

Unidad Académica: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Título del Proyecto: Distintas concepciones de la cura en la obra de Freud (1894/1915)

Informe final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S.143/89

Apellido y nombre de la alumna. Matrícula y año. Tipo y número de documento de identidad:

Shmerkin, Daniela Judith. Mat. 7112/05. DNI 20426332.

Supervisor: Mg. Horacio Martínez

Cátedra o Seminario de radicación: Grupo de investigación Psicopatología y Clínica, Facultad de Psicología UNMdP.

Fecha de presentación: 26 de junio de 2013.

Uso del trabajo de Investigación.

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Daniela J. Shmerkin de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse sin el previo consentimiento escrito de la autora.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna Daniela J. Shmerkin, matrícula N° 7112/05, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 28 días del mes de junio del año 2013.

Firma, aclaración y sello del
Supervisor.

Informe de evaluación del Supervisor

El presente informe refleja la línea de investigación original que Daniela Shmerkin ha recortado como espacio de trabajo propio dentro del proyecto “Modelos de dirección de la cura en la práctica de los analistas. La dimensión terapéutica del psicoanálisis”, también bajo mi dirección, que se llevó a cabo en el marco del Grupo de Investigación Psicopatología y Clínica, Facultad de Psicología UNMdP, del cual la alumna Shmerkin es integrante.

El trabajo se propuso relevar los movimientos conceptuales que acompañaron la práctica clínica freudiana en sus inicios, a fin de despejar las razones que dieron lugar al método psicoanalítico tal como se lo conoce y se lo practica en la actualidad.

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Daniela J. Shmerkin, matrícula N° 7112/05.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación:

PLAN DE TRABAJO

Índice general

Introducción -----	1
Los métodos hipnótico y catártico-----	2
El método psicoanalítico. Resistencia y transferencia -----	13
La sugestión -----	23
Las causas del enfermar. Modos para alcanzar la curación-----	29
Las “reglas de abstinencia”-----	37
Conclusiones -----	42
Referencias bibliográficas-----	48

Introducción

El presente trabajo se propone analizar, en la obra de Freud, los pasajes de los métodos hipnótico y catártico a la técnica psicoanalítica, atendiendo a las circunstancias tanto teóricas como clínicas que lo motivaron.

Se trata de examinar el devenir de las ideas freudianas relativas al tratamiento de las neurosis indagando los modelos de dirección de la cura que se corresponden con cada una de estas propuestas terapéuticas: esto es, cómo eran concebidas las causas del enfermar y los modos a través de los cuales podría alcanzarse la curación.

Para el logro de este objetivo se utilizará una metodología perteneciente al campo de la Historia de las Ideas, que busca destacar no sólo los procesos de construcción del pensamiento freudiano, sino también pesquisar el modo en que la marcha de dicho pensamiento hizo uso del recurso a las “reglas de abstinencia” para fijar lo propio del campo clínico psicoanalítico.

Como objetivo general nos planteamos contrastar, en la obra de Freud, los modelos de dirección de la cura en los métodos hipnótico, catártico y psicoanalítico, examinando el pasaje de un método a otro y las razones que los generaron. Para tal fin indagaremos los factores que propiciaron la utilización de los métodos hipnótico y catártico y las razones clínicas que decidieron su uso y, posteriormente, su abandono; intentaremos delimitar las particularidades que llevaron a Freud a abordar el método psicoanalítico y los cambios que el mismo fue sufriendo a partir de la construcción de las nociones de “resistencia” y “transferencia”; haremos un rastreo del papel de la “sugestión” en cada uno de los métodos nombrados; estableceremos las causas del enfermar y los modos a través de los cuales podría alcanzarse la curación tanto en la etapa de las técnicas hipnótica y catártica como en la del método psicoanalítico y, por último, examinaremos el papel de las “reglas de abstinencia” en el devenir de las ideas freudianas relativas al tratamiento de las neurosis.

Los métodos hipnótico y catártico

Podemos situar los antecedentes del hipnotismo en el “magnetismo animal”, doctrina así denominada e iniciada por Franz A. Mesmer a fines del siglo XVIII. Según dicha teoría, “las enfermedades nerviosas provienen de un desequilibrio en la distribución de un “fluido universal” que circula en los organismos humanos y animales”. Mesmer “emparentó el fluido con el “imán” que ya utilizaban los médicos para extirpar del cuerpo el mal psíquico de ciertos pacientes, pero subrayando que el imán no era el verdadero agente de la curación.” (Roudinesco y Plon, 1997)

Según Bercherie (1983), una suerte de crisis de nervios oficiaba de culminación del tratamiento magnético, luego de la cual desaparecían los síntomas que habían motivado la intervención del médico.

El propio Mesmer habría restado importancia a un hecho significativo en el cual sí reparó su discípulo, el marqués de Puységur, y al cual nombró “sonambulismo”: se trata de un episodio en el que un paciente caía en un estado de sueño provocado por el magnetizador y durante el cual prosiguió comunicándose con el mismo. En adelante, dicho estado sería objeto de investigación por parte de los magnetizadores, al portar el mismo efecto curativo que tenía la “crisis” mesmeriana.

Durante la primera mitad del siglo XIX, la Academia Real de Medicina y los expertos de la Academia de Ciencias condenaron el magnetismo animal luego de que el movimiento magnetista se hubiera conformado como un conjunto de investigaciones y prácticas en torno al sonambulismo o “sueño magnético”, en el transcurso del cual el enfermo “parecía presentar en grado variable capacidades extraordinarias(...)Según la credulidad o la imaginación de los autores, la lucidez magnética resultaba más o menos amplia y fantástica, pero era ella la que los preocupaba y lo que siempre trataron de hacer reconocer.” (Bercherie, 1983).

En 1843, el médico escocés James Braid rechazó la “lucidez” mesmeriana afirmando la existencia de fenómenos a los que denominó “hipnóticos”, propiciando su estudio de una manera experimental y racional, y ya no en términos que rondaban lo sobrenatural y lo supranormal.

En esta etapa nacieron las dos concepciones antagonistas acerca de la hipnosis que inaugurarían las célebres disputas entre las escuelas de la Salpêtrière y la de Nancy. (Bercherie, 1983)

Dicen Roudinesco y Plon (1997): “Antes de que esta hermosa idea de la libertad de palabra, propia de la filosofía de la Ilustración, se abriera camino y fuera retomada por Sigmund Freud, fue necesario que, sobre las ruinas del magnetismo, se desarrollara la prolongada aventura de la hipnosis.”

Bercherie (1983) nombró “somatista” a la primera de las dos corrientes que dieron cuenta de los estados hipnóticos y atribuye su inicio a Braid y su desarrollo a Charcot y la escuela de la Salpêtrière; la misma descendería de la fase precientífica “fluidista” y consideraba a la hipnosis como un estado especial del organismo, fenómeno relativamente raro en el que se producía una suerte de “parálisis de los centros nerviosos, objetivada por diversos signos sensorio-motores. Para alcanzar su completo desarrollo, esa neurosis hipnótica inducida exigía naturalmente una predisposición neuropática.” Es decir, esta escuela dio a los fenómenos observados en la práctica una explicación de tipo fisiológico, prescindiendo del efecto de un fluido inmaterial en las intervenciones.

La segunda corriente, según el mismo autor, derivó de las ideas animistas y fue denominada “psicologista”. Sus exponentes principales, Poincaré, Liebault y Bernheim, de la escuela de Nancy, pensaban la hipnosis como un estado de inercia mental que el médico provocaba principalmente por la orden de dormir. Se trataba de un estado idéntico al sueño fisiológico, aunque con una vigilia parcial resultante de la relación con el inductor, quien propiciaba que el cerebro del enfermo quedara abierto a todo tipo de sugestión, esto es, “a la fuerza de

realización propia de las ideas (...) que tendían espontáneamente a realizar su carga motriz, sensitiva o sensorial, fuera del control inhibitor de la conciencia despierta.”

Esta concepción de automatismo psicológico derivó en diversos problemas, como la confusión entre hipnosis y sueño, emparentados por sus signos visibles, y el asunto de la obligatoriedad de los actos del paciente, lo que provocó cuestiones legales irrazonables tales como la inducción de crímenes por parte de los médicos.

De esta manera, la Escuela de Nancy, al afirmar que todos los fenómenos provenientes del hipnotismo procedían de la sugestión por parte del médico, predicaba de ellos la condición de fenómenos psíquicos. La sugestión así conceptualizada tenía que ver con “una representación consciente infundida en el cerebro de la persona hipnotizada por una influencia exterior y aceptada por aquélla como si hubiese surgido espontáneamente.” (Freud, 1889).

En el primero de los historiales clínicos de “Estudios sobre la histeria” (1895), Freud describe detalladamente una sesión de hipnosis: “Poniendo un dedo ante sus ojos y ordenándole ‘¡duerma usted!’, cae en el acto hacia atrás, con una exclamación de confusión y estupor. Le sugiero un sueño tranquilo, mejoría de todos sus síntomas, etc., y me escucha con los ojos cerrados, pero dando muestras de intensa atención (...)”. Y más adelante, en el mismo historial: “Para robustecer la sugestión paso varias veces mis manos sobre sus párpados.”

Esta teoría resulta de radical importancia para el tema que nos ocupa al introducir el término “sugestión” ya que, para ella, “la hipnosis era sólo un estado que favorecía la acción de la sugestión, y a su vez inducido por sugestión: todo se reducía en consecuencia a ésta.” (Bercherie, 1983)

Si bien en la disputa entre las dos escuelas había salido victoriosa la de Nancy, hubo factores, como la exageración en la frecuencia de la obtención del estado hipnótico (por considerarlo un fenómeno fisiológico), que sustrajeron a la

hipnosis toda peculiaridad o sorpresa causando la declinación de dicha escuela y el interés por el método y su práctica. Así es que, rozando el siglo XX, comienza a preferirse la psicoterapia sugestiva en estado de vigilia. (Bercherie, 1983)

A los 26 años, Freud, hasta ese entonces médico abocado a trabajar en histología cerebral en un laboratorio de fisiología, da un vuelco en su carrera pasando a interesarse por la psicología. Corría el año 1882 y se había enterado del caso de Anna O., paciente del médico austríaco Joseph Breuer que se sometió a la hipnosis al presentar varios de los síntomas característicos de la histeria. Así, con este caso, Freud descubría dos problemas que despertaban sospecha y hostilidad en la mayor parte de los médicos de la época: la histeria y la hipnosis. “El gran mérito de Freud consiste en haber hecho prevalecer el interés científico que daba a estos problemas y superado, así, la doble desventaja de las resistencias externas e internas.” (Chertok y de Saussure, 1973)

En “Estudios sobre la histeria”, Freud describe las causas del enfermar en dicho fenómeno neurótico: “(...) el trauma psíquico, o su recuerdo, actúa a modo de un cuerpo extraño, que continúa ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente, por mucho tiempo que haya transcurrido desde su penetración en él.”

