DR. ANGEL GARMA

EL PSICOANÁLISIS, LA NEUROSIS Y LA SOCIEDAD

PRÓLOGO DEL
DR. THEODOR REIK

CAT. BY I. C. D.

ARMY MEDICAL LIBRARY
WASHINGTON, D. C. U. S. A.

EDICIONES DE
ARCHIVOS DE
NEUROBIOLOGIA

CONCESIONARIOS EXCLUSIVOS PARA LA VENTA

RUIZ HERMANOS

MADRID

12 ptas.

PUBLICACIONES DE LOS

ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGÍA

MONOGRAFÍAS

I.—Sacristán (J. M.)—*Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maníaco-depresiva y esquizofrenia.* 1929. 6 ptas (Agotada.)

II.—Mauz (F.)—*El pronóstico de las psicosis endógenas.* 1931. (6 ptas.)

III.—Prados y Such (M.)—*Psicobiología de la delincuencia juvenil.* 1934. (8 ptas.)

IV.—Garma (A.)—*El psicoanálisis, la neurosis y la sociedad.* 1936. (12 ptas.)

V.—Salas (J.)—*El psicodiagnóstico de Rorschach.* (En preparación.)

MANUALES

I.—Valenciano (L.)—*La asistencia al enfermo mental.* (Con un prólogo del Dr. G. R. Lafora.) 1933. (16 ptas.)

II.—Alberca (R.)—*Encefalitis y mielitis no purulentas.* (En prensa.)

III.—Salas (J.)—*La sangre y el líquido céfalo-raquídeo en neurología y psiquiatría.* (En prensa.)

INDICE

Páginas.

Prólogo 9
Introducción 19

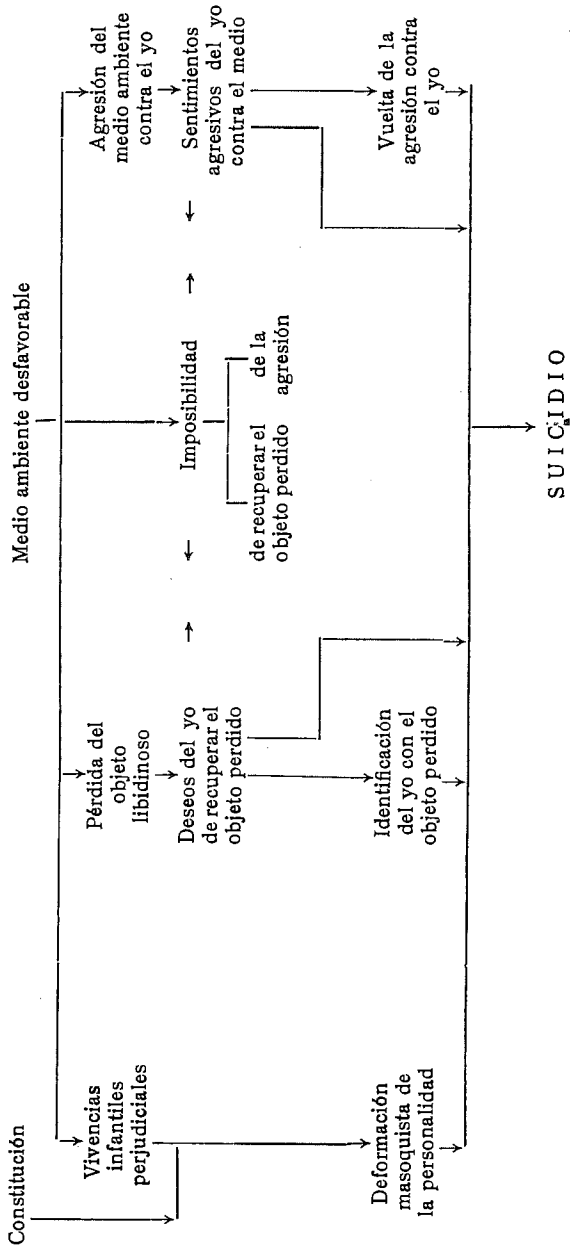
PRIMERA PARTE

I.—La represión y el inconsciente 15
II.—El sueño 26
III.—La vida sexual 42
IV.—Mecanismos de origen de las neurosis 51
V.—El tratamiento psicoanalítico y la transferencia afectiva 60
VI.—El proceso de la curación en el psicoanálisis 66
VII.—Cómo se estudia el psicoanálisis 83

SEGUNDA PARTE

VIII.—Psicoanálisis y criminología 93
IX.—Psicoanálisis y pedagogía 115
X.—Psicoanálisis y biografía 124
XI.—Psicoanálisis y sociología 145

ESQUEMA DE LA PSICOLOGÍA DEL SUICIDIO

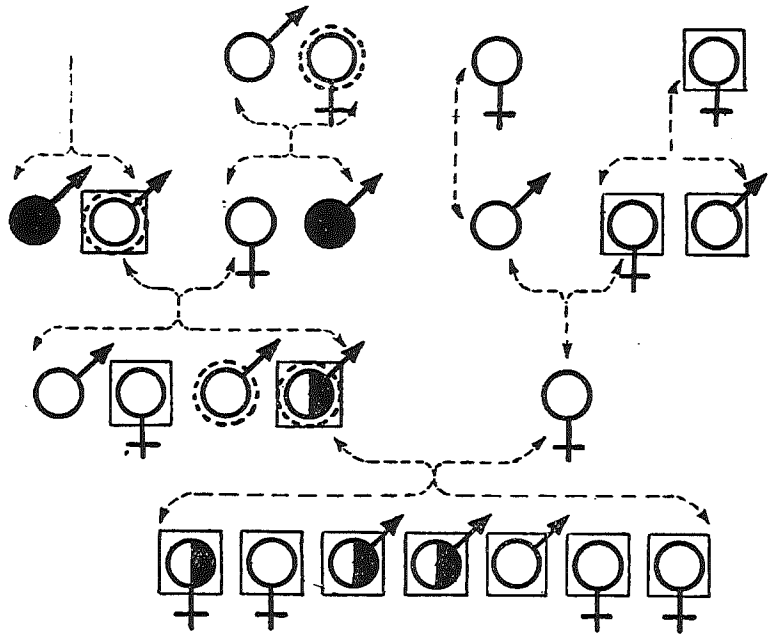


BIBLIOGRAFIA

Siendo muy numerosos los libros y artículos psicoanalíticos sobre sociología, no creemos necesario exponer una bibliografía completa. Nos limitamos, pues, a mencionar algunos de los libros editados por el Internationaler Psychoanalytiker Verlag, de Viena, y que tienen como objeto a la Sociología.

BONAPARTE (MARIE): *Ueber die Symbolik der Kopftrophäen,* 1928.
FREUD (S.): *Totem und Tabu,* 5.ª edición, 1934.
— *Das Unbehagen in der Kultur,* 2.ª edición, 1931.
— *Die Zukunft einer Ilusion,* 2.ª edición, 1928.
— *Zeitgemässes über Krieg und Tod,* 1924.
LAFORGUE (RENÉ): *Libido, Angst und Zivilisation,* 1932.
LORENZ (EMIL): *Der politische Mythus,* 1923.
LANGER (GEORG): *Die jüdischen Gebetriemen,* 1931.
MALINOWSKI (BRONISLAW): *Mutterrechtliche Familie und Oedipuskomplex,* 1924.
PFISTER (OSKAR): *Instinktive Psychoanalyse unter der Navahoindianer,* 1932.
ROBITSEK (ALFRED): *Der Kotillon,* 1925.
SYDOW (ECKART VON): *Primitive Kunst und Psychoanalyse,* 1927.
WINTERSTEIN (ALFRED FRH. V.): *Die Pubertätsriten der Mädchen und ihre Spuren im Märchen,* 1928.
ZULLIGER (HANS): *Zur Psychologie der Trauer- und Bestattungsgebräuche,* 1934.
Imago, número extraordinario sobre Sociología, 1922, 8.
— Número extraordinario sobre Etnología, 1924, 10.
— Número extraordinario sobre "Creencia y costumbre", 1927, 13.
— Número extraordinario de ROHEIM (G.): Psychoanalyse primitiver Kulturen, 1932, 18.
Die psychoanalytische Bewegung, número extraordinario sobre Política, 1931, 3.

alegre, pero sin exageración. Muy sociable, no pegaba nunca a sus hijos; se llevaba muy bien con su mujer.



...Alcoholismo intenso.
...Suicidio.
...Tentativa de suicidio.
...Psicopatía, (con exclusión de alcoholismo y suicidio).

La abuela materna era una persona alegre, tranquila. La única rareza es que aun en sus último años (murió a los noventa y cinco años) se arreglaba mucho, rizándose el pelo, poniéndose flores en la cabeza y dándose polvos, pero sin llamar la atención de las gentes.

La madre es una persona tranquila, que se queja de haber sido muy desgraciada por el carácter de su marido. Reconoce lo patológico de la familia de éste y se ha defendido lo mejor posible. Se casó a los dieciocho años, quiso separarse del marido, pero no lo hizo por consideraciones sociales.

Un tío materno "era una bala perdida". Desertó varias veces del ejército. No sabe más datos de él.

Han sido *catorce hermanos,* de los que viven actualmente seis. Los otros, muertos de pequeños. La madre ha tenido, además, dos abortos.

Los hermanos son personas de carácter irritable, violento. Se enfadan por cualquier motivo y sus enfados duran demasiado. Se pegan mucho entre sí y se tiran objetos a la cabeza. Cuando les sucede algo desagradable amenazan, y han hecho algunas tentativas de suicidio. Todos tienen el mismo carácter, aunque en los dos menores, cinco y nueve años, no se observa aún claramente.

La mayor, G., casada, sin hijos.

E., veinte años, casado, dos hijos. Su carácter ha mejorado después del matrimonio.

J., diecinueve años. Muy nervioso. Tiene tics frecuentes, por lo que está en tratamiento médico. De niño, ataques que no han vuelto a repetir. Quiere mucho a su madre; pero le llama "vieja ridícula, vete a tomar por el c...", etcétera. Limpiabotas. No tiene amigos ni amigas.

I., diecisiete años, internado en el reformatorio.

J., catorce años, muy desobediente, se pega mucho con sus amigos.

G., nueve años.

L., cuatro años.

Conclusión.

Resumiendo todos los datos que hemos encontrado referentes a la psicogénesis de las ideas de suicidio, podemos trazar el siguiente esquema:

Otro de los factores que condicionan la psicología de las ideas de suicidio es la constitución. Hay familias cuyos miembros se sienten impulsados al suicidio de un modo irresistible. MACCABRUNI [1] describe una familia en la que no existía ninguna de las causas que corrientemente explican el suicidio. No había ni dificultades económicas, ni pasiones intensas, ni enfermedades incurables; psíquicamente, los miembros de la familia parecían personas normales. El segundo hijo fué el primero que se suicidó; poco después se mataba su hermana; cuatro años más tarde, el quinto hijo; otros cuatro años después, el padre. La hija se envenenó con fósforo; los otros se pegaron un tiro, todos con la misma pistola. Doce años más tarse se mataba un nieto de diecisiete años [2].

En un caso observado por nostoros en el Reformatorio del Tribunal Tutelar de Menores, de Madrid, tuvimos ocasión de observar algo parecido a lo descrito por MACCABRUNI. Se trata de un muchacho de diecisiete años, I. O., que ha ingresado varias veces en el Tribunal de Menores por fugas del domicilio paterno y por robos. Al ser detenido ha hecho tentativas de suicidarse cortándose las venas del brazo. Los antecedentes familiares, según datos suministrados por la madre del muchacho, son los siguientes:

RAMA PATERNA.—Ref no conoció a *los padres del abuelo paterno ni al padre de la abuela paterna.*

La madre de la abuela paterna era una persona alegre, siempre contenta, "una persona con la que daba gusto tratar". Bebía aguardiente y se emborrachaba con frecuencia; entonces cantaba y bailaba, etc. Murió a los ochenta y nueve años.

Un hermano del abuelo paterno sufrió durante varios años de neuralgias en el vientre. Tomaba inyecciones de morfina para calmar el dolor. A los sesenta años se pegó un tiro delante de un espejo.

Un hermano de la abuela paterna se envenenó con cerillas con motivo de haberse muerto su mujer.

El abuelo paterno era una persona de carácter desagradable, que se enfadaba intensamente y con gran frecuencia; rencoroso, queriendo siempre vengarse de la gente. Pegaba a su mujer. Se emborrachaba casi diariamente. Trabajaba como impresor y realizaba bien su trabajo.

La abuela paterna era una persona tranquila, de buen carácter, sumisa, amante de sus hijos, de temperamento muy triste, con deseos de morirse, que justificaba con la conducta de su marido.

El padre "es una persona maniática, neurasténica. Le conoció cuando tenía veintiún años. Cuando se le ve por primera vez causa el efecto de una persona agradable, pero luego se descubren sus rarezas". Se enfada con mucha frecuencia y violentamente, pega mucho a su mujer. Tiene celos exagerados. Muy poco sociable, no tiene ningún amigo, porque se enfada con todos. Al principio del matrimonio aborrecía el alcohol, por los disgustos que en su familia había causado; pero a los dos o tres años de casado (veintitrés o veinticuatro años) empezó a beber y a emborracharse casi diariamente, lo que continuaba haciendo en la actualidad. Es muy celoso, sospechando de todo el mundo; por ejemplo, de un amigo suyo, padrino de su hijo; dice de éste que es el padre de su hijo. En otras ocasiones reconoce lo absurdo de sus celos y pide perdón llorando. Una vez los celos fueron tan intensos, que la denunció en la comisaría. Cuando su mujer habla con otras personas, piensa que está hablando y contando cosas malas de él. Ha intentado a veces matar a su mujer y matarse él después.

Tres tíos paternos. Uno muerto de pequeño. Otra muerta a los veintinueve años, de una embolia cardíaca. Era muy nerviosa, se tiraba de los pelos cuando su madre la pegaba o tenía algún disgusto. Un tío paterno vive actualmente; es un carácter muy tranquilo; le gusta también el vino, pero en vez de reaccionar violentamente, lo hace cantando y bromeando.

RAMA MATERNA.—Ref. no ha conocido a *la madre del abuelo materno* ni *al padre de la abuela materna.*

La madre del abuelo materno murió a los ochenta y nueve años; era una persona alegre, nunca triste.

La madre de la abuela materna "se lavó los pies a los dos días de un parto, y desde entonces tuvo rarezas y manías" que no sabe precisar.

El abuelo materno era taponero (hacía tapones). Le gustaba mucho ayudar en el teatro, por el que sentía gran afición; trabajaba como corista. Muy

[1] Citado por ROST: *Bibliographie,* etc., pág. 133.

[2] Sin embargo, no se debe exagerar el valor de la constitución como causa explicativa del suicidio. La constitución es ciertamente un factor, pero solamente uno. Querer deducir de la constitución toda la motivación del suicidio es rehuir el problema que este acto nos plantea.

Citaremos dos pruebas de esta valorización exagerada de la constitución. Para explicar la diferencia del suicidio entre católicos y protestantes, A. DE OTTINGEN dice que "el germano con su gran cultura y su vida sentimental muy profunda, el protestante con su tendencia a la duda, está más cerca del suicidio que el frívolo y sanguíneo latino, el que ve en su iglesia, si es que se preocupa de ella, solamente una sociedad de seguro de vida". A. WAGNER dice que aunque "exteriormente las diferencias son muy pequeñas, sin embargo, para los procesos psíquicos existen diferencias esenciales entre la substancia y las formaciones cerebrales del católico y del protestante".

día, no cesando hasta por la noche. Dormía escasas horas. No disponía de ningún tiempo para distraerse de su trabajo y divertirse.

En él existía, pues, un conflicto real actual: la vida de trabajo intenso, que originó un estado depresivo de ánimo. Dicho estado depresivo le impulsó a buscar la muerte. Pero el conflicto actual por sí solo no explica la tentativa de suicidio. Unicamente conociendo, además, las vivencias infantiles del individuo comprendemos la psicología de su suicidio. Narraremos brevemente la historia de este enfermo:

T., de niño fué débil y enfermizo. Muy frecuentemente, sobre todo en primavera y en otoño, sufría de asma infantil. En estas épocas tenía una intensa disnea que le impedía hacer gimnasia y jugar con sus condiscípulos. Esta enfermedad le obligaba también a faltar con frecuencia a las clases. T., a pesar de su mal estado de salud, intentaba vencer a sus compañeros en el estudio y en los juegos.

Los padres le trataban bien, pero muy severamente. Eran personas de costumbres muy rígidas y serias. No permitían a sus hijos más que escasas diversiones, y procuraban inculcar continuamente en ellos la noción de que la vida consistía en el cumplimiento rígido del deber.

De niño, su gran afición era el fútbol. Asistía a todos los partidos, aun sabiendo que, debido a la frecuente lluvia del país donde vivía, sufriría accesos más frecuentes de su enfermedad pulmonar.

La severa educación familiar, juntamente con la debilidad orgánica, deformaron de un modo masoquista la personalidad de T. Esta deformación masoquista de la personalidad influyó en todo el comportamiento ulterior de T., llevándole a situaciones en las que la vida perdía todos sus atractivos y en las que estaba sometido a trabajos demasiado intensos, que cumplía como una obligación de la que no podía huir. Su suicidio es un medio de solucionar todos estos conflictos.

Después de terminar sus estudios fué a trabajar a la ciudad de B., cumpliendo satisfactoriamente con su obligación. Se hizo jugador de *hockey*, y a pesar de que sus dificultades respiratorias le molestaban, llegó a saber jugar mejor que sus compañeros, siendo elegido capitán del equipo.

En B. empezó también a realizar cierta vida social, asistiendo a reuniones y a bailes. Su alegría en estas diversiones no era como la de los demás, sino que era una alegría ficticia, algo forzada.

Solía salir con muchachas, pero se consaba rápidamente de ellas. De algunas recibió cartas de amor, que no contestaba.

A los veintitrés años se traslada a P., donde encuentra una buena colocación. Trabaja mucho y bien, consiguiendo mejorar su situación y ser apreciado. Su traslado a Madrid, cinco años después, es debido al aprecio con que los jefes valoran su trabajo.

En P. intima con uno de sus jefes, un hombre de la edad de T. Con este jefe y su mujer procura concurrir a diversiones, pero manteniéndose siempre en límites de seriedad impropios de su edad. Sólo muy de tarde en tarde se atreve a divertirse más intensamente, quedando luego triste y de mal humor.

En esta época tiene días de estado depresivo de ánimo. Sueña con algo que no puede describir, que cae o que pesa sobre él.

A los veinticuatro años realiza el primer coito con una prostituta, siendo su potencia normal. Posteriormente realiza algunos coitos, con escasa frecuencia, siempre con prostitutas. Después del coito se siente triste. Por lo demás, no se ocupa de empezar una relación sentimental con ninguna mujer.

Visitaba raramente a su familia, de la que vivía alejado. Sus cartas a los padres eran frecuentes, pero sin intimidad afectiva.

T. se daba cuenta de que su estado psíquico iba empeorando por su género de vida antihigiénico. Pero—nos decía—le sucedía lo mismo que con el fútbol: a pesar de saber que le perjudicaba, no modificaba su conducta.

A los veintiocho años es trasladado a Madrid en las condiciones ya citadas. Solamente T. podía realizar el trabajo que llevaba a cabo en la oficina; no había ningún otro empleado que tuviese los conocimientos especializados que se requerían. Con sus jefes existían algunas dificultades que T. procuraba evitar.

T. se sentía muy cansado física y espiritualmente. En vista de que no encontraba ningún placer en la vida, decidió suicidarse. No comunicó su decisión a nadie, ni siquiera a sus padres. Con una hoja de afeitar Gillette se cortó las venas del brazo; pero "era muy latoso", según expresión del enfermo. T. pensó que se iba a morir en seguida; pero las heridas sangraban y al cabo de poco tiempo la hemorragia cesaba. Se hizo varios cortes "procurando coger venas importantes, como la del pulso". En vista del escaso éxito de sus tentativas, cogió una hoja Gillette enroñecida, pensando que así la herida sería mayor y que la hemorragia seguiría más tiempo. Se hacía daño al cortarse, pero se alegraba pensando que de este modo conseguiría morir. Unas personas que entraron en su habitación vieron lo que había hecho y le llevaron al hospital, donde fué asistido psíquicamente por nosotros.

éramos unos monstruos sin entrañas, compendio de todas las humanas maldades. Nuestra poca edad no nos permitía comprender la injusticia y la monstruosidad de su proceder. Yo lloraba desconsoladamente y estaba siempre dispuesta a pedir perdón. De ahí nació una humildad, un complejo de inferioridad y una timidez que me han atormentado siempre.

A los niños se les educa en la idea de que los padres y los maestros no se equivocan nunca. Como consecuencia de esta educación, el niño, temeroso y seguro de esta infalibilidad, no se atreve a formar un juicio acerca de las palabras y de las acciones de sus padres. Se le ha dicho que éstos tienen siempre razón, que *él no es nadie* [1], y, por lo tanto, está incapacitado para juzgarles. Su misión debe reducirse a la obediencia ciega o al agradecimiento perpetuo. Sus padres le han hecho un gran favor trayéndole a este mundo; le dan una prueba diaria de bondad al alimentarle y educarle. Si le castigan, es por su bien, para refrenar sus malos instintos y su perversión innata. Cada golpe, cada palabra hiriente, es un testimonio de amor que el pobre niño no sabe apreciar ni agradecer. El padre, la madre, el maestro, se sacrifican siempre; el hijo es un ingrato que carece de sensibilidad.

La agresión vuelta contra el yo origina las ideas de suicidio infantiles:

Desesperada por esta situación de inferioridad en que me encontraba, sin apoyo ni consuelo—los niños, en su necesidad de valimiento, no saben buscar soluciones a sus conflictos—, empecé a acariciar la idea de terminar con todo lo que me rodeaba. Pero ¿cómo?

Desde muy niña era dada al ensueño y al vagabundeo de la imaginación. La realidad se me antojaba fea y la suplía con inverosímiles fantasías que discurría en mis ratos de soledad. No temía a la muerte, porque, como nadie me había hablado del *más allá,* no creía que pudiese existir otra vida peor que la que yo conocía. No teniendo ninguna idea religiosa, ignoraba el pecado y la pena eterna que la Iglesia inflige al suicida.

Sin embargo, la agresión no se ha vuelto completamente contra el yo, sino que existe un resto de agresión que sigue la dirección primitiva al exterior. Esta agresividad al exterior la impulsa a desear la muerte de los demás:

Tenía, sin embargo, miedo a morir sola. Mi sueño dorado era que el mundo se deshiciese conmigo, y este sueño me hizo pensar con fruición

[1] Subrayado por la enferma.

en terribles catástrofes interplanetarias. Mi padre me había dado pequeñas lecciones de Astronomía. Yo rechazaba en estas lecciones todo lo que pudiera haber de matemático; no quería de ningún modo imaginar los astros recorriendo sus órbitas con la inmutable organización de las leyes cósmicas.

Prefería pensar qué accidentes de la circulación podían alterar su recorrido, haciendo que chocasen unos contra otros. Durante mucho tiempo estuve obsesionada con la idea de que nuestro planeta tropezase en su camino con algún compañero de ruta. Sentía la aproximación del monstruo; lo veía aumentando de tamaño todos los días. Veía también a los habitantes de la Tierra enloquecidos, aterrados ante la proximidad de la catástrofe. Lo que más me atemorizaba era la sensación de frío y la oscuridad que invadirían la Tierra. Pero la idea de morir, de acabar con todo y sin que quedara de nadie el más pequeño rastro, me consolaba de todos mis temores.

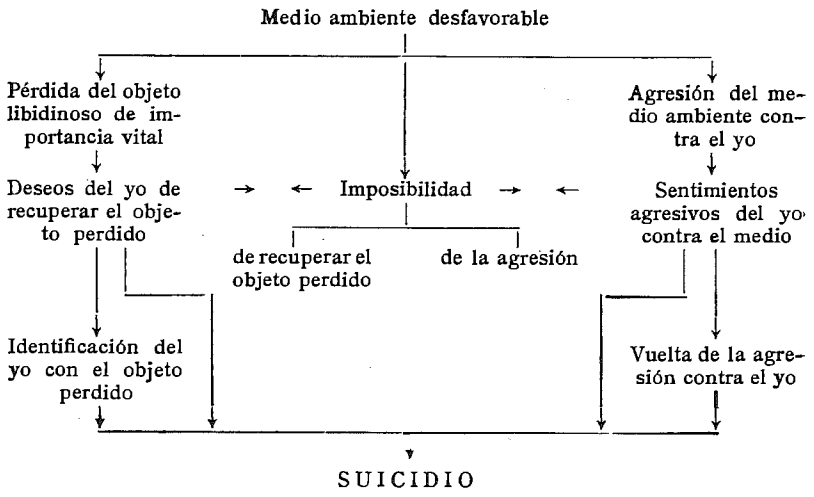
En estas líneas transcritas, y también en las siguientes, se observa la deformación masoquista de la personalidad:

Como el deseo de librarme de la despótica opresión que mi madre ejercía sobre nosotros era cada día más violenta, me gustaban los juegos que entrañaban algún peligro, ya que la emoción de este peligro me hacía olvidar la angustia constante en que vivía. Sentía un placer enorme en sentarme al borde de las ventanas, con las piernas inclinadas hacia la calle. Me atraía la posibilidad de caerme, aunque sabía que la caída sería mortal, ya que vivíamos en un quinto piso.

Vamos ahora a exponer un caso clínico donde se puede claramente observar cómo son los conflictos originados por las vivencias infantiles los que, reavivados y reforzados por los conflictos actuales, originan las ideas de suicidio.

Se trata de un hombre de veinticinco años, que realizó una tentativa de suicidio dándose varios cortes con una cuchilla de afeitar en las venas de los brazos. Cuando le preguntamos acerca de los motivos de su suicidio, nos contestó que encontraba la vida poco interesante, que tenía que trabajar demasiado y que, disgustado por estos dos motivos, pensó en matarse.

Efectivamente, desde hacía seis meses trabajaba intensamente, durante quince o dieciséis horas diarias, en un negocio que marchaba espléndidamente y donde tenía un buen sueldo, siendo muy apreciado por sus jefes. Empezaba a trabajar en las primeras horas del



Vivencias infantiles y constitución.

En toda neurosis intervienen conflictos infantiles y conflictos actuales. Lo mismo ocurre en la psicogénesis de las ideas de suicidio. Al lado de motivos actuales que obligan al individuo a encontrar la vida desagradable, existen motivos infantiles que han ocasionado una deformación masoquista de la personalidad. Esta deformación masoquista de la personalidad ocasiona que los conflictos actuales obren con más intensidad sobre el individuo.

Una enferma nuestra tenía con frecuencia ideas de suicidio. Interesados en el estudio de la psicología del suicidio, le dijimos que nos describiese los motivos que la impulsaban a estas ideas desesperadas. No hicimos ninguna otra indicación a la enferma, la que, por otra parte, tampoco poseía conocimientos psicológicos especiales. Era una mujer inteligente y con cierta capacidad de autoobservación psíquica. La enferma, espontáneamente, al intentar describirnos la motivación de sus ideas de suicidio, lo primero que nos cuenta son sus conflictos infantiles. Haremos un estudio psicológico

muy somero de la descripción de la enferma, al mismo tiempo que reproducimos textualmente su escrito.

Empieza narrándonos la pérdida del objeto libidinoso:

> Casi desde que tuve uso de razón recuerdo haber sentido una irresistible inclinación hacia el suicidio. Tenía yo ocho años. Fué en ..., ciudad en la cual pasé la época más amarga de mi vida infantil, cuando se despertó en mí el deseo de acabar con una existencia que yo creía desgraciada y sin alicientes.

En las líneas siguientes nos describe la agresión del medio ambiente contra ella:

> Había sobrados motivos para creer que no era una vida dichosa la que llevábamos mis hermanos y yo. Mi madre nos maltrataba sin piedad, de palabra y de obra. Era una mujer inteligente, culta y muy hermosa, de una seducción extraordinaria para el que no la conocía en la intimidad. Nadie, al verla tan atractiva, hubiera podido sospechar su crueldad inhumana, su ensañamiento con los débiles, su refinamiento para producir un sufrimiento de cualquier categoría.
>
> Tenía una aguda perspicacia y una voluntad de hierro. Con su extraño instinto para conocer el punto vulnerable de cada uno, el sitio preciso para herir y causar mayor dolor, nos tuvo siempre atemorizados, indefensos, sometidos por completo a su arbitrariedad y a su despótico dominio.

Más adelante se observa cómo su agresión contra la agresión materna se inicia, pero también cómo esta agresión al exterior es prontamente reprimida:

> A veces, llegué a sentir un odio violento contra ella; pero la admiraba a pesar de lo que me hacía sufrir, y me sentía sugestionada por su aire de superioridad, que a mí me parecía omnipotente.

El sentimiento de culpabilidad es el que ocasiona la vuelta de la agresión contra el yo:

> Yo veía otros niños, amigos y compañeros de colegio, que vivían mimados una vida de dulce inconsciencia. Los envidiaba, y anonadada por lo terrible de nuestra situación, llegué a creer que no éramos merecedores de otra suerte. Mi madre nos humillaba constantemente, haciéndonos ver que

Sería interesante el investigar los mecanismos psicológicos que originan la creencia de la recuperación del objeto perdido por medio del suicidio. Esta investigación solucionaría también algunos

---

Los Amantes de Teruel, acto cuarto, escena X:

ISABEL.

El cielo, que en la vida nos aparta,
nos unirá en la tumba...
... Mi bien, perdona
mi despecho fatal. Yo te adoraba,
tuya fuí, tuya soy; en pos del tuyo
mi enamorado espíritu se lanza.
(Muere.)

Alhalach (el poeta místico de Bagdad):

Amigos míos, matadme,
que en mi muerte está mi vida.

Santa Teresa:

Mira que el amor es fuerte,
vida, no seas molesta,
mira que sólo te resta
para ganarte, perderte.
Venga ya la dulce muerte.

San Juan de la Cruz:

Esta vida que yo vivo
es privación de vivir.

También para Sócrates la muerte significa el conseguir unos objetos libidinosos más favorables.

En sus *Diálogos,* Platón hace decir a Sócrates:

Nadie sabe lo que es la muerte. Tal vez la muerte es el mejor de todos los bienes. ... Es imposible que tengamos razón cuando pensamos que la muerte es un mal. Porque el estar muerto puede ser una de estas dos cosas: o bien no ser nada ni sentir nada, o, por el contrario, un traslado del alma de aquí a otro lugar. Y si es verdad lo que se dice, que en este otro lugar están todos los muertos, decidme vosotros, jueces: ¿qué mayor bienestar puede existir que este bienestar? Si al llegar al otro mundo uno se libra de estos mal llamados jueces *y encuentra allí los verdaderos jueces,* ¿significa esto un cambio desfavorable? Yo, al menos, deseo morir varias veces, si ello es así.

Así hablaba Sócrates antes de morir.

problemas relativos a la creencia en la supervivencia e inmortalidad en las religiones. Los límites de este trabajo nos impide hacer aquí esta investigación.

Como ejemplos de suicidios en que aparecen unidas estas dos motivaciones: la agresión al exterior y el deseo de recuperar el objeto perdido, vamos a citar dos casos tomados de la literatura. Subrayaremos las frases que a estas motivaciones se refieren.

Shakespeare, después de describir la violación de Lucrecia por Tarquino, hace exclamar a ésta:

El solo remedio que puede curarme es obligar a que salga de mis venas mi sangre odiosamente mancillada...

Legaré mi honor al cuchillo que hiera mi cuerpo deshonrado. *Es acto de honor poner fin a una vida deshonrada, pues cuando la vida concluya, subsistirá la honra.* Así saldrá mi fama de las cenizas de mi vergüenza, y muerta así mi vergüenza, mi honra será del mundo.

Caro señor de la joya preciada que he perdido, ¿qué porción te legaré? Mi resolución, amor mío, será tu tema de orgullo *y el ejemplo que te enseñe qué venganza debes tomar.*

En *La Celestina* (veinteno acto):

MELIBEA.—De todos soy dejada; bien se ha aderezado la manera de mi morir; *algún alivio siento en ver que tan presto seremos juntos yo y aquel mi querido y amado Calisto.* Quiero cerrar la puerta, porque ninguno suba a me estorbar mi muerte, no me impidan la partida, no me atajen el camino, por el cual en breve tiempo podré visitar en este día al que me visitó la pasada noche. Todo se ha hecho a mi voluntad: buen tiempo torné para contar a Pleberio mi señor (el padre de Melibea) la causa de mi acordado fin. *¡Gran sinrazón hago a sus canas; gran ofensa a su vejez!...*

Si estas dos motivaciones del suicidio las unimos a las anteriormente estudiadas, podremos trazar el siguiente esquema:

meno, aduciendo pruebas de su existencia, sin preocuparnos de su falta o no de lógica.

Continuando con la etnología, vemos que ésta nos suministra también numerosos datos de suicidios motivados por el deseo de recuperar un objeto libidinoso perdido. Todos conocemos descripciones de suicidios de mujeres después de la muerte de su marido. Así, en la India la viuda se dejaba abrasar en la pira que consumía el cadáver de su marido, con objeto de acompañarle en la otra vida. En 1827, solamente en la provincia de Bengala se suicidaron 706 viudas; en 1821, en toda la India se mataron 2.366. Es ésta una motivación de suicidio muy extendida entre los pueblos salvajes. M. ECKARDT nos cuenta [1] que en las islas Salomón, de la Melanesia, cuando un jefe muere, la mayoría de sus mujeres consideran como una obligación el suicidarse. Para ello se atontan con el jugo de una planta determinada y se ahorcan cerca del cadáver de su marido. El motivo de este suicidio es su deseo de acompañar a su marido en la otra vida y rodearle allí de su amor y sus cuidados.

El suicidio motivado por la tendencia a recuperar el objeto perdido no ocurre solamente con motivo de la muerte del marido, sino también en caso de muerte de otro pariente o de un jefe. Así, TURNER [2] describe cómo en las islas Nuevas Hébridas, cuando se muere un niño querido, es costumbre que su madre o una tía se suiciden para cuidarle en la otra vida. El suicidarse después de la muerte de un jefe es una costumbre también muy antigua. En algunos países, como en el Japón, estaba reconocida legalmente; cuando algún jefe moría, sus fieles estaban obligados a acompañar su espíritu al reino de las sombras, matándose. Esta obligación del suicidio del vasallo fué abolida en el Japón en el siglo XVIII; pero de un modo voluntario sigue continuándose aún en la actualidad [3].

Otro objeto libidinoso que por medio del suicidio se intenta o se intentaba recuperar es la salud o la juventud. Así, en un paraje

[1] Citado por J. WISSE: *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern.* Zutphen, 1933, pág. 10.
[2] WISSE: *Selbstmord,* etc., pág. 9.
[3] Citado por ROST: *Bibliographie,* etc., pág. 301.

solitario del país de los godos se levantaba una peña alta y vertical, "die Stamklippe", desde donde se arrojaban al abismo individuos de todo el contorno a quien la vida había amargado y oprimido o que la edad molestaba. Este acto estaba motivado por la creencia de que iban a parar al dominio de Odín, librándose de toda enfermedad. Existían otras muchas peñas como éstas, desde donde se arrojaban los viejos, creyendo ir a parar al país de la eterna juventud [1].

Datos etnológicos han demostrado la existencia de suicidios con motivación de recuperar un objeto libidinoso en los siguientes 71 pueblos [2]: *Melanesia* y *Nueva Guinea:* Fichi, Tana, Maewo, islas Salomón, Sissanu, Kanomé, Orokaiva y Biakker; *Polinesia:* Nueva Zelanda, Tonga, islas Sandwich; *Micronesia:* Yap; *esquimales:* Groenlandia noroeste, Groenlandia occidental, esquimales caribou y esquimales iglulik; *indios americanos:* Chinook, Oregón noroeste, Washington occidental, Schahaptin, Schuschwap, razas selisch, wallah-wallah, senels, indios bodegisch, cree, sioux, mandan, iroqueses, hurones, odschibwa, saulters, ottawa, natchez, comanches, mohave, apaches, Panamá, nata, mosquito, Haití, Paraguay, lengua, bororo y macunis; *Bantu:* Barongo, Herero, Banyankole, Bangala, Gabun y Bakhwiri; *negros del Sudán:* Dahomé, Niger inferior, Costa de Oro y Borgu; *pueblos hamitas:* Teso; *Africa meridional:* hotentotes; *malayos:* Kubu, Sekah, Poso-Alfuren, Bare'e y Toradja; *India:* Saoras y Wedda; *Asia noroeste:* Athka-Aleutes y Tchuktchos; *Asia Menor:* Digores; *europeos primitivos:* tracos, getas, germanos, celtas y rusos [3].

[1] Citado por ROST: *Bibliographie,* etc., pág. 49.
[2] Citado por WISSE: *Selbstmord,* etc., pág. 486.
[3] Algunos ejemplos de suicidios o tentativa de suicidio motivados por el deseo de recuperar el objeto libidinoso perdido, tomados de la literatura: VALLE-INCLÁN: *Tablado de marionetas,* pág. 35:

MARI-JUSTINA.

Si en presencia del Rey llegas a verte,
le contarás cómo hubo una doncella
que quiso desposarse con la muerte
para amarle feliz desde una estrella.

propia sobre cabeza ajena". Entre los indios tinklit, la persona ofendida que se reconoce incapaz de vengarse de la ofensa que se le infirió, atenta contra su vida con objeto de exponer al ofensor a la venganza de parientes y amigos. Entre los chuvash (Simbirk, Rusia) era costumbre antiguamente que las personas enfurecidas se ahorcasen a la puerta misma de la casa del causante de su cólera. Análogo recurso de venganza está aún en uso entre los votiacos, quienes creen que el alma del suicida persigue y acosa al ofensor. En China constituye motivo de admiración el suicidio que se comete para tomar venganza de un enemigo que no está al alcance. Según las teorías chinas, es éste el sistema más efectivo de venganza, no sólo porque las leyes cargan la responsabilidad del suicidio en el que lo ocasionó, sino también porque se juzga que el alma, desembarazada de la envoltura e impedimenta del cuerpo, está en mejor disposición que el hombre en vida de perseguir al enemigo [1].

La fuerza agresiva del suicidio, sobre todo si se realiza de un modo colectivo, es tan grande, que a veces se emplea como medio de decidir la suerte de un acto importante; por ejemplo, de un combate. GRASSET nos cuenta que en China, antiguamente, antes de empezar un combate, "se enviaba a los valientes destinados a la muerte... Estos, en el momento de llegar al sitio donde estaba el enemigo, gritaban intensamente y luego se cortaban el cuello. Un alma furiosa se escapaba de este suicidio colectivo. Este alma influía de un modo nefasto en la suerte del enemigo" [2].

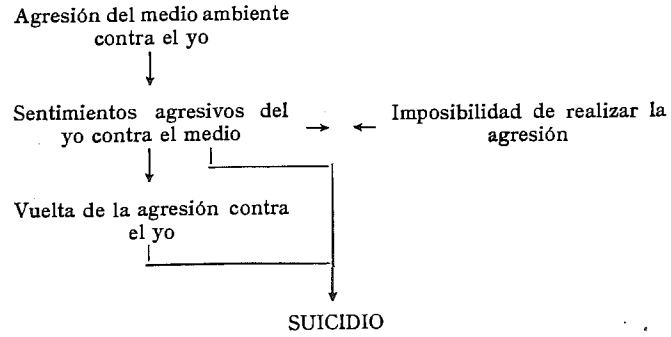
El temor que a veces inspiraba la posible venganza del suicida obligaba a los pueblos a defenderse de dicha venganza por diferentes procedimientos. Consecuencia de este temor era la costumbre de clavar al suelo, por medio de un vástago, el cadáver del suicida, de decapitarle, amputarle las extremidades, etc. En el siglo IV los atenienses cortaban la mano al suicida y enterraban esta mano en un lugar distinto del resto del cadáver, para impedir que el muerto, haciendo uso de dicha mano, pudiese vengarse [3].

[1] Datos citados en la *Enciclopedia Espasa*, en el artículo "Suicidio", págs. 572 y 574.

[2] HALBWACHS: *Les causes du suicide*, pág. 467.

[3] HALBWACHS: *Les causes du suicide*, pág. 467.

Según estos nuevos datos, nuestro esquema de la agresividad del suicidio tiene que ser completado del siguiente modo con la agresión directa al exterior:



Hemos visto cómo el suicidio es un procedimiento para satisfacer la agresión que el medio ambiente ocasiona. El suicidio es asimismo un medio para recuperar el objeto libidinoso perdido. Exteriorizaciones de suicidas prueban que suicidándose se consigue anular psicológicamente la pérdida del objeto libidinoso. Es el caso del suicidio de un amante cuando se le muere la mujer querida, "para vivir eternamente con ella".

En los datos que tenemos de la realidad material no existe nada que confirme la eficacia de este procedimiento de recuperar el objeto perdido. Nuestros conocimientos de la realidad material nos enseñan que el cuerpo del suicida se destruye del mismo modo que el de su mujer querida muerta. No vemos, pues, que el suicidio sea un comienzo de vida eterna. Sin embargo, hay manifestaciones de suicidas que nos demuestran que uno de los motivos que les impulsaron al suicidio fué justamente este deseo de alcanzar algo perdido o algo deseado y que no podían conseguir por otro procedimiento.

Tengamos en cuenta, para destruir esta aparente contradicción, que al hacer un estudio psicológico nos movemos entre realidades psíquicas y no entre realidades materiales. Estudiemos este fenó-

sión del ambiente hacia él y que, además, su muerte es un continuo reproche al exterior [1].

[1] Y de pronto vuelve a encontrarse mirando dentro de sí con una obstinación egoísta y sentimental. ¡Se dejaría matar! Agila, en aquel momento, tendido en el lecho, con los ojos cerrados, con las manos juntas, encuentra que la muerte es un paso muy suave. Sus ideas, enlazadas con el quimérico razonar de las pesadillas, le muestran *en el sacrificio de su vida una bella venganza.* La evocación de su casa, trastornada bajo la noticia de su muerte, le da una impresión dolorosa y voluptuosa. Recorre todas las estancias con el pensamiento: ve a los criados que llevan libreas de luto y andan como sombras; *ve a sus padres, lívidos por el remordimiento, sentados frente a frente, odiándose y acusándose.* ¡Se dejaría matar! Devanaba incesantemente aquel pensamiento largo, igual, que ahora se correspondía con una sensación oscura, tan lejana que parece sensación de otra vida. Descubría en sí el recuerdo anterior de todo aquello que pensaba, el hilo inconsútil de otra conciencia que, al seguirlo, se quiebra en círculos de sombra. Tan vago era aquello, tan en los limbos del olvido, que ya ningún recuerdo podía florecer en ellos su rosa de luz. Agila modula a media voz, con ahogo de niño:

¡Me dejaré matar!... ¡Me dejaré matar!

(VALLE-INCLÁN: *La Guerra Carlista. III. Gerifaltes de antaño.)*

En una novela del humorista Mark Twain, el héroe se siente maltratado por sus padres. Este sentimiento origina en él ideas suicidas, con la finalidad de vengarse de los padres. Una de las veces exclama: "¡Ah, si uno pudiese morir solamente por poco tiempo!"

Mariano de Larra, en una comedia, *Macías,* que muchas personas consideran como una descripción autobiográfica, nos cuenta los motivos de suicidio del protagonista con las siguientes palabras, que pone en boca de éste y que están dirigidas a la mujer que ama:

Fementida,
cuando olvidarme quieras entre sus brazos,
entre tu esposo y entre ti mi sombra
airada se alzará para tu espanto,
de sangre salpicando todavía.

