

FUNDAMENTOS DE LA PSICOTERAPIA

Por el profesor J. LÓPEZ IBOR

Madrid

Publicado en ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA
Vol. XVI.—Febrero 1957.—Núm. 1

La clave del éxito precoz del psicoanálisis hay que buscarla en la "catarsis". Los dos pivotes sobre los que se asentó la doctrina psicoanalítica en su primera fase fueron la existencia de un trauma sexual en los antecedentes de los neuróticos y la liberación del mismo mediante su reviviscencia. El primero suscitó, desde primera hora, muchas contradicciones; el segundo, en cambio, se aceptó como uno de los más importantes descubrimientos de una psicología dinámica. Efectivamente, a partir de él la actitud del psicólogo cambió. Ya no se trataba de lograr una descripción más o menos pura del hecho psíquico, sino de intervenir en su curso mismo al mismo tiempo que se analizaba. Frente al modo de experimentar de la psicología académica se levantaba un nuevo modo de experimentar que alcanzaba funciones psíquicas o planos psíquicos más profundos.

En ello se apoya, todavía, su éxito actual. La enorme influencia que ejerce, actualmente, el psicoanálisis sobre la psiquiatría y la misma vida americana se explica, precisamente, por ese supuesto poder que tiene para operar sobre el alma humana. Hace poco me decía, preocupado, un colega americano que en el momento actual se hallan dos mil jóvenes psiquiatras americanos practicando el análisis didáctico. El triunfo de la técnica alzaprima el psicoanálisis. Es una nueva versión del *homo faber*, que transformado en ingeniero del alma, puede manejar los "cuantos" de energía psíquica como los maneja el técnico físico. Y el principio fundamental que rige tal dinámica psíquica es, precisamente, el de la catarsis. La distribución de la personalidad humana en tres capas, el ello, el yo y el super-yo, su montaje sobre la libido o sobre la muerte, son complementos teóricos de la verdadera operación técnica que consiste en *manejar* la energía que se despliega y distribuye por los diversos estratos de la personalidad. Y la ley fundamental que preside esos desplazamientos de energía es la catarsis, que se constituye así en una ley de gravitación del universo psíquico. La

catarsis se completa con la transferencia, y luego veremos qué tipo de relaciones se establecen entre ambas.

* * *

De cuánto evolucionó el psicoanálisis es buena muestra el hecho de que la catarsis fué perdiendo importancia y ganándola la transferencia. He buscado, sin encontrarla, la palabra catarsis en uno de los más recientes diccionarios psicoanalíticos (1).

En alemán existen dos expresiones que revelan muy bien esa situación. No es lo mismo "bewusstmachen" que "bewusstwerden" de un complejo. El "bewusstmachen" se refiere al hecho catártico puro; el "bewusstwerden", por el contrario, supone no sólo traer a conciencia un complejo, sino una relación dinámica más amplia entre el "ello" y el "yo", que se establece en el curso del desarrollo de la personalidad y que consiste fundamentalmente en incluir en el yo grandes distritos procedentes del ello. Es una manifestación de la tendencia imperialista del yo, apoyada y fomentada por su más eficaz aliado, la cura psicoterapéutica.

La eficacia de la *catarsis* se reveló ya en el primer caso, Anna O., de Breuer y Freud. He aquí las propias palabras con que Breuer y Freud introducen la *catarsis* como terapéutica: "Resulta ya comprensible cómo el método psicoterapéutico que aquí exponemos actúa curativamente. Anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio, dando salida, por medio de la expresión verbal, al afecto concomitante que había quedado estancado y llevándole a la conexión asociativa por medio de su atracción a la conciencia normal (en una ligera hipnosis) o de su supresión por sugestión médica, como sucede en los casos de sonambulismo por amnesia."

Sin embargo, en el primitivo trabajo de Breuer y Freud se hallan ya señaladas las limitaciones del método, sobre las cuales pasa, como sobre ascuas, la mayor parte de la literatura psicoanalítica. Breuer y Freud dicen que no curan la histeria en cuanto disposición; en los posteriores trabajos de Freud esta negación se halla desvirtuada por la fusión que se establece entre disposición y personalidad y la interpretación dinámica que se hace de ésta. Las variantes de la personalidad se hallan constituídas por anomalías en la evolución de la libido, y estas fijaciones libidinosas se atribuyen implícitamente a la acción de las situaciones históricas por las que va atravesando el ser. Claro es que cabría seguir manteniendo la interpretación contraria y pensar que las anomalías en el desarrollo de la personalidad tienen su anclaje constitucional. Este es el punto de vista de Kretschmer cuando interpreta las neurosis como retardos en el desarrollo de la personalidad.

Con ser importante esta limitación que la presencia de un factor

(1) Freud: *Dictionary of Psychoanalysis*. Edited by Nandor, Fodor and Frank Gaynor. The Philosophical Library, New York, 1951.

constitucional introduce en la esfera de acción de la *catarsis*, no es precisamente aquélla sobre la que quiero llamar especialmente la atención. Breuer y Freud confiesan explícitamente que no consiguen nada contra "el retorno de los estados hipnoides" y que tampoco "durante el período productivo de una histeria aguda puede evitar nuestro procedimiento que los fenómenos trabajosamente suprimidos queden sustituidos en seguida por otros". La presencia de estas dificultades aparece luego en otros escritos debidos sólo a la pluma de Freud. En la histeria existe una fase de fecunda proliferación sintomática en la que la *catarsis* (la psicoterapia) sólo consigue desapariciones transitorias de edificios sintomatológicos, pero sin afectar absolutamente a la "actividad" de algo que hay en el fondo y que crea un nuevo síntoma apenas desaparecido el anterior. Cuando la fase de actividad ha cesado, quedan entonces ciertos síntomas permanentes y ataques histéricos frente a los cuales la *catarsis* es todopoderosa.

En el curso ulterior de la evolución del psicoanálisis esta distinción se pierde, y desde el punto de vista del mecanismo terapéutico se habla de un grupo de neurosis en las que interviene la *catarsis* como mecanismo curativo y otro en el que las neurosis han de convertirse en *neurosis de transferencia* para poder ser curadas. ¿Cuál es la explicación de estos cambios en el punto de vista? ¿Es que han cambiado en sí los "hechos" que el psicoanalista maneja o es que han cambiado las interpretaciones?