Según esta concepción, si bien los recuerdos se conservan en los enfermos a través de muchísimo tiempo, los mismos no se hallan disponibles como otros en la memoria de los pacientes.

Cabe aclarar que el concepto de “trauma” es descrito por Freud como cualquier afecto que haya provocado tanto miedo como angustia, dolor psíquico o vergüenza; a veces incluso sucesos aparentemente indiferentes que por diversos motivos pueden llegar a adquirir tal categoría.

La meta terapéutica de la hipnosis sería, entonces, una vez sumido en ella al enfermo y habiéndolo sometido a un interrogatorio, lograr que dichos recuerdos

emerjan tan nítidos como si fueran acontecimientos recientes, o bien hacer revivir al paciente el trauma para luego intentar corregirlo: “Los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto.” (Freud, 1895)

Fue gracias a la sugestión hipnótica, la cual comenzó a emplear con gran entusiasmo a fines de 1887, que Freud se enfrentó por primera vez con la cuestión de la relación terapéutica y su “halo erótico”.

El trabajo por medio de la hipnosis lo fascinaba; sin embargo, dicho encanto viraría, años más tarde, en sentimientos de rechazo hacia la misma, cuestión que aparece con claridad en sus Conferencias en la Clark University de los Estados Unidos: “No me agrada la hipnosis; es un procedimiento inseguro y tiene algo de místico” (Freud, 1910)

En 1889 Freud se topó, en la práctica, con dificultades concretas en la obtención de trances profundos e incluso fracasos en el intento de hipnotizar a algunos sujetos. Él mismo lo pone de manifiesto en las mismas Conferencias: “Cuando hube comprobado que, a pesar de todos mis esfuerzos, sólo podía poner en estado de hipnosis a una mínima parte de mis enfermos, decidí abandonar ese procedimiento.” De todas maneras continuó empleándolo, ininterrumpidamente, hasta 1892, restringiendo luego su uso hasta cuatro años después, utilizándolo sólo ocasionalmente y a título experimental. (Chertok y de Saussure, 1973)

A propósito de esto, Bercherie (1983) cita un párrafo de un texto del año 1890 de uno de los tres artículos que Freud, entre 1889 y 1891, dedicó a la hipnosis:

Los pacientes neuróticos son precisamente en su mayoría malos sujetos hipnóticos, de manera que las poderosas fuerzas en virtud de las cuales la enfermedad se enraíza en el espíritu del enfermo tienen que ser contrabalanceadas no por una completa influencia hipnótica sino solamente

por un fragmento de ésta. (...) Un tratamiento hipnótico único, por lo tanto, no cambiará en nada los desórdenes severos de origen mental. No obstante, si la hipnosis se repite, pierde una parte del efecto milagroso que quizás el paciente esperaba. Una sucesión de hipnosis puede eventualmente producir por grados (...) un resultado satisfactorio. (...) Pero un tratamiento hipnótico de ese tipo puede ser tan fastidioso y fatigante como cualquier otro.

No sorprende que, en tales condiciones, Freud haya virado, desde el año 1889, hacia una nueva forma terapéutica, hacia “un procedimiento más realista, un verdadero tratamiento causal, el procedimiento catártico que Anna O. le había sugerido a Breuer ocho años antes.” (Bercherie, 1983)

Además de los inconvenientes citados hubo un episodio particular en la vida profesional de Freud que contribuyó al abandono de la hipnosis. Hablamos de un suceso, hoy célebre, en el cual una paciente, al despertar luego de una sesión, se arrojó a sus brazos renunciando ambos, desde ese día, a proseguir con el tratamiento. Este incidente, según se cree, jugó un papel decisivo en su descubrimiento capital: la transferencia. (Chertok y de Saussure, 1973)

En 1890, Freud escribe acerca del problema del elemento amoroso en la relación terapéutica durante la sugestión hipnótica: “(...) En la vida real, fuera de la hipnosis, una credulidad como la que el hipnotizado siente para con el hipnotizador sólo se encuentra en el niño para con sus amados padres (...) La mezcla de una admiración exclusiva y una obediencia tan confiada es, antes que nada, un signo distintivo del amor.”

En realidad, las razones del abandono y el desinterés por la hipnosis parecen ser más simples: su rechazo se debería a que se trataba de una técnica que presentaba limitaciones en cuanto a su aplicación a cualquier enfermo, y Freud descubrió, en el psicoanálisis, un método basado en la verbalización de los síntomas mediante la palabra que “permitía finalmente que el enfermo hablara con libertad y plena conciencia, sin necesidad de entregarse a un sueño artificial”, resultando “el único científico de su época con una propuesta terapéutica que (...) proponía una filosofía de la libertad basada en el

reconocimiento del inconsciente y de su camino real: el sueño.” (Roudinesco y Plon, 1997)

A partir de las dificultades con las que se encontró en la práctica del método hipnótico, Freud no opuso resistencias en aceptar la existencia de estrechos límites en su utilización.

En oportunidad de una observación a una sesión de hipnotismo en la clínica de Nancy donde Hippolyte Bernheim oficiaba de director, sucedió algo imprevisto que sería de singular importancia en el abandono de dicha técnica a favor de otra: el método catártico. En la misma, Bernheim, no aceptando la declaración de una paciente acerca de “no recordar nada” al despertar, le aseguró que sí lo lograría, y se dispuso a colocar una mano sobre su frente, “como para ayudarla a concentrar sus pensamientos” (Freud, 1895). A raíz de dicho suceso, Freud expone: “Así, pues, tomé por modelo este singular e instructivo experimento y decidí adoptar como punto de partida la hipótesis de que mi paciente sabía todo lo que había podido poseer una importancia patógena, tratándose tan sólo de obligarla a comunicarlo.”

En “Estudios sobre la histeria” Freud describe, a lo largo de sus historiales clínicos, las características del método catártico. El mismo suponía colocar una mano sobre la frente del enfermo, o bien tomar su cabeza entre las dos manos, instándolo a despertar en él el recuerdo buscado a fin de pesquisar imágenes u ocurrencias; se trataba de ampliar su conciencia supuestamente restringida, lo cual no era tarea fácil aunque lo eximía de seguir incursionando en el hipnotismo, al tiempo de permitirle penetrar en las causas responsables del “olvido” de los recuerdos.

Freud se ocupa de aclarar que este procedimiento era de imposible resolución sin la completa colaboración y atención voluntaria del sujeto, al cual se le aseguraba que no había modo de que nada se le ocurriera durante el transcurso de la sesión terapéutica.

Vemos, aquí, los cimientos de la técnica de la asociación libre: “Debía tener en cuenta que estaba obligada a conservar una absoluta objetividad y a comunicarme todo aquello que surgiera en su imaginación, tuviese o no relación, a su juicio, con el tema planteado.” (Freud, 1895)

Según Roudinesco y Plon (1997), Bernheim fue el responsable de introducir la noción moderna de psicoterapia y de contribuir a disolver los últimos restos del magnetismo anulando la hipnosis en la sugestión, la cual empezó a darse en estado de vigilia originando el principio de la terapia mediante la palabra.

Dicen dichos autores: “Al desprenderse progresivamente de la práctica de la hipnosis, entre 1880 y 1895, Freud pasó por la catarsis para crear el método psicoanalítico propiamente dicho, basado en la asociación libre, es decir, en la palabra y el lenguaje.”

Para finalizar este capítulo, podríamos decir que en la “Comunicación preliminar” de “Estudios sobre la histeria” se presenta la hipótesis que da cuenta de la producción de los síntomas histéricos; los mismos surgen por retención del afecto en sucesos traumáticos de la vida del sujeto, por lo cual “las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y plenas de afecto porque les está negado el desgaste normal mediante la descarga por reacción o la reproducción en estados de asociación no cohibida.” (Breuer y Freud, 1893)

Asimismo, los autores exponen un tratamiento posible para dicha neurosis, el cual “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”.

En “Psicoterapia de la histeria” (1895) Freud retoma lo dicho junto a su colega:

Hemos hallado, en efecto, y para sorpresa nuestra, al principio, que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso

provocador, y con él el afecto concomitante, y describía, el paciente, con el mayor detalle posible, dicho proceso, dando expresión verbal al afecto.

Si de lo que se trataba era que el enfermo lograra descargar el afecto retenido a partir del recuerdo de la escena traumática, los métodos hipnótico y catártico fueron las vías por las cuales Freud, en el primer caso acompañado por Breuer y luego solo, intentó provocar dicho recuerdo para arribar a la cura.

Podríamos, así, suponer un doble movimiento: el paso de la hipnosis al método catártico, y el de Breuer a Freud.

Entre los años 1882 y 1895 Josef Breuer adoptó, en cierto modo, un rol paterno en la vida del joven Freud. No sólo lo ayudó económicamente para que pudiera instalarse como médico particular, sino que creó el método para el tratamiento de las histéricas a partir de la hipnosis y fue el médico de Bertha Pappenheim quien, con el nombre de Anna O., habría de convertirse en el caso que marcaría los orígenes del freudismo.

Sin embargo, y a pesar de haber firmado conjuntamente los “Estudios sobre la histeria”, ambos personajes tomaron caminos bien distintos en lo atinente al plano profesional, lo cual coincidió con el abandono por parte de Freud de la hipnosis y la adopción del método catártico.

Breuer nunca depuso su apego a los principios de la fisiología de su tiempo ni separó a la misma de la psicología, siendo acusado por su amigo de no tener el coraje de defender sus ideas nuevas sobre la ciencia, la histeria y la sexualidad, las cuales conformaron una obra teórica absolutamente innovadora para la época. (Roudinesco y Plon, 1997)

En “Psicoterapia de la histeria”, Freud expone abiertamente su ruptura con Breuer y el abandono del método hipnótico: “He de hacer constar que (...) se me han impuesto nuevos puntos de vista. (...) Sería injusto echar sobre Breuer parte de la responsabilidad correspondiente a este último desarrollo de las ideas que, en colaboración, expusimos en el indicado trabajo. Así, pues,

cúmpleme hablar ahora en mi solo nombre.” Freud está haciendo, aquí, alusión a la “Comunicación preliminar”, escrita junto a su colega dos años antes.

Y continúa: “Al intentar aplicar a una amplia serie de pacientes el método iniciado por Breuer de curación de síntomas histéricos por investigación psíquica y derivación por reacción en la hipnosis, tropecé con dos dificultades, y mis esfuerzos por vencerlas me llevaron a una modificación de la técnica y de mi primitiva concepción de la materia.”