Se pueden observar claramente en estas palabras los sentimientos agresivos hacia la mujer.

En una traducción de Scribe, hecha por Mariano de Larra y titulada *El Amor o la Muerte,* se describe la misma motivación del suicidio, de un modo cínico, en el siguiente diálogo:

CLOT.—... Tú no serías capaz de matarte por una mujer.
MON.—¡En mi vida!
CLOT.—¡Ni aun por la tuya!
MON.—Mucho lo sentiría, a lo menos, y ella también, me parece. Porque,

ADLER considera este deseo de venganza del ambiente como el factor más importante en la psicología del suicidio cuando escribe: "De este modo se origina en el inconsciente una situación en la que se desea la enfermedad y hasta la muerte, en parte para amargar a los familiares y en parte para hacerles comprender el valor de la vida del que habían tratado mal. Según mi experiencia, esta constelación es el fundamento corriente de los casos y tentativas del suicidio" [1].

En muchos de los casos de suicidio por nosotros descritos en las páginas anteriores se puede observar el deseo agresivo del suicida dirigido directamente al exterior. Con objeto de no repetir las descripciones, y procurando al mismo tiempo investigar la psicología del suicidio en una rama que hasta ahora no hemos tratado, estudiaremos la agresión al exterior en el suicidio según observaciones etnológicas.

Entre algunas tribus de la Costa de Oro, cuando un individuo se suicida y antes de hacerlo achaca su extrema resolución a la conducta de un tercero, éste viene obligado a sufrir la misma muerte; a esta práctica, basada en la ley de la tribu, se la denomina "muerte

al fin, yo les pondría un dilema a esos locos... O la mujer a quien quiero ha de sentir mi muerte, y en ese caso soy demasiado galante para darle semejante sentimiento, o mi muerte ha de serle indiferente, en cuyo caso es preciso ser muy necio para proporcionarle una diversión tan cara.

En la *Eneida,* Dido, pensando en su suicidio, exclama:

385 Y cuando el frío de la muerte haya separado el alma de mis miembros, allí donde fueres te seguirá mi sombra. *Has de purgar tu crimen, miserable.* ¡Yo lo sabré, porque esa anhelada noticia vendrá en mi busca al profundo abismo de los Manes!

Según Dante, en el infierno los suicidas están convertidos en árboles, y como tales sufren, sin poderla devolver, la agresión de los demás: "Las Harpías se alimentan de sus hojas, originando el dolor que le hacen sentir" (canto XIII). Es decir, se castiga a los suicidas haciéndoles someterse al medio ambiente desfavorable que querían rehuir y además impidiéndoles la agresión que con su suicidio querían realizar.

[1] Citado por FEDERN en la *Zeitschrift f. psychoanal. Pädagogik,* 1928-29, tomo III, pág. 337.

La agresión al exterior y la recuperación del objeto libidinoso en el suicidio.

En el estudio de la agresión, y con objeto de facilitar la investigación de la psicología del suicidio, hemos examinado hasta ahora solamente la agresividad dirigida contra el yo y hemos prescindido voluntariamente del examen de la agresividad del suicida contra el exterior. Otro de los motivos de esta conducta nuestra ha sido el tener en cuenta el que la mayoría de los investigadores se han ocupado sobre todo de esta agresividad al exterior, olvidando en gran parte—a nuestro juicio, de un modo equivocado—la agresividad secundariamente vuelta contra el yo. Es éste el momento de completar nuestra descripción.

En primer lugar, el suicida, al matarse, consigue librarse de la agresión del medio en que vive. El librarse de dicha agresión supone un triunfo para el suicida, ya que el medio que le oprime se ve defraudado en sus designios [1].

---

[1] Como muestras de este mecanismo en el suicidio, citaremos lo siguiente:

En *Antonio y Cleopatra,* de Shakespeare, acto cuarto, escena XIII, exclama Antonio al suicidarse:

¡Silencio! *No es el valor de César el que ha derribado a Antonio, sino el valor de Antonio el que triunfa de sí mismo.*

Cleopatra.—Tenía que ser así. *Nadie sino Antonio podía vencer a Antonio.* Pero ¡qué desgracia que haya sucedido!

En la misma obra, acto quinto, escena II, Cleopatra coge un áspid, que se aplica al seno al mismo tiempo que exclama:

Dame el vestido; colócame la corona; siento en mí la sed de la inmortalidad. Ahora, nunca más, el zumo de los racimos de Egipto mojará estos labios... Me parece que oigo a Antonio que me llama. Le veo levantarse para alabar mi noble acción; *le oigo burlarse de la dicha de César... Voy, esposo mío.* ¡Ahora pruebo por mi valor mis títulos a este nombre!...

En *Julio César,* de Shakespeare, acto quinto, escena V:

Bruto.—¡Nuestros enemigos nos han batido y empujado hasta el borde del abismo! *Es más honroso lanzarnos dentro que esperar a que nos precipiten en el fondo.* Buen Volumnio, tú sabes que los dos fuimos juntos a la escuela. ¡Pues bien; en nombre de nuestra antigua amistad, te ruego que tengas firme mi espada mientras me arrojo sobre ella!

En la Biblia, Libro de los Jueces, capítulo IX:

52 Y vino Abimalech a la torre, y combatiéndola, llegóse a la puerta de la torre para pegarle fuego.
53 Mas una mujer dejó caer un pedazo de una rueda de molino sobre la cabeza de Abimelech, y quebróle los cascos.
54 Y luego llamó él a su escudero y díjole: *Saca tu espada y mátame, porque no se diga de mí: una mujer lo mató.* Y su escudero le atravesó y murió.

También el suicidio de Marta Hanau pertenece a esta categoría. Véase la siguiente noticia, tomada de un periódico:

No cabe ya ninguna duda que la famosa estafadora Marta Hanau se suicidó tomando una fuerte dosis de un somnífero... Párrafos subrayados en los libros que leía últimamente la estafadora revelan que ésta tenía la intención de suicidarse y se había preparado a la muerte con lecturas adecuadas. Marta Hanau era una mujer culta, y los libros a que nos referimos eran los *Ensayos,* de Montaigne; los *Pensamientos,* de Marco Aurelio, y las *Máximas,* de Epicteto.
En el libro de Montaigne aparece subrayado este párrafo: "Dios nos despide cuando nos pone en tal estado que vivir es peor que morir". De Marco Aurelio, Marta Hanau subrayó estos pensamientos: "Si los hombres no te dejan la libertad, entonces sal de la vida. Como un hombre, no pienses más que en esto: sufrir el mal menor. Hay aquí demasiado humo; me voy. Un instante más y no serás más que un puñado de cenizas, un esqueleto, o, más bien, un nombre, y ni siquiera eso"...
De Epicteto: "He aquí que llega el momento de morir. No aumentes teatralmente las cosas. Di simplemente que llega el momento en que tu substancia va a descomponerse en los elementos que la componen. ¿Qué hay en esto de cosa terrible? ¿Es que hay algo en el mundo que no deba morir?"

Pero, además, el suicida pretende influir con su muerte en el ambiente que le rodea. Se da cuenta de que su suicidio ocasionará una serie de reacciones afectivas entre las personas que convivían con él. El pensar en la índole e intensidad de dichas reacciones afectivas es uno de los motivos que le impulsan a suicidarse.

El suicida quiere vengarse del ambiente que ha originado su resolución desesperada. Sabe que con su muerte paraliza la agre-

dependencia entre el deseo de morir y el de suicidarse. Un enfermo nuestro tenía muy frecuentemente ideas de suicidio. Pero al mismo tiempo temía todo aquello que pudiese acarrearle la muerte de un modo fortuito. A pesar de ser un buen nadador, no se atrevía a alejarse de la playa en que se bañaba, por temor—según nos decía—a perder el conocimiento y a ahogarse, sin que nadie pudiese auxiliarle. Con este temor a la muerte coexistían en el enfermo ideas de suicidarse arrojándose al mar [1].

La independencia entre el deseo de muerte y el de suicidarse se demuestra también por el hecho de que a veces se ha castigado con la pena de muerte la tentativa de suicidio. El emperador romano Adriano dictó un decreto por el cual se condenaba a muerte a todo soldado que hiciese una tentativa de suicidio. Solamente eran excluídos de esta pena los soldados que intentaban matarse impulsados por motivos de dolor, cansancio de la vida, enfermedad o pérdida del honor [2]. Si el pensamiento en la muerte hubiese sido la única motivación real de la tentativa de suicidio de los soldados, la pena de muerte significaría más bien un acto de favor que un castigo.

Es decir, la representación de la muerte como negación de la existencia no es la única finalidad del suicida. La misma opinión sostiene KAUDERS cuando dice: "En el suicidio no podemos ver más que una huída de la vida. Dicho con otras palabras: *los motivos del suicidio no los suministra la muerte ni el pensamiento de la muerte, sino la vida misma* [3].

El pensamiento en la muerte como negación de la existencia no puede servir como motivación y finalidad del suicidio, porque no

[1] Paul Morand, en *Rond-point des Champs-Elysées,* pág. 94, nos describe un caso análogo: un joven húngaro se tira al Danubio y rehusa cualquier clase de socorro. Un policía, apuntándole con el revólver, le grita: "Si no sales del agua, disparo". "Despertado" (son las mismas palabras del suicida) por esta amenaza extraña, el joven nada vigorosamente y consigue llegar a la orilla.

[2] Citado por PLAZECK: *Selbstmordverdacht und -verhütung,* pág. 114.

[3] KAUDERS: Der Todesgedanke in der Neurose und in der Psychose. *Nervenarzt,* cuaderno 6, 1934. (Puesto en cursiva por KAUDERS.)

comprendemos su valor. FREUD demostró que la muerte no tiene ningún significado para el inconsciente humano. Mucho antes que FREUD, Goethe escribía lo mismo del siguiente modo [1]: "La muerte es algo tan extraño que, a pesar de todas las experiencias, se la considera como algo imposible y se presenta siempre como algo increíble e inesperado". Goethe hace decir a Werther [2]: "La humanidad es de tan cortos alcances que no comprende ni el principio ni el fin de su existencia" [3].

[1] Citado por KAUDERS: Der Todesgedanke, etc., pág. 290.

[2] GOETHE, etc., pág. 103.

[3] El escritor Gerardo de Nerval, que murió suicidándose, escribe en la segunda parte de su novela *Aurelia*:

¡La muerte! ¿Qué es la muerte? ¿Será la nada? ¡No, por Dios! El mismo Dios no puede hacer que la muerte sea la nada.

Como muestra de cuán poco la muerte es comprendida por el individuo, citaremos los siguientes versos de Baudelaire, que giran alrededor del significado de la muerte para diferentes clases de personas. Subrayamos los párrafos que nos parecen más interesantes:

LA MORT DES PAUVRES.

C'est la Mort qui console, helas! et qui fait vivre;
C'est le but de la vie, et c'est le seul espoir
.....
A travers la tempête, et la neige, et le givre,
C'est la clarté vibrante à notre horizon noir;
C'est l'auberge fameuse inscrite sur le livre,
Où l'on pourra manger, et dormir, et s'asseoir.

LE VOYAGE.

.....
O mort, vieux capitaine, il est temps ¡levons l'ancre!
.....
Nous voulons, tant ce feu nous brûle le cerveau,
Plonger au fond du gouffre, Enfer ou Ciel, qu'importe?
Au fond de l'Inconnu pour trouver du *nouveau!*

LA MORT DES ARTISTES.

.....
C'est que la Mort, planant comme un soleil nouveau,
Fera s'epanouir les fleurs de leur cerveau.

Comer, dormir, sentarse, encontrar algo nuevo y florecer son funciones eminentemente vitales. Baudelaire considera a la muerte como la encargada de desarrollar estas funciones vitales.

Estudiemos, pues, ahora qué valor psicológico tiene la representación de la muerte en un individuo con tendencias suicidas. Veamos lo que la muerte significa para este individuo.

A primera vista parece ocioso el plantearse este problema. Es natural el pensar que la muerte para el suicida tenga solamente la significación de librarse de los conflictos que le atormentaban, buscando un refugio en la nada.

Pero esta primera visión, aunque parezca lógica, no es exacta. En la gran mayoría de los casos, para el suicida, la muerte no significa solamente el refugiarse en la nada, sino que, por el contrario, ocurre que la muerte proporciona al suicida posibilidades de vida, de las que anteriormente carecía. Veamos, por ejemplo, la motivación que dos amantes contrariados dan a su suicidio. Nos dicen que desean suicidarse para romper todos los obstáculos que se oponen a su unión en la vida presente y para poder ser eternamente felices, sin tener que separarse jamás.

También Werther se suicida para seguir viviendo eternamente el momento feliz en que Carlota le dió un abrazo. Poco antes de morir, Werther exclama: "¡Ya eres mía! Sí, Carlota, mía para siempre" [1]. En cambio, en estos momentos mismos, anteriores al fin por él buscado de su vida, Werther no comprende realmente lo que es la muerte, y dice: "¡Morir! ¡Sepultura! Son palabras que no comprendo" [2].

Para darse cuenta de cuán poco es comprendida por el suicida la representación de la muerte como negación total de la vida, basta que recordemos la descripción que Plutarco nos da de una serie de suicidios ocurridos en Mileto [3]:

Las jóvenes de Mileto sufrieron un mal terrible y extraño al mismo tiempo... En todas se produjo un deseo de matarse, con tendencia al ahorcamiento. Muchas se ahorcaron secretamente. Las palabras y las lágrimas de los padres, los consejos de los amigos, no dieron ningún resultado... Finalmente, se le ocurrió a un hombre sabio dictar una ley en la que se ordenaba que cuando una muchacha hubiese puesto fin a su vida ahorcándose, se exhibiese el cadáver desnudo en la plaza pública. La ley fué aprobada, y se consiguió no solamente que el mal se detuviese, sino que quitó también a las jóvenes el deseo de matarse.

[1] GOETHE: *Gesammelte Werke*. Ed. Boegel. Berlín, 1927, pág. 104.

[2] *Op. cit.*, pág. 103.

[3] Citado por MENG en Gespräche mit einer Mutter über den Selbstmord. *Zeitschs. f. psychoanal. Pädagog.*, 1928-29, tomo III, pág. 354.

Es decir, que para los pensamientos de estas jóvenes el suicidarse no significa totalmente su muerte, ya que sentían la afrenta de ser expuestas desnudas en la plaza pública.

Análogos a esta descripción de Plutarco son los casos en que el suicida escenifica una muerte elegante. Un enfermo nuestro fantaseaba con suicidarse con la mitad superior del tronco desnuda, de modo que la gente se diese cuenta de que tenía una gran musculatura.

El hermano de un enfermo se suicidó. El día anterior a su muerte dijo que se iba a suicidar pegándose un tiro en el corazón, añadiendo que era ésta la forma más elegante de morir. Efectivamente, el suicidio lo realizó de este modo.

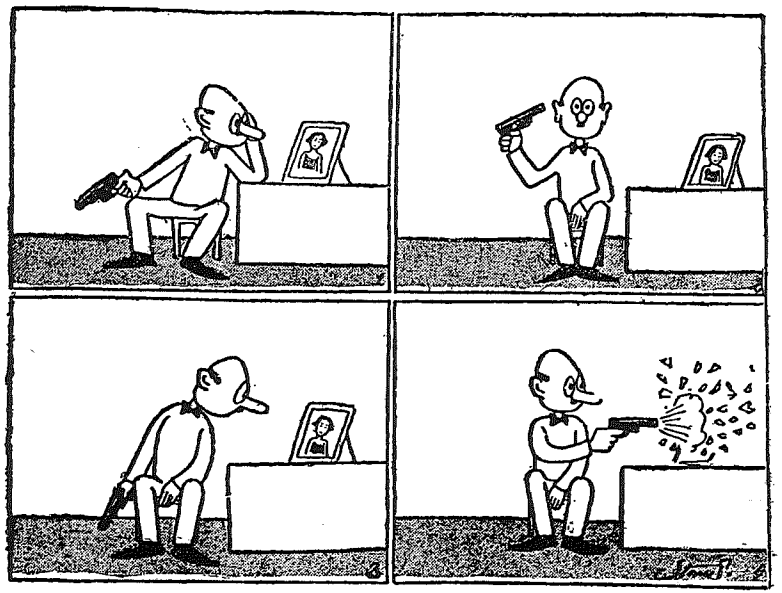
Una viuda intenta suicidarse con su hijo de diez años. Después de haberse puesto de acuerdo con éste para morir, procura que el hijo tenga buen aspecto cuando le encuentren muerto. En la tentativa de suicidio el hijo murió, la viuda se salvó. Ante el juez, ésta hizo la siguiente declaración: "Yo le había comprado (al hijo) un sombrerillo blanco muy adornado para que, una vez muerto, estuviera muy bello. El se lo había probado, y al mismo tiempo se había puesto en el cuello una corona que yo había comprado después también para tal circunstancia. El me miraba y decía: "¡Mamá, yo estaré muy bien; te lo aseguro!" [1].

La coexistencia de ideas de suicidio y al mismo tiempo de temor intenso a una muerte casual, nos demuestra también cierta in-

[1] Citado por E. FERRI: *Homicidio-Suicidio*, trad. de C. Peña. Ed. Reus. Madrid, 1934.

El criminalista GROSS observó que los suicidas nunca se matan disparándose un tiro en el ojo, a pesar de que este sitio es el más fácil de acertar y, además, el que con más seguridad conduciría a la muerte. Pero la representación de destruirse el ojo debe ser tan molesta para el suicida, que esta técnica de suicidio no se realiza casi nunca.

viduo a una obra social o familiar, el número de suicidios disminuye. Así, los casados, sobre todo entre hombres, se suicidan menos que los solteros; el tener hijos protege también contra el suicidio; cuantos más hijos, la protección suele ser mayor. Durante las épocas de guerra o de revolución el número de suicidios disminuye, seguramente debido a la presencia de un ideal colectivo



que hace que el individuo se defienda mejor de las agresiones procedentes del exterior.

En el caso de existir realmente una relación inversa entre el homicidio y el suicidio, este hecho sería también una confirmación de los datos anteriores, ya que el suicidio es la agresión contra el yo y el homicidio es la agresión contra el exterior. DURKHEIM, FERRI, MORSELLI, BOURNET y CORRE afirman esta relación inversa, relación que niegan TARDE, FERÉ, SILIÓ y HALBWACHS [1]. Ante esta disparidad de opiniones, no valoramos dichos datos. Sin embargo,

[1] E. FERRI: *Homicidio-Suicidio*, pág. 303.

ya el hecho de que se hiciese la afirmación de que el suicidio y el homicidio están en relación inversa, nos indica que psicológicamente se sentía en cierto modo la conexión existente entre la agresión al exterior y la agresión vuelta contra el yo.

HALBWACHS resume algunas conclusiones de la estadística diciendo: "El número de suicidios es un índice bastante exacto de la cantidad de sufrimiento, de malestar, de desequilibrio y de tristeza que existe o se produce en un grupo" [1]. "Las condiciones sociales son las únicas que hacen que varíe el número de suicidios" [1], ya que las condiciones individuales varían poco en el curso de varios siglos. El "sentido común" no comprende que "la forma individual, bajo la cual se presentan estos hechos (suicidios), no es más que una apariencia y que su número y distribución son una consecuencia de la estructura y del género de vida de la sociedad" [1].

Es decir, los datos estadísticos apoyan la tesis de la agresión contra el exterior, secundariamente vuelta contra el yo del suicida.

LA REPRESENTACIÓN DE LA MUERTE EN EL SUICIDA.

A una persona que se enfrenta con el problema del suicidio, lo primero que le impresiona es la muerte del suicida. DURKHELM [2] define el suicidio diciendo que "es todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, con la conciencia de que iba a producir dicho resultado". Lo mismo que en la de DURKHEIM, en las definiciones del suicidio dadas por otros autores el hecho de la muerte del suicida forma parte principal de la definición.

La pérdida de un objeto libidinoso de importancia vital y una agresión vuelta secundariamente contra el yo, son factores que originan en un individuo la idea de buscar la muerte como medio de solucionar sus conflictos.

[1] M. HALBWACHS: *Les causes du suicide*. Ed. Alcan. París, 1930, páginas 488, 511 y 514.

[2] DURKHELM: *Le Suicide*, pág. 5.

timientos agresivos. Por el contrario, Werther habla siempre de su amada Carlota y de Alberto, el marido de ésta, como si los considerase dotados de todas las perfecciones y como si en él existiese un gran cariño hacia ambos. Pero leyendo la obra con detención, observaremos la presencia de detalles que confirman la existencia de una agresión intensa reprimida.

Así, Werther dice: "Cuando sueño, no puedo librarme del siguiente pensamiento: *¿qué sucedería si Alberto se muriese?*" [1]. Es decir, que los deseos de muerte de Alberto le obsesionan durante el sueño. Sus sentimientos agresivos se manifiestan también en la idea obsesiva de "creer haber destruído la hermosa cordialidad entre Alberto y su esposa. Se hace reproches contra sí mismo, en los que existía también *un sentimiento de antipatía contra el esposo*" [2].

Carlota no es la mujer angelical que aparenta en un examen superficial. No solamente contribuyó al suicidio de Werther, sino que ya antes había causado la locura de otro hombre, a saber: de uno que "era escribiente en casa de su padre, que se enamoró de ella..., por lo que perdió su empleo; lo que ocasionó que se volviese loco furioso" [3]. "Estuvo un año entero en el manicomio, sujeto con cadenas" [3].

Hay pequeños detalles en la obra que dejan adivinar los sentimientos agresivos de los personajes. Así, las pistolas con que Werther se suicida pertenecen a Alberto, y Carlota misma es la que se las ha entregado [4]. Otro detalle agresivo es también la descripción del crimen de un criado de una viuda, que fué despedido por ésta a causa de haberse enamorado de ella, y que mata al nuevo criado de dicha viuda [4].

El sentimiento de culpabilidad por el amor culpable en Werther no es necesario que lo describamos, por aparecer con toda claridad en la superficie psíquica del joven. Dicho sentimiento de culpabilidad es el que ocasiona que la agresión que el exterior se vuelva contra el yo e impulse a este yo a la muerte.

[1] GOETHE: *Gesammelte Werke,* tomo VI, pág. 66.
[2] *Op. cit.,* pág. 83.
[3] *Op. cit.,* págs. 80 y 78.
[4] *Op. cit.,* págs. 105, 107 y 84.

Una producción literaria *sui generis* es el chiste. FREUD nos ha demostrado su gran valor psicológico, ya que el mecanismo del chiste es hacer consciente, por medio de una técnica diversa, procesos inconscientes. Pues bien; el chiste sobre el suicidio confirma lo anteriormente dicho. Como ejemplos citaremos solamente dos de estos chistes. En el primero se describe una conversación de dos personas. Una de ellas dice:

—Cuatro amigos míos de la infancia se han suicidado. Uno de ellos—el pobre Enrique—porque se le murió la mujer.
—¿Y los otros tres?
—Justamente por todo lo contrario.

El mecanismo de este chiste es el siguiente: Los tres amigos que se suicidaron estaban casados con unas mujeres tan insoportables que tenían deseos de matarlas. Como el realizar estos deseos de muerte les era imposible, tuvieron que volver la agresión contra el yo, suicidándose. Este mecanismo, expresado en el chiste por medio de una elipsis [1] y por el contraste con el comportamiento del primer amigo, nos hace reír, descubriéndonos procesos psicológicos profundos.

Algo parecido ocurre en el chiste gráfico de la página 162. La agresión al exterior, al principio reprimida y vuelta contra el yo, se dirige en el último cuadro, rápida y violentamente, al objeto que la origina. Esta liberación brusca de la agresión reprimida nos produce la risa.

Lo mismo que los casos reales de suicidio y que los casos descritos en la literatura, la estadística nos demuestra la relación íntima entre el suicidio y la agresividad que el mundo exterior despierta. Citaremos algunos datos.

La estadística prueba que cuando hay afectos que ligan al indi-

[1] Véase TH. REIK: Tres noticias psicoanalíticas. El significado latente de la deformación elíptica. *Archivos de Neurobiología,* 1932, tomo XII, página 134.

una enferma tenía al principio del tratamiento ideas de suicidio. En el curso del tratamiento conseguimos disminuir su agresividad al exterior, que se manifestaba especialmente en su relación con su marido. Esta modificación de la psicología de la enferma trajo como consecuencia el que ya no desease suicidarse. Sin embargo, sus conflictos infantiles, aun no resueltos, la empujaban todavía a desear la muerte. En esta fase la enferma buscaba la muerte que una enfermedad le ocasionase; para ello procuraba, por ejemplo, no abrigarse para poder contraer una pulmonía que la matase. Pensaba que muriendo de este modo su marido no sufriría tanto como en el caso de haberse suicidado. En una fase ulterior del tratamiento, ya solucionados sus conflictos infantiles y la agresión que originaban, desaparecieron estas ideas de suicidio, ya que la enferma se sentía satisfecha con el mundo exterior y también consigo misma.

Cuando el ambiente exterior deja de ser desagradable, desaparece la agresión que anteriormente producía, y con la desaparición de esta agresión cesan también los deseos de suicidio. Esto ocurre, por ejemplo, en el caso siguiente, citado por FERRI, referente al suicidio de una pareja[1]: "Amadeo sacó el revólver que había comprado el día antes. Rosina permanece absorta en la contemplación del fin próximo; después, como reavivada por una súbita idea de gozar antes de morir, dice: "Hagámonos el amor (es decir, acariciémonos) antes de darnos la muerte..." Así lo hicieron... Después, Rosina incitó al otro, que había llegado a vacilar, a que la mate, y así lo hace; pero entonces Amadeo no tiene el valor de suicidarse. *Quizá el placer recientemente gozado había despertado en él amor a la vida...*"[2].

Lo mismo ocurre en el suicidio citado por Paul Bourget en su novela *El Discípulo*[3]. Dos enamorados quieren suicidarse. Pero

[1] FERRI: *Homicidio-suicidio,* pág. 131.
[2] Subrayado por nosotros.
[3] Véase nuestro trabajo: Die Realität und das Es in der Schizophrenie. *Internationaler Zeitschr. f. Psychoanal.,* 1932, tomo XVIII, pág. 189, o su traducción española: La realidad y el ello en la esquizofrenia. *Archivos de Neurobiología,* 1931, pág. 604.

antes de morir deciden realizar por primera vez el acto sexual. El coito satisface plenamente al hombre, mientras que la mujer no siente ningún placer. A consecuencia del placer sentido la vida se convierte para el hombre en algo agradable y que, por lo tanto, no despierta en él deseos agresivos. Decide evitar el suicidio. Pero la mujer, que había permanecido frígida, sigue teniendo los mismos conflictos psicológicos que antes del acto, y consuma el suicidio.

Sigamos examinando algunos casos de suicidio descritos en la literatura, para comprobar si obedecen a las mismas leyes psicológicas que los que hasta ahora hemos descrito.

Tolstoi nos describe como motivación del suicidio de Ana Karenine el deseo de vengarse de su amante. Escribe: "La muerte se presentó a su espíritu como el único medio de hacer revivir el amor de él hacia ella, de castigarle... Solamente una cosa le interesaba: el castigarle". "Allí—se decía (Ana Karenine), mirando a la sombra del vagón y la arena con carbón que cubría las traviesas—, allí en medio; así le castigaré y me libraré de todos y de mí misma." Es decir, el castigarle y librarse de todos significa la agresión contra el exterior; matarse librándose de sí misma significa la agresión vuelta contra el yo.

Alfred de Vigny, en *Chatterton,* describe la motivación del suicidio del protagonista del siguiente modo[1]:

> Está atacado de una enfermedad moral, casi completamente incurable y muchas veces contagiosa; enfermedad terrible que se apodera sobre todo de las almas jóvenes, ardientes y nuevas en la vida, que desean el amor de lo bello y lo justo y que vienen al mundo *para encontrar a cada paso todas las fealdades y todas las iniquidades de una sociedad mal construída. Este mal es el odio a la vida*[2] y el amor a la muerte: es el suicidio obstinado.

Se podrían multiplicar los ejemplos. Pero nos limitaremos a citar solamente uno más, tal vez el más clásico en la literatura. Nos referimos al *Werther.*

En un examen superficial de esta obra, no parecen existir sen-

[1] Acto segundo, escena V.
[2] Subrayado por nosotros.

La agresividad en el suicidio.

Intentemos ahora el comprobar en diferentes casos prácticos la veracidad del esquema últimamente descrito. Es decir, examinemos si el suicidio es una agresión al exterior que secundariamente y por motivos diversos se ha vuelto contra el yo. Para realizar esta comprobación práctica nos apoyaremos en el estudio psicológico de casos y tentativas de suicidio reales, también de casos y tentativas de suicidio descritos en la literatura y, por último, de datos suministrados por la estadística.

Una fantasía de un enfermo nuestro era la siguiente: Se le ocurría el pensar que se había declarado una guerra y que se veía obligado a ir como soldado a las trincheras. Recordaba una escena leída en un libro (Barbusse, *Le Feu*), en que unos soldados son lanzados al ataque de una trinchera enemiga. En el ataque estos soldados tienen que pasar por un sitio donde balas y granadas matan a mucha gente. En este momento de su fantasía, el enfermo se horroriza y decide que, en caso de guerra y de movilización general, él se suicidaría antes de ir a las trincheras. La psicología de esta fantasía de suicidio es la del esquema por nosotros descrito: las trincheras representan el medio ambiente desagradable; la obligación inevitable de ir como soldado a ellas es la imposibilidad de la agresión real al medio ambiente desagradable; finalmente, el suicidio es la vuelta de la agresión imposible contra el yo del enfermo.

Otro enfermo nos cuenta un día una fantasía del siguiente modo: "Soy capaz—nos dice—de llevar la mujer de quien estoy enamorado a la cama del hombre que la desea y luego suicidarme". El hombre que se apodera de la mujer que el enfermo ama despierta en él odio intenso; la neurosis del enfermo le impide el satisfacer este odio; el odio imposible de realizar se vuelve contra el yo, originando el suicidio.

Fantasías parecidas a la anterior son relativamente frecuentes, sobre todo en una forma atenuada. La novia de un enfermo dijo una vez a éste que aun en el caso de estar casada con él, si ella se enamoraba de otro hombre, le abandonaría a él. Esta conversación fué el origen de una fantasía del enfermo en la que ocurría lo que su novia le había anunciado. El enfermo siguió fantaseando de que, en dicho caso, seguiría portándose muy bien con su mujer, la alimentaría y le cedería los hijos, para que pudiera ser completamente feliz. Después se suicidaría, ya que la vida no tendría más objeto para él. La psicología de esta fantasía es la misma que la de la fantasía del enfermo anterior.

Un esquizofrénico que murió suicidándose, pocos días antes de su muerte tenía fantasías del tipo de la siguiente: se le ocurría la idea de matar al enfermero que lo vigilaba. Pensaba entonces que le encerrarían en la cárcel. Como se demostraría que estaba loco, le meterían en un sanatorio del Estado, donde, según él, la familia solamente le podría visitar una vez al mes y donde llevaría una vida miserable. En esta fantasía se observa la agresión en la idea de matar al enfermero; la imposibilidad de realizar estas ideas agresivas, en el temor a ser encerrado en la cárcel y en un manicomio. Este deseo de agresión al exterior, imposible de realizar, le obligó a suicidarse.

El rey Carlos VIII de Francia era físicamente horrible, y además le olía espantosamente mal el aliento. Cuando entró en Nápoles mandó traer un grupo de jóvenes pescadoras de Santa Lucía, y eligiendo entre ellas a la más guapa, una muchacha preciosa de dieciséis años, pasó toda la noche en su compañía, entregado a las delicias del amor. Al día siguiente, la muchacha, asqueada por la horrible noche, se subió a una roca y se suicidó tirándose al mar [1]. El suicidio de esta muchacha eran deseos de muerte contra el rey, que por imposibilidad material no pudo realizar y que se volvieron contra ella misma. Su suicidio, psicológicamente, es querer matar al rey.

La agresividad dirigida al exterior es la que origina las ideas de suicidio. Por ello, si la agresividad al exterior cambia de aspecto por cualquier motivo, las ideas de suicidio se modifican. Así,

[1] Citado en Klanbund: *Los Borgias*. Ed. Cénit. Madrid, 1930, págs. 127 y 128.

el tratamiento cómo con la disminución gradual del sentimiento de culpabilidad, la agresividad del enfermo podía dirigirse cada vez más al exterior, en vez de dirigirse contra sí mismo. Hubo una fase en el tratamiento en que la agresividad podía ya enfrentarse con el exterior; pero el sentimiento de culpabilidad era todavía lo suficientemente intenso para impedir que se dirigiese directamente a su meta. En esta fase, el enfermo, en vez de atacar directamente a sus enemigos, atacaba a la sociedad en general, a la que consideraba la causante de todos sus males. En una fase ulterior, siendo menor todavía el sentimiento de culpabilidad, el enfermo puede atacar directamente a sus enemigos y consigue con ello un triunfo en la vida real.

Los autorreproches del enfermo en la fase depresiva son, pues, reproches que el enfermo quiere y no puede dirigir al exterior, debido a su sentimiento de culpabilidad. Cuantos más ataques le dirigían sus enemigos, tanto mayores eran los reproches que el enfermo se hacía, consecutivamente al aumento de la agresión reprimida. Al mismo tiempo, los autorreproches son también reproches que el exterior hace al enfermo.

Las ideas de suicidio del enfermo, lo mismo que los autorreproches, son ideas de muerte dirigidas a sus enemigos que secundariamente se han vuelto contra el propio yo.

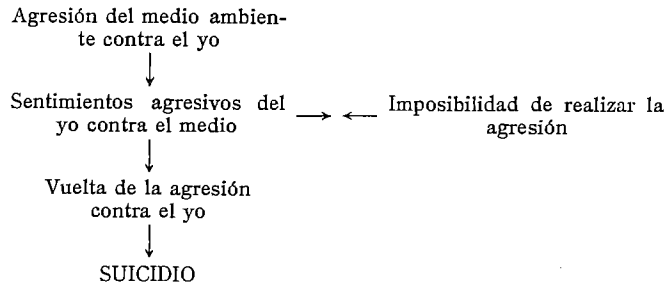
La melancolía endógena tiene una psicología parecida a la de la melancolía psicógena. Debemos tener en cuenta que las relaciones afectivas del melancólico con los objetos del mundo exterior son siempre ambivalentes, aun en las fases no depresivas. Esta ambivalencia ocasiona con gran frecuencia conflictos que acarrean la pérdida del objeto libidinoso. Esta pérdida puede ser real o solamente intrapsíquica. La pérdida de un objeto libidinoso, causada ya por motivos reales o bien por motivos constitucionales, desencadena el mecanismo que hemos señalado en la depresión psicógena.

En su psicosis, el enfermo melancólico se hace reproches que son reproches que su yo hace al medio y reproches que este medio hace al yo, siguiendo el mecanismo señalado en el enfermo anteriormente citado. Las ideas de suicidio del melancólico son ideas

de destrucción dirigidas al medio y que secundariamente se han vuelto contra el yo [1].

Teóricamente se puede pensar en la existencia de casos en que la vuelta contra el yo de las tendencias agresivas se realiza solamente por la imposibilidad *real* de ser satisfechas. Por ejemplo: un individuo mal situado socialmente, que no puede satisfacer sus más elementales necesidades y que, a consecuencia de sus sufrimientos, decide suicidarse. El mecanismo psicológico en este caso es el siguiente: el mundo que le oprime y martiriza despierta en él sentimientos agresivos que no pueden ser satisfechos, por ser imposible luchar contra un organismo dotado de más poderío que el individuo. Por ello dirige la agresión hacia sí y tiene ideas de suicidio. Es muy probable que en la práctica sólo muy raramente se presente un suicidio de esta última clase.

En resumen, según estos nuevos datos psicológicos, el esquema de origen de las ideas de suicidio puede ser el siguiente:



[1] En el célebre monólogo de *Hamlet* (acto tercero, escena I) se observa el momento en que, ante la imposibilidad de luchar contra la agresión del exterior, el yo vuelve sus deseos agresivos contra sí mismo y piensa en el suicidio:

HAMLET.—¡Ser o no ser: he aquí el problema! ¿Qué es más levantado para el espíritu: sufrir los golpes y dardos de la insultante Fortuna, o tomar las armas contra un piélago de calamidades y, haciéndolas frente, acabar con ellas? ¡Morir..., dormir; no más! ¡Y pensar que con un sueño damos fin al pesar del corazón y a los mil naturales conflictos que constituyen la herencia de la carne! ¡He aquí un término devotamente apetecible! ¡Morir..., dormir!

ideas de suicidio. Por lo tanto, es un enfermo propicio para ayudarnos a desentrañar el problema de la psicología del suicidio. Presentaba además los síntomas corrientes de la depresión: tristeza, incapacidad para el trabajo, autoacusaciones e ideas de ruina física y moral en un plazo próximo.

La historia actual del enfermo era la siguiente: Desde hacía años sostenía una relación amorosa íntima con una mujer que socialmente estaba mucho peor situada que él. Esta relación amorosa, a consecuencia de la diversidad de situación social, le había ocasionado algunos disgustos. Hacía un año, dicha mujer había enfermado y su enfermedad estaba en relación con su vida sexual. Nuestro enfermo se sentía ligado a esta mujer y con la obligación moral de continuar sus relaciones con ella, a pesar del perjuicio social que pudiera ocasionarle. Esta obligación moral la fundamentaba en el tiempo que llevaban ya unidos y en el hecho de la enfermedad de la mujer. Sin embargo, el amor del enfermo hacia ella había disminuído mucho.

Casi de repente, y por motivos diversos, la situación social del enfermo mejora grandemente. Ocupa un puesto de gran responsabilidad y con grandes obligaciones sociales. A consecuencia de este cambio su relación amorosa le perjudica grandemente. El enfermo deseaba finalizar sus relaciones amorosas; pero no lo hacía por considerarse obligado a no abandonar a la mujer, tanto más cuanto ésta se hallaba enferma. Pero al mismo tiempo se sentía culpable frente a la sociedad por esta relación íntima que los demás desaprobaban.

En esta constelación psicológica el enfermo sufre, por parte de algunos de sus enemigos, varios ataques en su actuación profesional y social. Estos ataques asustan al enfermo; se cree incapaz de defenderse de ellos y enferma con el cuadro antes citado de una depresión psicógena.

¿Por qué el enfermo es incapaz de defenderse de los ataques de sus enemigos? Una persona normal se hubiese librado fácilmente de ellos, consiguiendo así un nuevo triunfo social. Nuestro enfermo se consideraba incapaz de defenderse, a causa del sentimiento de culpabilidad que le ocasionaban sus relaciones con su amante.

Sus enemigos atacaban su actuación social; había un hecho de su vida social que el enfermo consideraba mal realizado. El inconsciente del enfermo asimilaba los ataques de sus enemigos con los reproches que él mismo se hacía sobre este punto. Frente a los ataques de los enemigos con respecto a su actuación social, nuestro enfermo no puede reaccionar normalmente, porque se considera realmente culpable por su relación amorosa desfavorable en esta actuación social.

Vamos a exponer un sueño de este enfermo, en el que se ve con claridad este mecanismo psicológico. El sueño es el siguiente:

Estoy mirando a un escaparate. A y B se acercan y me preguntan qué tal sigo. Me indigno con ellos, les chillo violentamente. Les chillo tanto, que ellos tienen que llamar a una persona que no distingo bien. En este momento pienso en D (su amante), *me pongo muy triste y no puedo seguir hablando.*

A y B son dos de las personas que más se distinguieron en los ataques al enfermo. Conociendo este dato, el sueño es perfectamente comprensible siguiendo el mecanismo citado. El enfermo quiere librarse del ataque de estas personas; pero el pensar en su amante hace que no pueda defenderse y origina su tristeza.

Repitamos, resumiendo, el mecanismo de la depresión de este enfermo:

1.° Relación amorosa ambivalente, por ser desfavorable al yo.

2.° Triunfo social que acarrea el que la ambivalencia de la relación amorosa se haga aún más intensa. La relación amorosa ocasiona sentimientos de culpabilidad en el enfermo: *a*), frente a la sociedad, por la desigualdad social, y *b*), frente a la mujer, por haberla enfermado.

3.° Ataques en la actuación social. El sentimiento de culpabilidad impide que el enfermo reaccione a estos ataques, agrediendo a sus enemigos. La agresión, reprimida por el sentimiento de culpabilidad, se convierte en autorreproches. De este modo se origina la depresión.

En el curso del psicoanálisis conseguimos disminuir el sentimiento de culpabilidad del enfermo, demostrándole su origen en vivencias infantiles. Era muy interesante el observar durante

melancolía, vamos a intentar su demostración en varios casos concretos, siguiendo una trayectoria un poco distinta de la de FREUD, pero que nos lleva a la misma meta.

En los límites de la normalidad hay un estado psicológico que presenta características parecidas a las que ofrece el estado melancólico patológico. Este estado es el del *duelo;* es decir, el estado de tristeza en que se encuentra un individuo que ha sufrido la muerte de una persona querida.

Supongamos el caso de un hombre enamorado intensamente de una mujer, y supongamos además que, por un accidente inevitable, esta mujer se ha muerto. Después de la muerte de dicha mujer, este hombre se encuentra en un período de tristeza que conocemos con el nombre de duelo. Durante este período de duelo, el yo de este hombre va disminuyendo lentamente la intensidad de las cargas afectivas dirigidas a la representación intrapsíquica de la mujer amada.

Este trabajo de disminución de la intensidad de las cargas afectivas—trabajo del duelo, según la denominación de FREUD—va acompañado de tristeza. El hombre recuerda cada una de las escenas felices vividas con la mujer desaparecida, y este recordar le emociona y le ocasiona dolor.

En este período de duelo la apreciación de la realidad sufre asimismo una perturbación parcial; a dicho hombre la vida le parece poco interesante, el mundo incoloro y hasta desagradable; sus propias actividades las realiza de un modo mecánico. A veces se presentan también tendencias autoagresivas, v. gr.: en forma de un deseo de muerte, de causarse daño arañándose, arrancándose los pelos o cometiendo otros actos de violencia contra sí mismo. Estas tendencias autoagresivas se observan claramente en

---

RADO: Das Problem der Melancholie. *Int. Zeitschr. für Psychoanalyse,* tomo XIII, 1927.

Para datos completos de la literatura de este asunto, consúltese el libro de FENICHEL: *Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen.* Internationaler Psychoanalytiker Verlag. Viena, 1931.

los ritos de duelo de algunos pueblos, v. gr.: rasgarse las vestiduras, poner ceniza en la cabeza, no lavarse, etc. [1].

Pero después de un tiempo más o menos largo, la capacidad de emocionar de los recuerdos originados por la representación intrapsíquica de la mujer amada es menor y el dolor es también menos intenso. El hombre se encuentra más libre. El duelo ha realizado su labor.

En el complejo psicológico del duelo hay, pues, cuatro factores distintos:

1.° Disminución de la intensidad de las tendencias afectivas dirigidas a la representación intrapsíquica del objeto amado.

2.° Tristeza.

3.° Despreciación de la realidad.

4.° Algunas tendencias agresivas contra el yo.