Para poder contestar a esta pregunta necesitamos penetrar más a fondo en la génesis de los síntomas y en la mecánica de su desaparición. En las neurosis constituídas tenemos que separar dos planos: uno, el de los síntomas constituídos, y otro, el de los síntomas constituyéndose. A este segundo plano alude Freud cuando habla de la productividad de los síntomas de la histeria en la fase aguda. ¿En qué consiste esa productividad? Para llegar a ella recorramos en el análisis el camino inverso y veamos qué ocurre y en qué consiste la *catarsis*.

El psicoanálisis se muestra, en último extremo, como una colosal tentativa de racionalización de ese hecho sorprendente: la *catarsis*. Se han publicado numerosos trabajos tratando de señalar la presencia en ella de elementos irracionales, unos buscando analogías con la "catarsis" de la tragedia griega y otros apoyándose en el análisis de la relación médico-enfermo, trasunto de la relación entre el "yo" y el "tú". Freud, precisamente, lo que trata de evitar es ese claroscuro de la interpretación irracional. La misma relación médico-enfermo trata de ser visualizada en el examen de la "neurosis de transferencia".

¿Cómo logra Freud la racionalización de la *catarsis*? Breuer descubrió que los síntomas histéricos se determinaban por recuerdos reprimidos, que al aflorar en hipnosis a la conciencia desaparecían. Breuer quiso explicar este hecho a base de una teoría que "podía aún ser calificada de fisiológica (II, 891). En los histéricos ocurre una especie de

disociación anímica por la falta de comunicación entre diversos estados psíquicos —estados de conciencia—. Así surgían los “estados hipnoides” que determinaban la persistencia como cuerpos extraños, o como quistes, de las experiencias traumatizantes.

En Freud aparece la idea de que tal extrañamiento era debido a un proceso de represión. Al principio lo formula con timidez, y así vemos cómo admite que en algunos casos la presencia del mecanismo hipnoide de Breuer, casos con los que constituye la histeria hipnoide; en otros, la histeria de defensa, que se ajusta a su concepción, y, finalmente, en otros con la “histeria de retención”, en la cual no hay defensa que justifique la no emersión de la experiencia o recuerdo traumatizante (I, 120 y 121). Pero estas distinciones se encuentran a regañadientes admitidas en uno de sus primeros trabajos (“Psicoterapia de la histeria”) para ser absolutamente borradas después. Y ahí emerge, poderoso, el proceso de racionalización. ¿Por qué tienen que reprimirse ciertos contenidos? La escena traumatizante ha de ofrecer una adecuación determinante y una fuerza traumatizante suficiente. La idea de la adecuación yace en el seno de la más pura psicología comprensiva. Si en un sujeto aparecen vómitos, el análisis ha de descubrir, precisamente, la existencia de una escena que produzca repugnancia. Más compleja se presenta la cuestión de la *fuerza traumatizante*. El análisis va descubriendo una serie de cadenas de sucesos que forzosamente llevan al terreno de la vida sexual. Estos sucesos sexuales se sitúan primero como experiencias puberales y en análisis posteriores como experiencias prepuberales; pero como aún no resultan suficientes para desentrañar totalmente la génesis de los síntomas, el análisis se ve forzado a retrotraerse a la edad infantil para destruir todo posible residuo inexplicable del complejo. No es extraño que, siguiendo este impulso racionalizador, Rank considerase insuficientes las experiencias infantiles y quisiera llegar a la verdadera experiencia originaria del ser, al trauma del parto. ¿Y por qué —se pregunta Freud— tienen que ser precisamente las experiencias sexuales las más determinantes? Precisamente —responde— porque en ellas se ensambla una experiencia o fantasía anterior, prepuberal, que *no* va cargada de una específica excitación sexual, y otra posterior, netamente sexual. Esta “cathexis” mixta resulta un personaje poderoso en el drama interior. Hasta ahí llega la necesidad de racionalización.

Claro es que estas experiencias, fantasías y recuerdos son rechazados a las capas del inconsciente. La disociación entre inconsciente y consciente es la única transcripción de la primitiva idea de Breuer.

La experiencia psicoanalítica, y en general la experiencia psicoterapéutica, ha demostrado que la catarsis no basta para lograr una curación en la inmensa mayoría de los casos. Lo cual no quiere decir que carezca de realidad en algunos de ellos. Que en la catarsis se topa con una dinámica real lo demuestra, aparte las propias observaciones psi-

coanalíticas, la más vieja observación psicológica e incluso la misma experiencia con el narcoanálisis. También aquí nos encontramos con la misma limitación. Sólo algunos y determinados casos responden adecuadamente a este método terapéutico. El mismo Freud fué poco a poco infravalorando la catarsis y alzaprímado el proceso descrito como neurosis de transferencia. En el análisis del caso Dora se ve cómo una investigación a fondo de los presuntos mecanismos psicoanalíticos no basta para obtener la curación del caso. Freud lo atribuye a no haberse dado cuenta, a su debido tiempo, de la transferencia establecida entre la enferma y él. Pero la epicrisis demuestra que la enfermedad desaparece espontáneamente un mes después, y que posteriormente da otros coletazos que Freud quiere explicar por la presencia de nuevos estímulos emotivos, uno debido al nuevo encuentro con K., pero ¿por qué si la enferma estaba tan profundamente analizada en lo referente a sus relaciones con K. puede un nuevo encuentro con él volver a desencadenar todos los síntomas neuróticos?

Freud presenta sus análisis con tan fuerte y magnífica arquitectura racional que resulta, a veces, difícil mostrar sus puntos flacos. Sin embargo, quizá con un rodeo previo sea esto posible. En el mismo caso Dora afirma que las opiniones de la enferma sobre su padre constituyen lo que llama Wernicke una *idea sobrevalorada*.

Su característica peculiar es la resistencia que oponen a todos los esfuerzos conscientes y voluntarios que hace el sujeto para alejarlos de su mente. "Una tal idea sobrevalorada constituye, en unión de una profunda depresión de ánimo, el único síntoma de un estado patológico al que se da generalmente el nombre de melancolía, pero que es susceptible de solución por medio del psicoanálisis, lo mismo que la histeria."

