

## El psicoanálisis «silvestre»\*

Hace algunos días acudió a mi consulta, acompañada de una amiga, una señora que se quejaba de padecer estados de angustia. La enferma pasaba de los cuarenta y cinco años, pero aparecía bien conservada y se veía claramente que no había perdido aún su femineidad. Los estados de angustia habían surgido como consecuencia de su separación del marido, pero se habían hecho más intensos desde que un médico joven al que hubo de consultar le había explicado que la causa de su angustia era la necesidad sexual. No podía prescindir del comercio masculino, y para recobrar la salud había de recurrir a una de las tres soluciones siguientes: reconciliarse con su marido, tomar un amante o satisfacerse por sí misma.

Esta opinión del médico había desvanecido en la paciente toda esperanza de curación, pues no quería reanudar su vida conyugal, y los otros dos medios repugnaban a su moral y a su religiosidad. El médico le había dicho que su diagnóstico se fundaba en mis descubrimientos científicos, y acudía a mí para que lo confirmase definitivamente. La amiga que venía acompañándola, una señora de más edad y as-

\* Escrito en 1910.

pecto poco saludable, me rogó que rebatiese la opinión de mi joven colega, seguramente errónea, pues, por su parte, había enviudado muchos años atrás y había podido conservarse irreprochable sin padecer de angustia.

Sin detenerme a describir la difícil situación en que me colocó esta visita, pasaré directamente a examinar y aclarar la conducta del colega que me había enviado a la enferma. Pero previamente he de hacer una advertencia importante, que espero sea aplicable a nuestro caso. Una larga experiencia médica me ha enseñado a no aceptar siempre, sin formación de causa, lo que los pacientes en general, y sobre todo los neuróticos, cuentan de su médico.

Cualquiera que sea el tratamiento que emplee, el neurólogo se atrae fácilmente la hostilidad del enfermo, e incluso tiene que resignarse, en muchos casos, a tomar sobre sí, por una especie de proyección, la responsabilidad de los deseos secretos reprimidos del enfermo. Luego se da el hecho lamentable, pero muy característico, de que los otros médicos son quienes toman más en serio semejantes acusaciones.

Creo, pues, justificado suponer que también en esta ocasión hizo la enferma una transcripción tendenciosamente deformada de las afirmaciones de su médico y que, por tanto, incurro en injusticia al enlazar precisamente a este caso mis observaciones sobre el psicoanálisis «silvestre». Pero con ellas creo evitar graves perjuicios a muchos otros enfermos.

Supongamos, pues, que el médico habló realmente como la enferma pretendía.

Todo el mundo presentará aquí una primera objeción crítica, alegando que cuando un médico considera necesario discurrir con una paciente sobre temas sexuales, lo debe hacer con el mayor tacto y máxima delicadeza. Pero estas exigencias coinciden con la observancia de ciertos preceptos *técnicos* del psicoanálisis, y, además, el médico habría desconocido o interpretado mal toda una serie de doctrinas cien-

tíficas del psicoanálisis, mostrando con ello haber avanzado muy poco en la comprensión de su naturaleza y sus fines.

Comencemos por examinar los errores científicos. Los consejos del médico revelan su concepto de la «vida sexual», concepto que coincide exactamente con el más vulgar, en el cual sólo se entiende por necesidad sexual la necesidad del coito o de actos análogos que provoquen el orgasmo y la eyaculación de materias sexuales. Pero el médico no podrá ignorar que precisamente se suele hacer al psicoanálisis el reproche de extender el concepto de lo sexual mucho más allá de sus límites corrientes. El hecho en sí es cierto, y no hemos de entrar aquí a discutir si está justificado convertirlo en un reproche. El concepto de lo sexual comprende en psicoanálisis mucho más. Esta extensión se justifica genéticamente. Adscribimos también a la «vida sexual» la actuación de todos aquellos sentimientos afectivos nacidos de la fuente de los impulsos sexuales primitivos, aunque tales impulsos hayan sufrido una inhibición de su fin primitivo sexual o lo hayan cambiado por otro ya no sexual. Por esta razón hablamos preferentemente de «psicosexualidad» y nos importa tanto que no se ignore ni se tenga en poco el factor anímico de la sexualidad. Sabemos también, hace ya mucho tiempo, que, dado un comercio sexual normal, puede existir, sin embargo, una insatisfacción anímica con todas sus consecuencias, y en nuestra labor terapéutica tenemos siempre presente que por medio del coito u otros actos sexuales no puede derivarse muchas veces más que una pequeña parte de las tendencias sexuales insatisfechas, cuyas satisfacciones sustitutivas combatimos bajo la forma de síntomas nerviosos.