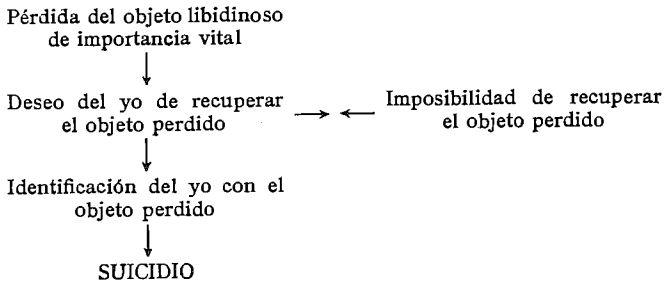
Este es el duelo que pudiéramos llamar normal. Demos ahora un paso en el sentido de la melancolía. Para ello supongamos que la muerte de la persona querida sea, en parte, consecuencia de una acción que el yo cometió. Por ejemplo: el caso de una madre que, por no haber cuidado bien a su hijo enfermo, se siente culpable de la muerte de éste. La negligencia en el cumplimiento de sus deberes maternales creará en dicha madre un sentimiento de culpabilidad, tanto más intenso cuanto mayor sea el cariño hacia su hijo muerto. Este sentimiento de culpabilidad hará que se reproche su conducta para con su hijo. El duelo de esta madre presentará con la tristeza del melancólico el parecido de la existencia de autorreproches intensos.

Estudiemos ahora el mecanismo psicológico de la *depresión psicógena.* Para ello vamos a describir sucintamente la psicogénesis de la depresión de un enfermo que llevaba cerca de un año en estado depresivo y que tratamos psicoanalíticamente durante tres meses. Uno de los síntomas principales de este enfermo era sus

---

[1] 670 Rápidamente acude la hermana de la reina; está empavorecida, pálida como una muerta, y *se arranca la piel del rostro con las uñas y se golpea el pecho con los puños,* lanzándose a través de la muchedumbre, llamando a la que acaba de morir y gritando su nombre. (*Eneida,* canto IV.)

Resumiendo estas consideraciones, podemos trazar el siguiente esquema:



Psicología de los estados depresivos.

El suicidio es un acto de autosadismo intenso. El yo se ataca a sí mismo. En el suicidio el yo realiza una acción agresiva contra sí, de una fuerza tal que consigue destruirse. Estudiemos ahora el suicidio desde este punto de vista de la autoagresión.

La enfermedad psíquica en la que seguramente es más intenso el peligro del suicidio, es la melancolía. Preguntados los melancólicos acerca de los motivos de sus ideas de suicidio, nos contestan que con su muerte quieren rehuir una vida desagradable o que buscan la muerte para castigarse por sus múltiples culpas. Las tendencias autoagresivas del melancólico no se manifiestan solamente en sus ideas de suicidio, sino también en los reproches que por diferentes motivos se hacen a sí mismos.

"Las ideas delirantes no faltan en ningún caso palpable (de

nas, desesperadas por la muerte de los dos aviadores ingleses que perecieron en la catástrofe aérea de Messina, se suicidaron. Las dos muchachas abrieron la puerta del avión y se lanzaron al espacio cogidas de la mano... Las muchachas habían adquirido todos los asientos del avión y habían persuadido al piloto que cerrara la puerta y cubriera la ventana que separa el puesto de mando del resto de la cabina... Las hermanas habían mantenido una estrecha amistad con el teniente aviador H. B. y el oficial aviador J. F., que se encontraban entre los nueve muertos en la catástrofe aérea de Sicilia.

melancolía) y toman la forma de la ruina económica, corporal y psíquica." Así, los enfermos piensan "que se han conducido de un modo indigno, que no hay nada que pueda salvarlos"; "miran involutariamente toda su vida en busca de sus culpas; cambian pequeñas faltas o acciones inocentes en grandes pecados". También se creen causantes de las desgracias que ocurren a su alrededor. "Piensan que son culpables de que los otros pacientes estén enfermos, de que alguno se haya muerto... Se les ocurre que, a causa de sus pecados, todo el mundo debe despreciarlos... Creen que serán castigados en este mundo y en el otro, casi siempre de un modo horrible." Etc. [1].

Freud ha demostrado que las quejas del melancólico son reproches que el enfermo hace a un objeto que ha introyectado en su yo. La fórmula de "los autorreproches son acusaciones" (*Die Klage sind Anklage*), resume las conclusiones de Freud. Es decir, según Freud, el melancólico, cuando dirige su agresividad contra sí mismo, en realidad quiere atacar un objeto exterior que ha introyectado en su yo.

Abraham ha completado estas observaciones de Freud diciendo que en las quejas del melancólico hay, no solamente acusaciones del enfermo a un objeto introyectado en su yo, sino también acusaciones de este objeto al enfermo [2].

Para hacer más comprensible este mecanismo psicológico de la

[1] Bleuler: *Lehrbuch der Psychiatrie*, 4.ª edición. Berlín, 1923. Ed. Springer, pág. 362.

[2] Las obras psicoanalíticas más importantes en relación con el problema de la psicología de la melancolía son:

Abraham: Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. *Zentralblatt für Psychoanalyse*, tomo II, 1912.

— Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwickelungsstufe der Libido. *Int. Zeitschr. für Psychoanalyse*, tomo IV, 1916.

— Versuch einer Entwickelungsgeschichte der Libido. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924.

Freud: Trauer und Melancholie. *Gesammelte Werke*, tomo V.

— Das ökonomische Problem des Masochismus. *Gesammelte Werke*, tomo V.

La muerte de la persona amada o el quebranto económico es sentido, por el individuo que lo ha sufrido, como una pérdida irreparable. Para este individuo, la vida, después de esta pérdida, carece de interés, ya que, por la pérdida sufrida, se considera incapaz de satisfacer gran parte de sus deseos. Perdiendo la vida el carácter interesante o agradable, no nos extraña que el individuo piense poner fin a su existencia, suicidándose.

Científicamente podríamos expresar este hecho diciendo que la pérdida de un objeto libidinoso de importancia vital es una de las motivaciones del suicidio [1].

---

[1] Varios ejemplos en la literatura de tendencia al suicidio, motivada por la pérdida de un objeto libidinoso de importancia vital:

En *Los amantes de Teruel,* acto tercero, escena XI:

MARSILLA.

El ajeno dolor no quita el mío.
¿Con qué llenáis el hórrido vacío
que el alma siente, de su bien privada?
¡Padre, sin Isabel, para Marsilla
no hay en el mundo nada!
Por eso en mi doliente desvarío
sed bárbara de sangre me devora.
Verterla a ríos para hartarme quiero,
y cuando más que derramar no tenga,
la de mis venas soltará mi acero.

En la misma obra, acto cuarto, escena X:

ISABEL.

... su desgraciado amor es quien le mata.
Delirante le dije: "Te aborrezco";
él creyó la sacrílega palabra,
y expiró de dolor.

En *Don Alvaro o la fuerza del sino,* jornada tercera, escena III:

DON ALVARO.

¡Sevilla! ¡Guadalquivir!
¡Cuál atormentáis mi mente!
¡Noche en que vi de repente
mis breves dichas huir!...
¡Oh, qué carga es el vivir!...

En *Antonio y Cleopatra,* de Shakespeare, acto cuarto, escena XIII:

CLEOPATRA.—¡Oh, el más noble de los hombres! ¿Deseas morir? ¿No te cuidas de mí? ¿Quedaré en *este triste mundo, que, tú ausente, no vale más que un establo?* ¡Oh, mirad, mujeres mías! ¡La diadema del mundo se funde! *(Antonio muere.)* ... Tendría derecho a arrojar mi cetro a los dioses insultantes, a decirles que este mundo igualaba al suyo, *antes de que nos hubiesen robado nuestra joya... En estas condiciones, ¿es un crimen precipitarse en la secreta morada de la muerte, antes de que la muerte ose venir a nos?...*

El suicida, en los casos de pérdida de objeto libidinoso de importancia vital, desea desaparecer de la vida, del mismo modo que para él ha desaparecido el objeto libidinoso de importancia vital. Existe, en cierto modo, una identificación con el objeto libidinoso perdido y con la suerte que a este objeto ha acaecido. Esta identificación se ve clara en el suicidio motivado por la muerte de una persona querida intensamente.

La identificación con la persona querida muerta es a veces tan intensa que puede conducir a desear la misma muerte que aquélla. Esto ocurre, por ejemplo, en el suicidio de Melibea en *La Celestina.* El amante de Melibea, Calisto, murió de una caída al intentar descender rápidamente por la escala que le había conducido a la habitación de su amada. Melibea, al suicidarse, exclama (veinteno acto):

Su muerte conviene a la mía; convídame y fuerza que sea presto, sin dilación; muéstrame que *ha de ser despeñada por seguille en todo* [2].

En la Biblia, 1 Reyes 16:

15 En el año veintisiete de Asa, rey de Judá, comenzó a reinar Zimri...
16 y el pueblo que estaba en el campo oyó decir: Zimri ha hecho conjuración y ha muerto al rey. Entonces todo Israel levantó el mismo día por rey sobre Israel a Omri, general del ejército, en el campo
17 ...
18 *Mas viendo Zimri tomada la ciudad, metióse en el palacio de la casa real, y pegó fuego a la casa consigo: así murió.*

También en la Biblia, 2 Samuel 17:

23 Y Achitophel, *viendo que no se había puesto por obra su consejo,* enalbardó su asno y levantóse, y fuése a su casa en su ciudad; y después de disponer acerca de su casa, *ahorcóse y murió,* y fué sepultado en el sepulcro de su padre.

[2] En la siguiente noticia, publicada en un periódico el 23 de febrero de 1935, se puede también observar en el hecho de buscar la misma muerte, la identificación con la persona querida muerta:

Londres, 22.—Se ha comprobado que las dos muchachas norteamerica-

Zinzendorf.

PFISTER (OSKAR): Die Frömmigkeit des Grafen von Zinzendorf. (Schriften z. angew. Seelenkunde, cuaderno 8.) Deuticke. Viena, 1910, 2.ª edición 1915.

— Hat Zinzendorf die Frömmigkeit sexualisiert. *Zeitschr. f. Religionspsychologie,* 1911, 5.

— Zinzendorfs Frömmigkeit im Lichte Gerhard Reichels und der Psychoanalyse. *Schweiz. theol. Zeitschr.,* 1911.

XI

PSICOANÁLISIS Y SOCIOLOGÍA

Psicología del suicidio.

> ¿Por qué vosotros, hombres, cuando habláis de algo, en seguida decís: esto es bueno, esto es malo? Con eso, ¿habéis explorado las conexiones íntimas de la acción? ¿Sabéis con seguridad exponer las causas de por qué sucedió, de por qué tuvo que suceder? Si supierais esto, no emitiríais vuestros juicios con tanta ligereza.
>
> GOETHE.

El suicidio es un fenómeno debido a una serie de factores. Entre ellos intervienen en el suicidio los factores ambientales. Las estadísticas demuestran que el número de suicidios varían, respondiendo a acontecimientos sucedidos en el ambiente social en que vive el individuo. Veamos ahora a través de qué mecanismos psicológicos obran los factores ambientales sobre el individuo para impulsarle al suicidio.

LA PÉRDIDA DEL OBJETO LIBIDINOSO.

Todos hemos leído descripciones de casos de suicidio motivados por un grave quebranto económico o por la muerte de una persona querida. ¿Cuál es la psicología de estos suicidios?

Schubert.

HITSCHMANN (E.): Franz Schuberts Schmerz und Liebe. *Int. Zeitschr. f. PsA.*, 1915, 3, 287.

Segantini.

ABRAHAM (KARL): Giovanni Segantini. Ein psychoanalytischer Versuch. (Schriften z. angew. Seelenkunde XI.) Deuticke. Viena, 1911, 2.ª edición 1925.

Shakespeare.

Sobre Shakespeare han aparecido muchos trabajos psicoanalíticos. La mayoría se refieren a la obra del poeta y no a su biografía, ya que la vida del poeta está mal conocida.

Stendhal.

BERGLER (E.): Talleyrand, Napoleon, Stendhal, Grabbe. Int. PsA. Verlag. Viena, 1935.

Strindberg.

RANK (O.): Das Inzestmotiv. Viena, 1926, pág. 40.

UPVALL (AXEL JOHAN): August Strindberg, a psychoanalytic study with special reference to the Oedipus-Complex. Richard Badger. Boston, 1921.

BACHLER (KARL): August Strindberg. *Die psychoanal. Bewegung.*, 1930, 2, 365 y 555.

Swedenborg.

HITSCHMANN (E.): Swedenborgs Paranoia. *Zentralbl. f. PsA.*, 1913, 3, 32.

Talleyrand.

BERGLER (E.): Talleyrand, Napoleon, Stendhal, Grabbe. Int. PsA. Verlag. Viena, 1933.

Teresa de Avila, Santa.

GARMA (ANGEL): Eine obszöne Gebärde der heiligen Teresa. *Die psychoanal. Bewegung*, 1930, 2, 339.

Teresita del Niño Jesús, Santa.

GRANT DUFF (I. F.): Die Geschichte der Phantasie einer Heiligen. *Imago*, 1930, 16, 486.

Thompson, Francis.

SHARPE (ELLA F.): A psycho-analytical appreciation of the life and work of Francis Thompson. *Int. Zeitschr. f. PsA.*, 1923, 9, 549.

MOORE (THOMAS VERNER): The Hound of Heaven. *The PsA. Review*, 1915, 5, 345.

Tolstoi.

OSSIPOW (N.): Tolstois Kindheitserinnerungen. Ein Beiträg zu Freuds Libidotheorie. Int. PsA. Verlag. Viena, 1923.

— Ueber Tolstois Seelenleiden. *Imago*, 1923, 9, 495.

Wagner.

GRAF (MAX): Richard Wagner im "Fliegenden Holländer". (Schriften zur angew, Seelenkunde, cuaderno 9.) Deuticke. Viena, 1911.

RANK (OTTO): Die Lohengrinsage. (Schriften z. angew. Seelenkunde, cuaderno 13.) Deuticke. Viena, 1911.

— Das Inzestmotiv in Dichtung und Sage. Deuticke. Viena, 1926, pág. 587.

Wassermann.

HITSCHMANN (E.): Zum Werden eines Romandichters. *Imago*, 1912, 1, 49.

Morphy, Paul.

JONES (ERNEST): Das Problem Paul Morphy. (Zur Psychoanalyse des Schachsspiel.) *Die psychoanal. Bewegung,* 1931, 3, 193.

Meyer, C. F.

SADGER (I.): Conrad Ferdinand Meyer. Eine pathographisch-psychologische Studie. (Grezfr. d. Nerv. u. Seelenleb., cuaderno 59.) Bergmann. Wiesbaden, 190.

RANK (O.): Das Inzestmotiv. Viena, 1926, pág. 499.

KREBS (EDGAR): Das Unbewusste in den Dichtungen Conrad Ferdinand Meyers. *Die psychoanal. Bewegung,* 1930, 2, 325.

Motte Fouqué, de la.

LORENZ (EMIL): Die Kindheitserinnerungen des Barons de la Motte Fouqué. *Imago,* 1913, 2, 513.

Messerchmidt, Franz Xaver.

KRIS (ERNT): Ein geisteskranker Bildhauer. (Die Charakterköpfe des Franz Xaver Messerschimidt.) Con 29 figuras fuera de texto. *Imago,* 1933, 19, 384.

Napoleón.

JEKELS (L.): Der Wendepunkt im Leben Napoleons I. *Imago,* 1914, 3, 313. En francés en la *Revue Franç. de PsA.,* 1929, 3, 272.

BERGLER (EDMUND): Unbewusste Motive im Verhalten Napoleons zu Talleyrand. *Die psychoanal. Bewegung,* 1933, 5, 319.

— Talleyrand, Napoleon, Stendhal, Grabbe. Int. PsA. Verlag. Viena, 1935.

Pablo, San.

PFISTER (OSKAR): Die Entwickelung des Apostels Paulus. *Imago,* 1920, 6, 243.

Proust.

BURCHILL (S. C.): Marcel Proust. An Interpretation of his life. *The PsA. Rev.,* 1928, 15, 299.

Pascal.

HERMANN (I.): Zwei Ueberlieferung aus Pascals Kinderjahren. *Imago,* 1925, 11, 246.

Poe, Edgar A.

BONAPARTE (MARIE): Edgar Poe. Denoel et Steele. París, 1933. Dos tomos. Publicado también en alemán en Int. PsA. Verlag, en Viena, tres tomos.

Rousseau.

LAFORGUE (RENÉ): Etude sur Jean-Jacques Rousseau. *Rev. Franç. d. PsA.,* 1927, 1, 370. En alemán en *Imago,* 1930, 16, 146. También en forma de libro en alemán en Int. PsA. Verlag. Viena, 1930.

Sand, George.

DEUTSCH (HELENE): Georg Sand- ein Frauenschicksal. *Imago,* 1928, 14, 334. También en *Almanach der PsA.,* 1929.

Schiller.

RANK (OTTO): Das Inzestmotiv. Verlag Deuticke. Viena, 1912.

SACHS (HANS): Schillers Geisterseher. *Imago,* 1915, 4, 69, y 1915, 4, 145. También en SACHS: Gemeinsame Tagträume. Int. PsA. Verlag. Viena, 1924.

Schnitzler.

REIK (THEODOR): Arthur Schnitzler als Psycholog. J. C. C. Breuns verlag Minden i. W., 1913.

Schopenhauer.

HITSCHMANN (E.): Schopenhauers Versuch einer Psychoanalyse des Philosophen. *Imago,* 1913, 2, 101.

Kekulé, August.

ROBITSEK (ALFRED): Symbolisches Denken in der chemischen Forschung. *Imago,* 1912, 1, 83.

Keller, Gottfried.

HITSCHMANN (E.): Gottfried Keller. Psychoanalyse des Dichters, seiner Gestalten und Motive. Int. PsA. Verlag. Viena, 1919.

Kierkegaard, Sören.

LOWTZKY (F.): Sören Kierkegaard. Das subjetive Erlebnis und die religiöse offenbarung. Eine Psychoanalytische Studie einer fast Selbstanalyse. Int. PsA. Verlag. Viena, 1935.

Kleist.

SADGER (I.): Heinrich Kleist. Eine pathographische-psychologische Studie. (Grenzfragen d. Nerv. u. Seelenleb., cuaderno 75.) Bergmann. Wiesbaden, 1909.

JONES (ERNEST): Das Problem des "Gemeinsames Sterbens", namentlich mit Bezug auf den Selbstmord Heinrich von Kleists. *Zentralbl. f. PsA.,* 1911, 1, 563. En inglés en JONES: Essays in Applied Psychoanalysis. Londres, 1923.

KAISER (HELLMUTH): Kleists Prinz von Homburg. *Imago,* 1930, 16, 119.

Körner.

RANK (O.): Das Inzestmotiv. Viena, 1926.

Kubin.

BACHLER (KARL): Alfred Kubin und die Flucht im Traumreich. *Die psychoanal. Bewegung,* 1933, 5, 53.

Lasalle.

KOHN (ERWIN): Lasalle- der Führer. Int. PsA. Verlag. Viena, 1926.

Lenau.

SADGER (I.): Aus dem Liebesleben Nikolaus Lenaus. (Schrift. z. angew. Seelenk. VI.) Verlag Deuticke. Viena, 1909, 2.ª edición 1925.

Leonardo da Vinci.

FREUD (SIGM.): Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. (Schriften z. Angew. Seelenkunde VII.) Verlag Deuticke. Viena, 1910. También en obras completas, tomo IX.

PFISTER (OSKAR): Kryptolalie, Kryptographie und unbewusstes Vexierbild bei Normalen. *Jahrb. f. PsA. u. psychopath. Forsch.,* 1913, 5, 146.

REITLER (RUDOLF): Eine anatomisch-künstlerische Fehlleistung Leonardos da Vinci. *Int. Zeitschr. f. PsA.,* 1916, 4, 205.

HÁRNIK (J.): Aegyptologisches zu Leonardos Geierphantasie. *Int. Zeitschr. f. PsA.,* 1920, 6, 362.

Lincoln.

CLARK (B. PIERCE): A psychologic study of Abraham Lincoln. *The PsA. Rev.,* 1921, 8, 1.

Sobre el asesino de Lincoln, John Wilkes, véase BOOTH: Wittels, Die grossen Haser. *Die psychoanal. Bewegung,* 1929, 1.

Luis II de Baviera.

LANDAUER (KARL): Die Gemeinschaft mit sich selber. *Die psychoanal. Bewegung,* 1930, 2, 260.

Mahoma.

BERKELEY-HILL (O.): A short study of the life and character of Mohamed. *Int. Journ. of PsA.,* 1921, 2, 31.

Maupassant.

REIK (THEODOR): Aus dem Leben Guy de Maupassants. *Imago,* 1913, 2, 519.

Enrique VIII.

FLÜGEL (I. C.): Charakter und Eheleben Heinrichs VIII. *Int. Journ. of PsA.*, 1920, 1. En alemán en *Imago*, 1921, 7, 424.

Fechner.

HERMANN (I.): Gustav Theodor Fechner. (Eine Psychoanalytische Studie über individuelle Bedingtheiten wissenschaftlicher Ideen.) *Imago*, 1925, 11, 371. También como libro en Int. PsA. Verlag. Viena, 1925.

Federico el Grande de Prusia.

V. OPPELN-BRONIKOWSKI (FRIEDRICH): Eros als Schiksal bei Friedrich dem Grossem und bei Sthendal. Ein sexualpsychologischer Vergleich. *Die psychoanal. Bewegung*, 1930, 2, 314.

Flaubert.

REIK (THEODOR): Flaubert und seine Versuchung des heiligen Antonius. J. C. Bruns. Munich, 1912.

— Zwei Träume Flauberts. *Zentralbl. f. PsA.*, 1913, 3, 222.

Goethe.

FREUD (SIGM.): Eine Kindheitserinnerung aus "Dichtung and Wahrheit". *Imago*, 1917, 5, 49. Obras completas, tomo X.

HARNIK (J.): Psychoanalytisches aus und über Goethes "Walhverwandtschaften". *Imago*, 1912, 1, 507.

— Nachtrag zur Kenntnis der Rettungsphantasie bei Goethe. *Int. Zeitschr. f. PsA.*, 1919, 5, 120.

HERMANN (I.): Die Regression zum zeichnerischen Ausdruck bei Goethe. *Imago*, 1924, 10, 431.

REIK (THEODOR): Warum verliess Goethe Friederike? *Imago*, 1929, 15, 400. También como libro en Int. PsA. Verlag. Viena, 1930.

SARASIN (PHILIPP): Goethes Mignon. *Imago*, 1929, 15, 349. También como libro en Int. PsA. Verlag. Viena, 1930.

HITSCHMANN (EDUARD): Psychoanalytisches zur Persönlichkeit Goethes. *Imago*, 1932, 18, 42.

Van Gogh.

WESTERMAN HOLSTIJN (A. J.): Die psychologische Entwickelung Vicent van Goghs. *Imago*, 1924, 10, 389.

Gotthelf.

GRABER (G. H.): Psychoanalytische "Archeologie" Gotthelfs. *Imago*, 1924, 18, 278.

Grillparzer.

RANK (O.): Das Inzestmotiv. Viena, 1926.

Hamsun.

STRAGNELL (GREGORY): A psychopathological study of Knut Hamsuns "Hunger". *The PsA. Review*, 1922, 9, 198.

HITSCHMANN (EDUARD): Ein Gespenst aus der Kindheit Knut Hamsuns. *Imago*, 1926, 12, 336. También como libro en Int. PsA. Verlag. Viena, 1926.

— Von, über und um Hamsun. *Imago*, 1928, 14, 358.

— Knut Hamsun und die Psychoanalyse. *Die psychoanal. Bewegung*, 1929, 1, 318.

BERENDSOHN (W. A.): Knut Hamsun und die Psychoanalyse. *Die psychonal. Bewegung*, 1930, 2, 60.

Hebbel.

SADGER (I.): Friedrich Hebbel, ein psychoanalytischer Versuch. (Schriften z. Angew. Seelenk.) Deuticke. Viena, 1920.

Hodler, Ferdinand.

BEHN-ESCHENBURG (H.): Ferdinand Hodlers Parallelimus. *Die psychoanal. Bewegung*, 1931, 3, 329.

Kafka.

KAISER (HELLMUTH): Franz Kafkas Inferno. *Imago*, 1931, 17, 41.

Busch, Wilhelm.

RANK (OTTO): Ein Selbstbekenntnis Wilhelm Busch's. *Zentralbl. f. PsA.*, 1911, 1, 523.

CORNIOLEY (HANS): Sexualsymbolik in der "Frommen Helene" von WILHELM BUSCH. *Die Psychoanal. Bewegung*, 1929, 1, 154.

Byron.

RANK (O.): Das Inzestmotiv. Viena, 1926.

Calígula.

SACHS (HANS): Bubi. Das Leben des Caligula. Berlín, 1930.

Cellini.

HERMANN (I.): Benvenuto Cellini dichterische Periode. *Imago*, 1924, 10, 418.

Comte.

BLANCHARD (PHYLLIS): A psychoanalytic study of Auguste Comte. *Americ. Journ. of Psychology*, 1918, 29.

Cornelia.

FERENCZI (S.): Cornelia, die Mutter der Gracchen. *Int. Zeitschr. f. PsA.*, 1919, 5, 117.

Damiens.

ENDTZ (A.): Die Hinrichtung des Damiens. *Die Psychoanal. Bewegung*, 1930, 2, 347.

Dante.

SPERBER (ALICE): Von Dantes unbewusstes Seelenleben. *Imago*, 1914, 3, 205.

WITTELS (FRITZ): La grand amour. *Die Psychoanal. Bewegung*, 1929, 1, 242.

Darwin.

HERMANN (I.): Charles Darwin. *Imago*, 1927, 13, 57.

Dauthendy.

HITSCHMANN (E.): Ein Dichter und sein Vater. Beitrag zur psychologie der religiöser Bekehrung und telepathischer Phänomene. *Imago*, 1916, 4, 337.

— Telepathie und Psychoanalyse. *Imago*, 1923, 9, 368.

Dostojewski.

NEUFELD (JOLAN): Dostojewski. Skizze zu seiner Psychoanalyse. Int. PsA. Verlag. Viena, 1923.

FREUD (SIGM.): Dostojewski und die Vatertötung. Almanach der Psychoanalyse 1930. También en el tomo XII de sus obras completas.

REIK (THEODOR): Freuds Studie über Dostojewski. *Imago*, 1929, 15, 233. También en el Almanaque de Psicoanálisis 1930.

BURCHILL (S. C.): Dostoiefski and the Sense of Guilt. *The PsA. Rev.*, 1930, 17, 195.

Dumas.

REIK (THEODOR): Eine Kindheitserinnerung Alexander Dumas'. *Imago*, 1917, 5, 128.

Durero.

WINTERSTEIN (ALFRED): Dürers Melancholie im Lichte der Psychoanalyse. *Imago*, 1929, 15, 145. También en forma de libro en Int. PsA. Verlag, 1929.

Ebner, Margaretha.

PFISTER (OSKAR): Hysterie und Mystik bei Margaretha Ebner (1291 a 1351). *Zentralbl. f. PsA.*, 1911, 1, 468. También en PFISTER: Religiosität und Hysterie. Int. PsA. Verlag. Viena, 1928.

Eckermann.

HITSCHMANN (EDUARD): Johann Peter Eckermann. *Die psychoanal. Bewegung*, 1933, 5, 392.

— Die bindung Eckermanns an Goethe. *Die psychoanal. Bewegung*, 1933, 520.

texto para librarse de un hombre que le era aborrecible. Por eso, en las barricadas, repetía continuamente: "Tenemos que ir a fusilar al general Aupick."

Si comparamos ahora esta acción de Baudelaire y el sueño de la bala que nos mata de nuestra enferma masoquista, observaremos sus grandes parecidos. En los dos casos, el odio se apoyó en un hecho actual que servía de motivo, más o menos racional, para satisfacerlo. En una época revolucionaria nuestra enferma sueña con la posibilidad de matarnos; la revolución francesa del año 1848 sirve a Baudelaire para intentar fusilar a su padrastro. Pero los influjos de la revolución francesa o de la española no fueron el origen del modo de reaccionar de Baudelaire ni de nuestra enferma. El suceso actual y el resto diurno fueron únicamente la causa desencadenante de la acción neurótica y del sueño. El determinante principal de la acción neurótica y del sueño fueron los instintos reprimidos.

BIBLIOGRAFIA

Nos ha servido de base para esta clasificación bibliográfica el trabajo de A. J. STORFER, publicado en *Psychoanalytische Bewegung*, 1930, 2, 385. Nosotros hemos ordenado y aumentado dicho trabajo, añadiendo, además, lo correspondiente a los últimos años.

Alejandro el Grande.

BOVEN (WILLIAM): Alexander der Grosse. *Imago*, 1922, 8, 418.

CLARK (L. PIERCE): Alexander the Great. *The PsA. Review*, 1923, 10, 56.

SCHESTOW (LEO): Alexander und Diogenes. *Zentralbl. f. PsA.*, 1912, 2, 415.

Amenhotep IV.

KARL (ABRAHAM): Amenhotep IV (Echnaton). Psychoanalytische Beiträge zum Verständnis seiner Persönlichkeit und des monothistischen Atonkultes. *Imago*, 1912, 1, 334.

Andrea del Sarto.

JONES (ERNEST): Andrea del Sartoskunst und der Einfluss seiner Gattin. *Imago*, 1913, 2, 468.

Baudelaire.

LAFORGUE (RENÉ): L'echec de Baudelaire. París.

Bashkirtseff, Marie.

HERMANN-CZINER (ALICE): Die Grundlagen der zeichnerischen Begabung bei Marie Bashkirtseff. *Imago*, 1924, 10, 434.

Böhme, Jakob.

KIELHOLZ (ARTHUR): Jakob Böhme. Ein pathographischer Beitrag zur Psychologie der Mystik. *Schriften z. angewand. Seelenkunde*, 1919, 17.

Bonaparte, Louis.

JONES (ERNEST): The Case of Louis Bonaparte, King of Holland. *Essays in Applied Psycho-Analysis*. Londres, 1923.

Brahms.

HITSCHMANN (EDUARD): Brahms und die Frauen. *Psychoanal. Bewegung.*, 1933, 5, 97.

Bronte, hermanas.

DOOLEY (LUCILE): Psychoanalysis of Charlotte Bronte as a type of the women of genius. *Americ. Journ. of Psychology*, 1920.

— Psychoanalysis of the Character and Genius of Emily Bronte. *The PsA. Review*, 1930, 17, 208.

Binggeli, J. Unternährer, A.

RORSCHACH (HERMANN): Zwei schweizeriche Sektenstifter. *Imago*, 1927, 13, 395. También como libro en Int. PsA. Verlag. Viena, 1927.

Sin embargo, en el sueño, lo mismo que en la neurosis, lo importante son los instintos reprimidos. Los conflictos actuales y los hechos diurnos solamente tienen importancia cuando están ligados asociativamente con los instintos reprimidos. Intentaremos demostrar este hecho en una acción sintomática de un neurótico con un conflicto actual referente a una revolución, como sucede en los sueños anteriormente citados.

En la revolución francesa del año 1848 contra el rey Luis Felipe, uno de los más activos combatientes en las barricadas era el poeta Baudelaire. Llevaba una corbata de un color rojo fuerte para que nadie pudiese dudar de sus ideas políticas, y se había apoderado de un fusil y de una cartuchera que enseñaba a todos los conocidos que casualmente encontraba. Su excitación era enorme. Continuamente repetía: *Tenemos que ir a fusilar al general Aupick.* El rey Luis Felipe y los burgueses no le interesaban; todo su odio iba dirigido únicamente contra el general Aupick [1].

Los determinantes (ocurrencias en el sueño) de esta acción sintomática fueron los siguientes:

Psíquicamente, Baudelaire era completamente opuesto a sus compatriotas revolucionarios. Tan disconforme estaba con las ideas de estos últimos que intenta defender al burgués, "contra el que se dirige la revolución, y reconciliarlo con el artista" [1].

Sin embargo, cuando la revolución estalla, se pone desde el primer momento del lado de los republicanos.

Tenemos que ir a fusilar al general Aupick: el general Aupick era el padrastro del poeta. Las relaciones del poeta con el general fueron siempre violentas. En sus escritos el poeta nos confiesa varias veces el odio que su padrastro le inspiraba. A los veinte

[1] Estos datos y los que siguen los hemos tomado del libro de FRANÇOIS PORCHÉ *La vie douloureuse de Charles Baudelaire,* ed. Plon, París. Para un estudio de la neurosis de Baudelaire, véase el libro del Dr. RENÉ LAFORGUE *L'echec de Baudelaire,* ed. Denoel et Steele, París.

[1] Sus ataques a los republicanos se ven, por ejemplo, en el siguiente escrito: "Hay hombres que odian a sus queridas, acusándolas de gastar demasiado dinero. Son usureros o republicanos que ignoran las nociones más elementales de la economía política..."

años, durante una recepción en la casa familiar, el general censuró una frase del poeta. Baudelaire se levantó y dirigiéndose a aquél le dijo: "Me ha ofendido usted gravemente, lo que merece una corrección. Voy a tener el honor de estrangularle ahora mismo." Fué con propósitos agresivos hacia el general, siendo abofeteado por éste. La escena terminó en un ataque de convulsiones histéricas en Baudelaire.

El general Aupick no justificaba el odio que el poeta le tenía. Era un hombre de pasiones normales, y con su hijo se comportaba en todas las ocasiones con la delicadeza debida. No había intervenido en política, no siendo, por lo tanto, necesario su fusilamiento para el triunfo de la revolución.

El odio de Baudelaire hacia Aupick procede de ser éste el segundo marido de su madre. En sus escritos Baudelaire nos describe su amor intenso hacia su madre, amor que duró toda su vida y que resistió a los contratiempos mayores. Considera como la época más feliz sus seis años de edad, por ser el período de viudez de su madre y vivir solo con ella. A los cuarenta años exclama, recordando aquella edad: "Fué para mí la época de la felicidad." En cambio, el casamiento de su madre le hace exclamar: "Cuando se tiene un hijo como yo, una madre no debe casarse." El carácter sensual del amor de Baudelaire hacia su madre se observa claramente en sus obras [1].

La revolución francesa de 1848 fué el hecho actual que reavivó el odio de Baudelaire hacia su rival. En la revolución vió el pre-

[1] "Al niño le gusta que su madre esté bien vestida, no por un sentimiento de vanidad, sino por un sentimiento estético, egoísta y desinteresado a la vez; es decir, un sentimiento personal del niño e indiferente a la opinión de los demás. El niño tiene placer en observar la manera de vestir de su madre, del mismo modo que el amante apasionado admira los vestidos de su querida..."

"Cuando hablamos del amor de un niño, abusamos un poco de la palabra "niño". En realidad, no hay nada menos "infantil" que este amor. Son los amores de los adultos los que a veces son pueriles o los que se mezclan con elementos extraños al amor mismo. En el niño que posee una personalidad propia, pero que carece de personalidad social, el amor-pasión existe de un modo que podríamos llamar puro."

cerca del cual vió una vez a la mujer de quien estaba enamorado acompañada de un amigo suyo. Finalmente, se le ocurren unas cuantas blasfemias imposibles de transcribir.

El sadismo intenso del enfermo se deja fácilmente sentir en este sueño. Además se puede observar la relación del sadismo con el fracaso genital: la mujer de quien está enamorado se encuentra con otro. Y, por último, el sadismo se convierte en masoquismo: el enfermo ya no tira piedras, sino que se encuentra acorralado por los creyentes que pretenden vengarse.

El último sueño con un resto diurno de la revolución española es el de una enferma masoquista [1]. La enferma era de nacionalidad alemana y su psicoanálisis lo llevamos a cabo en Berlín; pero a la enferma interesaban grandemente los sucesos de España y en sus ocurrencias se presentaban muy frecuentemente los sucesos políticos de este país. La traducción literal del sueño es la siguiente:

Hay jaleos políticos; yo dirijo una manifestación que pasa por delante de su casa en el momento en que usted sale; en esto se oye un tiro y usted cae herido; corro a socorrerlo, pero cuando llego a su lado usted ya está muerto.

No nos fué posible hacer una interpretación completa del sueño de la enferma, debido al grado de resistencia en que en aquel momento se encontraba el psicoanálisis. Sin embargo, se dejaba sentir en el sueño el sadismo de la enferma, por lo que la dijimos que era ella misma la que había disparado la bala que nos mataba. Contestó que no se es responsable de lo que se sueña. Es decir, que estaba conforme con nuestra interpretación.

El sueño de la enferma es un sueño de transferencia. Sus deseos agresivos, en vez de dirigirse contra los objetos que los habían originado, se dirigen contra nosotros, sin haber una causa racional que justificase esta conducta. Los sucesos de la revolución le prestaron el resto diurno en que apoyarse.

Si comparamos estos sueños entre sí, vemos que, a pesar de la identidad del resto diurno principal, el significado es completamente distinto en cada uno de los casos. En el sueño de la muchacha histérica los deseos latentes son de tipo genital; en el neurótico obsesivo son deseos sadistas dirigidos contra un objeto exterior, que luego se convierten en masoquistas; en la enferma masoquista los deseos eran sadistas, dirigidos contra nosotros.

[1] La historia de esta enferma se halla en el capítulo VI de esta obra.

Es interesante este hecho, sobre todo para la interpretación de los sueños. Si comparamos el sueño de la muchacha histérica con el sueño del neurótico obsesivo, observamos que el contenido manifiesto tiene en los dos casos un aspecto parecido. En los dos sueños hay una revolución de la que el soñante escapa, refugiándose en un edificio. Sin embargo, y a pesar de la analogía del contenido manifiesto, el estudio de las ocurrencias del enfermo nos señala cuán diferente valor psicológico tienen los dos sueños.

Solamente a título de curiosidad vamos a citar un sueño con el resto diurno de la revolución española de un enfermo esquizofrénico. El sueño es incoherente. La descripción escrita del sueño nos ha sido dada por el enfermo. La interpretación del sueño nos fué imposible.

Va a haber revolución. Está todo muy movido. Han concentrado las fuerzas de la Guardia civil como prevención. En el camino, el teniente ha entrado en conversación conmigo. Estoy preocupado, porque temo estar haciendo una traición. He puesto mi fuerza del lado de la Guardia civil. El está seguro que todo se normalizará. Yo no estoy tranquilo, si es a costa de haber sido traidor. ¿Pero no es usted amigo de P.? Pues eso. Entonces usted está con nosotros, o ¿quién se cree usted que somos nosotros? Desfilan delante de nosotros los guardias de Asalto, y pienso en la Guardia civil, que es la República con P. y los guardias de Asalto. Nada malo he hecho. La República es mi partido y la he ayudado...

El estudio del hecho diurno en la producción del sueño es interesante, porque nos ayuda a comprender el valor del conflicto actual en la producción de la neurosis. Así como el contenido latente del sueño se apoya en un resto diurno para manifestarse, en la neurosis los instintos reprimidos se exteriorizan cuando hay un conflicto actual que logra hacerlos salir a la superficie psíquica.

X es una amiga de la enferma que tuvo que realizar un viaje obligada por la familia para abandonar un pretendiente de quien estaba muy enamorada, pero que socialmente no le convenía.

Y es una pariente de la enferma, con quien la unen fuertes lazos de amistad. Sexualmente Y lleva una vida completamente opuesta a la de nuestra enferma. Las relaciones sexuales de Y son muy frecuentes y varían muy amenudo de objeto.

Z es otra pariente de la enferma que murió de una afección cardíaca. El observar la muerte de Z fué uno de los motivos que hicieron a la enferma elegir inconscientemente los trastornos cardíacos como síntoma de su histerismo.

La interpretación es la siguiente: en el sueño la enferma huye de sus deseos genitales. Estos deseos se manifiestan en sus recuerdos acerca de la persecución por parte del amigo de su padre, en el pretendiente de X, en la libertad sexual de Y y en los cuchillos con la punta dirigida contra la enferma. Estos deseos sexuales son de índole genital. La huída de dichos deseos se deja ver en la fuga por las escaleras, en el viaje de X huyendo de su pretendiente y en la apreciación sadista (cuchillo) del deseo genital.

La revolución simboliza la lucha de los instintos sexuales de la enferma con las fuerzas censoras que reprimen estos instintos. En el sueño la enferma huye de la "revolución" y se refugia en su casa.

En este sueño la enferma ha escogido el resto diurno de la revolución para expresar la lucha que sostenían sus deseos sexuales insatisfechos y las tendencias represoras. Los síntomas de conversión histérica eran en la enferma un procedimiento neurótico de solucionar esta lucha.

Veamos ahora el sueño del enfermo obsesivo:

Estoy en un paseo que parece el Paseo de Coches del Retiro, pero es más ancho y largo. A la derecha hay un pueblo y una iglesia encima de una colina. Hay una revolución y empiezan a venir tropas. Los soldados andan a paso gimnástico para llegar antes. Yo me meto en la iglesia.

Las ocurrencias son las siguientes:

La revolución le recuerda los sucesos que por entonces ocurrían en España, después de la implantación de la República.

Empiezan a venir tropas: si él hubiese sido soldado durante la revolución y le hubiesen mandado disparar contra la gente, no cumpliría esta orden y dispararía al aire.

La iglesia en que se refugia está en relación con una fantasía de retorno al claustro materno que se presenta muy frecuentemente en el enfermo. Este elemento del sueño se deja interpretar por las ocurrencias del enfermo en el curso del tratamiento. Además, el significado simbólico de la iglesia (la Madre Iglesia) ayuda a hacer esta interpretación.

En este enfermo la revolución no significa, como en la enferma anterior, una huída de sus deseos genitales. Es un enfermo neurótico obsesivo y, como en toda neurosis obsesiva, ha habido una regresión de la libido genital a la anal-sadista. Los deseos sado-masoquistas son los que preocupan al enfermo y los que intervienen en la producción del sueño. Este hecho se observa más claramente en otro sueño del mismo enfermo, también con un resto diurno referente a la revolución española.

Voy con unos cuantos amigos al Cerro de los Angeles a cometer un atentado contra el monumento. Tiramos piedras a las estatuas. Andamos por unos vericuetos. Voy a un sitio donde hay una cruz de madera, a la que también tiramos piedras. Nos marchamos porque llegan creyentes y tenemos miedo a que nos hagan algo. No puedo escaparme, porque hay gente que viene también del otro lado. Tengo miedo y me despierto sobresaltado.

Las ocurrencias son las siguientes:

Cerro de los Angeles: hace algún tiempo estuvo visitando dicho monumento, que no le gustó nada.

Tirar piedras: los periódicos traen noticias de que la gente que va a visitar el Cerro de los Angeles es apedreada en el Puente de la Princesa.

Cruz de madera: presenta el mismo aspecto, sólo que de tamaño mayor, que los crucifijos que las mujeres llevan actualmente colgados del pecho.

Tiene más ocurrencias referentes a otro monumento en G.,

X

PSICOANÁLISIS Y BIOGRAFÍA

Los restos diurnos, el sueño y la neurosis.

El estudio del contenido manifiesto del sueño nos demuestra la intervención en él de hechos ocurridos uno o dos días antes del sueño. A estos hechos los llamamos "restos diurnos".

En la mayoría de los sueños ocurre que el factor principal son los deseos latentes del sueño. Los deseos latentes del sueño aceptan o no determinados restos diurnos, según sirvan o no para expresar los deseos latentes. Estudiando los sueños se tiene la sensación de que los deseos latentes hacen una selección entre los restos diurnos y solamente aceptan aquellos en los que pueden apoyarse para manifestarse en el contenido manifiesto del sueño.

Los deseos latentes del sueño manejan los restos diurnos del mismo modo que un individuo maneja el caudal de palabras que posee. Este individuo, al hablar, de todas las palabras que sabe, elige solamente aquellas que le sirven para expresar su pensamiento. Algo parecido hace el sueño cuando de los restos diurnos elige solamente los que le son aptos para expresar el deseo latente.

