

Curas del trauma y curas traumáticas: las neurosis de guerra, Janet y la cuestión de la memoria*

Ruth Leys

Cuando gran número de soldados empezaron a sufrir crisis nerviosas durante la Primera Guerra Mundial y algunos médicos advirtieron que, en ausencia de lesiones físicas, las lesiones que presentaban eran psicológicas más que de naturaleza orgánica, se comprobó que la sugestión hipnótica era un tratamiento excepcionalmente eficaz. El uso de la hipnosis para tratar las neurosis de guerra implicaba un retorno a un tipo de terapia que, desde su auge en la época de Charcot, más de veinte años antes, había sido abandonada en gran medida en la profesión médica. Más precisamente, los médicos practicantes recuperaron el antiguo método de tratamiento de la histeria por catarsis hipnótica o “abreacción” de Breuer y Freud, que había sido abandonado por el propio Freud alrededor de 1896 en un gesto decisivo para diferenciar la “disciplina” del psicoanálisis del “enigma” de la sugestión. El retorno a la hipnosis para curar lo que fue entendido como una virtual epidemia de histeria masculina durante la guerra estuvo acompañado por el retorno de muchas dudas y objeciones que, en repetidas ocasiones, acompañaron el uso de la hipnosis como tecnología del sujeto en Occidente. La naturaleza de esas dudas y objeciones es compleja, pero creo que podemos considerar que todas giran alrededor de una sola pregunta: ¿cómo cura la hipnosis?¹ En Londres, en la primavera de 1920, esa pregunta fue el tema de un debate breve aunque, en mi opinión, sumamente importante entre tres reconocidos médicos que habían desempeñado un valioso papel como psicoterapeutas durante la guerra. Quien llevó la voz cantante en ese debate fue William Brown, que había tratado cerca de 3.000 casos de neurosis de guerra en Francia y Gran Bretaña². Siguiendo a Breuer y Freud, Brown sostenía que los síntomas característicos de shell shock — mutismo, pérdida de la visión o de la audición, convulsiones espasmódicas o temblores de las

* Fuente: Leys, R. (2000). *Traumatic Cures: Shell Shock, Janet and the Question of Memory*. En *Trauma. A Genealogy* (pp. 83-117). Chicago: University of Chicago Press. Traductoras: María Gracia Laurencena, Nancy Piñeiro, Lucía Vitelleschi, Carla Modric, Guadalupe Anzoátegui. Instituto de Enseñanza Superior en Lenguas Vivas “Juan Ramón Fernández”. Residencia de Traducción. Años 2009 y 2011. Tutoría: Prof. Elena Marengo. Revisión: Luis Sanfelippo.

¹ Acerca de la historia del concepto de “shell shock” y su tratamiento véanse especialmente las siguientes obras: Paul Fussell, *The Great War and Modern Memory* (Nueva York, 1975); Esther Fischer-Homberger, *Die traumatische Neurose: Vom Somatischen zur Sozialen Leiden* (Berna, 1975); Eric J. Leed, *No man's Land: Combat and Identity in World War I* (Cambridge, 1979); P. Lefebvre y S. Barbes, “L'Hystérie de guerre: étude comparative de ses manifestations au cours des deux derniers conflits mondiaux”, *Annales médico-psychologiques* 142 (1984): pp. 262-66; Martin Stone, “Shellshock and the Psychologists”, en *The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry*, ed. W.F. Bynum, Roy Porter, y Michael Shepherd (Londres, 1985), 2: pp. 242-71, Edward M. Brown, “Between Cowardice and Insanity: Shell Shock and the Legitimation of the Neuroses in Great Britain”, en *Science, Technology and the Military*, ed. Everett Mendelsohn, Merrit Roe Smith, y Peter Weingart, Sociology of the Sciences (Dordrecht, Alemania, 1988), 12: pp. 323-45; Ted Bogacz, “War Neurosis and Cultural Change in England, 1914-22: The Work of the War office Committee of Enquiry into ‘Shell-Shock’”, *Journal of Contemporary History* 24 (1989): pp. 227-56; Sue Thomas, “Virginia Wolf's Septimus Smith and Contemporary Perceptions of Shellshock”, *English Language Notes* 25 (1987): pp. 49-57; Harold Mersky, “Shell-Shock”, en *150 Years of British Psychiatry, 1841-1991*, ed. German E. Berrios y Hugh Freeman (Londres, 1991), pp. 245-67; Ben Shephard, “‘The early treatment of mental disorders’: R. G. Rows and Magull, 1914-18”, en *150 Years of British Psychiatry*, vol. 2, *The Aftermath*, ed., Hugh Freeman y German E. Berrios, pp. 434-64; y Chris Fendtner, “‘Minds the Dead Have Ravished’: Shell Shock, History, and the Ecology of Disease-Systems”, *History of Science* 31 (1993): pp. 377-420. Como varios autores han observado, el diagnóstico de *shell shock* proveyó un útil término medio entre los dos extremos de la dicotomía predominante: simulación lisa y llana por un lado, o insanidad o psicosis, por el otro; dicho término medio permitió un acercamiento relativamente humano a la gran cantidad de hombres que se desmoronaron durante la guerra.

² Los tres médicos eran William Brown, Charles S. Myers y William McDougall. Brown expuso un trabajo —“The Revival of Emotional Memories and Its Therapeutic Value”— en un encuentro de la sección médica de la Sociedad Británica de Psicología el 18 de febrero de 1920; Myers y McDougall le respondieron, y la réplica de Brown a sus colegas cerró el encuentro. Las actas se publicaron con el título del trabajo de Brown en el *British Journal of Medical Psychology* 1 (1920): pp. 16-33, que abreviamos aquí como “R”.

extremidades, anestesia, agotamiento, insomnio, depresión y pesadillas aterradoras y repetitivas, síntomas que hasta ese momento se asociaban principalmente (aunque no con exclusividad) con la histeria femenina— eran todas expresiones corporales de emociones obstruidas o “reprimidas”. Brown razonaba de este modo: cuando un soldado se enfrentaba a la necesidad de mantener el auto-control y la disciplina del ejército en las condiciones de un incesante estrés físico y psicológico (como las que se viven en la primera línea de combate), era probable que respondiera a cualquier trauma de importancia con una crisis nerviosa. Impedido de descargar sus poderosas emociones directamente, a través de la acción o del habla, el soldado las “materializaba” inconscientemente, convirtiéndolas en síntomas físicos o corporales. Lo más sorprendente de todo era que el paciente no podía recordar nada de los terribles acontecimientos que estaban en la base de su lamentable estado. La disociación o la amnesia era, por lo tanto, el signo característico de la neurosis de guerra³. “*Los histéricos sufren sobre todo de reminiscencias*”⁴. La famosa fórmula de Breuer y Freud, según la cual los histéricos padecían de recuerdos traumáticos reprimidos, le sirvió a Brown de fundamento para una terapia hipnótica ideada para recuperar la memoria de la víctima a través de la repetición y la abreacción, similares a un trance, del suceso devastador (“R”, 16-17).

Para Brown, la eficacia de la hipnosis dependía decisivamente —aunque, como veremos, no exclusivamente— de la catarsis emocional en juego. Lo que a él le parecía fundamental era que en el estado hipnótico o de trance, el acontecimiento traumático fuera “reproducido” o “revivido” con toda la intensidad afectiva de la experiencia original. Solamente de esa manera, creía Brown, la emoción contenida podía ser exitosamente abreaccionada: “El punto esencial parece ser la re-vivencia [revival] de la emoción acompañando al recuerdo” (“R”, 16). Breuer y Freud habían enfatizado también la importancia de la descarga emocional en el tratamiento catártico. “Un recordar no acompañado de afecto es casi siempre totalmente ineficaz”, habían observado. “El decurso del proceso psíquico originario tiene que ser repetido con la mayor viveza posible, retrotraído a su *status nascendi*, y luego ‘declarado’, {Aussprechen}” (SH, 6; EH 32). En los centros militares emplazados detrás del frente francés, Brown había conseguido dichas re-vivencias emocionales sin dificultad. Pero en los casos en que el regreso a Gran Bretaña se había producido hace un tiempo, donde los síntomas habían tenido la oportunidad de convertirse en más “fijos”, Brown tuvo muchas más dificultades para obtener los mismos resultados. Según relató, uno de sus pacientes, que había sufrido de sordera histérica y pérdida del habla, recuperó los recuerdos bajo hipnosis en varias oportunidades, pero no recuperó la voz ni el oído hasta que, durante una noche, experimentó un sueño extremadamente intenso y, de pronto, se levantó de la cama con el habla y el oído recuperados. “En el caso de los sordomudos tratados directamente en el frente de batalla, nunca ocurrió un fracaso semejante”, observó. “La explicación parece ser que, en este caso, no conseguí la re-vivencia emocional con la suficiente viveza” (“R”, 16).

Pero C.S. Myers y William McDougall, los otros participantes del debate, rechazaron el énfasis de Brown en las emociones durante la abreacción hipnótica. Sostenían que lo que producía el alivio de los síntomas no era la catarsis afectiva sino las dimensiones cognitivas de la cura. Aceptando implícitamente la distinción tradicional entre los apetitos emocionales inferiores y las funciones superiores de control racional, Myers y McDougall no hicieron hincapié en la re-vivencia afectiva sino en la reintegración consciente del recuerdo disociado o “reprimido” a la historia del paciente. “El responsable de la cura es la evocación [recall] de la escena reprimida, y no la ‘elaboración’ de la ‘energía emocional contenida’” opinó Myers (“R”, 21). “El paso terapéutico imprescindible es el alivio de la disociación,” coincidió McDougall. “La descarga emocional no es necesaria para ello, aunque puede tener algún papel en el proceso” (“R”, 25). McDougall señaló que

³ William Brown, “The Treatment of Cases of Shell Shock in an Advanced Neurological Center”, *Lancet* 2 (August 17, 1918); que de aquí en adelante abreviamos como “T.C.”

