

J. LOPEZ IBOR

ANALISIS Y COMENTARIO
DE LA PRIMERA HISTORIA CLINICA DE
FREUD (SOBRE ANGUSTIA E HISTERIA)



ANALISIS Y COMENTARIO DE LA PRIMERA HISTORIA CLINICA DE FREUD (SOBRE ANGUSTIA E HISTERIA)

J. LOPEZ IBOR
(Madrid.)

La ciencia se hace a base de hechos e interpretaciones. Teóricamente se puede establecer una separación tajante entre una serie de hechos y su interpretación; pero tal distinción es sólo teórica, puesto que los hechos a interpretar *se eligen* entre una serie continua que forma el mundo en torno. En un enfermo elegimos entre los síntomas que presenta algunos de ellos para lograr caracterizarlo. Aunque pretendamos hacer una descripción exhaustiva, nunca lo conseguiremos.

Freud comenzó sus publicaciones—las que figuran en las obras completas y sirven de fundamento a la doctrina psicoanalítica—con un trabajo sobre la histeria, que publicó con Breuer en 1895. A este trabajo siguen unos historiales clínicos que comienzan por la historia de la señora Emmy de N. En esta historia, muy extensa, se expone el primitivo modo de trabajo de Freud, mediante la evocación, en hipnosis, de los recuerdos traumatizantes. Pero hay en la sintomatología clínica de la enferma ciertos datos que quisiera recoger y destacar. La mayor parte de la historia se destina al hallazgo y comentario de los síntomas de conversión de la enferma, que ofrecía una sintomatología rica a este respecto. En esta sintomatología, Freud captó aquello que fundamentalmente le interesaba; pero, observador genial y concienzudo, no pudo dejar de anotar otros datos, a primera vista secundarios, desde la perspectiva en que enfocó su historia clínica. Son, precisamente, estos datos los que yo quiero recoger y comentar:

"El día 1 de mayo de 1890 comencé a prestar asistencia médica a una señora de aproximadamente cuarenta años, cuyo padecimiento y personalidad llegaron a inspirarme tan vivo interés, que hube de dedicarle gran parte de mi tiempo, poniendo un tenaz empeño en lograr su curación. Tratábase de una histérica... Se trataba de la señora Emmy de N., de cuarenta años." La enferma caía fácilmente en hipnosis, y es este el primer caso en el que Freud se decide a usar por su cuenta el método de Breuer.

Invito al lector a releer íntegra la historia tal como fué publicada por Freud. Yo sólo voy a entresacar de ella algunos pasajes. La enferma, de aspecto aún juvenil,

presenta una expresión contraída y doliente. Con frecuencia ciertas contracciones a modo de "tics" recorren los músculos de su cara y cuello. A los veintitrés años casó con un rico industrial, que murió de un ataque al corazón. Desde la muerte de su marido, hace catorce años, está siempre enferma. En el curso de su enfermedad ha presentado diversas oscilaciones. En las primeras entrevistas relata una serie de motivos traumáticos. Cuando tenía cinco años sus hermanos la asustaban arrojándole bichos muertos. Por entonces tuvo el primer ataque, con desvanecimiento y convulsiones. Su tía le dijo que tenía que dominarse y no volvió a tener ninguno. A los siete años vió a su hermana muerta y metida en el ataúd. A los ocho, su hermano la asustaba disfrazándose de fantasma; a los nueve, viendo el cadáver de su tía en el ataúd, se le abrió la boca. Piensa con frecuencia en tales escenas y los últimos días las ha rememorado muy plásticamente.

Tenía un tic al hablar como un chasquido, desde una vez en que, hace cinco años, "hallándose velando a un hijo menor, enfermo de gravedad, se propuso guardar el mayor silencio" (en hipnosis). En otras sesiones rememora otros recuerdos traumáticos: teniendo quince años vió cómo se llevaban a una prima suya al manicomio; quiso pedir auxilio y la voz no le salió. En hipnosis relata otros recuerdos terroríficos, como el de su madre conmocionada por los efectos de un rayo. En estado vigil relata una serie de experiencias, también terroríficas, referentes a manicomios y enfermos mentales. En hipnosis relata el caso de un primo suyo a quien sus padres hicieron sacar toda la dentadura, y exclama: "¡Estése quieto! ¡No me toque usted!" Esta última frase se refiere a varias ocasiones en que enfermos mentales la habían sujetado por el brazo o abrazado. Advirtiéndole el origen de esta frase consigue que no vuelva a pronunciarla. En varias sesiones de hipnosis sigue recordando sucesos traumáticos que le han asustado; en algunos lo sucedido tenía relación con la locura. El acontecimiento de su vida que más le ha impresionado es la muerte de su marido de un acceso cardíaco; después de ella, su hija pequeña le causó muchas preocupaciones. Nueva preocupación a propósito de la fuga del príncipe L. de un manicomio.

