la representación inconciliable aporta excitación nueva al grupo psíquico divorciado, y así cancela provisionalmente el éxito de la conversión. El yo se ve precisado a ocuparse de esta representación reforzada que surge como súbito relámpago y a restablecer el estado anterior mediante una nueva conversión. La señorita Elisabeth, que mantenía continuo trato con su cuñado, por fuerza estaba expuesta de particular modo a la emergencia de nuevos traumas. Para esta exposición yo habría preferido un caso cuya historia traumática estuviera clausurada en el pasado.

Ahora debo ocuparme de un punto que he señalado como una dificultad para entender el presente historial clínico [págs. 162-3]. Sobre la base del análisis supuse que en la enferma sobrevino una primera conversión mientras cuidaba a su padre, y ello en el momento en que sus deberes como cuidadora entraron en querrela con su ansiar erótico; y que ese proceso fue el arquetipo del otro, posterior, que llevó al estallido de la enfermedad en aquel lugar de restablecimiento alpino. Sin embargo, de las comunicaciones de la enferma se desprende que en la época de su cuidado del padre y en el lapso que siguió, que yo he designado como «primer período», *no sufrió dolores ni debilidad al caminar*. Es verdad que unos dolores en los pies la postraron en cama durante algunos días cuando la enfermedad de su padre, pero era dudoso que ese ataque debiera atribuirse ya a la histeria. En el análisis no se comprobó vínculo causal alguno entre estos primeros dolores e impresiones psíquicas cualesquiera; es posible, y aun verosímil, que en ese tiempo se tratara de dolores reumáticos musculares, comunes. Y aunque uno se aviniera a suponer que ese primer ataque de dolores fue el resultado de una conversión histérica a consecuencia de la desautorización de sus pensamientos eróticos de entonces, permanece incommovible el hecho

del grupo psíquico separado nunca habría estado en el yo-conciencia. [Cf. *infra*, pág. 291.]

de que los dolores desaparecieron a los pocos días, de suerte que la enferma parecía haberse comportado en la realidad de manera diversa a la que mostraba en el análisis. Durante la reproducción del llamado primer período, acompañaba todos los relatos de la enfermedad y muerte del padre, de las impresiones recibidas en su trato con el primer cuñado, etc., con exteriorizaciones de dolores, en tanto que en la época en que vivenció esas impresiones no había registrado dolor alguno. ¿No es esta una contradicción apta para disminuir en mucho la confianza en el valor esclarecedor de semejante análisis?

Creo poder solucionar la contradicción suponiendo que los dolores —el producto de la conversión— no se generaron mientras la enferma vivenciaba las impresiones del primer período, sino con efecto retardado {*nachträglich*}, vale decir, en el segundo período, cuando la enferma reprodujo esas impresiones en sus pensamientos. La conversión no habría seguido a las impresiones frescas, sino al recuerdo de ellas. Por lo demás, opino que un proceso así no es nada desacostumbrado en la histeria, tiene participación regular en la génesis de los síntomas histéricos. Pero como es evidente que una aseveración como esta no ilumina el problema, intentaré hacerla verosímil exponiendo otras experiencias.

Cierta vez me sucedió, durante un tratamiento analítico de esta clase, que en una enferma se plasmara un síntoma histérico nuevo, de suerte que yo pude abordar su remoción al día siguiente de su génesis. Intercalaré aquí, en sus rasgos esenciales, la historia de esta enferma; es bastante simple y no carece de interés.

La señorita Rosalía H., de veintitrés años, está desde hace algunos años empeñada en formarse como cantante; se queja de que su bella voz no le obedece en ciertas escalas. Le sobreviene una sensación de ahogo y opresión en la garganta, y las notas suenan como estranguladas; por eso su maestro no ha podido todavía autorizarla a presentarse ante el público; como esta imperfección sólo afecta su registro medio, no se la puede explicar por un defecto de sus órganos vocales; y a veces la perturbación desaparece por completo, de suerte que el maestro se declara muy satisfecho, en tanto que, en otras ocasiones, a la excitación más leve, o aun sin que medie en apariencia razón alguna, he ahí de nuevo la sensación de opresión, y estorbado el libre despliegue de la voz. No era difícil discernir, en esta importu-

