

II. Historiales clínicos (Breuer y Freud)

1. Señorita Anna O.

(Breuer)

La señorita Anna O., de 21 años cuando contrajo la enfermedad (1880), parece tener un moderado lastre neuropático a juzgar por algunas psicosis sobrevenidas en su familia extensa; los padres son sanos, pero nerviosos. Ella fue siempre sana antes, sin mostrar nerviosismo alguno en su período de desarrollo; tiene inteligencia sobresaliente, un poder de combinación asombrosamente agudo e intuición penetrante; su poderoso intelecto habría podido recibir un sólido alimento espiritual y lo requería, pero este cesó tras abandonar la escuela. Ricas dotes poéticas y fantasía, controladas por un entendimiento tajante y crítico. Este último la volvía también *por completo insugestionable*; sólo argumentos, nunca afirmaciones, influían sobre ella. Su voluntad era enérgica, tenaz y persistente; muchas veces llegaba a una testarudez que sólo resignaba su meta por bondad, por amor hacia los demás.

Entre los rasgos más esenciales del carácter se contaba una bondad compasiva; el cuidado y el amparo que brindó a algunos pobres y enfermos le prestaron a ella misma señalados servicios en su enfermedad, pues por esa vía podía satisfacer una intensa pulsión. — Mostraba siempre una ligera tendencia a la desmesura en sus talantes de alegría y de duelo; por eso era de genio un poco antojadizo. El elemento sexual estaba asombrosamente no desarrollado;¹ la enferma, cuya vida se volvió transparente para mí como es raro que ocurra entre seres humanos, no había conocido el amor, y en las masivas alucinaciones de su enfermedad no afloró nunca ese elemento de la vida anímica.

Esta muchacha de desbordante vitalidad espiritual llevaba una vida en extremo monótona, y es probable que el modo en que ella se la embellecía resultara decisivo para su enfermedad. Cultivaba sistemáticamente el soñar diurno, al que llamaba su «teatro privado». Mientras todos la creían pre-

¹ [Freud citó esta oración, aunque no *verbatim*, en una nota al pie de *Tres ensayos de teoría sexual* (1905d), AE, 7, pág. 149, y en la *Presentación autobiográfica* (1925d), AE, 20, pág. 22.]

sente, revivía en su espíritu unos cuentos: si la llamaban, estaba siempre alerta, de suerte que nadie sospechaba aquello. Esa actividad trascurría junto a los quehaceres hogareños, que ella cumplía de manera intachable. Informaré luego sobre cómo esa ensoñación habitual de la mujer sana pasó directamente a la enfermedad.

El ciclo de la enfermedad se descompone en varias fases bien separadas; ellas son:

A. Incubación latente. Desde mediados de julio de 1880 hasta el 10 de diciembre, más o menos. Esta fase casi siempre se sustrae de nuestro conocimiento, pero en este caso, debido a su peculiaridad, se pudo averiguarla de una manera tan completa que ya por ese hecho estimo en mucho su interés patológico. Expondré luego esta parte del historial.

B. Contracción manifiesta de la enfermedad; una psicosis peculiar, parafasia, *strabismus convergens*, perturbaciones graves de la visión, parálisis por contractura, total en la extremidad superior derecha y en ambas inferiores, parcial en la extremidad superior izquierda, paresia de la musculatura cervical. Progresiva reducción de la contractura en las extremidades del lado derecho. Alguna mejoría, interrumpida por un grave trauma psíquico (muerte del padre) en abril, a lo cual sigue:

C. Un período de sonambulismo persistente, que luego alterna con estados más normales; continuación de una serie de síntomas duraderos hasta diciembre de 1881.

D. Progresiva involución de esos estados y fenómenos hasta junio de 1882.

En julio de 1880, el padre de la paciente, a quien ella amaba con pasión, contrajo un absceso de peripleuritis que no sanó y a consecuencia del cual murió en abril de 1881. Durante los primeros meses de esa enfermedad, Anna se consagró al cuidado del enfermo con toda la energía de su ser, y a nadie sorprendió que se debilitara mucho. Nadie, quizá tampoco la propia paciente, sabía lo que le estaba sucediendo; pero poco a poco empeoró tanto su estado de debilidad, anemia, asco ante los alimentos, que para su máximo dolor la alejaron del cuidado del enfermo. La ocasión más inmediata para ello la ofreció una tos intensísima, a raíz de la cual la examiné por primera vez. Era una típica *tussis nervosa*. Pronto acusó una llamativa necesidad de reposo en las horas de la siesta, a lo cual seguía al atardecer un estado de adormecimiento y luego una intensa inquietud.

A comienzos de diciembre surgió el *strabismus convergens*. Un oculista lo explicó (erróneamente) como paresia de un abductor. El 11 de diciembre la paciente cayó en cama, y siguió en ella hasta el 1º de abril.

En rápida sucesión se desarrollaron una serie de graves perturbaciones, *en apariencia* totalmente nuevas.

Dolores en el sector posterior izquierdo de la cabeza; *strabismus convergens* (diplopia), que las emociones agravaban mucho; queja de ver inclinarse las paredes (afección del *obliquus*). Perturbaciones visuales de difícil análisis; paresia de los músculos anteriores del cuello, de suerte que la paciente terminó por mover la cabeza sólo si la apretaba hacia atrás entre los hombros alzados y giraba la espalda. Contractura y anestesia de la extremidad superior derecha y, pasado algún tiempo, de la inferior de ese mismo lado; esta última, extendida por completo, aducida y rotada hacia adentro; luego, igual afección apareció en la extremidad inferior izquierda y, por último, en el brazo izquierdo, cuyos dedos conservaron empero cierta movilidad. Tampoco las articulaciones del hombro de ambos lados quedaron por completo rígidas. El máximo de la contractura afectaba a los músculos del brazo, así como luego, cuando la anestesia pudo ser examinada con mayor precisión, la zona del codo demostró ser la más insensible. Al comienzo de la enfermedad, el examen de la anestesia no era completo a causa de la resistencia de la paciente, debida a unos sentimientos de angustia.

En ese estado empecé a tratar a la enferma, y pronto pude convencerme de estar ante una grave alteración psíquica. Existían dos estados de conciencia enteramente separados; alternaban entre sí muy a menudo y sin transición, y fueron divorciándose cada vez más en el curso de la enfermedad. En uno de ellos conocía a su contorno, estaba triste y angustiada pero relativamente normal; en el otro alucinaba, se «portaba mal», vale decir insultaba, arrojaba las almohadas a la gente toda vez que se lo permitía su contractura, arrancaba con sus dedos móviles los botones del cubrecamas y la ropa blanca, etc. Si durante esa fase se alteraba algo dentro de la habitación, entraba o salía alguien, ella se quejaba después de que le faltaba tiempo, e indicaba las lagunas en el decurso de sus representaciones concientes. Toda vez que luego se le disimulaba eso en lo posible y se procuraba tranquilizarla ante su queja de que se volvía loca, a aquella botadura de los almohadones, etc., seguían todavía quejas en cuanto al trato a que se la sometía, el desorden en que se la dejaba, etc.

