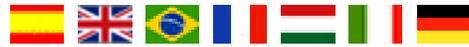


LAS NEURÓSIS A LA LUZ DE LAS ENSEÑANZAS DE FREUD Y EL PSICOANÁLISIS¹. (1908d).



Sándor Ferenczi

Hace algunos años, en el tercer Congreso nacional de Psiquiatría, hice una exposición sobre la “neurastenia”, en la que pedía una clasificación nosológica sistemática de este cuadro clínico tan confuso y complejo, que encubre tantos diagnósticos erróneos o inexistentes. Pero si la orientación era apropiada cuando separaba las situaciones de debilitamiento neurasténico de los estados nerviosos que acompañan a las afecciones orgánicas por una parte, y los estados puramente psiquiátricos por otra, me confieso culpable de una omisión grave al olvidar totalmente las investigaciones realizadas sobre las neurosis por el profesor Freud, de Viena. Esta omisión puede imputárseme con tanta mayor severidad cuanto que tenía un perfecto conocimiento de los trabajos de Freud. Ya en 1893 había leído el artículo de Freud y Breuer sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos; y más tarde, una comunicación individual, donde demostraba que los traumatismos sexuales de la infancia son el origen de las psiconeurosis.

Hoy, habiendo tenido tantas ocasiones de convencerme de la exactitud de las teorías de Freud, debo plantearme estas cuestiones: por qué las rechacé entonces de golpe, por qué me parecieron *a priori* desacertadas y artificiales y, sobre todo, por qué esta teoría del origen sexual de las neurosis suscitó en mí tanto desagrado y aversión que ni siquiera juzgué oportuno verificar si, por casualidad, contenía algunos elementos verdaderos.

Aduciré como disculpa que la mayoría de los neurólogos han cometido el mismo error, y, entre ellos, hombres de tanta altura como Kraepelin y Aschaffenburg lo mantienen todavía hoy. Por el contrario, los investigadores que se han decidido a intentar la interpretación de los problemas particulares suscitados por los casos de neurosis mediante las teorías y los laboriosos procedimientos de Freud se han convertido, en su mayoría, en ardientes adeptos de esta ciencia hasta ahora olvidada, y el número de los discípulos de Freud es hoy día considerable.

La premura del tiempo de que dispongo me impide -aunque esté tentado a ello- exponer sistemáticamente cómo Freud y Breuer han detectado, examinando las particularidades de *una sola* enferma histérica que podrían pasar como simples extravagancias, fenómenos psíquicos de una significación universal, llamados a jugar un papel aún difícil de evaluar en el desarrollo de la psicología normal y patológica. Debo igualmente renunciar a acompañar a Freud, que camina a partir de entonces con absoluta independencia a través de los difíciles senderos que le han conducido -tras más de un error valientemente reconocido- a su posición actual, la única apta, según creo, para explicar los fenómenos enigmáticos de las neurosis y, por consiguiente, para curarlas. Les ahorraré también los datos literarios y estadísticos. Me limitaré en el marco de esta conferencia a esclarecer algunos puntos clave de esta teoría compleja y a ilustrar su valor mediante ejemplos clínicos.

Una tesis fundamental de esta nueva teoría es que en las neurosis la sexualidad desempeña un papel específico, es decir, que la mayoría de las neurosis se reducen en último término a un síndrome que oculta funciones sexuales anormales.

1.- Conferencia pronunciada en la Real Sociedad de Medicina de Budapest, el 28 de marzo de 1908.

Freud clasifica en un primer grupo los estados neuróticos en los que una perturbación concreta de la *fisiología* de las funciones sexuales parece actuar como causa patógena directa, sin intervención de los factores psicológicos. Dos estados mórbidos pertenecen al grupo que Freud llama “neurosis concretas”, pero que podríamos también denominar, sin desautorizar al autor, mediante un nombre que las define en oposición a las psiconeurosis, es decir, como *fisioneurosis*. Se trata de la neurastenia, en un sentido restrictivo del término, y de un síndrome netamente delimitado, que se denomina neurosis de angustia, en alemán “Angstneurose”. Si se elimina del grupo de enfermedades designadas por el término *neurastenia* todo lo que se ha unido a él impropriamente y puede clasificarse en una entidad mórbida más adecuada, queda un síndrome bastante característico en el que dominan las cefaleas, las raquialgias, las perturbaciones gastrointestinales, las parestesias, un grado variable de impotencia y, como consecuencia de estos diversos factores, un estado de depresión. Según las observaciones de Freud, el factor patógeno principal de esas neurosis neurasténicas en el sentido estricto de la palabra lo constituiría la *masturbación excesiva*. Para descartar *a priori* la objeción demasiado fácil del carácter banal de esa actividad, insisto en el hecho de que se trata aquí de onanismo excesivo, proseguido incluso después de la pubertad, y no del onanismo habitual de la infancia, limitado a un determinado período; pues este tipo de onanismo está tan extendido, sobre todo en el sexo masculino, que considero que la ausencia total de antecedentes autoeróticos pone en duda el equilibrio psíquico de un individuo, duda que en la mayoría de los casos resulta fundada.

Ya he dicho en otra parte lo que pienso sobre las variaciones de la importancia atribuida al efecto patógeno de la masturbación; el apogeo está representado por la degeneración medular, y el perigeo por la inocuidad total. Yo soy de los que no sobrestiman la importancia del onanismo; pero, basándome en mi experiencia, puedo afirmar que en la neurastenia, considerada en el sentido restrictivo que le da Freud, la auto-saciedad excesiva no falta nunca, y explica de modo suficiente los síntomas. Señalaré de paso que el daño provocado en el estado psíquico de muchos masturbadores por las exageradas opiniones divulgadas en torno al carácter vergonzoso y nocivo de la masturbación, precipitándoles en la Scylla de la angustia o de la psiconeurosis cuando intentan sofocar su pasión para evitar el Caribdis de la neurastenia, es infinitamente más grave que el efecto directo del onanismo.