na sensación, la conversión histérica; no comprobé si de hecho sobrevenía una contractura en ciertos músculos de las cuerdas vocales.¹³ He aquí lo que averigüé, en el análisis hipnótico que emprendí con la muchacha, acerca de sus peripecias y, así, de la causación de sus males. Huérfana a edad temprana, había sido recogida en la casa de una tía que a su vez tenía muchos hijos, viéndose forzada, pues, a participar en una vida familiar en extremo infeliz. El marido de esta tía, un hombre de personalidad evidentemente patológica, maltrataba a su mujer y a los niños de la manera más brutal y, en particular, los afrentaba con su desembozada predilección sexual por las muchachas de servicio y niñeras que vivían en la casa, lo cual se volvía más y más chocante a medida que los niños crecían. Cuando la tía falleció, Rosalia se convirtió en la protectora de ese grupo de niños huérfanos y oprimidos por el padre. Tomó en serio sus deberes y libró todos los conflictos que ese puesto le marcaba, pero debía hacer los mayores esfuerzos para sofocar las exteriorizaciones de su odio y su desprecio hacia el tío.¹⁴ Fue entonces cuando se generó en ella la sensación de opresión en la garganta. Cada vez que debía guardarse una respuesta, que se hacía violencia para permanecer tranquila frente a una falta indignante, sentía la irritación en la garganta, la opresión, la denegación de la voz; en suma: todas las sensaciones localizadas en laringe y faringe que ahora la perturbaban al cantar. Era comprensible que ella buscara la posibilidad de independizarse a fin de escapar a tales inquietudes y penosas impresiones que recibía diariamente en casa de su tío. Un excelente maestro de canto la aceptó desinteresadamente y le aseguró que por su voz estaba justificada en escoger el oficio de cantante. Entonces empezó en secreto a tomar lecciones con él, pero como a menudo llegaba allí a toda prisa con esa opresión todavía

¹³ He observado otro caso en que una contractura de los maseteros impidió a la cantante el ejercicio de su arte. La joven mujer se había visto llevada, por penosas vivencias habidas en su familia, a dedicarse a las tablas. Ensayaba en Roma, presa de gran excitación, cuando de pronto sintió que no podía cerrar la boca abierta; cayó al suelo desmayada. El médico requerido le juntó con violencia las mandíbulas; ahora bien, desde entonces la enferma no pudo volver a separarlas más que el espacio de un dedo, y tuvo que abandonar la profesión que acababa de escoger. Cuando varios años después acudió a mi tratamiento, las causas de aquella excitación evidentemente estaban archivadas desde hacía mucho tiempo, pues un masaje en hipnosis leve bastó para abrirle la boca con amplitud. Esta dama ha cantado en público después.

¹⁴ [Nota agregada en 1924:] También aquí era en realidad el padre, no el tío. [Cf. págs. 149-50n.]

en la garganta, frecuentísima secuela de las violentas escenas hogareñas, se consolidó un vínculo entre el cantar y la parestesia histérica, cuya vía ya era indicada por la sensibilidad de órgano al cantar. El aparato del que habría debido disponer libremente en esa actividad se mostraba investido con restos de inervación tras aquellas numerosas escenas de excitación sofocada. Había abandonado desde entonces la casa de su tío, se había trasladado a una ciudad alejada para poner distancia respecto de su familia, pero con ello no se superaba el impedimento. Esta bella muchacha, de inteligencia nada común, no mostraba otros síntomas histéricos.