Otro día: sueños horribles con patas y respaldos de sillas que se convierten en serpientes. Fracaso de la prohibición general de pensar en estas cosas. Nuevos recuerdos del marido y de las dificultades tenidas con su familia. Dolores de estómago que coinciden con la zoopsia. Los dolores de estómago comenzaron cuando la muerte de su marido, en una temporada en que sufrió una gran inapetencia. Dolor e insensibilidad en la pierna derecha: cuenta que en 1871 tuvo que cuidar a un hermano cuando ella estaba convaleciente de una enfermedad intestinal. Desde entonces tenía los dolores de vientre y alguna vez de la pierna derecha.

15 de mayo: aparece en el relato, por primera vez, la palabra angustia con ocasión del miedo a los ascensores ("confusión de la memoria producida por la angustia"). Aparecen otras reminiscencias en relación con esta situación, tales como la de la mujer que criaba un hijo idiota, la enferma de melancolía que fué encerrada en un manicomio. Tenía dolores de piernas y brazos, sensación de presión helada en la nuca, complejos de síntomas que no pueden reducirse a reminiscencias. De cuando en cuando tiene representaciones angustiosas, tales como la de que sus hijas pueden enfermar y morir repentinamente, etc. Le reprocho aquella necesidad que tiene de

angustiarle aunque no exista motivo alguno para ello, y me promete no hacerlo más "porque yo se lo pido".

Visiones en el jardín de ratas y otros animales. En hipnosis, reminiscencias de Ruegen, de donde tiene recuerdos penosos. Estaba en el jardín en un sitio muy caluroso y esto le hizo recordar la terraza de Ruegen. Sueña con cadáveres. Recuerdo de un murciélago que vió en el tocador. Unido a los gusanos, desde que vió uno en una almohadilla para alfileres que le regalaron. Paseo con su marido por un camino cubierto de sapos.

El anterior relato corresponde a tres semanas de tratamiento. La enferma mejoró, y a las siete semanas Freud la autorizó a volver a su residencia, a orillas del Báltico. Siete meses después recayó, coincidiendo con la enfermedad de su hija. Reaccionó contra Freud por creer que había aminorado la importancia de dicha enfermedad. Fue a un Sanatorio en Alemania, donde no consiguió nada. Al año volvió a Viena.

Freud la encontró animada y mejor de lo que creía. La enferma se quejaba de confusión mental o, por decirlo con sus propias palabras, de tener "una tempestad en el cerebro". Insomnio, tartamudez y castañeo de la lengua, que en hipnosis se demostró provenir de un susto que le dió un camarero el invierno anterior. En los estados de "confusión mental" repetía el nombre de Emmy, que era el suyo y el de su hija mayor, como punto de apoyo para recordar la lucidez; todo lo demás podía sucumbir con tal de que se salvase lo referente a su hija.

Observó Freud que la enferma comía poco y no bebía agua, y fracasó cuando quiso convencerla—modo suaviter—de que sólo el miedo era el causante de esta autoprohibición. La amenazó con no seguirla tratando si no le hacía caso. La enferma se entregó y contó una serie de episodios de su vida que le ligaba el comer a la sensación de asco.

La enferma mejoró mucho y así continuó muchos años; "pero los rasgos fundamentales de su carácter habían variado poco"... "No parecía haber aceptado mi proposición de establecer una amplia categoría de cosas indiferentes" y "su tendencia a atormentarse por nimiedades era apenas menor que durante el tratamiento". Incapacidad de hacer largos viajes en ferrocarril. En 1893 se halla enferma de nuevo.

En la epicrisis comenta Freud varios puntos de la historia, acerca de los que quisiera llamar la atención:

A) Los síntomas psíquicos que presenta Emmy, con escaso coeficiente de conversión somática, son: el estado de ánimo (angustia y depresión melancólica), fobias y abulias.

No se detiene mucho en la descripción del estado de ánimo fundamental. Con respecto a las fobias y abulias insiste en su desencadenamiento traumático ("se muestran en nuestro caso suficientemente determinadas por sucesos traumáticos"). Pero *esto no basta*: algunas son primarias, comunes a todos los hombres, especialmente neurópatas (zoofobia, miedo a las tormentas). El miedo primario e instintivo desempeña el papel principal. Anota luego la intervención de los sucesos determinantes de las otras fobias, por ejemplo, el miedo a un sobresalto súbito por la muerte del marido, el miedo a los manicomios por los diversos relatos escuchados, el miedo a ser enterrada viva por la creencia de que su marido no estaba muerto cuando sacaron de la casa el cadáver, etc. "Por lo demás—agrega—todos estos factores psíquicos

sólo pueden explicar, a mi juicio, la elección de las fobias, pero no su duración. Por lo que a este respecto hemos de tener en cuenta un factor *neurótico*, o sea la circunstancia de que la paciente observaba hace años atrás una completa abstinencia sexual, motivo *frecuentísimo de tendencia a la angustia.*"