Ahora bien, la experiencia psiquiátrica universal, no psicoanalítica, tiene de las ideas sobrevaloradas que pueden aparecer en una melancolía endógena otra opinión: precisamente la de ser impermeables a cualquier ataque psicoterapéutico. Es posible que un largo psicoanálisis destruya aparentemente una melancolía con sus ideas sobrevaloradas. Con una condición: la de que el psicoanálisis dure más que lo que espontáneamente dura la fase de la enfermedad. En cambio, sabemos con qué facilidad puede destruirse una tal idea en un depresivo, atacando la depresión misma mediante un tratamiento biológico.

Mi método consiste, precisamente, en invertir los términos de esta argumentación de Freud. Si sabemos que las depresiones endógenas típicas (1) se deben en el fondo a la presencia de un trastorno no pura-

(1) Me refiero precisamente a éstas y no a las melancolías llamadas reactivas. Estas son, en sentido estricto, una neurosis, ya que se trata de una anomalía en el modo de vivenciar, o sea de responder internamente a un suceso triste. Debo, sin embargo, añadir que, según mi experiencia, las depresiones reactivas son menos frecuentes de lo que habitualmente se dice. En muchos casos se trata de auténticas depresiones endógenas, y en otros de lo que he llamado *reacciones cristalizadas*. (Vean mi libro "La Angustia Vital".)

mente psíquico, ¿por qué no he de investigar si tal factor ocurre en muchas o en todas de las llamadas neurosis?

Mis investigaciones partieron precisamente de algunos casos de neurosis sometidos durante meses a tratamiento psicoterapéutico. El primero fué un caso de agorafobia. Se trataba de una mujer, médico, de gran inteligencia. Casi un año estuvo en tratamiento a razón de una hora diaria. Sus dotes intelectuales y de fina observación permitieron poner de manifiesto una serie de experiencias traumatizantes de naturaleza sexual unas y otras no. Un grupo de ellas, especialmente atormentador, se refería a su asistencia, durante la guerra civil española, a un hospital de heridos mientras las bombas y los cañonazos hacían saltar cascotes de las paredes y miembros de los enfermos. El análisis llegó hasta las experiencias sexuales de la primera infancia. Durante varios meses la curación de la enferma no avanzaba. Sólo se había conseguido que su angustia disminuyese al sentirse protegida por la acción y presencia del médico. La transferencia se hizo tan fuerte, que cambió su residencia para poder vivir a unos cuantos metros de la consulta y sentirse amparada por su sombra protectora. Llegó un momento en que su angustia y su agorafobia fueron disminuyendo hasta llegar a desaparecer. El análisis seguía aportando siempre nuevos datos, pero nunca ninguno de la importancia y relieve de los descubiertos en la primera fase del mismo. Yo ya sé que el esquema psicoanalítico dirá que se cumplían los trámites habituales en esta terapéutica; en una primera fase la catarsis alivió a la enferma y en una segunda se desarrolló una neurosis de transferencia que terminó felizmente con el proceso. Sin embargo, a mí, como psicoterapeuta, esta interpretación no me satisfacía. Había descubierto en la enferma episodios anteriores que se habían curado espontáneamente, si bien no habían alcanzado la tenacidad y la violencia del último. En el caso Dora de Freud existe a los ocho años un episodio disneico que, aun interpretándose como neurótico, se atribuye por el médico de cabecera a una fatiga física. A los doce años padece jaquecas y tos. A los dieciocho años comienza el tratamiento por Freud. Después padece otros dos o tres episodios más.

Nos tropezamos, pues, con un hecho nuevo para una mentalidad psicoanalítica. Existen "fases neuróticas" que los viejos ya habían filiado con el nombre de "neurastenia periódica". La existencia de esas fases podía tener una interpretación pura psicogenética o había que apelar a otro factor más. En los primeros trabajos de Freud existen continuas apelaciones a la presencia de un factor extrapsíquico en las neurosis. Estas apelaciones toman formas diversas: unas veces aludiendo al problema de la constitución, cuya importancia no niega, sino que deja en segundo plano, precisamente por considerar que el psicoanálisis está llamado exclusivamente a desintegrar la maraña psíquica. Otras, aludiendo a la química de los procesos sexuales. Cuando trató —siempre en su fase primera— de interpretar la neurosis de angustia,

pensó en una retención de la libido, retención que se imaginaba como nosotros podemos pensar en una retención de cetoesteroides. Otras, taxativamente, como en el caso de Emmy de N., admitiendo la existencia de un factor extrapsíquico para explicar la presencia de las fobias. El análisis lograba desentrañar los contenidos, pero no arrancar totalmente la presencia de fobias y obsesiones.

Reiteradamente tropieza Freud con este último hecho. Cuando en la histeria admite una fase aguda y una fase crónica, en la primera se adivina al analista luchando contra los nuevos síntomas que se forman apenas desaparecidos los antiguos mediante el análisis. Hay una presión creadora de síntomas que escapa, en buena parte, a la acción psicoterapéutica. Esta, en forma de catarsis, se muestra más fecunda en la segunda fase. La presión neurótica, por así llamarla, ha desaparecido, y entonces el análisis es capaz de dismantelar la ya quebrada fortaleza de los síntomas. La resistencia ha desaparecido. Un análisis del problema de la resistencia, del cual no podemos ocuparnos ahora, nos mostraría qué ingredientes tan diversos se hallan sumergidos bajo ese denominador común.

¿De qué naturaleza es esa presión creadora de síntomas? El análisis de la sintomatología de las neurosis en el curso del tiempo permite reconocer dos hechos fundamentales: por un lado, la sintomatología cambia en parte en el curso del tiempo; tiene, pues, una cierta plasticidad histórica. Por otra parte, cada vez han llamado la atención del médico unos síntomas más que otros. Con arreglo a estos dos desplazamientos también adquieren mayor o menor importancia unas u otras neurosis. Al interés primordial que desempeñaba la histeria en otros tiempos han suplido hoy los cuadros ansiosos.