El papel de los restos diurnos en el sueño se puede observar claramente eligiendo varios sueños de diferentes individuos, pero que presenten el mismo resto diurno. La revolución española que ocasionó la proclamación de la última República ha servido frecuentemente de resto diurno a los enfermos sometidos a tratamiento psicoanalítico durante dicha época. Veamos cuán diferentemente ha sido aprovechado este hecho diurno por los diferentes enfermos, debido a la forma peculiar de los deseos latentes.

Citaremos tres enfermos: un histérico, un perverso y un neurótico obsesivo. Expondremos además un sueño de un esquizofrénico, también con el mismo resto diurno.

El enfermo histérico es una mujer joven, soltera. Sus síntomas de conversión histérica se localizan principalmente en el corazón. Una noche, durante el tratamiento psicoanalítico, sueña:

Voy con mi hermana y bajo las escaleras del "Metro". Hay dos clases de escaleras. Pregunto a la taquillera el porqué de estas dos escaleras y me contesta que es debido a que hay revolución o fuego en la Plaza de Oriente. Digo a mi hermana que lo mejor es marcharnos a casa. En la casa la mesa está puesta, los cuchillos con la punta dirigida contra mí. Están allí X, Y y Z, la que murió enferma del corazón.

Las ocurrencias de la enferma son las siguientes:

Dos escaleras: Siendo niña un amigo de su padre la dijo que si le daba un beso la compraría una muñeca. Contestó que antes de darle el beso quería tener la muñeca. Otro día este mismo amigo la siguió para besarla. Asustada, la enferma subió corriendo por la escalera de servicio de su casa, atravesó el piso, siguió luego por la escalera principal, de modo que volvió a encontrarse en el portal.

La revolución ha empezado en la Plaza de Oriente: En la Plaza de Oriente se encuentra el Palacio Real, y es allí donde empiezan todas las revoluciones.

Fuego: Recuerda un fuego que vió unos años antes. Simboliza además la excitación erótica.

Marcharse a casa: Es huir del peligro que le acecha en la calle.

La punta de los cuchillos está dirigida contra ella: Se le ocurre pensar que si posee un cuchillo podrá matarse cuando su enfermedad la haga sufrir mucho. Los cuchillos con la punta dirigida contra la enferma tienen también una significación simbólica. Simbolizan bajo un aspecto sádico sus deseos de tener relaciones sexuales.

mundo exterior y ha aprendido una gran cantidad de actividades, de las cuales en el momento de su nacimiento no tenía la menor idea. El adulto frente al niño se coloca en una posición de omnipotencia y sabiduría suma; cree que el niño abandonado a sus propias fuerzas perecería y que únicamente porque le ayuda a marchar por el mundo el niño se salva. Las capacidades del niño son muy superiores a lo que nos figuramos y asimismo sus medios de defensa contra los traumas del mundo exterior.

El niño se ocupa de la sexualidad, en primer lugar, a consecuencia de sus propios instintos sexuales y además porque la vida sexual de los adultos tiene para él consecuencias de mucha importancia. Seguramente cuando el niño nos hace una pregunta sobre la sexualidad él ya ha pensado en resolverla y tiene formada una teoría más o menos falsa, pero que, como las teorías de los adultos, contiene elementos de verdad y de error. El que esta teoría sea falsa tiene poca importancia; en edades posteriores se convencerá de que lo que piensa no es verdad, y llegará a comprender los fenómenos tal como son. La labor del adulto se debe reducir a ayudarle en su investigación y a impedir el que cree represiones. Hay que enseñar al niño a ajustar su sexualidad a las exigencias de la realidad, pero esta enseñanza hay que hacerla de un modo consciente, no negando la sexualidad, como hasta ahora se ha hecho. Además hay que respetar la lógica del pensamiento del niño, evitando el contestar a sus preguntas con respuestas poco racionales.

BIBLIOGRAFIA

(Siendo muy numerosos los libros y artículos psicoanalíticos sobre Pedagogía, no creemos necesario el exponer una bibliografía completa. Nos limitamos, pues, a mencionar algunos de los libros editados por el Internationaler Psychoanalytiker Verlag de Viena, y que tienen como objeto la Pedagogía.)

AICHHORN, AUGUST: *Verwahrloste Jugend*, 2.ª ed., 1931.
BERNFELD, SIEGFRIED: *Die heutige Psychologie der Pubertät*, 1927.
— *Sisyphos oder die Grenzen der Erziehung*, 2.ª ed., 1928.

— *Vom Gemeinschaftsleben der Jugend*, 1922.
— *Vom dichterischen Schaffen der Jugend*, 1924.
FREUD, ANNA: *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*, 2.ª ed., 1929.
GRABER, G. H.: *Die Ambivalenz des Kindes*, 1924.
KLEIN, MELANIE: *Die Psychoanalyse des Kindes*, 1932. (Publicado en inglés y en alemán.)
SCHMIDT, VERA: *Psychoanalytische Erziehung in Sowjetrussland*, 1924.
WOLFFHEIM, NELLY: *Psychoanalyse und Kindergarten*, 1930.
Imago, número extraordinario sobre psicología pedagógica, 1923-29.
Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik, editado por AICHHORN, FREUD, MENG, SCHNEIDER, ZULLIGER. El primer tomo apareció en el año 1926, y desde entonces se edita regularmente un tomo por año.

o de un hermano hallándose el niño en la fase de Edipo puede impedir el vencer normalmente esta fase; etc.

Pero para el mejor estudio del problema de la aclaración de la sexualidad, sigamos intentando el vencer dificultades, aunque sólo sea de un modo teórico, suponiendo que la constitución del niño es normal y que no existen vivencias en las que no podamos intervenir. ¿Qué valor tiene la aclaración de la sexualidad practicada en estas condiciones? El valor de esta aclaración es mucho menor de lo que nos figuramos. Con la aclaración de la sexualidad adelantamos un paso, pero la sexualidad es algo que no se satisface con palabras ni explicaciones, sino que requiere un objeto. El confiar que un niño después de explicarle la sexualidad domine estas tendencias es como el esperar que el hambre o las tendencias sexuales de un adulto se satisfagan diciéndole que tiene hambre o deseos de cohabitar; a este adulto para hacerle feliz hay que ponerle en condiciones necesarias para que pueda comer o cohabitar. Y ésta es la dificultad en el niño. En el niño existen deseos que deben ser tolerados y otros cuya satisfacción no debe llevarse a cabo, sino que deben ser desviados de su meta inmediata. Por ejemplo, los deseos de la fase de Edipo son imposibles de satisfacer; el niño, por el contrario, tiene que renunciar a sus tendencias sexuales para con la madre, del mismo modo que tiene que dejar de considerar al padre como a un rival; el complejo de Edipo tiene que fracasar a causa de la incapacidad orgánica del niño para satisfacerlo. Pero esto no impide que el complejo exista y que sea el núcleo alrededor del cual se desarrollan la mayoría de las neurosis. Asimismo el niño tiene que aprender a desviar y a sublimar sus tendencias pregenitales; tiene, por ejemplo, que desarrollar el sentimiento de asco hacia los excrementos, etc. Las personas educadoras del niño deben favorecer esta desviación de los instintos de los objetos inmediatos para que puedan ser dedicados a fines superiores; es decir, su comportamiento para con el niño debe ser algo más que el aclararle la sexualidad.

Resumiendo: hemos visto primero que la técnica que generalmente se emplea para la aclaración sexual es una técnica con muchos inconvenientes; segundo, que el adulto es incapaz de explicar

la sexualidad del niño, porque no la conoce; tercero, que la explicación no puede librar al niño de factores constitucionales y accidentales, que son causa de neurosis, y cuarto, que la aclaración no basta para solucionar los conflictos sexuales infantiles, sino que las tendencias sexuales requieren un objeto en que satisfacerse. Es decir, que la aclaración de la sexualidad tiene un valor bastante pequeño. Después de habernos dado cuenta de este escaso valor, ¿cuál debe ser nuestra posición respecto a la sexualidad del niño? En los últimos tiempos, en la terapéutica médica alcanza cada vez más frutos la corriente de dejar obrar a la naturaleza en su lucha con la enfermedad y de intervenir solamente en algunos casos y con prudencia; así, las sangrías intensas, los medicamentos complicados y revulsivos de acción fuerte han dejado de existir y los métodos terapéuticos actuales son más suaves. Al aumentar sus conocimientos, el médico se ha dado cuenta que la Naturaleza sabe más que él, por lo que se ha colocado en una posición más expectativa. En nuestra labor educativa sexual debemos seguir la misma conducta; debemos dejar que el niño se enfrente con los problemas y que procure resolverlos él mismo; únicamente en el caso de que pida nuestra ayuda debemos contestarle diciéndole siempre la verdad, la verdad no desde una edad determinada, sino desde el nacimiento. Lo que el adulto no debe hacer es intentar reprimir las tendencias sexuales del niño, ya que el conocimiento de los problemas sexuales sólo pueden suponer un trauma psíquico a los niños en los que se han creado represiones. El asco a la sexualidad es una reacción adquirida, y es tanto más intensa cuanto más severamente se hayan comportado los progenitores en su relación con la vida sexual del niño.

Vemos después de todas estas consideraciones que nuestro papel en el desarrollo sexual infantil tiene menos importancia de lo que suponíamos. El niño resuelve por sí mismo, bien o mal, los problemas que se le presentan, y esta actividad no le supone una molestia, sino que tiene el mismo placer en ella que el que siente cuando mueve sus músculos saltando o corriendo. Una prueba de la capacidad intelectual del niño la tenemos en que a los dos años, por ejemplo, de haber nacido, sabe orientarse bastante bien en el

paso a paso y de un terreno a otro, la explicación debe seguir constantemente el mismo camino del interés y debe ir a la misma velocidad. Todas las preguntas del niño deben responderse con la verdad, y entre estas preguntas las referentes a los temas sexuales son de las más importantes. El niño que no pregunta sobre temas sexuales, o es un débil mental, o no ha alcanzado la fase genital del desarrollo, o está atemorizado y le han obligado a reprimir estas preguntas.

Desde el punto de vista médico-pedagógico es necesario completa veracidad y además tolerancia para con el niño. Dos ejemplos. Si se le prohibe la masturbación amenazándole con toda clase de castigos, el niño seguirá masturbándose secretamente; pero esta masturbación irá acompañada de sentimientos de culpabilidad y, por lo tanto, de remordimientos y de neurosis. Lo mismo desde el punto de vista intelectual: al niño a quien se le obliga a creer que los niños vienen de París, se le estropea en parte la lógica del pensamiento.

No nos detenemos más en este punto porque intentamos explicar el valor de la aclaración de la sexualidad hecha en las condiciones óptimas. Supongamos que los padres no tienen secretos para con sus hijos, que aun desde la más tierna infancia de éstos han contestado a sus preguntas lo mejor y lo más verazmente que podían. Veamos la importancia de este comportamiento.

En primer lugar, sabemos que la sexualidad del niño y la del adulto son distintas. En el niño existen tendencias y deseos que en el adulto han sido abandonados, reprimidos o sublimados. Los padres al explicar la sexualidad al niño sólo podrán hablarle de las tendencias que en ellos mismos existen actualmente, ya que para los padres las otras fuerzas sexuales infantiles no existen o su intensidad es pequeña. Pero para realizar una aclaración sexual bien hecha—y entendemos por aclaración algo más que una explicación intelectual—, necesitamos exponer al niño, no solamente cómo es la sexualidad del adulto, sino también cómo es la sexualidad infantil y cómo debe manejar sus tendencias sexuales infantiles. La neurosis puede ser una consecuencia no solamente de la represión de una sexualidad que presenta parecidos con la del

adulto, sino también de la represión de instintos que en el adulto no existen. El adulto no puede aclarar la sexualidad al niño, porque para él la sexualidad infantil es algo así como un lenguaje que una vez se poseyó, pero que desde entonces se ha olvidado y del cual se recuerdan solamente algunas palabras. Para explicar algo hay que comprenderlo, y nuestros conocimientos en lo que respecta a las ideas y sentimientos del niño están todavía en una fase muy rudimentaria. Sabemos algo de las fases oral, anal y genital de su desarrollo sexual, pero lo que no sabemos es incomparablemente mayor.

Sin embargo, avancemos un paso más en el terreno ideal. Supongamos que el adulto conoce perfectamente la organización sexual infantil y que contesta a todas las preguntas del niño con la claridad y la precisión necesaria. ¿Podemos decir de un niño educado en estas condiciones que no enfermará de una neurosis? Desgraciadamente, tampoco podemos responder afirmativamente. Los fenómenos biológicos son más complicados de lo que a primera vista parecen; el desarrollo normal es el resultado de muchos factores favorables, y la presencia de uno solo no basta. En primer lugar, no hay que perder nunca de vista que la neurosis es el resultado de una constitución determinada, sobre la cual obran una o varias vivencias. Esta constitución, contra la cual no podemos luchar, o sólo en un grado mínimo, interviene siempre como un factor en la neurosis. Con nuestros métodos educativos no podemos modificar una constitución desfavorable. En las vivencias que el niño realiza podemos intervenir ya más, pero nuestras fuerzas son también limitadas. Existen acontecimientos procedentes del mundo exterior que pueden acarrear irregularidades en el desarrollo de la libido infantil y consecutivamente una neurosis, de los cuales no podemos librar al niño. Citaremos como ejemplo varios de estos factores: unos pueden fijar al niño en una fase no genital del desarrollo, verbigracia, la existencia de gusanos intestinales que muchas veces van acompañados de prurito anal (masturbación anal); otros factores pueden acelerar el desarrollo de la fase genital, verbigracia, la presencia de un eczema en los genitales; otros factores obran de un modo psíquico, verbigracia, la muerte del padre

Es muy distinto el valor de una aclaración sexual según se realice en la infancia, pubertad o en una época posterior, y asimismo el individuo reacciona según su edad de un modo diferente. El valor educativo de la aclaración de la sexualidad realizada en la pubertad o en una época posterior es casi completamente nulo. Aún más, es frecuente que una explicación hecha en estas edades, en vez de tener una función beneficiosa para el individuo, obre en él como un trauma psíquico. En este sentido es típica la respuesta de una muchacha que había sido aclarada en la pubertad por su madre, y a quien una amiga la preguntó si sabía cómo nacían los niños: "Sí—contestó—, sí lo sé; pero confío en poderlo olvidar." El valor educativo casi nulo de la aclaración realizada en estas condiciones es debido al cambio brusco de conducta que supone por parte de las personas educadoras. En estos casos nos hallamos en presencia de niños o muchachos en los cuales la educación hasta una edad determinada estaba ligada a la represión sexual, ya que antes de la aclaración se había acostumbrado a estas personas a ignorar la existencia de la sexualidad y también a defenderse contra ella. Bruscamente se les presenta a esta sexualidad como un factor que interviene activamente en la vida; es decir, se procura que estos individuos la acepten en vez de rechazarla como hasta entonces. Ante esta conducta es natural que las resistencias del individuo se rebelen contra la aclaración, que no la quiere aceptar y que se defienda contra ella avivando sus represiones, del mismo modo que impide, por ejemplo, el rozamiento de una parte sensible de su cuerpo. También reaccionará con desconfianza hacia las personas de su alrededor y que en su comportamiento demuestran una línea de conducta tan distinta de la que habían seguido antes.

Y con esto creemos haber hecho un ataque fundamental a lo que generalmente se entiende por aclaración de la sexualidad. La mayoría de las personas considera que la aclaración consiste en explicar al niño, en cuanto éste llega a una edad determinada, todo lo que anteriormente se había mantenido secreto. Este comportamiento es más bien perjudicial que favorable para la salud psíquica del niño.

Lo que se conoce en la mayoría de los casos por aclaración de la sexualidad es el resultado de dos fuerzas distintas. Una, la primitiva, consideraba que el mejor método educativo era la represión de las fuerzas sexuales. Esta fuerza primitiva, en su tendencia represora, llegó hasta negar la existencia de la sexualidad en el niño. Todas las extreiorizaciones sexuales del niño eran consideradas como perversiones anormales, contra las que había que luchar activamente. El estudio psicológico de las enfermedades psíquicas demostró que las neurosis eran en parte una consecuencia de este comportamiento. El camino que originaba la neurosis era un camino falso y que, por lo tanto, había que abandonar; los médicos y pedagogos se pusieron de acuerdo de que a la sexualidad infantil había que dejar un lugar en este mundo y también en el alma del niño. Así se originó una segunda fuerza que procura dejar paso libre a la sexualidad infantil. Pero la primera fuerza seguía obrando, y de la mezcla de estas dos tendencias, una que procura negar la sexualidad infantil y otra que intenta colocarla en su justo lugar, ha nacido la imperfecta explicación de la sexualidad tal como la hemos descrito y que es la que generalmente se realiza. En esta aclaración se quiere reunir la represión con una educación razonable; es natural que de padres tan distintos el resultado sea algo patológico, como lo es en esta aclaración. Así, la aclaración de la sexualidad hecha a una muchacha el día antes de su boda tiene más de negación de sexualidad que de afirmación de la misma. Todo el que tenga un poco de práctica en el tratamiento de las neurosis femeninas sabrá cuán frecuentes son las aclaraciones en que la madre o algún pariente recomienda en estas circunstancias a la muchacha que tenga paciencia y que se someta a los deseos del marido. Claro es que la mujer paga en muchos casos con una frigidez e infelicidad en su matrimonio esta educación.

La aclaración tal como se suele practicar actualmente es algo que no debe hacerse. La aclaración de la sexualidad no debe llevarse a cabo a los cinco, diez o quince años, sino que al niño deben aclarársele los problemas sexuales desde el primer momento en que demuestre interés para con ellos. Como el interés del niño va

LANGE: Verbrechen als Schicksal. Leipzig, 1929.
LANDAUER: Der Strafvollzuggesetz. *Zeitschr. f. psychoanal. Pädagog.*, 1927, 2, 33.
PFISTER: Psychanalytische Aeusserung über einen jugendlichen Gewohnheitsdieb, Morphinisten und Totschläger. *Zeitschr. f. psychoanal. Pädagog.*, 1931, 5, 240.
REIK: Geständniszwang und Strafbedürfnis. Viena, 1925.
— Der unbekante Mörder. Viena, 1933.
RADA: Das reifende Proletariermädchen. Viena, Leipzig, 1931.
RIESE: Das Triebverbrechen. Berna, 1933.
STAUB: Psychanalyse und Strafrecht. *Imago*, 1931, 17, 194.
— Einige praktische Schwierigkeiten der Psychoanalytischen Kriminalistik. *Imago*, 1931, 17, 217.
STAUB y ALEXANDER. Véase ALEXANDER.
TUMLITZ: Jugendpsychologie der Gegenwart. Berlín, 1930.
WITTELS: Die Welt ohne Zuchthaus. Stuttgart, 1929.
ZULLIGER: Ein jugendliches Diebskleeblatt. *Zeitschr. f. psychoanal. Pädagog.*, 1932, 6, 21.

IX

PSICOANÁLISIS Y PEDAGOGÍA

Valor psicológico de la aclaración de la sexualidad.

El reconocer la existencia de la sexualidad infantil nos plantea los términos de un problema cuya solución consiste en hallar cómo se debe manejar esta sexualidad. Las opiniones acerca de esta solución son muy diversas, y en los últimos tiempos se intenta buscar por diferentes procedimientos el camino verdadero que ayude al niño a resolver bien sus conflictos sexuales, de modo que devenga una persona normal.

Una de las técnicas empleadas, sobre todo por pedagogos alemanes, para ayudar al niño a realizar normalmente su evolución sexual, es el aclararle la sexualidad. Es decir, el explicar al niño qué es la sexualidad y qué papel tiene o debe tener en la vida de un individuo.

No nos vamos a extender en describir las diferentes reglas que se han dictado acerca del modo cómo debe realizarse esta aclaración. Es un asunto que ha sido ya muy tratado y sobre el cual se han escrito muchos libros. Solamente nos ocuparemos del valor médico-pedagógico de esta técnica educativa de la aclaración de la sexualidad, intentando estudiar las ventajas e inconvenientes que presenta.

La aclaración de la sexualidad está condicionada por varios factores. Uno de ellos es la edad en que la aclaración se realiza.

asimismo intensamente la masturbación del enfermo, que sorprendió en alguna ocasión. En sus fantasías masturbatorias el enfermo se representaba el coito de los padres, que había observado varias veces, espiándolos, cuando éstos se retiraban a sus habitaciones. Asimismo el enfermo aprovechaba todas las ocasiones para ver vestir y desnudar a su madre.

El robo del dinero de su padre significaba el apoderarse de algo que, según el enfermo, le pertenecía y que la falta del cariño del padre le negaba. Pero al mismo tiempo el castigo del padre, que regularmente el robo traía consigo, satisfacía el sentimiento de culpabilidad del enfermo por la masturbación y por las tendencias libidinosas hacia su madre. Es decir, los robos tenían un doble significado de satisfacción y de castigo.

Los motivos que hicieron que el enfermo repitiese sus robos en nuestro tratamiento fueron los mismos que los que obraron en su infancia. Habíamos ya conseguido en el psicoanálisis disminuir las inhibiciones del enfermo y sus instintos sexuales se manifestaban con más libertad. Con sus robos satisfacía, por una parte, sus instintos antisociales, y por otra, provocaba nuestro castigo, debido al sentimiento de culpabilidad que sus instintos sexuales despertaban en él.

Para mejorar al enfermo tuvimos que señalarle los mecanismos psíquicos anteriormente citados, haciéndole comprender cómo con sus actos intentaba provocar nuestro castigo y el porqué de nuestro castigo. Pero al mismo tiempo le hicimos sentir las consecuencias de sus actos, obligándole a devolver el dinero y los libros de que se había apoderado, amenazándole en caso contrario con abandonar el tratamiento.

En el tratamiento del psicópata delincuente hay que llenar estas dos condiciones. La primera, y con mucho la más importante, es descubrir los motivos psicológicos que obligan al psicópata a obrar mal. Solamente cuando estos motivos se han descubierto y se han hecho conscientes es cuando se puede llenar la segunda condición de hacer sentir al psicópata, si se quiere, por medio del castigo, las exigencias de la realidad social que le rodea. Pero el psicópata debe

sentir en todo momento que el castigo no se le impone para hacerle expiar su acto delictivo, sino para ayudarle a reformarse. Además, el castigo debe ser de la menor intensidad posible.

BIBLIOGRAFIA

AICHHORN: Lohn oder Strafe als Erziehungsmittel. *Zeitschr. f. psichoanal. Pädagog.*, 1931, 5, 275.

— Verwahrloste Jugend. Viena, 1925.

ALEXANDER: Psychische Hygiene und Kliminalität. *Imago*, 1931, 17, 145.

— Ein besessener Autofahrer. *Imago*, 1931, 17, 174.

ALEXANDER und HEALY: Ein Opfer der Verbrechermoral und eine nicht eudeckte Diebin. *Imago*, 1935, 21.

ALEXANDER und STAUB: Der Verbrecher und seine Richter. Viena, 1929.

BERNFELD: Die Tantalussituation. *Imago*, 1931, 17, 252.

— Die heutige Psychologie der Pubertät. *Imago*, 1927, 13, 1.

BUMKE y otros: Handwörterbuch der psychischen Hygiene und Psychiatrischen Fürsorge. Berlín, 1931.

BAUDOUIN: Ein Fall von Kleptomanie. *Zeitschr. f. psychoanal. Pädagog.*, 1930, 4, 309.

FISCHER und HEIMANN: Deutsche Kinderfibel. Berlín, 1933.

FÖRSTER (A.): Ueber Sexualdelikte und sexuelle Triebrichtungen. Hamburgo, 1933.

FREUD: Das ökonomische Problem des Masochismus. *Gesammelte Werke*, tomo V. Viena, 1924.

— Verbrecher aus Schuldbewustsein. *Gesammelte Werke*, tomo X. Viena, 1924.

— Das Unbehagen in der Kultur. Viena, 1930.

FROMM: Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gasellschaft. *Imago*, 1931, 17, 226.

FUSTER: Contribución al estudio experimental de la psicología del delincuente. La prueba de la penalización de los delitos. *Archivos de Neurobiología*, 1932, 12, 340.

HANDWERKER: Wesen, Ursprung und biologische Bedeutung der körperlichen Züchtigung. Munich, 1932.

HAUN: Strafe für Psychopathen? *Imago*, 1931, 17, 268.

KALISCHER: Loben und Selbstmord eines Zwangsdiebes. *Zeitschr. f. psychoanal. Pädagog.*, 1928, 3, 363.

KLEIST, FRITZ: Beitrag zur psychoanalytischen Bewertung und Behandlung jugendlicher Rechtsbrecher. *Zeitschr. f. psychoanal. Pädagog.*, 1927, 2, 29.

son juzgadas y castigadas con represión, retención del sueldo, arresto y salida de la colonia y vuelta a la prisión de origen.

La colonia causa al visitante una impresión muy agradable. Los lugares de trabajo, la comida, la vivienda, etc., dan la sensación de estar dirigidos por personas inteligentes y emprendedoras; en las fábricas existe una gran actividad por parte de los delincuentes. Se observa, pues, un cuadro muy distinto del que se puede ver en cualquier correccional de los países occidentales. Pero ¿supone esta colonia un gran adelanto para el tratamiento de los psicópatas delincuentes?

Se nos ocurren dos objeciones. En primer lugar, los delincuentes de la colonia Bolchevo son delincuentes seleccionados por una Comisión especial. Como es natural, esta Comisión prescindirá de los delincuentes cuyas características psicológicas hagan que no se puedan asimilar a la vida colectiva de la colonia. Es decir, se eliminan de este modo gran parte de los delincuentes psicópatas, ya que éstos son incapaces de adaptación social. En segundo lugar, tampoco se ha logrado suprimir el castigo, ya que las transgresiones del régimen interior son castigadas con represión, retención de sueldo, arresto y vuelta a la prisión de origen.

El efecto beneficioso al que es debido el éxito de la colonia Bolchevo es el haber puesto a los individuos en condiciones de vida favorables. La delincuencia es consecuencia de dos factores: condiciones de vida y condiciones de carácter. Los individuos con condiciones de carácter patológicas son eliminados de la colonia Bolchevo. Quedan, pues, solamente delincuentes en los que condiciones de vida desgraciadas les hicieron conducirse antisocialmente. Si a esta última clase de delincuentes se les pone en condiciones de vida favorables, la consecuencia lógica es la no reincidencia en el delito.

En la gran mayoría de los psicópatas delincuentes no se consigue reformar al individuo favoreciendo sus condiciones de vida, sino que es necesario mejorar sus reacciones psíquicas, que son las que impiden el que se ajusten a la vida social. Esta mejora solamente se consigue por medio de una psicoterapia del delincuente.

¿Se puede prescindir totalmente del castigo del delincuente?

El estudio psicológico de la reacción del psicópata delincuente frente al castigo nos ha demostrado los efectos perjudiciales que éste suele tener. ¿Se deduce de esto que hay que renunciar al castigo en el tratamiento de dichos psicópatas? Estudiemos este problema.

El tratamiento del psicópata delincuente debe tener dos fases. En la primera, por medio de una psicoterapia, se debe llegar a conocer los motivos inconscientes que le impulsan a cometer el acto delictivo. Dichos motivos inconscientes deben aparecer en la superficie psíquica y hacerse conscientes al médico y al psicópata. En la segunda fase, el psicópata debe darse cuenta de la realidad social que le rodea, de cómo tiene que someterse a esta realidad social y saber que si se rebela sufrirá consecuencias desagradables.

Estas consecuencias desagradables son el castigo al acto antisocial. Pues bien, en el tratamiento del psicópata no debemos evitarle dichas consecuencias desagradables, siempre que al mismo tiempo le hagamos comprender los motivos inconscientes de sus actos antisociales. Pongamos un ejemplo de nuestra consulta.

En una fase del tratamiento un enfermo se conduce de un modo anormal. Se apodera de nuestros libros, derrocha sin entregarlo el dinero que su padre le envía para pagar el tratamiento, abre cartas que encuentra en nuestra habitación de trabajo durante nuestra ausencia, etc. Nos encontramos, pues, frente a una persona que se comporta de un modo antisocial. ¿Se le debe tolerar su comportamiento o se le debe castigar?

Nuestra conducta fué la siguiente: En el tratamiento estudiamos con el enfermo el significado psicológico de sus actos punibles. Averiguamos que en su infancia y pubertad el enfermo había realizado con su padre actos parecidos a los citados. Se apoderaba del dinero del padre, que luego derrochaba en cosas insignificantes. El padre del enfermo era una persona de un carácter muy rígido. Educó a su hijo con una severidad extremada, castigándole intensamente por cualquier desacato a su autoridad. El padre castigó

fermo y nosotros pudimos darnos cuenta de los efectos desastrosos del castigo por sus robos.

Estos datos no fueron conseguidos sin dificultades. El yo del enfermo se resistía a reconocer los instintos reprimidos. Cuanto más se acercaban dichos instintos al plano de la consciencia, más conflictos causaban al enfermo, lo que exteriorizaba en la transferencia afectiva. El enfermo se rebelaba contra nosotros, faltando con frecuencia a las sesiones de psicoanálisis y teniendo frecuentemente ocurrencias, en las que nos insultaba, llamándonos "Affe", "Hundkopf", etc. Al mismo tiempo tenía un gran temor de que le castigásemos por su mal comportamiento, por sus actividades sexuales y por sus robos. Nuestra conducta fué tratarle siempre muy benévolamente, explicándole cómo su agresión hacia nosotros y su miedo a nuestro castigo estaban originados por su masoquismo y por su sentimiento de culpabilidad. De este modo logramos que el comportamiento del enfermo se modificase.

En el curso del tratamiento los síntomas del enfermo fueron desapareciendo poco a poco. Sus robos cesaron del todo. No logramos conseguir que en sus relaciones sexuales se comportase de un modo completamente varonil, pero sí que su sumisión a la mujer disminuyese mucho. Consiguió encontrar una ocupación, venciendo grandes dificultades por la mala situación económica del país (1930-31, Alemania).

Al cabo de dos años de finalizar el tratamiento tuvimos ocasión de volver a explorar psíquicamente al enfermo. La mejoría persistía, habiendo desaparecido las obsesiones. En su vida sexual era potente, aunque sus sentimientos hacia la mujer seguían siendo ambivalentes. Los robos no se habían vuelto a presentar.

Tentativas de supresión del castigo en el tratamiento de delincuentes.

La experiencia de que el castigo es un método perjudicial para el tratamiento del psicópata y, en general, del delincuente de todas clases, ha hecho que la sociedad se preocupe de buscar nuevos procedimientos para conseguir resultados más favorables. Son muchos los proyectos y las tentativas realizados para, sin tener necesidad de recurrir al castigo, librarse de la peligrosidad del delincuente y reformarle.

Existe actualmente en la U. R. S. S., en la aldea Bolchevo, una colonia que se ha señalado muchas veces como modelo de tratamiento racional y sin castigo de delincuentes jóvenes. Tuvimos ocasión de visitar dicha colonia en un viaje que realizamos a Moscú en septiembre de 1931. Haremos primeramente su descripción antes de exponer nuestra opinión sobre ella.

Cuando la visitamos estaba constituída por más de mil delincuentes varones, de los dieciséis a los veinticuatro años, y unas 300 mujeres, de la misma edad. Entre los delincuentes había muchos reincidentes. Todos ellos procedían de diferentes prisiones del país, en las que se hallaban cumpliendo la condena que les había sido impuesta por sus delitos. La mayoría de los delincuentes eran ladrones.

La colonia poseía una fábrica de zapatos, de tejidos, de esquís y de raquetas, en la que trabajaban los delincuentes. La dirección y administración de la colonia estaba en manos de los mismos delincuentes, los que organizaban su régimen interior en completa libertad.

Existía una Comisión, también elegida por los delincuentes entre ellos mismos, que estaba encargada de visitar las diferentes prisiones de la Unión y llevar a la colonia nuevos habitantes, elegidos entre los castigados en dichas prisiones. Al cabo de medio año de trabajar en la colonia y de haber demostrado buenas aptitudes, estos nuevos habitantes tienen exactamente los mismos derechos que los antiguos.

Los delincuentes poseen una libertad casi completa. Terminado su trabajo pueden entrar y salir de la colonia sin el menor impedimento; únicamente para trasladarse a Moscú (25 kilómetros de distancia) necesitan un permiso especial. También necesitan permiso para contraer matrimonio; pero si éste es concedido, la colonia les proporciona vivienda independiente. Las faltas cometidas

bación originaba y buscar el castigo que el enfermo creía haber merecido por dicha masturbación.

El desplazamiento del sentimiento de culpabilidad se demuestra en la gran intensidad del conflicto psíquico que el robo mismo no justificaba. Ya describimos cómo a H. le costaba un gran trabajo el contarnos sus robos, cómo se consideraba una persona muy culpable por haberlos llevado a cabo y cómo creía que nosotros sentíamos un gran desprecio hacia él por dicho comportamiento. Es decir, el sentimiento de culpabilidad que los robos originaban era claramente excesivo. Cuando el sentimiento de culpabilidad por un acto es excesivo, indica con ello que hay otro acto por el que el enfermo se siente consciente o inconscientemente culpable, y que refuerza la culpabilidad del primer acto. En H. el sentimiento de culpabilidad por la masturbación era el que desplazado reforzaba el originado por los robos. Hay algunos delincuentes psicópatas en los que el desplazamiento es aún más intenso que lo que ocurre en H.; estos delincuentes masturban o realizan actos sexuales perversos sin el menor remordimiento, y, en cambio, se sienten grandemente culpables por sus delitos. La relación en H. entre la culpabilidad por la masturbación y por los robos se demostró también en el tratamiento. Solamente cuando logramos en el psicoanálisis disminuir el sentimiento de culpabilidad por la masturbación, fué posible el conseguir el que se sintiese menos culpable por sus robos.

A consecuencia de la inconsciencia de motivos, del masoquismo y del sentimiento de culpabilidad, el castigo no mejoró el comportamiento antisocial de H.; éste, por el contrario, siguió realizando sus robos, cada vez de cantidades mayores. El castigo ocasionó un empeoramiento del estado psíquico de H., haciendo de él un individuo inhibido, al mismo tiempo que aumentaba la intensidad de sus ideas obsesivas. Este empeoramiento psíquico trajo como consecuencia la imposibilidad de trabajar y la impotencia sexual de H.

La historia ulterior de H. fué la siguiente:

A partir de los veintidós años no tuvo una ocupación ordenada; sus tentativas de buscar trabajo fracasaban siempre por la falta de energía con que las llevaba a cabo. Se interesaba únicamente por aparatos de radiotelefonía; todo su dinero lo gastaba en comprar, montar y desmontar dichos aparatos, intentando mejorar la audición. Cuando conseguía arreglar un aparato tenía fantasías del tipo de la siguiente: se veía como un gran músico que dirigía una orquesta numerosa; entre el público se encontraba su madre y algunas mujeres; éstas le aplaudían intensamente y se daban cuenta de que él era un hombre muy inteligente y de gran temperamento artístico y no un "Wasserkopf".

Los conflictos inconscientes de H. siguieron también influyendo en sus relaciones sexuales. Desde su divorcio hasta la época en que comenzó el psicoanálisis H. tuvo relaciones íntimas con dos mujeres. La primera era una viuda de bastante más edad que él. Esta le trataba maternalmente, le daba dinero, le arreglaba la ropa, etc. El inconsciente del enfermo había elegido esta mujer porque representaba en cierto modo a la madre anhelada en la infancia; es decir, a la madre buena, que en vez de insultarle y golpearle le trata con cariño. Espontáneamente, en el psicoanálisis H. se dió cuenta de que esta mujer le gustaba por el parecido con su propia madre.

La segunda mujer con quien tuvo relaciones sexuales era asimismo de más edad que él; H. se dejaba también cuidar y recibía dinero de ella.

Con estas dos mujeres, sobre todo con la primera, H. siguió realizando sus robos. Pero ya no se apoderaba directamente del dinero, sino que seguía procedimientos indirectos. Así, uno de los procedimientos empleados era el quedarse con el dinero que le entregaban para realizar cualquier compra. Frente a estas acciones sustitutivas de los robos, H. reaccionaba con los mismos sentimientos de culpabilidad intensos que frente a los robos mismos.

Incapacitado para trabajar, con tendencia al robo, que le ocasionaba conflictos psíquicos, sufriendo de ideas obsesivas diversas y con una potencia sexual deficiente, H. se somete a un tratamiento psicoanalítico. El psicoanálisis de H. fué de larga duración. Solamente al cabo de un año y medio de sesiones diarias de una hora de psicoanálisis logramos conseguir una mejoría intensa. Muy brevemente describiremos el curso de dicho psicoanálisis.

En la primera fase del tratamiento aparecieron recuerdos infantiles y se comenzó el análisis de los robos y de las ideas obsesivas. Más tarde, y lentamente, fueron haciéndose cada vez más conscientes el masoquismo y el sentimiento de culpabilidad y su procedencia de las tendencias libidinosas de la fase infantil de Edipo. El enfermo se dió cuenta de cómo sus tendencias libidinosas no sufrieron una evolución normal a causa del carácter cruel de su madre y de la falta de energía del padre. Asimismo el en-

Recuerda cómo la madre, a los cinco o seis años, le reñía cuando se llevaba la mano al pene. Hay otros recuerdos sexuales infantiles; muchos de ellos se refieren a la hija del portero, niña de su misma edad, a la que procuraba ver los genitales y la región glútea. Al contar estos recuerdos en el psicoanálisis, H. se siente muy culpable, a pesar del tiempo transcurrido desde entonces.

Desde muy niño empezó H. a robar pequeñas cantidades a la madre. Así, recuerda cómo alrededor de los cinco años fué enviado a comprar tapioca para la comida y cómo al devolver el dinero dijo que le había costado cinco céntimos más de lo que realmente era. Con la edad fué aumentando el valor y la frecuencia de sus robos, pero sin llegar a ser cantidades grandes.

Con el dinero robado H. compra golosinas y juguetes. La madre se extraña de ver a su hijo con tantos juguetes y le pregunta acerca de su procedencia. H. contesta que eran de un amigo suyo, y pasa un gran temor creyendo que la madre va a preguntar para cerciorarse de la verdad de lo que dice.

Aunque en esta época de la vida los robos permanecen ocultos, el enfermo está temiendo continuamente que la madre los descubra y le castigue intensamente. Sin embargo, estudiando la conducta del enfermo en aquel tiempo, se tiene la sensación de que desea en cierto modo que los robos se descubran y que la madre le castigue.

A los catorce años la madre se da cuenta de que le falta dinero y de que el hijo es el autor de las sustracciones. Le castiga fuertemente y le envía a un correccional. El director del correccional es una persona orientada en las modernas corrientes pedagógicas y trata benévolamente a los jóvenes sometidos a su tutela. H. se conduce bien y no se siente desgraciado. Al cabo de seis meses vuelve a su casa llamado por la madre.

Ni los castigos ni el correccional han surtido efectos reformatorios; H. sigue robando dinero a su madre. Esta le trata muy mal, le insulta continuamente, le pega y le amenaza con abandonarle.

H. no se atreve a robar fuera de su casa hasta los diecisiete años, en que realiza el primer robo a personas que no son de su familia, apoderándose de una válvula de cámara que le había enseñado momentos antes el dueño de una tienda de bicicletas.

Desde los catorce años el estado psíquico de H. empeora lentamente. Pierde el primer puesto en la escuela, lo que le origina más castigos e insultos de la madre. Terminado el período escolar ingresa en una Escuela de Pedagogía, que tiene que abandonar al cabo de tres años (diecisiete años), por incapacidad para estudiar. Los condiscípulos le consideraban como el alumno más tonto, lo que desarrolló en H. sentimientos de inferioridad intensos. Tenía gran miedo y al mismo tiempo odio a los profesores, sobre todo a un "Herr Albrecht", que se caracterizaba por sus malos tratos y por su ironía.

La vida sexual de H. consistía en la masturbación, seguida de ideas hipocondríacas. En sus fantasías masturbatorias se representaba a una mujer a medio vestir, la que le maltrataba; tenía, pues, fantasías francamente masoquistas. Otras fantasías masoquistas del enfermo son: "va en un dirigible..., piensa que se va a caer..., se cae como una piedra". "Le van a ajusticiar, el verdugo es una mujer, el cumplimiento de la sentencia se retrasa; lleva el hacha colgada a la espalda; cuando pregunta el porqué le dicen que para atontarle y que no sufra."

A los quince años tuvo una obsesión irresistible de leer y releer libros sobre la masturbación. A los dieciséis años leyó libros de Frenología y creyó que era un débil mental a consecuencia de la masturbación; buscaba continuamente pruebas para demostrarse lo contrario. A los diecisiete años, y siguiendo los consejos de un médico (!), tuvo relaciones sexuales con prostitutas, con objeto de impedir la masturbación. En el primer contacto sexual fué impotente. A los dieciocho años comenzó la amistad con la que actualmente es su mujer. Tuvieron relaciones sexuales y la mujer quedó embarazada, por lo que, a disgusto, se casó con ella (veintiún años). En el matrimonio la impotencia de H. fué cada vez en aumento, lo que trajo consigo que su mujer se separase de él y entablase un proceso de divorcio.

Por lo que se refiere al trabajo, H. varía mucho de ocupaciones. De los dieciocho a los veinte años estuvo empleado en el despacho de un Banco, donde cumplía mal con sus obligaciones. Robó también algunas cantidades de dinero, lo que ocasionó la pérdida del empleo. Buscó entonces trabajo de vigilante en una fábrica de aserrar madera, padeciendo en esta época de obsesiones intensas, relacionadas con la masturbación. De los veintidós a los veinticuatro años estuvo empleado en una editorial de periódicos, perteneciente a su suegro, donde prosiguió con sus robos. Las cantidades robadas fueron mayores que en los robos anteriores, pero a causa de la deficiente organización del negocio no fué descubierta su falta. H., sin embargo, tenía gran temor de que su suegro se diese cuenta y lo denunciase.

Interrumpamos ahora la descripción de la historia de H. y estudiemos la motivación de sus robos. Los robos de H. tienen tres motivos principales, uno de ellos consciente y dos inconscientes. El motivo consciente de apoderarse del dinero era la satisfacción que su posesión le producía y la posibilidad de comprar con él objetos que le apeteciesen. Inconscientemente, el robo tiene el significado de conseguir el cariño de la madre, del que el enfermo estaba tan necesitado, ya que la madre le trataba muy cruelmente. Otro significado aún más inconsciente del robo era el ocasionar un desplazamiento del sentimiento de culpabilidad que la mastur-

¿Cómo obran en él los azotes del padre? Satisfaciendo su necesidad de castigo inconsciente. Pero esta satisfacción dura solamente una semana, ya que el castigo no le libra del pecado oculto. La liberación del pecado solamente puede ocurrir cuando F. confiese lo ocurrido con la navaja y vea la relación entre aquello y su comportamiento actual. Hasta entonces el castigo no tendrá efectos reformatorios.

Hemos elegido esta observación sobre un niño porque en éste es más fácil de demostrar las correlaciones psicológicas, ya que en éste los conflictos son actuales a causa de la poca edad. En cambio, en el delincuente, a conflictos actuales se unen conflictos infantiles, siendo estos últimos los más importantes. El cuadro psicológico se complica y la investigación de los factores que en el delincuente actúan exige más tiempo y paciencia por parte del psiquiatra. Pero, en líneas generales, intervienen los mismos elementos.

En la genial obra de DOSTOIEWSKI *Crimen y castigo* se puede observar bien el masoquismo y, sobre todo, el sentimiento de culpabilidad del protagonista. Son estos dos factores los que le impulsan a la comisión del delito y, finalmente, a caer en manos de la policía, buscando la sanción a su hecho antisocial.