Freud, después, formuló de un modo más complicado toda su teoría; pero resulta útil acercarse a estas observaciones iniciales para entresacar los auténticos fundamentos de su pensar. En la observación anterior queda consignado un hecho, a mi modo de ver, fundamental: el contenido de las obsesiones no explica su presencia, sino que existe un factor originario anterior. Es decir, una situación determinada hace cristalizar una determinada obsesión; pero *la situación no es su causa*. El desplazamiento de la producción de la obsesión del plano psíquico es evidente. De ahí también un hecho reiteradamente observado: el *fracaso de la catarsis*. En la historia de Emmy y en la propia experiencia de cada psicoterapeuta puede observarse el hecho siguiente: el análisis psicológico de una fobia la desmonta casi totalmente; pero queda un núcleo inicial, originario, que permanece indemne a este desmantelamiento por la vía psíquica. El enfermo puede ahogarlo, vencerlo, dominarlo, pero como se ahoga un dolor físico: ese encubrimiento o ese desinterés no supone una disolución automática.

El núcleo inicial de las fobias no pertenece, pues, al plano psíquico: por eso duran y sobreviven después del descubrimiento de los mecanismos psíquicos que allí intervienen. Freud, reconociendo este hecho, traslada el núcleo inicial al plano neurótico. ¿Qué quiere decir con esto? En aquel momento en que escribía la epicrisis de la historia de Emmy quería decir que la retención de la descarga sexual era la causa. Esta retención se hallaba, pues, situada en el plano biológico. En la producción de las fobias admitía, decididamente, la intervención de un factor biológico.

En la primera formulación de la neurosis de angustia recurrió a esa misma génesis. Angustia y fobia, pues, tienen para Freud una génesis, en el fondo, biológica. En torno a ella se suscitó la polémica con Loewenfeld, cuyos argumentos no eran nada despreciables. Esto obligó a Freud a precisar su punto de vista sobre la génesis de las neurosis, que en resumen eran así: existe una desproporción entre la carga total del sistema nervioso y su capacidad de resistencia. La herencia actúa como un interpolador en un circuito eléctrico. La forma de la neurosis depende de un factor etiológico específico, procedente de su vida sexual.

Como puede verse, esta teoría de la génesis de la neurosis se mueve claramente en el plano biológico. Freud vió entonces, concretamente, que en la neurosis de angustia intervenía un factor *extrapsíquico, pero no lo interpretó correctamente.*

Según mi opinión, ese factor no puramente psíquico es la *angustia misma*, que no es un fenómeno psíquico ni somático, sino que participa de ambos y se halla situada en su intersección. Existe en el hombre normal un plano de su ser que es el de la vitalidad. Scheler describió los sentimientos vitales como una percepción general difusa de cómo se encuentra el ser en una situación dada. También se habla de estados de ánimo. Yo estoy alegre, triste, angustiado, sereno, extático, etc. Ahora bien; en los estados de ánimo existen unos que están determinados por sucesos que nos vienen de fuera y otros por algo que viene de dentro. Yo puedo estar triste por haber recibido la noticia de una desgracia familiar; pero el melancólico genuino está

triste, no por ningún motivo exterior, sino por una tristeza que mana de su interioridad (tristeza vital de K. Schneider). Lo mismo que existe una tristeza vital, existe una *angustia vital*. Las crisis de angustia sobrevienen como una tempestad, sin que se hallen determinadas por ninguna circunstancia externa.

¿Qué es lo que siente el enfermo en la crisis angustiosa? Constituye casi un tópico la distinción entre angustia y miedo. El miedo se siente ante lo conocido; la angustia, ante lo desconocido. Pero ¿qué es eso desconocido ante lo cual se angustia el enfermo? Cuando nos hallamos ante un enfermo con neurosis de angustia, lo más frecuente es que la angustia se encuentre cristalizada en ciertas fobias fijas o en un conjunto fluctuante de fobias, como ocurría en Emmy N. Las fobias se refieren a una situación traumática, pero es traumática porque la angustia preexistía. La relatividad de las mismas, la sustitución de unas por otras, su supervivencia tras la exploración analítica, demuestran su relatividad desde el punto de vista genético.