La masturbación excesiva es patógena por el hecho de que tiende a liberar el organismo de la tensión sexual mediante un sucedáneo menos eficaz que el proceso normal, es decir, citando a Freud, mediante una “descarga inadecuada”. Se comprende perfectamente que este modo de satisfacción practicada con exceso desgaste las fuentes de energía neuropsíquica del individuo. El coito normal es ciertamente una función compleja, pero, sin embargo, una función refleja, cuyos arcos pasan en su mayoría por el bulbo y los centros sub-corticales, aunque los centros nerviosos superiores queden también implicados; en la masturbación, por el contrario, debido a la pobreza de las estimulaciones sexuales externas, los centros de la erección y de la eyaculación no pueden conseguir una tensión suficiente para desencadenar el mecanismo reflejo más que extrayendo la energía de una fuente psíquica superior, la imaginación.

Repito que todo lo que precede concierne esencialmente a las formas espino-viscerales de la neurastenia; queda por adivinar si las restantes formas de la entidad mórbida asténica, como por ejemplo la astenia psíquica, en el sentido estricto de término, surge también de la misma forma.

En el segundo grupo de las neurosis actuales, que Freud llama “Angstneurose” -neurosis de angustia-, los síntomas principales son una irritabilidad general que se manifiesta esencialmente por la hiperestesia auditiva, y el insomnio, un estado de expectación ansiosa crónica específica, centrada a menudo sobre la salud de otro, a veces sobre la del propio paciente (hipocondría), crisis de angustia asociadas frecuentemente al temor de un infarto, de un ataque de parálisis, y que van acompañadas de perturbaciones respiratorias, cardíacas, vaso-motoras y secretoras. Las crisis de angustia pueden manifestarse de forma indirecta: sudores, palpitaciones, bulimia, diarrea, o simplemente pesadillas y terrores nocturnos (*pavor nocturnus*). Los vértigos juegan un papel considerable en la neurosis de angustia y pueden alcanzar tal intensidad que limiten, de forma parcial o total, la libertad de movimiento del enfermo. Gran parte de las agorafobias son, de hecho, consecuencias de las crisis de vértigo ansioso; el enfermo evita los desplazamientos porque teme que la crisis de angustia le sorprenda en plena calle. En este caso, la fobia es una defensa contra la angustia,

y la angustia es un fenómeno que no puede analizarse desde un ángulo psicológico, sino que se explica por la mera fisiología.

Todos estos síntomas y síndromes podrían cobijarse fácilmente bajo el amplio manto de la neurastenia y de la histeria, si Freud no hubiera demostrado la unidad etiológica de ambas, perteneciente una vez más al ámbito de la sexualidad. En efecto, la neurosis de angustia aparece cuando la *energía sexual, la libido, se desvía de la esfera psíquica*, propagándose la tensión sexual *exclusivamente* por vía bulbar y sub-cortical. Así, pues, mientras que en condiciones normales la energía sexual se irradia también hacia la esfera psíquica, en la neurosis de angustia el psiquismo no participa, o lo hace de manera insuficiente, del afecto sexual, bien sea porque está ocupado anteriormente, porque debido a una fuerte inhibición es inaccesible a la libido, o incluso, porque es incapaz de percibir correctamente la excitación; de manera que la excitación se desborda, en su totalidad o en gran parte, por las vías nerviosas inferiores. Uno de los descubrimientos más notables de Freud es que esa hendidura entre el psiquismo y la libido se manifiesta por la angustia, es decir, que la excitación que no puede manifestarse sobre el plano psíquico provoca en el organismo efectos fisiológicos acompañados de una sensación de angustia, de ansiedad. La neurosis de angustia se opone directamente aquí a la neurastenia, en la que se hace referencia de manera exclusiva a la energía psíquica.

Utilizando una comparación de la física pero que expresa perfectamente el principio del proceso, podríamos decir que la transformación de la excitación sexual en factor de actividades motrices, vasomotrices, secretoras, respiratorias, que tienen por culminación la angustia cuando el circuito psíquico queda cerrado y no puede escapar más que por las vías nerviosas inferiores, es análoga a la transformación de la electricidad en calor cuando encuentra una fuerte resistencia en el circuito conductor.

El ejemplo más conocido de neurosis de angustia sexual es la angustia virginal (Freud), que aparece generalmente tanto en los hombres como en las mujeres en el momento de las primeras relaciones. Es evidente que el psiquismo, mal preparado, no puede participar correctamente de la libido. La angustia aparece a menudo en quienes sufren una intensa excitación sexual, pero no pueden satisfacer su libido a causa de obstáculos externos o internos. Citemos como ejemplo la neurosis de los novios que he podido observar a menudo, y que va acompañada de toda la gama de síntomas descritos por Freud. El coito interrumpido produce graves neurosis de angustia tanto en los hombres como en las mujeres. En este caso es una fuerte inhibición psíquica la que dificulta el desarrollo normal de la libido. La eyaculación precoz del marido es una causa frecuente de angustia en la mujer; puede atribuirse a una masturbación excesiva. Esta combinación de neurosis conyugal: marido neurasténico y mujer ansiosa, está muy extendida.

Según mi experiencia, la abstinencia total se tolera mejor que las excitaciones incompletas; sin embargo, puede provocar una neurosis de angustia. Esta explicación de la neurosis de angustia está avalada por los resultados terapéuticos. La angustia cesa cuando los obstáculos que se oponen a la manifestación psíquica de la excitación desaparecen. El remedio para la angustia virginal es la habituación; el de muchas neurosis es acabar con formas de coito inapropiadas; la angustia de la mujer se cura a menudo mediante el fortalecimiento de la potencia de su cónyuge.