Aquellos que no comparten esta afirmación psicoanalítica no tienen derecho a referirse a las doctrinas del psicoanálisis sobre la significación etiológica de la sexualidad. Acen tuando exclusivamente en lo sexual el factor somático, se facilitan extraordinariamente el problema, pero habrán de aceptar íntegramente la responsabilidad de su conducta.

En los consejos del joven médico se trasluce todavía otro segundo error, igualmente grave.

Es cierto que el psicoanálisis señala la insatisfacción sexual como causa de las enfermedades nerviosas. Pero ¿acaso no dice más que eso? ¿Se quiere prescindir, quizá por demasiado complicada, de su afirmación de que los síntomas nerviosos surgen de un conflicto entre dos poderes, la libido (exageradamente intensa casi siempre) y una repulsa sexual o una represión exageradamente severa? No olvidando este segundo factor, que no es, ciertamente, el segundo en importancia, es imposible creer que la satisfacción sexual pueda constituir en sí un remedio generalmente seguro contra las enfermedades nerviosas. Muchos de estos enfermos son, en general, incapaces de satisfacción o les es imposible hallarla en las circunstancias dadas. Si así no fuera, si no entrañaran violentas resistencias internas, la energía del instinto les señalaría el camino de la satisfacción, aunque el médico no lo hiciera. ¿Qué valor puede tener, por tanto, un consejo como el que en este caso dio nuestro joven colega a su paciente?

Aunque tal consejo estuviera justificado científicamente, siempre sería irrealizable para ella. Si no sintiese una resistencia interior contra el onanismo y el amor extraconyugal, ya habría empleado tales medios mucho antes. ¿Cree acaso el médico que una mujer de más de cuarenta años ignora que puede tomar un amante? ¿O tiene, quizá, tan alta idea de su influencia que opina que sin su visto bueno no se decidiría a dar tal paso?

Todo esto parece muy claro; mas, sin embargo, ha de reconocerse la existencia de un factor que dificulta muchas veces pronunciar un juicio definitivo. Algunos de los estados nerviosos, las llamadas «neurosis actuales», como la neurastenia típica y la neurosis de angustia pura, dependen evidentemente del factor somático de la vida sexual, sin que poseamos, en cambio, aún una idea precisa del papel que en ellos

desempeñan el factor psíquico y la represión. En estos casos, el médico ha de emplear una terapia actual y tender a una modificación de la actividad sexual somática, y lo hará justificadamente si su diagnóstico es exacto. La señora que consultó al joven médico se quejaba, sobre todo, de estados de angustia, y el médico supuso, probablemente, que padecía una neurosis de angustia y creyó acertado recomendarle una terapia somática. ¡Otro cómodo error! El sujeto que padece de angustia no por ello ha de padecer necesariamente una neurosis de angustia. Semejante derivación verbal del diagnóstico es totalmente ilícita. Hay que saber cuáles son los fenómenos que constituyen la neurosis de angustia y distinguirlos de otros estados patológicos que también se manifiestan por la angustia. La señora de referencia padecía, a mi juicio, una «histeria de angustia», y el valor de estas distinciones nosográficas está, precisamente, en indicar otra etiología y otra terapia. Un médico que hubiera tenido en cuenta la posibilidad de una tal histeria de angustia no hubiera incurrido en el error de desatender los factores psíquicos tal y como se revela en la alternativa propuesta en nuestro caso.

Se da, además, el hecho singular de que en esta alternativa del pseudoanalítico no queda lugar alguno para el psicoanálisis. La enferma no podía curar de su angustia más que volviendo al lado de su marido, tomando un amante o buscando la satisfacción en el onanismo. ¿Dónde interviene aquí el tratamiento psicoanalítico en el que vemos el remedio capital contra los estados de angustia?