Existe una fobia que se repite con enorme frecuencia y que Emmy la padecía: *la que inspira todo lo que tiene que ver con la locura*. Freud señala que se suele presentar en casi todos los neuróticos, en los que existe el temor a "sucumbir a la locura". El análisis psicopatológico de esta fobia me ha permitido ver que en ella se proyecta de un modo más visible aquello en que consiste la propia vivencia angustiosa. El angustiado, en el fondo de su crisis, teme volverse loco. ¿Qué quiere esto decir? Que teme perder el *control de su personalidad*, como se supone que lo pierden los locos. El yo es la experiencia psicológica primaria del ser. El yo se vive como una unidad y como una continuidad. Yo tengo este dolor o decido aquel acto, pero por variada que sea la conducta siempre se halla referida a un punto central que es yo. Lo mismo ocurre frente a las mutaciones temporales. Ayer pensaba una cosa, mañana otra distinta, pero esa variación no afecta a sentirme yo mismo en el curso del tiempo. Esta unidad del yo es su propiedad. Cuando se mantiene, los actos son míos, los pensamientos son míos, etc.; pero cuando se rompe, los actos ya no son míos, me son ajenos, me convierto en un *alienado*, o sea en un loco. El loco simboliza el peligro de rotura que amenaza al yo en la crisis de angustia.

Coloquémonos en el centro mismo de la crisis de angustia. La angustia sube como una marea, acompañada de un cortejo de síntomas vegetativos, hay como una "tempestad en el cerebro", según la expresión de Emmy de N. El yo se siente amenazado. ¿Qué puede ocurrir? y ¿qué ocurre? He aquí las dos preguntas clave en la interpretación de la crisis angustiosa.

Puede ocurrir todo. Ante el yo se abre el abanico de las posibilidades del ser. Esta experiencia es la descrita clásicamente como espera angustiosa. Así "una mujer que cada vez que oye toser a su marido, propenso a los catarros, *piensa en la posibilidad*¹ de que contraiga una pulmonía mortal y ve en su imaginación pasar el entierro" (Freud). Las posibilidades, empero, no se referían sólo a las circunstancias externas de la vida, sino fundamentalmente a las internas. Si se desata el yo, puede aparecer lo que el yo ata, es decir, todos los impulsos que anidan en el infra-yo. Una mujer tiene miedo a los objetos puntiagudos; esta fobia es una difusión general de otra más concreta: miedo a los cuchillos, porque teme que pueda hacer algo a su

1 El subrayado es mío.

hijo pequeño. Ella no lo haría nunca estando normal, pero ¿y si en la crisis "pierde la cabeza"? En el fondo de la crisis aparece la posible liberación de las fuerzas instintivas y de todas, con más frecuencia el instinto de agresión.

Eso es lo que puede pasar; pero realmente, ¿qué pasa? El enfermo, cuando la crisis ha transcurrido, suele decir "en el fondo era nada". He aquí una clara alusión a la interpretación analítico-existencial de la crisis. El enfermo la expresa sin conocer la trascendencia de la expresión que usa. Porque *la amenaza de la disolución del yo es la única experiencia posible de la nada*. Psicológicamente no podemos tener una experiencia de la nada. Lógicamente podemos decir que la nada es lo contrario al ser; pero esta afirmación lógica no puede ser vivida directamente, sino por aproximación. La experiencia angustiosa, al romper la estructura del yo y amenazar con su disolución, pone ante el propio enfermo el fantasma de la nada.

La vivencia de la continuidad del yo es mucho más profunda y está mucho más adherida al propio ser de lo que realmente se piensa. La perceptibilidad varía, naturalmente, de unos seres a otros, según la propia manera de ser. Más exactamente podríamos decir, según su coeficiente de angustia. Hay quien experimenta angustia ante el quedarse dormido; pero más frecuente aún es la angustia ante la anestesia y más aún la angustia ante la pérdida de conciencia que produce el electrochoque. En mi propia clínica apenas se usa el electrochoque sino bajo anestesia con pentotal. Pues bien, aun así existen enfermos que tienen la experiencia remota de que algo "extraño", "sobrecogedor" ocurre en ellos que les hace temer el tratamiento. A veces he realizado la experiencia de aplicarles pentotal sin electroconvulsión; la diferencia es clara y no referida al hecho mismo de la convulsión, puesto que ese hipnótico que se les administra después los mantiene dormidos durante varias horas.

La angustia de la disolución del yo es, pues, en el plano psicológico, un barrunto de una experiencia de la nada. La filosofía existencial considera al ser sumergido en su situación. El ser existe en cuanto se halla referido a una situación dada. Pensamos esto o aquello. Queremos esto o lo otro. Nos comportamos de esta o de otra manera. La existencia es siempre para algo. Cuando nos aproximamos al plano de la existencia pura, el algo que nos rodea, la circunstancia en el vocabulario de Ortega y Gasset, desaparece, el ser se contrae sobre sí mismo y se angustia. La angustia es, pues, una experiencia de la circunstancia cuando se aniquila, se convierte en nada.

