

XLVI
PSICOANÁLISIS *

1909 [1910]

CINCO CONFERENCIAS PRONUNCIADAS EN LA CLARK UNIVERSITY (ESTADOS UNIDOS)

PRIMERA CONFERENCIA

CONSTITUYE algo nuevo para mí, y que no deja de producirme cierta turbación, el presentarme ante un auditorio del continente americano, integrado por personas amantes del saber, en calidad de conferenciante. Dando por hecho que sólo a la conexión de mi nombre con el tema del psicoanálisis debo el honor de hallarme en esta cátedra, mis conferencias versarán sobre tal materia, y en ellas procuraré facilitaros, lo más sintéticamente posible, una visión total de la historia y desarrollo de dicho nuevo método investigativo y terapéutico.

Si constituye un mérito haber dado vida al psicoanálisis, no es a mí a quien corresponde atribuirlo, pues no tomé parte alguna en sus albores⁹³⁴. No había yo terminado aún mis estudios y me hallaba preparando los últimos exámenes de la carrera cuando otro médico vienés, el doctor José Breuer⁹³⁵, empleó por vez primera este método en el tratamiento de una muchacha histérica (1880-1882). Vamos, pues, a ocuparnos, en primer lugar, del historial clínico de esta enferma, el cual aparece expuesto con todo detalle en la obra que posteriormente, y con el título de *Estudios sobre la histeria*, publicamos el doctor Breuer y yo⁹³⁶.

Réstame hacer una observación antes de entrar en materia. He sabido, no sin cierto agrado, que la mayoría de mis oyentes no pertenece a la carrera de Medicina, y quiero disipar en ellos un posible temor, haciéndoles saber que para seguirme en lo que aquí he de exponerles no es necesaria una especial cultura médica. Caminaremos algún espacio al lado de los médicos, pero pronto nos separaremos de ellos para acompañar tan sólo al doctor Breuer en su propia y peculiarísima ruta.

La paciente del doctor Breuer, una muchacha de veintiún años y de excelentes dotes intelectuales, presentó en el curso de su enfermedad, que duró más de dos años, una serie de perturbaciones físicas y psíquicas merecedoras

(*) *Über Psychoanalyse*, en alemán el original. Deuticke, Leipzig-Viena, 1910.

⁹³⁴ Nota de 1923.—Posteriormente he debido rectificar esta afirmación en el sentido de reivindicar la exclusiva paternidad del psicoanálisis. Véase el ensayo titulado *Historia del movimiento psicoanalítico*, en este mismo volumen.

⁹³⁵ Doctor José Breuer, Miembro asociado de la Real Academia de Ciencias. Conocido por sus trabajos sobre la respiración y sobre la fisiología del equilibrio. Nació en 1842.

⁹³⁶ Varios de mis aportes han sido traducidos al inglés por el Dr. A. A. Brill, de New York [Selected Papers on Hysteria, New York, 1909].

de la mayor atención. Padecía una parálisis rígida de la pierna y brazo derechos, acompañada de anestesia de los mismos y que temporalmente atacaba también a los miembros correspondientes del lado contrario. Además, perturbaciones del movimiento de los ojos y diversas alteraciones de la visión, dificultad de mantener erguida la cabeza, intensa «tussis nervosa», repugnancia a los alimentos, y una vez, durante varias semanas, incapacidad de beber, a pesar de la ardiente sed que la atormentaba. Sufría, por último, una minora- ción de la facultad de expresión, que llegó hasta la pérdida de la capacidad de hablar y entender su lengua materna, añadiéndose a todo esto estados de 'absence', enajenación, delirio y alteración de toda su personalidad, estados que más adelante examinaremos con todo detalle.

Ante un tal cuadro patológico os sentiréis inclinados, aun no siendo mé- dicos, a suponer que se trata de una grave dolencia, probablemente cerebral, con pocas esperanzas de curación y conducente a un rápido y fatal desenla- ce. Mas dejad que un médico os diga que en una serie de casos con síntomas de igual gravedad puede estar muy justificada una distinta opinión, más op- timista. Cuando un tal cuadro patológico se presenta en un individuo joven del sexo femenino, cuyos órganos vitales internos (corazón, riñón) no muestran anormalidad ninguna en el reconocimiento objetivo, pero que ha pasado, en cambio, por violentas conmociones *ánimicas*, y cuando los síntomas aislados se diferencian en ciertos sutiles caracteres, de la forma que generalmente pre- sentan en las afecciones a que parecen corresponder, entonces los médicos no atribuyen una extrema gravedad al caso y afirman que no se trata de una do- lencia cerebral orgánica, sino de aquel misterioso estado conocido desde el tiem- po de los griegos con el nombre de *histeria*, y que puede fingir toda una serie de síntomas de una grave enfermedad. En estos casos el médico no considera amenazada la vida del paciente y hasta supone muy probable una completa curación. Pero no siempre es fácil distinguir una tal histeria de una grave do- lencia orgánica. No creemos necesario explicar aquí cómo puede llevarse a cabo un diagnóstico diferencial de este género; bástanos la seguridad de que el caso de la paciente de Breuer era uno de aquellos en los que ningún médico experimentado puede dejar de diagnosticar la histeria, enfermedad que, se- gún consta en el historial clínico, atacó a la joven en ocasión de hallarse cui- dando a su padre, al que amaba tiernamente, en la grave dolencia que le llevó al sepulcro. A causa de su propio padecimiento tuvo la hija que separarse de la cabecera del querido enfermo.

Hasta aquí nos ha sido provechoso caminar al lado de los médicos, mas pronto nos separaremos de ellos. No debéis creer que la esperanza de un enfer- mo en la eficacia del auxilio facultativo pueda aumentar considerablemente al diagnosticarse la histeria en lugar de una grave afección cerebral orgánica. Nuestra ciencia, que permanece aún hasta cierto punto impotente ante las graves dolencias cerebrales, no facilita tampoco grandes medios para combatir la histeria, y el médico tiene que abandonar a la bondadosa Naturaleza la de- terminación de la forma y momento en que ha de cumplirse su esperanza prog- nóstica⁹³⁷.

Así, pues, con el diagnóstico de la histeria varía muy poco la situación del

⁹³⁷ Sé que esta afirmación no es ya cierta hoy en día; mas, en mi conferencia, me retrotraía yo y retrotraía a mis oyentes a los años anteriores al de 1880.

Si las cosas han variado desde entonces, ello se debe en gran parte a los esfuerzos cuya historia trato de exponer aquí esquemáticamente.

enfermo; mas, en cambio, se transforma esencialmente la del médico. Es fácil observar que éste se sitúa ante el histérico en una actitud por completo diferente de la que adopta ante el atacado de una dolencia orgánica, pues se niega a conceder al primero igual interés que al segundo, fundándose en que su enfermedad es mucho menos grave, aunque parezca aspirar a que se le atribuya una igual importancia. El médico, al que sus estudios han dado a conocer tantas cosas que permanecen ocultas a los ojos de los profanos, ha podido formarse, de las causas de las enfermedades y de las alteraciones que éstas ocasionan (por ejemplo, las producidas en el cerebro de un enfermo por la apoplejía o por un tumor), ideas que hasta cierto grado tienen que ser exactas, puesto que le permiten llegar a la comprensión de los detalles del cuadro patológico. Mas, ante las singularidades de los fenómenos histéricos, toda su ciencia y toda su cultura anatómico-fisiológica y patológica le dejan en la estacada. No llega a comprender la histeria y se halla ante ella en la misma situación que un profano, cosas todas que no pueden agradar a nadie que tenga en algún aprecio su saber. **Los histéricos pierden, por tanto, la simpatía del médico, que llega a considerarlos como personas que han transgredido las leyes de su ciencia y adopta ante ellos la posición del creyente ante el hereje. Así, los supone capaces de todo lo malo, los acusa de exageración, engaño voluntario y simulación, y los castiga retirándoles su interés.**

No mereció, por cierto, el doctor Breuer este reproche en el caso que nos ocupa. Aun cuando no halló al principio alivio alguno para su paciente, le dedicó, no obstante, todo su interés y toda su simpatía. A ello contribuyeron en gran manera las excelentes cualidades espirituales y de carácter de la paciente misma, de las que Breuer testimonia en su historial. Más la cuidadosa observación del médico halló pronto el camino por el que se hizo posible prestar a la enferma una primera ayuda.

Habiase observado que la paciente en sus estados de 'absence' y alteración psíquica acostumbraba murmurar algunas palabras que hacían el efecto de ser fragmentos arrancados de un contexto que ocupaba su pensamiento. El médico se hizo comunicar estas palabras, y sumiendo a la enferma en una especie de hipnosis, se las repitió para incitarla a asociar algo a ellas. Así sucedió, en efecto, y la paciente reprodujo ante el médico las **creaciones psíquicas** que la habían dominado en los estados de ausencia y se habían revelado fragmentariamente en las palabras pronunciadas. **Tratábase de fantasías hondamente tristes y a veces de una poética belleza —sueños diurnos podríamos llamarlas—, que tomaban, en general, su punto de partida de la situación de una muchacha junto al lecho en que yacía su padre enfermo.** Cuando la paciente había relatado de este modo cierto número de tales fantasías, quedaba como liberada de algo que la oprimía y retornaba a la vida psíquica normal. Este bienestar, que duraba varias horas, **desaparecía de costumbre al día siguiente para dar paso a una nueva ausencia,** que podía hacerse cesar de igual manera, o sea provocando el relato de las fantasías nuevamente formadas. No había, pues, posibilidad de sustraerse a la idea de que la alteración psíquica que se revelaba en las ausencias no era sino una **secuela de la excitación emanada de estas fantasías saturadas de efecto.** La misma paciente, que en este período de su enfermedad presentaba la singularidad de no hablar ni entender su propio idioma, sino únicamente el inglés, dio al nuevo tratamiento el nombre de «talking cure» y lo calificó, en broma, de *chimney sweeping*.

Pronto pudo verse —y como casualmente— que por medio de este «barrido» del alma podía conseguirse algo más que una desaparición temporal de las perturbaciones psíquicas, pues se logró hacer cesar determinados síntomas siempre que en la hipnosis recordaba la paciente, entre manifestaciones afectivas, con qué motivo y en qué situación habían aparecido los mismos por vez primera. «Había habido durante el verano una época de un intensísimo calor y la enferma había padecido ardiente sed, pues sin que pudiera dar razón alguna para ello, se había visto de repente imposibilitada de beber. Tomaba en su mano el ansiado vaso de agua, y en cuanto lo tocaba con los labios lo apartaba de sí, como atacada de hidrofobia, viéndose además claramente que durante los segundos en que llevaba a cabo este manejo se hallaba en estado de ausencia. Para mitigar la sed que la atormentaba no vivía más que de frutas acuosas: melones, etc. Cuando ya llevaba unas seis semanas en tal estado, comenzó a hablar un día, en la hipnosis, de su institutriz inglesa, a la que no tenía gran afecto, y contó con extremadas muestras de asco que un día había entrado ella en su cuarto y había visto que el perrito de la inglesa, un repugnante animalucho, estaba bebiendo agua en un vaso; mas no queriendo que la tacharan de descortés e impertinente, no había hecho observación ninguna. Después de exteriorizar enérgicamente en este relato aquel enfado, que en el momento en que fue motivado tuvo que reprimir, demandó agua, bebió sin dificultad una gran cantidad y despertó de la hipnosis con el vaso en los labios. Desde este momento desapareció por completo la perturbación que le impedía beber»⁹³⁸.

Permitidme que me detenga unos momentos ante esta experiencia. Nadie había hecho cesar aún por tal medio un síntoma histérico, ni penetrado tan profundamente en la inteligencia de su motivación. Tenía, pues, que ser éste un descubrimiento de importantísimas consecuencias si se confirmaba la esperanza de que otros síntomas, quizá la mayoría, hubiesen surgido del mismo modo en la paciente y pudieran hacerse desaparecer por igual camino. No rehuyó Breuer la labor necesaria para convencerse de ello e investigó, conforme a un ordenado plan, la patogénesis de los otros síntomas más graves, confirmándose por completo sus esperanzas. En efecto, casi todos ellos se habían originado así como residuos o precipitados de sucesos saturados de afecto o, según los denominamos posteriormente, «traumas psíquicos», y el carácter particular de cada uno se hallaba en relación directa con el de la escena traumática a la que debía su origen. Empleando la terminología técnica, diremos que los síntomas se hallaban *determinados* por aquellas escenas cuyos restos en la memoria representaban, no debiendo, por tanto, ser considerados como rendimientos arbitrarios o misteriosos de la neurosis. Algo se presentó, sin embargo, con lo que Breuer no contaba. No siempre era un único suceso el que dejaba tras de sí el síntoma; en la mayoría de los casos se trataba de numerosos y análogos traumas repetidos, que se unían para producir tal efecto. Toda esta cadena de recuerdos patógenos tenía entonces que ser reproducida en orden cronológico y precisamente inverso; esto es, comenzando por los últimos y siendo imprescindible para llegar al primer trauma, con frecuencia el de más poderoso efecto, recorrer en el orden indicado todos los demás.

