

CAPÍTULO III

LA HISTERIA EN EL PSICOANÁLISIS FREUDIANO

*Julieta De Battista, Graziela Napolitano, María Inés Machado y Andrea
López Bonanni*

“No podéis dar a los conceptos de lo masculino y de lo femenino ningún contenido nuevo. La diferenciación no es de orden psicológico.” Sigmund Freud

Introducción

Este capítulo está dedicado a revisar algunas de las distintas modificaciones que fue sufriendo la concepción de la histeria en la obra freudiana: desde el primer encuentro de Freud con la histeria, pasando por la invención de un nuevo método para abordarla - consecutivo de la hipótesis necesaria del inconsciente- hasta su escasa mención como paradigma clínico preponderante de la elaboración teórica después del giro de los años 20.

Recordemos que el devenir de la teoría y la inclusión del factor pulsional en la teorización relegan a la histeria como paradigma clínico para dar lugar a la neurosis obsesiva, cuya presentación pone de relieve el factor pulsional actuante, en tanto la histeria se vuelve opaca para una elucidación de la angustia (Freud, 1926), ya que resuelve el montante pulsional en el “salto de lo anímico a lo corporal” (siempre oscuro para Freud) que caracteriza a la conversión, produciendo en la presentación el cuadro típico de la llamada “*belle indifférence des hystériques*” [bella indiferencia de las histéricas]

Hemos intentado organizar nuestro recorrido metódicamente, a partir de cernir los hallazgos que Freud encuentra, la novedad que instaura con respecto a los

saberes previos y las dificultades que los mismos suscitan, delimitando la modalidad freudiana de resolución de estos y los cambios teóricos y metodológicos que conllevan. Es de destacar que este recorrido presenta entonces una lectura crítica y orientada de la obra freudiana, que considera no sólo los contenidos de la elaboración teórica sino la incidencia de la posición freudiana, en tanto padre del psicoanálisis, en su producción. Esto supone que, tal como lo expresa Cottet (1985) “(...) el conjunto del dispositivo teórico y técnico que produjo está en relación con el deseo de Freud” (P. 12)

Desde esta perspectiva, el trabajo de investigación en psicoanálisis introduce la novedad de incluir una revisión de los prejuicios y saberes previos del creador del psicoanálisis – especialmente los ideales positivistas de la ciencia de su época-, y los obstáculos que su posición produjo en la construcción de la teoría. De esta manera el obstáculo adquiere un rol positivo, de generación de nuevos desarrollos y no meramente negativo, de error a corregir. Se trata entonces de avanzar a partir de cernir las coordenadas de los hallazgos y obstáculos encontrados, otorgando un valor de orientación a los “errores” freudianos.

Este capítulo se propone entonces primeramente reconstruir la configuración de lo que algunos autores consideran la “escena primitiva del psicoanálisis” (Cottet, 1985, P. 23), y que Lacan (1964) llamó “el pecado original del análisis”, debido a las razones estructurales que posibilitaron la creación de un nuevo método a partir del encuentro del deseo de Freud con la histérica, quien por su posición sostiene al padre en su amor por él:

“En efecto, el rasgo diferencial de la histérica es precisamente ése, en el movimiento mismo de hablar la histérica constituye su deseo. De modo que no debe sorprender que Freud haya entrado por esa puerta en lo que en realidad eran las relaciones del deseo con el lenguaje, y que haya descubierto los mecanismos del inconsciente (...) Por eso la histeria nos da la pista diría yo de cierto pecado original del análisis. Tiene que haberlo. El verdadero no es quizá, más que éste: el deseo del propio Freud, o sea, el hecho de que algo, en Freud nunca fue analizado.” (Lacan, 1964, p. 20)

En 1977, Lacan sigue sosteniendo este rol primordial de la histérica en el origen del psicoanálisis:

“¿Dónde quedaron las histéricas de antaño, esas mujeres maravillosas, las Anna O., las Emmy von N? Ellas jugaron no solamente cierto rol, un rol social cierto, pero cuando Freud se puso a escucharlas, fueron ellas las que permitieron el

nacimiento del psicoanálisis. Es a partir de su escucha que Freud inauguró un modo enteramente nuevo de relación humana.”

La histérica no sabe lo que dice, aun cuando dice con las palabras que le faltan y el inconsciente se origina de esta constatación. (Lacan, 1977)

El primer apartado reconstruye entonces las coordenadas transferenciales en que se produce el viraje freudiano de la neuropatología a la psicopatología de la histeria, que deriva años más tarde en la consecuente formulación del inconsciente como hipótesis necesaria. El principal obstáculo en este punto fue el de la inscripción de lo inconsciente en un registro que no responde a las leyes del sistema nervioso sino a las leyes del lenguaje, un inconsciente cuyo cuerpo es de palabras (Lacan, 1977). Esta novedad conlleva la dificultad de las herramientas teóricas de la ciencia de la época con las que Freud intenta apresar la realidad del inconsciente: hipótesis neurológicas, energéticas y esquemas evolucionistas que responden a una lógica positivista a la que el descubrimiento freudiano resiste. La causalidad ya no es lineal, un recuerdo puede resultar más patógeno que el evento traumático mismo, la materialidad no es la de las neuronas sino la de las representaciones.

El otro obstáculo clave es el de la modalidad de acceso a estas representaciones inconscientes, que lleva a Freud a intentar valerse de la hipnosis aun cuando deba descartar su potencia sugestiva para dar lugar a la palabra del enfermo y su saber no sabido. La innovación del método de la presión sobre la frente-sustituto de la hipnosis-, lo confronta a una nueva dificultad: la resistencia a la asociación, que le presenta la cara dinámica del inconsciente y el juego de fuerzas actuante en la formación del síntoma.

Un apartado especial está dedicado entonces a la creación de un nuevo método de abordaje de los fenómenos histéricos, cuya novedad radica en la inauguración de una modalidad original de lazo social basada en una peculiar relación al decir. La confianza en el determinismo de los síntomas le permite a Freud proponer un método basado en la supuesta libertad de las asociaciones.

Estas novedades clínicas y metodológicas encuentran su expresión en el análisis de un fragmento de tratamiento, el del caso Dora, que no se tratará extensamente aquí sino en el capítulo correspondiente al desarrollo del

historial. El caso permite empero poner en forma la hipótesis de una sexualidad infantil estructuralmente traumática y el papel que las fantasías juegan en la causación de los síntomas. Se instala así una reflexión sobre el doble registro en que se inscribe la causa: por un lado la etiología sexual – la sexualidad como noxa que el aparato anímico tiene que domeñar y por lo tanto causa última de todo síntoma-, por el otro el de los mecanismos de formación de síntoma, equiparable a la dimensión de la patogenia. Los errores que Freud señala en el abordaje del caso demuestran su fecundidad en los nuevos desarrollos – ya en los años 20- sobre las peculiaridades del complejo de Edipo en la mujer y las incipientes articulaciones entre histeria y sexualidad femenina. “*Dark continent*” freudiano que ha requerido de nuevas elaboraciones, por ejemplo las de Lacan en los años 70.