Podríamos, a partir de lo antedicho, pensar en un paralelismo entre la “Comunicación preliminar” de Breuer y Freud, que marca para el psicoanálisis un modelo de investigación, desde el momento en que parte de postular una hipótesis acerca del cuadro clínico para luego pensar un tratamiento posible, y el modelo retomado por Lacan 60 años más tarde, en “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”. En esta obra, fechada en 1958, Lacan expone su hipótesis acerca de la estructura y causación de la psicosis:

Para que la psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre-del-Padre, *verworfen*, recusado (*forclus*), es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto. Es la falta del Nombre-del-Padre la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario hasta que se alcance el nivel en que significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante. Pero ¿cómo puede el Nombre-del-Padre ser llamado por el sujeto al único lugar de donde ha podido advenirle y donde nunca ha estado? Por ninguna otra cosa sino por un padre real, no en absoluto necesariamente por el padre del sujeto, por Un-padre.

Y, siguiendo el modelo de Freud, introduce “la concepción que hay que formarse de la maniobra, en este tratamiento, de la transferencia”. (Lacan, 1958)

El método psicoanalítico. Resistencia y transferencia

Las modificaciones introducidas por Freud en el procedimiento catártico de Breuer fueron, al comienzo, sólo técnicas, aunque terminaron imponiendo “una concepción distinta, aunque no contradictoria, de la labor terapéutica. Si el método catártico había renunciado a la sugestión, Freud avanzó un paso más y renunció también a la hipnosis.” (Freud, 1903)

En “Estudios sobre la histeria”, Freud expone las limitaciones que encuentra en el método catártico: por un lado, no todos los pacientes eran pasibles de ser hipnotizados; por otro, con dicho método no lograba explicitar la etiología de la histeria y sus diferencias con otras neurosis, además de no poder evitar el surgimiento de nuevos síntomas en lugar de los suprimidos al no actuar sobre las condiciones causales de la enfermedad.

En el afán de eludir la hipnosis y descubrir, sin embargo, los recuerdos patógenos, Freud, recurriendo al procedimiento catártico, observa que de lo que se trataba, a partir del esfuerzo mediante el cual se apremiaba al paciente a recordar, era de vencer una resistencia del sujeto. Así, descubre que “había de vencer una fuerza psíquica opuesta en el paciente a la percatación consciente (recuerdo) de las representaciones patógenas. Esta energía psíquica debía de ser la misma que había contribuido a la génesis de los síntomas histéricos.” (Freud, 1895)

En el mismo apartado de “Estudios sobre la histeria”, Freud nombrará, por primera vez, “una circunstancia que en la realización de tal análisis catártico desempeña un papel indeseadamente importante”. Se trata de la transferencia, concepto que describió de la siguiente manera: el paciente “transfiere a la persona del médico representaciones displacientes emergidas durante el análisis, caso muy frecuente e incluso regular en ciertos análisis. La transferencia al médico se lleva a cabo por medio de una falsa conexión.” La misma, según Chertok y de Saussure (1973), es el “primer descubrimiento

capital de Freud, el que les abrió el camino a todos los descubrimientos que debían seguirlo” y, según el propio Freud, “la pieza más difícil del trabajo técnico” en psicoanálisis.

La noción de transferencia, así, surge en la obra de Freud en 1895, donde es descrita como un “falso enlace” y obstáculo resistencial que debe removerse.

En 1905, en el historial del “caso Dora”, se expone la importancia de la transferencia dentro del proceso terapéutico, definiéndola como obstáculo, “máximo escollo para el psicoanálisis”, y también como motor del análisis, “su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo.”

Respecto de por qué la transferencia se presenta principalmente como obstáculo, como resistencia,

esto debe relacionarse con la particular concepción freudiana acerca de la formación de síntomas y la función del síntoma, tanto en su faz de rechazo del saber como en el de satisfacción sustitutiva. La transferencia amorosa, en este punto, plantea tanto una satisfacción sustitutiva ante la pérdida de la función del síntoma, como su función de sostén del desconocimiento: el amante sólo quiere saber si es amado, y no otra cosa. (Masotta, 2007)

En la obra citada de 1905, Freud acepta su falla en cuanto al manejo de la misma, aduciendo haber olvidado tomar precauciones en torno de la atención que requerían sus primeros signos: “Así fui sorprendido por la transferencia”. La paciente “actuó (*agieren*) un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlo en la cura (...) Cuando en el análisis es posible replegar tempranamente las transferencias, su curso se vuelve más oscuro y se retarda, pero su subsistencia queda mejor asegurada frente a resistencias repentinas e insuperables”. (Freud, 1905)

Vemos, aquí, los cimientos de lo que casi diez años más tarde Freud desarrollaría en “Recuerdo, repetición y elaboración”: en algún momento del

análisis, algo que no puede ser dicho por obra de las resistencias se va a actuar, a repetir frente a la figura del médico.

Allí plantea que “el olvido de impresiones, escenas y sucesos se reduce casi siempre a una ‘retención’ de los mismos”. Es que “el olvido se limita a destruir conexiones, suprimir relaciones causales y aislar recuerdos enlazados entre sí”. A su vez, no se trata de un recuerdo en realidad, sino de una repetición, sin saberlo de manera consciente, por medio de la acción. La cura se inicia sólo con tal repetición.

El médico ya no enfoca un momento o problema determinados sino que interpreta las resistencias para hacerlas conscientes al enfermo, quien recuerda situaciones y nexos olvidados. En realidad no recuerda, sino que los actúa, los repite en acción, sin saber que lo hace.

Esta repetición no es otra cosa que la transferencia del pasado olvidado sobre el médico y las situaciones presentes, bajo las condiciones de la resistencia. Y a mayor resistencia, más se dará la sustitución del recordar por el actuar.

En “La dinámica de la transferencia” (1912), Freud acude al esquema de las series complementarias para dar cuenta de la transferencia en tanto repetición de una suerte de patrón de la relación del sujeto con los objetos: “(...) La acción conjunta de la disposición congénita y las influencias experimentadas durante los años infantiles determina, en cada individuo, la modalidad especial de su vida erótica.”

Pero, ¿cómo es que la persona del analista queda incluida en este proceso? Una parte de las tendencias libidinosas que determinan la vida erótica

queda detenida en su desarrollo por el veto de la personalidad consciente y de la misma realidad, y sólo ha podido desplegarse en la fantasía o ha permanecido confinada en lo inconsciente (...) Es por tanto, perfectamente normal y comprensible, que la carga de libido que el individuo parcialmente insatisfecho mantiene esperanzadoramente pronta se oriente hacia la persona del médico. (...) Esta carga se atenderá a ciertos modelos, se enlazará a uno de los clisés dados en el sujeto de que se trate o, dicho de otro modo, incluirá al

médico en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta entonces. (Freud, 1912b)

En otras palabras, la investidura libidinal del sujeto parcialmente insatisfecho se volverá, así, del objeto hacia el psicoanalista, ateniéndose a modelos preexistentes.

Retornando a las series complementarias, es en ellas donde adquiere relevancia la noción de “fijación”, en tanto fijación a un objeto, a modos de satisfacción que, justamente en la transferencia, el sujeto reaviva.

Por otra parte, diremos que la disposición a la transferencia caracteriza la estructura del sujeto, en lo que a la neurosis se refiere, por lo que el operar de la misma no se circunscribe al contexto analítico, a la manera de la sugestión en el marco del análisis. Esto se debe a que dicha estructura implica la insatisfacción entendida como el encuentro imposible con el objeto perdido, es decir, no existe objeto alguno que satisfaga completamente la pulsión.

En las últimas “Conferencias de introducción al psicoanálisis” (1917), Freud expone que la transferencia surge en el paciente desde el comienzo del tratamiento y puede o bien posibilitar o bien dificultar el trabajo analítico. La define como una transferencia de sentimientos que recaen sobre la persona del analista, y constituye el motor más poderoso para una buena labor terapéutica. Mientras opere a favor del análisis no es menester registrarla, pero si se torna en resistencia se hace necesario prestarle atención, ya que obrará en detrimento de la cura.

Es en la 27° Conferencia donde Freud despliega el concepto de “neurosis de transferencia”, una suerte de “enfermedad” artificial creada durante el trabajo analítico que sustituye a la primera: “Cuando la cura se ha apoderado del enfermo, sucede que toda la producción nueva de la enfermedad se concentra en un único lugar, a saber, la relación con el médico.” (Freud, 1917)

Recapitulando sobre las particularidades que llevaron a Freud a abordar el método psicoanalítico, dijimos que las mismas son expuestas en “Psicoterapia

de la histeria”, en cuya obra son enumerados los inconvenientes y las dificultades surgidos a partir de la aplicación de las técnicas hipnótica y catártica.

Por empezar, las mismas constituyen un procedimiento muy penoso para el médico en cuanto al tiempo que insume y a la necesidad de contar con cierto interés personal hacia el enfermo. En relación a este último, es indispensable contar con toda su atención y especialmente una gran confianza en el médico, debido a la afluencia en la terapia de cuestiones íntimas o secretas.

Podríamos situar alrededor de este tema el descubrimiento por parte de Freud de la transferencia: en aquellos pacientes que depositan en el médico toda su confianza sin mediar exigencia alguna por parte de éste, “no puede evitarse que su relación personal con él ocupe debidamente por algún tiempo un primer término, pareciendo incluso que una tal influencia del médico es condición indispensable para la solución del problema.”

En lo concerniente a la dificultad ya expuesta anteriormente en torno a que muchos de los pacientes no resultaban hipnotizables, la singularidad que encontramos aquí es que dicho obstáculo era notoriamente más marcado en unos de ellos, mientras que otros hasta se negaban directamente a someterse a la técnica. A Freud se le ocurrió que “ambos casos podían ser idénticos, significando ambos una voluntad contraria a la hipnosis”.

Luego de que Freud lograra, entonces, prescindir de la hipnosis y utilizara la técnica de Bernheim que echaba mano al apremio por parte del médico para que el enfermo recordara, surge el concepto de “resistencia”.

Dice Freud: “De este modo concreté mis descubrimientos en la teoría de que por medio de mi labor psíquica había de vencer una fuerza psíquica opuesta en el paciente a la percatación consciente (recuerdo) de las representaciones patógenas.”

Sin embargo, dicha coerción en pos de orientar la atención del enfermo hacia sus sucesos olvidados no resultaba suficiente, por lo que la labor del terapeuta debía buscar medios más efectivos. Ejemplo de los mismos es la presión ejercida en la frente del paciente para ayudarlo a generar algún pensamiento u ocurrencia que tuviera relación con lo buscado.

Este artificio técnico, elegido por su poder sugestivo y su facilidad de uso, podía ser sustituido por otro similar, y su ventaja consistió en separar la atención del enfermo de sus cuestiones y pensamientos conscientes.

Aun así, Freud explica que lo que surge bajo la presión de la mano no siempre es un recuerdo “olvidado”, ya que

los recuerdos realmente patógenos rara vez se encuentran tan próximos a la superficie. Lo que generalmente emerge es una representación, que constituye un elemento intermedio entre aquella que tomamos como punto de partida y la patógena buscada, o es, a su vez, el punto inicial de una nueva serie de pensamientos y recuerdos, en cuyo otro extremo se encuentra la representación patógena. La presión (...) nos ha mostrado el camino que a ella conduce, indicándonos el sentido en el que debemos continuar nuestra investigación.