Seguramente esperaréis oír de mis labios otros ejemplos de motivación de síntomas histéricos, a más del ya expuesto de horror al agua producido por

⁹³⁸ *Studien über Hysterie*, 3.ª edición, pág. 26.

haber visto a un perro bebiendo en un vaso. Mas si he de circunscribirme a mi programa, tendré que limitarme a escasas pruebas. Así, relata Breuer que las perturbaciones ópticas de la paciente provenían de situaciones tales como la de que «hallándose con los ojos anegados en lágrimas, junto al lecho de su padre, le preguntó éste de repente qué hora era, y para poder verlo forzó la vista, acercando mucho a sus ojos el reloj, cuya esfera le apareció entonces de un tamaño extraordinario (macropsia y estrabismo convergente), o se esforzó en reprimir sus lágrimas para que el enfermo no las viera»⁹³⁹. Todas las impresiones patógenas provenían, desde luego, de la época durante la cual tuvo que dedicarse a cuidar a su padre. «Una vez despertó durante la noche, llena de angustia por la alta fiebre que presentaba el enfermo y presa de impaciente excitación por la espera de un cirujano que para operarle había de llegar desde Viena. La madre se había ausentado algunos instantes y Ana se hallaba sentada junto a la cama, con el brazo derecho apoyado en el respaldo de la silla. Cayó en un estado de sueño despierto y vio cómo por la pared avanzaba una negra serpiente, que se disponía a morder al enfermo. (Es muy probable que en la pradera que se extendía tras la casa existieran algunas culebras de este género, cuya vista hubiera asustado a la muchacha en ocasiones anteriores y suministrase ahora el material de la alucinación.) Ana quiso rechazar al reptil, pero se sintió paralizada; su brazo derecho, que colgaba por encima del respaldo de la silla, había quedado totalmente «dormido», anestesiado y parético, y cuando fijó sus ojos en él se transformaron los dedos en pequeñas serpientes, cuyas cabezas eran calaveras (las uñas). Probablemente intentó rechazar al reptil con su mano derecha paralizada, y con ello entró la anestesia y parálisis de la misma en asociación con la alucinación de la serpiente. Cuando ésta hubo desaparecido quiso Ana, llena de espanto, ponerse a rezar, pero no le fue posible hallar palabras en ningún idioma, hasta que recordó una oración infantil que en inglés le habían enseñado, quedando desde este momento imposibilitada de pensar o hablar sino en tal idioma»⁹⁴⁰. Con el recuerdo de esta escena en una de las sesiones de hipnotismo cesó por completo la parálisis rígida del brazo derecho, que se mantenía desde el comienzo de la enfermedad, y quedó conseguida la total curación.

Cuando, bastantes años después, comencé yo a emplear el método investigativo y terapéutico de Breuer con mis propios enfermos, obtuve resultados que coincidieron en un todo con los suyos. Una señora de unos cuarenta años padecía un tic consistente en producir un ruido singular, castañeteando la lengua, siempre que se hallaba excitada y aun sin causa ninguna determinante. Tenía este tic su origen en dos sucesos que poseían un carácter común: el de haberse propuesto la paciente no hacer ruido alguno en determinado momento, viendo burlado su propósito e interrumpido el silencio, como si sobre ella actuara una voluntad contraria, por aquel mismo castañeteo. La primera vez fue cuando, habiendo logrado dormir con gran trabajo a un hijo suyo que se hallaba enfermo, hizo intención de no producir ruido alguno que le despertara. La segunda tuvo lugar dando con sus dos hijos un paseo en coche, durante el cual estalló una tormenta que espantó a los caballos. En esta situación pensó también la señora que debía evitar todo ruido que excitase aún más a los asustados animales⁹⁴¹.

Sirva este ejemplo como muestra de los muchos contenidos en nuestros *Estudios sobre la histeria*⁹⁴².

⁹³⁹ *Studien über Hysterie*, 3.ª edición, pág. 31.

⁹⁴⁰ *L. c.*, pág. 30.

⁹⁴¹ *L. c.*, 2.ª edición, págs. 43 y 46 [caso de Emmy].

⁹⁴² Capítulos de este volumen juntos a ulteriores

Si me permitís una generalización, por otra parte inevitable en una exposición tan sintética como ésta, podremos resumir los conocimientos adquiridos hasta ahora en la siguiente fórmula: *Los enfermos histéricos sufren de reminiscencias. Sus síntomas son residuos y símbolos conmemorativos de determinados sucesos (traumáticos)*. Quizá una comparación con otros símbolos conmemorativos de un orden diferente nos permita llegar a una más profunda inteligencia de este simbolismo. También las estatuas y monumentos con los que ornamos nuestras grandes ciudades son símbolos de esta clase. Si dais un paseo por Londres, hallaréis, ante una de sus mayores estaciones ferroviarias, una columna gótica ricamente ornamentada, a la que se da el nombre de Charing Cross. En el siglo XIII, uno de los reyes de la dinastía de Plantagenet mandó erigir cruces góticas en los lugares en que había reposado el ataúd en que eran conducidos a Westminster los restos de su amada esposa, la reina Eleonor. Charing Cross fue el último de estos monumentos que debían perpetuar la memoria del fúnebre cortejo⁹⁴³. En otro lugar de la ciudad, no lejos del puente de Londres, existe otra columna más moderna, llamada simplemente «The Monument» por los londinenses y que fue erigida en memoria del gran incendio que estalló el año de 1666 en aquel punto y destruyó una gran parte de la ciudad. *Estos monumentos son símbolos conmemorativos, al igual que los síntomas histéricos*; hasta aquí parece justificada la comparación. Mas ¿qué diríais de un londinense que en la actualidad se detuviera lleno de tristeza ante el monumento erigido en memoria del entierro de la reina Eleonor, en lugar de proseguir su camino hacia sus ocupaciones, con la premura exigida por las presentes condiciones del trabajo, o de seguir pensando con alegría en la joven reina de su corazón? ¿Y qué pensaríais del que se parara a llorar ante «el Monumento» la destrucción de su amada ciudad, reconstruida después con cien veces más esplendor? Pues igual a la de estos poco prácticos londinenses es la conducta de todos los histéricos y neuróticos: no sólo recuerdan dolorosos sucesos ha largo tiempo acacidos, sino que siguen experimentando una intensa reacción emotiva ante ellos; les es imposible libertarse del pasado y descuidan por él la realidad y el presente. Tal fijación de la vida psíquica a los traumas patógenos es uno de los caracteres principales y más importantes, prácticamente, de la neurosis.

Creo muy justa la objeción que, sin duda, está surgiendo en vuestro espíritu al comparar mis últimas palabras con la historia clínica de la paciente de Breuer. En ésta todos los traumas provenían de la época en que tuvo que prestar sus cuidados a su padre enfermo, y sus síntomas no pueden ser considerados sino como signos conmemorativos de la enfermedad y muerte del mismo. Corresponden, por tanto, a un gran dolor experimentado por la paciente, y la fijación al recuerdo del fallecido padre, tan poco tiempo después de su muerte, no puede considerarse como algo patológico, sino que constituye un sentimiento normal en absoluto. Así, pues, concedo que tendréis razón en pensar que la fijación a los traumas no es, en la paciente de Breuer, nada extraordinario. Mas en otros casos, como el del tic por mí tratado, cuyos motivos de origen tuvieron lugar quince y diez años atrás, se muestra con toda claridad este carácter de adherencia anormal al pasado, y en el caso de Breuer se hubiera también desarrollado probablemente tal ca-

aportes míos sobre histeria se pueden tener ahora en una versión inglesa elaborada por el Dr. A. A. Brill, de New York.

⁹⁴³ El monumento actual no es el primitivo, aun-

que se halle colocado en el mismo lugar en que éste se alzaba. El nombre de *Charing*, según me comunicó el doctor Jones, es una derivación de las palabras *chère reine*.

rácter si la paciente no se hubiera sometido, tan poco tiempo después de haber experimentado los traumas y surgido los síntomas, al tratamiento catártico.

No hemos expuesto hasta ahora más que la relación de los síntomas histéricos con los sucesos de la vida del enfermo. Mas también de las observaciones de Breuer podemos deducir cuál ha de ser la idea que debemos formarnos del proceso de la patogénesis y del de la curación. Respecto al primero, hay que hacer resaltar el hecho de que la enferma de Breuer tuvo que **reprimir, en casi todas las situaciones patógenas, una fuerte excitación**, en lugar de procurarle su normal exutorio por medio de la correspondiente exteriorización afectiva en actos y palabras. En el trivial suceso del perro de su institutriz reprimió, por consideración a ésta, las manifestaciones de su intensa repugnancia, y mientras se hallaba velando a su padre enfermo, cuidó constantemente de no dejarle darse cuenta de su angustia y sus dolorosos temores. Al reproducir después ante el médico estas escenas se exteriorizó con singular violencia, como si hasta aquel momento hubiese estado **reservando y aumentando su intensidad el afecto en ellas inhibido**. Se observó, además, que el síntoma que había quedado como resto de los traumas psíquicos llegaba a su máxima intensidad durante el período del tratamiento dedicado a descubrir su origen, logrado lo cual desaparecía para siempre y por completo. Por último, se comprobó que el recuerdo de la escena traumática, provocado en el tratamiento, resultaba ineficaz cuando por cualquier razón tenía lugar sin exteriorizaciones afectivas. El destino de estos afectos, que pueden considerarse como magnitudes desplazables, era, por tanto, lo que regía así la patogénesis como la curación. Todas estas observaciones nos obligaban a suponer que la enfermedad se originaba por el hecho de encontrar impedida su normal exteriorización los afectos desarrollados en las situaciones patógenas, y que la esencia de dicho origen consistía en tales **afectos «estrangulados»** eran objeto de una utilización anormal, perdurando en parte como duradera carga de la vida psíquica y fuentes de continua excitación de la misma, y en parte sufrieron una transformación en *inervaciones e inhibiciones* somáticas anormales, que vienen a constituir los síntomas físicos del caso. Este último proceso ha sido denominado por nosotros *conversión histérica*. Cierta parte de nuestra excitación anímica deriva ya normalmente por los caminos de la inervación física, dando lugar a lo que conocemos con el nombre de «expresión de las emociones». La conversión histérica exagera esta parte de la derivación de un proceso anímico saturado de afecto y corresponde a una nueva expresión de las emociones, mucho más intensa y dirigida por nuevos caminos. Cuando una corriente afluye a dos canales tendrá siempre lugar una elevación de nivel en uno de ellos, en cuanto en el otro tropiecen las aguas con algún obstáculo.

Observaréis que nos hallamos en camino de llegar a una teoría puramente psicológica de la histeria, **teoría en la cual colocamos en primer término los procesos afectivos**. Una segunda observación de Breuer nos fuerza a conceder una gran importancia a los estados de conciencia en la característica del proceso patológico. La enferma de Breuer mostraba muy diversas disposiciones anímicas, estados de 'absence', enajenación y transformación del carácter, al lado de su estado normal. En este último no sabía nada de las escenas patógenas ni de su relación con sus síntomas, habiendo olvidado las primeras o, en todo caso, destruido la conexión patógena. Durante la hipnosis se conseguía, no sin considerable trabajo, hacer volver a su memoria tales escenas, y por medio de esta labor

de hacerla recordar de nuevo se lograba la desaparición de los síntomas. Muy difícil sería hallar la justa interpretación de este hecho si las enseñanzas y experimentos del hipnotismo no nos facilitasen el camino. Por el estudio de los fenómenos hipnóticos nos hemos acostumbrado a la idea, extraña en un principio, de que en el mismo individuo son posibles **varias agrupaciones anímicas, que pueden permanecer hasta cierto punto independientes entre sí, que no «saben nada» unas de otras y que atraen alternativamente a la conciencia.** Tales casos, a los que se ha dado el nombre de *double conscience*, suelen aparecer también espontáneamente. Cuando en este desdoblamiento de la personalidad permanece constantemente ligada la conciencia a uno de los dos estados, se da a éste el nombre de estado psíquico *consciente*, y el de *inconsciente* al que queda separado de él. En los conocidos fenómenos de la llamada sugestión poshipnótica, en la cual el sujeto, impulsado por una incoercible fuerza, lleva a cabo, durante el estado normal posterior a la hipnosis, un mandato recibido en ella, se tiene un excelente ejemplo de las influencias que sobre el estado consciente puede ejercer el inconsciente, desconocido para él, y conforme a este modelo puede explicarse perfectamente el proceso de la histeria. Breuer se decidió a aceptar la hipótesis de que los síntomas histéricos surgían en tales estados anímicos, que denominó estados *hipnoides*. Aquellas excitaciones que se producen hallándose el sujeto en estos estados hipnoides se hacen fácilmente patógenas, dado que en ellas no existen condiciones favorables a una derivación normal de los procesos excitantes. Originan éstos entonces un inusitado producto —**el síntoma**—, que se incrusta como un cuerpo extraño en el estado normal, al que en cambio escapa el conocimiento de la situación patógena hipnoide. Allí donde perdura un síntoma hállase también una amnesia, una laguna del recuerdo, y el hecho de cegar esta laguna lleva consigo la desaparición de las condiciones de origen del síntoma.