⁴ Josef Breuer y Sigmund Freud, *Studies on Hysteria* (1895), *The Standard Edition of The Complete Psychological Work of Sigmund Freud*, trans. y ed. James Strachey (Londres, 1955-74), 2: p. 7; que abreviamos aquí como SH. [Hay traducción al español: *Obras completas de Sigmund Freud*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1978, traducción de Jaime L. Etcheverry. Tomo II: p. 32. Seguimos aquí dicha traducción, abreviándola aquí como EH]

en un debate anterior sobre su procedimiento, Brown había insistido al paciente, mientras éste estaba bajo el efecto de la hipnosis, que al despertar recordaría las escenas que había recién revivido [relived]. Sin tal precaución, al despertar del estado de trance, era habitual que el paciente olvidara otra vez todo lo que acababa de ocurrir. “Al proceder así, (Brown) parece haber reconocido en la práctica que la excitación emocional no es en sí misma el proceso curativo,” señaló McDougall, “sino que, a lo sumo, contribuye solamente al paso esencial del proceso de curación, concretamente, el alivio de la amnesia o la disociación” (“R”, 25). (Como será evidente más adelante, esta opinión no tergiversaba totalmente las ideas de Brown.) McDougall reconoció que la re-vivencia de la emoción original era importante como ayuda para garantizar que la experiencia traumática se aliviara por completo. Era importante directamente porque le daba fuerza y vivacidad a la rememoración [recollection], e indirectamente porque dominaba la tendencia constante a reprimir u olvidar los recuerdos displacenteros. Pero lo esencial del tratamiento era la reaparición del recuerdo traumático a la clara luz de la conciencia. De hecho, McDougall sostuvo que era posible recobrar el acontecimiento traumático reprimido sin que hubiera excitación emocional considerable de ningún tipo (“R”, 25-26).

¿Cuál es la importancia del debate entre Brown y sus colegas? Concedo que el desacuerdo entre ellos no se reducía simplemente a una cuestión menor de técnica terapéutica. Tampoco se trataba esencialmente de una discusión sobre los posibles mecanismos cerebrales que podrían subyacer a los síntomas de las neurosis de guerra, a pesar del interés de McDougall en ese tema. Estaban en juego cuestiones mucho más fundamentales. Pues el eje de la argumentación de Myers y McDougall contra la importancia de la abreacción emocional era la insistencia en que lo que importaba en la cura hipnótica era que el soldado traumatizado pudiera obtener cierto conocimiento sobre sí mismo, o que lograra una relación consigo mismo, al recobrar el recuerdo de la experiencia traumática. La idea era ayudar al sujeto a lograr una reintegración intelectual o a re-sintetizar el recuerdo olvidado para que pudiera superar su estado disociado, fracturado, y acceder a una narración coherente de su vida pasada. Para que eso sucediera, era necesario cierto grado de participación por parte del paciente. Dicho más en general, es como si dos explicaciones opuestas sobre el rol o la posición del paciente en la medicina se enfrentaran en un debate. La primera, a la que llamaré explicación *participativa*, suponía que la colaboración del paciente era una parte inseparable de la cura, mientras que la segunda, a la que llamaré explicación *quirúrgica*, suponía que, como en el caso de las terapias con fármacos o la cirugía —modos dominantes de terapia médica en Occidente—, la colaboración del paciente era irrelevante para el tratamiento. Para los psicoterapeutas que trataban las neurosis de guerra, la pregunta clave parecía ser la siguiente: ¿la hipnosis curaba al paciente porque suscitaba la participación del sujeto? ¿O, por el contrario, la terapia por sugestión conseguía sus efectos por fomentar la “sujeción” [subjection] del paciente a las órdenes autoritarias del hipnotizador, que hacían caso omiso del consentimiento y, por así decirlo, de la colaboración del yo? Si reformulamos esas posiciones a la luz de la obra de Foucault sobre la disciplina y el conocimiento, podríamos decir que la primera explicación enfatizaba el rol activo del sujeto —concebido éste como constituido a través de categorías de consentimiento y rechazo—, mientras que la segunda suponía un sujeto —pero, ¿tiene sentido el término sujeto en este contexto?— que, de alguna manera, escapa a las dos alternativas.⁵

Un punto revelador del debate que se dio en 1920 en relación con ese tema fue el miedo a que, a falta de un *insight* cognitivo, la re-vivencia hipnótica del trauma pudiera, directamente, perjudicar al paciente por fomentar una dependencia emocional con el médico, proceso que se consideraba incompatible con la autonomía psíquica y el autocontrol (“R”, 24-25). Ese también era

⁵ Si para Foucault el poder, la disciplina y el conocimiento se alinean juntos, lo hacen por presuponer la producción de un sujeto que es capaz de consentimiento y de resistencia. “El poder se ejerce solamente sobre sujetos libres, y únicamente en la medida en que sean libres,” escribe este autor (Michael Foucault, “Afterword: The Subject and Power”, en Herbert L. Dreyfus y Paul Rabinow, *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics* [Chicago, 1982], pp. 220-221). Para Foucault, el poder y la libertad son, por lo tanto, mutuamente constitutivos, como lo subrayó Mark Maslan, “Foucault and Pragmatism”, *Raritan* 7 (Winter 1988): pp. 94-114.

el mensaje del psicoterapeuta Paul-Charles Dubois, cuyos influyentes ataques a la hipnosis, que comenzaron en 1905, habían contribuido a precipitar la rápida declinación de la terapia hipnótica en los años previos a la guerra. En un inquietante anticipo de la ecuación entre el valor terapéutico del autocontrol y la exigencia de la disciplina militar que caracterizó el discurso médico durante la Primera Guerra Mundial, Dubois había comparado a los neuróticos con los “rezagados del ejército”, a quienes tendemos a considerar haraganes o simuladores: “No sabemos si creer en sus dolencias y llevarlos al hospital o adoptar una actitud ruda y enviarlos de vuelta a las filas de combate. Quedamos involucrados en un problema de libertad y de responsabilidad, y es la ausencia de una solución nítida lo que nos hace dudar sobre qué camino tomar”.⁶ Ante esa incertidumbre, la respuesta de Dubois, que gozó de gran aceptación, había sido pedir que se abandonara la “manipulación” hipnótica en favor de una rehabilitación moral del paciente basada en la “persuasión racional”. En rechazo de lo que él definía como la explotación por parte del hipnotizador de la pasividad “afeminada” e infantil y la obediencia automática del paciente, Dubois instaba a los médicos a que fomentaran, en cambio, la autodisciplina y la autonomía viriles del soldado fortaleciendo sus capacidades racionales y críticas. “Es nuestra resistencia moral la que nos da fuerza para resistir ante esas influencias (o sugerencias) debilitantes”, sostenía.⁷ Ni siquiera la condena mordaz de Pierre Janet a la postura de Dubois —su planteo de que la hipnosis no debería considerarse distinta de la farmacoterapia o la cirugía, cuya eficacia no dependía de la comprensión o el insight del paciente — consiguió evitar, en ese momento, la reorientación de la psicoterapia hacia la moralización y el análisis “racional”.⁸

⁶ Paul-Charles Dubois, *The Psychic Treatment of Nervous Disorders*, traducción al inglés de Smith Ely Jelliffe y William A. White (Nueva York, 1908), 35, 45-46, 116. La cuestión de si los que estaban a cargo de los pacientes con shell shock en los hospitales militares austríacos eran culpables de tratamientos abusivos o “disciplinarios” fue el tema de una audiencia en 1920 en las cuales Freud prestó testimonio. Véase K. R. Eissler, *Freud as an Expert Witness: The Discussion of War Neuroses between Freud and Wagner-Jauregg* (Nueva York, 1986). Sobre debates recientes sobre la combinación de las exigencias de la disciplina militar y la terapia médica a la hora de tratar las neurosis traumáticas durante la Primera Guerra Mundial, véase Stone, “Shellshock and the Psychologists”; Pat Barker, *Regeneration* (Nueva York, 1992), acerca del tratamiento del poeta Siegfried Sassoon; y Elaine Showalter, “Male Hysteria: W. H. Rivers and the Lessons of Shellshock”, en *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830-1985* (Nueva York, 1985), 167-194.