Más adelante, siempre en “Psicoterapia de la histeria”, se plantea la presión en la frente del enfermo como una mera habilidad para eludir la defensa del yo por un corto tiempo, ya que el mismo vuelve a desarrollar toda su resistencia en la mayoría de los casos que revierten importancia.

Pensamos lo expuesto por Freud como los cimientos del método psicoanalítico y lo que resultó su “regla fundamental”: la asociación libre.

Es en este escrito de 1895 donde, a partir de la delimitación de la noción de “resistencia”, Freud propone una primera descripción tópica del aparato psíquico, enteramente organizado en función de esta noción, la cual establece los modos de relación entre la conciencia, el preconscious y el inconsciente.

En 1912, define a las representaciones “conscientes” como aquéllas de las cuales nos percatamos, las que están presentes en la conciencia. Las

inconscientes, en cambio, son las latentes, aquéllas que no percibimos, a pesar de lo cual admitimos su existencia a partir de otros indicios y pruebas: “(...) del análisis de fenómenos neuróticos aprendemos que un pensamiento latente o inconsciente no necesariamente es débil, y que su presencia en la vida anímica admite pruebas indirectas de la mayor fuerza (...)” (Freud, 1912c)

Mientras el preconsciente incluye los pensamientos caracterizados por su debilidad que son susceptibles de devenir conscientes al cobrar fuerza, el término inconsciente encierra aquéllos que a pesar de su intensidad y su eficiencia no penetran en la conciencia y parecen estar cortados de la misma. A su producto, ya sean síntomas, lapsus linguae, olvidos, etc, no le es imposible acceder a la conciencia, aunque ha entrado en juego la defensa y las resistencias del paciente a recordar.

En circunstancias de abandonar la hipnosis a favor del método catártico y lograr que los pacientes produjeran lejanos y nuevos recuerdos, Freud se descubrió haciendo un esfuerzo para que esto sucediera, ya que de lo que se trataba era de vencer las resistencias que impedían al enfermo recordar.

En “Psicoterapia de la histeria”, Freud se interroga acerca de los motivos que obedecían a la fuerza responsable de ello; las representaciones patógenas olvidadas y “rechazadas de la conciencia” despertaban en él afectos displacenteros a causa de su naturaleza penosa. La vergüenza, el dolor psíquico o el remordimiento son algunas de las que cita, de las cuales nacía de forma espontánea la defensa por parte del paciente.

Vemos, así, cómo se va delineando, en 1895 y a partir del concepto de “resistencia”, una primera descripción del aparato psíquico, donde Freud relaciona lo consciente con el yo, y sugiere que lo inconsciente sería lo “expulsado de la conciencia”, aquello de lo cual el sujeto no se percata por una cuestión defensiva a causa de su condición displacentera:

En nuestros casos ha afluido al “yo” del enfermo una representación que se demostró intolerable, despertando en él una energía de repulsión, encaminada

a su defensa contra dicha representación. Esta defensa consiguió su propósito, y la representación quedó expulsada de la conciencia y de la memoria sin que pareciera posible hallar su huella psíquica. Pero no podía menos de existir tal huella. Al esforzarme yo en orientar hacia ella la atención del paciente, percibía, a título de “resistencia”, la misma energía que antes de la génesis del síntoma se había manifestado como repulsa (...). (Freud, 1895)

De esta manera, va quedando claro que la técnica busca "sorprender al yo", y que por tanto es éste el que produce la resistencia, cuestión que dará lugar a la "primera tópica", que separa y opone conciencia e inconsciente.

En cuanto al sistema preconsciente, que se encuentra situado entre el sistema inconsciente y la conciencia (Freud, 1900), Freud lo estaría describiendo en el párrafo más arriba citado de la misma obra de 1895:

No es siempre un recuerdo ‘olvidado’ lo que surge bajo la presión de la mano. Los recuerdos realmente patógenos rara vez se encuentran tan próximos a la superficie. Lo que generalmente emerge es una representación, que constituye un elemento intermedio entre aquella que tomamos como punto de partida y la patógena buscada, o es, a su vez, el punto inicial de una nueva serie de pensamientos y recuerdos, en cuyo extremo se encuentra la representación patógena.

La hipótesis que aquí plantea describe a los recuerdos agrupados alrededor de un núcleo central patógeno, en forma de capas concéntricas y según su grado de resistencia.

Según Laplanche y Pontalis, la noción de “resistencia” ejerció un rol decisivo en el abandono de las técnicas hipnótica y catártica y en el surgimiento del psicoanálisis. La misma se originaría en un rechazo proveniente de lo reprimido como tal y en las dificultades para tornarse consciente y ser aceptado por el sujeto, y fue descubierta por Freud a modo de obstáculo al esclarecimiento de los síntomas y a un buen progreso de la cura. “Al principio Freud intentará vencer este obstáculo mediante la insistencia (fuerza de sentido opuesto a la

resistencia) y la persuasión, antes de reconocer en él un medio de acceso a lo reprimido y al secreto de la neurosis” (Laplanche y Pontalis, 2006).

Tres décadas más adelante, en “Análisis terminable e interminable”, Freud plantea otros tipos de resistencia, aparte de las resistencias del yo. Las mismas, aquí, se definen como resistencias estructurales, ya que la curación nunca será total.

Es decir, el psicoanálisis no apuntaría a la meta de una normalidad esquemática ni a erradicar de la vida de los analizantes todo tipo de conflicto interno que con el correr de la vida se suscitare. Sólo debería crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo, con lo cual quedaría formalizada su tarea.

Una de las resistencias estructurales a la finalización de los análisis, ya enmarcados en la segunda tópica, es la resistencia del ello; la otra es la del superyó.

En cuanto a la primera, se trata de “una cierta inercia psíquica, una suerte de entropía psíquica, una cierta pesantez en el movimiento de la libido, que no quiere abandonar sus fijaciones.” (Cosentino, 1993); según Freud, de la manifestación de una resistencia a la puesta en descubrimiento de las resistencias.

Con respecto a la segunda, Freud va a dar cuenta, en el mismo texto de 1937, de la otra gran manifestación de la resistencia a la puesta en descubrimiento de las resistencias bajo la fórmula: “El analista es ahora sólo un hombre extraño que le dirige al paciente desagradables propuestas.” Nos estaría hablando aquí del analista como superyó, como manifestación de la “reacción terapéutica negativa”. (Delgado, 2008)

Por otra parte, podríamos decir que mientras su primera técnica se concentraba en la abreacción y en la obtención de recuerdos, posteriormente las mismas resistencias que oficiaban sólo de obstáculo, y que debían sortearse a partir de la insistencia del médico, se convierten en una riquísima

fuente de conocimiento de la historia del paciente, y en particular de su sintomatología.

Si antes de lo que se trataba era de llenar las lagunas mnémicas después de levantar las resistencias, ahora de lo que se trata es del encuentro con la “resistencia al levantamiento de las resistencias.”, es decir,

la curación misma es tratada por el yo como un peligro nuevo (...) Así, pues, existe realmente una resistencia a la puesta en descubierto de las resistencias (...); son resistencias no sólo contra el hacer-conscientes los contenidos-ellos, sino también contra el análisis en general y, por ende, contra la curación. (Freud, 1937)

La sugestión

En cuanto a los inicios de la noción de sugestión, podríamos situarnos a principios de 1900 y citar, por un lado, a Babinski, discípulo de Charcot, y por otro a Bernheim, también médico y miembro de la Escuela de Nancy.

Babinski ubicó el hipnotismo como parte de los fenómenos histéricos, explicando que el mismo “es un estado psíquico que vuelve al sujeto sometido a él, susceptible de sufrir sugestión de otro. Se manifiesta por fenómenos que la sugestión hace surgir, que la persuasión hace desaparecer, y que son idénticos a los accidentes histéricos”.

Si bien al comienzo había aceptado los planteamientos de su maestro Charcot sobre la histeria, avanzando en sus investigaciones señaló que ésta se debía fundamentalmente a “autosugestión”, y que se podía curar mediante “heterosugestión”, por lo que planteó que esta enfermedad se designara con el término “pitiatismo” (curable por sugestión o persuasión).

El neurólogo francés manifestó que los signos y cuadros descritos por Charcot en la histeria se debían a la sugestión que éste ejercía sobre las enfermas, sin haberse dado cuenta de ello, lo cual constituyó una de las causas de lo que se denominó “el escándalo de la Sâlpêtrière”.

Bernheim, por su parte, cuando comenzó a utilizar el método hipnótico para influir sobre enfermedades tanto de base claramente orgánica como sobre aquellos estados nerviosos cuya base orgánica no parecía comprobable, notó que la base de la acción eficaz de la hipnosis era la posibilidad de cierta influencia psíquica sobre el enfermo a la que llamó “sugestión”.

Más tarde, aseveró que podía prescindirse de la hipnosis siempre que se conservara aquel factor de influencia por otros medios pasando, entonces, de la hipnosis a la sugestión directa, y llamando al tratamiento sugestivo “psicoterapia”. (Wild, 2007)

La sugestión, en el primer período de la obra freudiana, aparece íntimamente enlazada a las maniobras a las que recurría el médico, tanto en el procedimiento hipnótico como en el método catártico, en pos de que afloraran en el enfermo los recuerdos patógenos y los síntomas fueran eliminados.

En esta época, la tarea del analista se basaba en colegir el material inconsciente del enfermo y, simplemente, enunciarlo.

Según Wild (2007), en un principio Freud utiliza la hipnosis en el campo clínico, la cual más adelante es abandonada a favor de la sugestión directa, “a pesar de sus iniciales reparos teóricos, terapéuticos y éticos: teóricos, al cuestionar el que sea un término explicativo último y fuera de toda explicación; terapéuticos, por el hecho de que su eficacia sea parcial y poco duradera; y éticos, por el uso autoritario del poder que conlleva.”

La sugestión directa como accionar médico era dirigida contra la exteriorización de los síntomas sin hacer caso de los motivos de la enfermedad.

La finalidad, en esta etapa, era lograr una curación sintomática, es decir, basada en la desaparición de los síntomas que motivaban el tratamiento.

Aquí el método catártico rinde todo lo que se le puede exigir, pues el médico no pretenderá alterar una constitución como la histérica; tiene que darse por contento si elimina el padecer al cual es proclive esa constitución y que puede surgir de ella con la cooperación de condiciones externas. Se dará por contento si el enfermo ha recuperado su productividad. (Freud, 1895)

En tal sentido, en “Psicoterapia de la histeria” se detalla el proceder del médico ante las dificultades técnicas que le ocasionaba el método mediante hipnosis: cuando los pacientes se presentaban aduciendo desconocer el motivo inicial de sus síntomas o no pudiendo evocar más que reminiscencias oscuras e imprecisas, se los compela a recordar en pos de cualquier ocurrencia o ampliación, no echando mano ya a las órdenes hipnóticas.