Temo que esta parte de mi exposición no os haya parecido muy transparente. Pero habréis de tener en cuenta que se trata de difíciles concepciones que quizá no se puedan hacer mucho más claras, lo cual constituye una prueba de que nuestro conocimiento no ha avanzado aún mucho. La teoría de Breuer de los estados *hipnoides* ha resultado superflua y embarazosa, habiendo sido abandonada por el psicoanálisis actual. Más adelante veréis, aunque en estas conferencias no pueda insistir sobre ello y tenga que ceñirme a simples indicaciones, qué influencias y procesos había por descubrir tras de los límites, trazados por Breuer, de los estados hipnoides. Después de lo hasta ahora expuesto estará muy justificada en vosotros la impresión de que las investigaciones de Breuer no han podido daros más que una teoría muy poco completa y una insatisfactoria explicación de los fenómenos observados; pero las teorías completas no caen llovidas del cielo y hay que desconfiar más justificadamente aun cuando alguien nos presenta, desde los comienzos de sus investigaciones, una teoría sin fallo ninguno y bien redondeada. Una teoría así no podrá ser nunca más que hija de la especulación y no fruto de una investigación de la realidad, exenta totalmente de prejuicios.

SEGUNDA CONFERENCIA

AL mismo tiempo que Breuer ensayaba con su paciente la *talking cure*, comenzaba Charcot en París, con las histéricas de La Salpêtrière, aquellas investigaciones de las que había de surgir una nueva comprensión de esta enfermedad.

Sus resultados no podían ser todavía conocidos en Viena por aquellos días. Mas cuando aproximadamente diez años después publicamos Breuer y yo una comunicación provisional sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, fundada en los resultados obtenidos en la primera paciente que Breuer trató por el método catártico, nos hallamos por completo dentro de las investigaciones de Charcot. Nosotros considerábamos los sucesos patógenos vividos por nuestros enfermos, o sea los traumas psíquicos, como equivalentes a aquellos traumas físicos cuya influencia en las parálisis histéricas había fijado Charcot, y la teoría de Breuer de los estados hipnoides no es otra cosa que un reflejo del hecho de haber reproducido Charcot artificialmente en la hipnosis tales parálisis traumáticas.

El gran investigador francés, del que fui discípulo en los años de 1885 y 86, no se hallaba inclinado a las teorías psicológicas. Su discípulo P. Janet fue el primero que intentó penetrar más profundamente en los singulares procesos psíquicos de la histeria, y nosotros seguimos su ejemplo, tomando como punto central de nuestra teoría el desdoblamiento psíquico y la pérdida de la personalidad. Según la teoría de P. Janet —muy influida por las doctrinas dominantes en Francia sobre la herencia y la degeneración—, la histeria es una forma de la alteración degenerativa del sistema nervioso, alteración que se manifiesta en una innata debilidad de la síntesis psíquica. Los enfermos histéricos serían incapaces, desde un principio, de mantener formando una unidad la diversidad de los procesos anímicos, siendo ésta la causa de su tendencia a la disociación psíquica. Si me permitís una comparación trivial, pero muy precisa, diré que el histérico de Janet recuerda a una mujer débil, que ha salido de compras y vuelve a su casa cargada de infinidad de paquetes que apenas puede sujetar con sus brazos. En esto se le escapa uno de los paquetes y cae al suelo. Al inclinarse para recogerlo deja caer otro, y así sucesivamente. Mas no está muy de acuerdo con esta supuesta debilidad anímica de los histéricos el hecho de que al lado de los fenómenos de debilitación de las funciones se observen en ellos, a modo de compensación, elevaciones parciales de la capacidad funcional. Durante el tiempo en que la paciente de Breuer había olvidado su lengua materna y todas las demás que poseía, excepto el inglés, alcanzó su dominio sobre este idioma un grado tal, que le era posible, teniendo delante un libro alemán, ir traduciéndolo al inglés con igual rapidez, corrección y facilidad que si se tratase de una lectura directa.

Cuando posteriormente emprendí yo la tarea de continuar por mi cuenta las investigaciones comenzadas por Breuer, llegué muy pronto a una idea muy distinta sobre la génesis de la disociación histérica (desdoblamiento de la conciencia). Dado que yo no partía de experimentos de laboratorio, como P. Janet, sino de una labor terapéutica, tenía que surgir necesariamente una tal divergencia, decisiva para todo resultado.

A mí me impulsaba sobre todo la necesidad práctica. El tratamiento catártico, tal y como lo había empleado Breuer, tenía por condición sumir al enfermo en una profunda hipnosis, pues únicamente en estado hipnótico podía el paciente llegar al conocimiento de los sucesos patógenos relacionados con sus síntomas, conocimiento que se le escapaba en estado normal. Mas el hipnotismo se me hizo pronto enfadoso, por constituir un medio auxiliar en extremo inseguro y, por decirlo así, místico. **Una vez experimentado que, a pesar de grandes esfuerzos, no lograba sumir en estado hipnótico más que a una mínima parte de**

mis enfermos, decidí prescindir del hipnotismo y hacer independiente de él el tratamiento catártico. No pudiendo variar a mi arbitrio el estado psíquico de la mayoría de mis pacientes, me propuse trabajar hallándose éstos en estado normal, empresa que en un principio parecía por completo insensata y carente de toda probabilidad de éxito. Se planteaba el problema de averiguar por boca del paciente algo que uno no sabía y que el enfermo mismo ignoraba. ¿Cómo podía conseguirse esto? Vino aquí en mi auxilio el recuerdo de un experimento singularísimo y muy instructivo que había yo presenciado en la clínica de Bernheim, en Nancy. Nos enseñaba Bernheim entonces que las personas a las que había sumido en un somnambulismo hipnótico y hecho ejecutar diversos actos, sólo aparentemente perdían, al despertar, el recuerdo de lo sucedido, siendo posible reavivar en ellas tal recuerdo hallándose en estado normal. Cuando se interrogaba al sujeto por los sucesos acaecidos durante su estado de somnambulismo, afirmaba al principio no saber nada; pero al no contentarse Bernheim con tal afirmación y apremiarle, asegurándole que no tenía más remedio que saberlo, lograba siempre que volvieran a su conciencia los recuerdos olvidados.

Este mismo procedimiento utilicé yo con mis pacientes. Cuando llegaba con alguno de ellos a un punto en que me manifestaba no saber ya más, le aseguraba yo que lo sabía y que no tenía más que tomarse el trabajo de decirlo, llegando hasta afirmarle que el recuerdo deseado sería el que acudiera a su memoria en el momento en que yo colocase mi mano sobre su frente. De este modo conseguí, sin recurrir al hipnotismo, que los enfermos me revelasen todo lo necesario para la reconstitución del enlace entre las olvidadas escenas patógenas y los síntomas que quedaban como residuo de las mismas. Mas era éste un penosísimo procedimiento, que llegaba a ser agotador y no podía adoptarse como técnica definitiva.

No lo abandoné, sin embargo, antes de deducir, de las observaciones hechas en su empleo, conclusiones definitivas. Había logrado, en efecto, confirmar que los recuerdos olvidados no se habían perdido. Se hallaban a merced del enfermo y dispuestos a surgir por asociación con sus otros recuerdos no olvidados, pero una fuerza indeterminada se lo impedía, obligándolos a permanecer inconscientes. La existencia de esta fuerza era indudable, pues se sentía su actuación al intentar, contrariándola, hacer retornar a la conciencia del enfermo los recuerdos inconscientes. Esta fuerza que mantenía el estado patológico se hacía, pues, notar como una *resistencia* del enfermo.

En esta idea de la resistencia he fundado mi concepción de los procesos psíquicos en la histeria. Demostrado que para el restablecimiento del enfermo era necesario suprimir tales resistencias, este mecanismo de la curación suministraba datos suficientes para formarse una idea muy precisa del proceso patógeno. Las fuerzas que en el tratamiento se oponían, en calidad de resistencia, a que lo olvidado se hiciese de nuevo consciente, tenían que ser también las que anteriormente habían producido tal olvido y expulsado de la conciencia los sucesos patógenos correspondientes. A este proceso por mí supuesto le di el nombre de *represión*, considerándolo demostrado por la innegable aparición de la *resistencia*.

Mas aún podía plantearse el problema de cuáles eran estas fuerzas y cuáles las condiciones de la represión en la cual reconocemos ya el mecanismo patógeno de la histeria. Una investigación comparativa de las situaciones patógenas llegadas a conocer en el tratamiento catártico permitía resolver el problema. En

todos estos casos se trataba del nacimiento de una optación contraria a los demás deseos del individuo y que, por tanto, resultaba intolerable para las aspiraciones éticas y estéticas de su personalidad. Originábase así un conflicto, una lucha interior, cuyo final era que la representación que aparecía en la conciencia llevando en sí el deseo, inconciliable, sucumbía a la represión, siendo expulsada de la conciencia y olvidada junto con los recuerdos a ella correspondientes. La incompatibilidad de dicha idea con el *yo* del enfermo era, pues, el motivo de la represión, y las aspiraciones éticas o de otro género del individuo, las fuerzas represoras. La aceptación del deseo intolerable o la perduración del conflicto hubieran hecho surgir un intenso *displacer* que la represión ahorra, revelándose así como uno de los dispositivos protectores de la personalidad anímica.

No expondré aquí más que uno solo de los muchos casos por mí observados, mas en él pueden verse claramente las condiciones y ventajas de la represión, aunque, para no traspasar los límites que me he impuesto en estas conferencias, tenga también que reducir considerablemente la historia clínica y dejar a un lado importantes hipótesis. Una muchacha que poco tiempo antes había perdido a su padre, al que amaba tiernamente y al que había asistido con todo cariño durante su enfermedad —situación análoga a la de la paciente de Breuer—, sintió germinar en ella, al casarse su hermana mayor, una especial simpatía hacia su cuñado, sentimiento que pudo fácilmente ocultar y disfrazar detrás del natural cariño familiar. La hermana enfermó y murió poco después, en ocasión en que su madre y nuestra enferma se hallaban ausentes. Llamadas con toda urgencia, acudieron sin tener aún noticia exacta de la desgracia, cuya magnitud se les ocultó al principio. Cuando la muchacha se aproximó al lecho en que yacía muerta su hermana, surgió en ella, durante un instante, una idea que podría quizá expresarse con las siguientes palabras: *Ahora ya está él libre y puede casarse conmigo*. Debemos aceptar, sin duda alguna, que esta idea que reveló a la conciencia de la muchacha su intenso amor hacia su cuñado, amor que hasta entonces no había sido en ella claramente consciente, fue entregada en el acto a la represión por la repulsa indignada de sus otros sentimientos. La muchacha enfermó, presentando graves síntomas histéricos, y al someterla a tratamiento pudo verse que había olvidado en absoluto la escena que tuvo lugar ante el lecho mortuario de su hermana y la perversa idea egoísta que en su imaginación surgió en aquellos instantes. Luego, en el curso del tratamiento, volvió a recordarla, reprodujo el momento patógeno, dando muestras de una inmensa emoción, y quedó curada por completo.

Quizá pueda presentaros más vivamente el proceso de la represión y su necesaria relación con la resistencia por medio de un sencillo símil, que tomaré de las circunstancias en las que en este mismo momento nos hallamos. Suponed que en esta sala y entre el público que me escucha, cuyo ejemplar silencio y atención nunca elogiaré bastante, se encontrara un individuo que se condujese perturbadoramente y que con sus risas, exclamaciones y movimientos distrajese mi atención del desempeño de mi cometido hasta el punto de verme obligado a manifestar que me era imposible continuar así mi conferencia. Al oírme, pónense en pie varios espectadores, y después de una breve lucha arrojan del salón al perturbador, el cual queda, de este modo, expulsado o «reprimido», pudiendo yo reanudar mi discurso. Mas para que la perturbación no se repita en caso de que el expulsado intente volver a penetrar aquí, varios de los señores que han ejecutado mis deseos quedan montando una guardia junto a la puerta y se consti-

tuyen así en una «resistencia» subsiguiente a la represión llevada a cabo. Si denomináis lo «consciente» a esta sala y lo «inconsciente» a lo que tras de sus puertas queda, tendréis una imagen bastante precisa del proceso de la represión.

Veamos ahora claramente en qué consiste la diferencia entre nuestras concepciones y las de Janet. Nosotros no derivamos el desdoblamiento psíquico de una insuficiencia innata del aparato anímico para la síntesis, sino que lo explicamos dinámicamente por el conflicto de fuerzas psíquicas encontradas y reconocemos en él el resultado de una lucha activa entre ambas agrupaciones psíquicas. De nuestra teoría surgen numerosos nuevos problemas. En todo individuo se originan conflictos psíquicos y existe un esfuerzo del *yo* para defenderse de los recuerdos penosos, sin que, generalmente, se produzca el desdoblamiento psíquico. No puede, por tanto, rechazarse la idea de que para que el conflicto tenga la disociación por consecuencia, son necesarias otras condicionantes, y hemos de reconocer que con nuestra hipótesis de la represión no nos hallamos al final, sino muy al principio, de una teoría psicológica. Mas tened en cuenta que en estas materias no es posible avanzar sino paso a paso, debiéndose esperar que una más amplia y penetrante labor perfeccione en lo futuro los conocimientos adquiridos.