Tras esta exposición, deseo abordar un capítulo más complejo y más importante de la teoría de Freud; tendré que dejar de lado las explicaciones fisiologistas y mecanicistas, porque aquí predominan las consideraciones psicológicas. Freud reúne en este apartado dos enfermedades: la *histeria* y la *neurosis obsesiva*. Hasta ahora, la neurosis obsesiva se situaba por lo general en el capítulo de la neurastenia; por el contrario, se admite que la histeria consiste en una neurosis psicógena cuyos síntomas se explican mediante mecanismos mentales inconscientes o semiconscientes. Pero los autores que han estudiado esta enfermedad, aun cuando su experiencia y sus observaciones sean de un valor incalculable para la neurología, no han sabido unificar sus puntos de vista sobre esta compleja enfermedad y, en particular, no han sabido explicarnos por qué los síntomas se presentan necesariamente en tal o cual enfermo según un agrupamiento y un orden dados. Ahora bien, mientras este problema ha quedado sin respuesta –prescindimos aquí de una cierta presciencia confusa sobre el papel del inconsciente–, cada caso de histeria nos ha planteado problemas indescifrables, como el de la esfinge. Pero mientras que la esfinge permanece petrificada en su tranquila contemplación del infinito, la histeria –como para despreciar nuestra impotencia ante sus muecas– cambia

incesantemente de apariencia y convierte al enfermo a quien afecta en insoportable, tanto para su familia como para su médico. El médico, que ha agotado rápidamente todos los recursos de la quimioterapia y de la hidroterapia, en vez de utilizar tratamientos basados en la sugestión pero de resultados efímeros, aguarda impaciente el verano para poder enviar a su enfermo al campo, lo más lejos posible. Pero incluso si vuelve mejorado, la recaída será inevitable al primer conflicto psíquico serio. Y así ocurre durante un año, diez años e incluso más, a pesar de que ningún especialista cree en el carácter benigno de la histeria. En tales condiciones, el evangelio de Freud es una verdadera liberación tanto para el médico como para el enfermo, porque anuncia el descubrimiento de la clave del problema de la histeria, una comprensión más profunda de esta penosa enfermedad y de su carácter curable.

Ha sido Breuer el primero que ha logrado reunir el conjunto de síntomas presentados por una enferma histérica con traumatismos psicológicos y conflictos psíquicos olvidados cuyo recuerdo, cargado con los afectos correspondientes, queda latente en el inconsciente y, como un enclave extraño en el psiquismo, provoca tensiones continuas o periódicas en el aparato neuro-psíquico. Con ayuda de la hipermnesia provocada por la hipnosis, Breuer y Freud han establecido que los síntomas son en realidad los símbolos de esos recuerdos latentes; a continuación, en estado de vigilia, han hecho que la enferma tome conciencia de los acontecimientos pasados que ha revelado durante el sueño hipnótico, suscitando así una violenta descarga emocional; una vez apaciguada ésta, los síntomas desaparecen definitivamente. Según Breuer y Freud, el rechazo del recuerdo y de su afecto, latentes en el inconsciente, se debía a que, en el momento del choque psíquico, el individuo no estaba preparado para reaccionar frente al suceso, es decir, expresándose con palabras, con gestos, con cierta mímica, con risas o con llantos, con cólera, con irritación o mediante otras manifestaciones de intensa emoción, dicho de otra forma, de elaborar sus emociones por asociación de ideas. Las emociones y las ideas, al no poder resolverse correctamente a nivel psíquico, han retrocedido hacia la esfera orgánica convirtiéndose en síntomas histéricos. El tratamiento, que los autores han llamado *catarsis*, ha permitido al paciente bachear esta laguna, “aliviar” los afectos no liquidados, suprimiendo así el efecto patógeno del recuerdo privado de su afecto y convertido en consciente.

Esta es la semilla de la que ha germinado el método del análisis psicológico de Freud, el *psicoanálisis*. Este método abandona totalmente la hipnosis y se practica en estado de vigilia, lo cual lo pone al alcance de muchos pacientes y desbarata la objeción de quienes pretenden que los hechos revelados por el análisis se basan en la sugestión.

A lo largo de sus investigaciones, Freud ha establecido que no todos los olvidos surgen del retraimiento, de la ocultación natural de las impresiones mnésicas; muchas impresiones se olvidan porque el psiquismo incluye un poder de juicio, la *censura*, que aparta de la conciencia las representaciones insoportables o penosas. Freud llama a este proceso recusación, represión, rechazo (*Verdrängung*), y ha demostrado que este mecanismo desempeña el mismo papel en las funciones mentales normales que en las patológicas.

El rechazo de los recuerdos desagradables no se consigue totalmente en la práctica; sin embargo, el combate entre el grupo de representaciones afectivamente cargado con su tendencia a la repetición –que Jung llama complejo– por una parte, y la censura que se opone a él por la otra, puede acabar eventualmente mediante un compromiso. En tal caso, ni la tendencia al rechazo ni la tendencia a la repetición pueden desarrollarse enteramente, pero el complejo queda representado en la conciencia por medio de una asociación superficial cualquiera.

Según Freud, son estos representantes o símbolos de complejos los que constituyen la mayoría de esas ideas súbitas que, rompiendo el desarrollo normal del pensamiento, nos vienen a la mente sin razón aparente, como si dijéramos “por azar”; a menudo un antiguo recuerdo de infancia, de apariencia anodina e insignificante, se revela como el representante de un complejo, y no comprenderíamos por qué nuestra memoria se había obnubilado si una búsqueda más activa no descubriera que disimula el recuerdo de un acontecimiento muy significativo y de ningún modo anodino. A éstos los llama Freud “recuerdos pantalla”.