La maniobra, aquí, consistía en insistir, haciéndolos recostar sobre un diván con los ojos cerrados para lograr concentración o ejerciendo una ligera presión sobre su frente, asegurándoles que, de esta manera, algo se les ocurriría.

Se buscaba la obediencia del enfermo, tratando de disociar su atención de sus asuntos y pensamientos conscientes para lograr la afluencia de los recuerdos patógenos.

La cuestión de la obediencia del paciente y la autoridad del médico es bien ilustrada en esta obra: “Para el progreso del análisis es, naturalmente, de extrema importancia que el médico conserve su autoridad sobre el enfermo pues, si no, dependerá de lo que éste quiera o no comunicarle.”

Los alcances de la sugestión tendrían correlación, aquí, con la voluntad misma del sujeto. Ante el estímulo de la ligera presión en la frente, la representación patógena del enfermo, supuestamente olvidada, es pasible de ser hallada por medio de una asociación asequible; se trataría, solamente, de superar cierto obstáculo en su conciencia. (Freud, 1895)

Sin embargo, Freud reconoce estas maniobras como insuficientes al registrar, junto al pensamiento consciente, el inconsciente como otra organización independiente: “En ocasiones, los datos que obtenemos por el procedimiento de la presión sobre la frente del sujeto surgen en forma y circunstancias tan singulares, que nos inclinamos nuevamente a la hipótesis de una inteligencia inconsciente” (Freud, 1895).

La influencia del médico, a partir de esta técnica, que consideró “la más cómoda y sugestiva”, no provoca en realidad la afluencia de los recuerdos realmente patógenos sino representaciones próximas a la conciencia que, en todo caso, son el punto de partida para una nueva serie de pensamientos y recuerdos: “La representación primeramente despertada por la presión puede corresponder también a un recuerdo perfectamente conocido y nunca reprimido.” (Freud, 1895)

Avanzando en “Psicoterapia de la histeria”, y en cuanto a las dificultades con las que se va encontrando, Freud sostiene que no basta, en realidad, con el apremio del médico y la coerción psíquica, por más concentración que logre el paciente durante el tratamiento. Confiesa que ha descuidado ciertas cuestiones, ya que “la presión sobre la frente del enfermo no es sino una habilidad para sorprender al yo eludiendo, así, por breve tiempo, su defensa. Pero en todos los casos algo importantes reflexiona enseguida el yo y desarrolla de nuevo toda su resistencia”.

Podríamos, a partir de lo expuesto, aventurar una equiparación entre sugestión y conciencia, y hacerlo, también, con los conceptos de transferencia e inconsciente.

Es decir, es en la vía de “solucionar” los síntomas que Freud plantea su concepción del inconsciente y la represión en la base de los síntomas y, a su vez, el método llamado de “asociación libre”, el cual supone, entre otras cosas, la búsqueda de representaciones reprimidas más allá de las resistencias que se oponen a su develamiento.

También supone, en su cumplimiento por parte del paciente, cierta confianza básica, que Freud da por descontada: “Es, además, necesario un pleno consentimiento del enfermo y toda su atención; pero, sobre todo, su confianza en el médico, pues el análisis conduce siempre a los procesos psíquicos más íntimos y secretos.” (Freud, 1895)

Es sólo cuando la relación con el analista exterioriza ciertos fenómenos que obstaculizan el tratamiento que él se detiene a considerar con más miramientos los resortes de tal relación y, en ese sentido, proponer un nuevo término, el de “transferencia”, destinado en principio a diferenciarse de aquél de la “sugestión”. (Wild, 2007)

En su obra “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, de 1912, Freud califica a los métodos por sugestión de ineficaces para descubrir lo

inconsciente en el enfermo, atribuyendo, inclusive, a los mismos, la intensificación de las resistencias más profundas.

En 1904, durante una de sus conferencias y en pos de “rectificar algunos errores”, Freud dice que hace casi ocho años que no emplea el hipnotismo y aclara a la audiencia que entre las técnicas sugestiva y analítica existe una máxima oposición. Y, a modo ilustrativo, cita el arte de Leonardo da Vinci: la técnica sugestiva es como la pintura, que sobre un lienzo blanco pone colores donde nada había; opera sin considerar origen, fuerza y sentido de los síntomas del enfermo sobreponiendo la sugestión. La terapia analítica, en cambio, procede como la escultura, que quita de la piedra la masa que cubre la superficie de la estatua en ella contenida. No busca agregar nada nuevo sino, por el contrario, extraer algo, “y con este fin se preocupa de la génesis de los síntomas patológicos y de las conexiones de la idea patógena que se propone hacer desaparecer.”

El término “sugestión” tendrá, en la teoría psicoanalítica, muy distinta connotación: ya no tendrá que ver con la persuasión, sino con la influencia inevitable del analista tendiente a la superación de las resistencias, tarea de la cual se hará cargo el propio paciente.

Aquí queda implícita la importancia de la abstinencia: “Contra el peligro de falsear, por sugestión, los datos anímicos del sujeto, nos protegemos por medio de un prudente manejo de la técnica.” (Freud, 1923)

En sus Conferencias de 1917 Freud deja bien claro el papel de la sugestión en la terapia analítica: “Su poder está en nuestras manos”, dice.

Aquí la sugestión no oprime, y es utilizada para posibilitar el levantamiento de la represión, operando a modo de una “post educación”.

Es decir, ya no se trata de colegir lo inconsciente del paciente y enunciárselo, sino de remover sus resistencias a partir de la búsqueda del material reprimido, interpretando, coligiendo y comunicándoselas, siempre mediante “el más

poderoso resorte impulsor del trabajo”: la transferencia. “Sin esa transferencia (...) ni siquiera prestaría oídos al médico o a sus argumentos.” (Freud, 1917)

En su 27° Conferencia Freud nos dice que, si bien Bernheim, con gran acierto, aseguró que todos los sujetos son pasibles de ser sugestionados, nunca pudo aclarar el origen de dicho fenómeno; “la sugestionabilidad no es más que la inclinación a la transferencia”, y proviene de la sexualidad, de la actividad libidinal: “Y ahora echamos de ver que hemos abandonado la hipnosis en nuestra técnica sólo para redescubrir la sugestión bajo la forma de la transferencia.” (Freud, 1917)

Y continúa, en la siguiente Conferencia, aclarándonos las diferencias entre la sugestión utilizada en los métodos hipnótico y catártico y la sugestión al servicio de la transferencia en el método psicoanalítico. La primera, al prohibir la aparición de los síntomas sin interesarse por su sentido y significado, no es considerada por Freud como actividad científica, a tal punto de ser calificada de “magia” e indigna de confianza, ya que sólo a veces da resultados, y éstos no perduran, posibilitando el regreso de las dolencias originales. Por otra parte, fomenta la inactividad del paciente, imponiéndole un trabajo ínfimo aunque su padecer sea grave, y no se trabaja ni modifica la transferencia, por lo que es proclive a volver a enfermar.

En definitiva, la sugestión de la primera etapa de la obra de Freud es interpretada, aquí, como una cosmética que prohíbe los síntomas reforzando las represiones en la búsqueda de tapar algo en la vida anímica y dejando intactos los procesos de la formación del síntoma.

La terapia analítica, en tanto, busca descubrir y remover algo de la vida anímica del enfermo, trabajando, en este caso, como una cirugía, hincando hacia la raíz, hasta los conflictos de los cuales nacieron los síntomas para, así, modificar su desenlace. En este sentido impone un trabajo muy costoso para cancelar resistencias, hecho lo cual la vida psíquica del paciente se modifica duraderamente.

Se trata, aquí, de una sugestión en pos de la superación de las resistencias y la transformación interior, de un trabajo con la transferencia resolviendo lo que se va contraponiendo en el transcurso de la terapia, guiando al enfermo para que ponga su libido al servicio del yo y, así, lograr el levantamiento de las represiones que implican gran gasto de energía.

Las causas del enfermar. Modos para alcanzar la curación

Podríamos decir que, de la “Comunicación preliminar” de “Estudios sobre la histeria”, que Breuer y Freud publicaron en 1893, se desprenden dos modelos teóricos, de los cuales el primero daría cuenta de cuestiones concernientes a los factores que motivan los síntomas histéricos y de las vías por las cuales se intentaba suprimir a los mismos a partir de la hipnosis. Ésta está planteada como el medio a través del cual son posibles de despertar en el enfermo los recuerdos del tiempo en que se originó el síntoma, y que son los responsables del mismo.

Si por un lado el estado patológico del paciente persiste a través del tiempo, es aislado y momentáneo el factor que motiva la enfermedad, el cual puede encontrarse con frecuencia en acontecimientos de la infancia.

En cuanto a cómo se concebían las causas del enfermar en esta etapa, los autores hablan de “traumas psíquicos”, los cuales podían producirse a partir de sentimientos tales como la vergüenza, el miedo, la angustia o el dolor psíquico. Nos explican que el trauma, o bien su recuerdo, “actúa a modo de un cuerpo extraño, que continúa ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente, por mucho tiempo que haya transcurrido desde su penetración en él.” El recuerdo de dicho trauma sólo surgiría en estado de hipnotismo, no estando a disposición del enfermo durante el estado de vigilia normal.

En 1906, Freud vuelve a describir la concepción que, en la época del trabajo junto a Breuer, tenía acerca de los síntomas histéricos: los mismos “son efectos perdurables de traumas psíquicos, cuya carga de afecto quedó excluida por determinadas circunstancias de una elaboración consciente, habiendo tenido que abrirse paso, en consecuencia, por un camino anormal conducente a la inervación somática.”

La cura, por su parte, se sostenía en la búsqueda de la descarga del afecto retenido en la memoria del paciente, es decir, recuperando el recuerdo del trauma:

(...) los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto. El recuerdo desprovisto de afecto carece casi siempre de eficacia. El proceso psíquico primitivo ha de ser repetido lo más vivamente posible, retrotraído al 'status nascendi', y 'expresado' después.

La meta terapéutica de la hipnosis consistía, a partir del interrogatorio del que se vale el procedimiento, en procurar la emergencia de los recuerdos que se constituyeron en causa de los fenómenos patológicos, los cuales aparecían vitales cual sucesos recientes. Estos recuerdos, dicen Freud y Breuer, "corresponden a traumas que no han sido suficientemente 'descargados por reacción'".

Así, podemos distinguir lo planteado en la "Comunicación preliminar" como marcado por el peso de las suposiciones de Breuer acerca de la existencia de "estados hipnoides", que son la causa de que determinados recuerdos sean "guardados" en una "segunda conciencia", siendo estos recuerdos vivencias que producen un monto de afecto que el aparato psíquico no logra descargar. La única forma de acceso a la segunda conciencia es a través de la hipnosis, y es por ello que el método terapéutico parte de ella: se hipnotiza al sujeto para acceder al material retenido en la segunda conciencia, luego se lo despierta y se informa a su "conciencia oficial" acerca de estos contenidos.