Fuera de las crisis suele quedar un estado angustioso difuso, que el enfermo no siente como tal angustia. Emmy de N. no consiguió, a pesar de las admoniciones de Freud, restablecer una amplia categoría de "cosas indiferentes", lo cual quiere decir que mantenía un estado de preocupación constante aun en las fases de mejoría. La *preocupación* es la antesala de la angustia.

La sintomatología de la señora Emmy de N. no era totalmente una sintomatología *de conversión*, es decir, genuinamente histérica; "por ejemplo—dice Freud—, los calambres en la nuca, que hemos de considerar como una jaqueca modificada, debiendo incluirse por tanto entre las afecciones orgánicas y no entre las neurosis". En mi descripción de la timopatía ansiosa ya he llamado la atención sobre estas alteraciones cenestésicas en la región de la nuca. A veces se siente como dolor, pero en la mayor parte de las ocasiones la sensación es más vaga, delatando su verda-

dero fondo; es un calambre o una "impaciencia muscular", como en Emmy de N. El estudio ahondado de tales sensaciones demuestra su intrínseca relación con otras que expresan una de las experiencias vitales más importantes entre las angustiosas: el vértigo. El vértigo, que figura en la enumeración de la sintomatología clínica de la neurosis de angustia que hizo Freud es, según ha demostrado en otro trabajo, un equivalente de la crisis angustiosa misma.

La etiología sexual de la crisis angustiosa, que luego abandonó Freud, es una pura hipótesis. Cuán escaso fundamento tenía se ve en la misma historia de Emmy de N. "Me parece asimismo singular que en todas las confesiones íntimas que la paciente hubo de hacerme faltase completamente el elemento sexual." "La paciente era en actos y en palabras de una absoluta castidad, sin fingimiento alguno, al parecer; pero también sin gazmoñería." No tenía, pues, Freud ningún fundamento para pensar, en este caso, en una etiología sexual. El habla de que la paciente podía haber hecho una historia de su vida "ad usum delphini", pero esto sería el mayor fracaso de la técnica analítica. Después, en un trabajo ulterior, al hablar de psicoterapia de la histeria, rectifica el primitivo diagnóstico y dice que en Emmy de N. se trataba de un grave caso de "neurosis de angustia, con expectación angustiosa y fobias, originada por la abstinencia sexual y combinada con una histeria". Aquí ya la interpretación se ha establecido "ad usum freudiani", sin que, realmente, exista en la propia historia relatada ningún fundamento para establecerla.

En mi trabajo sobre la timopatía ansiosa he incluido la mayor parte de los casos de neurosis de angustia en el llamado círculo timopático por las siguientes razones: 1.ª La angustia no es reactiva, como en las auténticas neurosis, sino *primaria*. 2.ª La angustia vital de estos enfermos ofrece un *curso fásico* en la mayoría de ellos, como ocurre con la tristeza vital del melancólico. 3.ª En muchos enfermos existe una alternancia de fases típicamente depresivas con otras que parecen neurosis de angustia. 4.ª Existe una constelación familiar muy parecida.

En Emmy de N. nos encontramos con un estado de ánimo deprimido. Varias veces consta este dato en la historia clínica. Además, la enfermedad ha tenido un curso caracterizado por acentuaciones fásicas. A poco de tratarla Freud obtiene una mejoría, después tiene otra recaída que obliga a su internamiento en un sanatorio en el Norte de Alemania. En 1893 comienza una tercera fase. Este curso fásico demuestra, una vez más, la presencia de un factor biológico independiente de los factores psíquicos condicionantes de la enfermedad. Durante las fases cambiaba el contenido de las cristalizaciones angustiosas o fóbicas; así, en la última aparece una siderodromofobia a la que Freud atribuye un cierto sentido simbólico.

Existen, pues, en la historia de Emmy de N. los siguientes datos que nos permiten afirmar la índole extrapsíquica y por tanto vital de su sintomatología.

- 1.º Un estado de ánimo deprimido.
- 2.º Un curso fásico.
- 3.º Una fobia cuyo análisis no bastaba para destruirla, sino que persistía por razones situadas más allá de su análisis psicológico.
- 4.º Síntomas no referibles a complejos (por ejemplo, dolor de nuca), sino orgánicos, según la propia calificación de Freud.

Como quiera que toda la historia clínica se halla enfocada desde el punto de

vista del análisis psicológico, estos datos permanecen en segundo o tercer plano; pero son reales e indudables.