Un complejo también puede manifestarse por una perturbación repentina de la expresión, del lenguaje, de los actos, por ejemplo, gestos involuntarios, sonrisas confusas, lapsus diversos, inversiones y lagunas.

Un tercer modo de manifestación de los complejos rechazados es el *sueño*. Una de las más notables

obras de Freud trata de la interpretación de los sueños; allí se encuentra la tesis capital que pretende que el sueño es siempre la manifestación más o menos de un deseo rechazado. Como la censura es mucho menos severa durante el sueño que durante el estado de vigilia, el análisis de los sueños permite acercarse a las representaciones y a los afectos rechazados en el inconsciente.

Jung ha aportado un instrumento excelente al método del análisis psicológico de Freud demostrando que los complejos pueden manifestarse en el curso de lo que llama la prueba de libre asociación. Esta prueba consiste en enunciar alternativamente al enfermo una palabra indiferente o una palabra con carga afectiva, debiendo responder él a la mayor velocidad posible con otra palabra. La calidad de la réplica y la duración del tiempo de reacción –que basta con medir en quintos de segundo– nos permiten determinar las reacciones bloqueadas de un complejo inconsciente, lo que nos posibilita a continuación para alcanzar más rápida y fácilmente las imágenes mnésicas olvidadas pero siempre activas, y los grupos de representación rechazados por la censura.

Yo he visto emplear una interesante variación de la prueba de asociación en la clínica de Zurcí. Jung y Peterson realizan la prueba sometiendo al sujeto examinado a una corriente galvánica débil durante el registro de las reacciones. Un galvanómetro muy sensible, ramificado sobre el circuito, muestra en general, en el momento de las reacciones relacionadas con el complejo, una oscilación positiva intensa, permitiéndonos de este modo comparar la influencia de los complejos sobre las diferentes reacciones, y representarlas gráficamente.

He aquí en líneas generales cómo se practica el método del análisis psicológico: enseñamos al enfermo a expresar en palabras todo lo que le viene a la mente, sin ejercer ninguna crítica, como si él se observara a sí mismo. Este modo de pensamiento se opone claramente al modo de pensamiento consciente en el que las ideas que se apartan del sujeto son rechazadas inmediatamente como inválidas, inutilizables, e incluso perturbadoras. Pero en el análisis nos interesamos precisamente por lo que la conciencia superior no quiere aceptar, e invitamos al enfermo a manifestar todo lo que le viene a la mente cuando dirige su atención justamente sobre esas ideas súbitas. Al principio las asociaciones son superficiales, conciernen a los sucesos cotidianos y a las impresiones nuevas que preocupan al individuo; pero enseguida, por medio de las ideas súbitas, surgen vestigios mnésicos más antiguos –recuerdos pantalla– cuya interpretación suscita, ante la gran sorpresa del propio enfermo, recuerdos antiguos, esenciales en la vida del sujeto, que se le escapaban hasta entonces. Tales recuerdos pueden pertenecer ya a los complejos rechazados. La principal función del análisis consiste en llevar al enfermo a *tomar conciencia* del conjunto de su universo intelectual y emocional, así como de la génesis de este universo, y a volver a encontrar los móviles que han determinado el rechazo de las ideas o de las emociones. Este análisis –esta confesión científica– exige mucho sentido psicológico y mucho tacto.

Durante el análisis debemos observar atentamente todos los gestos involuntarios del paciente, su mímica, los lapsus y confusiones, los olvidos, y debemos incitarle a explicarse. Le haremos narrar sistemáticamente sus sueños y analizaremos todos los detalles, siguiendo siempre el método expuesto anteriormente. También examinaremos las reacciones del paciente a la prueba de asociación de Jung; por este camino podemos intentar llegar a sus complejos.

Si este trabajo de análisis difícil y profundo se prosigue durante mucho tiempo, por ejemplo durante varios meses, con un enfermo de histeria, se descubre tarde o temprano la existencia de numerosos complejos en estrecha relación con los síntomas. Parece entonces que el síntoma histérico no es más que un representante del complejo, indescifrable si está aislado, pero que puede ser interpretado cuando el complejo al que se halla ligado –por un hilo asociativo a menudo tenue– queda liberado del rechazo y se hace consciente. El médico, además de lo que habrá captado en cuanto a la patogenia de los síntomas, constatará con agrado e interés que el síntoma, si ha sido analizado hasta el final, y tras una reacción generalmente muy violenta, desaparece total y definitivamente.

Freud no ha iniciado sus investigaciones a partir de una teoría totalmente desarrollada; por el contrario, la experiencia acumulada le ha servido de base para formarse una opinión. Para evitar los obstáculos acumulados en su camino, no ha retrocedido ante las tareas más difíciles. Para completar el análisis de las

neurosis, ha elaborado la única teoría del *sueño* verdaderamente satisfactoria, y que aparece como una de las realizaciones más notables del espíritu humano; posteriormente ha debido dedicarse a la explicación del “azar”, o de los actos frustrados, y de este modo ha escrito la *Psicopatología de la vida cotidiana*; una monografía igualmente única en su género debe su existencia a las investigaciones consagradas a los procesos y móviles inconscientes del chiste y de lo cómico. Por último, reuniendo los resultados obtenidos, ha echado las bases de una psicología nueva que representa, estoy convencido, un giro decisivo en la evolución de esta disciplina. El mismo Freud atribuye mucha más importancia a los resultados teóricos que a los éxitos terapéuticos; pero mi propósito actual es presentar ante ustedes los nuevos datos de la patología y de la terapéutica de las neurosis.