Pero en la histeria, en la misma histeria que vió Freud, había dos órdenes fundamentales de síntomas, unos pertenecientes al sistema nervioso de relación que corresponden más al plano interior del sujeto. Ejemplo típico de esa presencia de los primeros era el caso de Anna O. de Breuer y Freud. En el caso Dora tenían más importancia los segundos. Los primeros son, en principio, accesibles a la catarsis, como lo son a la sugestión. En la génesis de una u otra serie de síntomas existen unos pequeños matices diferenciales. Pero para que se realice la conversión se necesita un estado especial, aquél que Breuer llamaba estado hipnoide. Hoy no vemos en nuestras clínicas ni parálisis ni anestias tan floridas como se veían en Viena en los tiempos de Freud o en París en los de Charcot. Pero repetidas veces he demostrado —y la experiencia la hace cualquiera— ante mis colaboradores y alumnos la posibilidad de “producir” en muchos enfermos una anestesia o una parésia de un miembro. En estos enfermos existe siempre un “estado de ánimo” especial que les convierte en sujetos fácilmente accesibles a la sugestión. Ese estado de ánimo, a mi juicio, en todos ellos es endógeno y no reactivo, ni psicogenético.

Ahora quisiera llamar la atención sobre dos hechos importantes:

1.º La presencia de ese "estado de ánimo" es la que convierte al enfermo en especialmente susceptible para una experiencia traumatizante. Con el nombre de reacción cristalizada he descrito el siguiente hecho:

Un enfermo se halla en ese "estado de ánimo" y un suceso normal o anormal de la vida externa o un conflicto interior determinan la *cristalización* de ese estado de ánimo en un síntoma determinado. Esta cristalización unas veces lo hace patente a la conciencia del sujeto, que unas veces huía de darse clara cuenta de lo que sentía en su interior, y otras provoca directamente un síntoma neurótico: una parálisis, un tic, un ataque. En el fondo el proceso es, pues, inverso al de la *catarsis*.

2.º Esa cristalización sintomatológica se hace siempre con arreglo a determinados "patterns" o modelos. La histeria tiene fama de ser la enfermedad más variopinta y polimorfa que existe y así es. Pero en ese polimorfismo pueden descubrirse algunos esquemas de fondo. Ya Kretschmer llamó la atención sobre las dos bases reactivas biológicas primordiales: el "Totstellreflex" y el "Bewegungsturm", o sea, la reacción de sobrecogimiento y de sobresalto. Charcot le propuso a Freud el estudio de la distinta topografía de los síntomas histéricos y de las razones de ella. Freud siempre creyó que ésta dependía de la imagen que de la enfermedad se hace el sujeto. Pero ¿por qué siendo las enfermedades conocidas tan variadas en sus manifestaciones se repiten, en tiempos distintos y en países lejanos, los mismos modelos histéricos? Ya sé que existen la imitación y las epidemias psíquicas; pero éste es un problema distinto que no me ocupa ahora.

A mi modo de ver, esta reiteración expresiva, esa concordancia en las "conversiones", se deben a modelos biológicos preformados. Las parálisis flácidas histéricas son más frecuentes en el lado izquierdo que en el derecho. Esta preponderancia ya puede observarse en los grabados de Richter de la Clínica de la Salpêtrière. Durante la guerra española pude comprobarla reiteradas veces. El hecho se debe, sin duda, a la distinta significación del lado izquierdo y derecho del cuerpo, hasta tal punto, que cuando la regla no se cumple hay que sospechar que se trata de un zurdo ignorado. El lado derecho es el lado activo, el polo masculino en el vocabulario de la filosofía romántica; el lado izquierdo, el polo femenino. Los recientes estudios sobre los gemelos univitelinos han demostrado que aquél que procede de la mitad derecha del cuerpo toma un papel activo y conductor sobre el otro (Bouterek).

En todas las buenas descripciones de la histeria existe consignado un especial estado de ánimo. En el caso Emmy de N. habla Freud de un estado de ánimo triste y melancólico. También Dora se hallaba en sus episodios morbosos presa de una depresión de ánimo y de un *tedium vitae*. Y es curioso que hasta en Sydenham nos hallamos con la presencia de ese estado de ánimo especial.

La vivencia traumatizante tiene, pues, unos caracteres especiales. Freud, como hemos visto, quiere que esa peculiaridad sea sexual, y esto por dos razones: una, por la frecuencia con que se tropieza en el pasado de los enfermos con vivencias sexuales traumatizantes, y otra, porque la vivencia sexual reúne una cathexis sexual específica con otra inespecífica, distinción muy importante establecida al principio y desdibujada luego al proclamar el imperio del apelativo "libidinoso".

De Saussure (1) ha introducido nociones procedentes de la psicología de Piaget en la técnica de la cura psicoanalítica. Existen dos clases de emociones; la *emoción asimilada*, que se inscribe en el cuadro ordinario de nuestros recuerdos o en el conjunto de representaciones que tenemos de la realidad, y la *emoción aislada o alucinada*, que se repite de una manera estereotipada sin referencia y aproximación a la escena originalmente vivida. Esta emoción queda aislada y falsamente localizada en el presente. Es preverbal, es decir, consiste en imágenes que el enfermo apenas puede traducir en palabras y no se inscribe en el nivel puro del pensamiento, sino en el nivel psicosomático.

La cathexis que convierte a una vivencia traumatizante surge de un peculiar estado de ánimo que luego describiremos. De ahí su carácter reiterativo. El psicoanálisis padece de un error metódico: el de olvidar que la historia es siempre una historia hecha desde el presente. La objetividad es relativa. En el curso de la cura la historia se hace desde la situación especial en que se encuentra el enfermo. Y esta situación se halla impregnada de un determinado estado de ánimo que, como en otra parte he intentado demostrar, son referibles siempre a la angustia, a la tristeza o al tedio.