Me empeñé en tramitar esta «histeria de retención» [cf. pág. 222 y *n.*] reproduciendo todas las impresiones excitadoras, y abreaccionándolas con efecto retardado {*nachträglich*). La hice insultar al tío, dirigirle filípicas, decirle en la cara toda la verdad, etc. Y este tratamiento le hizo muy bien; por desgracia, ella vivía mientras tanto en condiciones harto desfavorables. No tenía suerte con sus parientes. Era huésped en casa de otro tío, quien la acogió amistosamente, pero por eso mismo despertó el disgusto de la tía. Esta mujer conjeturaba en su marido un interés de mayor hondura por su sobrina, y lo dispuso todo para estropearle totalmente a la muchacha su estadía en Viena. Ella misma en su juventud se había visto precisada a resignar sus inclinaciones artísticas, y ahora sentía envidia por la sobrina que podía cultivar su talento, aunque en el caso de esta no fuera la inclinación, sino la urgencia por independizarse, lo que la llevaba a abrazar esa senda. Rosalie¹⁵ se sentía tan incómoda en la casa que, por ejemplo, no osaba cantar ni tocar el piano si su tía se hallaba cerca como para escucharla, y ponía cuidado en evitar cantar o tocar algo para su tío, hombre por lo demás ya anciano —hermano de su madre—, cuando la tía podía llegar. Mientras yo me empeñaba en tachar las huellas de antiguas excitaciones, de esas circunstancias imperantes en casa de sus huéspedes se generaban otras nuevas, que en definitiva perturbaron el éxito de mi tratamiento e interrumpieron prematuramente la cura.

Cierto día la paciente se me presentó con un síntoma de nueva data, apenas de veinticuatro horas antes. Se quejó de una desagradable comezón en la punta de los dedos que desde ayer le aparecía cada tantas horas y la constreñía,

¹⁵ [Aquí y más adelante, en todas las ediciones alemanas figura el nombre con esta forma.]

muy en particular, a hacer movimientos como de dar papirotazos. No pude ver el ataque, pues de otro modo tal vez habría colegido, viendo los movimientos de los dedos, la ocasión; pero enseguida intenté ponerme sobre el rastro del fundamento del síntoma (en verdad, del pequeño ataque histérico) mediante análisis hipnótico. Como el todo llevaba tan breve existencia, yo esperaba poder producir un esclarecimiento y una tramitación rápidos. Para mi asombro, la enferma me aportó —sin titubear y en orden cronológico— toda una serie de escenas, a partir de la primera infancia,¹⁶ que tenían algo en común: ella había tolerado una injusticia sin defenderse, y de tal suerte que al mismo tiempo los dedos podían darle respingos. Por ejemplo, escenas como la de la escuela, donde debió tender la mano sobre la cual el maestro le dio un golpe con la regla. Pero eran ocasiones triviales, cuyo derecho a intervenir en la etiología de un síntoma histérico yo habría cuestionado. Diversa era la situación con una escena de sus primeros años de doncella, que siguió a aquellas. El tío malo, que padecía de reumatismo, le había pedido que lo masajeara en la espalda. Ella no se atrevió a rehusarse. Yacía él mientras tanto en la cama; de pronto se destapó {*abwerfen die Decke*}, se levantó, quiso atraparla y voltearla {*hinwerfen*}. Desde luego, ella interrumpió los masajes, y un momento después había huido a refugiarse encerrándose en su habitación. Era evidente que no le gustaba acordarse de esa vivencia, y tampoco quiso manifestar si vio algo a raíz del repentino destape del hombre. La sensación en los dedos acaso se explicaba ahí por el impulso sofocado a castigarlo, o simplemente se debió a que estaba ocupada con los masajes. Sólo después de esta escena dio en hablar de la vivenciada ayer, tras la cual se habían instalado la sensación y los respingos en los dedos como símbolo mnémico recurrente. El tío en cuya casa ahora vivía le rogó que le tocara algo; se sentó al piano y se acompañaba con el canto en la creencia de que la tía había salido. Y de repente, he ahí a la tía que llega a la puerta; Rosalie se levanta de un salto, tapa {*zuwerfen den Deckel*} el piano y lanza lejos la partitura; bien se colige, por cierto, el recuerdo que afloró en ella y la ilación de pensamiento de la que en ese momento se defendió: la amargura por la injustificada sospecha, destinada en verdad a moverla a abandonar la casa, mientras que por causa de la cura se veía precisada a per-

¹⁶ [Al parecer, una excepción a la regla de la secuencia cronológica inversa, tal como había sido enunciada *supra*, pág. 95, n. 30.]

manecer en Viena y no tenía otro alojamiento. El movimiento de los dedos que vi en la reproducción de esa escena era el de botar algo, como si uno —literal y figuradamente— rebotara alguna cosa, pasara rápidamente {arrojara lejos} una partitura o desechara una proposición.