No debe intentarse examinar el caso de la paciente de Breuer desde el punto de vista de la represión. Su historia clínica no se presta a ello, por haberse logrado los datos que la componen por medio del hipnotismo, y sólo prescindiendo de éste es como podemos observar las resistencias y represiones y adquirir una idea exacta del verdadero proceso patógeno. El hipnotismo encubre la resistencia y proporciona acceso a determinado sector psíquico; pero, en cambio, hace que la resistencia se acumule en los límites de este sector, formando una impenetrable muralla que impide una más profunda penetración.

El más valioso resultado de las observaciones de Breuer fue el descubrimiento de la conexión de los síntomas con los sucesos patógenos o traumas, resultado que no debemos dejar ahora de considerar desde el punto de vista de la teoría de la represión. Al principio no se ve realmente cómo puede llegarse a la formación de síntomas partiendo de la represión. En lugar de exponer aquí una complicada serie de deducciones teóricas, volveré a hacer uso del símil que antes apliqué a dicho proceso. Suponed que con la expulsión del perturbador y la guardia situada a las puertas de la sala no terminara el incidente, pues muy bien podría suceder que el expulsado, lleno de ira y habiendo perdido toda clase de consideraciones, siguiera dándonos que hacer. No se encuentra ya entre nosotros y nos hemos librado de su presencia, de sus burlonas risas y de sus observaciones a media voz, pero la represión ha sido vana hasta cierto punto, pues el perturbador arma, desde fuera, un intolerable barullo, y sus gritos y puñetazos contra la puerta estorban mi conferencia más que en su anterior grosera conducta. En estas circunstancias, veríamos con gran alegría que, por ejemplo, nuestro digno presidente, el doctor Stanley Hall, tomando a su cargo el papel de mediador y pacificador, saliera a hablar con el intratable individuo y volviera a la sala pidiéndonos que le permitiésemos de nuevo entrar en ella y garantizándonos su mejor conducta. Confiados en la autoridad del doctor Hall, nos decidimos a levantar la represión, restableciéndose de este modo la paz y la tranquilidad. Es ésta una exacta imagen de la misión del médico en la terapia psicoanalítica de las neurosis.

Para expresarlo más directamente por medio de la investigación de los histericos y otros enfermos neuróticos llegamos al convencimiento de que en ellos ha fracasado la represión de la idea que entraña el deseo intolerable. Han llegado a expulsarla de la conciencia y de la memoria, ahorrándose así aparentemente una gran cantidad de dolor, pero el deseo reprimido perdura en lo inconsciente, espianando una ocasión de ser activado, **y cuando ésta se presenta, sabe enviar a la conciencia una disfrazada e irreconocible formación sustitutiva (*Ersatzbildung*) de lo reprimido, a la que pronto se enlazan las mismas sensaciones displacientes que se creían ahorradas por la represión.** Este producto sustitutivo de la idea reprimida—el síntoma— queda protegido de subsiguientes ataques de las fuerzas defensivas del yo, y en lugar de un conflicto poco duradero, aparece ahora un interminable padecimiento. En el síntoma puede hallarse, junto a los rasgos de deformación, un resto de analogía con la idea primitivamente reprimida; los caminos seguidos por la génesis del producto sustitutivo se revelan durante el tratamiento psicoanalítico del enfermo, y para la curación es necesario que el síntoma sea conocido de nuevo y por los mismos caminos, hasta la idea reprimida. Una vez reintegrado lo reprimido a la actividad anímica consciente, labor que supone el vencimiento de considerables resistencias, el conflicto psíquico que así queda establecido y que el enfermo quiso evitarse con la represión, puede hallar, bajo la guía del médico, una mejor solución que la ofrecida por el proceso represor. Existen varias de estas apropiadas soluciones que ponen un feliz término al conflicto y a la neurosis y que, en casos individuales, pueden muy bien ser combinadas unas con otras. Puede convencerse a la personalidad del enfermo de que ha rechazado injustificadamente el deseo patógeno y hacerle aceptarlo en todo o en parte; puede también dirigirse este deseo hacia un fin más elevado y, por tanto, irreprochable (*sublimación* de dicho deseo), y puede, por último, reconocerse totalmente justificada su reprobación, pero sustituyendo el mecanismo—automático y, por tanto, insuficiente—de la represión por una condena ejecutada con ayuda de las más altas funciones espirituales humanas, esto es, conseguir su dominio consciente.

Perdonadme si no he conseguido exponeros con mayor claridad estos capitales puntos de vista del método terapéutico llamado *psicoanálisis*. Las dificultades no estriban tan sólo en la novedad de la materia. Sobre la naturaleza de los deseos intolerables, que a pesar de la represión logran hacerse notar desde lo inconsciente y sobre las condiciones subjetivas o constitucionales que tienen que aparecer conjuntamente en una persona para que tengan lugar un tal fracaso de la represión y una formación sustitutiva o de síntomas, trataremos en conferencias sucesivas.

TERCERA CONFERENCIA

COMO no siempre es fácil decir la verdad, sobre todo cuando es preciso ser breve, me veo obligado hoy a rectificar una inexactitud en que incurri en mi última conferencia. Dije que cuando habiendo renunciado al hipnotismo apremiaba a mis enfermos para que me comunicasen lo que se les ocurriera sobre la materia de que se trataba, indicándoles que sabían todo lo que suponían haber olvidado y que la idea que surgiese en ellos en aquel instante contendría

seguramente lo buscado, había logrado, en efecto, que la primera ocurrencia del enfermo trajera consigo el elemento deseado, revelándose como la olvidada continuación del recuerdo, y esto no es cierto por completo; si así lo expuse, fue en aras de la brevedad. Realmente, sólo en los comienzos del tratamiento pude conseguir, con un simple apremio por mi parte, que se presentase el elemento olvidado. Al continuar con la misma técnica comenzaban siempre a aparecer ocurrencias que por carecer de toda conexión con la materia tratada no podían ser las buscadas y eran rechazadas como falsas por los enfermos mismos. Una mayor presión por mi parte resultaba ya inútil en estos casos y, por tanto, parecía constituir un error el haber abandonado el hipnotismo.

En esta perplejidad me acogí a un prejuicio cuya verificación científica fue llevada a cabo años después en Zurich por C. G. Jung y sus discípulos. Debo afirmar que a veces es muy útil abrigar prejuicios. Creía yo firmemente en la rigurosa determinación de los procesos anímicos y no me era posible aceptar que una ocurrencia exteriorizada por el enfermo, hallándose intensamente fija su atención en un tema dado, fuera por completo arbitraria y exenta de toda relación con dicho tema, o sea con la idea olvidada que procurábamos hallar. Que tal ocurrencia no fuera idéntica a la representación buscada era cosa que podía explicarse satisfactoriamente por la situación psicológica supuesta. En los enfermos sometidos al tratamiento actuaban dos fuerzas contrarias; por un lado, su aspiración consciente a traer a la conciencia los elementos olvidados que existían en lo inconsciente; por otro, la resistencia que ya conocemos y que luchaba para impedir que lo reprimido o sus productos se hiciesen conscientes. Cuando esta resistencia era nula o muy pequeña, lo olvidado se hacía consciente sin deformación ninguna, hecho que incitaba a sospechar que la desfiguración de lo buscado sería tanto mayor cuanto más enérgica fuese la resistencia opuesta a que lo olvidado se hiciese consciente. La ocurrencia del enfermo, que se presentaba en lugar de lo buscado, habíase originado, pues, como un síntoma; era un nuevo y efímero producto artificial sustitutivo de lo reprimido y tanto menos análogo a ello cuanto mayor fuese la desfiguración que bajo el influjo de la resistencia hubiese experimentado. Mas, de todos modos, tendría que presentar cierta semejanza con lo buscado, en virtud de su naturaleza de síntoma y dada una resistencia no demasiado intensa, tenía que ser posible adivinar el oculto elemento buscado, partiendo de la ocurrencia manifestada por el enfermo. Esta ocurrencia debía ser, con respecto al elemento reprimido, algo como una alusión, como una expresión del mismo en lenguaje *indirecto*.

En la vida anímica normal conocemos casos en los que situaciones análogas a la aquí supuesta por nosotros producen parecidos resultados. Uno de estos casos es el del chiste. Los problemas de la técnica psicoanalítica me han hecho ocuparme también de la técnica de la formación del mismo. Expondré aquí un ejemplo de este género, relativo a un chiste formulado en lengua inglesa.

La anécdota es como sigue⁹⁴⁴: Dos negociantes poco escrupulosos, que habían conseguido reunir una gran fortuna merced a una serie de osadas empresas, se esforzaban en hacerse admitir en la buena sociedad, y para conseguirlo les pareció un buen medio encargar sus retratos al pintor más distinguido y caro

⁹⁴⁴ Véase *El chiste y su relación con lo inconsciente* (volumen III de esta edición de *Obras completas*).

de la ciudad, cada obra del cual se consideraba como un acontecimiento en el mundo elegante. En una gran «soirée» expusieron después los cuadros y condujeron al salón en el que se hallaban colgados, uno junto a otro, al crítico de arte más influyente y conocido, con objeto de hacerle pronunciar un juicio admirativo. El crítico contempló largo rato los retratos, movió después la cabeza como si echase algo de menos, e indicando con la mirada el espacio libre comprendido entre las dos obras de arte, se limitó a preguntar: «And where is the Saviour?»⁹⁴⁵. Veo que os ha hecho reír este excelente chiste, en cuya inteligencia penetraremos ahora. Comprendemos que el crítico quiere decir: «Sois un par de bribones semejantes a aquellos entre los cuales se crucificó al Redentor.» Más no lo dice así, sino que sustituye esta frase por algo que al principio parece singularmente incongruente e inapropiado a las circunstancias, pero que en seguida reconocemos como una *alusión* a la injuria que tenía propósito de exteriorizar y como un sustitutivo de la misma, que no aminora en nada su valor. No podemos esperar que en el chiste aparezcan todas aquellas circunstancias que sospechamos existen en la génesis de la ocurrencia espontánea de nuestros pacientes, pero sí queremos hacer resaltar la identidad de motivación entre el chiste y la ocurrencia. ¿Por qué no dice el crítico directamente a los dos bribones lo que desea decirles? Pues porque junto a su antojo de decirselo con toda claridad, en su propia cara, actúan en él muy buenos motivos contrarios. No deja de tener sus peligros el ofender a personas de las cuales se es huésped y que disponen de los forzudos puños de una numerosa servidumbre. Puede correrse aquella suerte que en mi anterior conferencia me sirvió de símil para aclarar el concepto de la «represión». Por este motivo no exterioriza el crítico directamente la injuria que se proponía expresar, sino que la lanza disfrazada y deformada como una alusión y un desahogo con el cual burla la coerción que pesa sobre su propósito. A la misma constelación se debe, a nuestro juicio, el hecho de que el paciente produzca, en lugar del elemento olvidado que se trata de hallar, una *ocurrencia sustitutiva* (*Ersatzefall*) más o menos deformada.

Es muy apropiado dar, siguiendo el ejemplo de la escuela de Zurich (Bleuler, Jung y otros), el nombre de *complejo* de una agrupación de elementos ideológicos conjugados y saturados de afecto. Vemos, pues, que cuando partimos, en el tratamiento de un enfermo, de lo último que recuerda sobre un punto determinado, para buscar un complejo reprimido, tenemos todas las probabilidades de inferirlo si el sujeto pone a nuestra disposición una cantidad suficiente de sus espontáneas ocurrencias. Dejamos, por tanto, hablar al enfermo lo que quiera y nos atenemos firmemente a la presuposición de que no puede ocurrírsele cosa alguna que no dependa indirectamente del complejo buscado. Si este camino de hallar lo reprimido os parece demasiado prolijo, puedo, por lo menos, aseguraros que es el único practicable.

Al emplear esta técnica encontramos aún el obstáculo de que el paciente se detiene con frecuencia, comienza a vacilar y afirma que no sabe qué decir, ni se le ocurre cosa alguna. Si esto fuera exacto y tuviera razón el enfermo, nuestro procedimiento probaría ser insuficiente. Pero una más sutil observación muestra que tal falta de ocurrencias no aparece jamás en la práctica, produciéndose tan sólo su apariencia por el hecho de que el enfermo, influido por las resistencias

⁹⁴⁵ «Y el Redentor, ¿dónde está?»

disfrazadas bajo la forma de diversos juicios críticos sobre el valor de la idea que en él ha surgido, la retiene sin exteriorizarla o la rechaza. Contra esto hay el remedio de ponerle desde luego al tanto de que ha de sentirse inclinado a observar tal conducta durante el tratamiento y pedirle que no se ocupe de ejercer crítica alguna sobre sus ocurrencias. De manifestar, renunciando en absoluto a una selección crítica, todo aquello que a su imaginación acuda, aunque lo considere inexacto, sin conexión alguna con la cuestión tratada, o falto de sentido. Sobre todo, no deberá ocultar nada de aquello que se le ocurra y con lo que le sea desagradable ocupar su pensamiento. La obediencia a estos preceptos asegura la consecución del material que ha de ponernos sobre las huellas de los complejos reprimidos.