⁷ Dubois, *Psychic Treatment*, 116. Se pueden hallar críticas a la hipnosis similares a las de Dubois en Alfred Binet, *Les idées modernes sur les enfants* (París, 1910), 193 [Hay traducción al español: *Las ideas modernas sobre los niños*. Fondo de Cultura Económica, México, 1985]; y J. Dejerine y E. Gauckler, *The Psychoneuroses and Their Treatment by Psychotherapy* (Filadelfia, 1913). Habitualmente, la sugestión fue definida como “el proceso mediante el cual las ideas son introducidas en la mente de un sujeto sin ser sujetas a su juicio crítico. El efecto de cualquier sugestión depende de la evitación del juicio crítico de la razón.” (J. A. Hadfield, “Treatment by Suggestion and Persuasion”, en *Functional Nerve Disease*, ed. H. Crichton Miller [Londres, 1920], 63). Por el contrario, la persuasión fue definida como “el tipo de tratamiento que apela al raciocinio consciente y se basa en fundamentos lógicos”. Sin embargo, desafortunadamente para aquellos que, como Dubois, pretendían mantener una distinción tajante entre ambos procesos, Hadfield señala luego que “en la práctica concreta, el éxito de la persuasión depende de la sugestión, sobre todo de la que deriva de la autoridad del médico y de las expectativas del paciente”. (ibid., 82). En efecto, Hadfield —al igual que Brown y tantos otros— hizo el intento de establecer un contraste entre la sugestión “buena”, que ayudaba a fortalecer la voluntad y la libertad del paciente, y la sugestión “mala”, que menoscababa su autonomía psíquica. Por ende, la sugestión coincidía con la estructura del *phármakon* (o “suplemento”) en el sentido que le da Derrida, es decir, aquello que es a la vez remedio y veneno. Cabe señalar con respecto a este punto que el término *shell shock*, que introdujeron Myers y otros especialistas a principios de la guerra, se prohibió oficialmente en 1917 con la justificación de que contribuía a propagar, por contagio o “sugestión”, los mismos síntomas a cuya cura mediante la sugestión era el objetivo del tratamiento psicoterapéutico (véase C. S. Myers, *Shellshock in France 1914-1918, Based on a War Diary Kept by Charles S. Myers* [Cambridge, 1940], 12-13, 92-97).

⁸ Para leer las críticas de Janet a Dubois y el vuelco hacia la persuasión racional, véase Pierre Janet, *Psychological Healing. A Historical and Clinical Study* (1919; reimposición, Nueva York, 1976), 1: 129ss; que de aquí en adelante abreviamos como PH. “Bajo la influencia de la moda del momento”, señala Janet sarcásticamente en relación con un tal Dr. Levy que se había convertido a la terapéutica racional de Dubois, “nos dice ahora que el hipnotismo ha caído en desgracia 'porque lo consideran un estado nervioso especial'. Él también quiere que el paciente participe del proceso de la cura, que, por supuesto, debe ser ‘racional’. El paciente debe aprender a disciplinarse moral y físicamente. En pocas palabras, el sistema terapéutico de Levy en su totalidad depende de la ‘educación y la reeducación racional’” (PH, 1: 113). En respuesta a esa posición, Janet cita lo siguiente de un artículo escrito por Max Eastman: “‘Es difícil ver por

Todo lo anterior indica que, para que la hipnosis lograra instalarse exitosamente en el centro de la terapéutica médica durante la Primera Guerra Mundial, había que reformularla teóricamente de modo que no representara el modelo de tratamiento jerárquico, “coercitivo”, sino el modelo de tratamiento consensuado y participativo. Y, de hecho, el mismo Brown interpretaba la sugestión hipnótica en ese sentido. Si, para Brown, la catarsis emocional ocupaba un lugar legítimo en el tratamiento de las neurosis de guerra, se debía precisamente a que evitaba la abyección y la automaticidad mecánica de la “sugestión directa”. En la catarsis hipnótica, decía Brown tempranamente, “el paciente atraviesa nuevamente sus experiencias aterradoras originales; sus recuerdos resurgen con vividez alucinatoria. Es ese proceso el que permite el retorno del poder de la palabra, y no la sugestión directa, como en el método hipnótico común”. Se pensaba, por ende, que la catarsis “carecía de los defectos” vinculados al uso “común” de la sugestión hipnótica (“T. C.”, p. 198).⁹ Como un medio de ayudar a que el paciente logre el auto-dominio y el auto-conocimiento, el énfasis del tratamiento de Brown estaba puesto directamente en la recuperación y la nueva síntesis del recuerdo olvidado (“T. C.”, pp. 198-99). La catarsis hipnótica no fue teorizada como un aparato de manipulación del comportamiento, sino como una “ayuda complementaria” a un tratamiento médico ideado con el fin de “disciplinar” al sujeto por la vía de lograr que acepte una determinada versión de su historia y de su identidad. Brown reconocía lo siguiente:

Desde el punto de vista psicológico, nos vemos obligados a reconocer el gran efecto terapéutico producido por el intelecto en el repaso analítico de los recuerdos pasados, especialmente en el tratamiento analítico de los llamados “estados de ansiedad”, en los cuales se ayuda y anima al paciente a observar los sucesos pasados desde una perspectiva más impersonal, y así obtener una comprensión [insight] más profunda de sus interrelaciones y valores intrínsecos. El método, que podría ser llamado el método de la “autognosis”, produce un reajuste de los valores emocionales que se encuentran en los recuerdos pasados del paciente. Esos recuerdos se someten todos a un examen riguroso desde la perspectiva de la personalidad madura del paciente —o, más bien, de su ideal de personalidad tan lejos como dicho ideal es revelado en el curso del análisis—, y se suprime la relativa autonomía que adquirieron algunos de esos recuerdos por su énfasis exagerado. El progreso avanza desde un estado de relativa disociación a un estado de armonía y unidad mental. Aquí, la “abreacción” de la emoción excesiva no es un proceso meramente mecánico, sino que está controlada en cada etapa según el principio de ajuste relativo e intelectual. (“R”, 19)¹⁰

En otras palabras, la discusión entre Brown y los otros médicos, por más fundamental que pareciera en ese momento, se percibe retrospectivamente como una cuestión de énfasis y no de puntos de vista diametralmente opuestos.

Es importante destacar, en relación con este aspecto, que a fin de evitar los peligros aparentes de la hipnosis, Brown proponía limitar su empleo a una “minoría pequeñísima de casos”, a saber, los de histeria grave, y preferentemente, a nada más que un tratamiento (“T. C.”, 199).¹¹

qué el hecho de permitir que un médico en quien hemos decidido confiar deposite una idea útil en nuestra mente implica una suspensión mayor del juicio que permitirle depositar una cápsula de aspecto sospechoso en nuestro cuerpo” (“P. H.”, 1: 337).

⁹ Al hablar del método hipnótico “común”, Brown se refería al método de sugestión directa de Hyppolite Bernheim mediante el cual el médico le daba a entender con sus palabras al paciente hipnotizado que los síntomas (o la causa de ellos) se desvanecerían. Véase William Brown, “Hypnosis, Suggestion, and Dissociation”, *British Medical Journal* (June 14, 1919): 735.

¹⁰ Se pueden hallar descripciones similares del método de la terapia hipnótica en Brown, *Talks on Psychotherapy* (Londres, 1923), 10; Myers, *Shell Shock in France*, 68; W. H. Rivers, “Freud’s Psychology of the Unconscious”, *Lancet* 1 (June 16th 1917): 914; y lo que dice Simmel sobre la catarsis en Sándor Ferenczi, Karl Abraham, Ernst Simmel y Ernest Jones, “Symposium Held at the Fifth International Psycho-Analytical Congress in Budapest, September 1918” [Simposio celebrado durante el V Congreso Internacional de Psicoanálisis realizado en Budapest en septiembre de 1918], *Psycho-Analysis and the War Neuroses* (Londres, 1921), 30, 33.

¹¹ Véase también William Brown, *Talks on Psychotherapy*, 34-35; e ídem, *Suggestion and Mental Analysis: An Outline of the Theory and Practice of Mind Cure* (Londres, 1923), p. 170.

Según Brown y otros especialistas, la brevedad del tratamiento hipnótico fue el motivo por el cual no se diagnosticaron casos de personalidad múltiple en la guerra, dato de sumo interés si se tiene en cuenta lo frecuente que había sido ese diagnóstico en Europa y los Estados Unidos. En 1926, Bernard Hart señaló la “notable ausencia” de casos de doble personalidad en la literatura psicoanalítica.¹² En el marco de las discusiones que se generaron partir de esos comentarios, Ernest Jones, discípulo de Freud, atribuyó esa ausencia al rechazo freudiano a los métodos hipnóticos que según él —Jones— eran particularmente proclives a ocasionar el debilitamiento y la disociación del yo característicos de la personalidad múltiple. Brown se inclinaba por ese argumento y señalaba que, si bien durante la guerra hubo miles de casos de enfermedades nerviosas funcionales con amnesia, fuga y otros síntomas, “no se observaron ni se registraron casos claramente definidos de personalidad múltiple”. Lo atribuía a la ausencia de un tratamiento hipnótico prolongado que, de haberse efectuado, habría “entrenado” al paciente de modo tal que manifestara ese trastorno.¹³ Las observaciones de Brown pueden ayudarnos a comprender el trastorno de personalidad múltiple como un constructo socio-histórico. Durante la Primera Guerra Mundial, en un contexto en que se produjo un moderado renacer de los métodos catárticos de Freud, el temor a la sugestionabilidad y el automatismo en el hombre —la exigencia de revirilización del soldado desmoralizado— limitó el uso de la sugestión hipnótica a fin de contener la manifestación de una sintomatología más florida que, hasta ese momento, se asociaba al diagnóstico de personalidad múltiple.¹⁴ Ese factor, sumado a la arremetida de Joseph Babinski contra el diagnóstico de histeria en su totalidad, y la orientación neurológico-organicista generalizada de la profesión psiquiátrica, aseguró que el soldado víctima de *shell-shock* pudiera llegar a ser visto como un simulador o tratado como un caso de histeria masculina, pero que nunca fuera considerado un caso de personalidad múltiple.¹⁵