El encuentro con Charcot y la psicopatología de la histeria

Damos inicio al recorrido tomando como punto de partida el viaje iniciático que Freud realizara en 1885. Al momento de dejar Viena, Freud contaba con 30 años y fue becado por seis meses para realizar estudios en París y en Berlín. Se había formado como médico en la tradición universitaria alemana y luego se había volcado a la investigación neuropatológica en el Instituto de fisiología dirigido por Von Brucke. El propósito inicial de su estadía en París era investigar las “atrofias y degeneraciones secundarias sobrevenidas tras afecciones encefálicas infantiles” (Freud, 1886a, p. 8) (1) Sin embargo, la escuela francesa de neuropatología estaba interesada en ese momento en temas que resultaban muy novedosos y quizás algo esotéricos para la escuela alemana: la hipnosis y la histeria - investigaciones que por otra parte despertaban la incredulidad de los científicos alemanes-. Freud elige como sede de su estadía el hospicio de la *Salpêtrière*, un asilo dedicado especialmente a las mujeres que contaba con unas 5000 internas – además de un servicio de consultorios externos para hombres-, condición que aseguraba

una casuística muy variada. Allí, Charcot estaba a cargo de la cátedra de Neuropatología y se dedicaba al estudio de las enfermedades nerviosas crónicas.

Freud destaca en varias oportunidades el influjo que tuvo sobre él la personalidad de Charcot, al punto que al poco tiempo de haber llegado – más precisamente en diciembre de 1885- decide renunciar al trabajo anatómico y volcar su interés a la psicopatología de la histeria. Mucho tuvo que ver en esta decisión el detallismo clínico de los franceses, “la permanente referencia a los enfermos presentados” (Freud, 1886a, p. 9), actitud poco cultivada por la escuela alemana, más propicia a las nosografías y teorizaciones; pero también la figura de Charcot quien transmitía a sus discípulos que la anatomía ya había consumado su obra y la teoría de las afecciones orgánicas del sistema nervioso estaba completa: era el turno de las neurosis. (Freud, 1886a) (2)

Los estudios de Charcot sobre la histeria, como se ha estudiado en el capítulo 2 de este libro, habían permitido sacarla de los prejuicios que pesaban sobre ella: entre otros, su asociación exclusiva al género femenino, la combinación arbitraria de síntomas y su vinculación con la simulación - que en muchos casos derivaba en que no se continuara tratando a la paciente una vez hecho el diagnóstico de histeria-, ubicándola como una enfermedad de pleno derecho que obedecía a una legalidad propia, con signos somáticos reconocibles y cuyo diagnóstico podía hacerse entonces en base a rasgos positivos. Nuevas investigaciones le otorgan a Charcot el rol en la historia de un “hombre bisagra” (Gauchet y Swain, 1997) que permitió el pasaje de la histeria “neurológica” asociada a la femineidad a la concepción moderna de la histeria como enfermedad psíquica generalizable a ambos sexos, dando lugar a un nuevo modelo que ya no es el de la naturaleza sino el del desorden subjetivo.

Freud encontró en Charcot a un gran clínico, entusiasmado especialmente con la descripción por sobre la búsqueda de una explicación fisiológica (Freud, 1886a). Esta formación clínica impactó a Freud, quien consideraba que la misma era insuficiente en Alemania (3):

“He puesto de relieve aquí los conceptos de *entité morbide*, de serie, de tipo y de *formes frustrées* porque en su empleo reside un rasgo capital de la manera francesa de hacer clínica. La manera alemana es en verdad ajena a ese abordaje;

en ella, el cuadro clínico, el tipo, no desempeñan ningún papel rector, y en cambio se destaca otro rasgo que tiene su explicación en la historia de la medicina alemana: la tendencia a interpretar fisiológicamente el estado patológico y el nexo entre los síntomas. Es indudable que, al empujar a un segundo plano los puntos de vista fisiológicos, la observación clínica de los franceses gana en autonomía.” (Freud, 1887, p. 169)

Pero, ¿de qué clínica se trataba? Era preponderantemente una clínica de la mirada y de la observación metódica de fenómenos, propiciada por los dispositivos implementados para transmitirla, como por ejemplo las presentaciones de enfermos que Charcot realizaba frente a sus discípulos donde abundaban los casos de *grandes hystéries*- forma típica de la enfermedad para Charcot caracterizada por ataques histéricos que atravesaban tres y a veces cuatro fases: la epileptoide, la de los grandes movimientos (posturas en forma de arco, contorsiones y demás movimientos de gran envergadura) y finalmente la fase alucinatoria de las actitudes pasionales-. Se trataba entonces de síntomas muy llamativos y espectaculares: convulsiones, alucinaciones, anestias, hiperestesias, parálisis, afasias, contracturas, llegando incluso al coma; y que tenían la particularidad de presentarse con un carácter de excesividad y extrema movilidad (Freud, 1888). Sumado a ésto, llamaba la atención el hecho de que los síntomas no resultaran un estorbo para el paciente, rasgo clínico ya mencionado como *belle indifférence*.

Freud, formado en la tradición alemana e impactado por el abordaje clínico francés, da un paso más e intenta ir más allá de la descripción, en busca de una explicación del mecanismo operante en los fenómenos histéricos.

El testimonio de esta ruptura con su maestro Charcot se encuentra en un artículo que redactó a pedido de éste, publicado en 1893: “Algunas consideraciones con miras al estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas.” Allí Freud diferencia clínicamente las parálisis orgánicas -que responden a la anatomía del sistema nervioso-, de las parálisis histéricas que la ignoran e incluso entran en contradicción con la estructura del sistema nervioso, invocando la presencia de “otra anatomía” a descubrir y demostrando que no se trata en ese caso de síntomas consecuencia de lesiones orgánicas.

La hipótesis de Charcot era que los síntomas histéricos respondían a lesiones orgánicas aunque las mismas no dejaran su marca en la anatomía patológica ya que no se encontraban cambios en los tejidos cuando se realizaba la autopsia. Se trataba para él de lesiones dinámicas o funcionales, afecciones orgánicas pasajeras, pero orgánicas al fin (Freud, 1887). Remitimos al capítulo 2 de esta obra que aborda esta problemática.

En este punto Freud explicita su pasaje al terreno de la psicología y se separa de Charcot, al suponer que lo eficaz en la causación de la histeria no era ni una lesión orgánica ni la herencia:

“Yo afirmo, por el contrario, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella.” (Freud, 1893b, p. 206)

Freud ubica el registro de la causa no a nivel de la lesión orgánica sino de la representación que el paciente tiene de su cuerpo, ya que constató clínicamente que la histeria desconoce la distribución de los nervios: las parálisis histéricas se rigen por la concepción vulgar de los órganos y no por la concepción neurológica de los mismos. (Freud, 1893b) De esta manera Freud introduce un primer principio de explicación: la representación del órgano paralizado se encuentra cargada de un valor afectivo excesivo que impide su comercio asociativo con el resto de las representaciones, definiendo así el trauma psíquico como un aumento de excitación que no puede ser tramitado ni por el trabajo asociativo ni por la descarga motriz y que causa los síntomas (Freud, 1887). Esta perturbación en el comercio asociativo obedecería a lo que Freud llama en este momento “asociaciones sub-conscientes” (Freud, 1893b, p. 209), “actividad encefálica inconsciente automática” (Freud, 1888, p. 54) o “conciencia segunda – conciencia disociada” (Freud, 1892, p. 189); aun en consonancia con las concepciones del inconsciente propias de la época que lo consideraban como una actividad neurológica automática más bien del orden del arco reflejo. De ahí que apele a términos como “subconsciente” o “conciencia segunda”.