Esas ausencias ya se habían observado cuando aún no

había caído en cama; entonces se atascaba en mitad de lo que iba diciendo, repetía las últimas palabras y tras breve lapso retomaba el hilo. Poco a poco esto tomó las dimensiones descritas, y en el apogeo de la enfermedad, cuando la contractura le afectó también el lado izquierdo, sólo por breves lapsos estaba casi normal durante el día. Pero las perturbaciones desbordaban también sobre los momentos de conciencia relativamente clara; rapidísima alternancia de talantes extremos, fugacísima alegría, de ordinario sentimientos de angustia grave, oposición empeñada a todas las prescripciones terapéuticas, angustiosas alucinaciones sobre unas serpientes negras, que tal le parecían sus cabellos, cintas, etc. Tras eso ella misma se exhortaba a no ser tan tonta, pues que eran sólo sus cabellos, etc. En momentos de claridad total, se quejaba de las profundas tinieblas que invadían su cabeza, de que no podía pensar, se volvía ciega y sorda, tenía dos yoes, el suyo real y uno malo que la constreñía a un comportamiento díscolo, etc.

A las siestas caía en una somnolencia que duraba más o menos hasta pasada una hora de la puesta del sol; luego despertaba, se quejaba de que algo la martirizaba, o más bien repetía siempre el *infinitivo*: «Martirizar, martirizar».

Después, simultánea a la formación de las contracturas sobrevino una profunda desorganización funcional del lenguaje. Primero se observó que le faltaban palabras, y poco a poco esto cobró incremento. Luego, su lenguaje perdió toda gramática, toda sintaxis, la conjugación íntegra del verbo; por último lo construía todo mal, las más de las veces con un infinitivo creado a partir de formas débiles del participio y el pretérito, sin artículo. En un desarrollo ulterior, también le faltaron casi por completo las palabras, las rebuscaba trabajosamente entre cuatro o cinco lenguas y entonces apenas si se la entendía. En sus intentos de escribir (al principio, hasta que la contractura se lo impidió por completo), lo hacía en ese mismo dialecto. Durante dos semanas enteras cayó en total mutismo, y en sus continuados y tensos ensayos de hablar no profería sonido alguno. Aquí por vez primera se volvió claro el mecanismo psíquico de la perturbación. Yo sabía que algo la había afrentado {mortificado} mucho y se había decidido a no decir nada. Cuando lo hube colegido y la compeli a hablar acerca de ello, desapareció la inhibición que hasta entonces le imposibilitara además cualquier otra preferencia.

Esto coincidió en el tiempo con el retorno de la movilidad en las extremidades del lado izquierdo, en marzo de 1881; la parafasia cedió, pero ahora sólo hablaba en *inglés*,

al parecer sin saber que lo hacía; reñía con la enfermera, quien desde luego no la entendía; sólo varios meses después logré convencerla de que hablaba en inglés. Empero, ella entendía a su contorno germanohablante. Sólo en momentos de gran angustia el lenguaje se le denegaba por completo o mezclaba entre sí los más diversos idiomas. En sus horas mejores, más libres, hablaba en francés o italiano. Entre esos períodos y aquellos en que hablaba en inglés existía una amnesia total. Entonces cedió también el estrabismo, que por último aparecía únicamente en caso de emoción violenta; volvió a mover la cabeza. El 1° de abril abandonó la cama por primera vez.

Pero el 5 de abril murió su padre, endiosado por ella, y a quien en el curso de su propia enfermedad sólo había visto por breve tiempo y raras veces. Era el más grave trauma psíquico que pudiera afectarla. A una emoción violenta siguió un profundo estupor, que duró cerca de dos días y del que salió en un estado muy alterado. Continuaron la contractura del brazo y la pierna del lado derecho, así como la anestesia, no profunda, de esos miembros. Subsistió un alto grado de estrechamiento del campo visual. De un ramillete de flores, que la alegraba mucho, veía sólo una flor por vez. Se quejaba de no reconocer a las personas. Antes reconocía los rostros sin verse precisada a un empeño deliberado; ahora, en ese laboriosísimo «*recognizing work*» {«trabajo de reconocimiento»} debía decirse: la nariz es así, de tal suerte los cabellos, por consiguiente es tal o cual persona. La gente se le convertía como en unas figuras de cera, sin relación con ella. Muy penosa le resultaba la presencia de algunos parientes cercanos, y ese «instinto negativo» fue en aumento. Si entraba en la habitación alguien a quien antes habría tenido gusto en ver, lo reconocía, por breve lapso estaba presente, y enseguida volvía a su ensimismamiento; esa persona desaparecía así para ella. Sólo a mí me conocía siempre cuando yo entraba; también permanecía siempre presente y despabilada mientras hablaba con ella, salvo en las ausencias alucinatorias que le seguían sobreviniendo de una manera por entero repentina.

Ahora sólo hablaba en inglés y no entendía lo que se le decía en alemán. Sus allegados debían hablar en inglés con ella; hasta la enfermera aprendió a entenderla en alguna medida. Pero leía en francés e italiano; si debía hacerlo en voz alta, con asombrosa presteza y fluidez daba una versión inglesa de lo escrito en la hoja.

Empezó a escribir de nuevo, pero de una manera curiosa; escribía con la mano izquierda ágil, pero en letras de im-

prenta del tipo «Antigua», con un alfabeto que se había construido a partir de su Shakespeare.

Si ya antes había tomado mínimas porciones de alimento, ahora se rehusaba por completo a comer; pero permitió que yo la alimentara, de suerte que su nutrición fue en rápido aumento. Después que se le suministraba comida, nunca omitía lavarse la boca, y lo hacía también cuando por una razón cualquiera no había comido nada —un signo de cuán ausente se encontraba—.

La somnolencia a la siesta y el sopor profundo hacia el atardecer perduraban. Pero si después se declaraba {*Aussprechen*} (más adelante consideraré este punto con profundidad), le volvían la claridad, la tranquilidad, la alegría.

Ese estado relativamente tolerable no duró mucho. Unos diez días después de la muerte de su padre se llamó a un médico en consulta; ella lo ignoró absolutamente, como a todos los extraños, mientras yo le hacía demostración de todas sus rarezas. «*That's like an examination*» {«Es como un examen»}, dijo riendo cuando le hice leer en voz alta un texto en francés que ella pasó al inglés. El médico extraño procuraba meter baza, hacérsele notable; en vano. Era la verdadera «alucinación negativa» que después se ha producido tan a menudo por vía experimental. Por fin el médico consiguió quebrar esta soplándole humo al rostro. De pronto ella vio a un extraño, se precipitó sobre la puerta para quitar la llave, y cayó al piso desmayada; siguió un breve ataque de cólera y luego uno de fuerte angustia, que pude apaciguar con gran trabajo. Desdichadamente debí partir de viaje esa misma tarde, y cuando regresé varios días después hallé muy empeorada a la enferma. Se había abstenido totalmente de comer durante ese tiempo, sentimientos de angustia la anegaban, en sus ausencias alucinatorias proliferaban figuras terroríficas, calaveras, esqueletos. Como al vivir estas cosas las teatralizaba diciéndolas en parte, sus allegados las más de las veces conocían el contenido de estas alucinaciones.

A la siesta, somnolencia; hacia el atardecer, la hipnosis profunda para la cual ella había hallado la designación técnica de «*clouds*» («nubes»). Si luego podía referir las alucinaciones del día, despertaba con mente clara, tranquila, alegre, se ponía a trabajar, dibujaba o escribía durante la noche con pleno uso de razón; hacia las cuatro se metía en cama, y por la mañana la misma escena recomenzaba, igual al día anterior. Era en extremo llamativa esa oposición entre la enferma diurna enajenada, asediada por alucinaciones, y la muchacha con plena claridad espiritual por las noches.