Así y todo, la neurosis de guerra colocó en un lugar de importancia, una vez más, al mismo fenómeno de disociación o escisión, que había sido considerado el rasgo distintivo del caso Beauchamp, tratado por Prince, y de la histeria femenina en general. Ernst Simmel escribió: “La neurosis de guerra, al igual que la neurosis que se da en tiempos de paz, es la expresión de una escisión de la personalidad”.¹⁶ El resurgimiento de la escisión como rasgo fundamental del *shell shock* volvió a instalar el debate, inaugurado por Freud, sobre el papel de la sexualidad en la generación de la histeria. Como para Brown, Myers, McDougall y muchos otros médicos la noción de conflicto sexual no parecía aplicable a los traumas de la guerra, terminó considerándose que era la amenaza de la aniquilación —la sensación de desamparo total confrontado a la muerte casi segura— más que la represión sexual lo que podía ser considerado como causa de la histeria. En efecto, se puso en duda la represión misma como el mecanismo de la histeria, con el resultado de que los psicoterapeutas retornaron al concepto de Breuer según el cual, en la neurosis traumática, se producía una escisión “hipnoide” o psíquica del yo antes, o independientemente, de cualquier mecanismo represivo.¹⁷ Además, con el nuevo énfasis sobre el trauma de muerte se produjo un retorno a la temática de identificación maternal y trauma materno que también encontramos en el caso Beauchamp. (Veremos que el caso de Janet de la disociada y traumatizada Irène, que se analiza

¹² Bernard Hart, “The Conception of Dissociation” (comentado), *British Journal of Medical Psychology* 6 (1926): pp. 241-256.

¹³ Comentarios sobre el artículo de Hart, *British Journal of Medical Psychology* 6 (1926): p. 260.

¹⁴ Asimismo, los casos diagnosticados de personalidad múltiple parecen haber sido muy escasos entre los pacientes con neurosis de guerra durante la Segunda Guerra Mundial. He dado con una sola referencia: Harry C. Leavitt, “A Case of Hypnotically Produced Secondary and Tertiary Personalities”, *Psychoanalytic Review* 34 (1947): pp. 271-295.

¹⁵ Se puede hallar una crítica contemporánea a las opiniones de Babinski sobre la histeria, que fue escrita por uno de los principales responsables del diagnóstico del trastorno de personalidad múltiple en Morton Price, “Babinski’s Theory of Hysteria”, *Journal of Abnormal Psychology* 14 (1920): pp. 312-324.

¹⁶ Simmel, “Symposium held at the Fifth International Psycho-Analytical Congress at Budapest, September 1918” [Simposio celebrado durante el V Congreso Internacional de Psicoanálisis realizado en Budapest en septiembre de 1918], p. 33.

¹⁷ Se puede hallar un análisis sobre la distinción entre la disociación y la represión en W. H. R. Rivers, *Instinct and the Unconscious: A Contribution to a Biological Theory of the Psycho-neuroses* (Cambridge, 1922); y William McDougall, *Outline of Abnormal Psychology* (Nueva York, 1926), particularmente el capítulo 12.

en este capítulo, responde a ese modelo). La madre, concebida como el “objeto” fascinante del primer lazo identificatorio pasional del niño sugestionable, se usó como chivo expiatorio para identificar la fuente de la histeria “femenina” y la falta de valor viril del hijo en el momento de la batalla.¹⁸ Asimismo, las neurosis de guerra se tematizaron —sobre todo por el psicoanalista Sándor Ferenczi y por Freud— como una repetición de la reacción más temprana del niño ante la amenaza de la pérdida o la desaparición de la figura materna.¹⁹ Resumiendo, la disociación histérica de las neurosis traumáticas de guerra y de paz apareció como el signo de un duelo primordial e imposible por la pérdida de la madre.

Afecto, memoria y representación

La histeria, definida de ese modo, ¿podría tener cura? Quisiera enfatizar aquí que la defensa que hace Brown de la abreacción hipnótica como técnica para recuperar los recuerdos traumáticos implicaba el supuesto de que la emoción siempre “incluye una referencia, vaga o explícita, hacia algún objeto” (“R”: 17), lo que equivale a decir que las emociones pertenecían a un sistema de representaciones. Eso es lo que hacía posible que las emociones persistieran en la mente con la misma continuidad y verosimilitud que las imágenes de un rollo de película, con las que Brown las comparaba; así como las experiencias u objetos a los que estaban asociadas las emociones quedaban completamente preservados en la memoria. Es por eso que, cuando las emociones eran reprimidas o disociadas, no desaparecían sino que quedaban alojadas en el inconsciente en forma de recuerdos olvidados. Para Brown, debido a que los afectos participaban en el mismo sistema representacional que otras experiencias, es que podían ser evocados o “reproducidos” bajo el efecto de la hipnosis, con toda la intensidad de la experiencia original (“R”: 17).

La idea de Brown de que el sujeto era incapaz de olvidar nada – de que incluso si se bloquea el acceso consciente a tales recuerdos, inconscientemente retenemos un registro completo de cada acontecimiento o experiencia que hayamos vivido, no importa cuán insignificante haya sido– da cuenta de la extraordinaria importancia adjudicada tradicionalmente a la memoria (junto con la volición) como *la* marca que define la identidad personal.²⁰ Pero, ¿y si los recuerdos emocionales no eran lo que se suponía que eran? ¿Y si los “logros innegables”²¹ (a pesar de ser a veces

¹⁸ Con respecto a la fijación materna como causa de las neurosis de guerra, véanse, por ejemplo, Maurice Nicoll, “Regression”, y H. Crichton Miller, “The Mother Complex”, en *Functional Nerve Disease: An Epitome of War Experience for the Practitioner*, ed. H. Crichton Miller (Londres, 1920), 101, 115-128; y Simmel, “Symposium held at the Fifth International Psycho-Analytical Congress at Budapest, September 1918” [Simposio celebrado durante el V Congreso Internacional de Psicoanálisis realizado en Budapest en septiembre de 1918], 31. Se puede hallar un análisis sobre los aspectos relativos al género en torno a la experiencia bélica en Margaret Randolph Higgonnet, ed., *Behind the Lines: Gender and the Two World Wars* (New Haven, Connecticut, 1987).

¹⁹ En una sorprendente nota añadida a su análisis de las neurosis de guerra en 1918, Ferenczi cita la obra de Moro en relación con los reflejos del recién nacido a fin de comparar la histeria traumática con las reacciones reflejas del bebé traumatizado a raíz de una conmoción repentina, que Ferenczi interpretó como una regresión atávica al reflejo del mono que se aferra a la madre (Ferenczi, “Symposium Held at the Fifth International Psycho-Analytical Congress at Budapest, September 1918”, 21). La relación que establece Ferenczi entre el trauma y la separación de la madre anticipa el estudio que hace Imre Herman sobre el trauma materno en *L’instinct filial* (1943; París, 1972) así como el análisis de Nicolas Abraham y Maria Torok de la traumática “unión dual” entre madre e hijo en *L’ecorce et le noyau* (París, 1978). [Hay traducción al español: *La corteza y el núcleo*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2005].

²⁰ “Como he dicho durante mucho tiempo, ningún hecho desaparece de la memoria:” escribió el fisiólogo Charles Richet en 1894, “todo está fijado en ella. Todo actúa sobre nosotros y deja una huella indeleble” (citado por Michael Roth, “Hysterical Remembering”, *Modernism/Modernity* 3 [May 1996]: p. 13).

²¹ Sándor Ferenczi y Otto Rank, *The Development of Psychoanalysis* (1924; reimpresión, Nueva York, 1956), p. 61. Pueden hallarse evaluaciones positivas de la hipnosis y la sugestión en el tratamiento de las neurosis de guerra durante la Primera Guerra Mundial, en M. D. Eder, *War-Shock: The Psycho-Neuroses in War Psychology and Treatment* (Londres, 1917), pp. 128-143; Frederick Dillon, “Treatment of Neuroses in the Field: The Advanced Psychiatric Centre”, y J. A. Hadfield, “Treatment by Suggestion and Hypno-Analysis”, en *The Neuroses of War*, ed. Emmanuel Miller (Nueva York, 1940), pp. 119-127, 128-149. Hay evaluaciones más pesimistas sobre el valor de estos métodos, en

transitorios) de la hipnosis en el tratamiento de las neurosis de guerra no dependían de la re-vivencia [revival] de las emociones que habían sido previamente experimentadas y que ahora se le re-presentaban al sujeto como pasado, sino de la repetición de la experiencia emocional *en el presente*, con toda la energía del “acontecimiento” inicial? ¿Y si, según lo anterior, las apasionadas “re-vivencias” o “reproducciones” características de la curación catártica no pudieran utilizarse para recuperar recuerdos emocionales por la simple razón de que tales recuerdos no existen? En líneas más generales, ¿y si las emociones fueran refractarias a cierto tipo de economía representacional?

Es en gran parte mérito del propio Brown el haberse dado cuenta de que el problema de la memoria emocional, lejos de ser “enteramente irreal”, tal como creía McDougall (“R”: 24, n.1), era central con respecto a la naturaleza de la cura catártico-hipnótica. Aún más, Brown también era consciente de que se trataba de una cuestión que en los años previos a la guerra había suscitado la curiosidad de muchos de los mejores psicólogos del momento, y que arrojaba resultados que no siempre sustentaban su propia postura. Brown señaló dos contribuciones de particular interés: la del psicólogo suizo Edouard Claparède y la de Sigmund Freud.