He aquí un primer obstáculo, cuya resolución implicaba una ruptura con las concepciones de la época para las cuales psíquico e inconsciente se excluían.

El problema no era que el registro de lo inconsciente no existiera, sino que estaba asociado a un funcionamiento físico, neuronal, terminología que por otra parte Freud intenta utilizar para la primera formulación de su teoría en el *Proyecto de psicología para neurólogos* (valga la salvedad de que Freud se negó a publicar esa obra y sólo fue editada póstumamente) (4)

Freud se encuentra entonces ante el escollo de un funcionamiento inconsciente que sin embargo no responde a las leyes de la neurología (5). La causa del síntoma no se ubica a nivel de una anatomía funcionalmente trastornada, sino en representaciones olvidadas, donde el efecto patógeno se produce *après-coup*: el evento no es tan traumático como su recuerdo. El síntoma histérico se inscribe como símbolo mnémico de un episodio traumático de índole sexual acaecido prematuramente en la infancia, que adquiere valor patógeno en la pubertad. La causalidad lineal se disloca dado que la situación traumática es eficaz retroactivamente (6). Este hallazgo subvierte toda lógica conocida por la medicina de entonces que suponía una causalidad orgánica de los trastornos y un esquema del tipo causa-efecto, donde el síntoma indicaba la presencia de la lesión.

Por otra parte, este hallazgo supone otro obstáculo, esta vez metodológico, el de cómo acceder a esas representaciones olvidadas, cuya eficacia inconsciente implica un potencial patógeno. Es en este punto que Freud se vale de las experiencias que Charcot realizaba con la hipnosis, quien recreaba parálisis traumáticas por sugestión post-hipnótica. Sin embargo, esta incorporación también sufre una transformación, ya que Freud no estaba tan interesado en el debate propio de la época -acerca del papel de la sugestión en la hipnosis-, como en la posibilidad de utilizar este método para acceder a la génesis de los síntomas histéricos. En el próximo apartado revisaremos las sucesivas transformaciones que llevaron a Freud de la hipnosis a la invención del método analítico.

La intervención del síntoma y la invención del método

Los *Estudios sobre la histeria* (1893-95), escritos junto a Breuer, constituyeron otro hito cuyas consecuencias clínicas y teóricas fueron fundamentales para Freud y decisivas en el camino hacia la creación de un nuevo método de intervención del síntoma histérico: el método psicoanalítico. Sus efectos trastocaron los conceptos básicos del saber psiquiátrico de la época inaugurando una nueva relación entre patología, etiología y terapéutica.

La obra freudiana testimonia que no fue una creación *ex nihilo*, sino que encuentra sus antecedentes en los avatares acontecidos entre la presentación del síntoma y la oferta terapéutica practicada en ese primer tiempo. En este apartado se analizan los alcances y, principalmente, los obstáculos que presentaron estos primeros métodos de intervención en tanto trazaron el camino hacia el método analítico. Nos preguntamos aquí ¿qué singularizó la posición freudiana para dar lugar a esta revolucionaria creación?

En primer lugar, es necesario aclarar que en este aspecto Freud se separó tanto de su maestro Charcot como de Bernheim, adhiriendo a las concepciones de su colega Breuer quien utilizaba el método hipnótico para acceder a la prehistoria psíquica de los síntomas, en pos de situar su ocasionamiento. (Freud, 1888) Si bien Freud aplicó por un tiempo el método hipno-sugestivo, fue más allá de la sugestión de la mano de Breuer - motivado por su interés en el accionar terapéutico y el origen de los síntomas- y utilizó el método catártico, testimonio de este trabajo conjunto es la comunicación preliminar “Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos” (Breuer y Freud ,1893c). De acuerdo a este método, los síntomas desaparecían cuando se recordaba bajo hipnosis el suceso ocasionador y se descargaba el afecto asociado a aquella vivencia vía la palabra, procedimiento llamado “abreacción”. ¿Cómo funcionaba este método según Freud?, cancelando la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, la cual había quedado apartada de la conciencia, aislada del comercio asociativo con otras representaciones. Se trataba entonces de que mediante el decir ésta entre en asociación con las representaciones de la conciencia y se movilice también el afecto, descargándose (Freud, 1895). Allí, el lugar del médico era el de orientar al

paciente en esta vía, siguiendo las premisas sobre el funcionamiento del mecanismo psíquico interviniente.

Pero principalmente lo que introduce una novedad es el pasaje del síntoma leído por el médico como signo semiológico de una lesión a la importancia otorgada al relato del síntoma. Cottet (1985) señala que este método es solidario de la demanda freudiana de arrancar el recuerdo a la enferma: “quiero que recuerde, quiero que diga”; que supone por otra parte cierta idea de dominio posible del inconsciente (P.26), a través del objetivo terapéutico del momento: llenar las lagunas del recuerdo.

En los inicios del método catártico ya se evidencian tres puntos centrales en la constitución del futuro método freudiano: la concepción claramente asociacionista de la psicología de la época -a la que no será ajena la asociación libre-; el peso que adquiere el decir, “el apalabrar” como forma de descarga en tanto el lenguaje es considerado un sustituto de la acción y la existencia de un *otro lugar* distinto de la conciencia donde permanece esta representación mostrando su eficacia.

No obstante, el surgimiento del nuevo método no hubiera sido posible sin la docilidad freudiana frente al relato de sus pacientes. Es Freud quien supone en las histéricas un saber y les da la palabra. Las pacientes de los *Estudios sobre la histeria* afinan la escucha freudiana y le señalan el camino. Ana O. enfatiza la función de la palabra en el método, lo llama “*talking cure*” (cura de conversación) o “*chimney-sweep*” (limpieza de chimenea), brinda un magistral espectáculo de los síntomas histéricos y los alcances del método catártico, pero sobre todo da crédito de la teoría de los estados hipnoides de Breuer. Por su parte, Freud ubica en Emmy el primer intento de utilizar el método catártico. Sin embargo, lo interesante es cómo ella le señala el camino hacia la asociación libre. Si bien caía bajo hipnosis, muchas veces encontraba la misma afloración de recuerdos por fuera de este estado:

“(…) 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 completar la hipnosis” (Freud, 1893-95 p. 78).

Asistimos de esta forma a la inversión de la demanda freudiana, de pedirle hablar pasa a dejarla hablar siendo correlativa a la inversión de los lugares de saber: es la enferma quien posee el saber -no sabido- y no el médico. Estas inversiones no han sido posibles sin la singular posición de Freud, quien adjudica la elección del método catártico a su “apetito de saber” (Freud, 1925, P.19) y a su “inquietud investigadora” (Freud, 1914, p. 9). Cottet agrega el hecho de que Freud no retrocediera frente a la evidencia de la etiología sexual de las neurosis (p.20) En una anécdota recabada en “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”, Freud destaca que la cuestión sexual era invocada por sus referentes (Charcot, Breuer), pero que sin embargo, y a pesar de decirlo, ninguno de los dos estaba dispuesto a asumir las consecuencias de una tesis tal. En cambio, la posición de Freud fue más bien la que explicita en el caso Dora con respecto al abordaje de la sexualidad con los pacientes: “*Pour faire une omelette, il faut casser les oeufs*” [Para hacer una tortilla hay que romper los huevos] (Freud, 1905a, P. 44) Freud decidió avanzar en búsqueda de la verdad del suceso sexual traumático que recordaba el síntoma histérico, ahí donde Breuer dio un paso al costado y donde Charcot no quiso saber.