A pesar de esta euforia nocturna, su estado psíquico siguió

empeorando cada vez más; sobrevinieron intensos impulsos suicidas, que volvieron imposible que siguiera residiendo en un tercer piso. Por eso se la trasladó contra su voluntad a una casa de campo de las cercanías de Viena (el 7 de junio de 1881). Yo nunca la había amenazado con este alejamiento que le resultaba aborrecible, pero ella lo esperaba y temía en silencio. También con esta ocasión se volvió patente el dominio que sobre su perturbación psíquica ejercía el afecto de angustia. Así como tras la muerte de su padre le sobrevino un estado calmo, también se tranquilizó ahora, después que se produjo lo que temía. No, en verdad, sin que los primeros tres días con sus noches, siguientes a la mudanza, los pasara sin dormir ni probar bocado, con repetidos intentos de suicidio (que en el jardín no eran peligrosos), rotura de ventanas, etc., alucinaciones sin ausencia, lo cual las diferenciaba enteramente de las otras. Después se tranquilizó, tomó el alimento que le suministraba la enfermera, y también cloral al anochecer.

Antes de describir la ulterior trayectoria, debo retroceder una vez más y exponer una peculiaridad del caso, que hasta ahora sólo rocé de pasada.

Ya señalé que en todo el ciclo anterior diariamente aquejaba a la enferma una somnolencia a las siestas, que hacía el atardecer se convertía en sueño profundo («clouds»). (Es muy verosímil derivar esta periodicidad simplemente de las circunstancias que rodearon su cuidado del padre, al que se había consagrado durante meses. Por la noche velaba junto al lecho del enfermo, o permanecía en su cama despierta hasta la mañana, al acecho y llena de angustia; a la siesta se recostaba para reposar algún tiempo, como casi siempre suele hacerlo una persona en su situación, y acaso este tipo de vigilia nocturna y sueño a las siestas se deslizó de contrabando en su propia enfermedad y persistió cuando hacía ya tiempo que el sueño había sido remplazado por un estado hipnótico.) Cuando el sopor duraba más o menos una hora, se ponía inquieta, removiéndose de un lado al otro y exclamando una y otra vez: «Martirizar, martirizar», siempre con los ojos cerrados. Por otra parte, se había reparado en que durante sus ausencias diurnas evidentemente forjaba siempre alguna situación o historia, de cuya trama daban noticia ciertas palabras murmuradas. Pues bien; sucedió, por casualidad al comienzo, y luego de manera deliberada, que alguno de sus allegados dejaba caer una de esas palabras claves mientras la paciente se quejaba de su «martirizar»; de pronto ella

se acordaba y empezaba a pintar una situación o a relatar una historia, al principio balbuciéndola en su dialecto parafásico, y con mayor fluidez cuando avanzaba, hasta que al final hablaba un correctísimo alemán. (En la primera época, antes que diera en hablar sólo en inglés.) Las historias, siempre tristes, eran en parte muy lindas, del tipo de *Bilderbuch ohne Bilder*, de Andersen, y probablemente construidas según este modelo; las más de las veces, su punto de partida o su argumento era la situación de una muchacha sentada ante el lecho de un enfermo y presa de angustia; no obstante, también eran procesados otros motivos, de índole por entero diversa. — Momentos después de terminado el relato, despertaba, manifiestamente tranquilizada o, como ella decía, «*gehäglich*».* Por las noches volvía a intranquilizarse, y a la mañana, tras dos horas de sueño, no había duda de que ya estaba dentro de otro círculo de representaciones. — Si en la hipnosis del anochecer no podía referirme la historia, le faltaba aquella calma y al día siguiente era preciso que refiriera dos historias para producir esa tranquilidad.

Lo esencial del fenómeno descrito —la acumulación y condensación de sus ausencias en la autohipnosis del anochecer, la eficacia de los productos fantásticos como estímulo psíquico, y el alivio y eliminación del estado estimulador mediante su declaración en la hipnosis— permaneció constante a lo largo del medio año de observación que restaba.

Tras la muerte de su padre, las historias se volvieron desde luego más trágicas aún, aunque sólo con el empeoramiento de su estado psíquico, que siguió al ya referido violento quebrantamiento de su sonambulismo, esos informes del anochecer perdieron el carácter de una creación poética más o menos libre y se trocaron en unas series de alucinaciones temerosas, terroríficas, que ya a lo largo del día se podían deducir del comportamiento de la enferma. Pero ya he descrito cuán completa era la liberación de su psique después que, sobrecogida de angustia y horror, había reproducido y declarado todas esas imágenes terroríficas.

En el campo, donde yo no podía visitar a la enferma diariamente, el asunto se desarrolló del siguiente modo: Yo acudía al anochecer, cuando la sabía dentro de su hipnosis, y le quitaba todo el acopio de fantasmas {*Phantasme*} que ella había acumulado desde mi última visita. Esto debía ser exhaustivo si se quería obtener éxito. Entonces ella quedaba

* {Por «*behäglich*», «sosegada».}

completamente tranquila, y, al día siguiente, amable, dócil, laboriosa, hasta alegre; pero el día subsiguiente, cada vez más caprichosa, terca, desagradable, lo cual tomaba incremento el tercer día. En este talante, ni siquiera en la hipnosis era siempre fácil moverla a declarar, procedimiento para el cual ella había inventado el nombre serio y acertado de «*talking cure*» («cura de conversación») y el humorístico de «*chimney-sweeping*» («limpieza de chimenea»). Ella sabía que tras la declaración perdería toda su testarudez y «energía»; y cuando (a raíz de un intervalo más largo) ya estaba de mal humor, rehusaba «conversar» y yo debía arrancarle las palabras esforzándola, y con ruegos y algunos artificios, como empezar yo mismo pronunciando una fórmula inicial estereotipada de sus historias. De todas maneras, sólo hablaba después que se había convencido de mi identidad tanteando con cuidado mis manos. Las noches en que no se había conseguido el sosiego por declaración era preciso recurrir al cloral. Antes ya lo había intentado alguna vez, pero ahora debí suministrarle cinco gramos, y al sueño le precedía una embriaguez que duraba horas; estando yo presente, esa embriaguez era alegre, pero en mi ausencia emergía un desagradable estado de emoción angustiosa. (Señalo de pasada que esa severa embriaguez no modificaba en nada la contractura.) Yo había podido evitar los narcóticos porque la declaración traía consigo al menos tranquilidad, si bien no sueño. En el campo, las noches entre los alivios hipnóticos eran tan insoportables que resultó forzoso buscar refugio en el cloral; pero poco a poco fue necesitando menos.

El sonambulismo persistente no reapareció; en cambio, prosiguió la alternancia de los dos estados de conciencia. En medio de la conversación alucinaba, salía corriendo, intentaba treparse a un árbol, etc. Si se la retenía, pasado brevísimo lapso retomaba la frase interrumpida, sin saber qué había ocurrido entretanto. Pero en la hipnosis todas esas alucinaciones aparecían luego en su informe.