En un artículo de investigación de 1911, Claparède había rechazado la teoría de la memoria emocional, que subyacía al análisis de Brown. Para orientarnos en este sentido, será útil recordar que a fin de siglo, la controversia sobre la memoria emocional fue parte de un debate más amplio sobre las bases epistemológicas de la psicología. A consecuencia de ese debate, surgió una tendencia general a alejarse de la psicología atomista y sensualista, para acercarse a un enfoque más intencionalista o pragmático-funcional, que cuestionaba el papel general de la sensación y la imagen, o de la representación, en la vida psíquica. Tras esos debates previos a la guerra estaba la figura fascinante de Henri Bergson, que ejercía sobre ellos una influencia que aún debe analizarse en profundidad. No dejaremos que la crítica fenomenológica brillantemente expuesta por Sartre sobre Bergson, Claparède y otros –en la que plantea que, a pesar de la nueva orientación y la nueva terminología empleadas, ellos retuvieron el concepto de imagen en su acepción clásica empírico-materialista– nos impida reconocer el interés histórico de sus trabajos al revisar el lugar que ocupan la imagen y la representación en la vida mental.²²

Aunque lo que ha atraído principalmente la atención de los historiadores ha sido el debate sobre el pensamiento “sin imágenes”,²³ el papel de la imagen en la emoción también fue tema de discusión. En toda esta cuestión, una figura clave, analizada tanto por Brown como por Claparède, fue William James, quien había negado la existencia de la memoria emocional. Cuando pensamos en un sentimiento del pasado, había planteado James, lo que surge en nuestra consciencia no es el recuerdo de ese sentimiento, sino un nuevo sentimiento que experimentamos en el presente. “La “capacidad de revivir” [revivability] en la memoria las emociones, al igual que la de todas las sensaciones de los sentidos inferiores, es muy pequeña”, escribió James en un pasaje citado por Claparède: “Podemos recordar que sufrimos pena o nos sentíamos en un raptó, pero no podemos recordar cómo sentimos esa pena o ese raptó. Esta difícil “capacidad de revivir” [revivability] *ideal* es, sin embargo, más que compensada en el caso de las emociones por una sencilla “capacidad de revivir” *real [actual]*. Es decir, podemos producir, no una rememoración de la pena o arrebató pasados, sino nuevas penas y arrebatos, convocando un pensamiento vivo de la causa que los provocó. La causa es actualmente sólo una idea, pero esa idea produce las mismas (o casi las mismas) irradiaciones orgánicas que produjo la causa original, de modo que la emoción es

especial en casos crónicos, en Norman Frenton, *Shell Shock and Its Aftermath* (St. Louis, 1926), y Abram Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War* (Menasha, Wisconsin, 1941).

²² Jean-Paul Sartre, *Imagination: A Psychological Critique* (Ann Arbor, Michigan, 1972). [Hay traducción al español: *La imaginación*, Edhasa, Madrid, 2006].

²³ Véanse George Humphrey, *Thinking: An Introduction to Its Experimental Psychology* (Nueva York, 1963); *Thinking: From Association to Gestalt*, eds. Jean Matter Mandler y George Mandler (Nueva York, 1964); y David F. Lindenfeld, *The Transformation of Positivism: Alexius Meinong and European Thought, 1880-1920* (Berkeley, California, 1980), pp. 220-264.

nuevamente una realidad. La hemos ‘recapturado’”.²⁴ Respecto del tratamiento hipnótico de la víctima de neurosis de guerra, podríamos decir que, según la teoría de la emoción de James, gracias a que las condiciones orgánicas de la experiencia original habían retornado tan vívidamente sobre el soldado traumatizado, ellas producían nuevamente el temor, pero la emoción era un sentimiento actual, presente, causado por las sensaciones viscerales provocadas durante la hipnosis.

Claparède extendió el argumento de James. Específicamente, se dispuso a descubrir qué experimentaba él mismo cuando intentaba recordar una emoción pasada. Relató entonces que, cuando trataba de proyectar una emoción en el pasado –la tristeza que sentía al pensar en sus padres muertos (significativamente, un ejemplo de duelo)–, o bien seguía experimentando la emoción actualmente, en el presente, y por lo tanto no como pasado, o bien dejaba de experimentarla por completo y en lugar de ello, simplemente se representaba a sí mismo como una especie de “yo maniquí”, despersonalizado o muerto, a quien veía objetivamente, desde cierta distancia y sin ninguna emoción, como si fuera un espectador de sí mismo. “Para mí”, escribió Claparède, “es imposible *sentir* una emoción como *pasado*”. Y agregó: “Por lo tanto, sé que estuve triste, pero no tengo conciencia de ningún estado de tristeza. Para que estas imágenes no afectivas de tristeza renueven su significado original y su vida, estoy obligado a retraducirlas en términos afectivos; pero entonces recaigo nuevamente en estados emocionales en el presente, lo que significa que es mi yo presente el que siente tristeza, y ya no únicamente mi yo pasado”. Un estado emocional y la proyección en el pasado son “hechos incompatibles”, sostuvo Claparède. También observó que:

Apenas proyecto el momento pasado lejos del momento presente que me colma totalmente, entonces, para decirlo de alguna manera, considero esos recuerdos pasados como un simple espectador, lo que significa que si me represento a mi mismo allí, me veo *desde afuera*, del mismo modo en que me represento a otros individuos. Por lo tanto, mi yo pasado es, psicológicamente, distinto de mi yo presente, pero es [...] un yo vaciado y objetivado, al cual sigo sintiéndolo a distancia de mi verdadero yo que vive en el presente. Y si intento pasar de ser un simple espectador a ser un actor, si intento identificarme con ese segundo yo [*image-sosie*], lo traigo al presente para poder reencarnarlo; pero arrastra consigo las imágenes que lo rodean, y entonces tengo la impresión de estar experimentando otra vez en el presente la escena que ya ha pasado.

Y agregó:

Esta tendencia a experimentar en el presente una escena previamente experimentada es especialmente habitual que tenga lugar cuando intento representarme una emoción pasada: la emoción sólo puede ser experimentada como un estado de mí mismo. Solamente se la puede conocer desde adentro, no desde afuera. Si le atribuyo esa emoción pasada a mi yo fantasma -o doble- (al que únicamente es posible ver desde afuera), entonces, en ese preciso momento, la veo desvanecerse de mi conciencia presente. No se puede ser un espectador de los propios sentimientos; los sentimientos se sienten o no se sienten; no es posible imaginarlos (conferirles una imagen, representarlos) sin despojarlos de su esencia afectiva.²⁵

²⁴ William James, *The Principles of Psychology* (1890; reimpresión, Cambridge, 1983), pp. 1087-1088. [Hay traducción al español: *Principios de psicología*, México, FCE, 1989].

²⁵ Edouard Claparède, “La question de la ‘mémoire’ affective”, *Archives de psychologie* 10 (1911): pp. 367-369. Entre los que Claparède mencionó como partidarios de la idea de la existencia de la memoria emocional se encontraban Ribot, Pillon, Pieron, Dugas, Paulhan, Dauriac, Baldwin, Bain, Fouillée y Patini; entre los que señaló como detractores de esa idea se encontraban James, Titchener, Höffding y Mauxion. Al final de su ensayo, Claparède reconoció el papel que el psicólogo Alfred Binet desempeñó al iniciar una crítica general de la imagen mental en la psicología. Con respecto a ese tema, véase especialmente Alfred Binet, “Que’est-ce qu’une émotion? Qu’est-ce qu’un acte intellectuel?” *L’Année psychologique* 17 (1911): pp. 1-47, citado, con permiso, por Claparède en “Feelings and Emotions”, en *Feelings and Emotions: The Wittenberg Symposium*, ed. Martin L. Reymert (Worcester, Massachusetts, 1928), p. 136. En ese ensayo, Claparède todavía planteaba la pregunta: “¿Existe una verdadera memoria afectiva? (¿O los recuerdos [memories] afectivos implican una re-vivencia *actual* de sensaciones y emociones?)” (p. 125).