Este material de ocurrencias, que el enfermo rechaza despreciativamente cuando se halla bajo el influjo de la resistencia y no bajo el del médico, constituye para el investigador psicoanalítico el mineral del que, con ayuda de sencillas artes interpretativas, extrae su total contenido del valioso metal. Si queréis haceros con un rápido y provisional conocimiento de los complejos reprimidos de un enfermo, aunque sin penetrar en su ordenación ni en su enlace, podéis serviros del *experimento de asociación*, tal y como ha sido perfeccionado por Jung⁹⁴⁶ y sus discípulos. Este procedimiento procura al investigador psicoanalítico iguales medios que el análisis cualitativo a los químicos; en la terapia de los enfermos neuróticos puede prescindirse de él, pero es, en cambio, totalmente indispensable para la demostración objetiva de los complejos y para la investigación de la psicosis, con tanto éxito emprendidas por la escuela de Zurich.

La interpretación de las ocurrencias que exterioriza el paciente cuando se somete a los preceptos psicoanalíticos capitales no es el único de nuestros medios técnicos para el descubrimiento de lo inconsciente. Al mismo fin conducen otros dos procedimientos: la interpretación de sus sueños y la evaluación de sus *actos fallidos* (*Fehihandlugen*) y *actos casuales* (*Zufallshandlugen*).

Confieso a mi distinguido auditorio que he vacilado largo tiempo pensando si no sería mejor ofrecer aquí, en lugar de esta rápida y sintética visión sobre todo el campo del psicoanálisis, una detallada exposición de la *interpretación de los sueños*⁹⁴⁷. Un motivo en apariencia secundario y puramente subjetivo me ha hecho desistir de ello. Parecíame inadecuado y casi escandaloso presentarme en calidad de «onirocrítico» ante personas de esta nación, orientada hacia fines prácticos, sin previamente hacerles saber la importancia a que puede aspirar tal anticuado y ridiculizado arte. La interpretación de los sueños es, en realidad, la Vía Regia para llegar al conocimiento de lo inconsciente y la base más firme del psicoanálisis, constituyendo al mismo tiempo un campo de experimentación, en el que todos podemos penetrar y adquirir nuevas e interesantísimas ideas. Cuando se me pregunta cómo se puede llegar a practicar el psicoanálisis, respondo siempre que por el estudio de los propios sueños. Con justo tacto han eludido hasta ahora los adversarios de nuestras teorías penetrar en la crítica de la interpretación de los sueños, o han pasado rápidamente sobre ella con las objeciones más superficiales. Mas si, por el contrario, llegáis a aceptar las soluciones que el psicoanálisis da al problema de la vida onírica, no presentarán ya

⁹⁴⁶ C. G. Jung: *Diagnostische Assoziationsstudien*, 1906.

⁹⁴⁷ Véase *La interpretación de los sueños* (volumen II de estas *Obras completas*).

dificultad ninguna a vuestros ojos las novedades que pensáis encierra nuestra disciplina.

Al estudiar los sueños no hay que olvidar que si nuestras producciones oníricas nocturnas presentan, por un lado, la mayor analogía exterior y el más grande parentesco íntimo con las creaciones de la perturbación mental, por otro, en cambio, son compatibles con una total salud en la vida despierta. No constituye ninguna paradoja afirmar que quien se limite a mirar con asombro, sin intentar llegar a su comprensión, estas alucinaciones, delirios y modificaciones del carácter, que pudiéramos llamar «normales», no puede tampoco tener la menor probabilidad de comprender, más que de un modo totalmente profano, las formaciones anormales de los estados anímicos patológicos. Entre estos profanos podéis contar a casi todos los psiquiatras actuales. Seguidme ahora en una rápida excursión a través del campo de los problemas oníricos.

Cuando nos hallamos despiertos acostumbramos considerar tan despreciablemente nuestros sueños como el paciente las ideas que el investigador psicoanalítico le hace manifestar. Rechazándolos de nuestro pensamiento, los olvidamos generalmente en el acto y por completo. Nuestro desprecio se funda en el extraño carácter que presentan aun aquellos sueños que no son confusos ni descabellados y en el evidente absurdo e insensatez de otros, y nuestra repulsa se basa en las desenfrenadas tendencias, inmorales y desvergonzadas que, en algunos sueños, se manifiestan claramente. En cambio, el mundo antiguo no participó de este nuestro desprecio de los sueños, y en la actualidad tampoco las capas inferiores de nuestro pueblo se dejan engañar con respecto a la estimación que a los mismos debe concederse, y esperan de ellos, como los antiguos, la revelación del porvenir.

Por mi parte confieso que no hallo necesidad de hipótesis mística ninguna para cegar las lagunas de nuestro actual conocimiento y que, por tanto, no he podido hallar jamás nada que confirmara una naturaleza profética de los sueños. Hay muchas cosas de otro género, y también harto maravillosas, que decir sobre ellos.

En primer lugar, no todos los sueños son esencialmente extraños al sujeto que los ha tenido, ni confusos e incomprensibles para él. Examinando los sueños de los niños más pequeños, desde el año y medio de edad, se halla que son grandemente sencillos y fáciles de explicar. El niño pequeño sueña siempre la realización de deseos que han surgido en él el día anterior y que no ha satisfecho. No es necesario ningún arte interpretativo para hallar esta sencilla solución, sino únicamente averiguar lo que el niño hizo o dijo durante el día anterior al sueño. La solución más satisfactoria del problema sería, ciertamente, que también los sueños de los adultos fueran, como los de los niños, realizaciones de sentimientos optativos provocados durante el día del sueño. Y así es en realidad. Las dificultades que es necesario vencer para llegar a esta solución van desapareciendo poco a poco, conforme se va haciendo más penetrante el análisis de los sueños.

La primera y más importante de las objeciones es la de que los sueños de los adultos presentan, en general, un contenido ininteligible que no deja reconocer el más pequeño indicio de una realización de deseos. La respuesta a tal objeción es la siguiente: Dichos sueños han sufrido una deformación; el proceso psíquico que entrañan hubiera debido hallar originariamente una muy diferente traducción verbal. Hay que diferenciar el *contenido manifiesto del sueño*, tal y como se recuerda con extrema vaguedad por la mañana y se reviste pensosa-

mente y con aparente arbitrariedad de palabras, de las *ideas latentes del sueño*, que permanecen en lo inconsciente. Esta deformación del sueño es el mismo proceso que expuse antes en la investigación de la formación de los síntomas histéricos, e indica que tanto en la formación de los sueños como en la de los síntomas actúa el mismo juego de fuerzas anímicas encontradas. El contenido manifiesto del sueño es el sustitutivo deformado de las ideas inconscientes del mismo, y esta deformación es obra de fuerzas defensivas del *yo*, resistencias que durante el estado de vigilia impiden por completo el acceso a la conciencia, a los deseos reprimidos de lo inconsciente, y que, debilitados cuando el sujeto duerme, conservan, sin embargo, energía suficiente para obligar a dichos deseos a envolverse en un disfraz. De este modo resulta tan difícil para el sujeto reconocer el sentido de sus sueños como para el histérico la relación y el significado de sus síntomas.

Que existen ideas latentes del sueño, y que entre ellas y el contenido manifiesto del mismo se mantiene, en efecto, la relación antes descrita, son extremos de los que nos convence el análisis de los sueños, análisis cuya técnica es idéntica a la psicoanalítica. Se prescinde por completo de la aparente conexión de los elementos en el sueño manifiesto y se reúnen todas las ocurrencias que, conforme a la regla psicoanalítica de libre asociación, vayan surgiendo ante cada uno de dichos elementos, considerados separadamente. Luego, por el examen del material así reunido, podremos inferir las ideas latentes del sueño, de igual manera que por las ocurrencias del enfermo ante sus síntomas y recuerdos hemos adivinado sus ocultos complejos. En las ideas latentes del sueño así descubiertas puede verse siempre cuán justificado está igualar los sueños del adulto a los de los niños. Lo que ahora se sustituye, como verdadero sentido del sueño, al contenido manifiesto del mismo es siempre claramente comprensible; aparece ligado a las impresiones del día anterior y se revela como realización de un deseo insatisfecho. El sueño manifiesto, que es el que por nuestro recuerdo conocemos al despertar, no puede describirse más que como una realización *disfrazada* de deseos *reprimidos*.

Por medio de una labor sintética puede llegarse también al conocimiento del proceso de deformación, que convierte las ideas inconscientes del sueño en el contenido manifiesto del mismo, proceso al que damos el nombre de *elaboración del sueño* y que merece todo nuestro interés teórico, porque en él podremos estudiar, mejor que en ningún otro, qué insospechados procesos psíquicos son posibles en lo inconsciente, o dicho con mayor precisión, *entre* dos sistemas psíquicos separados: la conciencia y lo inconsciente. Entre estos nuevos procesos psíquicos se destacan el de la *condensación* y el del *desplazamiento*. La elaboración del sueño es un caso especial de las influencias recíprocas de diversas agrupaciones anímicas; esto es, de los resultados del desdoblamiento anímico, y parece en lo esencial idéntica a aquella labor de deformación que, dada una represión fracasada, transforma en síntomas los complejos reprimidos.

En el análisis de los sueños descubriremos con admiración la insospechada importancia del papel que desempeñan en el desarrollo del hombre las impresiones y los sucesos de la temprana infancia. En la vida onírica del hombre prolonga su existencia el niño, conservando bien sus peculiaridades y deseos, aun aquellos que han llegado a ser inutilizables en la vida adulta. Con el poder incoercible se presentarán ante nosotros las evoluciones, represiones, sublimaciones y reacciones por medio de las cuales ha surgido del niño, muy diferentemente

dispuesto, el hombre llamado normal, sujeto, y en parte víctima, de la civilización tan penosamente alcanzada.

Quiero también llamar la atención sobre el hecho de que en el análisis de los sueños hemos hallado que lo inconsciente se servía, sobre todo para la representación de complejos sexuales, de un determinado simbolismo, variable en parte individualmente y en parte típicamente fijado, que parece coincidir con el simbolismo cuya existencia sospechamos detrás de nuestros mitos y leyendas. No sería imposible que estas últimas creaciones de los pueblos pudieran hallar su explicación partiendo de los sueños.

He de advertiros, por último, que no debéis dejaros extraviar por la objeción de que la existencia de pesadillas o sueños de angustia contradice nuestra concepción de los sueños como realización de deseos. Aparte de que también estos sueños angustiosos necesitan ser interpretados antes de poder pronunciarse sobre ellos, hay que hacer observar que, en general, la angustia no depende tan sencillamente del contenido del sueño como suele creerse, sin conocer ni tener en cuenta las condiciones de la angustia neurótica. La angustia es una de las reacciones defensivas del *yo* contra aquellos deseos reprimidos que han llegado a adquirir una gran energía, y es, por tanto, muy explicable su existencia en el sueño cuando la formación del mismo se ha puesto excesivamente al servicio de la realización de tales deseos reprimidos.

Vemos, pues, que la investigación de los sueños estaría ya justificada en sí por las conclusiones a que nos lleva sobre cuestiones que sin ella serían tan difíciles de conocer. Mas nosotros hemos llegado a ella en conexión con el tratamiento psicoanalítico de los neuróticos. Por lo dicho hasta ahora, podéis comprender fácilmente cómo la interpretación de los sueños, cuando no es dificultada en exceso por las resistencias del enfermo, conduce al conocimiento de los deseos ocultos y reprimidos del mismo y de los complejos que tales deseos sustentan. Podemos, pues, pasar ahora al tercer grupo de fenómenos anímicos, cuyo estudio ha llegado a ser un medio técnico para el psicoanálisis.

Son éstos los pequeños *actos fallidos* de los hombres, tanto normales como nerviosos; actos a los que no se acostumbra, en general, dar importancia ninguna: el olvido de cosas que podían saberse y que en realidad se saben en otros momentos (por ejemplo, el olvido temporal de los nombres propios); las equivocaciones orales, en las que con tanta frecuencia se incurre; los análogos errores cometidos en la escritura y en la lectura; los actos de aprehensión errónea, y la pérdida y rotura de objetos, etc., cosas todas a las que no se suele buscar una determinación psicológica y que se dejan pasar considerándolas como sucesos casuales y resultantes de la distracción, falta de atención y otras condiciones análogas. A todo ello se agregan los actos y gestos que los hombres ejecutan sin darse cuenta, y, por tanto, claro está que sin atribuirles condición anímica alguna, tales como el jugar con los objetos, tararear melodías, andarse en los vestidos o en alguna parte de la propia persona y otros manejos semejantes⁹⁴⁸. Estas pequeñeces, *actos fallidos*, *sintomáticos* y *casuales*, no se hallan tan desprovistas de significación como parece aceptarse, en general, por un tácito acuerdo; muy al contrario, son extraordinariamente significativas y pueden ser fácil y seguramente interpretadas examinando la situación

⁹⁴⁸ Véase la *Psicopatología de la vida cotidiana* (volumen III de esta edición de *Obras completas*).

en la que se ejecutan; examen del que resulta que también constituyen manifestaciones de impulsos e intenciones que deben ser sustraídos a la propia conciencia o que proceden de los mismos complejos y deseos que hemos estudiado como creadores de los síntomas y plasmadores de los sueños. Merecen, por tanto, estos actos ser reconocidos como síntomas, y su observación puede conducir, como la de los sueños, al descubrimiento de los elementos ocultos de la vida anímica. Por ellos revela generalmente el hombre sus más íntimos secretos, y si aparecen con especiales facilidad y frecuencia hasta en individuos sanos, que han logrado llevar a cabo, con todo éxito, la represión de sus tendencias inconscientes, ello se debe a su futilidad y nimia apariencia. No obstante, pueden aspirar tales actos a una más alta valoración teórica, pues nos muestran que la represión y la formación de sustitutivos tienen también lugar en condiciones de salud normal.