El castigo en psicópatas delincuentes con sentimiento de culpabilidad y necesidad de castigo no puede tener efectos favorables, ya que satisface las tendencias citadas. Mientras las causas del sentimiento de culpabilidad no se hagan conscientes al delincuente, éste seguirá comportándose del mismo modo que anteriormente. Es decir, que el valor del castigo como medio de reforma es en estos casos también nulo.

HISTORIA CLÍNICA.

Vamos a intentar ahora el demostrar prácticamente, en un enfermo por nosotros tratado, los mecanismos psíquicos descritos y el valor del castigo como método de tratamiento. Hemos elegido a un enfermo uno de cuyos síntomas más frecuentes eran sus robos.

El enfermo H. tenía veintiséis años cuando comenzamos su psicoanálisis. Era un individuo de estatura media, bien musculado y que no presentaba ningún síntoma de una alteración orgánica. Hacía varios años que no trabajaba. Anteriormente había tenido oficios diversos: empleado en un Banco, vigilante en una fábrica, etc. Era de nacionalidad alemana. El psicoanálisis lo llevamos a cabo en Berlín.

Procedía de una familia modesta. El padre, conductor de tranvías, era una persona físicamente normal, de temperamento tranquilo y carácter débil, hallándose sometido por completo al dominio de su mujer. La madre, de genio violento, era agresiva y cruel con sus hijos, a los que golpeaba con mucha frecuencia. Esta madre se quejaba continuamente de molestias en diferentes partes del cuerpo, sin que los médicos hayan encontrado nunca una base orgánica a estas dolencias. H. tenía dos hermanas: una, la mayor, de cinco años, aparentemente normal, y otra gemela, muerta a los nueve meses. En familia no ha habido enfermedades psíquicas.

H. nació muy débil; el médico y sus padres creyeron que se moriría muy pronto. En la infancia se desarrolló con escasas fuerzas. No recuerda enfermedades de la infancia, pero sabe que de niño tuvo con frecuencia que guardar cama. Enuresis nocturna hasta los catorce años. Pérdida involuntaria de heces hasta los siete años.

Los primeros recuerdos de H. se refieren a las épocas en que por estar enfermo tenía que guardar cama. En estas épocas su madre se preocupaba mucho de él y le trataba con cariño. Por el contrario, cuando estaba sano era frecuentemente golpeado e insultado por la madre. Esta le llamaba "Wasserkopf" (cabezota), "Platfüsse" (pies planos) y le pegaba fuertemente por cualquier travesura. Así, por ejemplo, en uno de sus recuerdos infantiles se ve al lado de la madre, mientras ésta está cosiendo; la madre le señala una letra del alfabeto y le pregunta cómo se llama; H. contesta equivocadamente; entonces la madre le pega con un palo. Sin embargo, la madre le defiende siempre que tiene alguna discusión o riña con un compañero de la escuela.

El padre, debido a su poca energía, no intentaba evitar el tratamiento cruel de la madre. El enfermo recuerda cómo una vez que la madre le golpeaba con un hierro de la cocina, el padre solamente se atrevió a llamar la atención de la madre, diciéndola que haciendo esto podía romper un hueso al hijo. Este comportamiento del padre desarrolló en el hijo una intensa ambivalencia afectiva hacia él. Por un lado, el hijo tenía que refugiarse en el cariño del padre para huir de la crueldad materna; por otro lado, no podía sentir cariño hacia él, porque el padre no le defendía con la energía suficiente.

En la escuela era el primero en su clase. Estudiaba mucho para que su madre no le pegase por no saberse las lecciones. La posibilidad de que algún condiscípulo estudiase más que él y le adelantase le inspiraba mucho miedo. Cuando le alababan por su aplicación se sentía feliz.

El psicópata tiene además otros motivos para su comportamiento masoquista. Debido a la desarmonía de su constitución psíquica, necesita el sentirse castigado o el haber experimentado un dolor para satisfacer sus instintos antisociales. Solamente entonces se considera autorizado para cometer el delito. J. J. ROUSSEAU, que en su juventud cometió bastantes robos y que, por lo tanto, nos puede servir como ejemplo de reacción del psicópata delincuente, se expresa respecto al castigo del siguiente modo: "... me parecía una especie de compensación de mis robos y que me autorizaba para continuarlos". Lo mismo sucede en el psicópata delincuente; el castigo que sufre le parece una autorización para seguir satisfaciendo sus instintos asociales. ALEXANDER ha estudiado este hecho y lo ha denominado el *soborno del super-yo.*

El sentimiento de culpabilidad y la necesidad de castigo son tal vez los puntos más interesantes en la reacción del psicópata frente al castigo, por lo que los estudiaremos con algún detenimiento.

FREUD, en "Verbrecher aus Schuldbewusstsein" (1915), describe cómo durante el tratamiento psicoanalítico muchas personas cuentan el haber realizado en su infancia acciones punibles, cuyo objetivo era el provocar un castigo. Los enfermos realizaban dichas acciones para, por medio del castigo, librarse del sentimiento de culpabilidad, generalmente relacionado con el complejo de Edipo. FREUD exteriorizó la sospecha que tal vez en las acciones delictivas pudiese también intervenir el sentimiento de culpabilidad como un factor etiológico. NIETZSCHE había ya expresado una opinión parecida en "Also sprach Zarathustra", cuando habla de los que él llama "criminales pálidos". TH. REIK, en "Geständniszwang und Strafbedürfnis" (1925), siguiendo los pensamientos de FREUD, demostró que en los delincuentes "... ya antes del delito existe un intenso sentimiento de culpabilidad. Este sentimiento de culpabilidad, por lo tanto, no es una consecuencia del delito, sino más bien su causa; el aumento del sentimiento de culpabilidad convierte a un hombre en delincuente. El delito es sentido por el delincuente como una liberación psíquica, porque trae consigo que el sentimiento de culpabilidad inconsciente se apoye en algo real y reciente. El delito se apodera del sentimiento de culpabilidad demasiado intenso. Expresado de otro modo: El delito se comete para satisfacer los instintos antisociales y para justificar y liberar el sentimiento inconsciente de culpabilidad". ALEXANDER y STAUB, en "Der Verbrecher und seine Richter" (1929), confirmaron y completaron las afirmaciones anteriores.

Podemos apoyarnos en la siguiente observación de AICHHORN para aclarar el sentimiento de culpabilidad. Un niño de siete años, F., que hasta entonces se había conducido normalmente, empieza a comportarse mal, resistiéndose a obedecer a sus padres. La madre pide consejo al maestro, el que la dice que procure no castigar al niño, sino que intente corregirle empleando la benevolencia. Como este procedimiento no da resultado, el padre da un día unos azotes a su hijo. A estos azotes sigue una semana de tranquilidad, al cabo de la cual vuelve a presentarse otra vez el mal comportamiento. Nuevos azotes, otra semana de reposo y otro retorno a ser díscolo. Entonces la madre lleva a su hijo a la consulta del psiquiatra.

En la exploración resulta lo siguiente: El compañero de mesa de la escuela poseía una navaja que había enseñado a F. Este metió la navaja en el bolsillo para ver qué efecto causaba. Poco después sale de la clase a realizar una necesidad fisiológica. Cuando está fuera, su compañero, sin saber que F. tiene la navaja, se da cuenta de que ésta le falta, cree que se la han robado y lo dice al maestro. El maestro pregunta a los demás alumnos que quién la tiene. En este momento F. vuelve a entrar en clase, se da cuenta de lo que ocurre, pero no dice que él tiene la navaja para que no crean que la ha robado. Poco después F. se siente indispuesto, sale de la clase y tira la navaja a un retrete.

Cuando F. se conduce mal en su casa, sus acciones tienen el valor de confesiones. Provocando el castigo, quiere demostrar que él no es un niño bueno, como hasta ahora creían sus padres, sino que realiza actos que merecen un castigo. Pero él mismo ignora la relación entre lo ocurrido con la navaja y su mal comportamiento. Ambos hechos están relacionados, no por procesos conscientes, sino por procesos inconscientes.

La experiencia psicológica del delincuente nos señala la gran frecuencia con que en él existen *tendencias masoquistas*. El masoquismo del psicópata juvenil se puede observar, ya en su comportamiento, viendo la frecuencia con que busca las ocasiones que pueden acarrearle perjuicio, o, mejor, en la exploración psicológica.

Un delincuente juvenil observado por KALISCHER [1] tenía la necesidad de ir todas las tardes a los alrededores de la prisión en que había estado encarcelado y en la que había sufrido mucho. Decía que la cárcel era el único sitio donde podía vivir. Sus fantasías las describe del siguiente modo: "Todo se ha destruído, yo caigo y me rompo todos los huesos..." "Todo se ha destruído...; no quisiera moverme, porque todo el cuerpo me hace daño". Estos comportamientos y fantasías masoquistas son muy parecidos a los que se observa en otros psicópatas delincuentes.

En un trabajo muy interesante sobre la prueba de la penalización de los delitos, el Dr. FÚSTER llega a la siguiente conclusión [2]: "Los delincuentes muestran asimismo *una especial crueldad en las penas* [3], como viene señalada en el empleo de castigos físicos o corporales y en el ensañamiento, en algunos casos castigados con la pena capital". Probablemente el masoquismo del delincuente es el que origina dicha manera de reaccionar frente a la prueba de la penalización.

Un psicópata, cediendo a su masoquismo, provoca el castigo. Después de haber satisfecho por el castigo el masoquismo, pasa un tiempo, mayor o menor, en que el psicópata se conduce normalmente, ya que el instinto que le impulsaba a conducirse mal ha sido acallado. Pero, como todos los instintos, el masoquismo, al cabo de algún tiempo, vuelve a renacer y trae consigo un retorno al comportamiento anterior.

---

[1] KALISCHER: Leben und Selbstmord eines Zwangsdiebes. *Zeitschr. f. psychoanal. Pädagog.*, 1928, tomo III.

[2] FUSTER: Contribución al estudio experimental de la psicología del delincuente. La prueba de la penalización de los delitos. *Archivos de Neurobiología*, 1932, tomo XII, pág. 517.

[3] Subrayado por nosotros.

¿Cómo obra el castigo sobre el masoquismo del psicópata delincuente? En líneas generales, toda satisfacción de un instinto tiende a favorecer la intensidad de dicho instinto. El castigo representa una satisfacción masoquista; por lo tanto, cuando se castigue al psicópata, su masoquismo se intensificará. Si intensificamos el masoquismo por el castigo perjudicaremos al psicópata en vez de ayudarle. Nuestra labor, por el contrario, debe tender a curar su masoquismo.

Del efecto del castigo sobre el masoquismo de un individuo nos ha dado J. J. ROUSSEAU una descripción, que se ha hecho clásica. ROUSSEAU describe cómo reaccionaba a los castigos físicos de Mlle. DE LAMBERCIER, hija de su preceptor [1]: "Después de la ejecución, el castigo me parecía menos terrible de lo que yo creía cuando me amenazaba con él; hay algo aún más extraño, y es que este castigo me hacía tener cariño a la persona que me lo había impuesto. Era necesaria toda la intensidad de mi afección a Mlle. LAMBERCIER para que no intentase volver a provocar, mereciéndolo, el tratamiento anterior... *En el dolor, en la vergüenza, encontré una mezcla de sexualidad que despertaba en mí el deseo de volver a ser castigado por la misma mano* [2]."

ROUSSEAU describe cómo su masoquismo, intensificado por el castigo físico, influye en toda su vida. Así, cuenta cómo modifica su actividad sexual [3]: "Estar a los pies de una querida dominante, obedeces a sus órdenes, tener que pedirla perdón, eran para mí placeres muy vivos". ROUSSEAU mismo se da cuenta de la relación entre su comportamiento en la vida adulta y sus vivencias masoquistas infantiles cuando exclama [4]: "¿Quién podría pensar que aquel castigo, recibido de manos de una mujer, haya podido decidir mis predilecciones, mis deseos, mis pasiones, para todo el resto de mi vida, y precisamente en un sentido contrario a como hubiese debido ser?".

---

[1] J. J. ROUSSEAU: *Les confessions*. Ed. Flamarion. París, pág. 15.

[2] Subrayado por nosotros.

[3] *Op. cit.*, pág. 18.

[4] *Op. cit.*, pág. 16.

neral. De haberse referido al psicópata delincuente, los datos de la estadística hubiesen sido aún más negativos.

El delito del psicópata es una "acción sintomática" en gran parte independiente de la voluntad del delincuente. Son los instintos antisociales del psicópata—originados por una constitución y una educación psíquica defectuosa—los que se abren camino violentamente en una forma dañina a la sociedad. Si castigamos a los psicópatas delincuentes conseguiremos agudizar aún más sus conflictos psíquicos. El castigo origina en el delincuente un círculo vicioso: favorece la reincidencia en el delito, lo que a su vez acarrea nuevos castigos. Estudiemos ahora las mecanismos psicológicos a que esto es debido.

Dinamismo del delito y el castigo.

Son tres los mecanismos psíquicos hasta ahora estudiados que intervienen en la realización del delito, los que traen como consecuencia que el castigo tenga un efecto perjudicial sobre el psicópata. *Estos tres mecanismos son: la inconsciencia de los motivos del delito, el masoquismo y el sentimiento de culpabilidad del delincuente.*

El psicópata no conoce los verdaderos motivos que le impulsaron a cometer el delito. Ocurre a menudo en el interrogatorio del psicópata que éste conteste: "No sé", cuando se le pregunta los motivos de su delito. Desgraciadamente ocurre también que las personas que interrogan consideren esta respuesta como una negativa a alegar los motivos que le hicieron cometer el acto. Sin embargo, ello no es así. Cuando el psicópata niega conocer los motivos de su acción no nos engaña, sino que, realmente, muchas veces no los conoce. Por otra parte, los motivos del delito que otras veces los psicópatas alegan en el interrogatorio suelen ser generalmente racionalizaciones del acto, pero no los motivos verdaderos.

Es frecuente en el tratamiento psíquico de los psicópatas el oírlos decir, cuando se les pregunta acerca de los motivos de su acción, frases como la siguiente: "Yo he robado, pero no sé por

qué; quisiera no robar, pero, sin embargo, lo hago." Zulliger [1] describe del siguiente modo las causas que un ladrón juvenil alegaba para explicar sus robos: "Nos decía que era "una especie de fiebre" la que le impulsaba (a robar). Sentía una tensión interna que le hacía discurrir maldades. Lo que más le gustaba era que existiese un peligro que él pudiese vencer, pensando y obrando según las circunstancias. Le alegraba mucho causar daño a "personas bien", sobre todo si eran de cierta edad, porque así se daba cuenta que él era más listo que ellas." En esta respuesta, o en otras parecidas, se puede observar cómo el delincuente sólo muy vagamente puede describir los motivos de su acción.

El estudio de las características del delito del psicópata demuestra que en él dominan los motivos afectivos sobre los utilitarios. Solamente después de una exploración psicológica profunda del psicópata podemos conocer la causa o causas de la afectividad patológica que le obligó a cometer el delito.

Ahora bien; si los motivos de un delito son inconscientes, el aplicar un castigo al delincuente es un absurdo, ya que un castigo solamente puede reformar a un individuo cuando éste sabe por qué se le castiga. Es imposible que un individuo se reforme no sabiendo de qué tiene que reformarse.

La experiencia de que hay psicópatas delincuentes que después de una reclusión ya no vuelven a cometer un delito, no va en contra de las afirmaciones anteriores. El castigo puede producir una inhibición que impide que el psicópata cometa la "acción sintomática" delictiva; pero psíquicamente el individuo será aún más patológico. Como médicos, cuando hablamos de reforma del psicópata es siempre en el sentido de la curación y no del empeoramiento psíquico; si el psicópata no vuelve a cometer el crimen por haberse inhibido aún más, consideraremos que ha empeorado. Esta mejora o empeoramiento psíquico debe tener "para nuestro estudio" más importancia que la existencia o no del delito.

---

[1] Zulliger: Ein jugendliches Diebskleeblatt. *Ztschr. f. psychoanal. Pädagog.*, 1932, tomo VI, pág. 27.

del delincuente, la reforma del delincuente, la atemorización de la sociedad y la defensa de la sociedad contra el individuo que le causa un perjuicio.

La atemorización de la sociedad y la defensa de la sociedad contra el individuo que le causa un perjuicio son finalidades del castigo, cuyo estudio no pertenece al médico. Prescindiremos, por lo tanto, de su examen. Solamente diremos que no parece ser muy justo el castigar a un individuo para atemorizar a los demás. Por otra parte, aun suponiendo que el castigo, tal como actualmente se lleva a cabo, sirva para que la sociedad se defienda contra el individuo que le es perjudicial, cabría preguntarse si no hay otros procedimientos mejores para conseguir la misma finalidad. La respuesta sería afirmando enérgicamente la existencia de tales procedimientos.

Veamos ahora el castigo con la finalidad de la expiación y de la reforma del delincuente. Estas dos finalidades las tenemos que estudiar desde el punto de vista de la psicología del delincuente, ya que la acción del castigo será distinta según que este delincuente la sienta como expiación o como método que emplea la sociedad para reformarle. En efecto, el castigo es ante todo un problema psicológico. No es solamente el dolor el factor que obra en el castigo, sino también la constelación de factores psicológicos que rodea a este dolor. Así, el hambre se siente más cuando no se ha comido o se ha comido deficientemente por imposición de una pena que cuando el no comer es debido a otras circunstancias; a un niño le duele más una bofetada de su maestro que la de un compañero de la escuela, etc.

¿Qué efectos tiene el castigo cuando el psicópata lo considera como una *expiación* que la sociedad le impone? La reacción del psicópata—y la del individuo normal—frente a un castigo expiatorio es desarrollar odio contra la persona o sociedad que castigándole le impide la satisfacción de sus deseos. Además, en el caso de existir en el psicópata tendencias a reformarse, el odio originado por el castigo le hace luchar contra estas tendencias reformatorias.

Por lo que se refiere a la *reforma* como finalidad del castigo, la experiencia nos demuestra su valor. Podemos repetir textualmente la frase de v. LISTZ: "Nuestros castigos ni mejoran ni atemorizan; no evitan el delito, sino que, por el contrario, constituyen un excitante al delito." Las mismas personas que están en contacto más inmediato con el delincuente se dan cuenta de esta acción perjudicial. Citaremos como muestra el siguiente ejemplo [1]: En Prusia, del 1 de octubre de 1894 al 31 de marzo de 1897, hubo 15.539 hombres y 2.510 mujeres que habían sufrido tres penas de reclusión, de las cuales una, por lo menos, era de más de seis meses. Una Conferencia de empleados de Prisiones emitió su juicio acerca del futuro probable de estas personas, y creyó que de

	Reincidirían	No reincidirían	Casos dudosos
Hombres	14.726	373	440
Mujeres	2.319	68	123
TOTAL	17.045	441	563

Una Conferencia parecida, estudiando los mismos delincuentes referentes a los años 1900 a 1902, auguró que de 8.686 hombres y 1.188 mujeres

	Reincidirían	No reincidirían	Casos dudosos
Hombres	8.369	92	225
Mujeres	1.132	26	30
TOTAL	9.501	118	255

Es decir, las mismas opiniones de personas con conocimientos especiales acerca del valor reformatorio del castigo no pueden ser más desconsoladoras.

Los datos citados por FROMM se refieren al delincuente en ge-

[1] Citado por E. FROMM en *Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gesellschaft.* Imago, 1931-17, pág. 243.

lén, Africa del Sur y dos en los países escandinavos. Estas asociaciones locales forman parte de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Cada dos años se celebra un congreso internacional, en el que se reunen miembros de las diferentes asociaciones.

Resumiendo en pocas palabras los problemas examinados, podemos decir que el psicoanálisis exige un período largo de un estudio de especialización. Pero la importancia del psicoanálisis como método de investigación y como terapéutica justifican plenamente este largo período.

SEGUNDA PARTE

VIII

PSICOANÁLISIS Y CRIMINOLOGÍA

Crimen y castigo.

> "El que juzga no entiende. Para ser juez es preciso hacer previamente la heroica renuncia a entender el caso que se presenta a juicio en la inagotable realidad de su contenido humano. La justicia mecaniza, falsifica el juicio para hacer posible la sentencia. No es, pues, extraño que del inmenso volumen de la Historia universal se puedan espumar tan pocos nombres de jueces inteligentes."
>
> ORTEGA Y GASSET.

Las tendencias antisociales del psicópata delincuente le hacen entrar en conflicto con la sociedad. Esta pretende convertirle en un individuo social. Uno de los medios que la sociedad emplea para conseguir dicho fin es el castigo. Preguntémonos ahora: ¿Es el castigo un medio adecuado para conseguir la reforma del psicópata delincuente?

Pero antes examinemos el castigo como problema psicológico. La sociedad no emplea el castigo únicamente para conseguir la mejora del delincuente, sino que el castigo, al lado de esta finalidad, tiene otras más. Veamos estas otras finalidades, ya que todas ellas tendrán su acción sobre el psicópata.

El castigo tiene cuatro finalidades principales: La expiación

tra, pero por término medio una vez a la semana, debe hablar de sus enfermos con un psicoanalista competente. Este psicoanalista no debe ser el mismo que el que le ha psicoanalizado. Por lo mismo que el estudiante de clínica médica encuentra preferible el trabajar con distintos profesores para comparar sus diferentes métodos, el joven psicoanalista debe conocer también las diferentes técnicas de psicoanálisis. De este modo se evita la posibilidad de una formación un poco unilateral.

En estos psicoanálisis controlados el estudiante expone las impresiones que tiene del enfermo, lo que ha pensado acerca del origen de la enfermedad y discute las indicaciones terapéuticas especiales para este caso.

Los enfermos que un individuo puede tratar por el psicoanálisis en un cierto espacio de tiempo son pocos. El que cada sesión dure una hora y el que el tratamiento se extienda durante meses, trae como consecuencia que sólo muy lentamente se pueda tener una experiencia en las diferentes formas de reaccionar del espíritu humano. Para acortar en lo posible este período de formación de la experiencia existen los llamados *coloquios técnicos*. En éstos toman parte un grupo de unos diez psicoanalistas jóvenes dirigidos por otro ya formado. Uno de los primeros expone un enfermo suyo que ya lleva cierto tiempo de tratamiento para poder formarse una idea de cuál es la estructura de la enfermedad y cuáles son los conflictos que le han impulsado a reaccionar en este sentido. Expone los datos que sabe hasta ahora, el curso que el tratamiento ha tenido, describe la enfermedad en su estado actual y, además, históricamente, cuenta qué dificultades tiene en el psicoanálisis y qué faltas ha hecho o qué cosas ha dejado de hacer que cree que estaban indicadas. Se discute, y la persona que dirige la discusión procura que ésta se haga de un modo sistemático, empezando por la estructura general del caso y terminando por la técnica.

Como en cualquier rama de la Medicina, y en general de la ciencia, no se llega a un momento en que se puede decir que se tiene ya acabado el período de la adquisición de conocimientos. El que estudia para psicoanalista sigue un camino en el que poco

a poco se va haciendo cada vez más independiente y llega a tratar bien a sus enfermos sin la ayuda ajena. Pero cada enfermo le enseña algo diferente, le presenta nuevos problemas o en él ve relaciones con una claridad que hasta entonces no había tenido. A veces le parece conocer algo nuevo que las demás personas no saben; algo que no tiene gran importancia, pero es digno de ser mencionado; otras veces tiene dudas de si realmente es así. El presentar estas observaciones en la Asociación de Psicoanalistas le parece difícil; no está seguro si es digno de ser llevado allí; lo encuentra algo incompleto o ve que necesita ayuda para aclarárselo del todo. El vencer esas dificultades y el ayudarle a dar los primeros pasos en la investigación es el objeto de los llamados de un modo irónico *coloquios infantiles*, en los que, como en los coloquios técnicos, toman parte varios psicoanalistas jóvenes dirigidos por otro ya formado.

La necesidad de estos coloquios depende también de que muchos resultados de la investigación psiconalítica no se publican. FREUD nos ha dado ciertos consejos acerca de la técnica; pero, como él mismo nos dice, no son más que unas líneas muy generales. Compara esto con la enseñanza del ajedrez, en el que sólo se puede aprender el principio del juego, sirviendo la observación de buenos jugadores y la propia experiencia para poder jugar cada vez mejor.

Para ser psicoanalista se necesita un período largo de formación especial. El estudiante necesita, por lo menos, tres años para familiarizarse con la técnica, para tratar bien a sus enfermos y para poder dedicarse a la investigación científica.

Una vez que el estudiante ha pasado por este período de formación, y después de haber pronunciado y discutido en una asociación de psicoanalistas una o dos conferencias sobre un tema de investigación, entonces es admitido como miembro de dicha Asociación.

Las primeras asociaciones de psicoanalistas se fundaron en Viena, Berlín, Budapest, Londres, Holanda y Suiza. Posteriormente se crearon, además, otras nuevas en París, Calcuta, dos en el Japón, varias en los Estados Unidos, y últimamente en Jerusa-

Pasado el período del psicoanálisis didáctico, se vuelve al estudio teórico en los libros. Los escritos de FREUD son los más importantes. Pero FREUD ha escrito mucho, y en su estilo nos dice cosas importantes en pocas palabras. Y la persona que empieza tiene interés en poseer cuanto antes una visión general del campo en que va a desarrollar sus actividades. Para satisfacer a este deseo, HANS SACH nos ha dado el siguiente orden para empezar a leer las obras de FREUD:

El sueño, Patología de la vida cotidiana, Acerca del psicoanálisis, Tres disertaciones sobre la teoría sexual, Lecciones de introducción en el psicoanálisis, Totem y tabú.

El psicoanálisis es una ciencia joven y en evolución rápida. Cada día se van conociendo cosas nuevas en él, y hechos que antes se creían demostrados quedan sin valor. Con el estudio de FREUD, a pesar de que es lo fundamental, no está hecho todo. La escuela psicoanalítica, en el poco tiempo que lleva de existencia, pósee ya una gran cantidad de literatura, y el conocerla, por lo menos en sus rasgos más importantes, es imprescindible. El dominar esta literatura no es un trabajo que requiera poco tiempo. El ideal para acabar con esa dificultad es el estudiar en una ciudad donde existan los Institutos psicoanalíticos en los cuales se dan clases y las explicaciones están puestas al orden del día. El programa de los cursos en el Instituto de Berlín, por ejemplo, es el siguiente:

Primer año.

Primer trimestre: 1. Introducción al psicoanálisis: 1.ª parte. 2. Introducción a la interpretación de los sueños. 3. Coloquios freudianos: Tres disertaciones sobre la teoría sexual.

Segundo trimestre: 1. Introducción al psicoanálisis: 2.ª parte (estudio general de las neurosis). 2. Estudio de los instintos. 3. Coloquios freudianos: Historias clínicas, 1.ª parte.

Tercer trimestre: Estudio especial de las neurosis: 1.ª parte. Neurosis de transferencia (histerismo, fobias, neurosis obsesivas y neurosis actuales). 2. Aplicaciones del psicoanálisis a la literatura y al arte. 3. Coloquios freudianos: Historias clínicas: 2.ª parte.

Segundo año.

Primer trimestre: 1. Estudio especial de la neurosis: 2.ª parte (trastornos del carácter, criminalidad, perversiones, toxicomanías, neurosis narcisistas, psícosis). 2. Indicaciones y técnica de la terapéutica psicoanalítica: 1.ª parte. 3. Coloquios freudianos: Escritos teóricos, 1.ª parte.

Segundo trimestre: I. Indicaciones y técnica de la terapéutica psicoanalítica: 2.ª parte. 2. Etnología psicoanalítica y psicología de las multitudes. 3. Coloquios freudianos: Escritos teóricos, 2.ª parte.

Tercer trimestre: 1. Manejo de la interpretación de los sueños en la terapéutica psicoanalítica. 2. Coloquios acerca de la interpretación sobre el simbolismo. 3. Coloquios freudianos: Escritos sobre la técnica.

Por este programa se puede ver cómo el futuro psicoanalista, poco a poco y de un modo gradual, va aprendiendo a resolver problemas cada vez más complicados.

Hemos llegado al momento en que el estudiante ha terminado el psicoanálisis didáctico, conoce algo de la literatura especial y ha seguido los cursos teóricos. Sus aspiraciones de tratar algunos enfermos y de ayudarles a recobrar la salud están próximos a realizarse. Mas al empezar los psicoanálisis terapéuticos ve que no marchan como él quisiera. Tiene dificultades que no son sencillas de vencer; el material de hechos que el enfermo le cuenta no lo entiende bien; hay unos cuantos sueños que tal vez sean la clave para adelantar un paso en el inconsciente y que no sabe manejarlos, o bien la transferencia afectiva, positiva o negativa, en vez de ayudar a la marcha del psicoanálisis, sirve para reforzar las resistencias del enfermo. Por todo esto, el futuro psicoanalista, al empezar su actividad terapéutica, no se le debe dejar en completa libertad; hay que ayudarle a vencer los obstáculos que se le presentan en su camino. Ya hemos dicho que presenciar cómo realiza el psicoanálisis es imposible. No hay más solución que controlar lo que se hace de otro modo. El futuro psicoanalista, de vez en cuando, diferentemente según las dificultades que encuen-

psicoanálisis conoce cuán lentamente se van levantando las represiones y qué poco a poco, y después de grandes resistencias, se va conociendo el propio inconsciente para que sea posible realizar esto sin la ayuda de otra persona. Querer analizarse a sí mismo es pensar como aquel caballero que habiéndose caído a un pozo pretendía salir de él tirándose de los pelos.

El mejor camino a seguir es el psicoanálisis hecho por una persona competente. El modo de realizarlo no se diferencia de un psicoanálisis terapéutico. Unicamente, para ayudar a la mejor formación teórica del psicoanalizado, el psicoanalizador puede dar más explicaciones acerca de los mecanismos psíquicos. Cuánto tiempo dura este psicoanálisis es difícil de precisar, ya que depende de la patología de la persona a él sometida; la experiencia enseña que en la casi totalidad de casos se extiende a más de un año realizándose una sesión de una hora diaria.

Otra función que corresponde a este psicoanálisis didáctico es determinar si el psicoanalizado reúne las condiciones para poder ser luego psicoanalista. Es difícil el definir o el señalar de un modo preciso cuáles deben ser estas condiciones. Sin embargo, es seguro que es imposible aprender el psicoanálisis sin tener o teniendo un escaso interés para la psicología. FREUD ha señalado también como condición cierta sensibilidad delicada para los procesos anímicos. Algo como el tercer oído, del que nos habla NIETZSCHE.

La persona que se somete a este psicoanálisis didáctico se extrañará de que cuando, impulsada por su deseo de saber, va a que la psicoanalicen, una de las primeras cosas que le aconsejan es que durante el curso de éste se preocupe lo menos posible del psicoanálisis y no lea ningún libro de esta ciencia. Iba con la idea de que a causa de sus conocimientos y de los que por el estudio iba a adquirir durante el psicoanálisis le estaba facilitado más que a un enfermo la comprensión de su inconsciente. Más adelante comprende qué poca importancia tienen para el curso del propio psicoanálisis estos conocimientos anteriores, de los cuales estaba tan orgulloso. El ideal como objeto de cualquier psicoanálisis, tanto didáctico como terapéutico, es el de una persona que no supiese quién es FREUD y no hubiese leído ninguno de sus escritos. Empero, este

ideal no ocurre casi nunca en la práctica. El deseo de ser psicoanalista se ha formado, ya de conversaciones acerca de este tema, ya de lecturas. Estos conocimientos hasta suelen estorbar. Las resistencias se suelen refugiar en ellos, y con frecuencia se suele oír contar a los enfermos que dicen tal cosa no porque es así, sino porque han leído a FREUD que nos afirma que pasa de este modo. A este período sigue otro en que vemos que el saber adquirido a través del propio psicoanálisis tiene mucha más importancia que todo lo que antes habíamos leído en los libros. Lo que aprendemos en el psicoanálisis propio lo sentimos como algo que nos atañe profundamente, que rige nuestros pensamientos y que su conocimiento nos da una fuerza más en el dominio de nosotros mismos. Son las dos clases de conocimientos de que nos habla FREUD: el que adquirimos teóricamente y el que vivimos.

La formación psicoanalítica no se puede adquirir en ninguna clínica psiquiátrica. Hay que hacer notar siempre que la lectura y el estudio de las obras de FREUD y de sus discípulos de ningún modo es lo que basta para llegar a ser psicoanalista. El psicoanálisis propio, muy profundo, es lo más importante de la formación. FREUD ha dado siempre un gran valor a este psicoanálisis; sus discípulos coinciden con él en este modo de pensar y afirman que sin conocer bien el propio inconsciente no se puede realizar una terapéutica psicoanalítica.

Con este psicoanálisis didáctico se ha vencido además la primera dificultad por nosotros citada. El futuro psicoanalista tiene ya ocasión de ver cómo se realiza un psicoanálisis, ya que él mismo es el objeto de uno de ellos. La experiencia adquirida sobre el propio cuerpo, o, mejor dicho, sobre la propia alma, tiene más valor que la adquirida en personas ajenas.

Por medio de este psicoanálisis didáctico, el futuro psicoanalista ve cómo todas sus actividades están influídas por factores inconscientes. Conoce también el dinamismo psíquico y los mecanismos de las fuerzas instintivas inconscientes. A consecuencia de lo que ha sentido en sí mismo, comprende que no hay que considerar a las neurosis como algo que no tiene importancia si se compara con el resto de la patología.

sencia de una psícosis se preocupa de los antecedentes familiares o estudia las leyes de la herencia. Además, la psiquiatría maneja una psicología del yo; los hechos que el psicoanálisis valora, como los sueños, las fantasías, las pequeñas acciones sintomáticas, son cosas para las que hasta ahora la psiquiatría no ha tenido interés. La psiquiatría describe y clasifica los síntomas, y éstos los agrupa en enfermedades. Como FREUD ha dicho, es una ciencia descriptiva. El psicoanálisis es una psicología de profundidad. La psiquiatría y el psicoanálisis están en la misma relación que la Anatomía y la Histología. Claro es que no se puede decir que la psiquiatría está en un error cuando tiende a buscar la causa orgánica en el origen de las enfermedades de que se ocupa. Toda ciencia es unilateral; la física sigue otros procedimientos y tiene otros métodos que la química, a pesar de lo cual, a nadie se le ha ocurrido negar la utilidad de una de ellas. Lo que nosotros queremos señalar es que el estudio de la psiquiatría es completamente distinto del del psicoanálisis, que el ideal sería conocer profundamente los dos y que el saber de una rama no indica que de la otra rama se tiene también conocimiento.

Pensemos ahora en una persona que quiera estudiar el psicoanálisis. Es en la mayoría de los casos un médico y posee una formación psiquiátrica. Ahora bien, ¿en qué se diferencia el método de trabajo que ha seguido hasta ahora para adquirir sus conocimientos en las materias médicas, del que debe seguir para aprender el psicoanálisis? O dicho de otro modo: ¿cómo se forma el psicoanalista?

El procedimiento como este médico que nos hemos representado ha adquirido sus conocimientos era viendo cómo sus maestros realizaban una técnica cualquiera; por ejemplo, se ha fijado cómo su profesor hacía una percusión o un examen de la inteligencia. Naturalmente, no se limitó a esto, sino que ha leído o escuchado en las lecciones clínicas el porqué y el para qué de estas exploraciones y, finalmente, ha empezado él mismo a ejecutar esta labor en un enfermo.

Es imposible de seguir este camino de formación en el estudio del psicoanálisis. El estudiante que ve cómo su maestro explora un enfermo sin tomar parte directa en esta labor, no estorba con su presencia la exploración. En el psicoanálisis no ocurre esto. Si en la habitación en que se realiza el psicoanálisis hubiese una tercera persona y oyese lo que en ella pasa, el enfermo reprimiría el revelarnos sus conflictos. En psicoanálisis el enfermo cuenta a su psicoanalista los pensamientos más íntimos, aquellos impulsos y deseos que las personas que están a su alrededor no han oído jamás y de los cuales él mismo no quiere saber nada. El enfermo sostiene grandes luchas consigo mismo para confesar todo esto al médico.

Es, por lo tanto, imposible que el estudiante esté presente y vea cómo se realiza un psicoanálisis. Pero no es esto todo: por la índole especial del psicoanálisis hay otra diferencia entre la formación especialmente psiquiátrica y la psicoanalítica. Ya sabemos que uno de los componentes principales de la terapéutica psicoanalítica es el comprender los mecanismos inconscientes del enfermo. Conocemos además que la comprensión de estos procesos inconscientes está dificultada por las represiones propias. El futuro psicoanalista, si quiere conocer el inconsciente del enfermo, debe haber vencido sus propias represiones. Sirviéndonos de un ejemplo, es lo mismo que una persona que tuviese unos cristales de color rojo delante de los ojos quisiera estudiar este color en el mundo exterior; lo primero que tiene que hacer es quitarse los cristales. Por esto la persona que quiera estudiar el psicoanálisis debe estar psicoanalizado para conocer sus propias represiones.

Este psicoanálisis propio es lo primero que debe hacer el futuro psicoanalista y es lo más importante de su formación. Aunque sabemos que la normalidad psíquica es un ideal al que nos acercamos más o menos, el objeto inmediato de este psicoanálisis no es la curación de la persona que a él se somete; por eso le llamaremos *psicoanálisis didáctico*. Teóricamente lo podemos considerar factible de dos modos diferentes: o bien el autopsicoanálisis, sobre todo interpretando los propios sueños, o bien el someterse a un tratamiento hecho por un psicoanalista de experiencia. Prácticamente el primer procedimiento, el autopsicoanálisis, es imposible de llevarlo a cabo en la gran generalidad de casos. Todo el que ha pasado por un

tintivas. Cuando, después del tratamiento, la libido vuelve a formar parte del yo, las energías de este yo aumentan considerablemente. El yo, con el super-yo y la libido, forman una unidad que persigue los mismos fines. La colaboración de las tres instancias psíquicas hace más fácil el conseguir los fines apetecidos.

VII

CÓMO SE ESTUDIA EL PSICOANÁLISIS

El estudio de la Medicina, tal como actualmente se hace, entorpece grandemente la comprensión de los fenómenos psíquicos; ya que el alma para el médico tiene la menor importancia posible. La Medicina sigue por los cauces materialistas, a los que debe progresos considerables. El éxito que a fines del siglo pasado tuvo la hipnosis fué una buena ocasión para que el interés se dedicase otra vez a los hechos del espíritu; pero el hipnotismo cayó en descrédito antes de haber sido estudiado. A todos nos es conocido lo que ocurre en una policlínica médica cuando se presenta un enfermo histérico. Una sonrisa secreta de superioridad corre por los labios de las personas que asisten a esta clínica; es un histérico y no hay necesidad de preocuparse de él; cualquier cosa que se le mande, valeriana o paseos por el campo, obrarán en él por sugestión. Es triste decirlo, pero esto es todo lo que piensa un médico general en presencia de una neurosis. No comprende que estas enfermedades funcionales tanta importancia tienen como las que manifiestan una lesión orgánica, y que tan perjudiciales y molestas son las unas y las otras al individuo y a la sociedad.

La psiquiatría universitaria sigue poco más o menos por los cauces orgánicos de la Medicina. Donde ha tenido sus éxitos más grandes es en las enfermedades que demuestran una lesión orgánica o que son debidas a un proceso tóxico-infeccioso; por ejemplo, la parálisis general o el alcoholismo. En pre-

La enferma ya no reacciona de un modo sado-masoquista con las personas que la rodean, sino que las quiere sin ambivalencia y se deja querer por ellas. Al mismo tiempo aparece la satisfacción genital.

Después del psicoanálisis los dolores también desaparecen. La enferma tenía principalmente dolores en el coxis y en la cabeza, que, inconscientemente, significaban el castigo por sus relaciones sexuales. Como modelos de estos dolores había elegido a sus hermanas, que para ella significaban la mujer con libertad sexual y que habían sufrido mucho de estas molestias.

Si observamos el tratamiento, vemos que casi todo el proceso curativo se produjo en la esfera de la relación afectiva de la enferma con nosotros. Al principio del tratamiento la enferma tenía una neurosis; durante el tratamiento sustituyó esa neurosis por otra que radicaba en la transferencia y que por ello se conoce bajo el nombre de neurosis de transferencia. Al principio del tratamiento la enferma tenía síntomas masoquistas: se caía al bajar por la escalera, se hería los dedos con el cuchillo al cortar un objeto cualquiera, todo lo que realizaba le salía mal, etc.; durante el tratamiento esperaba un castigo por parte del médico e intentaba provocarlo inconscientemente analizando mal, callándose o marchándose súbitamente sin despedirse. El caerse por la escalera por motivos inconscientes que la impulsaban al autocastigo era un síntoma neurótico; el esperar el castigo del médico era un síntoma de la neurosis de transferencia.

Nuestra enferma era neurótica a consecuencia de un conflicto entre su libido y su yo, dirigido éste por el super-yo. El conflicto ocasionó una represión de gran cantidad de libido. La curación consistió en liberar a la libido de sus represiones y ponerla al servicio del yo.

En toda neurosis la libido está sujeta en los síntomas; para la curación es necesario destruir estos síntomas. Para destruir los síntomas es necesario reavivar los conflictos que originaron la represión, es decir, reavivar los conflictos infantiles que obraron de un modo patológico.

Este trabajo de reavivar los conflictos infantiles se lleva a cabo

en la transferencia afectiva, en la que se producen nuevos conflictos que son sustitutivos de los infantiles. Un ejemplo: nuestra enferma se rebeló en el psicoanálisis contra el médico, del mismo modo que en su infancia se rebeló contra sus padres.

En la solución de los conflictos infantiles y de la transferencia hay una diferencia esencial. En la edad infantil nuestra enferma no tenía más solución que reprimir sus tendencias sexuales y agresivas, por no estar permitidas por los padres y, además, por ser su yo débil para satisfacerlas. En los conflictos de la transferencia la solución es otra. El yo del individuo se ha convertido en un yo adulto y fuerte que puede vencer muchas más dificultades que en la infancia; por otra parte, el médico no impulsa, como los padres, a una represión, sino que, por el contrario, tolera sentimientos que en la infancia no estaban permitidos. Esto ocurrió, por ejemplo, con respecto a los deseos de muerte. Durante el tratamiento la enferma tuvo deseos de que el psicoanalista se muriese, lo mismo que en la infancia había deseado la muerte del padre. En la infancia hizo todo lo posible para reprimir estos instintos que se refugiaron en el inconsciente; durante el psicoanálisis quiso hacer lo mismo; pero aquí intervino el médico, que, con ayuda de los sueños, de los actos sintomáticos, etc., fué haciendo cada vez más visibles estos sentimientos, se los señaló a la enferma e impidió una nueva represión. Una vez que la enferma pudo reconocer la existencia de deseos de muerte hacia el psicoanalista, aparecieron también recuerdos de deseos parecidos hacia sus padres y asimismo las causas que motivaron estos deseos.

El proceso de la curación es, por lo tanto, el siguiente: la libido pasa de los síntomas neuróticos a los síntomas de la neurosis de transferencia; en esta neurosis de transferencia se vuelve a producir la lucha de la infancia entre el super-yo, el yo y la libido; pero el médico impide que se solucione esta lucha por una represión, como ocurrió en la infancia.

El neurótico grave es incapaz de trabajar y de gozar. Es incapaz de gozar, porque su libido no está ligada a ningún objeto real; es incapaz de trabajar, porque emplea gran parte de sus energías en mantener la represión y porque no dispone de energías ins-

ferma reaccionó con los afectos que la represión le impidió de producir. Y por este camino se consiguió su curación.

Para la comprensión de la historia vamos a citar rápidamente los acontecimientos más importantes en el desarrollo de su neurosis.

La enferma procedía de una familia modesta. Era la menor de cinco hermanos. La madre era una persona psíquicamente enferma, que pasaba días enteros sin hablar nada; murió con una alteración de tipo presbiofrénico; pero ya antes era una persona psíquicamente enferma, seguramente una esquizofrénica.