Si ahora hiciésemos un análisis de la sintomatología psicológica, encontraríamos junto a síntomas típicos de proyección o conversión histérica otros que revelan la dinámica de la crisis angustiosa, tal como ha sido descrita en uno de mis trabajos. La crisis de angustia es, por su propia esencia, paradójica. En ella se dan en estado puro la coexistencia de impulsos contrarios. El haz de posibilidades que se despliega en la crisis no es un haz de posibilidades que el sujeto concibe en virtud de sus experiencias anteriores, sino que en él se proyecta todo lo que lleva dentro constitutivamente, sabido o ignorado, consciente o inconsciente, deseado o reprimido. La crisis abre la espita a todas las posibilidades del ser. La autenticidad del mismo no asienta en las posibilidades temidas, como dice el psicoanálisis. No es esto lo que realmente desea el sujeto, como tampoco desea la nada. Más bien el impulso es temido porque le desanturaliza, le impele a dejar de ser el que es, le pone en peligro de alienarse, de enajenarse. Y pertenece a la propia dinámica de la crisis que lo que se teme aparezca más cargado de angustia, con lo cual se vive como más posible. Esta mayor contingencia de que ocurra, desarrolla nueva angustia y atrae más. Este es el mecanismo de las obsesiones de contraste que están siempre en el fondo de la experiencia angustiosa. Es el mismo proceso de atracción y repulsión que siente el vertiginoso por un abismo.

Esta situación es la que se presenta también con frecuencia en Emmy de N. y que Freud expresa con estas palabras: el factor traumatizante es el... "espanto que le causó comprobar que contra su voluntad acababa de producirlo". La angustia carbona en su propio mecanismo: la posibilidad de que ocurran mil cosas queda cristalizada en la de que una ocurra. Si durante la crisis se desprende un mecanismo, éste queda fijo, como ocurre en los tics. Si se plasma una situación, ésta es la que queda, envuelta en un "quantum" de angustia. Cada vez que se presenta o se puede presentar una situación pareja, la crisis angustiosa revive. Esto es lo que ocurre en un agorafóbico cada vez que cruza una plaza desierta.

También resulta interesante interpretar los simbolismos de los sueños y visiones de Emmy de N.; pero es cuestión demasiado complicada para abordarla ahora. Basta con hacer constar con qué frecuencia tales visiones y fobias de animales representan los impulsos inconscientes y cómo el inconsciente representa la "bestia multiforme" del diálogo platónico (libro IX de la República, cuando traza una imagen del alma en tres partes: una bestia multiforme, con muchas cabezas de animales, unos pacíficos y otros feroces). De esta bestia multiforme brota un león y luego el hombre. La bestia multiforme es el "ello", el caos instintivo. El león es el ánimo, el valor, el empuje. El hombre es ya el coeficiente personal y espiritual².

² Freud abandonó después su teoría de la génesis de la angustia como retención del libido y la transportó al plano del "yo", la angustia real; al del "ello", la angustia libidinosa y fóbica, y el del "super-yo", la angustia de castración.

*Esta es la verdadera teoría psicoanalítica de la angustia y no la desarrollada en los primeros trabajos y en los comentarios a la historia de Emmy de N. Pero de ésta no me ocupo en estas páginas. A ella he dedicado un amplio comentario en mi citado libro sobre *La angustia vital*.*

Emmy de N. es al principio diagnosticada de histeria; después, de neurosis de angustia combinada con una histeria. El segundo diagnóstico se halla, desde luego, más próximo a la realidad del caso; pero ¿qué significa esa combinación diagnóstica?

En la palabra histeria se esconden, habitualmente, dos significaciones muy distintas: por un lado se alude al llamado "carácter histérico" y por otro lado a los "mecanismos histéricos". Precisamente por esa ambivalencia significativa y porque la larga travesía de la palabra en la historia de la Medicina se ha cargado de tantas imprecisiones y a veces de significados más éticos que naturales, es por lo que algunos autores proponen dejarla caer en desuso. K. Schneider, por ejemplo, por un lado describe los psicopatas ansiosos de valor ("geltungsüchtige Psychopathen") y por otro las reacciones vivenciales ("Erlebnisreaktionen"). Nyssen ha sometido recientemente a nueva crítica la noción del carácter histérico basándose en este argumento crucial: no hay una relación entre el tipo psicopático así descrito y las manifestaciones histéricas. En el caso de Emmy de N. a Freud le llama precisamente la atención este hecho. "El doctor Breuer y yo, que conocimos y tratamos a la sujeto durante mucho tiempo, sonreíamos siempre que se nos ocurría comparar su personalidad con la descripción de la psiquis histérica integrada desde tiempos muy pretéritos en los libros sobre la materia y defendida por los médicos..." El caso "de Emmy de N. nos proporcionó un ejemplo de que la histeria no excluye un intachable desarrollo del carácter y una plena conciencia en el gobierno y orientación de su propia vida". Sigue la descripción de las excelentes notas de rectitud moral, inteligencia, energía, cultura "y un elevado amor a la verdad, unido todo ello a una sincera modestia interior y a un distinguido trato señorial". Aplicar a una mujer así el calificativo de "degenerada" supondría deformar hasta lo irreconocible la significación de tal palabra. Habremos, pues, de diferenciar con todo cuidado entre sí los conceptos de "disposición" y "degeneración"...