Su estado mejoró en líneas generales; se podía alimentarla, dejaba que la enfermera le llevara la comida a la boca; sólo al pan lo pedía, y luego lo rechazaba tan pronto tocaba sus labios; la parestia por contractura de la pierna cedió sustancialmente; también cobró el debido aprecio y gran afecto por el médico que la visitaba, mi amigo el doctor B. De gran ayuda fue un perro de Terranova que le habían dado y al que amaba con pasión. Cierta vez que este, su preferido, atacó a un gato, fue hermoso ver cómo la endeble muchacha rescataba a la víctima empuñando la fusta en la mano izquierda y dominando con ella al enorme animal. Más tarde

amparó a algunos enfermos pobres, lo cual le fue de gran utilidad.

La prueba más nítida del efecto estimulador patógeno que sobre ella ejercían los complejos de representación producidos en las ausencias, su «*condition seconde*», así como de su trámite mediante la declaración en estado de hipnosis, la recibí a mi regreso de un viaje de vacaciones de varias semanas. En ese intervalo no se emprendió ninguna «*talking cure*», pues no había caso de que la enferma refiriera sus historias a alguien que no fuera yo, ni siquiera al doctor B., con quien había simpatizado cordialmente. La encontré en un triste estado moral: desidiosa, indócil, lunática, hasta maligna. En los relatos del anochecer se advirtió que su vena de fantasía poética sin duda estaba por agotarse; eran, cada vez más, unos informes sobre sus alucinaciones y a veces sobre lo que la había enojado durante los días transcurridos: de ropaje fantástico, es cierto, pero lo fantástico consistía más en fórmulas estereotipadas que en lo poético de su creación. Ahora bien, sólo se obtuvo un estado soportable cuando hice trasladar a la paciente por una semana a la ciudad, y allí cada anochecer le arrancaba de tres a cinco historias. Cuando se terminó con esto, quedó acabado todo cuanto ella había acumulado en las semanas de mi ausencia. Únicamente entonces se restableció aquel ritmo de su estado psíquico: al día siguiente de una declaración, estaba amable y alegre; el segundo día, irritable y desagradable, y el tercero, directamente «antipática». Su estado moral era una función del tiempo transcurrido desde la última declaración, porque cada producto espontáneo de su fantasía y cada episodio concebido por la parte enferma de su psique seguían obrando como estímulos psíquicos hasta que eran relatados en la hipnosis, lo cual eliminaba por completo su eficacia.

Cuando en el otoño la paciente regresó a la ciudad (a una vivienda distinta de aquella en que había enfermado), su estado tanto físico como mental era tolerable, pues muy pocas vivencias, en verdad sólo las más profundas, eran procesadas patológicamente como estímulos psíquicos. Yo esperaba una mejoría creciente si mediante la declaración regular se impedía que nuevos estímulos quedaran como lastre permanente en su psique. Primero me desilusioné. En diciembre su estado psíquico desmejoró sustancialmente; estaba de nuevo inquieta, presa de triste desazón, irascible, y tenía poquísimos «días totalmente buenos», aunque no se pudiera rastrear en ella nada «atascado». A fines de diciembre, para las Navidades, estuvo particularmente intranquila y en los atardeceres de toda esa semana no relataba nada nuevo, sino

los fantasmas que bajo el imperio de intensos afectos de angustia había forjado día por día en ese mismo período festivo de 1880 [un año antes]. Acabada la serie, un gran alivio.

Así se renovaron su separación del padre, su caída en cama, y a partir de ahí su estado se aclaró y sistematizó de una manera muy curiosa. Los dos estados de conciencia se sucedían alternados, y siempre así: desde la mañana, y a medida que avanzaba el día, las ausencias (es decir, el afloramiento de la «*condition seconde*») se volvían cada vez más frecuentes, para subsistir ellas solas hacia el atardecer; esos dos estados, decía, ya no difirieron meramente como antes, a saber, que en uno (el primero) ella era normal y en el segundo alienada, sino que en el primero vivía como los demás en el invierno de 1881-82, mientras que en el segundo vivía en el invierno de 1880-81 y había olvidado por completo todo lo sucedido después. Sólo la conciencia de que el padre había muerto parecía quedarle, no obstante, las más de las veces. El retraslado al año anterior se produjo con tanta intensidad que en su nueva vivienda alucinaba su dormitorio anterior, y cuando quería dirigirse hacia la puerta embestía la estufa, que en la nueva vivienda estaba situada, respecto de la ventana, como en la otra la puerta. El vuelco súbito de un estado al otro se producía de manera espontánea, pero también se lo podía provocar con la mayor facilidad mediante alguna impresión sensorial que recordara vívidamente al año anterior. Bastaba mostrarle una naranja (que era su principal alimento durante la primera época de su enfermedad) para remitirla, saltando todo el año 1882, a 1881. Ahora bien, ese retraslado al período pasado no se producía de una manera general e indeterminada, sino que revivía día por día el invierno anterior. En cuanto a esto, yo habría podido conjeturarlo meramente, si no fuera porque en la hipnosis del atardecer ella formulaba en palabras lo que la había excitado ese mismo día de 1881, y pude comprobar la absoluta corrección de los hechos supuestos mediante un diario íntimo que la madre llevara en 1881. Esta revivencia del año trascurrido duró hasta el definitivo cese de la enfermedad, en junio de 1882.

Era muy interesante ver los efectos de repercusión que en el primer estado, más normal, ejercían los estímulos psíquicos revividos del estado segundo. Ocurrió que una mañana la enferma me dijo sonriendo que no sabía qué tenía, pues estaba enojada conmigo; gracias al diario íntimo supe de qué se trataba, y esto se corroboró en la hipnosis del atardecer: en 1881, ese mismo anochecer, yo había causado mucho enojo a la paciente. En otra ocasión dijo que algo

fallaba en sus ojos, veía falsamente los colores; sabía que su vestido era marrón, y no obstante lo veía azul. Enseguida se demostró que en los papeles del examen visual distinguía de manera correcta y tajante todos los colores, y la perturbación recaía sólo sobre la tela de su vestido. La razón era que en 1881 se había ocupado mucho por esos días de una camisa de dormir para su padre, en la que se utilizó la misma tela, pero azul. Y aun solía patentizarse un efecto anticipado de estos recuerdos emergentes: la perturbación del estado normal sobrevenía ya, mientras que el recuerdo sólo poco a poco despertaba para la «*condition seconde*».²

Si la hipnosis del anochecer ya estaba muy recargada, pues no debían apalabrarse sólo los fantasmas de producción reciente, sino también las vivencias y las «*vexations*» {«disgustos»} de 1881 (por suerte ya había eliminado los fantasmas de 1881 en aquel momento), la suma de trabajo a realizar por la paciente y el médico aumentaba todavía enormemente en virtud de una tercera serie de perturbaciones singulares que era preciso tramitar de igual manera: los *sucesos psíquicos de la incubación de la enfermedad*, de julio a diciembre de 1880, que habían producido el conjunto de los fenómenos histéricos y con cuya declaración *desaparecieron los síntomas*.