Sus recuerdos traumáticos de la primera infancia que aparecieron en el psicoanálisis fueron los siguientes. A los cuatro años ve cómo su padre pega a su hermana con un látigo; a la enferma le entró un odio tan grande contra el padre, que, según la enferma nos contó, si en aquel momento el padre se hubiese muerto, ella se hubiese alegrado. No comprendía cómo la hermana no se defendió y por qué no atacó al padre.

A los cinco años la enferma es casi atropellada por un tranvía en una calle prinicpal; el conductor se baja del tranvía, la quita los pantalones y, delante de todos los viajeros, la da unos azotes. La muchacha se marcha llorando, toda avergonzada, a su casa, donde no cuenta nada de lo sucedido; pero ya se lo habían dicho al padre, y éste alabó la conducta del tranviario.

En el año en que la enferma nació, su hermana mayor tuvo un hijo ilegítimo; poco después la segunda hermana se escapaba con un amante; años después la tercera hermana hizo lo mismo que la segunda. Ante estos acontecimientos reaccionaba la madre educando cada vez más severamente a la enferma. La madre obligaba a la enferma a trabajar mucho. La enferma pasaba el día entero en un taller de costura y luego trabajaba en su casa. Todo lo que ganaba lo tenía que entregar a la madre. Se vestía con trajes viejos de las hermanas. Aun en sus dieciséis años, la madre le entregaba anualmente diez céntimos (sic), y con cinco de estos diez céntimos tenía que comprar algo para la madre.

A la enferma no le gustaba nada la comida de su casa; comía poquísimo. A pesar de estar muy delgada y de tener hambre, la madre, sólo de muy tarde en tarde, le hacía algo que le gustase. En sus fantasías infantiles la enferma soñaba con montes de comida abundante en que poder saciar el hambre.

La enferma tuvo que dormir hasta los quince años en la habitación de los padres, no por falta de otras habitaciones, sino porque la madre quiso que estuviese siempre a su lado. Hasta los ocho años durmió en la misma cama de la madre, lo que dió ocasión a que observase repetidamente el coito de los padres. A dichas observaciones reaccionó considerando el coito como un acto sadista por parte del padre y masoquista de la madre.

A los veinte años la enferma tenía un gran temor al contacto sexual. En su primera relación amorosa, su amante tuvo una polución entre los muslos de la enferma, sin haber introducido el pene en la vagina por miedo de la enferma a la desfloración y a la fecundación. A pesar de ello, la enferma quedó embarazada. Se hizo practicar un aborto artificial, que la ocasionó grandes sufrimientos físicos.

Todos estos acontecimientos físicos impulsaron a la enferma a su sado-masoquismo. Para la enferma, la realidad circundante era verdaderamente el valle de lágrimas; lágrimas causadas por los mismos hombres y de las que se defiende haciendo desgraciadas a las personas que se acercaban a ella.

Es muy interesante seguir el proceso de la curación en la transferencia afectiva hacia el médico. Sus diferentes fantasías fueron: al principio soñaba que nos mataba; más tarde fantaseaba que nos tenía en sus brazos, pero que apretaba tanto que nos dejaba sin vida; después la transferencia positiva se fué presentando progresivamente, y la enferma nos hizo un regalo que envió anónimamente a nuestra casa; últimamente, al terminar el psicoanálisis, ya pudo entregarnos personalmente un libro con una dedicatoria, en la que nos agradecía el tratamiento. En estas fantasías y conducta de la enferma se observa cómo con el progreso de la curación el psicoanalista va tomando cada vez más un carácter más agradable; al principio es el enemigo contra quien hay que defenderse y atacar para librarse de sus ataques; al final del tratamiento se convence de que las cosas no son realmente así.

En este momento los deseos sadistas de la enferma se han hecho conscientes. Vemos que estos deseos sadistas se han trasladado completamente al plano de la transferencia; en vez de la neurosis primitiva la enferma tiene la llamada neurosis de transferencia. Analizando esta neurosis de transferencia se consigue descubrir las vivencias infantiles que originan la enfermedad.

Todos estos datos fueron conseguidos con muchas dificultades. Las resistencias de la enferma a hacer conscientes sus instintos reprimidos tenían a veces una intensidad grandísima. Era típica la postura de la enferma durante el tratamiento; en la *chaisse-longue* estaba siempre acurrucada y con las piernas cruzadas. Dormía también acurrucada, y apretaba tan fuertemente una pierna contra la otra, que por la mañana tenía dolores en todo el cuerpo. Se sentía que la enferma temía algo desconocido. Las resistencias eran tan grandes, que un día del tratamiento la enferma se levantó rápidamente, nos dijo que la era imposible el seguir hablando y que ya no volvería más. Se marchó sin darnos la mano. Al cabo de tres días pidió permiso para volver, y este día fué el único en que durante la hora de tratamiento estuvo echada sin cruzar las piernas. Se veía claramente que se consideraba culpable por su comportamiento y que esperaba un castigo. Daba la sensación de que lo que esperaba era un castigo corporal. Dijimos esto, y entonces la enferma nos contó algo que hasta entonces había mantenido oculto: cuatro o cinco años antes, y durante dos años, había tenido una relación sexual con un hombre, en la que se dejaba pegar por éste. Su amante la desnudaba, la pegaba con un látigo, la mordía en los labios y en otras partes del cuerpo, a veces con una intensidad tal, que la enferma al día siguiente no podía salir de su casa por tener heridas en todo el cuerpo. Esperaba a que se curasen completamente las heridas, lo que solía durar unos quince días, y cuando ya se encontraba completamente bien, volvía otra vez a casa de su amante, el que la golpeaba de nuevo.

En el psicoanálisis apareció también *la envidia al pene* de la enferma. Ya hemos visto que hay un momento del desarrollo de la sexualidad infantil en el que el niño, tanto varón como hembra, no ha descubierto todavía la existencia de la vagina. El niño divide entonces los individuos en dos clases de seres: seres con pene, que son superiores, y seres sin pene, que son inferiores. La enferma estaba fijada a esta teoría infantil, y con su comportamiento pretendía negar la existencia de diferencias entre los hombres y las mujeres. Hacía todo lo posible para demostrarse que ella valía tanto como los hombres y que se comportaba mal con los hombres para quitarles toda su supremacía. La enferma presentaba multitud de datos y recuerdos infantiles que justifican esta interpretación. Citaremos varios. De niña había siempre jugado únicamente con muchachos y despreciado a sus compañeras de escuela; no le habían gustado las muñecas. Tuvo en la infancia una teoría de la fecundación en la que creía que para realizarse la concepción era necesario que el padre cohabitase con la madre un número determinado de veces; si el padre cohabitaba menos de lo necesario, al niño al nacer le falta algún miembro; ella había nacido niña porque el padre había cohabitado una vez menos de lo debido. Una de sus actividades, de la que la enferma estaba muy orgullosa, era de que podía escupir muy lejos. Cuando salía al campo con algún conocido se ponía a escupir para despertar el asombro de su acompañante; el día siguiente de su boda hizo lo mismo en un paseo que dió con su marido, de lo que éste se quedó bastante extrañado. El escupir lejos tenía para la enferma el mismo significado que el orinar lejos. Es frecuente que los niños rivalicen en orinar lejos. La enferma no podía competir en este ejercicio con sus compañeros de juegos infantiles; por eso intentó el escupir lejos, y entonces vencía a todos sus compañeros. La enferma misma nos contó en el psicoanálisis que en su infancia creía que el escupir y el orinar era lo mismo. El deseo de tener un pene era tan intenso en la enferma, que en la edad de quince o dieciséis años tuvo varias noches la sensación de que en los genitales le crecía algo parecido a un pene. Fué tal la sensación de evidencia, que llamó a su madre para que comprobase esta sensación.

En el psicoanálisis se realizó el análisis de la transferencia afectiva de la enferma, y salieron a la superficie los acontecimientos infantiles que dieron origen a la enfermedad. Estos acontecimientos infantiles fueron haciéndose más y más conscientes, y la en-

médico fué aceptada por la enferma, primeramente, por habérselo demostrado por medio del sueño, y después, por la conducta del médico, que no rechazaba este odio, sino que lo admitía y trataba de él en el psicoanálisis como de otro material psíquico cualquiera.

Ya dijimos que ni el marido ni el médico justificaban el odio que la enferma les tenía. Por lo tanto, este odio tenía proceder de vivencias anteriores. Una vez convencida de la existencia del odio, la enferma ya no reprime tan intensamente las vivencias que lo originaron, y en la próxima etapa del psicoanálisis sus ocurrencias giran alrededor de este tema.

El material de ocurrencias que entonces nos comunicó la enferma fué el siguiente: Antes de casarse había tenido dos amantes, a los que había abandonado súbitamente, casi sin despedirse de ellos [1]. Estos, que estaban muy enamorados de la enferma, habían sentido mucho su marcha y habían hecho todo lo posible para que la enferma volviese a vivir con ellos, sin poderlo conseguir. La vida ulterior de estos dos amantes fué desgraciada: uno de ellos terminó en un manicomio, el otro se hizo alcohólico y se arruinó. La enferma se sentía culpable de estas desgracias, y en su psicoanálisis hacía continuamente protestas de inocencia para acallar sus sentimientos de culpabilidad.

El sentimiento de culpabilidad por un hecho cualquiera indica la existencia en el inconsciente de un deseo que se satisfizo por aquel hecho. En nuestra enferma había un deseo de causar daño a las personas que la querían. La personalidad moral de la enferma luchó contra este deseo y consiguió reprimirlo, pero no totalmente, ya que indirectamente fué satisfecho en sus relaciones con sus amantes. La enferma abandonó a sus amantes, sin consideración ninguna hacia ellos. La enferma quería hacer lo mismo con su marido. Hay que tener en cuenta que en ninguno de los casos el comportamiento de las personas justificaba la conducta de la enferma.

Hicimos ver estas consideraciones a la enferma. Después de

[1] Para valorar debidamente la conducta de la enferma es necesario tener en cuenta que era de nacionalidad alemana y que el psicoanálisis lo llevamos a cabo en Berlín; es decir, que vivía en un ambiente de gran libertad de costumbres.

algunos días, la enferma soñó: *"He robado algo, los policías me han descubierto y me llevan a la comisaría; pero coqueteo con ellos y me dejan en libertad."* La interpretación del sueño fué entonces imposible. La enferma tuvo, también por aquel tiempo, una fantasía en la que se representaba el que nos acunaba en sus brazos, como si fuésemos un niño de dos o tres años [1].

Entre la fantasía, el sueño y el comportamiento de la enferma en esta época de psicoanálisis había cierta analogía. Dijimos a la enferma que lo mismo que con los policías coqueteaba con nosotros, para ocultarnos algo malo que había hecho.

A esta interpretación la enferma reaccionó con una gran cantidad de afectos. Se defendió violentamente contra nuestra sospecha de que quería coquetear con nosotros. Para demostrarnos que no era así, nos contó la fantasía entera; hasta entonces solamente nos había contado la mitad de dicha fantasía. La fantasía era la siguiente: *"Le tenía a usted en mis brazos como si fuera un niño pequeño, y le apretaba con tanta fuerza que le ahogaba."*

En esta fantasía consciente la enferma procura hacer con su médico lo mismo que llevó a cabo con todos sus amantes. Procura primero tenerlos en sus brazos para que se enamoren de ella, y cuando ya están confiados, los abandona o intenta matarlos.

Hemos visto el largo camino que ha tenido que seguir el odio de la enferma para hacerse consciente en toda su totalidad. Primeramente la enferma se defiende del psicoanalista, a quien considera aliado del marido; después tienen que ser interpretadas en el psicoanálisis las acciones sintomáticas que la enferma realiza con su marido, como el quemar la leche, hacer mal los encargos, etcétera; posteriormente, la enferma sueña que mata al psicoanalista, y entonces aparecen recuerdos de comportamientos parecidos con otros hombres; últimamente sueña que ha robado y que coquetea con los policías. La interpretación de esta conducta hecha por el médico permite que la enferma venza totalmente la represión y que todo el odio de la enferma pase a la consciencia.

[1] Fué también en esta época cuando la enferma tuvo el sueño del "análisis", que hemos interpretado en las páginas 34-37.

a librarse de su enfermedad, la enferma le considera como a un enemigo, de quien hay que defenderse. Siguiendo los mandatos de su inconsciente, la enferma deforma el significado de la labor del médico.

¿Qué efectos tuvo nuestra interpretación? Primero: con nuestra interpretación conseguimos que la enferma, en vez de considerarnos como a un enemigo, vea en nosotros una persona que quiere ayudarla a resolver sus conflictos. Segundo: en vez de enfadarnos con la enferma por su comportamiento, se lo hemos demostrado nosotros mismos y además lo hemos tolerado; por lo tanto, el odio inconsciente hacia el marido que existía en su fondo psíquico ha sido también tolerado, y puede así dar un paso más en el camino hacia la consciencia.

Sin embargo, este odio al marido es, por ahora, casi completamente inconsciente en la enferma. Veamos por qué caminos se hace consciente.

Ya hemos expuesto cómo al vencer una resistencia el enfermo nos ofrece en sus ocurrencias parte del material psíquico que hasta entonces había estado reprimido. Después de vencer esta resistencia inicial, la enferma nos refirió una acción que podemos llamar sintomática. Nuestra enferma llevaba dos años de casada. Durante esos dos años, y diariamente, quemaba de un modo involuntario la leche del desayuno del marido. La enferma encendía el fuego, ponía la leche a cocer, con el propósito de retirarla cuando fuese necesario, pero cuando se daba cuenta notaba que la leche estaba ya quemada. Y así diariamente durante dos años; la enferma consideraba ya el quemar la leche como un destino que el cielo le había impuesto.

Lo que la enferma pretendía con este síntoma está claro: el que el marido bebiese la leche quemada. Recordemos ahora, además, el que la enferma nos había narrado cómo siempre que tenía que realizar un encargo del marido se olvidaba, se equivocaba de tranvía, etc. En este momento explicamos a la enferma el que con sus síntomas satisfacía una agresión al marido.

Nuestra interpretación fué rechazada por la enferma. Es más, después de nuestra interpretación, la enferma se sintió peor de sus

dolores. En este período del psicoanálisis, la enferma se comportaba como un niño testarudo que no tuviese comprensión para nada. Nos decía que si quemaba la leche era sencillamente porque la leche se quemaba; que si hacía los encargos mal era porque no sabía hacerlos bien. Durante estos días la enferma callaba durante casi toda la hora diaria de tratamiento, y nosotros, ante esta nueva resistencia, seguíamos el mismo comportamiento que la enferma, esperando algún detalle que nos ayudase a comprender mejor la situación.

Este detalle se presentó en forma de un sueño, que la enferma nos contó del siguiente modo: "*Hay jaleos políticos; yo* (la enferma) *dirijo una manifestación que pasa por delante de su casa en el momento en que usted sale; en esto se oye un tiro y usted cae herido; corro a socorrerlo, pero cuando llego a su lado usted ya está muerto.*"

El grado de resistencia en que en aquel momento se encontraba el psicoanálisis no era el más propicio para la interpretación del sueño. Sin embargo, superficialmente nos dimos cuenta de que la enferma soñaba con nuestra muerte. Dijimos a la enferma que seguramente la persona que en el sueño había disparado la bala que nos mataba era ella misma. La enferma nos contestó diciendo que no se es responsable de lo que se sueña. Con esta respuesta aceptaba tácitamente nuestra interpretación.

Como es natural, no reprendimos a la enferma por estos pensamientos. Por el contrario, hablamos con ella de la presencia de dichos deseos de muerte. Añadimos que nosotros no le habíamos dado ningún motivo para que nos odiase y desease nuestra muerte, y que, por lo tanto, este odio debía de proceder de vivencias anteriores que transfería ahora a nosotros.

Estudiemos esta situación psicológica. En este momento del psicoanálisis la enferma tenía un odio, que ya se había hecho consciente al marido y al psicoanalista. Nuestra demostración anterior del odio que había en el fondo de las acciones sintomáticas que realizaba con su marido no fué comprendida por la enferma. Solamente cuando este odio se presenta con intensidad en la transferencia afectiva es cuando la enferma se da cuenta de él. La existencia del odio al

El enfermo adopta, por lo tanto, una posición defensiva frente al psicoanalista que quiere hacer conscientes su represiones. Claro es que esta actitud defensiva es más bien inconsciente que consciente.

Conocido esto, no hay que suponer que el psicoanálisis es una lucha en la cual el enfermo procura hacer todo lo posible para seguir con su enfermedad y el médico trata de someter al enfermo. Sucede todo lo contrario: el médico dispone de las fuerzas más sanas del psicoanalizado, del yo consciente y racional del enfermo que sufre a consecuencia de su neurosis y que quiere librarse de ella. Hay, además, otras fuerzas que son también un factor decisivo en la curación y que provienen de la transferencia afectiva.

El yo consciente y racional del enfermo no puede vencer por sí mismo las resistencias, ya que no las percibe. Es el médico el que se las tiene que señalar; entonces el yo puede luchar directamente contra ellas y vencerlas. Es el mismo caso de un principiante en el estudio de Astronomía a quien se ordena el buscar a Venus o Marte en el cielo. Le será imposible el hacerlo si su maestro no dirige antes el telescopio en la dirección en que se encuentran dichos planetas.

El médico, ayudándose del material de ocurrencias que el enfermo le ofrece, debe sentir las resistencias, describirlas e investigar su origen. El psicoanálisis es un tratamiento en el que dos inconscientes obran el uno sobre el otro; el inconsciente del enfermo debe ser sentido por el inconsciente del médico. El médico debe ser una persona con una gran comprensión para su propio inconsciente, para lo cual debe estar psicoanalizado y haber vencido sus propias represiones; entonces puede recibir libremente todas las sugestiones que le provienen del inconsciente del enfermo. Lo mismo que en un día de verano de gran bochorno y con el aire cargado de electricidad, una sensación especial en nuestros miembros nos advierte que una tempestad se aproxima, del mismo modo debe sentir el médico lo que sucede en el inconsciente del enfermo.

Volvamos a nuestra enferma. Como dijimos, ya en los primeros días del tratamiento se presentó la dificultad de la falta de

ocurrencias. Se notaba claramente que existía algo desconocido que impedía a la enferma el poder comunicarnos sus pensamientos; nuestra labor debía consistir en descubrir ese algo. Varios datos que la enferma nos suministró para vencer esta primera resistencia fueron los siguientes: siempre que debía hacer algún encargo de su marido se equivocaba, tomando mal el tranvía, yendo en una dirección opuesta u olvidando lo que tenía que hacer. También fueron interesantes las primeras palabras que la enferma nos dijo el primer día de tratamiento. Nos dijo que había acudido a nosotros enviada por su marido, y que ella no tenía ningún interés en el tratamiento. Con estos datos y otros difíciles de describir, de los que nos percatamos en el psicoanálisis, vimos que la enferma se comportaba de un modo agresivo con respecto a su marido, y que a nosotros nos consideraba como a una persona a la que su marido la había enviado para que ella volviese a quererle. La enferma creía que el psicoanálisis iba a tener como consecuencia el arreglarse con su marido, lo que le era muy desagradable. Parte del odio que tenía al marido lo transfería al psicoanalista, ya que, según su inconsciente, ambos estaban aliados.

Para vencer esta primera resistencia hubimos de demostrar a la enferma que el que se arreglase o no con su marido era algo que sólo nos interesaba de un modo sintomático; que en este conflicto el psicoanalista no se iba a mezclar, y que a nosotros lo único que nos interesaba era el que se curase de su enfermedad, teniéndonos todo lo demás sin cuidado. El hecho de haber vencido la resistencia que en aquel momento se encontraba el psicoanálisis nos demostró la certeza de nuestra interpretación.

Estudiemos ahora esta situación. El inconsciente reprimido que en aquel momento se presentaba en el psicoanálisis era el odio al marido. El hacer consciente este odio era desagradable a la enferma; por lo tanto, en el momento en que el inconsciente se aproxima a la consciencia, la enferma reaviva sus represiones y el psicoanálisis entra en una fase de resistencia. Es interesante la forma en que esta resistencia se presenta. La resistencia se presenta en la transferencia afectiva, en la relación enfermo-médico. En vez de considerar al médico como a una persona que quiere ayudarle

el primer día de tratamiento, el que debe comunicar al médico todos los pensamientos que en cada momento le pasen por la cabeza, todas las ocurrencias que tenga, sean o no morales, importantes, bonitas, agradables, etc. En el tratamiento vemos que el enfermo, para seguir esta técnica, tiene que vencer ciertas resistencias que impiden el curso libre de sus pensamientos. Unas veces es el enfermo el que siente la presencia de dichas resistencias; la mayoría de las veces es el médico el que tiene que señalárselas.

La técnica psicoanalítica consiste en vencer estas resistencias. En el momento en que en el tratamiento se ha conseguido su desaparición, el inconsciente reprimido tiene camino libre hacia la consciencia.

Las resistencias se destruyen señalándoselas al enfermo. Claro es que estas resistencias tienen un origen y una finalidad, y es precisamente este origen y esta finalidad las que hay que señalar al enfermo. Con decir a los enfermos citados que tienen resistencias a la actividad genital, no se adelanta nada, sino que hay que precisar cómo son estas resistencias. Otro detalle muy importante es que muchas veces las resistencias se traducen en la transferencia afectiva.

Vamos a exponer a grandes rasgos la historia y el comienzo del tratamiento psicoanalítico de una enferma de masoquismo que curamos después de unas doscientas horas de tratamiento psicoanalítico, estudiando cómo se produjo la curación.

En el momento de comenzar el tratamiento la enferma tenía treinta años. Llevaba dos años casada. El contacto sexual con su marido le era extremadamente desagradable. Tenía, además, dolores en todo el cuerpo, más pronunciados en la cabeza y en el coxis, y no había sido posible descubrir una causa orgánica que justificase estos dolores. En la primera observación de la enferma, el diagnóstico que pudimos hacer fué el de frigidez y dolores de tipo histérico.

Empezamos el psicoanálisis. Decimos a la enferma la regla fundamental de que debe contarnos todos sus pensamientos, todo lo que se le ocurra en cada momento, sin rechazar absolutamente nada, aun en el caso en que el hablar sobre un tema cualquiera le sea

desagradable, crea que no tenga importancia o no esté relacionado con lo que anteriormente dijo.

En el primero y segundo días la enferma cuenta bastante bien sus ocurrencias. Pero ya en el tercer día se presentan ciertas dificultades. Sentimos el que a la enferma le cuesta trabajo hablar. Dice que no se le ocurre nada, o se queja de que a consecuencia de la posición psicoanalítica no puede vernos la cara, y añade que la es imposible el hablar sin vernos.

Se observa que la enferma tiene resistencias a contar sus pensamientos y que busca cualquier pretexto para justificar estas resistencias. Desde este momento hasta el final del tratamiento las resistencias de la enferma se han presentado diariamente. La intensidad de las resistencias varía; unos días la enferma cuenta sus pensamientos y otros días no habla absolutamente nada. Si en estos últimos días la decimos que para realizar el psicoanálisis es necesario conocer todos sus pensamientos, todas sus ocurrencias, nos contesta que nos comprende perfectamente, pero que no se la ocurre nada.

Para ayudar a comprender el mecanismo de estas resistencias hagamos una comparación entre el individuo neurótico y el Estado español en tiempos de la Inquisición. El Estado español de aquellos tiempos, para defender la ideología ortodoxa, tenía que luchar contra todas las tendencias revolucionarias. Esta lucha se llevaba a cabo de dos modos distintos: primero, quemando a los herejes del interior del reino; segundo, guerreando con los países protestantes, como Inglaterra o los Países Bajos. El tratamiento de la España de entonces hubiese sido el demostrar al Estado que reprimiendo totalmente las tendencias revolucionarias, el Estado se anquilosa y se separa de la corriente del progreso. Esto nos parece actualmente claro y fácil de comprender; sin embargo, si algún individuo hubiese hecho en aquellos tiempos esta afirmación, hubiese corrido la misma suerte que los herejes. En el tratamiento psicoanalítico el enfermo se comporta de un modo parecido al Estado español de entonces cuando reprime sus instintos y se defiende contra todo lo exterior que tiende a facilitar la aparición de estos instintos.

VI

EL PROCESO DE LA CURACIÓN EN EL PSICOANÁLISIS

El psicoanálisis ha demostrado que los síntomas neuróticos son una satisfacción indirecta de instintos reprimidos. La represión de los instintos se realiza en el sistema inconsciente; es decir, las fuerzas represoras y las reprimidas son desconocidas al yo del enfermo. Para curar al enfermo tenemos que hacer conscientes los contenidos de su inconsciente. Estudiemos ahora los procedimientos de que nos valemos para conseguir este resultado.

A primera vista lo más sencillo parece ser el que comuniquemos al enfermo el significado y el valor de sus síntomas. Generalmente, ya en una primera observación del enfermo nos podemos formar una teoría de cómo se han originado los síntomas. Pongamos un ejemplo: Una mujer de más de cuarenta años, con síntomas histéricos, solicita el tratamiento; nos enteramos, al hacer su historia clínica, que sus síntomas histéricos se han originado algunos meses después de la muerte de su marido y que desde esta fecha lleva una vida de abstención sexual. Es lógico pensar que los síntomas histéricos son, en parte, originados por la libido insatisfecha de la enferma. Sin embargo, no nos atreveríamos a comunicarle estos pensamientos, y, en caso de hacerlo, sería muy dudoso el que consiguiésemos una mejoría.

Otro ejemplo, muy frecuente en todas las consultas: Un hombre joven, de veinte a treinta años, acude a nosotros con trastornos

hipocondríacos. Profundizamos en la exploración y nos enteramos que lucha con la masturbación, a la que considera como causa de su enfermedad, y además averiguamos que hasta ahora no ha tenido relaciones sexuales. Nos parece razonable el comportamiento de un médico que explique a este enfermo el que un hombre normal debe tener con mayor o menor regularidad relaciones sexuales, que al mismo tiempo le prevenga de los peligros que pueden resultar de estas relaciones, le explique los medios de evitarlos y, finalmente, le aconseje el coito. Si nos enteramos de la historia ulterior de este enfermo, sucede con gran frecuencia que, o no ha seguido el consejo del médico, o, si lo ha seguido, ha sido impotente o ha tenido una eyaculación rápida en el coito.

El comunicar al enfermo el significado latente de sus síntomas neuróticos va muchas veces acompañado de un fracaso terapéutico. La interpretación de los síntomas en psicoanálisis debe reunir dos condiciones previas: la primera es que el enfermo, a consecuencia del tratamiento, se haya acercado él mismo a descubrir el significado del material reprimido; la segunda condición es que la relación afectiva del enfermo para con el médico sea lo bastante intensa para que el enfermo no reaccione a la interpretación con la huída, refugiéndose otra vez en la enfermedad.

Como en los dos enfermos citados, los demás neuróticos ignoran la significación de sus síntomas porque tienen resistencias psíquicas a conocer dicho significado. Si el saber o no saber el significado de los síntomas fuese tan sencillo de conseguir, bastaría para la curación el que los enfermos siguiesen un curso de psicoanálisis o el que leyesen las obras de FREUD y de sus discípulos. Tenemos la experiencia de que hasta ahora ningún enfermo ha sido curado por este procedimiento.

El comunicar a un enfermo en una primera visita el valor y el significado de sus síntomas, tiene el mismo efecto que el dar a un hombre hambriento a consecuencia de una estrechez esofágica la lista de comidas de un restaurante de lujo. Si nos comportamos así con este hambriento o si hablamos de satisfacción genital a un neurótico, no haremos más que agudizar sus conflictos.

En la técnica actual de psicoanálisis se dice al enfermo, desde

favorable para la exteriorización y satisfacción de dichos afectos; transfiere dichos afectos al médico. Este no reprime dicho comportamiento, más bien lo favorece, dejando al enfermo en la ignorancia de su modo real de ser e impulsándole a no mantener secreto todo lo que se le ocurre respecto al médico que le trata.

Llegados a este punto, surge la pregunta de si la transferencia afectiva es algo privativo del psicoanálisis o de si se presenta también en otras situaciones. La respuesta es en favor de esto último; la transferencia afectiva se presenta en todas las relaciones sociales. La reacción de una persona ante un acontecimiento cualquiera no puede explicarse nunca solamente con motivos racionales. Lo vemos con evidencia observando el modo de reaccionar de individuos, aproximadamente con el mismo grado de inteligencia, frente a problemas de índole religiosa o política. El que una persona sea religiosa o atea, o bien comunista o conservadora, es algo que depende de factores individuales, entre los que el grado de inteligencia es de los menos importantes. Vamos a citar varios ejemplos más. Todos sabemos de personas que se enamoran varias veces y en las que el amor reviste siempre caracteres trágicos; estas personas buscan la realidad adecuada para transferir sus pasiones ávidas de lo trágico. Hay personas que en presencia de una dificultad cualquiera en seguida se desaniman, mientras que en otras el vencer dificultades es uno de los mayores incentivos para el trabajo; estas personas, una vez que hayan terminado algo, en vez de dormirse sobre laureles, tienen necesidad de encontrar otra labor que no puedan realizar fácilmente. Todas las personas buscan en la realidad las condiciones necesarias para satisfacer sus pasiones, y consideran esta realidad a través de sí mismos [1]. Esto nos explica el que haya algunos enfermos que prefieran para su tratamiento un sanatorio donde todas las transgresiones al régimen interior están severamente prohibidas, siendo así que otros no encontrarían allí nunca el remedio a sus males y buscan un lugar en donde los médicos son tolerantes.

[1] En el capítulo de este libro *Los restos diurnos, la neurosis y el sueño*, puede verse la transferencia de afectos distintos a la misma situación real.

La transferencia afectiva que se presenta en cada caso no es algo privativo del psicoanálisis, sino que es un fenómeno general. En psicoanálisis se presenta con más claridad, debido a que no se impide su exteriorización. En el psicoanálisis se intenta conocer el origen y extensión de esta afectividad no racional; en la vida real se ignora su procedencia y se intenta que no salga a la superficie.

En el tratamiento psicoanalítico, cuando la transferencia está establecida, el enfermo proyecta parte de sus afectos en la persona del médico. En vez de los síntomas neuróticos existe la transferencia; en vez de la realidad exterior existe el médico. No parece ser esto una gran ventaja; todo se reduce a un cambio de sitio, pero no por eso la enfermedad deja de manifestarse. Si en este momento abandonásemos al enfermo, éste volvería al estado que presentaba antes de empezar con él nuestra terapéutica.

De un modo esquemático se puede dividir el tratamiento psicoanalítico con relación a la transferencia en dos fases diferentes: la primera consiste en favorecer la presentación de la transferencia para poner en libertad los afectos reprimidos del enfermo; la segunda fase consiste en destruir esta transferencia, analizándola y descubriendo sus raíces infantiles, con lo que el enfermo busca objetos más apropiados que el médico para su satisfacción instintiva.

el mejor medio de tratamiento; le es muy penoso el tener que marchar al final de la sesión diaria. En casos poco sublimados de transferencia positiva se puede presentar hasta el ataque sexual del enfermo al médico. Por el contrario, en la transferencia negativa todo parece mal al enfermo: el aspecto físico del médico le es muy desagradable en conjunto o en alguno de sus detalles; el enfermo llega tarde al tratamiento; el estado psíquico o somático del enfermo empeora. En casos de transferencia negativa, el que el médico sea insultado por el enfermo es un hecho relativamente frecuente [1]. Concretando, el enfermo se comporta como una persona que está bajo el influjo de una tendencia afectiva que le impide ver la realidad con imparcialidad. Y ello ocurre en todos los casos de tratamiento psicoanalítico.

El enfermo, para aplicar sus afectos, no desconoce siempre la realidad, sino que más bien considera a esta realidad de un modo unilateral. Esquemáticamente: en caso de transferencia positiva, verá únicamente las cualidades buenas del médico; si la transferencia es negativa, le pasará lo mismo con las defectuosas. Una persona normal, en cambio, reconoce que en el médico coexisten vicios y virtudes.

Un afecto cualquiera de la transferencia no persiste durante todo el tiempo del tratamiento, sino que desaparece para dejar sitio a otro de forma diferente, que, a su vez, al cabo de algún tiempo, deja de existir. Y no es esto todo: la coexistencia de un afecto positivo y de otro opuesto al anterior es algo que se presenta frecuentemente.

La presencia de dichas reacciones en algunos casos las podemos considerar como "racionales". No nos asombra, por ejemplo, que una mujer joven considere con cariño y con respeto al médico que se ocupa de su curación y hasta que se enamore de él. Lo que es ya más extraño es que reacciones parecidas se presentan en todos los casos, sin distinción de edad ni de sexo.

Como objeto de transición entre la persona del médico y el mundo exterior le sirven al enfermo en la transferencia los familiares de aquél. La mujer, los hijos del médico son queridos u odiados, aun en los casos en que el enfermo no los conozca. También los objetos que rodean al psicoanalista, como la casa en que se hace el tratamiento, la calle, etc., son objeto de la transferencia.

[1] Véase *Crimen y castigo*, pág. 108.

El enfermo no presenta solamente este modo de reaccionar en la hora de tratamiento, sino que en el mundo exterior comete actos que demuestra que se halla bajo el influjo del estado de ánimo de la transferencia. El enfermo contrae amistades de un modo extraño; la manera como se enamora o maneja el dinero presenta algunas particularidades de las que el enfermo no se da cuenta, pero que llaman la atención del psicoanalista. El enfermo *vive* su psicoanálisis.

En psicoanálisis el enfermo no tiene ninguna relación con el médico fuera de la hora diaria del tratamiento. Y aun durante esta hora el enfermo no ve al médico, que está sentado detrás de él. El objeto de esta técnica es, en parte, el que el enfermo pueda proyectar con más facilidad todas sus pasiones en la persona del psicoanalista. No conociendo bien al psicoanalista, puede fantasear acerca de él y dotarle de todas las cualidades necesarias para satisfacer sus instintos. El médico es así bueno o malo, inteligente o tonto, interesante o despreciable, según el estado de ánimo del enfermo.

Intentaremos ahora explicar el origen de la transferencia. Sabemos que un neurótico es una persona en quien un afecto o complejo de afectos ha sido reprimido. Los síntomas son una satisfacción indirecta de instintos reprimidos. Ahora bien; esta satisfacción nunca es perfecta. Un histérico o un neurótico obsesivo sufren a consecuencia de su enfermedad, aun en el caso en que secundariamente aprovechen algunas de las ventajas que la enfermedad les produce. Además, el médico, en el tratamiento, analiza los síntomas y hace comprender al enfermo los instintos que en ellos realiza; impide, por lo tanto, que el enfermo desconozca lo que con ellos quiere. El médico, en el tratamiento, señala al enfermo los sitios en donde están situadas sus represiones. A consecuencia de esta labor quedan afectos en libertad, y estos afectos buscan un objeto en que exteriorizarse y satisfacerse. El enfermo considera inconscientemente al médico como el objeto más

V

EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO Y LA TRANSFERENCIA AFECTIVA

El enfermo neurótico, durante la hora diaria de tratamiento, debe comunicar al médico todo lo que se le ocurra, aun en el caso en que esto le sea desagradable, crea que no tiene importancia o le parezca sin sentido; no debe tampoco preocuparse de si, por expresar de dicho modo sus pensamientos, habla sin orden y sin seguir un tema determinado. Esta regla de conducta, que repetimos muchas veces durante el tratamiento y a la que damos una gran importancia, no es seguida nunca por el enfermo. El enfermo calla siempre algo.

En psicoanálisis se debe dar a entender al enfermo que para que el tratamiento tenga éxito es necesario sinceridad absoluta, y que el médico debe conocer toda la vida psíquica del enfermo, sin limitaciones de ningún género. Si el enfermo pretende conservar una parte de su vida psíquica para sí mismo, sin comunicársela al médico, ocurrirá lo mismo que en una ciudad donde se persigue a unos criminales y en la que hay ciertos edificios en que la policía no puede entrar porque hay leyes de asilo que se lo impiden. Podemos decir con seguridad casi perfecta que los criminales se encuentran en ese refugio inabordable.

En el tratamiento, parte de la personalidad psíquica del enfermo se resiste a librarse de su enfermedad y lucha en contra de la labor del médico. Estas resistencias del enfermo no son siempre

conscientes, sino que, por el contrario, las resistencias más importantes son las inconscientes.

Las resistencias a comunicar el material reprimido se dejan sentir durante toda la duración del tratamiento psicoanalítico. Cambian mucho de forma y de intensidad. Procuran pasar desapercibidas al médico y al enfermo. Si se las descubre en un sitio, huyen a otro lugar. La intensidad de las resistencias varía con la proximidad del material reprimido; cuanto más cerca este dicho material reprimido del plano de la consciencia, tanto más intensas serán.

Las resistencias son originadas por las mismas fuerzas que mantienen los instintos reprimidos en el inconsciente. Estas fuerzas represoras son las que se oponen al paso de los instintos reprimidos al plano de la consciencia. Por lo tanto, se oponen también a la labor del psicoanalista cuando éste intenta libertar a aquellos instintos.

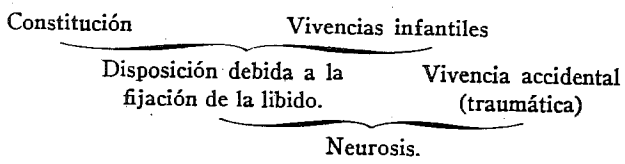
El enfermo acude al tratamiento empujado por las molestias que su enfermedad le produce. En el primero o primeros días de tratamiento el enfermo es una persona dispuesta a ayudarnos en todo lo que hagamos para librarle de sus molestias. Pero en el tratamiento ya algo más avanzado, vemos que la conducta del enfermo varía. En el enfermo hay algo más que las consideraciones racionales que le impulsan a librarse de su enfermedad. En la relación médico-enfermo empieza a verse claramente *la transferencia afectiva.*

La descripción de la transferencia es difícil por lo múltiple de sus formas. El enfermo presenta un afecto, que tiene al médico como objeto, de la serie: cariño, amistad, amor, etc., y entonces se llama *transferencia positiva,* o, por el contrario, se inclina más hacia el lado del odio, formando entonces la llamada *transferencia negativa.* No es posible la enunciación de las diferentes formas de exteriorizarse la transferencia por lo mismo que no se pueden enunciar las diferentes formas en que se presentan el amor, cariño, odio, etc. En los casos de transferencia positiva, por ejemplo, el enfermo considera al médico dotado de una capacidad maravillosa para entender sus conflictos; la inteligencia del psicoanalista le parece envidiable; cree que el psicoanálisis es

aisladamente y cómo en una edad más avanzada se organizan; hemos estudiado tres organizaciones diferentes: la oral, la anal y la genital. La libido no abandona en masa una organización para pasar a la inmediatamente superior, sino que queda siempre un resto de libido en organizaciones primitivas. En algunas zonas de estas organizaciones el resto libidinoso suele ser mayor de lo corriente, formando lo que llamamos *puntos de fijación* de la libido. La cantidad de libido retenida en los puntos de fijación dependerá de las dificultades que tenga que vencer en su evolución. Normalmente la cantidad mayor de libido llega a las organizaciones superiores. Ahora bien; si en estas organizaciones superiores no puede satisfacerse, porque la realidad le es desfavorable—es decir, si sufre un fracaso, como lo llamamos anteriormente—, entonces regresará a los puntos de fijación anteriores, del mismo modo que en la comparación del pueblo en emigración el núcleo avanzado regresa adonde se hallaban sus compañeros si en su camino tiene la desgracia de encontrarse con fuerzas enemigas superiores en número. El núcleo avanzado del pueblo, al retroceder, se adaptará de nuevo a las condiciones de los que habían quedado más retrasados. Lo mismo ocurre con la libido cuando regresa; busca entonces formas de satisfacción ya abandonadas, por la imposibilidad real de satisfacerse en una organización más adelantada.

Resumiendo los datos acerca del origen de la neurosis, podemos decir lo siguiente: Un individuo sufre un fracaso externo en su relación libidinosa con el medio ambiente. La libido insatisfecha es, a su vez, rechazada por el yo, constituyendo este rechazo el fracaso interno. Entonces se produce una represión de la libido y una regresión a fases anteriores del desarrollo. La libido que ha sido reprimida y ha sufrido una regresión es la que indirectamente se satisface en los síntomas.

FREUD resume en el siguiente esquema las condiciones de origen de las neurosis:



Pero hay que tener en cuenta que en los síntomas neuróticos no intervienen solamente las fuerzas sexuales, sino también las fuerzas psíquicas que provienen del yo y del super-yo. Generalmente un síntoma neurótico es una resultante de todas estas tres clases de fuerzas. Un ejemplo: Una enferma tiene vómitos histéricos a consecuencia de una fantasía de embarazo; la satisfacción sexual se halla representada por la idea del embarazo; la tendencia represora del yo, siguiendo mandatos del super-yo, se demuestra viendo el camino que ha seguido la tendencia sexual para satisfacerse. Es verdad que la enferma tiene una satisfacción sexual al creerse embarazada; pero el síntoma que produce no es un síntoma placentero, sino doloroso; se identifica con una embarazada en las molestias y no en el gozo. El yo tolera la satisfacción sexual a cambio del sufrimiento que el super-yo le impone.

En unos síntomas neuróticos domina la acción represora sobre la satisfacción instintiva, como, por ejemplo, en la impotencia masculina. Hay otras neurosis en las que la satisfacción sexual parece dominar la tendencia represora del yo, como son las perversiones.

neurosis existe una relación recíproca. A mayor intensidad del fracaso externo es necesario un fracaso interno menor para producir la neurosis, y viceversa. La enferma de FREUD enfermó de una neurosis porque al fracaso externo de las dificultades con el marido se añadió el fracaso interno de los deseos sexuales contra el yo. Si este fracaso interno hubiese sido de menor intensidad, es decir, si el yo de la enferma hubiese tolerado mejor la sexualidad, el fracaso externo necesario para producir la neurosis hubiese debido tener más intensidad; hubiese sido necesario, por ejemplo, que el marido fuese un individuo brutal que la tratase violentamente.

Los instintos reprimidos son los que, desfigurándose, originan los síntomas. FREUD hace una comparación para explicar la situación de las fuerzas represoras y de las fuerzas reprimidas en la actividad psíquica del enfermo. Supongamos dos habitaciones que comunican la una con la otra. En una de ellas se halla la consciencia; en la otra se encuentran las tendencias que procuran pasar a la habitación de la consciencia, ya que éste es el único camino posible para satisfacerse en la realidad. En la puerta que une las dos habitaciones se halla un vigilante que permite o no el paso de la habitación donde se hallan los contenidos inconscientes a la habitación de la consciencia. En psicoanálisis se designa a este vigilante con el nombre de super-yo. Para permitir el paso deben reunir las tendencias instintivas una serie de condiciones; si alguna tendencia es amoral, es rechazada. No por eso se anula la actividad de la tendencia rechazada, sino que ésta procura volver a abrirse paso desfigurándose o aprovechando un momento en que la vigilancia decrece. Esto último ocurre en el sueño, en el que hay más tolerancia para con los contenidos inconscientes; parece ser como si, al dormirse el yo, el vigilante que hemos supuesto quisiera también descansar y olvida en parte su labor.

Hay otro procedimiento que las tendencias reprimidas emplean para forjarse paso a la habitación de la consciencia. Este procedimiento es el de desfigurarse, tomando otro aspecto y consiguiendo así engañar al super-yo. Los síntomas neuróticos son los instintos

reprimidos que se han desfigurado y que logran así satisfacerse indirectamente.