El problema es, pues, el siguiente: Los "mecanismos histéricos", o mejor aún, los "síntomas histéricos" no revelan siempre la presencia de un carácter o de una constitución histérica. En tal caso, ¿a qué se deben?

A mi modo de ver, muchas son las situaciones del organismo que se expresan mediante síntomas histéricos, y no puedo detenerme ahora en una exposición de todas ellas. Recordemos que estas situaciones son tan variadas que alcanzan desde el *débil mental*, pasando por algunas enfermedades orgánicas, hasta las constelaciones colectivas que determinan la guerra o la legislación del trabajo. En general, la reacción histérica se presenta cuando el ser no es capaz de reaccionar adecuadamente ante una situación determinada, incapacidad que se produce en el plano personal.

De todas estas situaciones quiero ahora destacar una: existen muchos casos en los que la sintomatología histérica revela la presencia de un *síndrome vital* mitigado, sobre todo del tipo depresivo ansioso. Yo poseo una gran casuística de casos de esta naturaleza. La sintomatología histérica ofrece en estos casos varios caracteres fundamentales que podemos resumir en los siguientes puntos:

- 1) Tiene un curso cíclico. Dura lo que suele durar una fase endógena y desaparece por los medios que ésta suele desaparecer, es decir, espontáneamente o por una terapéutica *biológica* adecuada.
- 2) El análisis psicopatológico profundo de estos casos nunca llega a descubrir

un verdadero núcleo psicógeno determinante del cuadro. La contraprueba la suministra el hecho de que el descubrimiento de los "complejos", "reminiscencias", etc. no termina con la enfermedad (esto se halla implícitamente reconocido en el caso anterior por Freud).

3) Un síntoma en sí es accesible a la psicoterapia; podemos, por ejemplo, en un caso de esta naturaleza, curar sugestivamente una parálisis o parestia histérica, pero no hacer desaparecer totalmente la enfermedad. Con frecuencia la desaparición de un síntoma va seguida por la aparición de otro distinto.

En un trabajo ulterior sobre psicoterapia de la histeria Freud alude a unos hechos que son parejos a los aquí señalados: "En los casos de histeria aguda, es decir, en el período de más intensa producción de síntomas histéricos y de dominio consecutivo del yo por los productos patológicos (psicosis histérica) no consigue el método eutártico modificar visiblemente el estado del sujeto... No hay posibilidad de interrumpir la dolencia y el médico tiene que esperar a que la misma termine su curso, creando mientras tanto las circunstancias más favorables al paciente. Si durante un tal período agudo suprimimos los productos patológicos, esto es, los síntomas histéricos recién surgidos, veremos aparecer en seguida otros en sustitución suya. La desalentadora impresión de realizar una labor tan vana como la de las Danaides..." (página 108, tomo I, O. C., trad. española).

Frente a esta histeria aguda se levanta la histeria crónica, en la que los mecanismos psíquicos predominan, y que Krestschmer ha descrito tan acertadamente desde el punto de vista dinámico como una habituación refleja. No todos los casos de histeria aguda encierran ese fondo biológico; la generalización sería caer aquí en un error. Precisamente, según mi propia experiencia, los casos con sintomatología angustiosa vital no son, desde el punto de vista de la sintomatología histérica, demasiado aparatosos; a veces, en el curso de la enfermedad, aparece una crisis más violenta, en la cual se encierra ya una finalidad personal: la de *demostrar* que el enfermo está muy enfermo. Lo que antes era una expresión mitigada ahora se convierte en una demostración violenta.

La perturbación vital coloca al enfermo en un estado especial de *plasticidad*, en el que es posible construir ciertos síntomas. Con frecuencia en un enfermo de esta clase he logrado crear una anestesia histérica. En algunos casos se observa hasta una disminución notabilísima del reflejo corneal, que luego retorna.

La distribución de los síntomas que se logra provocar se realiza con arreglo a la regla que he establecido en otro lugar: los síntomas anestésicos predominan en el lado izquierdo (hay que tener en cuenta si el enfermo es o no un zurdo potencial) ².