Ese mismo deseo de saber y esa pasión por la verdad, llevan a Freud a abandonar la hipnosis para pasar a privilegiar la escucha por sobre la mirada, deteniéndose en el relato histérico, en las lagunas, los lapsus, las homofonías, la polisemia, el simbolismo que el lenguaje ofrece. La estructura del síntoma histérico nada tiene que ver con las redes neuronales, sino con un tipo de relato caracterizado por los olvidos, los enigmas, los nexos desgarrados, la secuencia incierta de los hechos (Freud, 1905a) Los inicios del método catártico le proveen a Freud de este material sobre la génesis de los síntomas histéricos.

En “Sobre la psicoterapia de la histeria” de 1895, Freud ubica dos dificultades del método catártico: la indocilidad terapéutica - ya que no todas las pacientes eran susceptibles de ser hipnotizadas-, y la no influencia del método en las condiciones causales de la histeria, lo que llevaba a la emergencia de nuevos síntomas tras su primera eliminación. El método catártico era un método sintomático y no causal, por ende de reducida aplicación (Freud, 1895, p. 268)

El interés por la causa lleva a Freud a separarse de Breuer, no sólo metodológicamente, sino también teóricamente. Breuer sostenía la hipótesis de que la génesis de los síntomas histéricos obedecía a ciertos estados peculiares de la conciencia: los estados hipnoides que producían un debilitamiento de la misma. De esta manera se diferenciaba de Janet quien postulaba que la escisión de la conciencia era primaria, causada por un proceso degenerativo que producía una endeblez innata (Freud, 1894). En 1894 Freud introduce una tercera manera de dar cuenta de los fenómenos histéricos a partir de la hipótesis de una defensa que actuaría en caso de presentarse una representación inconciliable para la conciencia, considerándola como *non arrivée*. Esta defensa no obedecía ni a una degeneración constitucional ni a un estado de conciencia adquirido, sino a una peculiar reacción del sujeto quien decide sofocar la representación, aun cuando nada sabe de esta acción. (7)

Como ya señalamos, el acceso a este saber no sabido implicaba un obstáculo metodológico. Luego de abandonar la hipnosis, Freud comienza entonces a delinear el método de concentración y presión en la frente recordando algunas experiencias de Bernheim, quien había demostrado que los recuerdos atraídos bajo hipnosis eran susceptibles de despertarse también por fuera de ese estado. Lo usa por primera vez con Elizabeth Von R y también con Lucy, quien al no prestarse a la hipnosis trabajaba en un estado que se diferenciaba apenas del normal. Este método consistía en hacer acostar a las pacientes con los ojos cerrados para concentrarse y cuando Freud encontraba una resistencia a la asociación le pedía al enfermo que dijera lo que se le ocurría sin crítica ni reserva al tiempo que él implementaba un “artificio técnico”: le apoyaba la mano en la frente (Freud, 1895).

Cottet (1985) ubica al método de la presión sobre la frente como signo del amor freudiano por el saber que la histérica poseía y que él insistía en extraer, arrancando el recuerdo, obteniendo la confesión. Los *Estudios sobre la histeria* pueden tomarse así como testimonio de la insistencia freudiana bajo la cual ellas le revelaban ese secreto. Pero las histéricas como tales respondían al amo para luego huir, cuestionar o doblegar su deseo. Véase en este capítulo el apartado sobre el sueño de la bella carnicera.

El método de la presión sobre la frente introduce un primer atisbo de la regla de la asociación libre y confronta a Freud con un nuevo obstáculo: el fenómeno de la resistencia, que la hipnosis encubría. Ahora una laguna, una amnesia era el resultado de una fuerza psíquica que resistía, impedía el devenir consciente de una representación insoportable, desalojada activamente de la conciencia. Esa representación patógena no estaba más que en las cercanías, sólo bastaba para alcanzarla encontrar asociaciones de fácil tránsito y sortear algunos obstáculos, a veces, “la voluntad de la persona”, otras un “obstáculo externo”, la figura del médico, antecedente del lugar central que adquirirá la transferencia en el método analítico (Freud, 1895).

Ahora bien, ¿cómo arriba al método propiamente analítico? Si bien Freud argumenta que la insistencia de la presión sobre la frente le quitaba eficacia, que era un método trabajoso e incómodo, señala que el acceso al método propiamente psicoanalítico obedeció más bien a un presentimiento: “la elevada opinión sobre el determinismo de los procesos psíquicos” (Freud, 1909 p. 25) Considerando que cualquier ocurrencia estaba en asociación con la representación olvidada, exhortó a las pacientes a que digan todo lo que se les ocurriera sin censura ni crítica alguna. De esta forma las “ocurrencias libres” eran el único camino transitable para descubrirla. Este “oscuro presentimiento” (Freud, 1914 p. 18) fue el que lo llevó a interesarse por la comprensión de los sueños y su interpretación. La hipnosis le había enseñado la existencia de representaciones rechazadas de la conciencia pero totalmente eficaces y las histéricas lo habían confrontado con un saber no sabido que Freud complementó con una posición de docta ignorancia.

La asociación libre se erige entonces como la regla fundamental y única de un dispositivo nuevo enmarcado en la transferencia, donde paradójicamente nada de lo dicho, recordado u olvidado está librado al azar. Esa amnesia o laguna que aparece en el relato pasa a ser ahora la marca de la represión y de la resistencia consecuente. El procedimiento apunta entonces a hacer consciente lo inconsciente, llenar esas lagunas de la memoria venciendo las resistencias. Este objetivo presupone que un recuerdo completo es posible y que su exhumación produciría el levantamiento del síntoma.

En este momento de su elaboración, presidido por el afán de llenar completamente las lagunas del recuerdo, otro elemento comienza a cobrar preponderancia: se trata de las fantasías, combinaciones de lo vivenciado y lo pasado con lo visto y oído por uno mismo que actúan como parapetos psíquicos que obturan el acceso a los recuerdos de potencial patógeno (Freud, 1897a) La concepción freudiana de la histeria en este momento supone que la vivencia sexual traumática aconteció realmente en un momento de prematuridad sexual y lo que otorga poder patógeno al recuerdo es el hecho de producirse ya en la pubertad. Entonces el recuerdo obra como si fuera actual, produciendo una acción póstuma del trauma sexual cuya huella psíquica inconsciente no fue efectiva en el momento (Freud, 1896). Al apuntar el método a hacer consciente esa representación sofocada, la fantasía se le presenta como un obstáculo en el acceso a ese recuerdo. En su afán de dominio, Freud supone que lo inconsciente podría volverse completamente consciente.