A través del método analítico, Freud ha llegado a la extraña conclusión de que los síntomas psiconeuróticos son el resultado de complejos *sexuales* rechazados. Pero esta conclusión parece menos extraña cuando se piensa que los impulsos sexuales figuran entre los más potentes de los instintos humanos, los cuales tienden a expresarse por todos los medios, y que, además, la educación se esfuerza en sofocarlos desde la infancia. Las nociones inculcadas: conciencia moral, honor, respeto a la familia, es decir, la conciencia de una parte, y de la otra las leyes promulgadas por la Iglesia y el Estado, sus amenazas y sus castigos, todo contribuye a reprimir los instintos sexuales, o al menos a confinarlos en estrechos límites. El conflicto se hace inevitable; según sea la resistencia del individuo y la relación de fuerza de los instintos que intentan expresarse, el combate acaba con la victoria de la sexualidad, con un rechazo completo o incluso, que es lo más frecuente, con un compromiso. La psiconeurosis no es más que una forma de compromiso. La conciencia del histérico llega a apartar el grupo de representaciones sexuales con carga afectiva, pero éste se expresa, sin embargo, por vía simbólica —la de las asociaciones—, convertido en síntoma orgánico.

El psicoanálisis me ha aportado suficientes pruebas de que únicamente la interpretación al estilo de Freud puede esclarecer los síntomas de la histeria. Veamos algunos ejemplos.

Un joven de diecisiete años viene a verme; se lamenta de una salivación intensa que le obliga a escupir constantemente. No puede dar ninguna explicación sobre la causa o el origen del mal. El examen no revela ninguna afección orgánica; la salivación, que efectivamente constato, debía ser calificada como salivación histérica o ptialismo. Pero en lugar de recetarle enjuagues de boca medicinales, bromuro, hipofosfato o incluso atropina, realicé el psicoanálisis del enfermo. Inicialmente el análisis reveló que la necesidad de escupir se manifestaba esencialmente en presencia de las mujeres. Más adelante el paciente recordó haber sufrido este problema con anterioridad, cuando en el Museo Anatómico de Városliget² había visto modelados que representaban los órganos genitales femeninos y otros que reproducían los síntomas de las enfermedades venéreas en la mujer. Ante este espectáculo le había invadido tal malestar, que había abandonado el museo apresuradamente y había vuelto a su casa a lavarse las manos. No pudo especificar la razón, pero la continuación del análisis reveló que la visita al museo había despertado en él el recuerdo de su primera relación en la que había experimentado un intenso desagrado al contemplar el órgano genital femenino, tras lo cual se había estado lavando durante varias horas. Pero la explicación de esta repugnancia excesiva no apareció más que al final del análisis, cuando el muchacho recordó que a los cinco años practicó el cunilinguo con niñas de su edad, incluso con su propia hermana. La causa de la salivación era, pues, ese recuerdo rechazado, latente bajo la conciencia. A partir del momento en que el complejo se hizo consciente, el síntoma desapareció definitivamente. Incluso sin tener en cuenta el éxito terapéutico, es innegable que el análisis nos permite una comprensión más profunda de la génesis de los síntomas histéricos que todos los medios de investigación conocidos hasta ahora.

Una joven de buena familia, de diecinueve años de edad, que manifestaba ante los hombres un pudor extraordinario e incluso repugnancia, vio desaparecer sus parestesias histéricas a medida que el análisis le permitió despertar el recuerdo de experiencias sexuales de la infancia en relación con las partes sensibles de su cuerpo, y a medida que tomó conciencia de las fantasías sexuales que había cristalizado durante la

2.- Bosque próximo a Budapest.

pubertad. En particular, un sueño de la paciente dio la explicación de la raquialgia. Aunque inicialmente parecía banal, este sueño resultó muy significativo cuando el análisis demostró cómo las pérdidas seminales recordaban a la enferma una determinada publicidad vista en los periódicos. La paciente, cuyos conocimientos fisiológicos eran escasos, se había sentido aludida, pues en su infancia había sufrido pérdidas blancas a consecuencia de prácticas onanistas; su raquialgia era debida al temor de quedar afectada por una atrofia espinal, equivocadamente atribuida a la masturbación por las creencias populares y la publicidad de los periódicos.

A la base de los síntomas de otra joven histérica (hipo, tensión, angustia histérica), el análisis descubrió escenas de exhibición contempladas en la infancia, una tentativa de agresión sexual sufrida en la adolescencia y las fantasías correspondientes que suscitaban su desagrado.

Quizá se extrañen ustedes de que se pueda hablar de estos asuntos con una muchacha. Pero Freud ha respondido a esto planteando a los médicos la siguiente cuestión, absolutamente justificada: ¿Cómo se atreven a examinar e incluso a tocar esos órganos de los que el neurólogo sólo habla? Efectivamente, lo mismo que sería estúpido renunciar, por falso pudor, a las intervenciones ginecológicas en las muchachas, resultaría imperdonable descuidar por simple pudor las enfermedades del psiquismo. Es evidente que el análisis debe practicarse con mucho tacto; el juramento hipocrático del “nihil nocere” lo exige, tanto del neurólogo como del ginecólogo. Y si una mano inexperta o criminal puede dañar al enfermo, no ocurre únicamente dentro de la neurología: la cirugía ofrece también muchos ejemplos. Pero no es ésta una razón suficiente para proscribir la cirugía ginecológica o el psicoanálisis. Una frase de Goethe caracteriza perfectamente esta hipocresía de algunos médicos: “Du kannst vor keuschen Ohren nicht nennen, was keusche Herzen nicht entbehren können.”³

Podría añadir infinitos ejemplos. Una histérica de cuarenta años, que sentía de vez en cuando un insoportable amargor en la boca, se acordó en el curso del análisis de que había sentido el mismo amargor el día en que su hermano, afectado por una dolencia incurable, había tomado su quinina sin proporcionársela ella, como de costumbre, sino otra persona, tan desafortunadamente que, al romperse el sello, el producto amargo había incomodado al enfermo. El análisis reveló más adelante que en la infancia, su padre, que la quería mucho, la sentaba a menudo en sus rodillas, la apretujaba y la abrazaba, introduciendo la lengua entre sus labios. El gusto amargo simbolizaba también el personaje del padre, fumador empedernido impregnado todo él de olor a tabaco. Aquí, como en numerosos casos, existe “superdeterminación” del síntoma que, por vía de conversión, expresa muchos complejos.