La primera vez que por una declaración casual, no provocada, en la hipnosis del anochecer desapareció un síntoma que ya llevaba largo tiempo, quedé muy sorprendido. En el verano hubo un período de intenso calor, y la paciente sufrió mucho a causa de la sed; entonces, y sin que pudiera indicar razón alguna, de pronto se le volvió imposible beber. Tomaba en su mano el ansiado vaso de agua, pero tan pronto lo tocaban sus labios, lo arrojaba de sí como si fuera una hidrofóbica. Era evidente que durante esos segundos caía en estado de ausencia. Sólo vivía a fuerza de frutas, melones, etc., que le mitigaban su sed martirizadora. Cuando esa situación llevaba ya unas seis semanas, se puso a razonar en estado de hipnosis acerca de su dama de compañía inglesa, a quien no amaba, y refirió entonces con todos los signos de la repugnancia cómo había ido a su habitación, y ahí vio a su perrito, ese asqueroso animal, beber de un vaso; ella no dijo nada pues quería ser cortés. Tras dar todavía enérgica expresión a ese enojo que se le había quedado atascado, pidió de beber, tomó sin inhibición una gran cantidad de agua y despertó de la hipnosis con el vaso en los labios. Con ello la

² [Un fenómeno similar se presentaba en el caso de Cécilie M.; cf. *infra*, pág. 90.]

perturbación desaparecía para siempre. De igual modo se disiparon unos raros y obstinados caprichos tras relatar ella la vivencia que los había ocasionado. Ahora bien, se dio un gran paso cuando desapareció el primero de sus síntomas permanentes, la contractura de la pierna derecha —el cual, cierto es, ya había aminorado en mucho—. A partir de estas experiencias —que los fenómenos histéricos se disipaban en esta enferma tan pronto como en la hipnosis reproducía el suceso que había ocasionado al síntoma—, a partir de allí, pues, se desarrolló un procedimiento técnico-terapéutico que no dejaba nada que desear en materia de consecuencia lógica y de realización sistemática. Cada síntoma de este enredado cuadro clínico fue abordado por sí; el conjunto de las ocasiones a raíz de las cuales había emergido fueron relatadas en secuencia inversa, comenzando desde el día anterior a aquel en que la paciente cayó en cama y yendo hacia atrás hasta el ocasionamiento de su primera emergencia; hecho esto, el síntoma quedaba eliminado para siempre.

Así se «removieron por vía de relato» {«*Wegerzählen*»} las parestias por contractura y anestias, las diversas perturbaciones de la visión y la audición, neuralgias, tos, temblores, etc., y por último también las perturbaciones del lenguaje. Por ejemplo, entre las perturbaciones de la visión se tramitaron una por una: el *strabismus convergens* con diplopia; desviación de ambos ojos hacia la derecha, de suerte que la mano aprehensora caía siempre a la izquierda del objeto; limitación del campo visual; ambliopía central; macropsia; visión de una calavera en vez del padre; incapacidad para leer. Sustraídos de este análisis [cf. pág. 71, n. 2] permanecieron sólo fenómenos aislados que se habían desarrollado mientras guardaba cama, como la propagación de la parestia por contractura al lado izquierdo, que probablemente no tuvieran en verdad ningún ocasionamiento psíquico directo [cf. págs. 67-8].

Demostró ser por completo imposible abreviar el trámite procurando evocar de manera directa en su recuerdo el primer ocasionamiento de los síntomas. Ella no lo hallaba, quedaba perpleja, y todo marchaba más lento que si uno, con calma y seguridad, desovillaba hacia atrás los hilos, asidos, del recuerdo. Pero como en la hipnosis del anoecer se iba demasiado despacio, pues la enfermedad estaba exigida y se dispersaba por la «declaración» de las otras dos series, y además los recuerdos necesitaban su tiempo para desplegarse con su vividez plena, se instituyó el siguiente procedimiento: yo acudía a ella por la mañana, la hipnotizaba (eran procedimientos hipnóticos muy simples, descubiertos por vía em-

pírica) y le inquiría, concentrados los pensamientos de ella en el síntoma en cuestión, por las oportunidades en que había surgido. Entonces la paciente designaba, en rápida secuencia y con palabras claves, esos ocasionamientos externos, que yo anotaba. En la hipnosis del anochecer, apoyada por esas secuencias anotadas, ella refería con bastante detalle los episodios. Un ejemplo acaso ilustre la manera concienzuda y exhaustiva en todo sentido como esto se hacía. Había ocurrido siempre que la paciente no oyera cuando se le dirigía la palabra. Este pasajero no-oír se diferenció así:

a. No oír que alguien entra, en estado de dispersión. Ciento ocho casos detallados de esto; indicación de las personas y circunstancias, a menudo de la fecha; la primera vez, cuando no oyó entrar a su padre.

b. No comprender cuando hablan varias personas. Veintisiete veces; la primera, también, entre el padre y un conocido.

c. No oír cuando, estando sola, se le dirige la palabra directamente. Cincuenta veces; origen: que el padre en vano le dirigía la palabra para pedirle vino.

d. Ponerse sorda por sacudimiento (en carruajes, etc.). Quince veces; origen: que su hermano más joven la había sacudido en tren de reyerta una vez que la sorprendió espiondo a la puerta del dormitorio del enfermo.

e. Ponerse sorda por terror a un ruido. Treinta y siete veces; origen: un ataque de ahogo que su padre sufrió tras atragantarse.

f. Ponerse sorda en ausencia profunda. Doce veces.

g. Ponerse sorda por mucho escuchar y espiar, de suerte que no oía cuando le dirigían la palabra. Cincuenta y cuatro veces.

Desde luego que todos estos procesos son en gran parte idénticos, pues pueden ser reconducidos a una dispersión, a una ausencia o a un afecto de terror. Sin embargo, en el recuerdo de la enferma estaban separados con tanta nitidez que si alguna vez se equivocaba en la serie era necesario restablecer por vía de corrección el orden preciso; de lo contrario, el informe se detenía. Los episodios referidos, por su falta de interés y de significación, y por la precisión del relato, no dejan lugar a la sospecha de que fueran inventados. Muchos de esos sucesos eran unas vivencias puramente internas que se sustraían del control. Respecto de otros, o de las circunstancias que los acompañaron, guardaban memoria los allegados de la enferma.

También aquí se observaba de manera regular que, «apalabrado» un síntoma, emergía con renovada intensidad mientras se lo relataba. Así, en el análisis del no-oír, la enferma se volvió tan sorda que a veces debí entenderme con ella por escrito.³ Por regla general, la ocasión primera había sido algún terror que vivenció mientras cuidaba a su padre, algún descuido de ella, etc.

No siempre el recordar se conseguía con facilidad, y muchas veces la enferma debió hacer violentos esfuerzos. Así, en cierta oportunidad la marcha del proceso se detuvo durante un tiempo porque un recuerdo no quería aflorar; se trataba de una alucinación que causaba mucho terror a la enferma: había visto a su padre, a quien cuidaba, con una calavera. Ella y sus allegados recordaron que, estando todavía en apariencia sana, había visitado a un pariente; tras abrir la puerta, cayó al punto desmayada. Pues bien, para superar aquel obstáculo volvió a ese lugar, y al entrar en aquella habitación cayó otra vez desmayada. En la hipnosis de ese atardecer se superó el obstáculo: al entrar había divisado su pálido rostro en el espejo próximo a la puerta, pero no se vio a sí misma, sino a su padre con una calavera. — A menudo hemos observado que el miedo a un recuerdo, como era el caso aquí, inhibe su afloramiento, que la enferma o el médico se ven precisados a arrancar.