Observaréis que el investigador psicoanalítico se caracteriza por una estricta fe en el determinismo de la vida psíquica. Para él no existe nada pequeño, arbitrario ni casual en las manifestaciones psíquicas; espera hallar siempre una motivación suficiente hasta en aquellos casos en que no se suele sospechar ni inquirir la existencia de la misma, y está incluso preparado a encontrar una *motivación múltiple* del mismo efecto psíquico, mientras que nuestra necesidad casual, que suponemos innata, se declara satisfecha con una única causa psíquica.

Reunid ahora todos los medios que para el descubrimiento de lo escondido, olvidado y reprimido en la vida psíquica poseemos: el estudio de las ocurrencias del paciente provocadas por libre asociación, el de sus sueños y el de sus actos fallidos y sintomáticos; añadid a ello la valoración de otros fenómenos que aparecen durante el tratamiento psicoanalítico y sobre los que haré más adelante, al tratar de la «transferencia», algunas observaciones, y llegaréis conmigo a la conclusión de que nuestra técnica es suficientemente eficaz para poder cumplir su cometido, atraer a la conciencia el material psíquico patógeno, y poner así término a la dolencia provocada por la formación de síntomas sustitutivos. El que en el curso de nuestros esfuerzos terapéuticos logremos enriquecer y hacer más profundo nuestro conocimiento de la vida psíquica de los hombres, tanto normales como enfermos, no puede ciertamente ser considerado sino como un especial atractivo y una ventaja de esta labor.

No sé si abrigaréis la impresión de que la técnica a través de cuyo arsenal acabo de conducirlos es de una extraordinaria dificultad. Mi opinión es la de que está proporcionada al objeto cuyo dominio ha de conseguir. Mas lo seguro es que no se trata de algo que pueda improvisarse, sino que tiene que ser aprendido al igual que la técnica histológica o quirúrgica. Quizá os asombre saber que en Europa hemos escuchado multitud de juicios sobre el psicoanálisis, pronunciados por personas que no conocen nada de nuestra técnica ni la han empleado jamás, y que, no obstante, nos pedían, como por burla, que les demostrásemos la exactitud de nuestros resultados. Entre estos impugnadores ha habido, ciertamente, personas a las que en otras materias no faltaba la lógica científica y que, por ejemplo, no hubieran rechazado el resultado de una investigación microscópica por el hecho de no ser apreciable dicho resultado sin aparato ninguno; a simple vista y directamente sobre el preparado anatómico, no hubieran pronunciado tampoco un juicio adverso antes de haber comprobado la cuestión por sí mismos con ayuda del microscopio. Mas, en

lo tocante al psicoanálisis, hay que tener en cuenta que la aceptación de sus teorías tiene que luchar con circunstancias muy desfavorables. El psicoanálisis trata de conducir a un reconocimiento consciente los elementos reprimidos de la vida psíquica y aquellos que han de juzgarla son también hombres que poseen tales represiones y que quizá sólo a duras penas logran mantenerlas. De este modo tiene nuestra disciplina que despertar en ellos la misma resistencia que despierta en el enfermo, y que fácilmente consigue disfrazarse de repulsa intelectual, y hace surgir argumentos análogos a aquellos que nosotros dominamos en nuestros pacientes por medio de la regla capital antes descrita.

Como en los enfermos, hallamos también con frecuencia en nuestros adversarios una extraordinaria influenciación afectiva de la capacidad de juicio, en el sentido de una minoración de la misma. La soberbia de la conciencia que, por ejemplo, rechaza tan despreciativamente los sueños, pertenece a los más enérgicos dispositivos protectores previstos en general en todos nosotros contra la revelación de los complejos inconscientes, y ésta es la causa de que sea tan difícil hacer llegar a los hombres a la convicción de la realidad de lo inconsciente y darles a conocer algo nuevo que contradice su conocimiento consciente.

CUARTA CONFERENCIA

DESEARÉIS saber ahora qué es lo que con ayuda de los medios técnicos descritos hemos averiguado sobre los complejos patógenos y los deseos reprimidos de los neuróticos.

Ante todo una cosa: la investigación psicoanalítica refiere, con sorprendente regularidad, los síntomas patológicos del enfermo a impresiones de su vida erótica; nos muestra que los deseos patógenos son de la naturaleza de los componentes instintivos eróticos y nos obliga a aceptar que las perturbaciones del erotismo deben ser consideradas como las influencias más importantes de todas aquellas que conducen a la enfermedad. Y esto en ambos sexos.

Sé que esta afirmación no se acepta fácilmente. Hasta aquellos investigadores que siguen con buena voluntad mis trabajos psicológicos se hallan inclinados a opinar que exagero la participación etiológica de los factores sexuales y se dirigen a mí con la pregunta de por qué otros estímulos psíquicos no han de dar también motivo a los fenómenos de la represión y la formación de sustitutos. A ello puedo contestar que ignoro por qué los estímulos no sexuales carecen de tales consecuencias y que no tendría nada que oponer a que su actuación produjese resultados análogos a los de carácter sexual, pero que la experiencia demuestra que nunca adquieren tal significación e importancia y que lo más que hacen es secundar el efecto de los factores sexuales, sin jamás poder sustituirse a ellos. Este estado de cosas no fue afirmado por mí teóricamente; en 1895, cuando publiqué los estudios sobre la histeria, en colaboración con el doctor Breuer, no había yo llegado aún a este punto de vista, que he tenido forzosamente que aceptar más tarde, conforme mis experimentos iban haciéndose más numerosos y penetrando más en el corazón de la materia.

Entre vosotros, los que habéis acudido a estas conferencias, se hallan algunos de mis más íntimos amigos y discípulos, que me han acompañado en mi viaje hasta aquí. Interrogados, y oíréis de sus labios que también ellos acogieron al principio con absoluta incredulidad la afirmación de la decisiva im-

portancia de la etiología sexual hasta que luego su propia labor analítica los obligó a aceptarla y hacerla suya.

La conducta de los enfermos no facilita ciertamente la aceptación de mi discutida teoría. En lugar de ayudarnos, proporcionándonos de buena voluntad datos sobre su vida sexual, intentan ocultar ésta por todos los medios. Los hombres no son generalmente sinceros en las cuestiones sexuales. No muestran a la luz su sexualidad, sino que la cubren con espesos mantos tejidos de mentiras, como si en el mundo de la sexualidad reinara un cruel temporal. Y no dejan de tener razón: en nuestro mundo civilizado, el sol y el viento no son nada favorables a la actividad sexual; ninguno de nosotros puede realmente mostrar a los demás su erotismo, libre de todo disfraz. Mas cuando los pacientes se dan cuenta de que pueden librarse de toda coerción durante el tratamiento, arrojan aquella mentirosa envoltura, y entonces es cuando se halla una en situación de formar juicio exacto sobre el discutido problema. Desgraciadamente, los médicos no ocupan con respecto a los demás hombres un lugar de excepción en lo relativo a la conducta personal ante los problemas de la vida sexual, y aun muchos de ellos caen dentro de aquella mezcla de gazmoñería y concupiscencia que en las cuestiones sexuales rige la conducta de la mayoría de los «hombres civilizados».

Continuemos ahora la exposición de nuestros resultados. En otra serie de casos, la investigación psicoanalítica refiere los síntomas no a acontecimientos sexuales, sino a vulgares sucesos traumáticos. Mas esta diferenciación pierde toda su importancia por otro hecho. La labor analítica necesaria para la aclaración absoluta y la definitiva curación de un caso patológico no se detiene nunca en los sucesos del periodo de enfermedad, sino que llega en todos los casos hasta la pubertad y la temprana infancia del paciente, para tropezar allí con dos sucesos e impresiones determinantes de la posterior enfermedad. Sólo los sucesos de la infancia explican la extremada sensibilidad ante traumas posteriores, y únicamente por el descubrimiento y atracción a la conciencia de estas huellas de recuerdos, casi siempre olvidadas, adquirimos poder suficiente para hacer desaparecer los síntomas. Llegamos aquí al mismo resultado que en la investigación de los sueños; esto es, que son deseos duraderos y reprimidos de la niñez los que para la formación de síntomas han suministrado su energía, sin la cual la reacción a traumas posteriores hubiera tenido lugar normalmente. Y estos poderosos deseos de la niñez deben ser considerados siempre, y con una absoluta generalidad, como sexuales.

Ahora sí que estoy cierto de haber excitado vuestro asombro. ¿Hay, pues, una sexualidad infantil? —preguntaréis—. ¿No es más bien la infancia una edad caracterizada por la ausencia del instinto sexual? Nada de eso: el instinto sexual no entra de repente en los niños al llegar a la pubertad, como nos cuenta el Evangelio que el demonio entró en los cuerpos de los cerdos. El niño posee, desde un principio, sus instintos y actividades sexuales; los trae consigo al mundo, y de ellos se forma, a través de las numerosas etapas de una importantísima evolución, la llamada sexualidad normal del adulto. Ni siquiera es difícil observar las manifestaciones de esta actividad sexual infantil; por el contrario, más bien es necesario poseer cierto arte para dejarlas pasar inadvertidas o interpretarlas erróneamente.

Un favorable destino me ha puesto en situación de acogerme al testimonio

de un compatriota vuestro. Indicaré aquí un trabajo del doctor Sanford Bell, publicado en 1902, en el *American Journal of Psychology*. Su autor es un antiguo discípulo de la Clark University, la misma institución en una de cuyas aulas nos hallamos hoy reunidos. En este trabajo, titulado *A preliminary study of the emotion of love between the sexes*, y aparecido tres años antes de mi 'Tres ensayos para una teoría sexual' (Tomo IV de estas obras completas) dice el autor la misma cosa que yo acabo de exponeros: «La emoción del amor sexual no surge por vez primera en el período de la adolescencia, como se ha pensado hasta ahora»*. El doctor Sanford Bell ha trabajado en esta cuestión, muy a la americana, como diríamos en Europa, reuniendo, en el transcurso de quince años, nada menos que 2.500 observaciones positivas, entre ellas 800 realizadas por él mismo. De los signos por los que se revelan tales enamoramientos infantiles, dice en su trabajo: «Observando sin prejuicio alguno estas manifestaciones en cientos de parejas de niños, no puede eludirse el atribuirles un origen sexual. El ánimo más deseoso de exactitud tiene que quedar satisfecho cuando a estas observaciones se agrega la confesión de aquellas personas que en su niñez han experimentado tal emoción con una elevada intensidad y cuyos recuerdos infantiles son relativamente precisos»**. Mas cuando el asombro de aquellos de entre vosotros que no quieren creer en la sexualidad infantil llegará a su grado máximo, será al oír que muchos de estos niños tempranamente enamorados no han pasado de la tierna edad de tres, cuatro y cinco años.

No me admiraría que estas observaciones de un compatriota vuestro consiguieran vuestro asentimiento con mayor facilidad que las mías. Por mi parte, he logrado, hace poco, deducir del análisis de un niño de cinco años⁹⁴⁹, que padecía una neurosis de angustia —análisis llevado a cabo por su mismo padre, conforme a las reglas psicoanalíticas—, un cuadro casi completo de las manifestaciones instintivas somáticas y de las producciones anímicas en un temprano estadio de la vida erótica infantil. Debo también haceros recordar que mi amigo el doctor C. G. Jung os leía hace pocas horas en esta misma sala las observaciones verificadas en el caso de una niña aún menor, que por el mismo motivo que mi paciente —el nacimiento de un hermanito— reveló emociones sensuales y formaciones de deseos y complejos totalmente análogos. No desespero, pues, de que lleguéis a familiarizaros con la idea, extraña al principio, de la sexualidad infantil, y quiero presentaros todavía el honroso ejemplo del psiquiatra de Zurich E. Bleuler, que aún no hace muchos años manifestaba «que no lograba comprender mis teorías sexuales» y que posteriormente ha confirmado en su totalidad, por observaciones propias, mi concepción de la sexualidad infantil⁹⁵⁰.

Es muy explicable que, sean o no investigadores médicos, no quieran los hombres saber nada de la vida sexual del niño. Han olvidado su propia actividad sexual infantil, bajo la presión de la educación civilizadora, y no quieren que se les recuerde lo que han reprimido. Muy distintas serían las convicciones a que llegarían si comenzaran sus investigaciones con un autoanálisis, una revisión y una interpretación de sus recuerdos infantiles.

Rechazad vuestras dudas y seguidme en la aceptación de la existencia de una sexualidad infantil desde los primeros años⁹⁵¹. El instinto sexual del niño se nos

* En inglés en el original. (Nota del T.)

** En inglés en el original. (Nota del T.)

⁹⁴⁹ 'Análisis de la fobia de un niño de cinco años' (volumen IV de estas *Obras completas*).