Pero esta concepción no se mantiene, ya que Freud se enfrenta con la dificultad de tener que suponer la perversión de gran parte de los padres de la sociedad vienesa (incluido el suyo): dada la enorme difusión de la histeria, una extensión equivalente de las conductas perversas con los niños debía ser demostrada. En la carta 69 de 1897, Freud escribe a Fliess que ya no cree más en su teoría de las neurosis, otorgando otro papel a la fantasía: el inconsciente no diferencia la verdad de la ficción investida con afecto (p. 302) “Todo ello me predispuso a una doble renuncia: a la solución cabal de una neurosis y al conocimiento cierto de su etiología en la infancia.” (Freud, 1897b, p. 302) (8)

Es en este contexto de creación de un método de abordaje y de intervención del síntoma, aunque todavía no se trata de la asociación libre, que Freud atiende a Dora y practica con ella un cambio radical en la técnica -en un deslizamiento que va del síntoma histérico a la estructura de la neurosis- (Freud, 1905a). Se trata de un análisis fragmentario, habiendo Freud ya renunciado al ideal de obtener la solución completa de una neurosis. Freud deja a la enferma que determine el tema del día y de a retazos va llegando a la solución del síntoma.

La confianza en el síntoma le otorga las claves de su constitución: una estructura cuya sobre-determinación combina elementos heterogéneos, somáticos y psíquicos: sollicitación somática, fantasías que encubren la práctica sexual infantil, identificaciones (Freud, 1905a). La concepción de la causalidad se desdobra: por un lado la etiología sexual introduce lo que la sexualidad tiene de estructuralmente traumático. Ya no se trata del traumatismo de la sexualidad ligado a la contingencia de un encuentro, sino del ejercicio de una sexualidad infantil que es encubierto por la conformación de las fantasías y que el síntoma se encarga de realizar, convirtiéndose en la práctica sexual de los enfermos. Por otro lado, el otro aspecto de la causa incluye la puesta en marcha de mecanismos psíquicos que intentan tramitar este quantum pulsional a través de la formación de síntomas.

El historial de Dora es también la ocasión para considerar los efectos de la posición freudiana en la elaboración teórico-clínica. (Este tema es tratado especialmente en el capítulo 8 de esta obra, por lo que solo haremos unas breves comentarios.) Esta pasión por la verdad que marca los primeros desarrollos generaba las más hostiles transferencias y resistencias, pero esas que Freud adjudicaba a sus enfermas muchas veces no eran más que las suyas, encarnadas en sus errores y prejuicios como lo mostrarán los avatares del caso Dora.

Si bien este historial no intenta ser un escrito técnico - en tanto busca poner de relieve el edificio íntimo de la histeria así como el determinismo de los síntomas-, Freud aduce su abrupto desenlace a un error técnico: no haber dominado a tiempo la transferencia, la mayor de las resistencias. Fue sorprendido al no advertir que estaba en el mismo lugar que el Sr K y el padre, así la muchacha termina vengándose de él como lo había hecho con ellos, en su caso interrumpiendo el tratamiento. De esta forma, Dora actúa un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías en lugar de reproducirlo en la cura.

En 1923, Freud agrega otro error técnico al caso Dora, que señala como el principal: no haber colegido y comunicado a tiempo que la moción ginecófila hacia la Sra K era la más fuerte de las corrientes inconscientes en la vida anímica de la paciente.

Estos dos errores son articulados por Lacan en su texto “Intervención sobre la transferencia” (1951) y leídos a partir del prejuicio freudiano, proveniente de su concepción natural del Edipo (la complementariedad entre los sexos: no hay nada mejor para una muchacha que un muchacho, Freud creía en una resolución del caso por una victoria del amor supuesto entre Dora y el Sr K, descuidando así el rol de la Sra K en el deseo de Dora).

El encuentro con los obstáculos conduce a Freud a otorgar al manejo de la transferencia un rol preponderante en la eficacia de su método. Ubicará a este fenómeno como necesario e imposible de evitar, incluso como la pieza más difícil del trabajo analítico, pero también la que asegure los mayores éxitos. La transferencia freudiana es entendida primeramente como la investidura de la figura del médico según los arquetipos paternos, con quien como sustituto de aquellos se revive una serie de vivencias psíquicas pasadas, en la actualidad de ese vínculo. De esta forma, la neurosis se sustituye en la escena analítica por una “neurosis de transferencia”, “enfermedad artificial” creada para resolver en la escena actual los términos del conflicto. (Freud, 1912) (9) Este resultado requiere del trabajo sobre las resistencias, que es necesario nombrar y vencer mediante una reelaboración por parte del paciente, produciendo “un máximo efecto alterador” (Freud, 1914, p. 157).

El ideal de la obtención de un recuerdo absoluto que complete la elucidación de la neurosis deja lugar a una desestimación del *furor sanandis* y a una desconfianza en la eliminación demasiado rápida de los síntomas. El síntoma mismo aporta un beneficio primario al aparato, es ya una solución posible del conflicto. Freud apunta a otro efecto, a una ganancia de saber sobre las fuentes y el sentido del malestar, punto que distingue al tratamiento analítico de todo tipo de influjo sugestivo y de ejercicio del poder.

Para concluir este segmento del recorrido podríamos señalar que la historia de la creación del método analítico va de la mano del encuentro de Freud con la histeria y de sus avatares sin duda comandados por un deseo de saber inquebrantable como principal motor, pero también como principal obstáculo.

La fenomenología de la represión en el relato histérico

Nos hemos detenido anteriormente en el contexto de descubrimiento en el que Freud y la histeria marcan el origen del Psicoanálisis, del método de acceso a un saber no sabido, y de los obstáculos que la nueva relación social que se establece no deja de hacer presentes para complejizar lo que parecía haber surgido como modo de extraer el secreto de la histeria. Sin embargo, es necesario señalar las novedades que se inauguran, en esta nueva clínica, en la que el síntoma cambia de registro, en la medida en que se trata ahora del relato del síntoma. Freud al respecto nos transmite sus hallazgos, cuando al referirse al “estado patológico” en el historial de Dora, logra establecer una nueva fenomenología, la fenomenología de la represión en el relato histérico (Freud, 1905a). Es entonces que el relato se torna sintomático, por el escaso valor que Freud otorga al mismo como mera descripción objetiva, deteniéndose en cambio no sólo en lo que se dice, sino en lo que el paciente no dice. Esto constituye una verdadera “lectura” en la que las opacidades adquieren pleno derecho.

Compara el primer relato obtenido con “un río no navegable”, es decir, no comprensible, por las desviaciones que presenta, su carácter incompleto y la falta de profundidad que lo afectan (Freud, 1905a). A diferencia de los historiales floridos y coherentes que presentaban los psiquiatras, Freud se detiene en las discontinuidades del relato: la falta de conexión entre los hechos relatados, el orden de sucesión inseguro y la permanente rectificación que suscita. Otorga especial importancia al segundo de estos fenómenos, la secuencia alterada, una temporalidad que conlleva las huellas de la represión. Existe entre el relato y la estructura de la neurosis una íntima vinculación, el relato está estructurado como un síntoma, que requiere su desciframiento, ser completado por la interpretación siguiendo los procedimientos que utiliza el inconsciente.