Las neurosis son modos anómalos de vivenciar; pero estos modos anormales de vivenciar tienen una arquitectura compleja: en ellos intervienen la personalidad, las experiencias anteriores, y con enorme frecuencia la situación de ánimo. La psiquiatría académica lanza su acento sobre la constitución psíquica y somática, el psicoanálisis y otras muchas escuelas psicoterapéuticas sobre la historia anterior, yo me esfuerzo en destacar el papel esencial de los estados de ánimo morbosos que aparecen como trastornos de la vitalidad. La expresión vitalidad no hay que tomarla aquí en sentido biológico puro; tiene, efectivamente, su planta biológica, pero su arquitectura es psíquica. En la tristeza vital del melancólico nos encontramos con un fondo de perturbación biológica del que emerge su estado de ánimo triste y sus ideas de ruina. En la angustia vital nos hallamos con un fondo de perturbación biológica y con una superestructura fóbica o hipocondríaca. Lo mismo podríamos señalar en otros estados de ánimo morbosos. En los enfermos puede dominar la perturbación biológica de fondo o la superestructura psíqui-

(1) R. de Saussure: *Comptes Rendus du Premier Congrès Mondial de Psychiatrie*. V. (Psychothérapie-Psychanalyse-Médecine psychosomatique). Hermann Ed. París, 1950, 1952.

ca. Serán más o menos neuróticos —en sentido estricto— según esta última adquiera más o menos prestancia. Cuando la perturbación biológica es muy evidente, prefiero hablar de timosis en lugar de neurosis.

Todos estos estados de ánimo alteran la perspectiva del pasado. Aparece una alteración en la vivencia del tiempo. El pasado del melancólico aparece como una grave carga que impide al presente deslizarse hacia el futuro. Un hecho mínimo es supervalorado, como aquel carnicero de quien habla v. Weizsäcker que se acusaba, con morboso franciscanismo, de todos los animales que había degollado o mandado degollar. Así como en el triste existe esa inflación del pasado, en el angustioso es el presente el que está ectópicamente embarazado. El futuro se ha metido dentro, como un futuro de posibilidades infinitas. El angustioso experimenta la sensación de que todo puede ocurrir en aquel momento, y ese abanico de posibilidades abierto le tortura infinitamente. Para limitarlas tiene que adherirse ritualmente, fóbicamente, a la situación presente. Quisiera precisamente perpetuar el presente para evitar el futuro; perpetuación del presente que no puede lograr sino a través de la reiteración fóbica. En el tedio de la vida desaparece toda nota de novedad. Sus momentos no se viven como análogos, sino como iguales. En el sujeto normal el momento siguiente es distinto del anterior. No es distinto por venir después, sino por ser nuevo. Su carácter de novedad es más importante que su localización en la línea del tiempo física; de la misma manera que el momento es pasado porque es conocido. De ahí que cuando haya transposiciones en este suceder temporal aparezcan los fenómenos del "déjà vu" y del "déjà connu".

No podemos extendernos más en el análisis de la vivencia del tiempo en esos estados de ánimo. Si existen en los neuróticos, fuerza es pensar que su perspectiva histórica se halla cambiada. El análisis de la biografía se hace, pues, desde determinada perspectiva, y por ello se entresacan los momentos que se monten sobre analogías anímicas. En una neurosis de angustia nos hallamos, pues, con frecuencia con todas las experiencias angustiosas anteriores, incluso las tenidas en la edad infantil. El sujeto normal no lo recuerda sino en determinadas situaciones. En el enfermo las calas en el pasado se hacen siempre conducidos por la misma veta anímica.

En muchos trabajos psicoanalíticos se destaca la importancia de la ansiedad en la estructura de la neurosis. Si apelamos a una de las escuelas psicoanalistas más florecientes, si bien no absolutamente ortodoxa, tal como la de Alexander, vemos que la cura psicoanalítica se basa sobre el siguiente esquema de la génesis del síntoma neurótico:

1) La emergencia del impulso. 2) La acción sobre él. 3) El resultado penoso. Originalmente la ansiedad aparece por el recuerdo de la experiencia ansiosa. Con la repetición la ansiedad se asocia con el primer término, es decir, con la emergencia del impulso mismo que se reprime y se excluye de la expresión motora; así se evita la experiencia

dolorosa. La terapéutica psicoanalítica se revela, pues, como un proceso de recondicionamiento en el que el "yo" es inducido a hacer frente al impulso reprimido para eliminar la ansiedad que provoca la represión. Esto se consigue cambiando la situación original. Tan pronto como el enfermo se da cuenta de que el analista responde a la expresión de sus impulsos de otra manera que sus padres su efecto intimidante ha cesado.

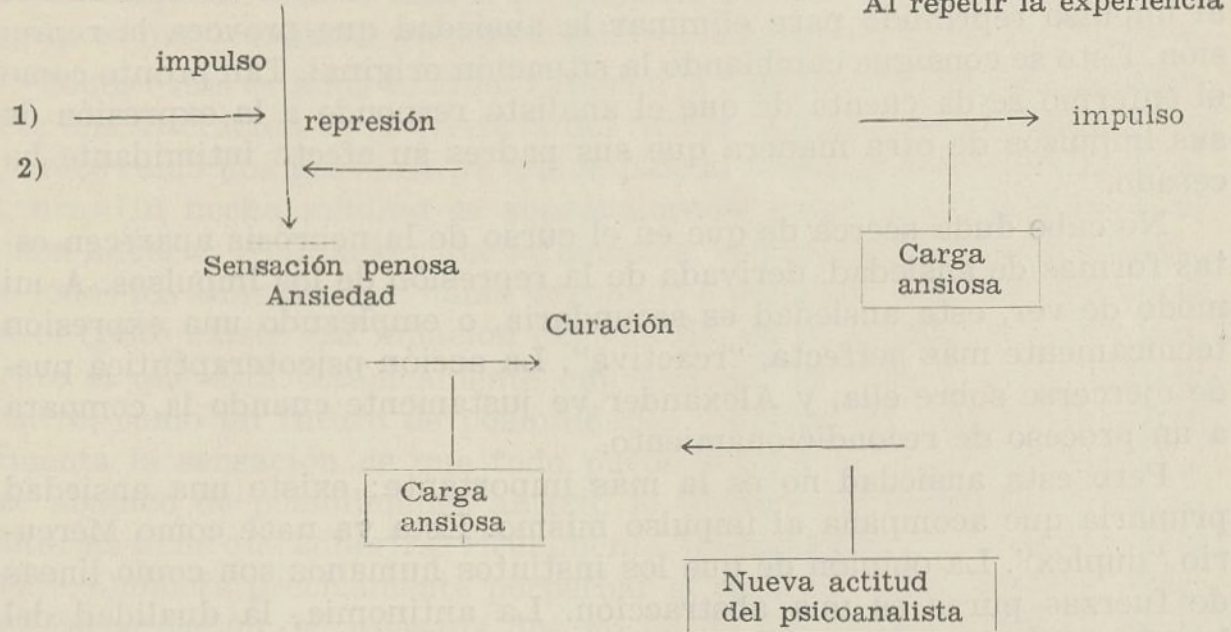
No cabe duda acerca de que en el curso de la neurosis aparecen estas formas de ansiedad, derivada de la represión de los impulsos. A mi modo de ver, esta ansiedad es secundaria, o empleando una expresión técnicamente más perfecta, "reactiva". La acción psicoterapéutica puede ejercerse sobre ella, y Alexander ve justamente cuando la compara a un proceso de recondicionamiento.