⁹⁵⁰ Bleuler, *Sexuelle Abnormalitäten der Kinder, en Jahrb. der Schweiz. Gesellschaft für Schulgesundheitspflege*, IX, 1908.

⁹⁵¹ Cf. 'Tres ensayos para una teoría sexual'.

revela como muy complejo, y es susceptible de una descomposición en numerosos elementos de muy diverso origen. Ante todo, es aún independiente de la procreación, a cuyo servicio entrará más tarde, y sirve, por lo pronto, para la consecución de sensaciones de placer, de muy diversos géneros, a las que por sus analogías y conexiones reunimos bajo la común consideración de placer sexual. La fuente principal del placer sexual infantil es el estímulo apropiado de determinadas partes del cuerpo, especialmente excitables; esto es, además de los genitales, la boca, el ano, la abertura del meato, y también la piel y otras superficies sensoriales. Dado que en esta primera fase de la vida sexual infantil la satisfacción es conseguida en el propio cuerpo y aparte de todo objeto exterior, la denominamos, conforme al término implantado por Havelock Ellis, fase del *autoerotismo*, y llamaremos *zonas erógenas* a las partes del cuerpo que intervienen en la consecución de placer. El «chupeteo» o succión productora de placer, observable en los niños más pequeños, es un buen ejemplo de una tal satisfacción autoerótica conseguida en una zona erógena. El primer observador científico de este fenómeno, un pediatra de Budapest llamado Lindner, lo interpretó ya como una satisfacción sexual y ha descrito minuciosamente su transición a otras más elevadas formas de la actividad sexual⁹⁵². Otra satisfacción sexual de esta edad infantil es aquel estímulo masturbatorio de los genitales, que tan gran importancia conserva para la vida posterior y que muchos individuos no logran jamás dominar. Junto a estas y otras actividades autoeróticas, se manifiestan muy tempranamente en el niño aquellos componentes instintivos del placer sexual, o como nosotros acostumbramos decir, de la libido, que presuponen una persona exterior al sujeto. Estos instintos aparecen en dos formas, activa y pasiva, constituyendo pares antitéticos. Citaré entre ellos, como los de mayor importancia de este grupo el placer de causar dolor (sadismo), con su contrario pasivo (masoquismo), y el placer visual, de cuyas formas activa y pasiva surgen posteriormente el afán de saber y la tendencia a la exposición artística o teatral. Otras actividades sexuales del niño caen ya dentro de la *elección de objeto*, en la cual se convierte en elemento principal una segunda persona, que debe originariamente su importancia a consideraciones relativas al instinto de conservación. Sin embargo, la diferencia de sexos no desempeña aún en este período infantil un papel decisivo, y sin cometer injusticia alguna puede atribuirse a todos los niños una parte de disposición homosexual.

Esta desordenada vida sexual del niño, muy rica en contenido, pero disociada, y en la cual cada instinto busca por cuenta propia, independientemente de todos los demás, la consecución de placer, experimenta una síntesis y una organización en dos direcciones principales, de tal manera, que con el término de la pubertad queda, en la mayoría de los casos, completamente desarrollado el definitivo carácter sexual del individuo. Por un lado, se subordinan los diversos instintos a la primacía de la zona genital, con lo que toda la vida sexual entra al servicio de la procreación, y la satisfacción de dichos instintos queda reducida a la preparación y favorecimiento del acto sexual propiamente dicho. Por otro, la elección de objeto anula el autoerotismo, haciendo que en la vida erótica no quieran ser satisfechos sino en la persona amada todos los componentes del instinto sexual. Mas no todos los componentes instintivos originales son admitidos en esta definitiva fijación de la vida sexual. Ya antes de la pubertad han sido some-

⁹⁵² *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1879.

tidos determinados instintos, bajo la influencia de la educación, a represiones extraordinariamente enérgicas y han aparecido potencias anímicas tales como el pudor, la repugnancia y la moral, que mantienen, como vigilantes guardianes, dichas represiones. Cuando luego, en la época de la pubertad, llega la marea alta de la necesidad sexual, encuentra en las citadas reacciones o resistencias diques que le marcan su entrada en los caminos, llamados normales, y la hacen imposible vivificar de nuevo los instintos sometidos a la represión. Esta recae especialmente sobre los placeres infantiles coprófilos, o sea los relacionados con los excrementos, y, además, sobre la fijación a las personas de la primitiva elección de objeto.

Un principio de Patología general expresa que cada proceso evolutivo trae consigo los gérmenes de la disposición patológica, en cuanto puede ser obstruido o retrasado o no tener lugar sino incompletamente. Esto mismo es aplicable al tan complicado desarrollo de la función sexual, el cual no en todos los individuos se lleva a cabo sin tropiezo alguno, dejando, en estos casos, tras de sí ora anomalías, ora una disposición a la posterior adquisición de enfermedades por el camino de la regresión. Puede suceder que no todos los instintos parciales se someten a la primacía de la zona genital, y entonces el instinto que ha quedado independiente constituye lo que llamamos una *perversión* y algo que puede sustituir el fin sexual normal por el suyo propio. Sucede muy frecuentemente, como ya hemos indicado, que el autoerotismo no es dominado por completo, defecto del cual dan testimonio, en tiempos posteriores, las más diversas perturbaciones. La original equivalencia de ambos sexos como objetos sexuales puede también mantenerse y resultar de ella una tendencia a la actividad homosexual en la vida adulta, tendencia que puede llegar en determinadas circunstancias a la homosexualidad exclusiva. Esta serie de perturbaciones corresponde a las inhibiciones directas del desarrollo de la función sexual y comprende las *perversiones* y el nada raro *infantilismo* general de la vida sexual.

La disposición a la neurosis debe derivarse también, pero con un camino distinto, de una perturbación del desarrollo sexual. Las neurosis son a las perversiones lo que en fotografía el negativo a la positiva. En ellas aparecen como sustentadores de los complejos y origen de los síntomas los mismos componentes instintivos que en las perversiones, pero en este caso actúan desde lo inconsciente. Han experimentado, pues, una represión; mas a pesar de la misma, pudieron afirmarse en lo inconsciente. El psicoanálisis nos permite reconocer que una manifestación extremadamente enérgica de estos instintos en épocas muy tempranas conduce a una especie de *fijación* parcial, que constituye un punto débil en el conjunto de la función sexual. Si el ejercicio de la función sexual normal encuentra luego algún obstáculo en la madurez, la represión de la época evolutiva queda rota precisamente en aquellos puntos en los que han tenido lugar fijaciones infantiles.

Me objetaréis quizá ahora que nada de esto es sexualidad. Confieso que he usado esta palabra en un sentido mucho más amplio del que estáis acostumbrados a atribuirle. Pero es muy discutible si no sois vosotros los que la empleáis en un sentido demasiado estrecho cuando la limitáis a los dominios de la procreación. Haciéndolo así, sacrificáis la inteligencia de las perversiones y la conexión entre la perversión, la neurosis y la vida sexual normal, quedando imposibilitados de reconocer, según su verdadera importancia, los comienzos, fá-

cilmente observables, de la vida erótica —somática y psíquica— de los niños. Pero os decidáis o no a dar un más amplio sentido de la palabra discutida, debéis tener siempre en cuenta que el investigador psicoanalítico concibe la sexualidad en aquel amplio sentido al que nos conduce la aceptación de la sexualidad infantil.

Volvamos de nuevo al desarrollo sexual del niño. Quédannos todavía por examinar en él algunos puntos, que antes, dedicada nuestra atención más a las manifestaciones somáticas que a las anímicas, de la vida sexual, dejamos escapar. La primitiva elección infantil del objeto, cuya naturaleza obedece a la impotencia del niño para valerse por sí solo, reclama todo nuestro interés. Diríjese, al principio, hacia los guardadores del infantil sujeto y luego, en seguida, hacia sus padres. Según me ha demostrado la observación directa de los niños confirmada por la investigación analítica de los adultos, la relación del niño con sus padres no está en ningún modo exenta de elementos de excitación sexual. El niño toma a sus dos progenitores, y especialmente a uno de ellos, como objeto de sus deseos eróticos, con lo cual no hace generalmente más que obedecer a un estímulo iniciado por sus mismos padres, cuya ternura posee los más claros caracteres de una actividad sexual, si bien desviada en sus fines. El padre prefiere en general a la hija, y la madre al hijo, y el niño reacciona a ello con el deseo, si es varón, de hallarse en el puesto de su padre, o en el de su madre si es hembra. Los sentimientos despertados en estas relaciones entre padres e hijos y en las de los hermanos entre sí no son sólo de naturaleza tierna y positiva, sino también negativos y hostiles. El complejo que de este modo se forma está destinado a una pronta represión; pero ejerce luego, desde lo inconsciente, una magna y duradera influencia, y debemos manifestar nuestra sospecha de que, con sus ramificaciones, constituye el *complejo nódulo* (*Kernkomplex*) de todas y cada una de las neurosis, hallándonos preparados a encontrarlo con no menos eficacia en otros dominios de la vida psíquica. El mito del rey Edipo, que mata a su padre y toma a su madre por mujer, es una exposición aún muy poco disfrazada del deseo infantil ante el cual se alzan después, rechazándolo, las barreras del incesto. El Hamlet shakespeariano reposa sobre la misma base, aunque más encubierta, del complejo del incesto.*

En la época en que el niño está todavía dominado por el complejo nódulo aún no reprimido, dedica una importantísima parte de su actividad al servicio de los intereses sexuales; comienza a investigar de dónde vienen los niños, y utilizando los datos que a su observación se ofrecen, adivina de las circunstancias reales más de lo que los adultos pueden sospechar. Generalmente, lo que despierta su interés investigador es la amenaza material de la aparición de un nuevo niño, en el que al principio no ve más que un competidor. Bajo la influencia de los instintos parciales que en él actúan llega a formular numerosas *teorías sexuales infantiles*, tales como las de que ambos sexos poseen iguales genitales masculinos y que los niños se conciben comiendo y son paridos por el recto, y que el comercio sexual es un acto de carácter hostil, una especie de sojuzgamiento violento. Mas precisamente el incompleto desarrollo de su constitución sexual y la laguna que en sus conocimientos supone la ignorancia de la forma del aparato genital femenino (vagina) obligan al infantil investigador a aban-

* Strachey comenta que poco después de estas conferencias adoptó Freud para este complejo el nombre de 'Complejo de Edipo' ('Sobre un tipo especial

de la elección de objeto en el hombre', en este volumen). (*Nota de J. N.*)

donar su labor, considerándola inútil. El hecho mismo de esta investigación infantil, así como las pueriles teorías sexuales a que da lugar, presenta gran importancia como determinante para la formación del carácter del niño y del contenido de la neurosis que puede adquirir posteriormente.

Es inevitable y de todo punto normal que el niño haga de sus padres los objetos de su primera elección erótica. Pero su líbido no debe permanecer fija en estos primeros objetos, sino tomarlos después únicamente como modelos y pasar de ellos a personas extrañas en la época de la definitiva elección de objeto. El *desligamiento* del niño de sus padres se convierte así en un indispensable deber educativo si el valor social del joven individuo no ha de correr un serio peligro. Durante la época en la que la represión lleva a cabo la selección entre los instintos parciales de la sexualidad y después, cuando ha de debilitarse la influencia de los padres, la cual ha proporcionado la energía necesaria para estas represiones, recaen sobre la labor educativa importantes deberes, que actualmente no siempre son desempeñados de una manera comprensiva y libre de objeciones.

No vayáis quizá a juzgar que con estas discusiones sobre la vida sexual y la evolución psicosexual del niño nos hemos alejado mucho del psicoanálisis y de la labor curativa de las perturbaciones nerviosas. Si queréis, podéis describir exclusivamente el tratamiento psicoanalítico como una segunda educación dirigida al vencimiento de los restos de la infancia.

QUINTA CONFERENCIA

CON el descubrimiento de la sexualidad infantil y la referencia de los síntomas neuróticos a componentes instintivos eróticos, hemos llegado a establecer algunas inesperadas fórmulas sobre la esencia y las tendencias de las neurosis. Vemos que los hombres enferman cuando, a consecuencia de obstáculos exteriores o falta interna de adaptación, queda vedada para ellos la satisfacción de sus necesidades sexuales en la *realidad*, y vemos que entonces se *refugian en la enfermedad*, para hallar con su ayuda una satisfacción sustitutiva de la que les ha sido negada. **Reconocemos que los síntomas patológicos contienen una parte de la actividad sexual del sujeto o a veces su vida sexual entera, y encontramos en el alejamiento de la realidad el propósito capital, pero también el daño principal de la enfermedad.** Sospechamos que la resistencia que nuestros enfermos oponen a su restablecimiento no es de constitución simple, sino compuesta de varios motivos. No solamente se resiste el *yo* del enfermo a levantar las represiones por medio de las cuales ha realizado su evolución, sino que tampoco los instintos sexuales se resignan a prescindir de sus satisfacciones sustitutivas mientras permanezca aún inseguro si la realidad les ofrecerá o no algo mejor.