Llegamos ahora a los errores técnicos que nos descubre la conducta del médico en este caso. Hace ya mucho tiempo que se ha superado la idea, basada en una apariencia puramente superficial, de que el enfermo sufre a consecuencia de una especie de ignorancia, y que cuando se pone fin a la misma, comunicándole determinados datos sobre las relaciones causales de su enfermedad con su vida y sobre sus experiencias infantiles, etc., no tiene más remedio que curar. El fac-

tor patógeno no es la ignorancia misma, sino las *resistencias internas* de las cuales depende, que la han provocado y la hacen perdurar. La labor de la terapia es precisamente combatir estas resistencias. La comunicación de aquello que el enfermo ignora, por haberlo reprimido, no es más que una de las preparaciones necesarias para la terapia. Si el conocimiento de lo inconsciente fuera tan importante como suponen los profanos, los enfermos se curarían sólo con leer unos cuantos libros o asistir a algunas conferencias. Pero semejantes medidas ejercerán sobre los síntomas patológicos nerviosos la misma influencia que sobre el hambre, en tiempos de escasez, una distribución general de «menús» bellamente impresos en cartulina. Esta comparación puede aún llevarse más allá, pues la comunicación de lo inconsciente al enfermo tiene siempre por consecuencia una agudización de su conflicto y una agravación de sus dolencias.

Ahora bien: como el psicoanálisis no puede prescindir de tal comunicación, prescribe su aplazamiento hasta que se hayan cumplido dos condiciones. En primer lugar, hasta que el enfermo mismo, convenientemente preparado, haya llegado a aproximarse suficientemente a lo reprimido por él, y en segundo, hasta que se encuentre lo bastante ligado al médico (transferencia) para que su relación afectiva con él le haga imposible una nueva fuga.

Sólo el cumplimiento de estas dos condiciones hace posible descubrir y dominar las resistencias que han conducido a la represión y a la ignorancia. Por tanto, la intervención psicoanalítica presupone un largo contacto con el enfermo, y toda tentativa de sorprender al enfermo en la primera consulta con la comunicación brusca de sus secretos, adivinados por el médico, es técnicamente condenable y atrae al médico la cordial enemistad del enfermo, desvaneciendo toda posibilidad de influencia. Sin contar con que muchas veces se equivoca uno al adivinar y nunca puede adivinarlo todo.

Con estos precisos preceptos técnicos sustituye el psicoanálisis la demanda de aquel «tacto médico» inaprehensible, en el que se busca una facultad especial.

Así, pues, no basta al médico conocer algunos de los resultados del psicoanálisis. Tiene que haberse familiarizado con su técnica si quiere adaptar su actuación a los principios psicoanalíticos. Esta técnica no se puede aprender, hoy por hoy, en los libros. Ha de aprenderse, como tantas otras técnicas médicas, bajo la guía de aquellos que ya la dominan. No es, por tanto, indiferente para el enjuiciamiento del caso al que enlazamos estas observaciones el que yo no conociese al médico que hubo de dar los consejos reseñados ni hubiese oído jamás su nombre.

Ni para mí ni para mis amigos y colaboradores resulta grato monopolizar así el derecho a ejercer una técnica médica. Pero ante los peligros que puede traer consigo, tanto para nuestra causa como para los enfermos, el ejercicio de un psicoanálisis «silvestre», no nos queda otro camino. En la primavera de 1910 hemos fundado una Asociación psicoanalítica que hace publicar los nombres de sus miembros, con objeto de poder rechazar toda responsabilidad derivada de la actuación de aquellos que no pertenecen a nuestro grupo y dan, sin embargo, a sus procedimientos médicos el nombre de psicoanálisis. En rigor, tales analíticos silvestres perjudican más a nuestra causa que a los enfermos mismos. He comprobado, en efecto, con frecuencia que semejante conducta inhábil, aunque en un principio agravase el estado del paciente, acababa por procurarle la curación. No siempre, pero sí muchas veces. Una vez que el enfermo ha maldecido suficientemente al médico y se sabe lejos ya de su influencia, comienzan a ceder sus síntomas o se decide a dar un paso que le aproxima a la curación. El alivio definitivo es atribuido entonces a una modificación «espontánea» o al tratamiento indiferente de un médico al que luego se ha dirigido el sujeto. Por lo que se refiere al caso de la señora cuyas acu-

saciones contra el médico acabamos de examinar, he de opinar que, a pesar de todo, el psicoanalítico silvestre hizo más en favor de su paciente que cualquier eminencia médica que le hubiera contado que padecía una «neurosis vasomotora».

La obligó a enfrentarse más o menos aproximadamente con la verdadera base de su padecimiento, intervención que no dejará de producir consecuencias beneficiosas, a pesar de la oposición de la paciente. Pero se ha perjudicado a sí mismo y ha contribuido a intensificar los prejuicios que se alzan en el enfermo contra la actividad del psicoanalista a causa de resistencias afectivas harto comprensibles. Y eso puede ser evitado.