En sus "Consideraciones teóricas" de "Estudios sobre la histeria" (1895), Breuer cita la siguiente definición de Moebius: "El estado hipnoide debe corresponder a un cierto vacío de la conciencia, en el cual una representación que emerge no encuentra resistencia alguna por parte de otras representaciones (...)"

En la misma obra de 1895, Freud, ya sin Breuer, irá dándole al trauma distintas lecturas y, a la vez, explicará el paso del método hipnótico al catártico –no todos los pacientes resultaban hipnotizables, y además le urgía descubrir qué diferenciaba a la histeria de las demás neurosis-.

En relación a la hipnosis, en sus Conferencias de 1910, Freud, admitiendo sus propias limitaciones y calificándola de “medio auxiliar inseguro y místico”, explica su relación con la resistencia: su efecto es formar una “impenetrable muralla” alrededor de un sector psíquico reprimido.

En cuanto al procedimiento catártico, sus limitaciones fueron por él aceptadas casi desde el comienzo.

Tanto un método como el otro eran aplicados por Freud con la finalidad de lograr una curación sintomática, es decir que su propósito consistía en la desaparición de los síntomas que motivaban el tratamiento y, por lo tanto, los objetivos eran limitados.

Podríamos citar al respecto el siguiente párrafo de la “Comunicación preliminar”: “Consideramos sustantiva la ganancia terapéutica que se logra aplicando este procedimiento. Desde luego, no curamos la histeria en tanto ella es predisposición”.

Otro, de “Psicoterapia de la histeria”, reza:

Aquí el método catártico rinde todo lo que se le puede exigir, pues el médico no pretenderá alterar una constitución como la histérica; tiene que darse por contento si elimina el padecer al cual es proclive esa constitución y que puede surgir de ella con la cooperación de condiciones externas. Se dará por contento si el enfermo ha recuperado su productividad.

Al respecto, dice O. Mannoni (1969) que en “Estudios sobre la histeria” “Freud había descubierto que la sugestión resuelve maravillosamente bien todos los problemas menores, pero no llega hasta el problema central de la neurosis”

Sin embargo, en esta obra vemos que el método de Freud fue evolucionando hacia la investigación causal de los síntomas, y con ello de las neurosis, lo cual

es ilustrado con sus reflexiones acerca de las diferencias que se suscitan en sus ideas sobre las investigaciones antes y después de realizar las mismas. Esto era así al punto de considerar indispensable un exhaustivo análisis antes de tomar conocimiento de cualquier afección neurótica.

Es decir, Freud comenzó a interrogar al síntoma en cuanto a su origen –las escenas traumáticas reprimidas-, y al mismo tiempo persiguiendo su significado–por ejemplo, como expresión del conflicto y la defensa, además de su carácter simbólico. Nos dice, en su ensayo de 1895, que “para grandes cambios se requiere un trabajo grande. El procedimiento de la presión no es más que un ardid para sorprender por un momento al yo que se place en la defensa; en todos los casos serios éste vuelve sobre sus propósitos y prosigue su resistencia”.

Empieza, además, a suponer la existencia de determinados recuerdos, de representaciones incompatibles y, en consecuencia, a formular interpretaciones con las que intenta que los recuerdos patógenos que conforman un núcleo central avancen desde la periferia hacia el mismo, pasando de un estrato a otro.

De esta manera, en "Psicoterapia de la histeria" Freud comienza a discutir la noción de Breuer y a proponer en su lugar la noción de "histeria de defensa". Lo que supone es que no hay una "segunda conciencia", sino que el paciente opone una fuerza, que llama defensa o bien resistencia, que impide el acceso del recuerdo a la conciencia.

Entonces, vemos que hay un segundo modelo que aparece en el discurrir de esta obra: aquí lo que causa la neurosis sería el efecto del trauma en el psiquismo, aunque lo que provoca es un efecto “que no ha dejado como consecuencia una inscripción, sino un quantum de energía que no ha logrado simbolizarse. La cura buscará ‘realizar’ el trauma, es decir, proceder a realizar un acto psíquico a través del cual ese exceso de energía logre ligarse a representaciones.” (Martínez et. al., 2011).

Así, este modelo sostendría que

la causa de la neurosis es un trauma que ha quedado registrado en el inconsciente. El acceso de este trauma a la conciencia está impedido por la represión, y en tanto que tal opera como causa de los síntomas. La cura buscará levantar las represiones, permitiendo al paciente 'recordar' el trauma, dando al mismo tiempo expresión verbal a los afectos concomitantes. (Martínez et. al., 2011)

El método cambia: ya no hace falta la hipnosis, sino un trabajo terapéutico que logre vencer las resistencias que el paciente opone a los recuerdos, "forzándolo" a reconocerlos, es decir, venciendo la resistencia en estado de vigilia.

Al presentársele el problema con la hipnosis explicitado más arriba, Freud se ve en la necesidad de encontrar otra vía a través de la cual poder "ensanchar la memoria" de sus pacientes y así hallar los recuerdos patógenos ausentes de su conciencia. De esta manera lo plantea, siempre en la misma obra de 1895:

Cuando en la primera entrevista preguntaba a mis pacientes si recordaban la ocasión primera de su síntoma, unos decían no saberla, y otros aportaban alguna cosa que designaban como un recuerdo oscuro, y no podían seguirlo. (...) Insistía, les aseguraba (...) que no obstante lo sabían, que ya se acordarían (...) Entonces yo me volvía más insistente aún, ordenaba a los enfermos acostarse y cerrar los ojos deliberadamente para "concentrarse", lo cual ofrecía al menos cierta semejanza con la hipnosis; de este modo hice la experiencia de que sin mediar hipnosis alguna afloraban nuevos y más remotos recuerdos que con probabilidad eran pertinentes para nuestro tema.

Si bien Freud continúa haciendo uso de la sugestión, haciendo valer su poder, al mismo tiempo le está otorgando saber al paciente. (Cacciari, 2011)

Así, podemos señalar el paso del método hipnótico al método psicoanalítico. De aquí en más, Freud dirá, cada vez con más fuerza, que en el tratamiento de lo que se trata es de vencer las resistencias: "La terapia no consiste entonces en extirpar algo -hoy la psicoterapia es incapaz de tal cosa- sino en disolver la

resistencia y así facilitar a la circulación el camino por un ámbito antes bloqueado” (Freud, 1895)

Podría equipararse el fin de la cura en esta etapa, es decir, la realización de un acto psíquico aún no cumplido, con un trabajo de construcción, con la colaboración activa del enfermo a través de la regla de la asociación libre. (Cacciari, 2011)

Para adentrarnos brevemente en la idea del "trauma" en sí misma, y sobre todo de la huella que lo conserva, diremos que, en la última parte de “Psicoterapia de la histeria”, Freud pone en cuestión la posibilidad de lograr el recuerdo de la escena traumática, pues ésta aparece como un "vacío de representación". Hemos dicho que las vivencias traumáticas son, para Freud, las que provocan un afecto penoso de horror, angustia, vergüenza o dolor psíquico. Esto es, la vivencia traumática no tiene materialidad o representación; su recuerdo será eficaz sólo si va acompañado por el afecto concomitante y, lo más importante, es “si frente al suceso afectante se reaccionó enérgicamente o no.” (Freud, 1895)

La cura tendrá que ver con el efecto de la palabra, con la elaboración por medio de las operaciones asociativas. La función del trauma de la época con Breuer virará, “poniendo el acento en la participación (‘reacción’ según Freud) del sujeto, es decir, en la forma en que éste se ha implicado en la escena traumática, inaugurando así la dimensión en que Freud ubicará su teorización de la noción de fantasía.” (Rubinovich, 2011)

Podemos vislumbrar la desconfianza de Freud hacia las vivencias traumáticas en las cartas a Fliess. Una de ellas, de 1896, dice:

La experiencia cotidiana nos demuestra que si la libido es suficientemente intensa, no se experimenta repugnancia alguna y la moral es superada fácilmente (...) A mi juicio, debe existir en la vida sexual una fuente independiente para la provocación del displacer; una fuente que, una vez establecida, es susceptible de activar las percepciones repugnantes, de prestar fuerza a la moral, y así sucesivamente.

En otra, de 1897, Freud plantea que en el acceso a las vivencias o escenas que fueron ocasión para la formación del síntoma se interponen fantasías, falseamientos de recuerdos, que “proceden de cosas oídas, pero sólo más tarde comprendidas”.

La escucha insistente de las escenas de seducción relatadas por las histéricas con las que trabajaba lo lleva a concluir en la Carta 69 del mismo año que “ya no cree en sus neuróticas”.

En “Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de la neurosis”, Freud relee la teoría traumática y propone remplazar esa noción por la de “fantasía”. En los diez años de ininterrumpida labor analizando el material aportado por sus enfermas, concibió exagerada la cantidad de reminiscencias en las que la iniciación sexual de las mismas por parte de personas adultas o por otros niños de mayor edad desempeñaba el papel principal en sus historias. Según su parecer, no podrían distinguirse con seguridad los sucesos realmente acaecidos en la niñez de los falsos recuerdos infantiles.

Dice Freud, en este escrito de 1906:

De entonces acá he aprendido a ver en algunas de aquellas fantasías mnémicas de iniciación sexual tentativas de defensa contra el recuerdo de la propia actividad sexual (masturbación infantil), habiendo debido abandonar, en consecuencia, la acentuación del elemento ‘traumático’ en las experiencias infantiles para retener tan sólo el hecho de que la actividad sexual infantil (espontánea o provocada) marca decisivamente la dirección de la vida sexual ulterior al adulto.

Podríamos decir que las causas del enfermar son, ahora, concebidas de otra manera, ya que los síntomas histéricos no aparecían ya como derivaciones directas de recuerdos reprimidos de vivencias sexuales de la infancia, sino que entre aquéllos y las experiencias infantiles existirían “recuerdos imaginarios”, fantasías, que, “por un lado, aparecían construidas sobre la base y con los materiales de los recuerdos infantiles y se convertían, por otro, en síntomas”. (Freud, 1906)

Lo importante, ahora, no era lo real de lo vivenciado y sentido por el niño en el plano sexual, sino su reacción a tales impresiones y al modo de responder del individuo mediante la represión.

A partir de esta rectificación, la teoría del trauma y la importancia preponderante de la influencia accidental de la sexualidad infantil en la causación de las neurosis quedó sustituida por la suposición sobre la existencia de una disposición neuropática general y por una teoría de la sexualidad infantil que sería una de las contribuciones más trascendentales de Freud a la comprensión del ser humano.