Las crisis histéricas, los calambres, se producen, según demuestra el análisis, cuando una impresión psíquica está tan intensamente ligada al complejo rechazado que la conciencia no puede protegerse ante su reproducción y se abandona por completo. El mecanismo es el siguiente: el psiquismo, como el cuerpo, presenta puntos histerógenos; su vulneración provoca el estado que Freud llama “dominación de la conciencia por el inconsciente” (*Überwältigung durch das Unbewusste*). Según mis propios análisis, los movimientos, contracciones y gestos que desembocan en la crisis de histeria son los símbolos y los síntomas que acompañan los recuerdos y las fantasías rechazadas.

Un joven aprendiz de quince años vino a verme acompañado por su padre: sus crisis de histeria, que pude observar en muchas ocasiones, se manifestaban por contracciones tónicas que se prolongaban durante algunos minutos; al terminar la crisis, el paciente sacaba la lengua violentamente tres o cuatro veces. La primera crisis se había producido cuando, por divertirse, otros aprendices le habían amarrado, causándole gran terror. Según la teoría que actualmente rige, se trataría de una simple histeria traumática; sin embargo, el análisis reveló que la perturbación tenía un origen más profundo. Inicialmente se supo que tres meses antes el muchacho había caído a un pozo lleno de agua sucia y nauseabunda; parte del líquido había penetrado en su boca. La evocación de este recuerdo desencadenó una crisis intensa. Una nueva crisis violenta precedió a la aparición del recuerdo de un hecho ocurrido cuando tenía trece años. Mientras jugaba a la gallina ciega

3.- Ante oídos castos no puedes nombrar lo que corazones castos no pueden soportar.

con sus amigos, éstos, por divertirse, le pusieron en las manos un bastón manchado con excrementos; cuando instintivamente se llevó la mano al rostro para quitarse el pañuelo, no pudo evitar que su nariz y su boca se pusieran en contacto con los excrementos que se habían quedado pegados en sus dedos. Este suceso fue seguido de enuresis nocturna repetida. Más adelante, durante el análisis, supe que el muchacho, durante toda su infancia, se había dedicado –entre otras investigaciones sexuales- a una coprofagia recíproca con sus camaradas, y cuando su madre lo abrazaba, le asaltaba el insoportable pensamiento de que podría intentar esta experiencia también con ella. Estos recuerdos olvidados durante mucho tiempo aparecieron cuando refirió el episodio en el que fue amarrado por sus camaradas y en el que dejó escapar sus excrementos al relajarse sus esfínteres; el muchacho había rechazado estos recuerdos porque se le habían hecho insoportables. Hubo un período en el que yo podía provocar la crisis evocándole cualquiera de las necesidades naturales. Fue preciso un prolongado esfuerzo verdaderamente “pedagógico” para hacer estos recuerdos más tolerables. Este caso, que no puedo desarrollar más ampliamente, confirma la concepción de Jung que considera el análisis como un tratamiento dinámico que debe habituar al enfermo a hacer frente a las representaciones penosas.

Cuando el análisis puede hacerse con la suficiente profundidad, revela en todos los casos de histeria la presencia de recuerdos rechazados sobre actos sexuales de la infancia y de fantasías rechazadas en relación con ellos, donde proliferan, a expensas de las tendencias sexuales normales, todas las llamadas perversiones. La cura analítica tiene esencialmente la finalidad de devolver a su primer destino las energías desviadas por caminos anormales y derrochadas en la producción y mantenimiento de síntomas morbosos. Una vez obtenido este resultado, se puede recurrir al arsenal actualmente conocido para el tratamiento de la neurosis, que intenta asociar la libido liberada a las actividades físicas y psíquicas, en particular a las que corresponden a las tendencias del individuo: el deporte, o bien, un medio excelente para la mujer, las actividades de beneficencia.