La represión de los instintos sexuales trae como consecuencia, con bastante frecuencia, una *regresión* a organizaciones sexuales infantiles. Tengamos bien en cuenta estos dos conceptos, procurando no confundirlos: represión y regresión. Represión es el proceso que origina que un acto consciente se haga inconsciente por el influjo de fuerzas represoras. Regresión es el retorno desde una organización sexual determinada a otra organización sexual más primitiva. La represión indica en qué sistema psíquico se produce un fenómeno, es decir, si el proceso es consciente o inconsciente. La regresión es independiente del sistema psíquico y está en relación con el proceso evolutivo.

Para la más fácil comprensión de estos problemas, FREUD pone la siguiente comparación: Representémonos un pueblo en las edades primitivas. Supongamos, además, que a este pueblo, debido a que ha agotado los productos que el terreno producía o a que aspira a vivir en mejores condiciones, ya no le satisface el medio en que vive y decide trasladarse a otros lugares. Pero esta emigración no se realiza sin dificultades. En primer lugar, es difícil el adaptarse a un medio desconocido; en segundo lugar, tribus enemigas se oponen a la emigración y obligan a este pueblo a luchar con ellas. La emigración del pueblo tampoco se realiza en masa, sino que primeramente van unos individuos como exploradores; si éstos ven que las condiciones son favorables, entonces sigue el resto de la comunidad. También sucede que algunos de estos individuos se cansan de seguir adelante, y se establecen en un punto en que creen poder vivir con comodidad. El resto del pueblo sigue adelante; pero si por cualquier casualidad se encuentra con enemigos a los que no puede vencer, entonces retrocede adonde se hallan los compañeros rezagados y se establece con ellos.

Tracemos ahora un paralelo entre la emigración de este pueblo y la evolución de la libido. Como aquel pueblo, la libido también abandona sitios en los que ha permanecido en la infancia, para alcanzar organizaciones superiores. En el capítulo anterior hemos visto cómo los instintos libidinosos en un principio se satisfacen

En contra de estas tendencias se puso el resto de la personalidad de la enferma, produciéndose un conflicto entre las tendencias sexuales y las tendencias del yo. He aquí otro factor en la etiología de las neurosis: el *conflicto* entre dos tendencias psíquicas distintas de un individuo.

En todas las neurosis existe un conflicto entre dos tendencias distintas del individuo. Este conflicto trae como consecuencia el fracaso de fuerzas sexuales que son reprimidas.

El que en un conflicto intrapsíquico las fuerzas sexuales sean o no reprimidas no depende solamente de la naturaleza sexual de estas fuerzas, sino también de las circunstancias que rodean al yo. En el origen de las neurosis, tanta importancia como sexualidad tienen la formación y evolución del yo y del super-yo. FREUD pone el siguiente ejemplo, para aclarar estos conceptos: Representémonos el que en una casa de vecindad el portero y el propietario tienen cada uno una hija de edad aproximadamente igual. Estas dos muchachas juegan juntas en su primera infancia. Hay algunos juegos que excitan la actividad sexual, y durante algún tiempo las dos muchachas se masturban mutuamente. La evolución ulterior es la siguiente: la hija del portero abandona la masturbación en la edad en que aparece la menstruación; años más tarde satisface su libido tomando un amante o por procedimientos que, sin llegar al coito, satisfacen parte considerable de su sexualidad. La hija del propietario también abandonó la masturbación en la edad de la menstruación, pero esta masturbación ha originado en ella sentimientos de culpabilidad intensos. Su carácter no se ha desarrollado con tanta espontaneidad como en la hija del portero; en presencia de la sexualidad reacciona con asco. Es posible que vuelva a sentir un deseo irresistible de masturbación; pero si masturba, cree haber cometido un gran pecado contra su salud espiritual y corporal. La muchacha, al llegar a la edad en que hay que elegir marido, se casa siguiendo los deseos de sus padres. Después del casamiento se presenta la neurosis, que destruye todas las posibilidades de felicidad matrimonial. La neurosis le obliga a someterse a un tratamiento psicoanalítico. En el tratamiento se ve que la enfermedad es originada por la represión de la sexualidad, y que esta represión se originó a consecuencia de sus relaciones infantiles con la hija del portero.

Las fuerzas sexuales que originaron la neurosis son las mismas en las dos muchachas; el que una enferme y la otra no, es debido al desarrollo distinto de la personalidad. El yo de la hija del portero, obedeciendo a un super-yo más tolerante, permitía las tendencias sexuales y procuraba satisfacerlas ajustándose más o menos a las leyes sociales. En la hija del propietario la tolerancia fué mucho menor y la represión más intensa, originándose así la neurosis.

En la enfermedad de la hija del propietario el conflicto que originó la neurosis fué el comienzo de la vida matrimonial y la reactivación consiguiente de las tendencias sexuales. Esta reactivación de las tendencias sexuales originó un aumento de la represión por parte del yo, lo que provocó a su vez la neurosis manifiesta. El fracaso originado por las relaciones matrimoniales fué un fracaso que podemos llamar *fracaso externo*. Pero para que la muchacha enfermase, a este fracaso externo hubo de añadirse un *fracaso interno*, producido por las represiones anteriores de la enferma. Si ésta, antes del matrimonio, hubiese sido una persona normal y no enferma, la neurosis no se hubiese manifestado, ya que hubiese solucionado mejor el problema del matrimonio.

La misma distinción entre el fracaso interno y el fracaso externo la podemos hacer en la enferma de FREUD. En ella el fracaso externo fué originado por las malas condiciones del marido, que la obligaron a pedir el divorcio. Después de este fracaso externo en las relaciones conyugales, los deseos sexuales sufrieron un aumento de intensidad a consecuencia de la vida de abstinencia de la enferma. Entonces se produjo un conflicto de orden intrapsíquico entre el yo y los deseos sexuales. La resolución de este conflicto fué un segundo fracaso para los deseos sexuales. Este fracaso no se produjo entre los deseos sexuales y la realidad, como había ocurrido antes, sino entre los deseos sexuales y el yo. Aquél fué un fracaso externo; éste fué un fracaso interno.

Entre el fracaso externo y el fracaso interno como causas de

La enferma inconscientemente quería enseñar que había ocurrido algo y que existía realmente la mancha que debió existir.

El ceremonial obsesivo se manifestó al cabo de varios años de convivencia de la enferma con su marido. Al cabo de este tiempo se presentaron dificultades conyugales y la enferma pidió el divorcio. Fué entonces cuando apareció la obsesión.

Examinando este síntoma, podemos observar dos condiciones de la aparición del mismo. La primera condición es la *fijación en un trauma* psíquico; la enferma reproduce en su síntoma la escena de la noche de bodas que obró en ella traumáticamente. La segunda condición en la producción del síntoma es el que su *significado sea inconsciente.* En el momento en que por medio del psicoanálisis se llega a hacer consciente el significado, el síntoma desaparece. Siempre que nos encontremos delante de un síntoma cualquiera de una neurosis debemos pensar en la existencia de procesos inconscientes.

En la enferma de FREUD el deseo inconsciente era el deseo de reanudar la vida sexual con el marido sin las limitaciones que la debilidad sexual de aquél le imponían. Contra este deseo luchaba el yo de la enferma, que se negaba a seguir la vida conyugal a causa de las malas cualidades del marido. Por este último motivo la enferma tuvo que reprimir sus deseos sexuales. Pero los deseos sexuales reprimidos se abrieron paso en un síntoma, y la enferma llama todos los días a la sirvienta para enseñarla cómo la desfloración se ha efectuado. Sin embargo, los instintos sexuales reprimidos se han hecho tan desconocidos que la enferma no sabe lo que el síntoma significa.

Siguiendo el estudio de la producción del síntoma, vemos que la enferma de FREUD había llevado una vida normal hasta el momento en que se presentaron las dificultades conyugales, debidas a las malas cualidades del marido. Las malas cualidades del marido impidieron el que la enferma siguiese viviendo con él, y entonces procuró conseguir el divorcio, presentándose en este momento el síntoma.

La relación de la enferma con su marido había sufrido un fracaso. Este fracaso traía como consecuencia la necesidad de separarse del marido. A su vez, el separarse del marido significaba la necesidad de rechazar sus propios deseos sexuales o de tolerarse una satisfacción extramatrimonial. La enferma prefirió rechazar sus deseos sexuales.

He aquí otro factor en la etiología de las neurosis. La causa desencadenante de los síntomas neuróticos suele ser un *fracaso* en la vida real.

Es la libido insatisfecha a consecuencia del fracaso en la vida real la que se satisface indirectamente en los síntomas. El fracaso en la vida real tiene que ser de intensidad suficiente, por ser la libido capaz en alto grado de adaptarse a las condiciones de vida del sujeto y de cambiar un modo de satisfacción por otro. Los diferentes instintos sexuales de un individuo los podemos comparar al líquido que circula en unos canales comunicantes; si en uno de estos canales el paso no está libre, la corriente se desliza por los otros; si en el curso de la libido hay un obstáculo en una dirección, la libido sigue otro camino libre.

Una transformación que sufren los instintos sexuales a consecuencia del fracaso es el perder su carácter propiamente sexual y el emplearse en una función social. A este fenómeno se le conoce con el nombre de *sublimación.* Una muestra de dicha sublimación es la transformación que sufre el deseo de maternidad de una mujer soltera que por falta de belleza física no ha podido contraer matrimonio y que se dedica a cuidar huérfanos y a hacer otras obras de caridad. Seguramente gran parte de nuestra actividad social se debe a instintos sexuales que han sido sublimados por un proceso de educación.

Pero hay que tener en cuenta que la cantidad de insatisfacción sexual que un individuo resiste no es ilimitada. Para conservar la salud es necesaria cierta dosis de satisfacción sexual directa. Es posible que uno de los mayores defectos de la sociedad actual sea el que pretenda una sublimación exagerada de los instintos; parte del malestar que se siente en la cultura actual probablemente es debido a un proceso de represión sexual intensa.

En la enferma de FREUD el fracaso fué de la tendencia libidinosa, que quería reanudar las relaciones sexuales con el marido.

en la mujer, ya que la sexualidad masculina sigue concentrada alrededor del pene, como ocurría en la organización genital infantil. En cambio, en la mujer la sexualidad ligada al clítoris tiene que disminuir y la vagina tiene que llegar a ser el órgano más sensible. Este cambio en la evolución explica el por qué las afecciones de tipo histérico son más frecuentes en la mujer que en el hombre.

La excitación sexual del adulto va acompañada de un estado psíquico especial, de una sensación de tensión. Esta sensación de tensión le impulsa a seguir el camino de la excitación hasta la plena satisfacción libidinosa.

El estado especial de tensión puede originarse por tres causas distintas; por excitaciones que provienen del mundo exterior, como la vista de una mujer hermosa; por excitaciones internas de origen orgánico todavía no bien conocidas, y por excitantes psíquicos, como recuerdos, fantasías, etc.

Entre el sentimiento del placer producido por la excitación sexual y el placer final del coito existen diferencias. FREUD denomina al placer de la excitación *placer primario,* y al placer del coito en el momento de la eyaculación *placer final.*

El placer primario es el que procede de la excitación de las diferentes zonas erógenas. En la vida sexual del adulto las zonas erógenas funcionan originando un placer primario de tipo análogo al placer que causaban en la edad infantil.

Podemos decir de un modo esquemático que el coito reproduce rápidamente la evolución de la sexualidad individual. Empieza por la satisfacción oral del beso, sigue por las tendencias sadomasoquistas de la fase anal, como el estrechamiento de los dos cuerpos, roce de la piel, movimientos musculares, y termina, finalmente, en la excitación genital.

La sexualidad del adulto se satisface en el coito. La descarga libidinosa que acompaña al coito es seguramente el mayor placer que el ser humano tiene en su vida.

IV

MECANISMOS DE ORIGEN DE LAS NEUROSIS

Para el estudio de los mecanismos de origen de las neurosis vamos a apoyarnos en el ceremonial obsesivo ya citado en la enferma de FREUD. Esta enferma, durante varias veces al día, tenía que realizar el siguiente ceremonial: sentada delante de una mesa determinada, llamaba a la sirvienta. Hablaba con ella de modo que ésta estuviese delante de la mesa, y luego, con un motivo cualquiera, la despedía. La enferma comprendía lo absurdo que era este comportamiento, pero no podía dejar de realizarlo. Tampoco sabía los motivos que la impulsaban a obrar de este modo. Durante el psicoanálisis se llegó a conocer el significado del síntoma. La enferma se había casado joven con un hombre de bastante más edad. Durante la noche de bodas el marido había sido impotente. Varias veces fué el marido de su habitación a la de su mujer e intentó realizar el coito, fracasando todas sus tentativas en esa noche. A la mañana siguiente el marido derramó parte de un frasco con tinta roja en el sitio donde hubiesen debido estar las señales de la desfloración, al mismo tiempo que decía que le avergonzaba el que la sirvienta sospechase lo ocurrido durante su noche de bodas.

La enferma llamaba a su sirvienta sentada delante de una mesa con una mancha de tinta. Cuando la enferma realizaba su ceremonial, se identificaba con el marido, y lo mismo que aquél, se avergonzaba de que la sirvienta viese que había sido impotente.

las que conviven en la familia, como son los hermanos. Entre hermanos, además, son frecuentísimas las reacciones de rivalidad; generalmente, el primer nacido reacciona con odio hacia sus hermanos nacidos posteriormente. De todos es conocida la respuesta de aquel niño a quien le enseñaron el hermanito "que acababa de llegar de París". Contestó diciendo que lo devolviesen inmediatamente al punto de procedencia. El niño, hasta entonces hijo único, reacciona con odio y agresividad con respecto al hermano nacido posteriormente. Esta reacción del primogénito nos es comprensible, ya que a consecuencia del segundo nacimiento deja de ser el único cuidado.

En niños mayores estas reacciones de rivalidad suelen modificarse; es frecuente que el muchacho considere a la hermana como sustituta de la madre y emplee con ella el cariño que originariamente era de la madre; también es frecuente que la muchacha se identifique con su madre y cuide maternalmente a sus hermanos menores.

Los tabús del incesto de los pueblos salvajes son otra muestra de la intensidad del complejo de Edipo. El incesto es de los crímenes más castigados en los pueblos salvajes. Esto indica que en estos pueblos salvajes hay una tendencia intensa que les impulsa al incesto y que únicamente la presencia de un castigo fuerte impide el que esta tendencia se manifieste. En los pueblos primitivos o salvajes solamente personas muy privilegiadas pueden vencer el tabú del incesto y satisfacer de este modo sus instintos; así, los Faraones de Egipto y los Incas del Perú se casaban con sus hermanas.

El adulto normal ha vencido al complejo de Edipo. El adulto normal no quiere a la madre como mujer ni odia al padre como rival, sino que suele tener cariño hacia los dos. Veamos ahora cómo sucede este cambio.

de castigo. La experiencia de que hay una serie de satisfacciones instintivas que van acompañadas de castigo crea en el niño una asociación de ideas entre estas satisfacciones y el castigo. Antes de realizar el hecho punible, el niño ya se da cuenta de las consecuencias desagradables y por ello no se permite la satisfacción deseada. El niño ha creado de este modo una instancia psíquica inhibidora de la satisfacción instintiva.

La forma de esta instancia inhibidora dependerá de las reglas que al niño le impongan y del comportamiento de las personas que le rodean, sobre todo del comportamiento del padre. En líneas generales, podemos decir que el niño se identifica con el padre y crea en sí una instancia inhibidora que le representa y que asimila sus mandatos. En la niña la evolución es análoga.

Esta instancia psíquica inhibidora se conoce en psicoanálisis con el nombre de *super-yo*. Una pequeña parte de este super-yo es lo que vulgarmente se conoce con el nombre de conciencia; la parte mayor suele ser inconsciente.

El super-yo es una introyección de los padres. Lo mismo que los padres en la infancia, el super-yo dice al individuo lo que está permitido y lo que está prohibido. Entre lo prohibido se halla la satisfacción de los deseos de Edipo. El super-yo, como los padres a quienes representa, tiene también la facultad de castigar. Los remordimientos de conciencia son una muestra de estos castigos.

Una vez destruído el complejo de Edipo, el niño ha desexualizado sus relaciones afectivas para con los padres. Como resto de esta evolución, queda el cariño sin contenido sexual consciente.

En la pubertad los genitales dirigen la sexualidad. En el hombre el pene y en la mujer la vagina son los órganos que tienen la supremacía sexual y a los que están subordinadas todas las demás zonas erógenas.

La evolución sexual es en el hombre más clara y continua que

ARMY MEDICAL LIBRARY
WASHINGTON, D. C. U. S. A.

zación ulterior del desarrollo. Siempre queda cierta cantidad de libido fijada en la organización anterior.

El desarrollo de la sexualidad infantil no es un todo homogéneo, sino que entre los seis y los ocho años sufre una parada y una regresión que en psicoanálisis se conoce con el nombre de *período de latencia.* Después del período de latencia, la sexualidad sufre de nuevo un incremento y se presenta la pubertad con la organización genital característica del adulto.

La investigación por el niño de los problemas de la sexualidad es algo que empieza muy pronto. Es muy raro que el niño crea los engaños que sus padres le dicen respecto a la sexualidad. El niño crea teorías para explicarse la fecundación y el nacimiento. Dichas teorías se suelen apoyar en los datos que le suministran sus diferentes organizaciones sexuales. Las teorías más frecuentes suelen ser del siguiente tipo: Primeramente el niño cree que se tienen hijos comiendo algo especial; no se representa el papel del padre. Más tarde se da cuenta que el padre tiene alguna función en la fecundación, pero no sabe cuál. Si observa un coito, lo considera como un acto sadista del padre, como una violencia que éste comete con la madre. En lo que se refiere al nacimiento, primeramente cree que se realiza por el recto; después sustituye esta teoría por otra, creyendo que el feto sale a través del ombligo. Al lado de estas teorías típicas, existen otras muchas que se presentan con menor frecuencia.

El primer objeto que el niño empieza a querer en el mundo es la madre. La madre procura cubrir las necesidades del niño, consiguiendo así su amor. La elección de la madre como primer objeto amoroso se realiza lo mismo en el niño que en la niña. Después de esta primera fase, el niño sigue para la elección de objeto amoroso el camino que en psicoanálisis se conoce con el nombre de *complejo de Edipo.*

Según la tragedia de Sófocles, el oráculo de Delfos profetizó a Edipo el que mataría a su padre y el que se casaría con su madre. A pesar de las tentativas que Edipo llevó a cabo para huir su destizado.

El psicoanálisis afirma que el complejo de Edipo es algo que forma parte del inconsciente de todos los hombres. Lo mismo que en Edipo, existe en la infancia de todo hombre una tendencia que le impulsa a rebelarse contra el padre y a poseer a la madre. La tragedia de Sófocles causa una gran emoción, porque el inconsciente individual reacciona al contenido de la obra, identificándose con el protagonista por la comunidad de sentimientos. Este es el motivo por el que los lectores u oyentes de la obra de Sófocles acompañan el descubrimiento de las tendencias criminales de Edipo con una tal emoción; no es solamente el hecho de Edipo el que se va a aclarar, sino que es el propio inconsciente el que está en juego. De no ser así, no se comprende el valor artístico universal de aquella tragedia.

El complejo de Edipo ha servido de base a multitud de obras de la literatura universal. Ha sido reconocido por muchos psicólogos y literatos. DIDEROT escribe, refiriéndose a los sentimientos del niño: "Si se dejase abandonado a este pequeño salvaje (al niño), si éste conservase toda su imbecilidad y pudiese reunir a la pequeñez de la razón infantil la violencia de las pasiones de un hombre de treinta años, el niño torcería el cuello a su padre y se acostaría con su madre."

Son fáciles de observar en el niño las exteriorizaciones del complejo de Edipo. El niño quiere tener a la madre para sí solamente; siente celos cuando es acariciada por el padre; se alegra de la ausencia de este último. Muchas veces el niño expresa directamente estos deseos en palabras y en hechos; así, a veces se oye a los niños decir frases como el que se casarán con su madre cuando el padre se muera. Es frecuente que el niño desee observar cómo la madre se viste o se desnuda; en cambio, el interés hacia el padre suele ser mucho menor. Esto sucede, no solamente debido a la mayor severidad del padre, sino también en aquellos casos en que los dos progenitores emplean la misma dureza o cariño en la educación de su hijo.

En la niña suele suceder lo contrario de lo que ocurre en el

con un objeto. Estos componentes son el exhibicionismo, el placer de ver, el sadismo y el masoquismo.

El exhibicionismo y el placer de ver se presentan claramente en la edad infantil. El niño desconoce el sentimiento del pudor; el niño tiene un placer en enseñar su propio cuerpo y en ver el cuerpo de los demás.

El sadismo del niño es uno de los componentes sexuales que con más frecuencia interviene en el origen de las neurosis. El niño desea apoderarse de todo lo que ambiciona, quiere someter a su dominio a las personas y a las cosas que le rodean; su consideración al posible daño que puede hacer a los demás es nula. La compasión es un sentimiento que el niño primitivamente desconoce.

El masoquismo es el sadismo vuelto contra el propio yo. En la gran mayoría de casos el masoquismo del niño suele ser una reacción ante un ambiente desfavorable para la evolución psíquica del niño. Los castigos corporales frecuentes, como la excitación dolorosa de la región glútea, favorecen la presentación del masoquismo.

El instinto que proviene de cada una de las fuentes de la sexualidad infantil lo llamamos *instinto parcial;* así, un instinto parcial es el sadismo. El adulto tiende a reunir todos los instintos parciales en una organización genital. En el niño, aunque no tan intensamente como en el adulto, existe también cierta *organización de los instintos.*

En el niño podemos distinguir tres organizaciones sexuales diferentes: la oral, la anal-sadista y la genital.

En la organización oral la función sexual está íntimamente ligada a las funciones nutritivas. La zona erógena que dirige esta organización es la boca. La tendencia sexual es la introducción del objeto deseado dentro del cuerpo a través de la boca.

A pesar de que esta organización dura poco tiempo, deja huellas profundísimas en toda la vida psíquica. Un resto de esta organización oral es el beso, con toda la importancia que tiene en la vida amorosa de los pueblos civilizados. Otra muestra de las huellas intensas de esta organización es la costumbre de los pueblos salvajes de comerse el corazón, el cerebro, los testículos de los enemigos muertos, para adquirir la valentía, sabiduría, fuerza, etcétera, de éstos. En el lenguaje existen también locuciones que expresan la importancia de la organización oral, como: "¡Te comía!", "¡No te puedo tragar!", "¡Se me ha indigestado!", "¡Cuando la veo, me dan náuseas!".

Deja huellas tan intensas la organización oral en la vida amorosa, que muchas veces es objeto de represión por motivos sexuales. Así, MALINOWSKI describe la vida amorosa de los salvajes de las islas Trobiand, en el Pacífico, y cuenta que a las muchachas les está permitido tener relaciones genitales, pero les está severamente prohibido comer públicamente con su amante. Si la muchacha y su amante quieren comer juntos, tienen que hacerlo ocultándose de los demás y procurando que sus padres no se enteren. Solamente después del casamiento oficial es cuando pueden comer juntos en presencia de los demás, sin recatarse.

En la organización anal-sadista la función sexual está centrada alrededor de la zona erógena del ano. Es en esta fase de su evolución libidinosa cuando el niño tiene que aprender a dominar sus funciones excrementicias y a someterlas a las reglas que el ambiente familiar dicta. En esta fase se presentan con mucha frecuencia trastornos en el dominio de las funciones excrementicias, que son un modo de reaccionar del niño frente a un suceso o a un ambiente que le es desagradable. Dos ejemplos. Una niña de dos años es completamente limpia, excepto en los días en que su familia recibe invitados a cenar; en estos días la niña se ensucia en la cama. El comportamiento es una consecuencia del odio y de la envidia que los invitados despiertan en ella. Otra niña de la misma edad se orina las noches en que es llevada a acostar por la sirviente. En cambio, las noches en que la madre acuesta a la niña, ésta duerme tranquilamente, sin que ocurra ninguna "desgracia".

En la organización genital, el pene o el clítoris dominan los instintos sexuales.

La evolución sexual del niño empieza en la organización oral, sigue por la anal y termina en la genital. La subordinación de los instintos a la zona erógena principal en cada una de estas organi-

III

LA VIDA SEXUAL

El estudio de las neurosis y de las perversiones obligó al psicoanalista a fijarse en la infancia y al estudio de la *sexualidad infantil*. Después de bastantes discusiones, la existencia de la sexualidad infantil se halla ya admitida por la gran mayoría de los investigadores.

La existencia de la sexualidad infantil no ha sido un descubrimiento del psicoanálisis; algunos médicos y pedagogos ya la habían observado antes y se habían ocupado de ella. La labor del psicoanálisis ha sido el estudiarla intensivamente, revelar su gran importancia y describir sus diferentes formas. Por su gran papel en la etiología de las neurosis, nos extenderemos en su descripción.

La sexualidad infantil no es un todo homogéneo. Tiene distintos componentes y modos diversos de manifestarse. La energía sexual no procede solamente de una zona corporal, sino que se origina en diferentes partes del cuerpo. Llamamos *zonas erógenas* a aquellos órganos o partes del cuerpo en las que se origina energía sexual. A la energía sexual misma la llamamos *libido*.

Una de las zonas erógenas del niño se halla situada en los genitales. En el niño la zona erógena genital reside principalmente en el pene o en su equivalente anatómico, en el clítoris; pero no en la vagina. La vagina en la infancia no suele producir excitaciones sexuales.

bación. La masturbación infantil suele tener distintas formas. Así, es frecuente que en la niña la masturbación no sea manual, sino el que la realice por otros procedimientos, como el apretar los muslos el uno contra el otro. Este tipo de masturbación femenina persiste también con relativa frecuencia en la mujer adulta.

El placer sexual que el niño siente en la masturbación no puede compararse al producido en el orgasmo del adulto. El orgasmo genital del adulto indica la existencia de una organización de los instintos que en la primera infancia no existe o es rudimentaria.

Otra zona erógena es la zona anal. El niño no mira primitivamente al excremento como algo desagradable, sino que lo considera como a una parte de su cuerpo; es fácil de observar en el niño, en las primeras edades, una tendencia a jugar con los excrementos. El asco al excremento se presenta en edades más avanzadas, y es, en parte, consecuencia de la educación.

En la pubertad la importancia de la zona erógena anal disminuye mucho. Sin embargo, es frecuente la existencia de adultos que nos comunican el placer que sienten en la defecación. También con relativa frecuencia existe en el adulto un tipo de masturbación anal. El coitó anal de los homosexuales es otra muestra de la erogeneidad de esta zona.

En el niño la importancia de la zona anal es muy grande. La presencia de catarros, parásitos u otras enfermedades intestinales puede traer como consecuencia una fijación de la libido en esta zona anal y secundariamente trastornos en la evolución psíquica del niño.

Una tercera zona erógena es la zona oral. La mucosa excitable es la de los labios, lengua, mejillas, etc. El objeto sexual es primitivamente el pecho de la madre y después se extiende a toda clase de objetos o partes del cuerpo del niño, como su dedo. El chupeteo es una exteriorización de la erogeneidad de dicha zona; el niño chupa algo, no por alimentarse, sino por el placer que le produce. En el adulto la zona oral ha perdido gran parte de su importancia primitiva; sin embargo, el beso es una exteriorización de la sexualidad oral.

Hay componentes de la sexualidad infantil en relación íntima

claridad. A veces se suele despertar del sueño con angustia; otras veces el contenido manifiesto del sueño es francamente desagradable. En los casos en los que el soñante despierta del sueño con angustia, esta angustia no proviene del sueño en sí, sino del modo de reaccionar su yo frente al contenido del sueño. Nuestra enferma, cuando soñó el que se hallaba en una casa de prostitución, se despertó angustiada. Era su yo el que reaccionaba con angustia frente al sueño, pero el sueño en sí satisfacía deseos de la enferma de llevar una vida sexual sin inhibiciones. En cuanto a los sueños de contenido manifiesto desagradable, llevan oculta también la satisfacción de un deseo, pero este deseo no ha llegado a formar parte del contenido manifiesto. Pero en la interpretación se encuentra dicho deseo.

La segunda actividad del sueño es *convertir en vivencias lo que eran pensamientos*. Se tiene ganas de beber agua y se sueña que se está bebiendo agua. Nuestra enferma desea satisfacer sus deseos sexuales sin inhibiciones y sueña con una casa de prostitución. La misma enferma piensa que está en psicoanálisis y sueña que estamos en un laboratorio realizando un análisis. El sueño convierte los pensamientos abstractos en hechos concretos.

La tercera actividad del sueño es la *condensación*. De varios pensamientos latentes el sueño hace uno solo en el contenido manifiesto. Esto ocurre, por ejemplo, cuando en el sueño se presenta una persona que tiene el aspecto de A, pero que está vestida como B, realiza una ocupación propia de C, y, al mismo tiempo, el que sueña tiene la sensación de que es la persona D. Esta persona del contenido manifiesto representa a las cuatro de los pensamientos latentes; el sueño ha condensado a las cuatro personas en una. El sueño representa con un solo elemento del contenido manifiesto varios elementos del contenido latente; es éste el motivo de que los sueños sean generalmente breves.

La cuarta actividad del trabajo del sueño es el *desplazamiento*. El sueño, en vez de indicar una cosa por sí misma, la indica por medio de una alusión. Esta actividad es una consecuencia de la censura que rechaza algunos contenidos y que solamente los admite en una alusión ligera. Nuestra enferma en el sueño de la bala perdida no sueña que nos mata, sino que hay una bala perdida que nos mata. En el sueño sucede lo mismo que en la vida real, cuando no se puede atacar directamente a una persona: entonces hay que recurrir a alusiones para poder pasar la censura.

El número de las cosas que en el contenido manifiesto del sueño tienen una traducción simbólica no es muy grande. Dichas cosas son: el cuerpo humano, los padres, los hermanos, los niños, el nacimiento, la muerte, la desnudez y los genitales. De las actividades es la sexual la que está simbolizada con más frecuencia.

Ante la imposibilidad de citar todos los símbolos y presentar ejemplos de los mismos en el sueño y en la producción artística de toda clase, nos limitaremos a dar una sola prueba de su existencia mediante un trozo de un romance popular castellano moderno. En este romance el número tres de los segadores que luego se convierten en uno simboliza la potencia viril; el coito está representado por una faena agrícola: el segar; el rey simboliza seguramente al padre que priva de libertad sexual a su hija:

Un rey tenía una hija
en un castillo encerrada.
Ya se pasaron siete años,
y abrieron siete ventanas.
Cuando a la una, cuando a la otra,
se ha subido a la más alta
y ha visto tres segadores
segando trigo y cebada.
—Buenos días, segadores.
—Buenos días, la llegada.
—De parte de mi señora,
que se vayan por su casa.

.....

¿Dónde vive? ¿Dónde mora?
¿Dónde me iré yo a buscarla?
—Allá arriba en el castillo
y en la ventana más alta.
—Buenas tardes, mi señora.
Buenas tardes, la mi ama.
¿A qué soy aquí llamado?
¿Tiene seca la cebada?
—La cebada que yo tengo
no está en llano, ni en cotarra,
que está en mi vallejito,
debajo de la mi halda.

Siega, siega, segador;
siega, que no vales nada;

.....

Segó catorce gavillas,

.....

Para la comprensión del mecanismo del sueño basta con los ejemplos citados [1]; en los otros sueños, tanto de personas normales como de enfermos, el mecanismo es análogo.

Estudiemos ahora el sueño de un modo general, ocupándonos primeramente de la nomenclatura. Se llama *contenido manifiesto* a la forma que presenta el sueño, tal como el soñante nos lo cuenta —en el sueño del "análisis", la narración que de él nos hizo la enferma—. *Contenido latente o pensamientos del sueño* a los pensamientos que después de la interpretación hallamos que han sido el origen del sueño—en el sueño del "análisis", los deseos de la enferma de abandonar el psicoanálisis y de no tener que agradecernos nada—. *Trabajo del sueño* al mecanismo psíquico que convierte el contenido latente en el contenido manifiesto. *Interpretación,* por el contrario, es el camino que seguimos para llegar del contenido manifiesto al contenido latente. *Censura* es la fuerza que impide que ciertos pensamientos del sueño pasen a formar parte del contenido manifiesto sin sufrir una deformación.

Vamos a partir ahora de los pensamientos latentes y estudiar qué mecanismo psíquico sigue el sueño para formar el contenido manifiesto del mismo. Vamos a estudiar el trabajo del sueño.

En primer lugar, *el sueño es la satisfacción de uno o varios deseos.* Esta satisfacción se ve claramente en los sueños de tipo infantil. También se ve, pero después de una interpretación, en los sueños deformados del adulto. En el adulto el deseo que se satisface suele ser un deseo sexual y además de un tipo de sexualidad infantil.

Hay sueños en los que la satisfacción del deseo no se ve con

[1] En *Los restos diurnos, el sueño y la neurosis* citamos varios sueños con su interpretación.

Respecto a la *plata,* las ocurrencias son: la molesta el que no pueda pagar el psicoanálisis. La enferma sigue diciendo: nosotros encontramos algo que la pertenece y que tiene el valor de la plata. Por tanto, dándonoslo le sirve para compensar la molestia que le supone no poder pagar el psicoanálisis. De este modo nos paga y ya no tiene que agradecernos un tratamiento que le origina conflictos.

La enferma sigue contando su sueño del siguiente modo: ella se marcha a Aachen o a Weimar; nosotros nos quedamos con el trozo de plata y lo exponemos y enseñamos a nuestros colegas, como suelen hacer los médicos con las piezas anatómicas de un hospital. Los médicos suelen exponer lo que han encontrado en los enfermos; nosotros también hacemos lo mismo, convencidos de haber hallado la causa de su enfermedad. Ya hemos visto que en este algo la enferma no cree. Pero no nos contradice; por el contrario, deja que nos alabemos, enseñándolo a nuestros colegas, a cambio de que la dejemos marchar.

Con estos antecedentes podemos llegar a una interpretación del sueño. El análisis significa el psicoanálisis. Ya hablamos del deseo de la enferma de dejar el psicoanálisis; este deseo se traduce en el sueño de dos modos distintos: se deja tratar por una mujer y no por nosotros; además, va a una ciudad donde nosotros no estaremos nunca. Cuando manipulamos en su análisis la enferma se ríe. Se ríe porque cree que no vamos a encontrar nada. Se queda muy extrañada cuando encontramos algo. Este algo significa las cualidades que originan su enfermedad. Pero la enferma no cree que realmente tenga esas cualidades. Es decir, nosotros suponemos que hemos encontrado algo, pero nos equivocamos. Sin embargo, nos deja en nuestro engaño. Exponemos a nuestros colegas los resultados del análisis, y aunque ella cree que son falsos, hace como si se asombrase, porque así puede satisfacer sus deseos de marcharse. Además, la plata tiene la significación de pagar el tratamiento que hasta ahora hemos realizado.

Hemos llegado también a encontrar la significación de este sueño. Como los otros sueños que hasta ahora hemos visto, en su origen intervinieron deseos que tendían a satisfacerse. Los deseos motores de este sueño fueron el deseo de abandonar el tratamiento psicoanalítico y el deseo de no tener que agradecernos nuestro trabajo y las mejorías conseguidas. En el sueño la enferma satisface estos deseos marchándose y no sólo esto, sino que además indirectamente nos remunera el trabajo que habíamos realizado.

La enferma era incapaz de exteriorizar estos pensamientos de un modo consciente. Siempre que se la ocurría pensar en abandonar el psicoanálisis rechazaba este pensamiento por considerarlo falto de lógica, ya que su estado psíquico había mejorado mucho. Unicamente en su sueño fué más tolerante para con dichos deseos. Aun así, el sueño estaba deformado para que la satisfacción fuese incomprensible [1].

Muchas veces en el contenido manifiesto del sueño hay elementos respecto a los cuales el sujeto que soñó no tiene ninguna ocurrencia. Aunque el psicoanalista insista, el sujeto de observación nos contesta que no recuerda nada relacionado con dichos elementos del sueño. Lo más extraño es que estos mismos elementos aparecen en el contenido del sueño de otra persona, y ésta tampoco tiene ocurrencias para interpretarlos. Por dicha cualidad llamó FREUD a estos elementos *elementos mudos* del sueño.

FREUD intentó interpretar estos elementos mudos del sueño. Para ello estudió los cuentos populares, los mitos, los chistes, el folklore, la representación artística en la pintura y en la poesía, el lenguaje, etc., y vió que en estas producciones se presentaban también estos elementos y que tenían una significación determinada. Fué esta significación la que FREUD empleó para la interpretación de los elementos del sueño. FREUD halló que esta significación se ajustaba también al sueño y además que esta significación es la misma en los sueños de todos los individuos, habiendo una relación constante entre el elemento mudo y su significación.

A dicha relación constante entre un elemento mudo y su significado la llamó FREUD relación simbólica. Al elemento que presentaba esta relación lo llamó *símbolo.*

[1] En el *Proceso de la curación en el psicoanálisis* exponemos la historia completa del tratamiento psicoanalítico y el proceso de la curación de esta enferma.

rrencias del enfermo y sus síntomas. Con este método, paso a paso, se logra hallar los deseos que se satisfacen en los síntomas.

El procedimiento que se sigue para hallar el significado del sueño es parecido. Se pregunta también al soñante sus ocurrencias con respecto al sueño. Pero, siguiendo este procedimiento, no intentamos interpretar el sueño en su conjunto desde el primer momento, sino que lo dividimos en sus diferentes elementos y hacemos que el sujeto nos cuente las ocurrencias que cada elemento del sueño le sugiere. No nos preocupamos del número de ocurrencias, sino que decimos al sujeto de observación que nos debe comunicar todas ellas, sin callar ninguna, aun en el caso de que esto le sea desagradable, piense que no tiene importancia o le parezca sin sentido. Hacemos hincapié en esta regla y le explicamos el por qué justamente las ocurrencias que quiere rechazar son las que contienen una de las claves del sueño. Es lo mismo que si a un niño le pedimos que nos enseñe lo que tiene escondido en la mano; si se resiste a enseñárnoslo, podemos en seguida pensar que esconde algo interesante.

Vamos a exponer ahora un ejemplo de interpretación de sueño, siguiendo este procedimiento. No haremos una interpretación completa, sino solamente una interpretación superficial, pero que aclara los puntos anteriores. Es un sueño de la misma enferma que también soñó el de la casa de prostitución y el de la bala perdida.

Como antecedentes citaremos que la enferma lo soñó en una época en que, por motivos neuróticos infantiles, se resistía al tratamiento psicoanalítico. Uno de sus deseos era terminar cuanto antes el tratamiento; no la importaba seguir con su neurosis, si conseguía abandonar el psicoanálisis. El inconsciente reprimido de la enferma que nosotros tratábamos de hacer consciente, la originaba conflictos que en parte se presentaban en esta forma de resistencia al tratamiento. En dicha época soñó lo siguiente:

"No estoy tratada por usted, sino por una señora. Usted está en una especie de laboratorio y maneja unos tubos, como tubos de ensayo. Al final de sus manipulaciones sale de estos tubos una cosa que reluce mucho y que parece ser plata; me alegro mucho de ver lo que usted ha encontrado. Usted me dice que me debo marchar a Aachen o a Weimar y da un puñetazo en la mesa, como si estuviese enfadado. Durante el sueño, mientras usted maneja los tubos de ensayo, la mujer que me trata y yo nos reímos."

El sueño es incomprensible. Intentemos ahora interpretarlo y preguntemos a la enferma qué es lo que se le ocurre con respecto a cada elemento del sueño. La dejamos empezar por donde quiera.

Empieza diciendo que *Aachen y Weimar* son dos ciudades adonde nosotros seguramente no iremos nunca; ayer estuvo pensando en la posibilidad de buscar una ocupación en estas ciudades y de marcharse allí (la enferma era alemana y el tratamiento lo llevábamos a cabo en Berlín).

Respecto a *la mujer que le trata* en el sueño, se la ocurre pensar el que cuando vino al Instituto Psicoanalítico en busca de tratamiento, la dijeron que no debía ser tratada psicoanalíticamente por una mujer, sino por un hombre; que para ella el tratarse por una mujer, por la índole de su enfermedad, no sería conveniente.

Veamos estas dos ocurrencias. La enferma se deja tratar por otra persona y no por nosotros; además, por una persona que no le tratará bien. También piensa en marcharse a otras ciudades, donde, según ella, nosotros no estaremos nunca. Es natural pensar que el deseo de abandonar nuestro tratamiento es uno de los que originaron el sueño.

Con respecto a *laboratorio,* se la ocurre que en dicho laboratorio nosotros buscamos las vivencias que originaron su enfermedad. El hacer un análisis del sueño simboliza el hacer un psico-análisis en la realidad.

Cuando nosotros manejamos los tubos de ensayo, ella y la mujer que la acompañan se ríen de nosotros. Se la ocurre pensar que de nuestro análisis no va a resultar nada. Se ríe de la inutilidad de nuestras manipulaciones.

Se queda muy extrañada cuando, finalmente, obtenemos *algo muy resplandeciente, parecido a la plata.* Respecto a esto se la ocurre que lo obtenido son ciertas cualidades suyas, de las que últimamente hemos hablado y que son las causantes de las últimas resistencias en el psicoanálisis. Pero la enferma no cree en la existencia de dichas cualidades. Su existencia es una opinión nuestra a la que ella no da ningún valor.

En el de la casa de prostitución el deseo se presenta claramente en el sueño, pero la enferma no lo reconoce como suyo. En el de la bala perdida el deseo se presenta encubierto, ya que no es la enferma la que dispara la bala que nos mata, sino que no se sabe de dónde viene esta bala. En el del servicio amoroso el deseo no se expresa en el sueño; en lugar de este deseo se oyen solamente murmullos. A pesar de las deformaciones que estos sueños han sufrido, hemos logrado averiguar el deseo que los originó. Conociendo este deseo, comprendemos también el porqué de la deformación del sueño; las soñantes no querían reconocer sus deseos de llevar una vida sexual sin limitaciones o de matarnos. El deseo era un deseo inconfesable, un deseo que el yo consciente de las soñantes rechazaba o quería rechazar. Por este motivo el yo deformó al sueño.

Para comprender mejor esta deformación del sueño hagamos, con FREUD, una comparación. Representémonos un país cualquiera en época de dictadura. En dicho país los periódicos están censurados. Si son de la oposición estos periódicos presentan espacios en blanco, es decir, espacios en los que lo impreso ha sido tachado por la censura [1]. Nos damos cuenta que justamente allí se encontraban las noticias más interesantes. Podemos comparar estos espacios en blanco con los murmullos en el sueño del servicio amoroso. Otras veces estos periódicos de la oposición nos cuentan historias extrañas; escriben, por ejemplo, que el emperador de la China ha sido destronado a causa de su tiranía; también el que en el país vecino, que está asimismo sometido a una dictadura, la vida se hace imposible y los súbditos emigran en masa. Los lectores de dichos periódicos se dan cuenta de que realmente no se trata del emperador de China, ni del estado vecino, sino que lo que verdaderamente se critica es la situación del propio país. Algo parecido sucede en el sueño de la bala perdida; la enferma, cuando sueña que alguien desconocido ha disparado la bala que nos mata, nos quiere decir que tiene deseos de matarnos.

FREUD aprovecha este paralelo entre la política y el sueño y llama también *censura* a la fuerza que se opone a que los pensamientos que luchan contra las tendencias conscientes de un individuo pasen al contenido del sueño sin ser deformados.

[1] Actualmente la técnica tipográfica permite la supresión de dichos espacios en blanco en los periódicos censurados.