Esta cita es una descripción fascinante de lo que podría denominarse la “fenomenología del afecto”, en la cual, a su manera modesta pero elegante, Claparède parece romper con toda una teoría de la representación según la cual –en una genealogía que se remonta a la interpretación dominante de Descartes– la certeza del *Cogito* es concebida como la certeza del espectador o certeza especular del sujeto que se observa a sí mismo o que se ve o se representa a sí mismo para sí mismo como si estuviese mirándose en un espejo o sobre un escenario. Por el contrario, en la crítica que realiza del concepto de memoria emocional o representación afectiva, Claparède abandona todo ese tipo de metáforas acerca de la especularidad y de la condición de espectador. La postura de Claparède no implica el rechazo de la imagen o la representación como tales, sino de una interpretación particular de la imagen o la representación que siempre conlleva una “teatralidad representativa”, que supone una distancia especular entre el sujeto y el objeto, entre el ego y el alter ego.²⁶ Incluso hay un sentido en el que Claparède rompe con esas metáforas con aún más firmeza que el propio Freud, lo que resulta evidente al considerar el otro texto acerca de la memoria emocional, aparte del de Claparède, que Brown también mencionó en su artículo sobre las neurosis traumáticas de guerra: el ensayo metapsicológico acerca del inconsciente escrito por Freud en 1915. Uno de los aciertos de Brown es haber centrado la atención en el preciso lugar del difícil y desconcertante texto de Freud en que el autor austriaco al parecer postula la absoluta irreductibilidad entre el afecto y la representación, tema en el que Claparède también hizo hincapié. En ese momento, Freud parece admitir que de existir algo como una idea o representación inconsciente –dado que, para Freud, incluso en el inconsciente la pulsión (o el instinto) sólo se conoce a través de sus representaciones–, *el afecto mismo* manifiesta la pulsión directamente, sin ningún intermediario. En el pasaje citado por Brown, Freud escribió:

Una pulsión nunca puede pasar a ser objeto de la conciencia; sólo puede serlo la representación que es su representante. Ahora bien, tampoco en el interior de lo inconsciente puede estar representada si no es por la representación. Si la pulsión no se adhiriera a una representación ni saliera a la luz como un estado afectivo, nada podríamos saber de ella. [...] Creeríamos que la respuesta a la pregunta por las sensaciones, los sentimientos, los afectos inconscientes se resolvería con igual facilidad. Es que el hecho de que un sentimiento sea sentido, y, por lo tanto, que la conciencia tenga noticia de él, es inherente a su esencia. La posibilidad de una condición inconsciente faltaría entonces por entero a sentimientos, sensaciones, afectos. Pero en la práctica psicoanalítica estamos habituados a hablar de amor, odio, furia, etc., inconscientes, y aun hallamos inevitable la extraña combinación “conciencia inconsciente de culpa” o una paradójica “angustia inconsciente”. ¿Tiene este uso lingüístico mayor significado aquí que en el caso de la “pulsión inconsciente”?

En realidad, las cosas se presentan en este caso dispuestas de otra manera. Ante todo puede ocurrir que una moción de afecto o de sentimiento sea percibida, pero erradamente. Por la represión de su representante genuino fue compelida a enlazarse con otra representación, y así la conciencia la tiene por exteriorización de esta última. [...] aunque su afecto nunca lo fue [inconsciente], pues sólo su *representación* debió pagar tributo a la represión. [...] *En rigor*, [...] *no hay por tanto afectos inconscientes* [...] Toda la diferencia estriba en que las representaciones son investiduras -en el fondo, de huellas mnémicas-, mientras que los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas exteriorizaciones últimas se perciben como sensaciones. En el estado

²⁶ Con respecto a ese tema, véanse las siguientes obras: Michel Henry, *The Genealogy of Psychoanalysis* (Stanford, California, 1993) [Hay traducción al español: *Genealogía del psicoanálisis*, Síntesis, Barcelona, 2002; trad. de Miguel García-Baró]; Mikkel Borch-Jacobsen, *The Freudian Subject* (Stanford, California, 1988); idem *Lacan: The Absolute Master*, traducción al inglés de Douglas Brick (Stanford, California, 1991), esp. pp. 43-71 [Hay traducción al español: *Lacan: El amo absoluto*, Amorrortu, Madrid, 1995].

actual de nuestro conocimiento de los afectos y sentimientos no podemos expresar con mayor claridad esta diferencia.²⁷

Con respecto a ese pasaje, Brown destacó que “Freud tiene muchas dificultades para llegar a una conclusión acerca de la naturaleza de los ‘afectos inconscientes’ en contraposición a las ‘representaciones inconscientes’, pero reconoce que el problema de los afectos inconscientes es distinto del de las representaciones inconscientes” (“R,” 33)²⁸. Con respecto al mismo problema del afecto en el texto de Freud de 1915, Mikkel Borch-Jacobsen observó:

No por casualidad Freud escribe [...] “Ahora bien, tampoco en el interior de lo inconsciente la pulsión puede estar representada (*repräsentiert sein*) si no es por una *Vorstellung* (una idea)”, a pesar de que inmediatamente agrega, como con cierto remordimiento, que la pulsión permanecería desconocida si “no se ligara a una representación ni *saliera a la luz como un estado afectivo*”. En realidad, es solamente la *Vorstellung* la que *repräsentiert* a la pulsión, debido a que el afecto, por su parte, la *presenta* de forma inmediata, sin mediación alguna. Esto queda demostrado por el hecho [...] de que el afecto, como el propio Freud admite, no puede ser inconsciente, ya que si así fuese, se acortarían todas las distancias y todas las exterioridades entre la pulsión y la psiquis (entre el “cuerpo” y el “alma”). El afecto existe o no existe. [...] Al contrario de la *Vorstellung*, que puede existir y aún así no manifestarse, el afecto *es* únicamente cuando aparece, sólo existe como una manifestación [...] Esa es la razón por la que, según Freud, en rigor, no es posible que existan “afectos inconscientes”. Y, por lo tanto, al hablar de “angustias inconscientes” o, lo que es aun más paradójico, al hablar de una “conciencia inconsciente de culpa” (*unbewusstes Schuldbewusstsein*), el psicoanalista sólo estaría diciendo que la representación a la que el afecto estaba inicialmente ligado ha sucumbido a la represión. Pero el afecto mismo nunca dejará de imponerse a la conciencia. En otras palabras, el afecto bien puede ser suprimido (“inhibido”, “bloqueado”, reducido a un estado “rudimentario”), pero de ninguna manera puede ser *reprimido*.²⁹

Es más, sería posible demostrar que en sus escritos de la década de 1920 acerca de la transferencia y la segunda tópica, Freud concibió al afecto como eso que siempre y únicamente se experimenta *en* la conciencia, y, al mismo tiempo, como eso que *se resiste* completamente a volverse consciente: paradójicamente, Freud al parecer anula exactamente la distinción misma entre consciente e inconsciente que parecía imponer en sus otros escritos. Con relación a ese tema, Borch-Jacobsen observó: “el afecto, lejos de ser un segundo *Repräsentanz* psíquico de la pulsión [...] es, más bien, su misma manifestación. En realidad, el hecho de que el afecto siempre sea ‘consciente’ significa que la psiquis nunca puede ‘distanciarlo’, nunca puede escapar de él (o reprimirlo) como si fuese una realidad exterior, nunca puede o-poner-se a él a la luz de la *Vorstellung*, y, por lo tanto, tampoco puede ocultarlo a sí misma. En pocas palabras, eso significa que la oposición entre lo

²⁷ Sigmund Freud, “The Unconscious” (1915), *Standard Edition*, 14: pp. 177-78; énfasis agregado. La fuente de Brown para el texto de Freud fue “Das Unbewusste”, de Freud, *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre* (Viena, 1906-22), 4: p. 309. [Citamos según *Obras completas de Sigmund Freud, Tomo XIV*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1978; traducción de José L. Etcheverry; pp. 173-174.].

²⁸ Con el fin de respaldar su opinión acerca de la existencia de la memoria emocional, Brown mencionó el caso de uno de sus pacientes que, en dos ocasiones distintas, experimentó exactamente la misma emoción al recordar bajo el efecto de la hipnosis los acontecimientos de su sexto cumpleaños (“R”, 18). En 1921, Brown hizo referencia a los mismos experimentos sobre la regresión temporal a través de la hipnosis con objeto de apoyar la teoría de la memoria formulada por Bergson (Brown, *Psychology and Psychotherapy* [Londres, 1921], pp. 179-90). El hecho de que, directa o indirectamente –a través de la influencia de Bergson– Brown y Claparède hayan adoptado posiciones contrarias con respecto a la existencia de la memoria emocional, es un indicio de la complejidad del papel que el escritor y filósofo francés desempeñó con relación a ese tema.

²⁹ Borch-Jacobsen, “The Unconscious, Nonetheless”, en *The Emotional Tie: Psychoanalysis, Mimesis, and Affect* (Stanford, California, 1993), pp. 123-54, 138-39; que de aquí en adelante abreviamos como “UN”. Borch-Jacobsen observa en relación con ese tema que Freud nunca emplea la expresión “representación afectiva” (“UN”, 197, n. 26).

consciente y lo inconsciente no se aplica en el caso del afecto” (“UN”, p. 139).³⁰ De manera que – siempre de acuerdo con la misma lógica– la transferencia, o el vínculo afectivo con el analista, lejos de ocultar una representación o un recuerdo edípico o preedípico, que serían originales y reprimidos, como Freud sostenía, depende de un afecto que, como Freud también afirmaba, solamente se puede experimentar en la inmediatez de un actuar [acting] en el presente que es irrepresentable para el sujeto (“UN”, pp. 186-87). Lo más paradójico de todo es que, también según Freud, la hipnosis constituía la mejor forma de ejemplificar el extraño funcionamiento del inconsciente definido en esos términos. Aunque parezca mentira, Freud consideraba a la hipnosis como el paradigma de la transferencia emocional al otro o de la identificación emocional con el otro, exactamente en el mismo momento en el que intentaba excluirla del proyecto psicoanalítico.