La fuerza de esta lógica interna de sus estados puede mostrarla un ejemplo entre otros muchos: como se señaló, en este período la paciente por las noches estaba siempre en su «*condition seconde*», vale decir, en 1881. Cierta vez despertó de noche afirmando que de nuevo la habían sacado de su casa, y cayó en un estado de inquietud díscola que alarmó a toda la casa. La razón era simple. El anochecer de la víspera su perturbación de la vista había desaparecido en virtud de una «*talking cure*», desde luego que también para la «*condition seconde*». Entonces, al despertar por la noche se halló en un dormitorio desconocido para ella, pues la familia se había mudado de vivienda en la primavera de 1881. El modo de prevenir estas contingencias hartamente desagradables fue que yo (a su pedido) cada anochecer le cerrara los ojos con la sugestión de que no podía abrirlos hasta que yo mismo lo hiciera por la mañana. Sólo una vez se repitió el alboroto: la paciente echó a llorar en sueños y, despertándose, había abierto los ojos.

³ [Freud alude más extensamente a esto *infra*, pág. 301, donde designa a este fenómeno como la «intromisión» del síntoma {«*mitsprechen*»; literalmente, «intervenir en la conversación»}.]

Como este laborioso análisis de los síntomas se refería a los meses del verano de 1880, período en el cual se preparaba la enfermedad, obtuve una perspectiva completa de la *incubación y patogénesis* de esta histeria, que paso a exponer brevemente.

En julio de 1880, hallándose en el campo, el padre de la paciente había contraído un absceso subpleural grave; Anna participó con su madre en los cuidados. Cierta vez hacía vigilancia nocturna con gran angustia por el enfermo, que padecía alta fiebre, y en estado de tensión porque se esperaba a un cirujano de Viena que practicaría la operación. La madre se había alejado por un rato, y Anna estaba sentada junto al lecho del enfermo, con el brazo *derecho* sobre el respaldo de la silla. Cayó en un estado de sueño despierto y vio cómo desde la pared una serpiente negra se acercaba al enfermo para morderlo. (Es muy probable que en el prado que se extendía detrás de la casa aparecieran de hecho algunas serpientes y ya antes hubieran provocado terror a la muchacha, proporcionando ahora el material de la alucinación.) Quiso espantar al animal, pero estaba como paralizada; el brazo derecho, pendiente sobre el respaldo, se le había «dormido», volviéndose anestésico y parético, y cuando lo observó, los dedos se mudaron en pequeñas serpientes rematadas en calaveras (las uñas). Probablemente hizo intentos por ahuyentar a la serpiente con la mano derecha paralizada, y por esa vía su anestesia y parálisis entró en asociación con la alucinación de la serpiente. Cuando esta hubo desaparecido, quiso en su angustia rezar, pero se le denegó toda lengua, no pudo hablar en ninguna, hasta que por fin dio con un verso infantil en *inglés*⁴ y entonces pudo seguir pensando y orar en esa lengua. El silbido de la locomotora que traía al médico esperado interrumpió la fantasmagoría.

Cuando al día siguiente quiso recoger entre la maleza un aro arrojado ahí en medio del juego, una rama torcida le convocó otra vez la alucinación de la serpiente y al mismo tiempo el brazo derecho le quedó extendido y rígido. Y a partir de entonces esto se le repitió siempre que un objeto más o menos serpentiforme le provocaba la alucinación. Ahora bien, tanto esta como la contractura sólo emergían en las breves ausencias que desde aquella noche se le hicieron cada vez más frecuentes. (La contractura se volvió estable sólo

⁴ [En la «Comunicación preliminar» (*supra*, pág. 30) se sostiene que consiguió pronunciar «una oración infantil» en inglés, lo cual, por supuesto, no contradice lo afirmado aquí.]

en diciembre, cuando la paciente, totalmente quebrantada, ya no pudo abandonar el lecho.) A raíz de una ocasión que no hallo anotada y de la cual no me acuerdo, a la contractura del brazo se sumó la de la pierna derecha.

Así se creó la inclinación a las ausencias autohipnóticas. El día que siguió a la noche aquella, a la espera del cirujano, cayó en un estado de ausencia tal que cuando al fin este entró en la habitación ella no lo oyó llegar. El constante sentimiento de angustia la estorbaba al comer y poco a poco le produjo un asco intenso. Pero en todos los demás casos, los diversos síntomas histéricos le sobrevinieron en estados afectivos. No es del todo claro si en ellos la paciente entraba en una ausencia momentánea total, pero es probable, pues en la vigilia no sabía nada de la trama en su conjunto.

Sin embargo, muchos síntomas parecen no haber emergido en estado de ausencia, sino en estados de afecto durante la vigilia despierta, repitiéndose luego como los otros. Así, el conjunto de perturbaciones de la visión se recondujeron a ocasiones singulares, más o menos claramente determinantes {*determinieren*}. Por ejemplo: la paciente estaba sentada, con lágrimas en los ojos, junto al lecho de enfermo de su padre, cuando este le preguntó de pronto qué hora era; ella no veía claro, hizo un esfuerzo, acercó el reloj a sus ojos y entonces la esfera se le apareció muy grande (*macropsia* y *strabismus convergens*); o bien se esforzó por sofocar las lágrimas para que el padre no las viera.

Una reyerta en la que sofocó su respuesta le causó un espasmo de glotis que se repetía a raíz de todo ocasionamiento parecido.

El lenguaje se le denegaba: *a*) por angustia, desde la primera alucinación nocturna; *b*) desde una vez en que volvió a sofocar una exteriorización (inhibición activa); *c*) desde una vez que la reprendieron injustamente; *d*) a raíz de todas las ocasiones análogas (afrentas). La tos le sobrevino por primera vez cuidando ella al enfermo; le llegaron los sones de una músicaailable desde una casa vecina y le creció el deseo de encontrarse ahí, deseo que despertó sus autorreproches. Desde entonces, y por el tiempo que duró su enfermedad, reaccionaba con *tussis nervosa* frente a cualquier música de ritmo marcado.

No lamento demasiado que lo incompleto de mis notas me impida aquí reconducir cada rasgo histérico a sus ocasionamientos. La paciente lo hizo en todos los casos, con la excepción antes mencionada [pág. 59, e *infra*, págs. 67-8], y, según ya lo he descrito, cada síntoma desaparecía tras el relato de la *primera* ocasión.

De esta manera llegó a su término la histeria íntegra. La propia enferma se había trazado el firme designio de terminar con todo para el aniversario de su traslado al campo [7 de junio (pág. 53)]: Por eso a comienzos de junio cultivó la «*talking cure*» con grande, emocionante energía. El último día reprodujo, con el expediente de disponer la habitación como lo estuvo la de su padre, la alucinación angustiosa antes referida y que había sido la raíz de toda su enfermedad: aquella en que sólo pudo pensar y rezar en inglés; inmediatamente después habló en alemán y quedó libre de las incontables perturbaciones a que antes estuviera expuesta.⁵ Dejó entonces Viena para efectuar un viaje, pero hizo falta más tiempo todavía para que recuperara por completo su equilibrio psíquico. A partir de ese momento gozó de una salud perfecta.