Sobre la base de lo que precede, seguiremos con más facilidad a Freud en su explicación de la génesis de las ideas *obsesivas* y *de los actos obsesivos*, es decir, de la *neurosis obsesiva* que forma el segundo gran grupo de las psiconeurosis. En las personas afectadas por esta enfermedad, representaciones sin ningún lazo aparente con el encadenamiento normal de las ideas se imponen constantemente a la conciencia bajo el efecto de una compulsión interna que se estima morbosa pero irresistible. En otros casos el enfermo debe repetir incansablemente el mismo gesto o el mismo acto, aparentemente desprovisto de significación o de objeto, cuyo carácter patológico experimenta dolorosamente sin poder impedirlo. Todas las tentativas para explicar y curar esta dolencia han fracasado hasta el presente. En la última edición de su manual, afirma Oppenheim: “El pronóstico de la neurosis obsesiva es grave, o al menos dudoso.” Y no nos debe extrañar, pues, no disponiendo del método psicoanalítico de Freud, desconoceremos la génesis de la enfermedad y no podremos comprender la verdadera significación del síntoma ni hallar el camino de la curación. Ahora bien, mediante el análisis, tal como ha sido expuesto anteriormente, está claro que la idea obsesiva no es más que el síntoma de un complejo de representaciones rechazadas al que ella se adhiere mediante asociación, y que las neurosis obsesivas disimulan también recuerdos y fantasías libidinosas. La diferencia entre la histeria y la neurosis obsesiva consiste en esto: en la histeria la energía psíquica del complejo rechazado se convierte en síntoma orgánico, en la neurosis obsesiva, por el contrario, la conciencia para liberarse del efecto deprimente de una representación, la priva del afecto que va ligado a ella y bloquea otra representación, anodina, en asociación de ideas superficial con la original. Freud llama *sustitución* a este mecanismo particular de desplazamiento de los afectos. El pensamiento obsesivo que importuna incesantemente la conciencia no es más que una cabeza de turco injustamente perseguida por el enfermo, mientras que el pensamiento efectivamente “culpable” goza de una perfecta tranquilidad en el inconsciente. Y el equilibrio psíquico no queda restablecido más que tras haber descubierto mediante el análisis la representación rechazada. El complejo desvelado se apodera entonces de la emoción falsamente localizada con una avidez que recuerda la de las mezclas no saturadas, y entonces sobreviene la curación. El paciente recordará más frecuentemente el asunto desagradable y habrá de soportar la incomodidad de una toma de conciencia, pero quedará libre de la idea obsesiva.

En las mujeres, las ideas obsesivas llamadas de tentación son muy frecuentes. Les acomete la idea de arrojar por la ventana, de clavar un cuchillo o unas tijeras en el cuerpo de su hijo, etc. El psicoanálisis de Freud ha demostrado que en realidad tales mujeres están muy insatisfechas de su matrimonio, y lo que desean preservar de la tentación es su fidelidad conyugal. Una joven, paciente de Freud, estaba constantemente torturada por la idea de no poder retener la orina cuando se hallaba en sociedad. De modo que se había aislado por completo. El análisis mostró que la representación de incontinencia disimulaba la culpabilidad de un recuerdo sexual completamente olvidado en el que intervenía la sensación de la necesidad de orinar.

Uno de mis pacientes, excepcionalmente dotado, se hallaba constantemente impelido a meditar sobre la vida, la muerte y la maravillosa organización del cuerpo humano, lo que anulaba casi por completo su alegría vital y su capacidad de trabajo. El análisis reveló que en su infancia había osado manifestar su curiosidad respecto a los órganos genitales de su madre; todavía hoy sufre el castigo.

Una de mis enfermas experimentaba una repugnancia inexplicable a ver o tocar un libro, hasta el día en que pudo descubrirse el origen de su mal: a los ocho años, un muchacho de doce había practicado dos veces con ella un coito completo; lo había olvidado totalmente hasta los dieciséis cuando, leyendo el libro *Jack el destripador*, le acometió la idea de que si se casaba, su marido la mataría al no hallarla virgen. Se deshizo de esta idea desplazando el temor hacia las novelas y los libros en general, lo cual soportaba su conciencia aparentemente mejor que el recuerdo de los hechos sexuales infantiles. La conciencia, para asegurar su tranquilidad, no se preocupa demasiado de la lógica.

Uno de mis enfermos vivía obsesionado por una repugnancia excesiva hacia la chacinería y hacia todos los productos salados, pero todo quedó en orden cuando el análisis reveló que en su infancia un corpulento muchacho, de bastante más edad, había practicado con él un coito *per os*. La chacinería representaba el pene, y el gusto salado el esperma.

Del mismo modo el estímulo “sal” provocó en un aprendiz de artes gráficas de diecisiete años una reacción claramente perturbada durante la prueba de asociación; el análisis lo explicó por la práctica del cunilinguo en la infancia.

Los *gestos y los actos obsesivos* –y se trata también de un descubrimiento de Freud- son medidas de protección de la conciencia frente a las propias ideas obsesivas. La acción disimula siempre una idea obsesiva que, a su vez, disimula un sentimiento de culpabilidad. La obsesión por la limpieza, por el aseo, es una forma indirecta de ocultar las lacras morales que han suscitado la idea obsesiva. Los deseos de contar todo, de leer cada rótulo, de caminar con un ritmo uniforme, etc., contribuyen a desviar la atención de los pensamientos desagradables. Una paciente de Freud se creía obligada a recoger y guardar en el bolsillo todos los trozos de papel que veía. Este impulso provenía de otra idea obsesiva, el horror a todo papel escrito, horror que disimulaba las angustias de una correspondencia amorosa secreta. Uno de mis pacientes, muy culto, se veía obligado por un temor supersticioso a echar siempre dinero en el cepillo de una iglesia determinada. El análisis descubrió que la limosna representaba un acto de contrición, porque una vez había deseado la muerte de su padre. Y el cepillo de la iglesia había llegado a ser el objeto apropiado para expresar la contrición porque en una ocasión, siendo niño, había echado a un cepillo piedras en vez de dinero.

Freud quedó sorprendido por la gran cantidad de traumatismos sexuales infantiles revelados por el análisis de las neurosis. Creyó inicialmente que todas las neurosis eran consecuencia de accidentes sexuales fortuitos. Pero cuando el análisis de la gente sana descubrió traumatismos análogos en la infancia, sin que se originara posteriormente una psiconeurosis, tuvo que admitir que no es el traumatismo el verdadero agente patógeno, sino el rechazo de las representaciones a él asociadas.

De este modo Freud concede la debida importancia a la predisposición individual en lo que se refiere al origen de las neurosis, porque al principio, impresionado por la gran frecuencia de los traumatismos, le había atribuido escasa significación. También ha precisado la noción mal definida de tara hereditaria o de predisposición, como la de una constitución sexual anormal que se caracteriza, en una de sus manifestaciones, por el rechazo exagerado de los complejos sexuales.