Este problema de la *plasticidad* merece un examen más cuidadoso. No hemos de confundirlo con el de sugestibilidad. Recuerden que Freud ya señala que "no todas las personas que mostraban síntomas histéricos y en las que regía, muy verosímelmente, el mismo mecanismo, resultaban hipnotizables". Por otro lado, la experiencia psiquiátrica corriente también demuestra que los enfermos depresivos no son sugestionables. El nudo verdadero de la cuestión es el siguiente: estos enfermos poseen una

² Véase mi libro *Neurosis de guerra*. Editorial Científico-Médica. Madrid-Barcelona, 1942.

cierta capacidad de *histerificación*, es decir, de plasmar síntomas, de construir dinamismo, pero en un cierto sentido son accesibles a la sugestión creadora de síntomas porque se hace en el sentido que traza la tendencia interna que le impone disturbio biológico subyacente. Es un mecanismo análogo al de muchos melancólicos en los cuales podemos crear, artificialmente, un sentimiento de culpabilidad, pero no hacer desaparecer uno existente, a no ser que curemos la fase melancólica.

El problema tiene una enorme importancia. Hay enfermos que ofrecen una cierta plasticidad especial a la influencia médica. Bay ha interpretado recientemente de este modo los trastornos agnósicos que presentaba el enfermo Schn, estudiado por Gelb y Goldstein. Scheller busca una explicación parecida para el famoso caso de trastorno de la capacidad de notación a consecuencia de una intoxicación por óxido de carbono publicado por Grünthal y Störning. Referente a la discusión entre Brun y de Morsier, a propósito de la existencia de anestias histéricas en ciertas neurosis traumáticas, puede hallarse la clave en una explicación parecida. Lo importante es que el acto médico, en su repercusión sobre el enfermo, es capaz de proyectarse o convertirse en síntomas histéricos.

La intervención de Freud en toda la plástica de los síntomas de Emmy de N. aparece evidente a la lectura de la historia clínica. Esta facilidad para plasmarse en una forma u otra es la que hizo que las histerias de Charcot tomaran las formas tan pintorescas que revelan los dibujos de Richter, que las histerias de la guerra de 1914-18 revistiesen otra morfología⁴ y que las de la guerra última hayan aparecido más puramente como experiencias de angustia.

He aquí cómo el análisis de esta primera historia clínica de Freud nos ha traído nuevas enseñanzas. Su obra es genial porque permite esta enseñanza indirecta, lo que no se propuso, al igual que podemos aprender tan profunda psicopatología en Kierkegaard, que tampoco se propuso enseñarla. Quizá algunos psicoanalistas protesten de mis interpretaciones y crean que yo he realizado una labor indebida, entrando a saco en las historias clínicas de Freud. A ellos les recordaré las críticas seculares contra el "Magister dixit". En el Renacimiento se levanta una "scienza nuova" al grito de la libertad de interpretación de los viejos textos. ¿Es que vamos nosotros a caer en una actitud tan periclitada y anticientífica?

⁴ Que es la que se halla maravillosamente descrita en el libro de Kretschmer.

BIBLIOGRAFIA

- Bay, E.: *Agnosie und Funktionswandel*. Springer-Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1950.
Freud, Sigmund: *Obras completas*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1948 (la historia de Emmy de N., cuarenta años, se halla inserta en la pág. 33 del vol. I).
Gesammelte Werke. Imago. Publishing Co. London, (La historia de "Frau Emmy v. N. vierzig Jahre, aus Livland, se encuentra en la pág. 99 del tomo I).
Grünthal un G. E. Störning: *Msch Psychiatr.* 74 (1930), 77 (1930).
Kretschmer, E.: *Hysterie, Reflex und Instinkt*. Thieme, Stuttgart, 1948.

- López Ibor, J.: *La Angustia Vital*. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1950.
Neurosis de Guerra. Ed. Científico-Médica. Madrid-Barcelona, 1942.
"La plasticité historique des nevroses". *Folia Psychiatrica Neurologia & Neurochirurgica Neerlandica*. Vol. 56. 1953. Núm, 5.
Nyssen: "Le problème de la constitution et du caractère hystériques". *J. Belge de Neurologie et Psychiatrie*. Fas. 2. Fevrier 1948.
Scheller, Heinrich: "Völliger isolierter Verlust der Merkfähigkeit. Organische Co-Schädigung oder hysterische Verdrängung". *Nervenarzt* 21, heft 2. Februar 1950. Pag. 49.
Schneider, K.: *Klinische Psychopathologie*. III auf. Thieme. Stuttgart, 1950. (Hay traducción castellana: *Patopsicología clínica*. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1951.)

DR. J. J. LOPEZ-IBOR
Olivos, 18
Madrid (España)

QVA. VIA. CIVRAT. SVA. SPONTE. NATRA.