Lo que la histérica enseña

En los orígenes del Psicoanálisis, con la teoría de la seducción, Freud intenta formalizar sus hallazgos, formalización que más tarde será corregida. Sin embargo, hay ciertos aspectos que permanecerán como marcas del campo que el Psicoanálisis explora e interroga: en primer lugar, la histérica introduce el carácter traumático de la sexualidad, un rechazo ante aquello que resulta inasimilable, ante el que sólo puede recurrir a la defensa, entendida como una huida del recuerdo patógeno. La defensa neurótica conservará desde entonces para Freud el sentido de un escaparse, “no querer saber nada de eso” y su fracaso, expresado en el retorno del afecto y la representación sustitutiva en el cuerpo. Es lo que Freud denomina “conversión”, y que introduce el cuerpo como una superficie de inscripciones cifradas.

En segundo lugar, la histeria introduce la dimensión histórica de la neurosis, o sea, los dos tiempos del síntoma, duplicidad que Freud explica por una causalidad que rompe con la linealidad de la causalidad física: es el mecanismo de la represión y del retorno de lo reprimido, que se produce ante una causa ocasional que dispara el efecto retroactivo del recuerdo.

Por último, el fantasma de la seducción como típico fantasma histérico traduce una posición subjetiva de la histérica, un menos de placer, en el que otorga todos los poderes traumáticos al otro gozador. Antecedente de la insatisfacción que se mantendrá como la marca constante del deseo de la histérica, que busca siempre el modo de no hallar y que Lacan más tarde llamará “el goce de la privación.” (Lacan, 1969-70)

En una segunda conceptualización, con el descubrimiento de la sexualidad infantil (Freud, 1905b) y el cuestionamiento de la realidad fáctica de la seducción, se abre la importancia fundamental de la función causal de la fantasía en el proceso de formación de síntomas. Recordemos que ahora la fantasía es concebida como una soldadura de elementos heterogéneos, la satisfacción de una zona erógena y una representación de deseo. Freud aborda el problema de la implicación de las fantasías en el síntoma. Este último

se presenta como un resultado del compromiso, del arreglo que se produce entre la instancia represora y la satisfacción pulsional: es lo que Freud denomina el beneficio primario del síntoma.

¿Cómo puede lograrse un beneficio a partir de este arreglo? El procedimiento de condensación consigue que dos representaciones opuestas se reúnan en un mismo síntoma, alcanzando un tipo especial de satisfacción sustitutiva: "(...) matando dos pájaros de un tiro" señala Freud en el historial del hombre de las ratas, cuando compara la estructura del síntoma histérico y el síntoma obsesivo (Freud, 1909, p. 151). Si tenemos en cuenta el artículo que Freud escribe en 1908, "Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad" advertimos que la denominada solución de compromiso también afecta a la polaridad sexual. La estrecha relación entre los síntomas y las fantasías, no supone, nos dice Freud, que esta relación sea sencilla:

"El nexo de las fantasías con el síntoma no es simple, sino múltiple y complejo, probablemente a consecuencia de las dificultades con que tropieza el afán de las fantasías inconscientes por procurarse una expresión. Por regla general, o sea, dado un desarrollo completo y un prolongado lapso de permanencia en la neurosis, un síntoma no corresponde a una única fantasía inconsciente, sino a una multitud de estas; por cierto que ellos no de una manera arbitraria, sino dentro de una composición sujeta a leyes." (Freud, 1908, P.144)

En la histeria, la transacción y el compromiso que permite la reunión de los contrarios también afecta la polaridad sexual, femenino y masculino, tal como la histérica imagina el encuentro sexual. El síntoma histérico puede contener dos fantasías sexuales, de carácter femenino una, y masculino la otra. Freud lo precisa:

"Un síntoma histérico es la expresión de una fantasía sexual inconsciente masculina, por una parte, y femenina, por la otra." (Freud, 1908, p. 146)

Más allá de la noción de bisexualidad que utiliza Freud para explicar los problemas creados por las diferencias de sexos, nos resulta instructivo para subrayar la insuficiencia de una concepción que se detiene en el rechazo al hombre de parte de la histeria y las dificultades para asumir el papel femenino. Es necesario completarla con lo que nos enseña su presentación sintomática: Freud describe un ataque histérico que consistía en movimientos contradictorios- representa una agresión sexual, se desviste y por otro lado muestra intentos de defenderse, cuando se abre y cierra su vestido. ¿Qué es aquello condensado en el mismo ataque? Los dos papeles, femenino y

masculino se hacen presentes de acuerdo a la fantasía de seducción-agresión sexual, pero la histérica como sujeto queda afuera, sustraída de la escena, inconsciente. ¿Se trata de homosexualidad latente, como Freud lo interpreta, o más precisamente, el querer saber que ocurre entre los dos sexos, y particularmente querer saber qué es una mujer para un hombre?

El problema de la histeria al respecto, se centra en querer saber sobre la mujer, lo que dificulta ciertamente poder asumir su papel. Este problema nos conduce a una cuestión central del abordaje freudiano de la histeria, y que más tarde llega a adquirir plena vigencia en la enseñanza de J. Lacan, reformulada en términos de estructura de discurso (Lacan, 1969-70) Se trata de la función de las identificaciones en el condicionamiento de la posición subjetiva de la histérica y la determinación de sus síntomas.

Las identificaciones en la histeria

Convertido por Lacan (1958a) en un ejemplo paradigmático del modo en que la histérica se orienta en la dimensión del deseo, el sueño que estudiaremos brevemente a continuación es presentado por Freud en “La interpretación de los sueños” (1900) en el apartado 5 titulado La desfiguración onírica. Es un sueño que es ofrecido a Freud en un abierto desafío a su teoría de que los sueños son realizaciones de deseos, desafío que opone un sueño cuyo contenido es todo lo contrario, expresa un deseo frustrado.

El texto del sueño reitera los impedimentos con los que la joven se enfrenta cuando quiere dar una comida. Sólo le queda un poco de salmón ahumado y deberá renunciar a su propósito. Freud con cautela no contradice a la paciente sino que se remite paso por paso a las asociaciones que le siguen. Surgen así dos figuras de importancia: en primer término el marido, un buen carnicero que no quiere engordar y se propone rechazar las invitaciones a comer fuera de su casa. El rudo carnicero había rechazado, cuenta la paciente, la oferta de un pintor que quería hacer su retrato, expresando “un trozo del trasero de una hermosa muchacha sería más del agrado del pintor que su cara íntegra.”