Las “reglas de abstinencia”

En el año 1968 Octave Mannoni señala que, en el método psicoanalítico, el terapeuta “deja elegir al paciente el tema de cada sesión cotidiana en lugar de intentar liquidar los síntomas uno después de otro”, tal como sucedía en la época en la que se utilizaba la hipnosis y el método catártico. “Así, todo lo que se vincula con un mismo síntoma puede aparecer en numerosos fragmentos, en diferentes contextos y en momentos más o menos alejados en el tiempo.”

Mannoni, precisamente, estaría haciendo referencia a la abstinencia del analista, la cual juega un papel preponderante en el método psicoanalítico, contrariamente a lo que sucedía en aquél en el cual se hacía uso de la sugestión para sacar a la luz las ideas inconscientes del enfermo.

Si deseamos rastrear los cimientos del papel de las “reglas de abstinencia” en el tratamiento de las neurosis no tenemos más que retrotraernos al año 1895. Es adentrándonos en “Psicoterapia de la histeria” donde podemos ver cómo Freud se aleja de su idea inicial de que está en manos del analista el suprimir los síntomas del enfermo y propone que “la labor terapéutica consistirá tan sólo en moverle a ello, y una vez conseguido esto, no queda ya para el médico nada que corregir o suprimir.” Y más adelante: “(...) no nos es dado imponer nada al enfermo con respecto a las cosas que aparentemente ignora ni influir sobre los resultados del análisis orientando su expectación”.

Lo que marca la regla de abstinencia no tiene que ver ni con la pasividad del terapeuta ni con una postura de silencio; no se trata de “no hacer”, sino de no precipitarse a ofrecerse como ideal al paciente, dejando de lado sus ideas en torno a la moral y su propia fantasmática.

“Quien actúe entonces proponiéndose como rectificador a su paciente, será como analista un excelente hipnotizador, si quieren decirlo más suave, un sugestionador, un ortopedista, pero no un analista.” (Amigo, 1984)

O, en palabras de Freud: "no se debe educar al enfermo para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser." (1919)

Dice Silvia Amigo: "El analista, si se instala en el silencio, es justamente para que se desplieguen esos clisés que den cuenta de la forma de relación con el Otro que fundó al sujeto".

La transferencia, indispensable en la cura, sería obstaculizada por una intervención activa del psicoanalista. "Es incorrecto dictar al analizado unos deberes: recopilar sus recuerdos, reflexionar sobre cierta época de su vida, etc." (Freud, 1912a), ya que es el mismo quien deberá resolver los secretos de su neurosis.

De lo que se abstiene el médico es de seguir las propias expectativas, ya que "corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe (...) No se debe olvidar que las más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad discernirá". (Freud, 1912a)

En palabras de Lacan, el analista, en el ejercicio de su función, debe "pagar con su persona", esto es, debe abstenerse de guiar la cura desde sus propios deseos e intereses, y de proponer al paciente sus propios ideales.

En "La dinámica de la transferencia" (1912), Freud acude al esquema de las series complementarias para dar cuenta de la transferencia en tanto repetición de una suerte de patrón de la relación del sujeto con los objetos: "(...) La acción conjunta de la disposición congénita y las influencias experimentadas durante los años infantiles determina, en cada individuo, la modalidad especial de su vida erótica."

Pero, ¿cómo es que la persona del analista queda incluida en este proceso?

Una parte de las tendencias libidinosas que determinan la vida erótica

queda detenida en su desarrollo por el veto de la personalidad consciente y de la misma realidad, y sólo ha podido desplegarse en la fantasía o ha permanecido confinada en lo inconsciente (...) Es por tanto, perfectamente normal y comprensible, que la carga de libido que el individuo parcialmente

insatisfecho mantiene esperanzadoramente pronta se oriente hacia la persona del médico. (...) Esta carga se atenderá a ciertos modelos, se enlazará a uno de los clisés dados en el sujeto de que se trate o, dicho de otro modo, incluirá al médico en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta entonces. (Freud, 1912b)

En otras palabras, la investidura libidinal del sujeto parcialmente insatisfecho se volverá, así, del objeto hacia el psicoanalista, ateniéndose a modelos preexistentes.

Retornando a las series complementarias, es en ellas donde adquiere relevancia la noción de “fijación”, en tanto fijación a un objeto, a modos de satisfacción que, justamente en la transferencia, el sujeto reaviva.

En la Conferencia 23, Freud explica que la satisfacción denegada a la libido a causa de la represión se obtendrá a través de los síntomas, que “se engendran como un retoño del cumplimiento del deseo libidinoso inconsciente, desfigurado de manera múltiple” (Freud, 1916)

Así, la libido, errante por naturaleza y capaz de desplazarse de un objeto a otro, tiene por objeto la satisfacción. El camino tendrá rodeos, los cuales podríamos equiparar a los caminos de formación del síntoma.

En las Conferencias de 1916 Freud relata qué ocurre cuando el análisis arremete contra el síntoma e impide dicho modo de satisfacción: la libido, liberada del síntoma, se liga a la figura del analista. De esto se trata la transferencia, de una nueva localización de la libido, que reclama satisfacción. Esta necesidad de satisfacción, dirá Freud, que se traducirá en demandas del paciente derivadas de su transferencia con el médico y ante las cuales éste no debe ceder, sino demostrar al enfermo que “sus sentimientos no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió una vez, con anterioridad. De tal manera lo forzamos a mudar su repetición en recuerdo.”

Así, en transferencia,

el enfermo querría comportarse como lo hizo en su tiempo, mientras que uno, reuniendo todas las fuerzas anímicas disponibles (del paciente), lo obliga a tomar otra decisión. (...)En lugar de la enfermedad propia del paciente, aparece la de la transferencia; en lugar de los diversos tipos de objetos libidinales irreales, aparece un único objeto, también fantaseado: la persona del médico.

La noción de “abstinencia” por parte del analista en el tratamiento de las neurosis es delimitada por Freud con precisión en “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, obra que escribió en 1914 y la cual dedica al problema del manejo de la transferencia en análisis, manejo que traerá no pocas dificultades, según su enseñanza, a todo principiante en el terreno del psicoanálisis.

Podríamos decir que el analista sabe que se está ofreciendo como objeto de la transferencia de su paciente, y que si surgiere por parte de éste un “enamoramiento” que no es un amor objetivo sino impuesto por la situación misma del tratamiento, a raíz de sus resistencias, ceder sería un abuso. Es decir, “la técnica analítica impone al médico el mandamiento de denegar a la paciente menesterosa de amor la satisfacción apetecida. La cura tiene que ser realizada en la abstinencia”. De lo que se trata es de “mantener el amor de transferencia sin satisfacerlo” (Freud, 1914), ya que “Freud no desilusiona a la paciente del Amor. Para él ese Amor es ‘verdadero’ pero ‘ilegítimo’”. (Martínez et.al., 2011)

¿A qué se refiere Freud cuando habla de no satisfacer el amor de transferencia? Se refiere a abstenerse de varias cuestiones: abstenerse de corresponder al paciente en su amor, evitando negarlo o rechazarlo; abstenerse de seguir la propia inclinación erótica, y de aceptar las opiniones del profano, de los parientes o del propio paciente.

No es tarea fácil, ya que se trata de luchar en varios frentes –internamente, fuera y dentro del análisis-. “Aquí el analista se enfrenta con una decisión, un ‘acto’ que requiere de un juicio ético que la sostenga, pues frente a su acto el

analista está solo, incluso sin la compañía de sus propios sentimientos.”
(Martínez et.al., 2011)

Conclusiones

Al comienzo del presente trabajo nos propusimos investigar cuáles fueron los factores que impulsaron a Freud a utilizar los métodos hipnótico y catártico, y las razones clínicas que decidieron su uso y, posteriormente, su abandono. En pos de dicho objetivo situamos brevemente los antecedentes del hipnotismo, método cuyo procedimiento describimos a partir de sus primeros historiales, escritos en 1895, y que introduce el concepto de “sugestión”, crucial para nuestro trabajo, ya que, tal como lo enunció Bercherie en 1983, “la hipnosis era sólo un estado que favorecía la acción de la sugestión, y a su vez inducido por sugestión”.

Vimos, además, que fue gracias a la sugestión hipnótica que Freud se enfrentó por primera vez con la cuestión de la relación terapéutica y su “halo erótico” y, en la práctica, con dificultades concretas en la obtención de trances profundos e incluso fracasos en el intento de hipnotizar a algunos sujetos.

En cuanto al método catártico, fueron descritas sus principales características y se lo situó como un continuador de la hipnosis y antecesor del método psicoanalítico, del cual podría decirse conformó sus cimientos en lo que a la técnica de la asociación libre se refiere: “(...) debía tener en cuenta que estaba obligada a conservar una absoluta objetividad y a comunicarme todo aquello que surgiera en su imaginación, tuviese o no relación, a su juicio, con el tema planteado.” (Freud, 1895)

A continuación, hicimos el intento de delimitar las particularidades que llevaron a Freud a abordar el método psicoanalítico y los cambios que el mismo fue sufriendo a partir de la construcción de las nociones de “resistencia” y “transferencia”. Aquí, planteamos las limitaciones que, en “Estudios sobre la histeria”, Freud encuentra en el método catártico: por un lado, no todos los pacientes eran pasibles de ser hipnotizados; por otro, con dicho método no lograba explicitar la etiología de la histeria y sus diferencias con otras neurosis,

además de no poder evitar el surgimiento de nuevos síntomas en lugar de los suprimidos al no actuar sobre las condiciones causales de la enfermedad.

Por otro lado, observa que de lo que se trataba, a partir del esfuerzo mediante el cual se apremiaba al paciente a recordar, era de vencer una resistencia del sujeto.

En cuanto a la noción de transferencia, surge en la obra de Freud en 1895, donde es descrita como un “falso enlace” y obstáculo resistencial que debe removerse. La disposición a la misma caracteriza la estructura del sujeto, en lo que a la neurosis se refiere, por lo que su operar no se reduce al contexto analítico.

Sobre las particularidades que originaron que Freud abordara el método psicoanalítico, vimos que las mismas son expuestas en “Psicoterapia de la histeria”, donde son enumerados los inconvenientes surgidos a partir de la aplicación de las técnicas hipnótica y catártica, además de advertir que es en este escrito donde, a partir de la delimitación de la noción de “resistencia”, Freud propone una primera descripción tópica del aparato psíquico, enteramente organizado en función de esta noción, la cual establece los modos de relación entre la conciencia, el preconscious y el inconsciente.

Concluimos, así, cómo se va delineando, en 1895 y a partir del concepto de “resistencia”, una primera descripción del aparato psíquico, donde Freud relaciona lo consciente con el yo, y sugiere que lo inconsciente sería lo “expulsado de la conciencia”, aquello de lo cual el sujeto no se percata por una cuestión defensiva a causa de su condición displacentera.

Posteriormente, nos propusimos rastrear el papel de la “sugestión”, siempre en la obra de Freud, tanto en los métodos hipnótico y catártico como en el psicoanálisis, para lo cual comenzamos situando los inicios de dicha noción, a principios de 1900.