Todo eso indica que, de acuerdo con la teoría mimética del afecto adoptada por Freud, Claparède y otros, lo que resultaba problemático en el empleo de la hipnosis para curar las neurosis de guerra era precisamente el intento de recuperar las experiencias traumáticas pasadas en la forma de representaciones emocionales que podían traerse nuevamente a la conciencia del sujeto, puesto que en la teoría del afecto que se analiza en esta obra, las re-viviencias o “reproducciones” apasionadas características de la abreacción hipnótica, precedían a la distinción entre el “yo” y el “otro”, distinción de la que dependía la posibilidad de la autorrepresentación y, por lo tanto, la de recordar. Lo mismo sucedía con el psicoanálisis, definido como la reconstitución de la historia del sujeto mediante la recuperación y el análisis de los recuerdos reprimidos o las fantasías del paciente, ya que la existencia de tales recuerdos afectivos o representaciones afectivas es lo que Freud al parecer ponía en duda en su debate acerca del afecto. En resumen, no existía el “sujeto” de la sugestión en el sentido de un sujeto que pudiese ver su experiencia emocional, o distanciarse a sí mismo de ella, mediante la re-presentación de esa experiencia a sí mismo como si fuese otro ante sí mismo: al parecer, esa era la lección que se desprendía del análisis minucioso de las emociones llevado a cabo por Freud y Claparède.

Sin embargo, esa es una conclusión a la que Freud también se resistió, al igual que Brown y sus colegas. Ellos se mantuvieron comprometidos con la perspectiva de que lo que “disciplinaba” o curaba a los pacientes era el hecho de que se los podía hacer distanciarse de sus experiencias emocionales traumáticas, a través de la representación (re-presentación) de esas experiencias ante sí mismos como si fuesen otros ante sí mismos, en la forma de experiencias recordadas, “reprimidas” o “disociadas”. Por lo tanto, exigían que el *acting out* emocional de la catarsis hipnótica se transformara en autorepresentación y narración: es decir, que el discurso y el comportamiento del paciente bajo el efecto de la hipnosis no se interpretaran como una “reproducción” de la escena traumática en la forma de un actuar [acting] emocional “ciego” en el *presente*, sino como una narración plenamente consciente de esa experiencia vivida como *pasado*.

Aún así, un análisis minucioso de la historia clínica de los casos de neurosis traumática indica que no siempre era posible ni fácil cumplir esa exigencia. El sujeto bajo el efecto de hipnosis profunda no parecía ser un espectador de la escena emocional (real o fantaseada), sino que estaba completamente capturado *en* esa escena, como aseguraba Claparède. Si el habla o la verbalización a menudo acompañaban esas escenas, el paciente no los manifestaba en la forma de un discurso en el que relataba la verdad de su pasado a sí mismo o a otro individuo (el médico o el hipnotizador), sino en la forma de una mimesis presente e intensamente animada o de una re-vivencia emocional de la supuesta escena traumática, que ocurría en ausencia de auto-observación y auto-representación.

³⁰ Borch-Jacobsen llega a observar que lo dicho no significa que, de ese modo, el inconsciente es reabsorbido en la conciencia como una manifestación, presencia o autoafección pura, como sostiene el fenomenólogo Henry, sino que – según las propias afirmaciones de Freud que se encuentran en *El yo y el ello* y otras obras– “el inconsciente invade la conciencia misma; es más, todo depende de esa diferencia de énfasis mínima, pero aún así decisiva, entre un inconsciente *consciente* y una *inconciencia* de la conciencia” (“UN”, p. 142). Es posible encontrar comentarios sobre las “extraordinarias dificultades” que Freud puso en torno al concepto de afecto en la obra de Philippe Lacoue-Labarthe y Jean-Luc Nancy, “The Unconscious is Deconstructed Like an Affect (Part I of ‘The Jewish People Do Not Dream’)”, traducción al inglés de Brian Holmes, *Stanford Literature Review* 6 (Fall 1989): pp. 197-99.

Como el mismo Brown informó acerca del soldado que padecía neurosis de guerra [shell-shocked soldier]:

Inmediatamente empieza a retorcerse en el diván y grita invadido por el terror. Habla de la misma manera en que habló en el momento en el se produjo el *shock*. Realmente, el paciente vuelve a vivir las experiencias que tuvo en ese momento tan terrible. A veces, habla como si estuviese dialogando con otro individuo: realiza pausas, intervalos de silencio que corresponden a las respuestas de su interlocutor, igual que cuando una persona habla por teléfono. En otras ocasiones, incurre en imprecaciones y soliloquios. [...] *En todos los casos, habla y actúa como si nuevamente estuviese bajo la influencia de la emoción aterradora.* (“TC”, p. 198).

Hay algo muy significativo: resultó difícil para médicos como Brown obtener cierto tipo de información en el momento en el que los pacientes recreaban [reenacting] la escena traumática; es más, a menudo, cuando se les pedía que relataran sus experiencias en tiempo pasado, las víctimas se sentían tan confundidas que llegaban a desmayarse. “En algunos casos, es capaz de responder a mis preguntas y de describir sus experiencias”, contó Brown. “En otras ocasiones, cuando no le resulta posible, sigue estremeciéndose y hablando como si todavía estuviese sumido en la experiencia real [actual]” (“TC”, p. 198). Algunas veces, frente al pedido de autonarración, los pacientes respondían alternando el tiempo del relato entre el pasado y el presente. “Un sujeto [...] me susurró, ‘¿Viste ese? [...] Subió primero’”, informó Myers. “Cuando pregunté ‘¿Y ahora qué?’, la respuesta que obtuve fue ‘¿Qué dijiste?’, ‘Estaba hablando con mi compañero’. A mi pregunta ‘¿Qué estabas diciendo?’, el sujeto respondió ‘trae rifles’. Era posible hacer que se diera cuenta de que estaba en el hospital; sin embargo, justificaba su comportamiento incoherente diciendo: ‘No lo puedo evitar. Puedo verlos y escucharlos [los proyectiles]’”. “[Sus pensamientos] vuelven una y otra vez a las trincheras”, observó Myers acerca de la tendencia de otro paciente a repetir la experiencia traumática del pasado en tiempo presente, como si los acontecimientos estuviesen ocurriendo nuevamente. “Era posible captar su atención durante algunos minutos, pero luego, sus respuestas se tornaban absurdas; por ejemplo, cuando se le preguntó ‘¿Qué edad tienes?’, la respuesta que dio fue ‘Pasó junto a mi oreja derecha’. A menudo, el paciente me pedía que hablara más fuerte cuando estaba a punto de recaer en los pensamientos que tenía cuando estaba en las trincheras. En otro caso, la alternancia de estados era tan marcada que cuando se lo presionaba excesivamente para que exteriorizara los pensamientos que tenía cuando estaban sumido en un estado de estupor, el paciente adoptaba un actitud hostil y comenzaba a correr de un lado al otro de la habitación con un rifle imaginario en las manos”.³¹ (De hecho, para Millais Culpin la abreacción en tiempo presente se convirtió en un objetivo explícito del tratamiento catártico, anticipándose así, en ese aspecto, a William Sargant y otros que, durante la Segunda Guerra Mundial, pusieron el mismo énfasis en las abreacciones en tiempo presente.)³²

Breuer y Freud habían realizado antes observaciones similares. “A las siestas caía en una somnolencia que duraba más o menos hasta pasada una hora de la puesta del sol”, había relatado Breuer sobre su paciente, Anna O. “Luego despertaba, se quejaba de que algo la martirizaba, o más bien repetía siempre el infinitivo: «Martirizar, martirizar». Después, simultánea a la formación de las contracturas sobrevino una profunda desorganización funcional del lenguaje... Por otra parte, se había reparado en que durante sus *ausencias* diurnas evidentemente forjaba siempre alguna situación o historia, de cuya trama daban noticia ciertas palabras murmuradas... En este talante, ni siquiera en la hipnosis era siempre fácil moverla a declarar” (*SH*, 2: 24–30)* (*EH*, 2: 50-55). “Las

³¹ Myers, “Contributions to the Study of Shell Shock”, *Lancet* 1 (8 January 1916): pp. 67-68.

³² Por lo tanto, Culpin hablaba de la necesidad de que el soldado utilizara el “estilo descriptivo correcto” cuando relataba sus experiencias durante la catarsis hipnótica. Con eso Culpin quería decir que el paciente debía utilizar el tiempo presente (véase Ben Shephard, “The early treatment of mental disorders”: R. G. Rows and Magull, 1914-1918”, p. 449).

* Citamos en todos los casos la traducción de José Luis Etcheverry, *Obras completas de Sigmund Freud, Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey con la colaboración de Anna Freud, asistidos por Alix Strachey y Alan Tyson*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1978. Abreviamos *EH* para indicar las páginas [N. de la T.]

palabras que comunicaban el contenido terrorífico de la vivencia eran proferidas trabajosamente, con aliento entrecortado”, decía Freud sobre Emmy von N., y sobre el caso de Elizabeth von R. agregó que los detalles de un episodio determinado “se revelaron sólo de manera vacilante y dejaron muchos enigmas sin solucionar” (*SH*, 2: 53, 151) (*EH*, 2: 75, 165).