Aunque he omitido numerosos detalles no carentes de interés, el historial clínico de Anna O. ha cobrado una extensión mayor de la que parece merecer la contracción de una histeria, cosa en verdad no insólita. Pero era imposible exponer el caso sin entrar en los detalles, y atribuyo a sus peculiaridades una importancia tal que disculpa la prolijidad del informe. Tampoco los huevos de equinodermo son interesantes para la embriología porque lo sea en particular el erizo de mar, sino porque su protoplasma es trasparente y lo que en él se ve permite inferir lo que acaso suceda en huevos de protoplasma opaco.⁶

El interés de este caso reside sobre todo, a mi entender,

⁵ [En una oportunidad Freud me dijo, señalándome con el dedo este pasaje del libro, que había una laguna en el texto. Se refería al episodio que puso fin al tratamiento de Anna O., y me lo narró a continuación. Aludió brevemente a él en su «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*), *AE*, 14, pág. 11 —donde, adoptando el punto de vista de Breuer, lo llamó un «suceso adverso»— y en la *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, 20, pág. 26. Hizo un relato mucho más completo del asunto en su carta a Stefan Zweig del 2 de junio de 1932 (Freud, 1960*a*). Ernest Jones relata todo el incidente en su biografía de Freud (Jones, 1953, 1, págs. 246 y sigs.). Bastará decir que, cuando el tratamiento había llegado en apariencia a una consumación favorable, la paciente exteriorizó de pronto una intensa transferencia positiva no analizada hacia Breuer, de inequívoca naturaleza sexual. Según Freud, fue esto lo que movió a Breuer a postergar por tantos años la publicación del historial clínico y lo llevó, a la postre, a rehusar toda colaboración a Freud en las ulteriores investigaciones de este.]

⁶ [La misma analogía fue empleada por Freud años más tarde, en «Experiencias y ejemplos extraídos de la práctica analítica» (1913*b*), *AE*, 13, pág. 197.]

en la notable transparencia y el carácter explicable de su patogénesis.

Como predisponentes a contraer histeria hallamos en la muchacha todavía completamente sana dos peculiaridades psíquicas:

(1) El excedente de movilidad (*Regsamkeit*) y de energía psíquicas no empleado en la monótona vida familiar y sin correspondiente en un trabajo espiritual, sobrante que se aligera en el continuado y progresivo trabajar de la fantasía, y que produce

(2) el soñar despierto habitual («teatro privado»), con lo cual se crea el terreno para la disociación de la personalidad mental. Sin embargo, ese soñar permanece todavía dentro de las fronteras de lo normal; el ensoñarse, como el meditar mientras se realiza una tarea más o menos mecánica, en sí mismos no condicionan ninguna escisión patológica de la conciencia, puesto que cualquier perturbación de ellos, un llamado por ejemplo, restablece la unidad normal de aquella y, además, no subsiste amnesia alguna. Pero en Anna O. creaba el terreno sobre el cual, de la manera descrita, se establecía el afecto de angustia y de expectativa, después que este hubiera recreado la ensoñación habitual como ausencia alucinatoria. Es notable cuán acabadamente afloraron ya, en esta primera manifestación de la enfermedad incipiente, los rasgos capitales que luego permanecerían constantes a lo largo de casi dos años: la existencia de un estado de conciencia segunda, que, habiendo emergido primero como ausencia pasajera, se organizaría más tarde como *double conscience*; la inhibición del lenguaje, condicionada por el afecto de angustia, con el aligeramiento contingente a través de un verso infantil en inglés; luego, parafasia y pérdida de la lengua materna, sustituida por un excelente inglés; por último, la parálisis casual del brazo derecho por opresión, que más tarde se desarrolla en una paresia por contractura y anestesia del lado derecho. El mecanismo de la génesis de esta última afección responde por entero a la teoría de Charcot sobre la histeria traumática: estado hipnótico en el que sobreviene un trauma leve.

Pero mientras que en los pacientes en quienes Charcot produjo experimentalmente la parálisis histérica esta última quedó enseguida estabilizada, y en los afectados de neurosis traumática, conmovidos por un terror intenso, ella se instaló enseguida, el sistema nervioso de nuestra joven ofreció resistencia exitosa por unos cuatro meses todavía. La contractura,

como las otras perturbaciones que poco a poco se le aliaron, advenían sólo en las ausencias momentáneas dentro de la «*condition seconde*» y dejaban a la paciente, mientras duraba su estado normal, en plena posesión de su cuerpo y de sus sentidos, de suerte que ni ella misma sabía nada de eso, ni tampoco vieron nada los allegados, cuya atención, por lo demás, estaba concentrada en el padre gravemente enfermo, y así desviada de ella.

Ahora bien, en la medida en que desde aquella primera autohipnosis alucinatoria se acumularon las ausencias con amnesia total y fenómenos histéricos concomitantes, se multiplicaron las oportunidades para que se formaran nuevos síntomas de esta índole y para que los ya formados se afianzaran en una repetición frecuente. A ello se sumó que, cada vez más, cualquier afecto penoso y repentino le producía los mismos efectos que una ausencia (si es que no producía siempre una ausencia momentánea); coincidencias casuales formaban asociaciones patológicas, perturbaciones sensoriales o motrices, que desde entonces reaparecían simultáneamente con el afecto, pero todavía de manera sólo momentánea y pasajera. Antes de caer en cama, la paciente ya había desarrollado toda esa gran colección de fenómenos histéricos sin que nadie lo supiese. Sólo cuando la enferma, debilitada en extremo por la inanición, el insomnio y el permanente afecto de angustia, sufrió un total quebranto, encontrándose más tiempo en la «*condition seconde*» que en estado normal, los fenómenos histéricos desbordaron también sobre este último y, de unos fenómenos que sobrevenían en forma de ataques, se mudaron en síntomas permanentes.

Cabe preguntarse ahora si las indicaciones de la enferma son confiables y si los fenómenos tuvieron realmente la génesis y el ocasionamiento señalados por ella. Por lo que atañe a los procesos más importantes y básicos, para mí está fuera de duda la confiabilidad de su informe. No aduzco aquí la desaparición de los síntomas después que ella los «aventaba relatándolos» {«*aberzählen*»}; se la podría explicar como mero resultado de la sugestión. Es que yo hallé a la enferma siempre enteramente veraz y confiable; las cosas relatadas se entramaban de la manera más íntima con lo que era más sagrado para ella; se corroboró por completo todo cuanto admitía el control de otras personas. Ni aun la muchacha más talentosa sería capaz de edificar un sistema de indicaciones caracterizado por una lógica interna tan grande como la presentada aquí en el historial de desarrollo de su enfermedad. Pero no se puede rechazar de antemano la posibilidad de que justamente por el rigor de esa lógica atribuyera a mu-

chos síntomas (con la mejor buena fe) un ocasionamiento que en verdad no existió. No obstante, tampoco creo correcta esta conjetura. El carácter nimio de tantas ocasiones, lo irracional de muchas tramas, abogan por su realidad. La enferma no entendía cómo la músicaailable podía hacerla toser: algo demasiado disparatado para ser una construcción deliberada. Para mí, en cambio, era bien concebible que cualquier escrúpulo de su conciencia moral le causara su notorio espasmo de glotis y que los impulsos motores que sentía esta muchacha muy amante del baile se mudaran en una *tussis nervosa*. Considero, pues, enteramente confiables y veraces las indicaciones de la enferma.