Sostenía con total determinación no haber sentido ese síntoma antes —o sea, con ocasión de las escenas referidas en primer término—. ¿Qué otra cosa restaba si no suponer que la vivencia de la víspera había despertado primero el recuerdo de parecidos contenidos de anterior data, y que luego la formación de un símbolo mnémico había conferido valimiento a todo el grupo de recuerdos? La conversión fue costada, en parte, por lo recién vivenciado y, en parte, por un afecto recordado.

Si se reflexiona sobre el tema con más atención, se deberá admitir que un proceso así ha de ser calificado de regla, más que de excepción, en la génesis de síntomas histericos. Casi todas las veces que investigué el determinismo de esos estados, no descubrí una ocasión única, sino un grupo de ocasiones traumáticas semejantes (véanse buenos ejemplos en el historial clínico n^o 2, el de la señora Emmy). En muchos de esos casos se pudo comprobar que el síntoma respectivo ya había aparecido por breve lapso tras el primer trauma, para retirarse luego, hasta que un siguiente trauma lo volvió a convocar y lo estabilizó. Ahora bien, entre ese surgimiento temporario y la total latencia tras las primeras ocasiones no se comprueba diferencia alguna de principio, y en un número abrumadoramente grande de ejemplos se demostró, en cambio, que los primeros traumas no habían dejado como secuela síntoma ninguno, mientras que un trauma posterior de la misma clase provocó un síntoma que, empero, no pudo prescindir para su génesis de la cooperación de las ocasiones anteriores, y cuya solución reclamó tomar en cuenta todas las ocasiones.

Traducido esto a la terminología de la teoría de la conversión, el hecho innegable de la sumación de los traumas y la latencia previa de los síntomas quiere decir que puede producirse tanto la conversión de un afecto fresco como la de uno recordado, y este supuesto esclarece por entero la contradicción en que parecen encontrarse el historial clínico y el análisis de la señorita Von R.

No cabe duda de que las personas sanas toleran en considerable medida la permanencia, en el interior de su conciencia, de representaciones con afecto no tramitado. La

tesis que acabo de sostener no hace más que aproximar la conducta de los histéricos a la de las personas normales. Aquí lo que importa es, evidentemente, un factor cuantitativo, a saber, la *cuantía* de esa tensión de afecto conciliable con una organización. También el histérico podrá mantenerla no tramitada en cierta medida; pero si esta última crece, por sumación de ocasiones semejantes, más allá de la capacidad de tolerancia (*Tragfähigkeit*) del individuo, se ha dado el empuje hacia la conversión. Por eso no constituye un raro enunciado, sino casi un postulado, que la formación de síntomas histéricos puede producirse también a expensas de un afecto recordado.

Ya me he ocupado, pues, de los *motivos* y del *mecanismo* de este caso de histeria; resta todavía elucidar el *determinismo* del síntoma histérico. ¿Por qué justamente los dolores en las piernas tomarían sobre sí la subrogación del dolor anímico? Las circunstancias que rodearon el caso indican que ese dolor somático no fue creado por la neurosis, sino sólo aprovechado por ella, aumentado y conservado. Y agregaré que algo semejante ocurría en la enorme mayoría de las algias histéricas que pude llegar a entender [cf. pág. 115]; siempre había preexistido al comienzo un dolor real y efectivo, de base orgánica. Son los dolores más comunes y difundidos de la humanidad los que con mayor frecuencia parecen llamados a desempeñar un papel en la histeria; sobre todo, los periósticos y neurálgicos a raíz de enfermedades de los dientes, las cefaleas debidas a fuentes tan diversas, y en medida no menor los dolores reumáticos de los músculos, tan a menudo desconocidos como tales [págs. 91-2*n.*]. Opino que también tuvo base orgánica el primer ataque de dolores que la señorita Elisabeth von R. sufrió mientras cuidaba todavía a su padre. En efecto, no obtuve información alguna cuando busqué una ocasión psíquica para ello, y confieso que me inclino a otorgar valor diagnóstico-diferencial a mi método de convocar recuerdos escondidos, siempre que se lo maneje con cuidado. Ahora bien, este dolor originariamente reumático¹⁷ pasó a ser en la enferma el símbolo mnémico de sus excitaciones psíquicas dolientes, y ello, hasta donde yo puedo verlo, por más de una razón. Primero y principal, porque estuvo presente en la conciencia de manera aproximadamente simultánea con aquellas excitaciones; segundo, porque se enlazaba o podía enlazarse de múltiples modos con el contenido de representación de aquella época. Quizá no fue más que una