Pero esta ansiedad no es la más importante; existe una ansiedad primaria que acompaña al impulso mismo. Esta ya nace como Mercurio "duplex". La opinión de que los instintos humanos son como líneas de fuerzas puras es una abstracción. La antinomia, la dualidad del hombre, existe en todas las manifestaciones, pero expresada siempre en forma unitaria. El dualismo cartesiano ha enturbiado la vista de los psicólogos. Cuando en una situación neurótica surge un impulso, simultáneamente surge el impulso contrario. La crisis de ansiedad se muestra en esto mismo. La agresión se acompaña de temor a la agresión. El impulso erótico nace con el freno de la pureza. Kierkegaard lo vió muy bien cuando dice que en el pecado está ya la inocencia.

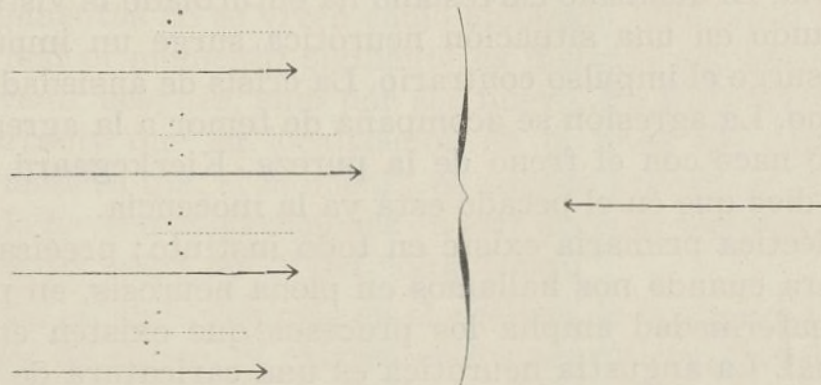
Esta dialéctica primaria existe en todo instinto; precisamente aparece más clara cuando nos hallamos en plena neurosis, en plena enfermedad. La enfermedad amplía los procesos que existen en el pasado del ser normal. La angustia neurótica es una caricatura de la angustia normal. En el hombre sano y normal, cuando surge un impulso y él se da cuenta de él, es porque ha penetrado en su plano consciente. La conciencia lo que hace, precisamente, es purificarlo de las cargas antinómicas. Lo acepta o lo rechaza, con lo cual decide hacer caer el platillo de la balanza en uno u otro sentido. En la neurosis las cargas antinómicas son más fuertes; su dialéctica es penosa, precisamente por esa mayor fuerza de sus cargas antinómicas. Negación y afirmación, luz y oscuridad, agresión y pasividad, posesión y renuncia, seguridad y temor, confianza y recelo. En su estructura interna se halla ese elemento polar, agonista, y esta presencia provoca la opresión y la pena del enfermo.

Ya sé que esquematizar es falsear una situación; pero de todos modos creo que los siguientes esquemas ayudarán a mejor comprenderla:

Esquema de la interpretación de Alexander:



Esquema de la interpretación propia:



Las flechas de línea punteada que acompañan a las flechas de trazo firme significan que los impulsos surgen ya con una carga antinómica. La presión del yo se realiza indiscriminadamente. La línea de lucha y contención es flúida.

Trauma —————> Catharsis
 Culpa —————> Confesión

Siempre víctima de su tendencia racionalizadora, el psicoanálisis amputa la catarsis de su elemento primario y fundamental. En la catarsis griega existe, efectivamente, ese proceso de disolución de las emociones mediante su abreacción, el *donus lacrimarum* de la Iglesia católica. Pero la esencia de la catarsis griega no está ahí, sino en el momento anterior, en el cual el espectador se identifica con la situación trágica. ¿Y cuál es en sí la esencia de la tragedia? Precisamente la situación del hombre en el filo de dos mundos, uno que comprende y domina y otro que no comprende ni domina; este segundo mundo, habitualmente opaco, se torna transparente en la tragedia misma. Las fuer-

zas del destino se revelan como incoercibles. El hombre ya no tiene decisión en su destino personal, se halla anulado ante los hilos trágicos que le conducen. Si no es libre para amar a su madre o matar a su padre, tampoco es realmente culpable. Aparece en este momento el núcleo personal revelado a través de una luz especial. En la persona coinciden lo temporal y lo eterno del hombre. Se revela de este modo el carácter primordial de su modo de existir, su carácter itinerante, el *homo viator* en el sentido de Gabriel Marcel.

Uno de los mecanismos liberadores de la catarsis consiste precisamente en la desaparición del sentimiento de culpabilidad, implícito en muchos trastornos neuróticos, precisamente por la raíz vital que tienen. En la tragedia griega el espectador se sentía identificado con el protagonista. Su destino cruel le arrancaba las lágrimas, pero al mismo tiempo le tranquilizaba. ¿Qué culpa podía tener de todo lo que estaba pasando? Ninguna, absolutamente ninguna. El espectador era también "juguete del destino" y cualquiera que fuesen sus decisiones y sus propósitos el final sería el mismo. El neurótico se siente en el curso de su tratamiento liberado de ese cruel sentimiento de responsabilidad. En el psicoanálisis son estimados como secuelas de traumas experimentados en las fases más precoces de la infancia. Y entonces ¿qué culpa podía tener él? En mi interpretación, admitiendo la base vital del trastorno, porque esa culpabilidad no existe como real, sino como manifestación del mismo. Cuando, en el curso del tratamiento, el enfermo llega a percibir esta verdad, se siente enormemente liberado.