(Freud, 1900, p. 165) La paciente recuerda también que le gusta embromar a su marido, diciéndole que no le traiga nunca caviar. Freud advierte el valor sintomático de esta privación que se impone:

“(…) mi paciente se ve precisada a crearse en la vida un deseo incumplido. Su sueño le muestra cumplido ese no cumplimiento del deseo. Ahora bien, ¿para qué precisa de un deseo incumplido?” (Freud, 1900, p. 166)

Surgen poco después las asociaciones referidas al segundo personaje de importancia en el sueño: la amiga “de quien está en verdad celosa, pues su marido la alaba en demasía.” (Freud, 1900, p. 166) Preocupación que resulta también enigmática, pues su amiga es flaca y a su marido le gustan las mujeres de formas llenas. ¿Qué podría encontrar en ella? Freud presta luego una atención especial a lo que la paciente ha dejado fuera de sus asociaciones: el salmón ahumado, que resulta ser el plato preferido de su amiga, quien por razones de economía también se priva de comerlo. La pregunta se centra entonces en las razones por las cuales, si ella desea que a su amiga no se le conceda el deseo de ser invitada a comer, ¿por qué se le ha sustituido en el contenido manifiesto, es decir, por qué se ha identificado con ella a partir de la sustitución caviar-salmón? Freud nos presenta así la identificación a partir de esta sustitución y se pregunta por el sentido de tal identificación. Cuestiona el tradicional recurso a la imitación para explicar las epidemias históricas, y concluye que:

“(…) la identificación no es simple imitación, sino *apropiación* sobre la base de la misma reivindicación etiológica, expresa un ‘ igual que’ y se refiere a algo común que permanece en lo inconsciente.” (Freud, 1900, p. 168)

La comunidad de la que se trata es una comunidad sexual. El deseo prohibido que expresa el sueño de la joven paciente remite a una identificación imaginaria con su amiga, de quien siente celos: se ha creado un síntoma a partir de esta identificación. El proceso es explicado a partir de la causa etiológica en juego en la identificación: la paciente quiere ocupar el lugar de su amiga porque su marido parece interesado en ella, ocupar dice Freud “el lugar que a ella le corresponde”. ¿Pero cuál es ese lugar? Es lo que permanece oscuro en la explicación de Freud, considerando que al carnicero no le gustaban las mujeres flacas. Sin embargo, es justamente la lectura de esta opacidad en el texto de Freud la razón por la cual Lacan ha denominado a la

paciente “espiritual histérica” (Lacan,1958a, p. 605) ya que la identificación parece obedecer a otros resortes en la medida en que a la joven le interesa algo que se encuentra más allá de ella, más allá de lo que puede su marido gozar con ella, pero que es justamente lo que causa el deseo. El sueño es la realización del deseo de ocupar “ese lugar que le corresponde”, utilizando los recursos del inconsciente para pasar del no tener a ser “el falo, aunque sea un poco flaco”. (10)

Además de la denominada por Freud “identificación al síntoma”, que acabamos de estudiar, nos presenta otro tipo de identificación en “Psicología de las masas y análisis del Yo” (1921). A diferencia de la anterior, que no supone lazo libidinal previo, se trata en un segundo tipo de identificación de una transformación efectuada a partir de una elección libidinal del objeto. Freud lo precisa:

“La identificación reemplaza a la elección de objeto; la elección de objeto ha regresado hasta la identificación.” (Freud, 1921. p.100)

Con ayuda de la intervención de los mecanismos del inconsciente, y a partir de la represión, el yo absorbe determinadas cualidades del objeto, y se transforma incorporando aspectos de la persona amada o no amada. Freud subraya especialmente que este tipo de identificación es parcial, se realiza con algún rasgo del objeto, no a su totalidad. Puede asimismo expresar la realización del deseo y la culpabilidad, identificándose a un rasgo patológico de la persona no amada a la que el sujeto busca sustituirse en el amor del padre, cuando se trata del Complejo de Edipo. Esta característica será más adelante abordada, en “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926) a partir de la noción de “necesidad de castigo” y la intervención del Superyó. El síntoma histérico, que incluye la identificación regresiva al rasgo del objeto amado, condensa la expresión de un deseo y el castigo que satisface la glotonería del superyó y el masoquismo del yo.

La histeria y el enigma de la femineidad

Al comienzo de este trabajo hemos señalado el desequilibrio que constatamos en la obra de Freud en lo referente al abordaje de la histeria. Así como en los comienzos del Psicoanálisis es el paradigma clínico fundamental de la neurosis, y acompaña los pasos del progreso freudiano en los principales hallazgos originados con su método innovador, progresivamente va desapareciendo de la escena analítica. Sin embargo, una serie de trabajos que se extienden hasta los años 30, conciernen lo que para Freud se mantiene como un verdadero enigma, y que finalmente reconoce como imposible de resolver desde el campo del Psicoanálisis. Es el tope real que espera que la Biología llegará en algún momento a brindar algún esclarecimiento. Se trata, como sabemos, del enigma de la femineidad. Enigma que es también el principal escollo que encuentra el análisis, “la roca viva” (Freud, 1937), que impide que el análisis freudiano pueda terminar sin restos.

Los trabajos sobre el tema son varios, y en gran medida son respuesta a las elaboraciones de las analistas mujeres que cuestionan su perspectiva sobre la vigencia del falocentrismo en la niña. Las novedades introducidas en “La femineidad” en 1932 complejizan el problema, al acentuar la importancia de una ligazón previa del amor de la niña por el padre del Edipo. Es de interés señalar al respecto que en el texto citado vuelve a mencionar las fantasías de seducción de la histeria, para extraer como conclusión lo siguiente:

“Solo más tarde pude discernir en esta fantasía de la seducción por el padre, la expresión del Complejo de Edipo típico en la mujer. Y ahora reencontramos la fantasía de seducción en la prehistoria preedípica de la niña, pero la seductora es por lo general la madre.” (Freud, 1932, p.112)

El pasaje de la madre al padre se hace bajo el signo de la hostilidad, en relación a la privación del órgano, y el abandono del amor por la madre fálica da lugar a la vinculación con el padre, de quien espera obtener lo que le falta. No nos extenderemos en este problema, ya que nos parece de importancia señalar específicamente el deslizamiento que se produce en el texto freudiano

de la histeria a la feminidad, cuando partiendo de las fantasías de seducción, generaliza haber reconocido en ellas “una manifestación del complejo de Edipo femenino”. Este desplazamiento nos permite pensar que es la pregunta histórica la que orienta el recorrido freudiano sobre la feminidad, lo que llama “el enigma de lo femenino”. (Freud, 1932, p.105) Esto a su vez nos conduce a volver sobre los orígenes del Psicoanálisis y situar el nudo estructural que reúne a Freud y la histeria en el descubrimiento del inconsciente y la invención del método. Problema que ha sido formalizado por Lacan con la fórmula del discurso histórico, por un lado, y más tarde con el axioma de estructura que sitúa la falta del significante de la mujer como agujero del que parten las ficciones del inconsciente orientado por el falo como único término que organiza la relación sexual que no hay.

La histeria, más allá de las variantes con las que se presente de acuerdo a las épocas, introduce el problema de las relaciones entre los sexos, y particularmente busca una respuesta. Y la encuentra en la falta en el Otro, haciendo del deseo, objeto, adoptando una solución identificatoria que se oculta detrás del carácter sintomático de su división subjetiva. Es “el inconsciente en ejercicio” (Lacan, 1969-1970) en la medida en que funda un lazo social que favorece el despliegue de la estrategia histórica en relación al deseo, lazo social que en principio parece tan “espiritual” como la carnífera freudiana, en un “amor que se dirige al saber”, necesario para el comienzo del recorrido analítico, cuyo curso y sobre todo su finalización permitirán despejar lo que velado, lo determina.