¹⁷ ¿O quizás espinal-neurasténico? [Cf. pág. 163, *n.* 7.]

consecuencia distante de su cuidado del enfermo, de la falta de movimiento y la mala alimentación que traía consigo el oficio de cuidadora. Pero esto difícilmente lo tuviera en claro la enferma; sin duda cuenta más el hecho de que debió de sentirlo en momentos significativos de ese cuidado, por ejemplo cuando en el frío del invierno saltaba de la cama para acudir al llamado del padre [pág. 162]. Sin embargo, decisiva, sin más, para el rumbo que tomó la conversión debió de ser la otra modalidad del enlace asociativo: la circunstancia de que durante una larga serie de días una de sus piernas doloridas entraba en contacto con la pierna hinchada del padre a raíz del cambio del vendaje [pág. 163]. El lugar de la pierna derecha marcado por ese contacto permaneció desde entonces como el foco y punto de partida de los dolores, una zona histerógena artificial cuya génesis pude penetrar con claridad en este caso.

Si alguien se asombrase por este enlace asociativo entre dolor físico y afecto psíquico considerándolo demasiado múltiple y artificioso, yo respondería que ello es tan injustificado como manifestar asombro por el hecho de que «en el mundo sean justamente los más ricos los que poseen la mayor cantidad de dinero».¹⁸ De no mediar tal profuso enlace, no se forma síntoma histérico alguno, y la conversión no halla un camino; además, puedo asegurar que el ejemplo de la señorita Elisabeth von R. se cuenta, respecto del determinismo, entre los más simples. En el caso de la señora Cécilie M., en particular, he debido solucionar los más enmarañados nudos de esta índole.

Ya elucidé en el historial clínico [págs. 165 y sigs.] cómo la astasia-abasia de nuestra enferma se edificó sobre esos dolores una vez que a la conversión se le abrió un camino determinado. Pero allí sustenté también la tesis de que la enferma creó o acrecentó la perturbación funcional por vía de simbolización, vale decir, halló en la abasia-astasia una expresión somática de su falta de autonomía, de su impotencia para cambiar en algo las circunstancias; y de que los giros lingüísticos «No avanzar un paso», «No tener apoyo», etc., constituyeron los puentes para ese nuevo acto de conversión [pág. 167]. Me empeñaré en sustentar esta concepción mediante otros ejemplos.

La conversión sobre la base de una simultaneidad, preexistiendo ya un enlace asociativo, parece plantear mínimos reclamos a la predisposición histérica; en cambio, la conversión por simbolización parece requerir un alto grado de

¹⁸ [Alusión a un epigrama de Lessing que Freud volvió a citar en *La interpretación de los sueños* (1900a), *AE*, 4, pág. 192.]

modificación histérica, como también en la señorita Elisabeth se pudo comprobar sólo en el estadio posterior de su histeria. Los mejores ejemplos de simbolización los he observado en la señora Cäcilie M., a cuyo caso tengo derecho a designar el más difícil e instructivo que de histeria yo haya tenido. Ya indiqué que, por desdicha, este historial clínico no puede ser expuesto en detalle [pág. 90].