En la catarsis se expresa la situación anímica patológica. Hasta qué punto se trata aquí de un mecanismo liberador lo demuestran las dificultades de expresión de aquellas situaciones anímicas.

Llega un hombre de mediana edad, campesino, a la consulta del Hospital. Se queja de un temblor generalizado, pero más acusado en los brazos. Dice también que no puede respirar bien. El enfermo ha acudido a una consulta de medicina general, de donde, tras numerosas exploraciones negativas, le han enviado a la consulta psiquiátrica. La situación se esclarece con el diálogo. El temblor y su dificultad para respirar son síntomas expresivos de una situación psíquica. En el fondo se trata de una melancolía endógena. Pero el enfermo, campesino iletrado, escaso de inteligencia, no sabe expresar, ni siquiera reconocer, lo que pasa por dentro de él. Su estado de ánimo triste, con un componente ansioso, no adquiere figura definida en su espíritu. Lo que su pensamiento y su lenguaje no pueden hacer lo hace su cuerpo mismo; él es el que dice que sufre con un sufrimiento vago e indefinido; tiene una opresión, una pena que la expresa con su dificultad de respirar.

V. Weizsäcker llama *logofania* a la aparición de un concepto, un juicio, un pensamiento en el curso de un acontecimiento psicósomático. Si alguien tiene un diente enfermo y dice "me duele el diente", este pensamiento ha surgido de un proceso.

La expresión mediante el lenguaje es ya un proceso de racionaliza-

ción. Reducir a razón la angustia, la tristeza, el tedio vital, es ya empezar a liberarse del sufrimiento de la vivencia. La tendencia a la racionalización existe implícita en el ser humano. La experiencia angustiosa en sí es insoportable, y cuando la racionalización no la destruye, al menos *la hace soportable*. En la tendencia a los síntomas fóbicos y obsesivos existe implícito ese mecanismo de defensa que los psicoterapeutas han visto desde hace mucho tiempo.

En el correr de los años se modifican las ideas y los principios técnicos del psicoanálisis. La *ratio curativa* pasó de la catarsis a la transferencia, cuya importancia fué cada día mayor. En la transferencia el médico quiere obligar al enfermo a incrustar sus impulsos afectivos en la marcha del tratamiento. "Esta lucha entre el médico y el enfermo, entre el intelecto y el instinto, entre el conocimiento y la acción, se desarrolla casi por entero en los fenómenos de la transferencia." Freud siempre se resistió a considerar la transferencia montada sólo sobre la relación médico-paciente. Mucho menos aún reducir la transferencia a una relación erótica entre ambos, peligro sobre el cual llama muchas veces la atención. Realmente la transferencia consiste en una reviviscencia de la historia traumatizante de su personalidad que ha sufrido el neurótico, reviviscencia que se hace ahora en presencia del psicoanalista. Alexander insiste en que la presencia del analista permite al enfermo resolver y objetivar los problemas creados en su infancia por una relación anómala con sus padres. "In order to resolve infantile reactions, one feature of which is always dependence, one must reproduce them in the transference: only then can one combat them."

Sin embargo, analizado en el fondo el salto de la catarsis a la transferencia, es menor de lo que parece. En la catarsis se revive una o varias experiencias traumatizantes. En la transferencia se revive toda una parte de la historia interna constituida por una serie de experiencias traumatizantes. La transferencia surge, pues, de la insuficiencia de la catarsis y de la necesidad de prolongar la cura psicoanalítica. Prolongación que se hace en dos sentidos: uno, aumentando la duración de la misma y el número de sus sesiones, y otro, prolongando retrospectivamente el análisis de las experiencias del enfermo. El método sigue siendo en la mente del creador del psicoanálisis un proceso de racionalización. Se reconstruye la personalidad del neurótico tratando de incrustar los impulsos afectivos en la marcha del tratamiento. Hasta qué punto una racionalización es insuficiente para explicar todo el proceso lo veremos más adelante.

"Durante una cura psicoanalítica queda regularmente interrumpida la producción de nuevos síntomas, dice Freud. Pero la productividad de la neurosis no se extingue con ello, sino que actúa en la creación de un orden especial de productos mentales, inconscientes en su mayor parte, a los que podemos dar el nombre de "transferencias".

"¿Qué son las transferencias? Reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes

durante el desarrollo del análisis y que entrañan como singularidad característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. O para decirlo de otro modo: toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobra una nueva vida, pero no ya como pasado, sino como relación actual con el médico" (II, 563).

¿Cómo se realiza, en el fondo, ese proceso de reviviscencia que anida en la médula de la transferencia? Jung ha aportado algunas precisiones. La activación de los contenidos del inconsciente sólo es posible porque la conciencia ha perdido energía. Existe un verdadero "abaissement du niveau mental". En otras ocasiones existe una activación de los contenidos inconscientes, pero siempre la conciencia se halla amenazada de anularse ("Das Bewusstsein ist gewissermassen von Ohnmacht bedroht"). En los primitivos aparece como un accidente mágico temido, pero también en los hombres cultos se halla. "In schlimmen Fällen ist es die geheime Angst vor Geisteskrankheit, in weniger schlimmen die Furcht vor dem Unbewussten, die auch der Normale verrät in seinem Widerstand gegen psychologische Gesichtspunkte und Erklärungen."

El núcleo de la experiencia de transferencia se halla en la dinámica de la angustia misma. En la angustia el enfermo se siente presa de las fuerzas emanantes de su subconsciente. El caos le amenaza y él se siente aislado, sostenido por un hilo delgado o montado en una isla que todavía se mantiene a flote. Este hilo delgado o esta isla flotante (la "happy neurosis island" de un enfermo de Jung) es su relación con su yo consciente. Este yo se mantiene a pesar de la amenaza de disolución que procede del caos. El temor mágico a los enfermos mentales significa esto: temor a la "locura" en sí mismo, a la disolución del yo. La auténtica ansiedad neurótica, según he demostrado en otra parte, consiste en esto mismo.