Ahora bien, ¿hasta dónde está justificada la conjetura de que también en otros enfermos el desarrollo de la histeria sería análogo, y ocurrirían cosas semejantes aun donde no se organizara con tal relieve y nitidez una «*condition seconde*»? Quiero hacer notar que ni la enferma ni el médico habrían llegado a conocer este historial de desarrollo patológico de no haber presentado ella la peculiaridad de recordar en la hipnosis de la manera descrita, y de relatar lo recordado. En la vigilia, nada sabía de todo eso. Por tanto, en los otros casos el examen clínico de la persona despierta no puede determinar cómo sucedieron las cosas, pues, aun mediando su mejor buena voluntad, el paciente en estado de vigilia es incapaz de proporcionar información. Y ya he señalado cuán poco pudieron los allegados observar todos aquellos procesos. — Entonces, sólo con un procedimiento semejante al que las autohipnosis brindaron en el caso de Anna O. se podría discernir lo sucedido en otros pacientes. Por ahora sólo es lícita esta conjetura: acaso procesos *de esta índole* sean más frecuentes de lo que permitía suponer nuestra ignorancia del mecanismo patógeno.

Cuando la enferma cayó postrada en cama y su conciencia oscilaba de continuo entre el estado normal y el «estado segundo», y el ejército de síntomas histéricos generados separadamente y latentes hasta entonces se manifestó como un conjunto de síntomas permanentes, a este grupo de fenómenos se le reunió otro. Parecían de diverso origen: la parálisis por contractura de las extremidades del lado izquierdo y la paresia del cuello. Los aparto porque, tras desaparecer en cierto momento, nunca volvieron a aflorar, ni como ataques ni en forma indicativa, ni tampoco en la fase de cierre y de curación en que todos los demás síntomas revivieron después de un prolongado letargo. Y en consonancia con ello, no se presentaron en los análisis hipnóticos ni fueron reconducidos a ocasiones afectivas o fantaseadas. Por eso me inclinaría a

creer que no debieron su existencia al mismo proceso psíquico que los otros síntomas, sino a la propagación secundaria de aquel estado desconocido que constituye la base somática de los fenómenos histéricos.

Durante todo el trayecto de la enfermedad subsistieron uno junto al otro los dos estados de conciencia: el primario, en el cual la paciente era por entero normal psíquicamente, y el estado segundo, que bien podemos comparar con el sueño por su riqueza en fantasmas (*Phantasme*) y alucinaciones, por las grandes lagunas que presentaba su recuerdo, y por el hecho de que sus ocurrencias carecían de inhibición y de control. En ese estado segundo la paciente era alienada. El estado psíquico de la enferma dependía por entero de la intrusión de ese estado segundo en el estado normal, y esto, a mi parecer, brinda una buena visión sobre la esencia de una variedad, al menos, de psicosis histéricas. Cada hipnosis del anochecer ofrecía la prueba de que la enferma tenía total claridad y orden mentales, y era normal en su sentir y su querer, siempre que en «lo inconciente»⁷ no obrara como estímulo algún producto del estado segundo; la psicosis franca cada vez que un intervalo más largo separaba entre sí las aplicaciones de ese procedimiento aligerador era prueba de lo mucho que esos productos influían sobre los procesos psíquicos del estado «normal». Es difícil no avenirse a esta formulación: la enferma estaba fragmentada en dos personalidades, una de las cuales era psíquicamente normal, y la otra, enferma mental. Opino que la nítida división de ambos estados en nuestra enferma no hace más que patentizar una relación que también en muchos otros histéricos ha de ser la causa de tantísimos enigmas. En Anna O.

⁷ [Parece ser esta la primera oportunidad en que apareció en una obra impresa el término «lo inconciente» («*das Unbewusste*») en su sentido psicoanalítico. Desde luego, ya antes había sido utilizado con frecuencia por otros autores, particularmente por los filósofos (v. gr., Hartmann, 1869). El hecho de que Breuer lo escriba entre comillas posiblemente indica que lo atribuye a Freud, quien lo utiliza más adelante en esta misma obra (v. gr., en pág. 96, n. 31). Con valor de adjetivo («*unbewusst*»), había sido empleado años atrás en el bosquejo inédito de noviembre de 1892 (Freud, 1940d), AE, 1, pág. 189. En su trabajo en francés sobre las parálisis motrices (1893c), AE, 1, pág. 209, Freud había utilizado la frase «*le subconscient*» («el subconciente»), y en la presente obra emplea el adjetivo «subconciente» («*unterbewusst*») (cf. pág. 89), como lo hace Breuer con mucho mayor frecuencia (v. gr., en pág. 232). Por supuesto, Freud objetaría más adelante el uso de este término; encontramos ese reparo ya en *La interpretación de los sueños* (1900a), AE, 5, pág. 603, y en «Lo inconciente» (1915e), AE, 14, pág. 167.]

era particularmente llamativa la gran influencia de los productos del «yo díscolo», como ella misma lo designó, sobre su *habitus* moral. De no habérselos removido a medida que surgían, se habría vuelto una histérica de lo más turbulenta, terca, desagradable, mala; pero tras el alejamiento de esos estímulos, una y otra vez salía a la luz, y de inmediato, su verdadero carácter, lo contrario de todo aquello.

Pero, por divorciados que estuvieran ambos estados, no sólo el estado segundo se introducía en el primero, sino que, como la paciente misma lo expresaba, en algún rincón de su cerebro tenía su asiento un observador agudo y calmo que contemplaba los locos desvaríos incluso de sus peores estados, o al menos lo hacía con frecuencia aun en estos. Tal persistencia de un pensar claro durante el reinado de la psicosis cobró una expresión harto curiosa; cuando, al término de los fenómenos histéricos, la enferma caía en una depresión pasajera, entre otros temores y autoacusaciones infantiles decía que ella no estaba enferma, sino que todo había sido simulado. Como se sabe, ya muchas veces se han observado situaciones parecidas.

Cuando ya trascurrida la enfermedad los dos estados de conciencia vuelven a fusionarse en uno solo, los pacientes, en ojeada retrospectiva, se ven como una personalidad no dividida que supo de todos los dislates y creen que, con sólo quererlo, los habrían impedido; es decir que habrían perpetrado adrede esas locuras. — Por lo demás, acaso esa persistencia de un pensar normal en el curso del estado segundo esté enormemente debilitada desde un punto de vista cuantitativo, y en buena parte ni siquiera haya existido.

En cuanto al hecho asombroso de que, desde el comienzo de la enfermedad hasta su término, todos los estímulos provenientes del estado segundo, así como sus consecuencias, se eliminaran duraderamente al ser declarados en la hipnosis, ya lo he descrito y no tengo nada que añadir sobre él, como no sea asegurar que no fue una invención mía sugerida a la paciente; al contrario, me sorprendió en grado máximo, y sólo después de haberse producido una serie de tramitaciones espontáneas desarrollé a partir de ahí una técnica terapéutica.

La curación final de la histeria merece todavía algunas palabras. Sobrevino de la manera descrita, con una intranquilización notable de la enferma y el agravamiento de su estado psíquico. Se tenía toda la impresión de que la multitud de productos del estado segundo, que habían permanecido en letargo, esforzaban ahora su ingreso a la conciencia y eran

recordados, es cierto que al comienzo sólo en la «*condition seconde*», pero gravitaban sobre el estado normal y lo tranquilizaban. Cabe considerar la posibilidad de que en otros casos una psicosis, punto terminal de una histeria crónica, pueda tener igual origen.⁸

⁸ [Una amplia sinopsis y discusión de este historial ocupa la mayor parte de la primera de las *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (Freud, 1910a), *AE*, **11**, págs. 8-17.]