Recapitulemos los datos que hemos conseguido hasta ahora en el estudio del sueño. Primeramente, los sueños infantiles o de tipo infantil del adulto son claramente la satisfacción alucinatoria de un deseo. En segundo lugar, los sueños deformados del adulto; éstos son también la satisfacción alucinatoria de un deseo, pero esta satisfacción no se observa tan claramente, porque el sueño ha sufrido una deformación. Dichos sueños han sido deformados, porque el deseo que los originó era un deseo amoral, un deseo al que se oponían el resto de las tendencias del yo del soñante. Para hallar el deseo origen del sueño tuvimos que someterlos a una interpretación.

Anteriormente vimos que algo parecido sucedía con los síntomas neuróticos que estudiamos. En los síntomas neuróticos había también un deseo que había sido reprimido y que tendía a su satisfacción. La represión era debida a que al deseo se oponía el resto de las tendencias del yo. A consecuencia de la represión el deseo insatisfecho se satisfacía en los síntomas de un modo desconocido al individuo enfermo.

Con estos antecedentes podemos pensar que lo mismo que los síntomas neuróticos y los sueños citados, todos los sueños tienen un significado, pero que este significado no aparece claramente, porque ha sido reprimido por la censura del yo. Para comprender al sueño hay que hallar este significado.

El sueño, como la neurosis, nos ofrece un problema que queremos resolver. Hallar el significado de los síntomas neuróticos supone la curación del enfermo y al mismo tiempo un aumento de nuestros conocimientos psicológicos. El problema del sueño es parecido. Ahora bien, ¿qué procedimiento podemos seguir para hallar el significado del sueño?

En psicoanálisis se sigue el siguiente procedimiento para hallar el significado de los síntomas neuróticos: se hace que el enfermo cuente todas sus ocurrencias, todos sus pensamientos, sin rechazar ninguno. Poco a poco se va estableciendo una relación entre las ocu-

Esta misma enferma, en otra época de su tratamiento, sueña: *"Hay jaleos políticos"*. El sueño lo tuvo en la época inmediatamente anterior a la proclamación de la República en España; por tanto, en una época en que estos sucesos eran corrientes. *"Yo* (la enferma) *dirijo una manifestación que pasa por delante de su casa en el momento en que usted sale; en esto se oye un tiro y usted cae herido; corro a socorrerlo, pero cuando llego a su lado usted ya está muerto"*. En la época en que la enferma soñó lo anteriormente citado, su tratamiento psicoanalítico se encontraba en una fase de resistencia. Por motivos infantiles que no es necesario describir ahora, la enferma hacía todo lo posible para impedir que su psicoanálisis avanzase; nos decía que nosotros no comprendíamos su dolencia y que lo mejor que podía hacer era abandonar el tratamiento y marcharse, aun sin curarse. Después de estos antecedentes y con el sueño de una manifestación que la enferma dirige y de la que parte una bala que nos mata, es lógico pensar que el sueño satisface deseos de muerte que la enferma tenía para con nosotros. Comunicamos esta interpretación a la enferma, diciéndola que seguramente era ella la que disparó la bala que causó nuestra muerte. La enferma nos contestó diciendo que no se es responsable de lo que se sueña y aceptando de este modo tácitamente nuestra interpretación. Pero no nos hubiese extrañado nada si se hubiese negado a aceptarla y hubiese hecho protestas de inocencia, como sucedió con su sueño anterior.

A este sueño lo llamaremos el sueño de la bala perdida. En él el deseo que se satisface no se presenta con tanta claridad como en los sueños que hasta ahora hemos citado. La enferma tiene deseos de nuestra muerte, pero no sueña que nos mata, sino sueña que hay una bala perdida que nos mata. Es decir, el sueño ha sufrido una deformación, debido a que su contenido es rechazado por el yo de la enferma.

Vamos a referir ahora un sueño citado por FREUD. Se trata de un sueño de una señora austriaca, de unos cincuenta años. El sueño lo tuvo en la época de la guerra mundial. Es el siguiente:

Va a un hospital militar y dice al sargento de guardia que desea hablar con el comandante médico, pues quisiera realizar un servicio en este hospital. Al pronunciar la palabra "servicio" lo hace de modo que el sargento se dé cuenta de que se trata de un "servicio amoroso". Antes de dejarla pasar el sargento titubea un poco, pues ella es ya una mujer de edad y, por tanto, no apta para servicios amorosos. Entra, pero en vez de ir al sitio donde está el comandante médico, llega a una habitación donde hay muchos oficiales y médicos militares. Explica su deseo al capitán médico; éste la comprende en pocas palabras. Ella se expresa del siguiente modo: "Yo, y también muchas señoras y muchachas, estamos dispuestas a... (aquí la soñante no oye más que murmullos en el sueño) con oficiales y soldados de todas clases, sin distinción de grados ni clases". A pesar de los murmullos, los que están en la habitación comprenden perfectamente lo que quiere decir; ella lo nota en las caras que ponen. Continúa diciendo: "Sé que les extraña a ustedes nuestra resolución, pero está seriamente pensada. Al soldado en el campo de batalla tampoco se le pregunta si quiere morir o no". Después de esto sigue un momento de silencio penoso. El capitán médico le pone el brazo alrededor de la cintura y dice: "Represéntese usted, señora, el que verdaderamente se llegue a realizar, que ustedes..." (murmullos en el sueño). Ella retira el brazo del oficial, mientras piensa que todos los hombres son iguales, y añade: "¡Dios mío!, yo ya soy una mujer vieja y tal vez conmigo no suceda nada. Además hay solamente una condición, y es el tener en cuenta la edad, para que no ocurra que una mujer vieja y un muchacho joven... (murmullos en el sueño) ... Esto sería horrible". El capitán médico: "La comprendo perfectamente..." El sueño sigue.

Llamaremos a este sueño el sueño del servicio amoroso. Lo más interesante del sueño son los momentos en que su contenido es borroso; la soñante y el capitán médico no hablan claramente, como hasta entonces, y en el sueño sólo se oyen murmullos. Este sueño parece ser la satisfacción de un deseo sexual inconfesable; en los momentos en que se va a especificar el deseo, el sueño se oscurece. A pesar de dicha oscuridad, entendemos perfectamente lo que la enferma quiere decir con "servicio amoroso".

Tengamos ahora en cuenta estos tres últimos sueños: el de la casa de prostitución, el de la bala perdida y el del servicio amoroso.

Otra característica de estos sueños es que son la satisfacción clara y directa de un deseo. En el sueño, Hermann se come las cerezas y la niña pasea durante toda la noche en barca; es decir, realizan algo que ellos anhelaban vivamente.

La satisfacción de los deseos en los sueños citados reviste caracteres típicos. Hermann, en el sueño, se ve verdaderamente comiendo las cerezas. En el sueño alucina las cerezas y el agradable sabor de ellas. La fuerza que originó el sueño fué un pensamiento como el que sigue: "Quisiera comerme las cerezas, en vez de regalárselas al tío". En el sueño este pensamiento se convierte en una realidad alucinatoria: "Hermann come las cerezas". Lo mismo sucedió en la niña; el pensamiento que originó su sueño fué: "Quisiera seguir navegando"; en el sueño, navega. Es decir, el deseo motor del sueño se ve satisfecho en él.

Con estas consideraciones nos podemos representar rápidamente la situación psíquica del niño en el momento en que va a dormir. En dicho momento obran en el niño dos tendencias distintas: una es el cansancio y la necesidad de dormir; otra es el deseo insatisfecho, el deseo de comer las cerezas o de ir en barca. Para poder dormir el niño tiene que abandonar al deseo. Pero, por otra parte, el deseo insatisfecho quiere satisfacerse sin consideraciones al cansancio diurno; todos sabemos cómo a veces un deseo intenso insatisfecho impide el dormir. El sueño concilia las dos tendencias; el niño duerme soñando que satisface su deseo.

Pasemos ahora del niño al adulto. En los adultos, a veces se dan sueños en los cuales se ve claramente que son la satisfacción de un deseo corporal. A estos sueños los llamamos sueños de tipo infantil. Así, conocemos sueños de personas que, habiéndose acostado con sed o con hambre, sueñan con ríos caudalosos de agua transparente o con banquetes espléndidos. Este tipo de sueño suele ser relativamente frecuente en los exploradores de regiones desérticas, que por un motivo cualquiera se ven privados de alimentos o éstos son monótonos. Otro tipo de sueños, en los que se satisfacen necesidades corporales, son los sueños acompañados de polución; un individuo con excitación sexual suele soñar que está con una mujer bonita y que realiza el coito con ella, presentándose

la polución al final del sueño. Estos sueños acompañados de polución satisfacen realmente la necesidad orgánica que los originó. No sucede lo mismo cuando, teniendo sed o hambre, se sueña con ríos caudalosos o con banquetes espléndidos; en este caso el sueño sólo consigue engañar al durmiente durante un tiempo mayor o menor, pero no logra acallar la sed o el hambre.

Hay otros tipos de sueños de adultos que también son comprensibles y que también son la satisfacción de un deseo. Por ejemplo, es frecuente que estando durmiendo y habiendo oído el despertador, se sueñe que se está en el lugar de trabajo realizando las obligaciones cotidianas. Otros sueños también comprensibles son aquellos que adelantan ciertos acontecimientos esperados con ansia, como la llegada de una persona querida, el feliz resultado de un examen o de una oposición que se va a realizar dentro de unos días, etc.

En los sueños infantiles y en los de los adultos que satisfacen una necesidad orgánica como el hambre o la sed, el individuo que los soñó se da cuenta de que son la satisfacción de un deseo. Existe otra clase de sueños que, comunicados a una persona imparcial, le parecen ser también la satisfacción de un deseo. Sin embargo, si esta persona imparcial comunica su opinión al soñante, éste se negará rotundamente a aceptar dicha interpretación. Así, una enferma nuestra, en una época de su psicoanálisis en que nos ocupábamos de su vida sexual actual, sueña que está de pupila en una casa de prostitución. A nosotros nos pareció que este sueño satisfacía en parte deseos de la enferma de abandonar su vida conyugal actual, de la que estaba descontenta, y de llevar una vida sexual sin ninguna clase de inhibiciones. Comunicamos nuestra interpretación a la enferma y ésta se indignó con nosotros, negando resueltamente el haber tenido jamás deseos parecidos. Pero a pesar de sus protestas, nosotros seguimos creyendo que nuestra interpretación era justa.

A este sueño lo llamaremos el sueño de la casa de prostitución. Se ve claramente que es la satisfacción de un deseo, pero de un deseo al que se opone todo el resto de la personalidad consciente del individuo. Esta oposición es la que origina el rechazo de la interpretación de ser la satisfacción de un deseo.

II

EL SUEÑO

La Psicología y la Psiquiatría del siglo pasado negaban todo valor psicológico al sueño, considerándolo como algo sin sentido. Se solía decir que el sueño se producía de un modo parecido a la música que originaría una persona que, sin saber tocar el piano, apoyase sus dedos en las teclas, sin seguir ninguna regla. MAURY comparaba el contenido de los sueños con los movimientos incoordinados del enfermo de corea. Es decir, se consideraba como algo absurdo querer hallar un significado psicológico al sueño.

Sin embargo el psiquiatra tenía algunos datos que, de haber sido valorados, le hubiesen impulsado a estudiar psicológicamente al sueño. De todos era conocido el hecho de que a veces un sueño puede poner de malhumor a una persona durante todo el día. También era conocido el parecido entre el sueño y los datos que suministraba la exploración psicológica de muchos enfermos psíquicos. Asimismo la experiencia de que muchas veces una psícosis empieza por un sueño. Otras veces ocurre que los enfermos psicóticos no saben distinguir si lo que piensan es sueño o es una realidad.

El sueño no parecía tener un significado psicológico. Los síntomas neuróticos también eran considerados del mismo modo. Ya vimos cómo BREUER y FREUD, ocupándose de estos síntomas neuróticos, llegaron a la conclusión de que tenían un significado y de que este significado estaba íntimamente enlazado con el resto de la vida psíquica del enfermo. FREUD pudo demostrar lo mismo con el

nos volver a demostrar el significado psicológico del sueño.

Es frecuente en los estudios biológicos el que cuando una observación se realiza con dificultad en un animal adulto, se elija como objeto de observación este mismo animal, pero en la época embrionaria o en los primeros días de su vida. Es éste el procedimiento que se ha seguido, por ejemplo, para el estudio de las vías nerviosas, ya que en el adulto este estudio era difícil por la distancia grande que a veces estas vías recorren. Por este motivo se estudiaron en embriones o en recién nacidos. Hagamos algo parecido para el estudio de los sueños y ocupémonos primeramente de los sueños de los niños.

Observando los sueños de los niños hasta los cuatro o cinco años, vemos que la mayoría de las veces estos sueños nos son comprensibles. Así, es frecuente que el niño sueñe que come una fruta o una golosina deseada. Si el niño ha tenido durante el día algún deseo insatisfecho, a menudo satisface este deseo soñando. Esto ocurre en los sueños siguientes que FREUD cita:

La familia de un niño de veintidós meses, llamado Hermann, ha comprado una cestita llena de cerezas, para regalárselas al día siguiente al tío de Hermann, con motivo de su cumpleaños. En esa noche el niño sueña y cuenta su sueño diciendo: "*Hermann se ha comido todas las cerezas*". Al oír la narración del niño comprendemos el significado del sueño y sabemos que a Hermann le hubiese gustado más comerse las cerezas que tener que regalárselas a su tío.

Una niña de tres años y medio va por primera vez en barca. Cuando la dicen de desembarcar, se niega y llora amargamente cuando la obligan a ello. Por la noche sueña: "*Durante toda la noche he ido en barca*", cuenta al día siguiente. El deseo que no pudo ver cumplido durante el día se realiza por la noche en el sueño.

Ocupémonos del estudio psicológico de estos sueños infantiles y veamos sus características. En primer lugar vemos qué, a diferencia de los sueños de los adultos, nos son perfectamente comprensibles y, por tanto, les damos el mismo valor que a otro acto psicológico cualquiera.

Por medio del psicoanálisis logramos hacer que el inconsciente reprimido se haga consciente. Pero para ello tenemos que vencer unas *resistencias* que se oponen al paso de las representaciones o tendencias reprimidas al sistema consciente; estas resistencias provienen de las fuerzas represoras.

Siguiendo el procedimiento del tratamiento de las neurosis por medio de la hipnosis, se consigue vencer parte de las resistencias al paso de una tendencia inconsciente al sistema consciente. Pero la hipnosis tiene el inconveniente de que solamente libera de resistencias un pequeño territorio psíquico. Las resistencias se acumulan en los límites de este territorio e impiden así el progreso de la exploración psicológica. Fué éste otro de los motivos que obligaron a FREUD a abandonar a la hipnosis. En la técnica psicoanalítica las resistencias se sienten desde el primer momento, pero se las vence paso a paso y se impide así que se acumulen.

Las representaciones y las tendencias reprimidas en el inconsciente no dejan de existir por el hecho de ser reprimidas, sino que se desarrollan y tienden a salir a la superficie psíquica. Pero las fuerzas represoras se oponen a su paso. Sin embargo, las representaciones y tendencias reprimidas logran abrirse paso, deformándose y desfigurándose para no ser reconocidas por las fuerzas represoras. Este es el mecanismo de la formación de los síntomas.

El sistema consciente y el sistema inconsciente no se diferencian solamente por la existencia en uno de la consciencia y en el otro no. Hay otras diferencias además de ésta. Investigando el sistema inconsciente se tiene la sensación de hallarse en presencia de un sistema psíquico arcaico, rudimentario, sobre el cual se ha desarrollado posteriormente el sistema consciente. El sistema inconsciente y el consciente están en la misma relación que el bulbo, la protuberancia y la medula con los hemisferios cerebrales. Veamos ahora algunas de las características del sistema inconsciente.

Dos tendencias psíquicas persisten en el inconsciente, la una al lado de la otra, aun en el caso en que la finalidad de las dos sea distinta. Inconscientemente una persona puede querer y odiar al mismo tiempo a otra persona.

La intensidad afectiva de las tendencias que forman parte del inconsciente varía mucho y pasa con mucha facilidad de una representación a otra; este proceso se conoce con el nombre de *desplazamiento*. Es también frecuente que dos tendencias se unan y formen sólo una; llamamos a este proceso *condensación*.

Las tendencias del inconsciente no dependen del tiempo. La relación con el tiempo es una relación que aparece en el sistema consciente. Tampoco dependen del mundo exterior, sino que las tendencias inconscientes tienden únicamente a su satisfacción, sin preocuparse de si son agradables o no al mundo que rodea al individuo.

Las tendencias del inconsciente buscan su satisfacción, sin preocuparse de las consecuencias de esta satisfacción. En este psiquismo primitivo inconsciente domina el llamado *principio del placer*. En su desarrollo el hombre aprende que muchas veces hay que ajustarse a las exigencias del mundo que le rodea y que la satisfacción de una tendencia que no es agradable a este mundo exterior, aunque momentáneamente ocasione placer, va luego acompañada de dolor que anula a aquel placer. El hombre aprende a esperar y a acomodarse para conseguir la satisfacción instintiva. El sistema consciente se ajusta al mundo exterior siguiendo el llamado *principio de la realidad*. Para el inconsciente esta realidad exterior no existe.

Estos oyentes que no permiten la entrada de los reprimidos son las fuerzas represoras. Pero los individuos díscolos hacen todo lo posible por molestar. Aunque no puedan entrar en la sala, chillan y arman jaleos. Si no consiguen interrumpir la conferencia, logran por lo menos que al conferenciante se le oiga con más dificultad y que éste tenga que esforzarse en hablar en voz más alta. Los chillidos y jaleos de los que estorban son los síntomas neuróticos. Para aprovechar completamente esta comparación diremos cómo sería la curación desde el punto de vista psicoanalítico. Una comisión de los oyentes serios saldría fuera de la sala de conferencias, hablaría con los que estorban y se ocuparía de sus deseos en vez de oponerse directamente a ellos. Los que estorban comprenderían que chillando no se consigue nada y que ya que la conferencia no les interesa, pueden dedicarse a otra cosa más útil para ellos y que les está permitida. Los oyentes serios se darían también cuenta de que por la violencia no se obtienen grandes ventajas, sino que, por el contrario, conviene más el parlamentar con los demás.

La admisión en la vida psíquica de dos sistemas distintos: el sistema consciente y el sistema inconsciente, es algo que distingue al psicoanálisis de las demás escuelas psicológicas. Para las otras escuelas psicológicas la vida psíquica se reducía a la vida consciente; el fenómeno de la represión tampoco había sido estudiado.

Del inconsciente forman parte no solamente las representaciones o afectos reprimidos, sino que existen también tendencias e instintos que no se han hecho conscientes. No hay duda que en la mayoría de los actos que realizamos en la vida tomamos una dirección o seguimos cierta línea de conducta, no por motivos conscientes, sino también por otros motivos que desconocemos. Fuera del plano de la consciencia nuestras resoluciones sufren una elaboración.

Entre los motivos de nuestros actos psíquicos hay algunos que muchas veces son inconscientes, pero que otras veces son conscientes, ya que no hay nada que se oponga a su paso del sistema inconsciente al sistema consciente. Una representación cualquiera es en un momento consciente, para en el momento siguiente ser inconsciente, como lo demuestra el hecho de que posteriormente vuelva a reaparecer en la consciencia.

Pero no es éste el inconsciente que interesa a los psicoanalistas. El psicoanálisis se ha ocupado sobre todo del llamado *inconsciente reprimido*. Este inconsciente reprimido está formado por tendencias y representaciones que son inconscientes, pero que además no pueden ser conscientes, porque hay fuerzas represoras que se oponen a su paso a la consciencia.

El significado de los síntomas de las dos enfermas ya citadas son dos muestras del inconsciente reprimido. Estas enfermas no podían hacer consciente su asco al perro de la institutriz y sus deseos de tener relaciones sexuales, porque a ello se oponían fuerzas represoras originadas en la consideración a la institutriz y en el deseo de romper toda relación conyugal con el marido.

Otra muestra de la existencia del inconsciente reprimido es el llamado mandato posthipnótico. El mandato posthipnótico fué estudiado por primera vez, a fines del siglo pasado, por la escuela de BERNHEIM. Se hipnotizaba a un individuo y durante la hipnosis se le mandaba realizar varias faenas. Después se le comunicaba un nuevo mandato, pero éste lo debía cumplir algún tiempo después de haberse despertado; por ejemplo, diez minutos después de haberse despertado debía abrir la ventana y mirar a la calle. Se despertaba al sujeto de la experiencia y al cabo de los diez minutos realizaba fielmente la acción de abrir la ventana y de mirar a la calle. Si entonces se le preguntaba el porqué había abierto la ventana, tenía que confesar que no lo sabía. Es interesante el saber que generalmente el hipnotizado no daba esta respuesta, sino que buscaba un motivo racional que justificase la acción; solía, por ejemplo, decir que había visto pasar por la calle a una mujer bonita y que había abierto la ventana para verla mejor. Este fenómeno de buscar un motivo aparentemente racional a una tendencia inconsciente se conoce en psicoanálisis con el nombre de *racionalización*.

Las representaciones y tendencias que se encuentran en el inconsciente las llamamos *reprimidas*, porque hay una serie de fuerzas que se oponen a que pasen a formar parte del sistema consciente. A las fuerzas que se oponen las llamamos *fuerzas represoras*.

cido por las enfermas. Partiendo de esta observación [illegible]
admitir en la estructura psíquica de ellas la existencia de dos sistemas psíquicos distintos. Uno de dichos sistemas es el sistema consciente, ya que una de sus características principales es la conciencia de los actos y sentimientos que en él se originan; el otro sistema es el *inconsciente,* de cuya existencia las enfermas no se daban cuenta, pero que originaba también un modo de reaccionar en sus síntomas neuróticos.

Sigamos nuestro estudio psicológico y veamos el porqué estos recuerdos de las enfermas se habían hecho inconscientes. La enferma con el asco al agua vió al perro de la institutriz beber agua en un vaso corriente, lo que le produjo una sensación de asco. Por consideración a la institutriz no dijo nada y quiso olvidar lo que había visto.

En la segunda enferma el mecanismo fué algo parecido. La noche de bodas, con un marido impotente, debió causar una gran emoción en una muchacha que hasta entonces no había tenido ninguna relación sexual. Sin embargo, la enferma olvidó aquella emoción en los años de vida conyugal; seguramente fué su afecto al marido el que ocasionó el olvido. Pero el olvido era de un carácter especial. En el momento en que empezaron la dificultades conyugales que la obligaron a pedir el divorcio, la emoción de aquella noche de bodas reapareció en el síntoma.

En el ceremonial obsesivo la enferma se identifica con su marido; intenta demostrar como aquél el que la desfloración ha tenido lugar. La enferma manifiesta, pues, en el síntoma el deseo de ser poseída por su marido. Tengamos en cuenta que desde la separación de su marido la enferma llevaba una vida de abstinencia sexual. La sexualidad reprimida es la que aparece en el síntoma. Esta sexualidad reprimida no podía hacerse consciente, porque la personalidad consciente de la enferma no quería reanudar la vida conyugal, sino que, por el contrario, quería divorciarse del marido. Tenemos aquí dos tendencias que luchan la una contra la otra. Una tendencia es el deseo de satisfacción sexual con el marido; la otra tendencia es el deseo de separarse del marido. Esta última tendencia es la que vence, ocasionando que la enferma no reconozca la existencia de sus deseos sexuales. La enferma reprime los deseos sexuales, pero éstos reaparecen en el ceremonial de un modo enmascarado.

Algo parecido sucede en la enferma de BREUER. Una tendencia de ésta es el asco que le produjo ver al perro beber en un vaso corriente; la otra tendencia es resultante de la consideración y respeto a su institutriz. En la lucha de las dos tendencias vence la consideración y respeto a la instituriz, por lo que el asco se hace inconsciente, pero reaparece en el síntoma del asco al agua, sin que la enferma sepa de dónde procede este último asco.

A este mecanismo, por el cual un sentimiento o una representación dejan de ser conscientes, por haber otros sentimientos que se oponen a ello, se conoce en psicoanálisis con el nombre de *represión.* El sistema psíquico en el que se hallan situados estos sentimientos o representaciones después de haber sido reprimidos, lo llamamos *inconsciente.*

FREUD pone una comparación para la más fácil comprensión del proceso de la represión. Representémonos una sala de conferencias y supongamos, además, que entre los oyentes hay algunos individuos que por razones diversas no les interesa o sólo les interesa muy parcialmente lo que allí se dice. Estos individuos empiezan a hablar el uno con el otro, primero en voz baja, luego cada vez más alto, y, finalmente, impiden con su conversación el que los demás oigan al conferenciante. Los oyentes que escuchan les ruegan que se callen. Como no hacen caso, emplean la violencia con ellos y los echan a la calle. Los oyentes que armaban ruido están entonces reprimidos; han pasado del sistema consciente, que suponemos que se halla en la sala de conferencias, al sistema inconsciente. Una vez fuera de la sala de conferencias pueden ocurrir dos cosas distintas. Puede haber sido posible el echarlos fuera del edificio, y entonces la represión ha sido eficaz. Pero también puede suceder que solamente haya sido posible el llevarlos hasta la sala vecina. Entonces los individuos que estorbaban hacen todo lo posible para volver a entrar y para impedir el que la conferencia se siga celebrando. Para lograr vencer sus propósitos de estorbar, unos cuantos de los oyentes serios se colocan a la entrada de la puerta y no los dejan pasar.

llamaba a la sirvienta había también una mancha de tinta. En el síntoma la enferma se identifica con el marido.

Es muy interesante en el estudio de este síntoma la época de su aparición. La enferma había vivido varios años con su marido. A consecuencia de las malas cualidades de éste, la enferma tuvo que separarse de él y entabló un proceso de divorcio. Entonces fué cuando se presentó el ceremonial que reproducía un hecho que había ocurrido años antes.

Recordemos el análisis del síntoma de esta enferma y asimismo el asco al agua de la enferma de BREUER y su origen en el asco que le produjo ver al perro de la institutriz beber agua en un vaso corriente. En estos dos síntomas de dos personas diferentes vamos a estudiar las condiciones de aparición de los síntomas neuróticos.

Observemos a estas dos enfermas. En el origen del asco al agua vemos el asco que le produjo ver al perro de la institutriz beber en un vaso corriente. Un individuo normal hubiese reaccionado también con asco a esta vivencia; pero el asco, al cabo de algún tiempo, hubiese sido vencido y olvidado. Por el contrario, en la enferma de BREUER el asco seguía obrando por lo menos con la misma intensidad que al principio. La enferma del ceremonial era también una enferma que reproducía un acontecimiento que había ocurrido años antes. Algo idéntico sucede en todos los enfermos neuróticos. Podemos, pues, decir, que los neuróticos están fijados a un acontecimiento que una persona normal hubiese vencido al cabo de cierto tiempo. Los neuróticos son enfermos a consecuencia de acontecimientos ya pasados, de cuya fuerza emotiva no han podido librarse; *son enfermos de reminiscencias.*

Esta cualidad de los neuróticos tal vez la veamos más claramente observando la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza patológica. La muerte de una persona querida ocasiona tristeza en una persona normal; pero es también normal que esta tristeza, al cabo de cierto tiempo, desaparezca. Pero hay personas que lloran durante una gran cantidad de años la pérdida de una persona querida, y entonces llamamos a esta tristeza, tristeza patológica por su duración extraordinaria. En los neuróticos sucede algo parecido; un acontecimiento deja huellas que en otro individuo se hubiesen borrado con el tiempo.

Una de las creencias de los psicoanalistas es en el determinismo de los actos psíquicos. En el mundo físico, cuando observamos un movimiento cualquiera, pensamos que hay una o más fuerzas que lo han originado; al observar el movimiento procuramos descubrir dichas fuerzas. En el mundo psíquico los psicoanalistas parten de una consideración parecida y, apoyándose en ella, tratan de hallar las causas de la diferente manera de reaccionar de los neuróticos.

Si en los enfermos neuróticos un acontecimiento obra durante más tiempo de lo que normalmente ocurre, hay que pensar el que en ellos existe algo que mantiene aquel acontecimiento con su fuerza primitiva. El problema es ahora el encontrar ese algo.

Volvamos a la enferma de BREUER e intentemos hallar el porqué se produjeron en ella los síntomas. El asco al agua se originó porque vió al perro de su institutriz bebiendo agua en un vaso corriente. Sin embargo, la enferma no sabía que éste era el origen del síntoma, ya que en el momento en que este origen se hizo consciente por medio de la hipnosis, el síntoma desapareció. La enferma no recordaba haber visto al perro beber en un vaso corriente; cuando lo recordó se curó.

El ceremonial de la enferma de FREUD fué una consecuencia de lo ocurrido en su noche de bodas. Sin embargo, tampoco esta enferma sabía conscientemente el motivo del origen de su síntoma. En el momento en que relacionó lo ocurrido en la noche de bodas con el síntoma y comprendió el significado de éste, el ceremonial desapareció.

En las dos enfermas había algo que obraba en ellas y que, sin embargo, era desconocido por las dos. La presencia y persistencia del síntoma eran debidas a esta cualidad del desconocimiento, ya que en el momento en que el origen fué conocido, el síntoma cesó. Podemos, pues, decir que si los acontecimientos que originaron la neurosis seguían obrando en estas enfermas, era debido a que obraban de un modo inconsciente.

Estas enfermas tenían un recuerdo que obraba en ellas originando ciertas reacciones; sin embargo, este recuerdo era descono-

venientes. Entonces FREUD recordó un experimento que había visto realizar a BERNHEIM en Nancy. Era la época en que la psiquiatría francesa estaba dedicada al estudio del hipnotismo. Sabemos que el hipnotizado no suele recordar lo ocurrido en la hipnosis; sin embargo, este olvido es un olvido especial. BERNHEIM y sus discípulos en Nancy realizaban a veces el siguiente experimento: hipnotizaban a una persona y después de la hipnosis le preguntaban si recordaba lo que había sucedido en ella. El hipnotizado contestaba negativamente. Pero BERNHEIM no se contentaba con esta respuesta y decía a la persona que había sido hipnotizada que hiciese todo lo posible por recordar. Esta volvía a responder que su amnesia era completa; sin embargo, si se le obligaba a forzar la atención en el recordar, poco a poco los recuerdos iban apareciendo. Al principio la persona recordaba solamente un hecho aislado, más tarde a este hecho asociaba otro y finalmente lograba saber todo lo ocurrido en la hipnosis.

Lo mismo que BERNHEIM a los hipnotizados, dijo FREUD a sus enfermos histéricos. Insistía en que forzasen la atención en recordar, diciéndoles que el significado de sus síntomas no estaba realmente olvidado, sino que forzando la atención lograrían encontrarlo. Se valió de un procedimiento sugestivo para lograr una mayor intensidad en la atención de los enfermos. FREUD les decía que recordarían el significado de sus síntomas en el momento en que él les pusiese la mano sobre la frente. Esta técnica la repetía FREUD varias veces con el mismo enfermo, procurando enterarse del origen de la enfermedad.

Estos métodos rudimentarios han sufrido evoluciones, hasta llegar a la técnica psicoanalítica actual. En la actualidad el enfermo en psicoanálisis debe contar al médico todos los pensamientos que se le ocurren en cada momento, sin callar nada, aun en el caso en que la ocurrencia le sea desagradable, le parezca que no tiene sentido o crea que no está en relación con lo que ha dicho anteriormente. El enfermo no debe preocuparse tampoco de decir cosas importantes o no importantes.

nificado de los síntomas, si profundizamos lo suficiente en la vida psíquica del enfermo, venciendo las resistencias que a cada paso se presentan. Las ocurrencias del enfermo son algo así como la tierra de la que se extrae el radio. Para conseguir un gramo de radio es necesario elaborar muchas toneladas de dicha tierra; sin embargo, la obtención del radio justifica este trabajo. Lo mismo sucede con el psicoanálisis. Es un tratamiento largo y a veces penoso; pero actualmente es el procedimiento con el que mejores resultados se obtiene en la terapéutica de las neurosis. La curación de un enfermo justifica todo nuestro trabajo.

Para el estudio general del inconsciente que estamos haciendo citaremos también a una enferma de FREUD que padecía una neurosis obsesiva y en la que analizaremos solamente un síntoma.

Esta enferma tenía el siguiente ceremonial: Iba a una habitación de su casa, allí se colocaba delante de una mesa determinada y entonces llamaba a la sirvienta con un pretexto cualquiera, hablaba con ella uno o dos minutos, al cabo de los cuales la despedía. La enferma no comprendía su conducta, pero no podía dejar de realizarla varias veces al día. Si intentaba librarse de esta obsesión, le entraba un desasosiego, una intranquilidad que sólo podía vencer realizando el ceremonial. Si se le preguntaba a qué obedecía este síntoma, la enferma no sabía qué contestar; era como una fuerza extraña que le obligaba a obrar de este modo.

Durante el psicoanálisis practicado por FREUD se llegó a conocer el origen del síntoma. La enferma se había casado muy joven, con un hombre de bastante más edad que ella. En la noche de bodas el marido fué impotente. El marido fué repetidas veces de su habitación a la de su mujer e intentó realizar el coito, pero siempre sin éxito. A la mañana siguiente a esta noche de bodas, el marido, malhumorado, derramó parte del contenido de un tintero con tinta roja en el sitio donde debían encontrarse las señales de la desfloración. Al mismo tiempo exclamó que lo hacía para no avergonzarse delante de la sirvienta.

En la mesa delante de la cual se colocaba la enferma cuando

las palabras que le había oído decir en los estados crepusculares. Estas palabras, pronunciadas por BREUER, obraban como un excitante en la enferma y le hacían recordar ciertas fantasías, ciertos acontecimientos. Después de haber hablado en la hipnosis de estas fantasías y de estos acontecimientos, la enferma quedaba curada de su estado crepuscular por lo menos durante varias horas. Repitiendo la hipnosis en los días sucesivos, al volverse a presentar el estado crepuscular, logró BREUER curar a la enferma de estos síntomas. Parecía ser como si las palabras que la enferma pronunciaba aisladamente fuesen las que originaban el estado crepuscular. Investigando por medio de la hipnosis la situación psíquica con que estaban relacionadas, el estado crepuscular se curaba.

Siguiendo el mismo procedimiento, BREUER llegó a curar a la enferma, no solamente de los estados crepusculares, sino también de otros síntomas histéricos. Los síntomas histéricos desaparecían si la enferma recordaba en la hipnosis la causa que los había originado.

Hagamos un poco de historia de los síntomas de la enferma. Estos síntomas se habían originado en una época en que la enferma estaba cuidando a su padre en una enfermedad penosa que le causó la muerte. En dicha época la enferma había tenido que olvidar su propia individualidad, para dedicarse por entero a velar a su padre y se había conducido con una abnegación modelo. Todos o casi todos los síntomas de la enferma procedían de la época de la enfermedad del padre.

No repetiremos el análisis de todos los síntomas. Solamente nos ocuparemos de dos: la parálisis del brazo izquierdo y el asco del agua. Respecto a los otros síntomas baste el saber que tenían un mecanismo de origen parecido.

La parálisis del brazo se originó un día en que la enferma velaba a su padre. Este tenía que ser operado al día siguiente y la operación era de importancia vital; sin embargo, el éxito posible de la operación era dudoso. La enferma estaba sentada en una silla cerca de la cabecera de la cama del padre y tenía el brazo izquierdo apoyado en el respaldo de la silla. En un estado de somnolencia, vió o creyó ver a una serpiente que salía de la pared y que se dirigía

hacia ella para morderle. La enferma quiso ahuyentar a la serpiente con la mano que tenía apoyada en el respaldo y sintió entonces por primera vez que no podía mover esta mano. Después de recordar esta alucinación en la hipnosis, la enferma se curó de la parálisis del brazo.

En la hipnosis recordó también el origen de su asco al agua. Este síntoma se originó en un verano extremadamente caluroso. La enferma tenía una gran sed, a pesar de lo cual no podía llevar a la boca ningún vaso de agua; tenía que alimentarse de frutas, como melones, sandías, etc., para calmar su sed devoradora. Hipnotizada por BREUER, se le ocurrieron algunas reflexiones con respecto a su señora de compañía. Esta señora tenía un perro que, por su aspecto, causaba una gran repugnancia a la enferma. Una vez entró por casualidad en el cuarto de la señora de compañía y allí vió cómo el perro bebía agua en un vaso corriente y no en el vaso especialmente dispuesto para él. A pesar del asco que entonces sintió la enferma, no dijo nada por consideración hacia la señora y ulteriormente olvidó lo sucedido. La enferma recordó esta vivencia en la hipnosis, reaccionó al recuerdo con una gran cantidad de afectos y desde este momento desapareció el síntoma del asco del agua.

Otro médico vienés, FREUD, siguiendo el ejemplo de BREUER, empezó también a realizar hipnosis para librar a los enfermos histéricos de sus síntomas. FREUD y BREUER colaboraron en este método terapéutico que llamaron *tratamiento catártico*. En un artículo que llamaron "Estudios sobre el histerismo" publicaron ambos en el año 1895 el resultado de sus observaciones. En él explicaban cómo los síntomas histéricos eran una consecuencia de vivencias olvidadas y cómo logrando que el enfermo vuelva a recordar en la hipnosis estas vivencias se logra la curación de los síntomas.

Pero el método catártico tenía también sus contrariedades. La mejoría obtenida no solía ser muy duradera; los enfermos se encontraban una temporada sin síntomas, pero volvían a enfermar, reproduciendo los síntomas anteriores u otros parecidos. Otro inconveniente era el que había personas, en las que no se podía emplear el método catártico, porque era imposible hipnotizarlas.

el capítulo referente a Psicoanálisis y Biografía hemos agrupado la bibliografía según los personajes históricos estudiados. En los restantes capítulos no publicamos la bibliografía completa, ya que su mención llenaría muchas páginas. Solamente hacemos mención de los libros psicoanalíticos más importantes.

Actualmente el psicoanálisis cuenta con más de cuarenta años de existencia triunfal. El número de psicoanalistas aumenta continuamente, se crean nuevos Institutos de Psicoanálisis en las principales ciudades y es cada vez mayor el influjo del psicoanálisis sobre la vida humana en sus distintas facetas. Si el psicoanálisis se hubiese detenido a rebatir todas las objeciones más o menos fundamentadas que fueron puestas en su camino, no hubiese conseguido realizar su existencia triunfal. Siguiendo el ejemplo de FREUD y de la mayoría de los psicoanalistas, tampoco nos preocupamos, en nuestro libro, de destruir objeciones erróneas que frecuentemente circulan alrededor del psicoanálisis.

No hemos intentado hacer un libro que sirva para estudiar los fundamentos del psicoanálisis, ya que el psicoanálisis no se estudia con un libro. Solamente deseamos demostrar una vez más a las personas con curiosidad científica cómo con el psicoanálisis se comprenden aspectos de la vida humana y también cómo con él se pueden conseguir resultados teóricos y prácticos de gran valor individual y social.

I

LA REPRESIÓN Y EL INCONSCIENTE

Un intento de análisis y valorización psicológica de los diferentes síntomas de un enfermo histérico fué realizado alrededor del año 1880 por el médico vienés BREUER.

BREUER tenía entonces en tratamiento a una enferma histérica. Era una enferma de una gran inteligencia y que había cultivado sus cualidades intelectuales. BREUER se interesó por esta enferma, dedicándole gran parte de su actividad para poder librarla de sus síntomas.

Los síntomas de la enferma eran muy numerosos y variaban en las diferentes épocas, sin que se pudiese demostrar la existencia de una causa orgánica que los justificase. Entre sus síntomas histéricos citaremos: una parálisis rígida de las dos piernas y del brazo izquierdo, trastornos de los movimientos oculares, tos histérica, asco de los alimentos y, sobre todo, del agua. Sucedía que a veces, durante varias semanas, no podía beber un vaso de agua por el asco que el agua le inspiraba. Tenía otros síntomas psíquicos como ausencias, estados crepusculares, delirios y diversas alteraciones de su personalidad. A veces olvidaba su idioma materno, que era el alemán, y tenía que expresarse en inglés.

Observando a la enferma, BREUER se fijó que a veces en sus estados crepusculares repetía ciertas palabras que parecían estar en relación con una situación determinada que el médico desconocía. BREUER hipnotizó a la enferma y durante la hipnosis le repitió

porciona la experiencia de su propio psicoanálisis. Ha sentido usted la necesidad de hacer profundizar el conocimiento del psicoanálisis en la patria querida, de destruir confusiones que allí se habían creado y de demostrar a los colegas las posibilidades del método de psicología profunda.

Yo no dudo que sus esfuerzos, nacidos de una rectitud interior y de una energía intelectual, le conducirán a usted a la meta deseada. Esté usted confiado y tranquilo; la verdad finalmente consigue siempre triunfar.

Saludos amistosos de su

Theodor Reik.

INTRODUCCIÓN

El objeto del presente libro es el exponer de un modo comprensible las bases del psicoanálisis, juntamente con sus aplicaciones terapéuticas y sociales.

Hemos dividido este libro en dos partes. En los capítulos de la primera parte hacemos una exposición general de la doctrina psicoanalítica, sin perder de vista su relación con el tratamiento de la neurosis de un enfermo. Estudiamos el inconsciente, los mecanismos de las neurosis, y en el análisis del tratamiento de una enferma con una perversión masoquista, tratamos de demostrar el proceso de la curación. Finalmente, describimos cómo se debe estudiar el psicoanálisis.

La segunda parte reune varios trabajos nuestros de investigación psicoanalítica. En ellos puede verse que el psicoanálisis extiende su campo de acción a diferentes ramas de la actividad humana, como son la Pedagogía, Sociología, Etnología, Criminología, Religión, Literatura y Biografía.

Al final de cada capítulo de la segunda parte publicamos una nota sobre la bibliografía psicoanalítica correspondiente a la ciencia que se estudia en nuestro trabajo. En

PRÓLOGO

La Haya, 14 de octubre de 1935.

Querido Dr. Garma:

Me alegra el saber que usted ha terminado el libro en el que expondrá las bases del psicoanálisis a un círculo dilatado de lectores intelectuales. Muy a gusto le hubiese escrito unas palabras de presentación; pero ¿qué podría decir? Tal vez lo mejor sea el que me limite a constatar hechos precisos.

Yo ya sé que los conocimientos teóricos del psicoanálisis son bastante conocidos por los psiquiatras y psicólogos de su hermoso país. Pero sé también que pocos han comprendido que solamente aquel que se somete a un psicoanálisis profundo puede adquirir un conocimiento verdadero de este método psicológico. Era tan grande el interés que usted tenía hacia los aspectos psicológicos y psicoterapéuticos de la doctrina de Freud, que no retrocedió ante las molestias y sacrificios que trae consigo un estudio del psicoanálisis en el extranjero. A su vuelta, no se contentó usted con aprovechar en la práctica médica la ventaja que pro-

ES PROPIEDAD

QUEDA HECHO EL DEPÓSITO QUE MARCA LA LEY

COPYRIGHT, 1936, BY

ANGEL GARMA

EL PSICOANÁLISIS, LA NEUROSIS
Y LA SOCIEDAD

PRINTED IN SPAIN

WM
460
G233p
1936

S. AGUIRRE.-TELÉF. 30366.-MADRID

A mis profesores y condiscípulos del Instituto Psicoanalítico de Berlín en recuerdo de los pasados años de aprendizaje.

396665

DR. ANGEL GARMA
DE LA ASOCIACIÓN ALEMANA DE PSICOANALISTAS
PSIQUIATRA DEL TRIBUNAL TUTELAR DE MENORES DE MADRID

EL PSICOANÁLISIS, LA NEUROSIS Y LA SOCIEDAD

PRÓLOGO DEL
DR. THEODOR REIK

EDICIONES DE
«ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGÍA»
MADRID
1936