En su última obra y partiendo de sus investigaciones sobre las neurosis, Freud ha reconstruido la historia

del desarrollo sexual del individuo. En ella ha demostrado que la libido es inseparable de la vida y que acompaña al individuo desde su concepción hasta su muerte. En el niño, durante los años que preceden a la etapa educativa, las tendencias libidinosas desempeñan un papel mucho mayor del que pensábamos hasta ahora; en esta edad, período de las perversiones infantiles, cuando la satisfacción de la libido no está ligada a un órgano concreto, cuando las nociones morales no limitan aún la satisfacción de los deseos, son numerosas las ocasiones de recibir impresiones que más tarde el individuo desearía rechazar, pero cuyo rechazo provoca en quienes tienen cierta predisposición fenómenos morbosos.

Todo intento de pedagogía sexual que no tenga en mente los datos revelados por el psicoanálisis de Freud y los que aún nos revelará, está condenado a quedarse en discurso moralizador y vano.

Neurastenia, angustia, histeria y neurosis obsesiva se presentan casi siempre relacionadas; por allí donde los síntomas sean confusos podemos constatar siempre, si nos tomamos la molestia de investigar, la “combinación etiológica” descrita por Freud. Quien tras un largo período de masturbación interrumpe bruscamente sus prácticas, presentará simultáneamente parestesias neurasténicas y estados ansiosos. Una joven de constitución sexual anormal que deba enfrentarse por vez primera a las exigencias afectivas del amor, experimentará una angustia que la tendencia al rechazo hará evolucionar hacia la histeria. La impotencia psicosexual, que desde Freud ha dejado de ser un problema terapéutico, aparece como una mezcla de neurosis histérica, obsesiva y actual.

Cuando se trata de una neurosis compleja, el análisis sólo puede solucionar evidentemente los síntomas psiconeuróticos; los fisioneuróticos subsisten como un depósito insoluble y sólo las reglas oportunas de higiene pueden actuar sobre ellos.

Ciertamente no puedo omitir aquí que algunos de mis análisis han resultado un fracaso. Pero ello ha ocurrido cuando no he tenido en cuenta las contraindicaciones señaladas por Freud, o cuando mi paciente o yo mismo hemos perdido la calma prematuramente. Aún no conozco un fracaso que pueda atribuirse al método; incluso en los fracasos, el método analítico me ha servido de ayuda inestimable para valorar y comprender el caso y, en particular, para obtener datos que la anamnesis de rutina nunca hubiera proporcionado.

Para esbozar un cuadro completo de lo que el análisis aporta a la patología, es preciso saber que la aplicación científica del método en psiquiatría se halla igualmente en plena difusión. La excelente monografía de Jung ha permitido comprender la sintomatología de la demencia precoz a partir de la psicología de los complejos; yo mismo me he convencido, siguiendo la vía trazada por Freud, de que el mecanismo de la paranoia consiste en la proyección sobre otro, o en general sobre el mundo exterior, de los complejos destinados al rechazo.

No hay que creer, sin embargo, que Freud olvide otros factores patógenos distintos de los sexuales. Ya hemos mencionado la importancia que da a la predisposición hereditaria; por otra parte, el temor, los conflictos psíquicos y los accidentes pueden también desencadenar la neurosis debido a su fuerza traumática. Pero sólo pueden considerarse como causa específica de la neurosis los factores sexuales, porque están siempre presentes y a menudo son los únicos, y porque confirman los síntomas a su propia imagen. Y – last not least- la experiencia terapéutica demuestra que el síntoma neurótico desaparece cuando se halla y se elimina el factor sexual, y cuando la libido, perturbada en su expresión fisiológica o desviada por vía psíquica, queda debidamente canalizada.

Espero encontrar una violenta oposición a las teorías de Freud, en particular a la que trata de la evolución de la sexualidad, y es natural. Pues la validez de la teoría de Freud quedaría en entredicho si la censura aplicada a la sexualidad sólo se manifestara en los neuróticos, sin dejar rastro en los sanos, sobre todo en los médicos.

Todos nosotros abandonamos la adolescencia obnubilados por una turba de representaciones sexuales rechazadas, y la reticencia a discutir abiertamente las cuestiones sexuales es una defensa contra su irrupción en la conciencia. Como ya he indicado, yo mismo me resistí durante mucho tiempo a profundizar en el problema. Pero puedo asegurarles que la observación, libre de prejuicios, de la vida sexual es lo suficientemente instructiva como para aceptar el sacrificio inherente a la victoria sobre la antipatía y la

resistencia –humanamente comprensibles- con que nos tropezamos al analizar estos problemas. Ciertamente lamento ahora mi repugnancia a adoptar la teoría de Freud, pero ello apenas me resarce de los años perdidos, en los cuales, para desentrañar los enigmas de las neurosis, sólo disponía del arsenal caduco del pasado.

Cuando insisto en la importancia de las nuevas teorías en el ámbito de la neuro-patología y de la psiquiatría, es el médico neurólogo quien habla. Situándonos en un plano más elevado y más general, las posibilidades contenidas en esta nueva teoría para conseguir una comprensión más profunda del funcionamiento de la mente y de la economía de fuerzas que la rigen, parecen aún mayores.

Estoy convencido de que la psicología individual y colectiva, lo mismo que la historia de las civilizaciones y la psicología fundada en ella, experimentarán un importante avance con los conocimientos que nos proporcionan las investigaciones de Freud.

(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo II, cap. I. “Las neurosis a la luz de las enseñanzas de Freud y el psicoanálisis”. Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.