La fuga en que el sujeto abandona la insatisfactoria realidad para refugiarse en aquello que por su nocividad biológica denominamos enfermedad, **pero que jamás deja de ofrecer al enfermo un inmediato placer**, se lleva a cabo por el camino de la *regresión*, del retorno, a fases tempranas de la vida sexual, a las que en su época no faltó satisfacción. Esta represión es aparentemente doble: *temporal*, en cuanto la líbido, la necesidad erótica, retrocede a grados evolutivos temporalmente anteriores, y *formal*, en cuanto para la manifestación de esta necesidad se emplean los originales y primitivos medios expresivos psíquicos; mas ambos

géneros de regresión se hallan orientados hacia la niñez y se reúnen para la constitución de un estado infantil de la vida sexual.

Cuanto más se penetra en la patogénesis de la enfermedad nerviosa, más se descubre la conexión de las neurosis con otras producciones de la vida psíquica humana, aun con las de un más alto valor. Nosotros, los hombres, con las grandes aspiraciones de nuestra civilización y bajo el peso de nuestras íntimas represiones, hallamos la realidad totalmente insatisfactoria y mantenemos, por tanto, una vida imaginativa, en la cual gustamos de compensar los defectos de la realidad por medio de la producción de realizaciones de deseos. Estas fantasías entrañan mucho de la propia esencia constitucional de la personalidad y también de los impulsos en ella reprimidos para su adaptación a la realidad. El hombre que alcanza grandes éxitos de su vida es aquel que por medio del trabajo logra convertir en realidad sus fantasías optativas. Donde esto fracasa a consecuencia de las resistencias del mundo exterior y de la debilidad del individuo, surge el apartamiento de la realidad; el individuo se retira a su satisfactoria fantasía y, en el caso de enfermedad, convierte su contenido en síntomas. Bajo determinadas condiciones favorables, le será aún posible hallar otro camino que, partiendo de dichas fantasías, le conduzca de nuevo a la realidad, salvándole de extrañarse de ella duraderamente por medio de la regresión a lo infantil. Cuando la persona enemistada con el mundo real posee aquello que llamamos *dotes artísticas* y cuya psicología permanece aún misteriosa para nosotros, puede transformar sus fantasías no en síntomas, sino en creaciones artísticas, escapar así a la neurosis y volver a encontrar por este camino indirecto la relación con la realidad ⁹⁵³. En los casos en que a una persistente rebelión contra el mundo real se une la falta o la insuficiencia de estas preciosas dotes, resulta inevitable que la libido, siguiendo el origen de la fantasía, llegue por el camino de la regresión a la resurrección de los deseos infantiles y con ella a la neurosis. Este reemplaza en nuestros días al convento al cual acostumbraban antes retirarse aquellas personas desengañadas de la vida o que se sentían demasiado débiles para vivirla.

Permitidme que en este punto exponga el resultado capital conseguido por la investigación psicoanalítica de los neuróticos y que es el de que las neurosis no tienen un especial contenido psíquico que no pueda hallarse también en los individuos sanos, o como lo ha expresado C. G. Jung, que los neuróticos enferman a causa de los mismos complejos con los que luchamos los sanos. **De circunstancias cuantitativas y de las relaciones de las fuerzas que combaten entre sí depende que la lucha conduzca a la salud, a la neurosis o a sublimaciones compensadoras.**

Os he ocultado hasta ahora algo que constituye la más importante confirmación de nuestra hipótesis de las fuerzas instintivas sexuales de la neurosis. Siempre que sometemos a un nervioso al tratamiento psicoanalítico aparece en él el extraño fenómeno llamado *transferencia* (*Uebertragung*), consistente en que el enfermo dirige hacia el médico una serie de tiernos sentimientos mezclados frecuentemente con otros hostiles, conducta sin fundamento alguno real y que, según todos los detalles de su aparición, tiene que ser derivada de los antiguos deseos imaginativos devenidos inconscientes. Así, pues, el enfermo vive, en su relación con el médico, aquella parte de su vida sentimental que ya no puede

⁹⁵³ Véase la obra de O. Rank titulada *Der Künstler*, A. Heller. Viena, 1907.

hacer volver a su memoria, y por medio de este vivir de nuevo en la «transferencia» es como queda convencido, tanto de la existencia como del poder de tales impulsos sexuales inconscientes. Los síntomas, que para emplear una comparación tomada de los dominios de la Química son los precipitados de anteriores sucesos eróticos (en el más amplio sentido), no pueden disolverse y ser transformados en otros productos psíquicos más que a la elevada temperatura de la transferencia. El médico desempeña en esta reacción, según acertadísima frase de S. Ferenczi⁹⁵⁴, el papel de un *fermento catalítico* que atrae temporalmente los afectos que en el proceso van quedando libres. El estudio de la transferencia nos proporciona también la clave para la inteligencia de la sugestión hipnótica que en un principio empleamos con nuestros enfermos como medio técnico para la investigación de lo inconsciente. El hipnotismo se reveló entonces como un auxiliar terapéutico pero, en cambio, como un obstáculo para el conocimiento científico de la cuestión, pues si hacía desaparecer las resistencias en determinado campo, no evitaba que se alzasen de nuevo en los límites del mismo, formando impenetrables murallas que impedían todo nuevo avance. No hay que creer que el fenómeno de la transferencia, sobre el cual no puedo extenderme aquí mucho, desgraciadamente, sea un producto de la influenciación psicoanalítica. La transferencia surge espontáneamente en todas las relaciones humanas, lo mismo que en la del enfermo y el médico; es, en general, el verdadero vehículo de la influenciación terapéutica y actúa con tanta mayor energía cuanto menos se sospecha su existencia. Así, pues, no es el psicoanálisis el que la crea, sino que se limita a revelarla a la conciencia y se apodera de ella para dirigir los procesos psíquicos hacia el fin deseado. No puedo abandonar el tema de la transferencia sin hacer resaltar que este fenómeno es decisivo no sólo para la convicción del enfermo, sino también para la del médico. Sé que todos mis partidarios han llegado a convencerse de la exactitud de mis afirmaciones sobre la patogénesis de las neurosis precisamente por sus experiencias personales en lo referente a la transferencia, y comprendo muy bien que no se llegue a tal seguridad de juicio en tanto no haya efectuado uno por sí mismo psicoanálisis y haya tenido ocasión de observar directamente los efectos de dicho fenómeno.

A mi juicio existen, por parte del intelecto, dos obstáculos opuestos al reconocimiento de las ideas psicoanalíticas: en primer lugar, lo desacostumbrado de contar con una estricta y absoluta determinación de la vida psíquica, y en segundo, el desconocimiento de las peculiaridades que constituyen la diferencia entre los procesos anímicos inconscientes y los conscientes que no son familiares. Una de las más extendidas resistencias contra la labor psicoanalítica —tanto en los sanos como en los enfermos— se refiere al último de dichos factores. Se teme causar un daño con el psicoanálisis y se siente miedo de atraer a la conciencia del enfermo los instintos sexuales reprimidos, como si ello trajese consigo el peligro de que dominasen en él a las aspiraciones éticas más elevadas y le despojase de sus conquistas culturales. Se observa que el paciente presenta heridas en su vida anímica, pero se evita tocar a ellas para no aumentar sus sufrimientos. Podemos aceptar y proseguir esta analogía. Es indudablemente más piadoso no

⁹⁵⁴ S. Ferenczi, *Introjektion und Uebertragung*, en *Jahrbuch für psychoanal. und psychopath. Forschungen*, 1, 2, 1909.

rozar las partes enfermas cuando con ello no se ha de hacer más que causar dolor. Pero el cirujano no prescinde de investigar el foco de la enfermedad cuando intenta una operación que ha de producir un restablecimiento duradero, y nadie pensará en culparle de los inevitables sufrimientos que el reconocimiento haya de causar ni de los fenómenos de reacción que surgen en el operado si con la intervención quirúrgica alcanza su propósito y consigue que después de una temporal agravación de su estado llegue el enfermo a una definitiva curación. Análogas son las circunstancias del psicoanálisis, y éste puede aspirar a ser considerado al igual de la cirugía. El aumento de dolor que pueda producir al enfermo durante el tratamiento es —dada una acertada técnica— infinitamente menor que el producido en una intervención quirúrgica, y considerando la gravedad del mal que de curar se trata, aparece como un elemento nada merecedor de tenerse en cuenta. El temido resultado final de una destrucción del carácter civilizado por los instintos liberados de la represión es totalmente imposible, pues este temor no tiene en cuenta algo que nuestra experiencia nos ha señalado con toda seguridad, y es que el poder anímico y somático de un deseo, cuando su represión ha fracasado, es mucho mayor siendo inconsciente que siendo consciente, de manera que con su atracción a la conciencia no se hace sino debilitario. El deseo inconsciente no es susceptible de ser influido y permanece independiente de toda circunstancia, mientras que el consciente es refrenado por todo lo igualmente consciente contrario a él. La labor psicoanalítica entra así como un ventajoso sustitutivo de la fracasada represión al servicio de las aspiraciones civilizadoras más elevadas y valiosas.

¿Cuáles son, pues, los destinos de los deseos inconscientes libertados por el psicoanálisis, y cuáles los caminos que seguimos para impedir que dañen la vida del paciente? Existen varias soluciones. El resultado más frecuente es el de que tales deseos quedan ya dominados, durante el tratamiento, por la actividad anímica correcta de los sentimientos más elevados a ellos contrarios. La *represión* es sustituida por una *condenación* llevada a cabo con los medios más eficaces. Esto se hace posible por el hecho de que lo que se trata de hacer desaparecer son sólo consecuencias de anteriores estadios evolutivos del yo. El individuo no llevó a cabo anteriormente más que una represión del instinto inutilizable, porque en dicho momento no se hallaba él mismo sino imperfectamente organizado y era débil: mas en su actual madurez y fuerza puede, quizá, dominar a la perfección lo que le es hostil. Un segundo resultado de la labor psicoanalítica es el de que los instintos inconscientes descubiertos pueden ser dirigidos a aquella utilización que en un desarrollo no perturbado hubiera debido hallar anteriormente. La extirpación de los deseos infantiles no es, de ningún modo, el fin ideal del desarrollo. El neurótico ha perdido por sus represiones muchas fuentes de energía anímica, cuyo caudal le hubiese sido muy valioso para la formación de su carácter y para su actividad en la vida. Conocemos otro más apropiado proceso de la evolución, la llamada *sublimación*, por la cual no queda perdida la energía de los deseos infantiles, sino que se hace utilizable dirigiendo cada uno de los impulsos hacia un fin más elevado que el inutilizable y que puede carecer de todo carácter sexual. Precisamente los componentes del instinto sexual se caracterizan por esta capacidad de sublimación de cambiar su fin sexual por otro más lejano y de un mayor valor social. A las aportaciones de energía conseguidas de este modo para nuestras funciones amícas debemos probablemente los más altos éxitos civilizados. Una represión prematura excluye la subli-

mación del instinto reprimido. Mas, una vez levantada la represión, queda libre de nuevo el camino para efectuar la sublimación.

No debemos, por último, omitir el tercero de los resultados posibles de la labor psicoanalítica. Cierta parte de los impulsos libidinosos reprimidos tiene derecho a una satisfacción directa, y debe hallarla en la vida. Nuestras aspiraciones civilizadoras hacen demasiado difícil la existencia a la mayoría de las organizaciones humanas, coadyuvando así al apartamiento de la realidad y a la formación de la neurosis sin conseguir un aumento de civilización por esta exagerada represión sexual. No debíamos engreirnos tanto como para descuidar por completo lo originariamente animal de nuestra naturaleza, ni debemos tampoco olvidar que la felicidad del individuo no puede ser borrada de entre los fines de nuestra civilización. La plasticidad de los componentes sexuales, que se manifiesta en su capacidad de sublimación, puede constituir una gran tentación de perseguir, por medio de una sublimación progresiva, efectos civilizadores cada vez más grandes. Pero así como no contamos con transformar en nuestras máquinas más de una parte del calor empleado en trabajo mecánico útil, así tampoco debíamos aspirar a apartar de sus fines propios toda la energía del instinto sexual. No es posible conseguir tal cosa, y si la limitación de la sexualidad ha de llevarse demasiado lejos, traerá consigo todos los daños de un agotamiento de la tierra de cultivo.

No sé si consideraréis esta última observación como una exageración mía. Para daros una exacta representación indirecta de este mi convencimiento recurriré a relataros una historia de cuya moraleja podéis encargaros. La literatura alemana nombra una ciudad, la Schilda, a cuyos moradores se atribuye toda clase de ideas astutas. Cuéntase que poseían un caballo con cuyo trabajo y fuerza se hallaban muy contentos; pero que, según ellos, tenía el caro defecto de consumir demasiada avena en sus piensos. En vista de ello, decidieron quitarle poco a poco tan mala costumbre, disminuyendo diariamente su ración en una pequeña cantidad, hasta acostumbrarle a la abstinencia completa. Durante algún tiempo, la cosa marchó admirablemente; llegó un día en que el caballo no comió más que una brizna, y al siguiente debía ya trabajar sin pienso alguno. Mas he aquí que en la mañana de dicho día, el perverso animal fue hallado muerto, sin que los ciudadanos de Schilda pudiesen explicarse por qué.

Nosotros nos inclináramos a creer que el pobre caballo había muerto de hambre, y que sin una ración de avena no puede esperarse que ningún animal rinda trabajo alguno.

Debo agradeceros vuestra invitación y la atención con la que me habéis escuchado.