La señora Cäcilie sufría, entre otras cosas, de una violentísima neuralgia facial que le emergía de repente dos o tres veces por año, le duraba de cinco a diez días, desafiaba cualquier terapia y después cesaba como si la hubieran amputado. Estaba limitada a las ramas segunda y tercera del trigémino, y como había sin lugar a dudas uratemia, y un «*rheumatismus acutus*» no del todo claro había desempeñado cierto papel en el historial de la enferma, el diagnóstico de neuralgia gotosa era casi natural. Este diagnóstico era compartido por los médicos llamados a consulta y que vieron cada uno de sus ataques; la neuralgia estaba destinada a que la trataran con los métodos usuales: pincelación eléctrica, aguas alcalinas, purgantes, pero en todos los casos se mantenía incólume hasta que le daba la gana de dejar el sitio a otro síntoma. En los primeros años —la neuralgia ya llevaba quince—, se culpó a los dientes de alimentar esa dolencia; los condenaron a la extracción, y un buen día, previa narcosis, se consumó la ejecución de siete de los malhechores. Pero no fue tan fácil; los dientes estaban implantados con tal firmeza que fue preciso dejarles las raíces en la mayoría de los casos. Éxito ninguno tuvo esta operación cruel: ni temporario ni duradero. La neuralgia se descargó esa vez durante meses. También en la época en que yo emprendí mi tratamiento, a cada neuralgia llamaban al odontólogo; y todas las veces él declaraba hallar raíces enfermas, ponía manos a la obra, pero por lo común interrumpía a poco andar pues la neuralgia desaparecía de repente y, con ella, la demanda de odontólogo. En los intervalos, los dientes no dolían. Cierta vez en que un ataque descargaba sus furias, fui movido por la enferma al tratamiento hipnótico, dicté para los dolores una prohibición muy enérgica y ellos cesaron en lo sucesivo. Así empecé a dudar de la autenticidad de esa neuralgia.

Más o menos un año después de este éxito terapéutico hipnótico, el estado patológico de la señora Cäcilie cobró un giro nuevo y sorprendente. De pronto le sobrevinieron estados diversos de los que había padecido en los últimos

años, pero, tras alguna meditación, la enferma declaró que ya los había tenido durante la prolongada duración de su enfermedad (treinta años). Y de hecho se desenvolvió una sorprendente multitud de incidentes histéricos que la enferma fue capaz de ir localizando en su correcto lugar del pasado, y pronto se volvieron también reconocibles las conexiones de pensamientos, harto enmarañadas muchas veces, que comandaban la secuencia de tales incidentes. Era como una serie de imágenes con un texto elucidador. Pitres, cuando postuló su «*délire ecmnésique*»,¹⁹ debió de tener en vista algo de esta índole. Era en extremo singular el modo en que se reproducían esos estados histéricos pertenecientes al pasado. Primero, hallándose la enferma con su mejor salud, afloraba un talante patológico de particular coloración que ella por regla general equivocaba y refería a un suceso trivial de las últimas horas; luego, con creciente enturbiamiento de la conciencia, seguían unos síntomas histéricos: alucinaciones, dolores, convulsiones, largas declamaciones; por último, a todo ello subseguía el afloramiento alucinatorio de una vivencia del pasado que era apta para explicar el talante inicial y determinar el respectivo síntoma. Con esta última pieza del ataque de nuevo se hacía la claridad, los achaques desaparecían como por ensalmo e imperaba de nuevo el bienestar. . . hasta el siguiente ataque, medio día después. Por lo común me llamaban en el apogeo de ese estado, yo introducía la hipnosis, convocaba la reproducción de la vivencia traumática y ponía término al ataque mediante las reglas del arte. Recorrí con la enferma varios cientos de esos ciclos, y así adquirí las más instructivas informaciones acerca del determinismo de los síntomas histéricos. Y aun fue la observación de este singular caso en comunidad con Breuer la ocasión inmediata para que publicáramos nuestra «Comunicación preliminar».

Dentro de esta trabazón se llegó por fin a reproducir la neuralgia facial, que yo mismo había tratado ya como ataque actual. Sentía curiosidad por saber si aquí resultaría una causación psíquica. Cuando intenté convocar la escena traumática, la enferma se vio trasladada a una época de gran susceptibilidad anímica hacia su marido; contó sobre una plática que tuvo con él, sobre una observación que él le hizo y que ella concibió como grave afrenta {mortifica-

¹⁹ [La «ecmnesia» es, según Pitres (1891, 2, pág. 290), «una forma de amnesia parcial en la cual se preserva íntegramente el recuerdo de sucesos anteriores a cierto período de la vida del paciente, en tanto que el recuerdo de los sucesos posteriores a ese período es abolido por completo».]

ción}; luego se tomó de pronto la mejilla, gritó de dolor y dijo: «Para mí eso fue como una bofetada». — Pero con ello tocaron a su fin el dolor y el ataque.