En esa situación amenazadora para la unidad del yo, en esas crisis de angustia, el hilo delgado que mantiene todavía la unidad desfalleciente de la conciencia se anuda al médico. El armazón de la isla neurótica se refuerza por la relación con el psicoterapeuta. El enfermo sabe o presiente que frente a la invasión ominosa de su inconsciente existe el poder del psicoterapeuta que le mantendrá a flote y le salvará. La relación establecida entre ambos rebasa el puro plano consciente. Si realmente bastara la defensa de la conciencia, la presencia del médico sería innecesaria. Si bastara la razón o la experiencia el enfermo sabría que, presa de su sufrimiento, la crisis no era nada. Pero no es así, y por tanto, no basta tampoco una relación racional establecida con el médico. Esta se halla montada sobre fuerzas oscuras e irracionales. Jung tiene sobrada razón cuando dice que en la transferencia la unión entre médico y enfermo se hace a través del plano inconsciente.

La transferencia tiene que afectar al médico de una manera especial. Si no sabe qué fuerzas entran en juego puede destruir la transferencia o quedar prendido en ella por una falsa vía. La dependencia del enfermo, o mejor de la enferma, puede parecerle establecida sobre un

plano erótico. Si realmente se deja arrastrar hacia esa interpretación, su acción sobre la auténtica dinámica de la transferencia va disminuyendo. Y si por error o accidente la situación erótica cuaja, la transferencia se pierde. Aun interpretándolos en otra forma, Freud sintió bien claramente la presencia de estos hechos. La pretendida neutralidad del psicoterapeuta ha de referirse a estas situaciones eróticas o a la creación de otras relaciones afectivas próximas al plano de la vida cotidiana. En cierto sentido la misma relación de amistad daña al fenómeno de la transferencia. Realmente, cualquier actitud que disminuya o destruya su posibilidad de actuar "mágicamente" sobre la avalancha caótica del inconsciente es dañina.

El otro peligro procede de una prematura racionalización de la situación. También vió Freud claro en ello, si bien interpretándolo en forma distinta. Si el psicoterapeuta trata de quebrar la situación neurótica mediante un ataque por argumentos racionales, no sólo falla, sino que pierde poder. A lo largo de la cura se realiza un largo proceso dialéctico que acaba por quebrar la situación neurótica. Existe, como claramente dice el psicoanálisis, una fase de actividad. Durante ella, el enfermo crea nuevos síntomas, que son sucesivas cristalizaciones de la angustia, y los síntomas van enlazándose unos con otros hasta crear una superestructura que cubre como una nube el auténtico núcleo morboso. La primera acción de la psicoterapia consiste en ir paulatinamente disolviendo esa nube, fragmentándola y tornándola transparente para que deje ver el verdadero núcleo neurótico; y al mismo tiempo impidiendo, mientras posible sea, la presentación de nuevas condensaciones.

Pero una vez frente al núcleo morboso, su ataque súbito con la pretensión de destruirlo es falaz y erróneo. Existen momentos maduros que lo pueden permitir y otros en que una pasividad sostenedora de la isla consciente resulta más sabiamente eficaz. La admisión de un núcleo vital en el mundo de la angustia neurótica esclarece mucho más toda esta dialéctica de la neurosis, porque permite apreciar los diversos tipos de resistencia en el curso del tratamiento y también los diversos momentos de entrega. El núcleo vital se muestra como una estructura bipolar; un polo sumergido en la biología y otro en la vida psíquica. El núcleo que enlaza su centro con el polo psíquico es el accesible a la psicoterapia. La psicoterapia ejerce aquí un papel reductor. Es una *anabasis*, una expedición por el interior hasta tatar el contorno interno, el dintorno, como diría Ortega, del núcleo angustioso.

La dialéctica de la crisis es antinómica. Un impulso emerge de su fondo cargado de amenazas y una fuerza lo rechaza hacia abajo. Freud habla de lucha entre el intelecto y el instinto, entre el conocimiento y la acción. Jung habla del "entrecruzamiento paradójico entre lo positivo y lo negativo, entre la confianza y la angustia, la esperanza y el recelo, la inclinación y la resistencia (p. 29). "Es its der Kampf (Hass und Liebe) der Elemente, von den Alchemisten verglichen mit dem uranfänglichen Chaos der Welt."

RESUMEN

La experiencia psicoanalítica y, en general, la experiencia psicoterápica ha demostrado que la catarsis no basta para obtener una curación en la inmensa mayoría de los casos; por ello se agregó en la dinámica psicoterapéutica el proceso de transferencia. Lo importante es averiguar de dónde procede la presión creadora de los síntomas neuróticos. BREUER pensó en un estado hipnoide; FREUD, en las experiencias traumatizantes de índole sexual; el autor señala el papel de los estados de ánimo (STIMMUNGEN) considerados como perturbaciones de los sentimientos vitales. La presencia de un estado de ánimo morboso convierte en traumatizante una experiencia que, sin aquél, sería banal. El autor ha descrito este hecho con el nombre de reacción cristalizada. El proceso es, por consecuencia, inverso al de la catarsis. Esta cristalización se realiza según "patterns" o modelos determinados, cuyo análisis tiene gran importancia en la clínica de la histeria. En todas las buenas descripciones de la histeria, desde SYDENHAM a FREUD, se encuentra señalada la presencia de ese estado de ánimo. En alguna parte, FREUD señala la presencia de factores de índole nerviosa, pero extra-psíquica, en la génesis de las neurosis. Después se empeñó en racionalizar demasiado estos factores.

El neurótico se siente, en el curso del tratamiento, liberado de un sentimiento de responsabilidad. El psicoanálisis lo atribuye a la reviviscencia de las fases infantiles en el proceso de la transferencia. En el modo de ver del autor, esta disolución es secundaria a la desaparición del trastorno vital sobre la cual se monta. El núcleo de la transferencia se encuentra en la dinámica de la angustia misma. En ella el enfermo, amenazado por las pulsiones del ello, se siente sostenido por el poder del psicoterapeuta. La transferencia es un proceso inconsciente. El sufrimiento fundamental del angustiado se debe a la amenaza de la ruptura de la unidad del yo, que se siente apoyada y reforzada en el proceso de la transferencia.