Notas de Referencia

(1) Para hacerse una idea de las líneas de investigación desarrolladas por Freud antes del encuentro con Charcot ver “Sumario de los trabajos científicos del docente adscrito Dr. Sigm. Freud, 1877-1897” (Tomo III, ed Amorrortu), donde figuran artículos tales como “Sobre la relación del cuerpo restiforme con la columna posterior y su núcleo, con algunas puntualizaciones sobre dos campos del bulbo raquídeo.”

(2) Cf con el capítulo sobre las neurosis antes de Freud.

(3) Para un estudio más detallado de las diferencias entre la escuela francesa y la escuela alemana ver Bercherie, *Los fundamentos de la clínica*. Es de destacar en este punto la posición privilegiada de Freud, quien habiéndose formado en la escuela alemana tuvo la oportunidad luego de dejarse sorprender por la sutil clínica de los franceses.

(4) Bercherie (1983) y Assoun (1981) han realizado estudios sobre el contexto de ideas en que adviene la novedad freudiana.

(5) He aquí una cita que permite considerar el alcance de este problema de la naturaleza de lo inconsciente: “Entre el empeño voluntario del paciente, que logra reprimir la representación sexual desagradable, y la emergencia de la representación obsesiva, que, poco intensa en sí misma, está dotada ahora con un afecto inconcebiblemente intenso, se abre la laguna que la teoría aquí desarrollada pretende llenar. El divorcio entre la representación sexual y su afecto, y el enlace de este último con otra representación, adecuada pero no inconciliable: he ahí unos procesos que acontecen sin conciencia, que sólo es posible suponer, y ningún análisis clínico-psicológico es capaz de demostrar. Quizá sería más correcto decir: **Estos en modo alguno son procesos de naturaleza psíquica, sino procesos físicos** cuya consecuencia se figura como si real y efectivamente hubiera acontecido lo expresado mediante los giros ‘divorcio entre la representación y su afecto’ y ‘enlace falso’ de este último.” (Freud, 1894, p. 54) El subrayado es nuestro.

(6) Un ejemplo clínico paradigmático de este modelo es el caso Emma, expuesto en la parte dedicada a la psicopatología de la histeria en el *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1896). Se trata de una joven cuyo síntoma inicial es la compulsión de apariencias fóbica de no poder ir sola a una tienda. El relato del síntoma provee de un primer recuerdo, datado en sus 12 años – es decir en la pubertad- donde ella ingresa a una tienda y ve a dos empleados reírse entre ellos, frente a lo cual ella sale corriendo presa del terror. Las coordenadas del recuerdo ofrecen dos datos extras: uno de ellos le había gustado sexualmente y el otro es que ella pensó que se reían de sus vestidos. La reacción de la muchacha aparece como incomprensible frente a la nimiedad del hecho. Freud sospecha que la carga afectiva del recuerdo tiene otra fuente, si bien es innegable el valor patógeno que adquiere este recuerdo con respecto a la instalación del síntoma. En busca del origen, Freud se encuentra con un segundo recuerdo (segundo en su orden de aparición en el relato, aunque primero en la secuencia temporal de los hechos acaecidos) Se trata de otra escena que transcurre en una tienda, esta vez una pastelería, cuando Emma tenía 8 años: el pastelero le pellizca los genitales a través de su vestido. Lo incomprensible en este caso es que Emma regresó a la pastelería una vez más luego del primer atentado, suceso que se reprocha. La conexión entre las escenas aparentemente inconexas se resuelve por el establecimiento de nexos asociativos: la risa de los empleados y la risotada del pastelero, el pellizcar a través de los vestidos y el reírse de ellos, la connotación sexual de ambas escenas. Estos nexos evocan la escena del pastelero en ocasión de la escena de los empleados, con la diferencia de que ahora Emma ha entrado en la pubertad, de ahí que el poder patógeno del recuerdo sea mayor que el del evento traumático en sí, ya que Freud aun no supone que pueda existir una sexualidad infantil, el componente sexual sólo puede aparecer en la pubertad, produciendo angustia y la consecuente huida. De esta manera el síntoma de la fobia actúa como un símbolo mnémico de la escena traumática olvidada y por lo tanto inconsciente. El atentado deviene traumático solamente con efecto retardado y a través del recuerdo que demuestra ser más patógeno que la vivencia misma. El esquema de la causalidad lineal se rompe: ya no se trata de una causa que se manifiesta en un efecto, sino de la combinación de dos escenas más un intervalo de tiempo necesario entre ellas, que vuelve efectivo al trauma.

(7) Cf con el capítulo sobre las categorías clínicas en Freud.

(8) Para un estudio más detallado de los motivos que llevaron a Freud a dejar caer en parte la teoría de la seducción considerándola incompleta, véase Freud, S. (1906). "Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis."

(9) Cf con el capítulo sobre la neurosis de transferencia en este libro.

(10) La lectura de Lacan en "La dirección de la cura y los principios de su poder" (1958a) reformula el sentido del sueño, a partir del recurso a la teoría del significante y sus leyes de composición -metáfora y metonimia-, y la importancia concedida al falo como significante del deseo.

Bibliografía

Assoun, PL .(1981). *Introducción a la epistemología freudiana*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2001.

Bercherie, P. (1980) *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, 1986.

- (1983). *Génesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Paidós, 1988.

Breuer, J. y Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En *Estudios sobre la histeria, Obras Completas*, Tomo II, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.

Cottet, S. (1985). *Freud y el deseo del psicoanalista*. Buenos Aires: Manantial.

Freud, S. (1886a). Informe sobre mis estudios en París y Berlín. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.

- (1887-88). Prólogo y notas de la traducción de J-M Charcot, Lecons du mardi de la Salpêtrière. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.

- (1888). Histeria. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.

- (1893a). Charcot. En *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.

- (1893b). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- (1893c). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. En *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- (1893-95). *Estudios sobre la histeria*. En *Obras Completas*, Tomo II, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1999.
- (1894). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias.) En *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- (1895). Proyecto de psicología para neurólogos. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- (1896). La herencia y la etiología de las neurosis. En *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- (1897a). Manuscrito L. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- (1897b). Carta 69. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- (1900). La interpretación de los Sueños. En *Obras Completas*, Tomo IV, Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- (1905a). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas*, Tomo VII, Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- (1905b). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas*, Tomo VII, Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- (1906). Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras Completas*, Tomo VII, Buenos Aires: Amorrortu, 2000.

- (1908). Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. En *Obras Completas*, Tomo IX, Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
 - (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En *Obras Completas*, Tomo XI, Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
 - (1911-1915). Trabajos sobre técnica psicoanalítica. En *Obras Completas*, Tomo XII, Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
 - (1914). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras Completas*, Tomo XIV, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
 - (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras completas*, Tomo XVIII, Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
 - (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, Tomo XX, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.
 - (1933). La feminidad. En *Obras Completas*, Tomo XXII, Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
 - (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas*, Tomo XXIII, Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- Gauchet, M. y Swain, G. (1997). *El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.
- Lacan, J. (1951). Intervenciones sobre la transferencia. En *Escritos I*, Buenos Aires: Siglo XXI, 1985.
- (1958a). La Dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*, Buenos Aires: Siglo XXI, 2010.
 - (1964). *El seminario. Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
 - (1969-70). *El seminario. Libro XVII. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1992.

- (1977). Propos sur l'hystérie. Intervention de Jacques Lacan à Bruxelles.
Quarto, 1981, n° 2.