No cabe ninguna duda de que se había tratado de una simbolización; había sentido como si en realidad recibiera la bofetada. Ahora todo el mundo preguntará cómo es posible que la sensación de una «bofetada» se haya podido parecer en lo externo a una neuralgia del trigémino, limitada a las ramas segunda y tercera, que se acrecentaba al abrir la boca y masticar (¡no al hablar!).

Al día siguiente, he ahí de nuevo instalada la neuralgia, sólo que esta vez se pudo solucionar por la reproducción de otra escena cuyo contenido era, de igual modo, un supuesto ultraje. Y así se siguió durante nueve días; parecía deducirse que durante años las afrentas, en particular las inferidas de palabra, habían convocado nuevos ataques de esta neuralgia facial por el camino de la simbolización.

Finalmente se logró penetrar también hasta el primer ataque de neuralgia (databa de más de quince años). Aquí no se encontró simbolización alguna, sino una conversión por simultaneidad; fue una visión dolida a raíz de la cual emergió un reproche, que la movió a refrenar {esforzar hacia atrás} otra serie de pensamientos. Era, pues, un caso de conflicto y defensa; la génesis de la neuralgia en este momento ya no sería explicable si uno no supusiera que padecía a la sazón de dolores leves en los dientes o la cara, lo cual no era improbable, pues se hallaba en los primeros meses de su primer embarazo.

Entonces, se obtuvo el siguiente esclarecimiento: esa neuralgia había pasado a ser, por el habitual camino de la conversión, el signo distintivo de una determinada excitación psíquica; pero en lo sucesivo pudo ser despertada por eco asociativo desde la vida de los pensamientos, por conversión simbolizadora. En verdad, es el mismo comportamiento que hallamos en la señorita Elisabeth von R.

Expondré otro ejemplo apto para volver intuitiva la eficacia de la simbolización bajo condiciones diversas: En cierta época, atormentaba a la señora Cäcilie un violento dolor en el talón derecho, punzadas a cada paso, que le impedían caminar. El análisis nos llevó hasta un tiempo en que la paciente se encontraba en un sanatorio del extranjero. Había pasado ocho días en su habitación, y el médico del instituto debía venir a recogerla para que asistiera por primera vez a la mesa común. El dolor se generó en el momento en que la enferma tomó su brazo para abandonar la habitación; desapareció en el curso de la reproducción de esa escena,

cuando la enferma manifestó que ella había estado gobernada entonces por el miedo de no «*andar derecha*» en esa reunión de personas extrañas.

Ahora bien, ese parece un ejemplo contundente, casi cómico, de génesis de síntomas histéricos por simbolización mediante la expresión lingüística. No obstante, si uno examina con más atención las circunstancias de aquel momento preferirá otra concepción. En esa época la enferma padecía, en efecto, de dolores en los pies; a causa de ellos había permanecido tanto tiempo en cama. Y puede admitirse que el miedo que la sobrecogió al dar los primeros pasos escogiera, de los dolores que estaban presentes de manera simultánea, uno simbólicamente conveniente en el talón derecho, a fin de plasmarlo como algia psíquica y procurarle una persistencia particular.

Si en estos ejemplos el mecanismo de la simbolización parece relegado a un segundo plano, lo cual con seguridad responde a la regla, yo dispongo también de ejemplos que parecen demostrar la génesis de síntomas histéricos por mera simbolización. He aquí uno de los mejores, referido también a la señora Cäcilie. Era una muchacha de quince años y estaba en cama, bajo la vigilancia de su rigurosa abuela. De pronto la niña da un grito, le ha venido un dolor taladrante en la frente, entre los ojos; le duró varias semanas. A raíz del análisis de este dolor, que se reprodujo tras casi treinta años, indicó que la abuela la ha mirado de manera tan «penetrante» que horadó hondo en su cerebro. Y es que tenía miedo de que la anciana señora sospechara de ella. A raíz de la comunicación de este pensamiento rompió a reír fuertemente, y hete aquí de nuevo desaparecido el dolor. Yo no veo en esto nada más que el mecanismo de la simbolización, intermedio en cierta medida entre el mecanismo de la *auto-sugestión* y el de la *conversión*.