Pudimos colegir que la misma, en el primer período de la obra freudiana, aparece íntimamente enlazada a las maniobras a las que recurría el médico,

tanto en el procedimiento hipnótico como en el método catártico, en pos de que afloraran en el enfermo los recuerdos patógenos y los síntomas fueran eliminados. Es decir, la finalidad en esta etapa era lograr una curación sintomática, es decir, basada en la desaparición de los síntomas que motivaban el tratamiento.

Avanzando en Psicoterapia de la histeria reparamos en que Freud se percató de que no bastaba, en realidad, con el apremio del médico y la coerción psíquica, teniendo en cuenta su confesión acerca de que ha descuidado ciertas cuestiones, ya que “la presión sobre la frente del enfermo no es sino una habilidad para sorprender al yo eludiendo, así, por breve tiempo, su defensa.” En este sentido, años más tarde, califica a los métodos por sugestión de ineficaces para descubrir lo inconsciente en el enfermo, atribuyendo, inclusive, a los mismos, la intensificación de las resistencias más profundas.

A partir de lo expuesto ensayamos una equiparación entre sugestión y conciencia y, también, entre los conceptos de transferencia e inconsciente.

Vimos que el término “sugestión” tiene, en la teoría psicoanalítica, muy distinta connotación: ya no se emparentará con la persuasión, sino con la influencia inevitable del analista tendiente a la superación de las resistencias, tarea de la cual se hará cargo el propio paciente.

Más adelante, nuestro objetivo consistió en tratar de establecer las causas del enfermar y los modos a través de los cuales podría alcanzarse la curación, siempre dentro de las etapas de las técnicas hipnótica y catártica y de la del método psicoanalítico. Fue así que concluimos que, en la primera, Freud y Breuer, en 1893, sitúan la etiología de la neurosis en los llamados “traumas psíquicos”, los cuales podían producirse a partir de sentimientos tales como la vergüenza, el miedo, la angustia o el dolor psíquico, y nos explican que su recuerdo “actúa a modo de un cuerpo extraño, que continúa ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente, por mucho tiempo que haya transcurrido desde su penetración en él.”

La cura, por su parte, se sostenía en la búsqueda de la descarga del afecto retenido en la memoria del paciente, es decir, recuperando el recuerdo del trauma

Luego, en el discurrir de "Psicoterapia de la histeria", vimos que el método de Freud fue evolucionando hacia la investigación causal de los síntomas, interrogándolos en cuanto a su origen –las escenas traumáticas reprimidas- y, a la vez, persiguiendo su significado–por ejemplo, como expresión del conflicto y la defensa, además de su carácter simbólico.

De esta manera, en esta obra Freud comienza a discutir la noción de Breuer y a proponer en su lugar la noción de "histeria de defensa"; esto es, el paciente opone una fuerza, que llama defensa o bien resistencia, que impide el acceso del recuerdo a la conciencia.

Concluimos, así, que el método cambia: ya no hace falta la hipnosis, sino un trabajo terapéutico que logre vencer las resistencias que el paciente opone a los recuerdos, "forzándolo" a reconocerlos, es decir, venciendo la resistencia en estado de vigilia. La cura buscará 'realizar' el trauma, es decir, proceder a realizar un acto psíquico a través del cual ese exceso de energía logre ligarse a representaciones" (Martínez et. al., 2011), y tendrá que ver con el efecto de la palabra, con la elaboración por medio de las operaciones asociativas.

Asimismo, pudimos vislumbrar el origen de la desconfianza de Freud hacia las vivencias traumáticas en las cartas a Fliess, donde plantea que en el acceso a las vivencias o escenas que fueron ocasión para la formación del síntoma se interponen fantasías, falseamientos de recuerdos, que "proceden de cosas oídas, pero sólo más tarde comprendidas".

La escucha insistente de las escenas de seducción relatadas por las histéricas con las que trabajaba lo lleva a concluir que "ya no cree en sus neuróticas".

Vimos que, en el año 1905, Freud relee la teoría traumática y propone sustituir esa noción por la de "fantasía". Según su concepción, no podrían distinguirse

con seguridad los sucesos realmente acaecidos en la niñez de los falsos recuerdos infantiles.

Lo importante, ahora, no era lo real de lo vivenciado y sentido por el niño en el plano sexual, sino su reacción a tales impresiones y al modo de responder del individuo mediante la represión.

Por último, nos propusimos la tarea de delimitar el papel de las “reglas de abstinencia” en el devenir de las ideas freudianas relativas al tratamiento de las neurosis, y lo hicimos rastreando los cimientos del papel de las mismas retrotrayéndonos, una vez más, al año 1895 y a “Psicoterapia de la histeria”. Allí pudimos percibir el alejamiento de Freud de su idea inicial que sostenía que estaba en manos del analista el suprimir los síntomas del enfermo.

Concluimos que lo que marca la regla de abstinencia no tiene que ver ni con la pasividad del terapeuta ni con una postura de silencio, ya que no se trata de “no hacer”, sino de no precipitarse a ofrecerse como ideal al paciente, dejando de lado sus ideas en torno a la moral y su propia fantasmática.

Así, dice Freud en 1912 que “es incorrecto dictar al analizado unos deberes: recopilar sus recuerdos, reflexionar sobre cierta época de su vida, etc.”, ya que es el mismo quien deberá resolver los secretos de su neurosis, y en “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, de 1914, aborda el problema del manejo de la transferencia en análisis, manejo que traerá no pocas dificultades, según su enseñanza, a todo principiante en el terreno del psicoanálisis.

Comprendimos que el analista sabe que se está ofreciendo como objeto de la transferencia de su paciente, y que si surge por parte de éste un “enamoramamiento” que no es un amor objetivo sino impuesto por la situación misma del tratamiento, a raíz de sus resistencias, ceder implicaría un abuso.

De lo que se trata es de “mantener el amor de transferencia sin satisfacerlo” (Freud, 1914), ya que “Freud no desilusiona a la paciente del Amor. Para él ese Amor es ‘verdadero’ pero ‘ilegítimo’”. (Martínez et.al., 2011)

En cuanto a qué se refiere Freud cuando habla de no satisfacer el amor de transferencia, citamos varias cuestiones, tales como abstenerse de corresponder al paciente en su amor, evitando negarlo o rechazarlo; abstenerse de seguir la propia inclinación erótica, y de aceptar las opiniones del profano, de los parientes o del propio paciente.

A partir de la presente investigación exploratoria nos propusimos contrastar, en la obra de Freud, los modelos de dirección de la cura en los métodos hipnótico, catártico y psicoanalítico, examinando el pasaje de un método a otro y las razones que los generaron. Lo hicimos examinando el devenir de las ideas freudianas relativas al tratamiento de las neurosis, indagando los modelos de dirección de la cura que se corresponden con cada una de estas propuestas terapéuticas: esto es, cómo eran concebidas las causas del enfermar y los modos a través de los cuales podría alcanzarse la curación, a partir de un eje conceptual que sirvió de ordenador de nuestra lectura: el concepto de "abstinencia", el cual intentaremos presentar como el elemento sobre el que se sostiene el pasaje de los métodos hipnótico y catártico al método psicoanalítico.

Así, el trabajo consistió en una revisión del pasaje de la primera etapa en su trabajo en lo que respecta a los orígenes del psicoanálisis: el trabajo con Breuer, la sugestión hipnótica y el método catártico-con el foco puesto en la supresión de los síntomas-, a un segundo momento, donde podría situarse el comienzo del método psicoanalítico propiamente dicho.

Referencias bibliográficas

- Amigo, S. (1984) *Amor de transferencia: entre el espejismo y la eficacia*. Trabajo presentado en Seminario Freudiano. 1° ed. 1989, Artes gráficas IDEA, Mar del Plata, Argentina.
- Bercherie, P. (1983) *Génesis de los conceptos freudianos*. 1° ed. 1988. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- (1986) *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Ed. Manantial, Buenos Aires.
- Cosentino, J.C. (1993) *Construcción de los conceptos freudianos*. Ed. Manantial, Buenos Aires.
- Chertok, L. y de Saussure, R. (1973) (1980 primera edición en castellano) *Nacimiento del psicoanalista. Vicisitudes de la relación terapéutica de Mesmer a Freud*. Ed. Gedisa, Barcelona.
- Delgado, O. (2008) *El legado freudiano*, mesa plenaria, apertura 1° Jornada de Psicoanálisis Freud I, Vigencia de los conceptos psicoanalíticos, Facultad de Psicología UBA.
- Freud, S. (1889) Prólogo y notas al libro de Bernheim "De la sugestión et de ses applicacions a la thérapeutique". En *Obras completas*, vol.1, Hyspamérica Ediciones, Buenos Aires.
- (1895) Estudios sobre la histeria. En *Obras completas*, vol.1, Hyspamérica Ediciones, Buenos Aires.
- (1896) Cartas a Fliess. En *Obras completas*, vol.1, Hyspamérica Ediciones, Buenos Aires.
- (1900) La interpretación de los sueños. En *Obras Completas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires
- (1903) *El método psicoanalítico de Freud*. Ed. Biblioteca nueva, Madrid.

- (1905) *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. Ed. Biblioteca nueva, Madrid.
- (1906) Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de la neurosis. En *Obras Completas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1910) *Psicoanálisis*. Cinco conferencias pronunciadas en la Clark University (Estados Unidos) Ed. Biblioteca nueva, Madrid.
- (1912a). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1912b) La dinámica de la transferencia. En *Obras Completas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1912c) Nota sobre el concepto de lo inconsciente en psicoanálisis. En *Obras Completas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras Completas*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1914a) *Recuerdo, repetición y elaboración*. Editorial Biblioteca nueva, Madrid.
- (1914b) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III) En *Obras completas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1916) Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III) En *Obras completas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1917) Conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras Completas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- (1937) Análisis terminable e interminable. En *Obras completas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- Lacan, J. (1958) La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos*, Siglo XXI, Bs. As., 2003.

- Lacan, J. (1966) De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos 2*, Siglo veintiuno editores, sa.
- Laplanche y Pontalis. (1967) Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1996 1° Ed. 8° Reimp.
- Mannoni, O. (1968) *Freud. El descubrimiento del inconsciente*. Ed. Nueva visión, Buenos Aires.
- Martínez, H. *Los modelos pulsionales freudianos*. Cátedra Desarrollos del psicoanálisis, Facultad de Psicología UNMdP.
- Martínez, H. et.al. (2011) *La dirección de la cura en los textos freudianos*. Eudem, Mar del Plata, Argentina.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (1997) *Diccionario de psicoanálisis*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2005 1°Ed. 2° Reimp.
- Wild, H. (2007) *Transferencia y sugestión*. Clase dictada en Tres Arroyos el 2/6/2007. <http://www.bahiamasotta.com.ar>