Esa observación que hice en la señora Cäcilie M. me dio oportunidad de reunir una verdadera colección de tales simbolizaciones. Toda una serie de sensaciones corporales, que de ordinario se mirarían como de mediación orgánica, eran en ella de origen psíquico o, al menos, estaban provistas de una interpretación psíquica. Una serie de vivencias iba acompañada en ella por la sensación de una punzada en la zona del corazón. («Eso me dejó clavada una espina en el corazón».) El dolor de cabeza puntiforme de la histeria se resolvía en ella inequívocamente como un dolor de pensamiento. («Se me ha metido en la cabeza».) Y el dolor aflojaba {*lösen*} cuando se resolvía {*lösen*} el problema respectivo. La sensación del aura histérica en el cue-

llo iba paralela a este pensamiento: «Me lo tengo que tragar», cuando esta sensación emergía a raíz de una afrenta. Había una íntegra serie de sensaciones y representaciones que corrían paralelas, y en la cual ora la sensación había despertado a la representación como interpretación de ella, ora la representación había creado a la sensación por vía de simbolización; y no pocas veces era por fuerza dudoso cuál de los dos elementos había sido el primario.

En ninguna otra paciente he podido hallar un empleo tan generoso de la simbolización. Claro que la señora Cäcilie M. era una persona de raras dotes, en particular artísticas, cuyo muy desarrollado sentido de las formas se daba a conocer en poesías de bella perfección. Pero yo sostengo que el hecho de que la histérica cree mediante simbolización una expresión somática para la representación de tinte afectivo es menos individual y arbitrario de lo que se supondría. Al tomar literalmente la expresión lingüística, al sentir la «espinas en el corazón» o la «bofetada» a raíz de un apóstrofe hiriente como un episodio real, ella no incurre en abuso de ingenio {*witzig*}, sino que vuelve a animar las sensaciones a que la expresión lingüística debe su justificación. ¿Cómo habríamos dado en decir, respecto del afrentado, que «eso le clavó una espina en el corazón», si la afrenta no fuese acompañada de hecho por una sensación precordial interpretable de ese modo, y se la reconociera en esta? ¿Y no es de todo punto verosímil que el giro «tragarse algo», aplicado a un ultraje al que no se replica, se deba de hecho a las sensaciones de inervación que sobrevienen en la garganta cuando uno se deniega el decir, se impide la reacción frente al ultraje? Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la «expresión de las emociones», que, como nos lo ha enseñado Darwin [1872], consiste en operaciones en su origen provistas de sentido y acordes a un fin; por más que hoy se encuentren en la mayoría de los casos debilitadas a punto tal que su expresión lingüística nos parezca una transferencia figural, es harto probable que todo eso se entendiera antaño literalmente, y la histeria acierta cuando restablece para sus inervaciones más intensas el sentido originario de la palabra. Y hasta puede ser incorrecto decir que se crea esas sensaciones mediante simbolización; quizá no haya tomado al uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común.²⁰

²⁰ En estados de alteración psíquica profunda se produce también a todas luces una expresión simbólica, en imágenes sensoriales

y sensaciones, del más artificial giro lingüístico. La señora Cécilie M. tuvo una época en la cual cada pensamiento se le trasponía en una alucinación, para solucionar la cual hacía falta a menudo mucho ingenio. Por entonces, se me quejó, la asediaba la alucinación de que sus dos médicos —Breuer y yo— estaban colgados en el jardín de sendos árboles, próximos entre sí. La alucinación desapareció después que el análisis hubo descubierto el siguiente proceso: la tarde anterior, Breuer le había rechazado su demanda de un cierto medicamento, y entonces puso su esperanza en mí, pero me halló igualmente duro de corazón. Se enojó con nosotros por eso, y en su afecto pensó: «¡No valen uno más que el otro! Uno es el *pendant* {"homólogo", "correspondiente"; "*pendre*", "colgar"} del otro». — [En la segunda de sus *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910a), *AE*, **11**, págs. 21-2, Freud expuso sumariamente el historial clínico de Elisabeth von R.]

III. Parte teórica

(Breuer)