Además, como Freud fue el primero en observar, los pacientes no estaban del todo convencidos en cuanto a la realidad de las escenas traumáticas reconstruidas. “Y, como operación suprema de la reproducción”, observó sobre su técnica de “presión” en *Estudios sobre la histeria*, “hace aflorar pensamientos que el enfermo nunca quiere reconocer como propios, que él no *recuerda*, si bien admite que el contexto los exige imprescindiblemente, y, en ese trascurso, se convence de que esas representaciones, y no otras, producen el cierre del análisis y la cesación de los síntomas” (*SH*, 2: 272; *EH*, 2: 279). A lo cual agregó, reconociendo de manera contundente el carácter irrecuperable del origen traumático:

Las representaciones que vienen de la profundidad máxima, las que constituyen el núcleo de la organización patógena, son las que con mayor dificultad reconoce el enfermo como recuerdos. Aun cuando todo ya ha pasado, cuando el enfermo, dominado por la compulsión lógica y convencido por el efecto curativo que acompaña justamente al afloramiento de esta representación; cuando el enfermo, digo, acepta él mismo que tuvo que haber pensado esto y aquello, suele agregar: «Pero no puedo *recordar* que lo haya pensado». En tal caso es fácil entenderse con él: eran pensamientos *inconscientes*. Ahora bien, ¿cómo debe uno registrar ese estado de cosas en sus intuiciones psicológicas? ¿Hay que pasar por alto ese discernimiento rehusado del enfermo, que no tiene motivo alguno puesto que el trabajo ya acabó? ¿Se debe suponer que se trata realmente de pensamientos nunca producidos, y para los cuales existía una mera *posibilidad* de existencia, de suerte que la terapia consistiría en la consumación de un acto psíquico interceptado entonces? Es evidentemente imposible enunciar algo sobre esto, o sea sobre el estado del material patógeno antes del análisis, hasta que uno no se haya aclarado a fondo sus visiones psicológicas básicas, ante todo acerca de la esencia de la conciencia. (*SH*, 2:300; *EH*, 2: 304).

El problema de la falta de confianza del paciente sobre la realidad del recuerdo [memory] del trauma –la incapacidad de la víctima de recordar, y entonces de testimoniar con convicción sobre la facticidad del suceso reconstruido – va a ser una fuente de preocupación no solo para el psicoanálisis, sino para todo el discurso moderno sobre el trauma. “Hay un aspecto de lo moderno que brilla por su inverosimilitud: que lo olvidado es lo que forma nuestro carácter, nuestra personalidad, nuestra alma”, observó hace poco Ian Hacking³³. Pero una de las cosas que se desprende del material que acabamos de analizar es que, según la teoría del afecto con la que están de acuerdo Clarapède y Freud, lo decisivo para el sujeto era justamente aquello que no se puede recordar. En términos ligeramente distintos, lo que se desprende es que el trauma emocional no podía recuperarse del inconsciente porque ese trauma jamás había estado “en” el inconsciente en la forma de representaciones reprimidas o disociadas.

Con esto en mente, parecería que el fenómeno del “observador oculto” propio de la regresión de edad y de otras experiencias hipnóticas contradice la idea de que la experiencia hipnótica implica una absorción en la escena traumática por inmersión o “mímesis”, al extremo de olvidarse de uno mismo. Por consiguiente, Breuer decía sobre Anna O. que “como la paciente misma lo expresaba, en algún rincón de su cerebro tenía su asiento un observador agudo y calmo que contemplaba los locos desvaríos incluso de sus peores estados” (*SH*, 2:46; *EH*, 2: 69), y en otro pasaje decía que “muchos enfermos inteligentes nos confiesan que durante el ataque su yo consciente ha estado ahí con toda claridad y observaba con curiosidad y asombro los desatinos que ellos hacían y decían” (*SH*, 2:228; *EH*, 2: 238). Análogamente, Freud observó sobre su paciente Emmy von N. que “en su conciencia hipnótica, vigilaba mi trabajo” (*SH*, 2: 62, n. 1; *EH*, 2: 83, n. 21). Según Breuer, Anna O. llegó a reprocharse después haber fingido o simulado toda su enfermedad, como si jamás hubiera perdido conciencia de lo que ocurría. Breuer matizó lo dicho por Anna O. sobre la simulación

³³ Ian Hacking, “Memory Sciences, Memory Politics” en *Tense Past: Cultural Essays in Trauma and Memory*, ed. Paul Antze y Michael Lambek (Nueva York, 1996), 70.

atribuyéndolo en parte al sentimiento de culpa retrospectivo que sentía la paciente por todos los problemas que había causado y a su sensación de que, desde la perspectiva de su personalidad reunificada podría haber evitado todo. Breuer observó además que “acaso esa persistencia de un pensar normal en el curso del estado segundo esté enormemente debilitada desde un punto de vista cuantitativo, y en buena parte ni siquiera haya existido” (*SH*, 2: 46) (*EH*, 2: 69).

Sin embargo, Borch-Jacobsen rechazó recientemente lo afirmado por Breuer diciendo que es un argumento que apunta a hacer frente a las acusaciones de simulación apelando a la noción de inconsciente, noción que Borch-Jacobsen ahora rechaza. Su postura se basa en interpretar la hipnosis como una simulación siempre lúcida en la cual el sujeto hipnotizado se mantiene como observador del espectáculo de su trance. Esta es una interpretación que le permite tratar el problema de la amnesia traumática o hipnótica como un artefacto de ideas falsas acerca de la naturaleza “inmersiva” de la experiencia del trance y, por ende, rechazar con escepticismo toda la teoría sobre la disociación traumática. En el capítulo 5 analizo con cierta profundidad las opiniones de Borch-Jacobsen. Aquí sólo quiero destacar que, si conforme a sus propias ideas contradictorias sobre la naturaleza del afecto y la curación catártica, Brown, Meyers y McDougall no se detuvieron lo suficiente en el problema de la ausencia de memoria en la curación catártica –es decir, la falta de memoria entendida como autonarración y autorrepresentación–, Freud, al abandonar por completo la hipnosis, interpretó esa ausencia de memoria como una manifestación de la *resistencia* del paciente a recordar y narrar. Semejante solución asombrosa por lo original dio pie a toda una dinámica del deseo inconsciente y de las representaciones reprimidas e hizo que el foco de la atención virara radicalmente del revivir [reliving] afectivo de la curación catártica a la cuestión de la significación corporal y el significado lingüístico; pero esa fue una solución que con el tiempo terminaría de descifrarse en el nivel práctico con el problema de la repetición traumática y en el nivel teórico con las aporías de la segunda tópica freudiana. En resumen, como el mismo Freud advertía con claridad creciente, nada más incierto que la posibilidad de que la “reproducción” catártica o la “compulsión a la repetición” pudieran convertirse en rememoraciones concientes, y nada más ambiguo que la naturaleza y el mecanismo de lo que él llamaba “reelaborar”.³⁴

La persistencia de Janet

Si menciono a Pierre Janet en este momento es en parte porque, al advertir en una de las primeras curas de éste clínico un método análogo al utilizado por ellos mismos, Breuer y Freud lo reconocieron como precursor de la cura catártica (*SH*, 2: 7, nro. 1), un gesto ambiguo, como veremos más adelante. Es más, las opiniones de Janet sobre la disociación fueron tomadas por Brown, Myers y otros médicos como una alternativa útil a la teoría sobre la represión de Freud para interpretar determinados casos de *shell-shock*.³⁵ Viene al caso mencionar aquí también a Janet porque Judith Herman, Bessel van der Kolk, Onno van der Hart y otros teóricos modernos reconocieron no hace mucho su carácter de pionero del desarrollo de una mnemotecnología totalmente desarrollada para el tratamiento de las víctimas de traumas, incluidas las víctimas de combates o de TEPT (trastorno por estrés postraumático). Al retomar las reflexiones de Janet sobre

³⁴ Sigmund Freud, “Remembering, Repeating and Working Through” (1914), *Standard Edition*, 12: 147 – 56 [Hay traducción al español: “Recordar, repetir y reelaborar”, O. C., Bs. As., 1979]. En este trabajo sorprendente por su complejidad, escrito al mismo tiempo que el caso de “El hombre de los Lobos” y en el que aparentemente hace referencia a las dificultades teóricas y terapéuticas que se le plantearon en él, Freud, por extraño que parezca, identificó la catarsis hipnótica con la forma “simple” o “ideal” de recordar, es decir con la autorrepresentación y la autonarración, y al psicoanálisis con la compulsión a la repetición o la tendencia al *acting out* (*agieren*), sin conciencia alguna de la repetición. Así, Freud comparó el proceso de “reelaborar” [working through] las resistencias, por el cual la repetición de afectos reprimidos y representaciones se convierte en rememoración [recollection], con la abreacción de la cuota de afecto “estrangulada por la represión, una abreacción sin la cual el tratamiento hipnótico es infructuoso” (155 – 56). Sin embargo, el propio análisis de Freud sobre el afecto en “Lo inconsciente” y en otros textos planteó la siguiente cuestión: ¿Los afectos pertenecen al esquema de representaciones reprimidas aparentemente allí planteadas? Si no, ¿cuál era la naturaleza y el mecanismo de ese “reelaborar”?

³⁵ Shepard, ““The early treatment of mental disorders”: R. G. Rows and Magull, 1914 – 1918”, 447, 449.

la naturaleza del trauma, la memoria y la narración, ignoradas durante mucho tiempo, Herman y otros lo ensalzan en particular por haber hecho la distinción entre dos tipos de memoria: la “memoria traumática”, que inconscientemente sólo *repite* el pasado, y la “memoria narrativa”, que *narra el pasado como pasado*. También lo elogian por haber confirmado la idea de que el objetivo de la terapia es convertir la “memoria traumática” en “memoria narrativa”, haciendo que el paciente cuente su historia. “En la segunda etapa de la recuperación, el sobreviviente relata la historia del trauma”, escribe Herman. “La relata de manera completa, con profundidad y dando detalles. Ese trabajo de reconstrucción efectivamente [actually] transforma la memoria traumática, de manera que pasa a formar parte de la historia de vida del sobreviviente. Janet describió la memoria normal como la ‘acción de relatar una historia’. Por contraste, la memoria traumática está vacía de palabras y es estática [...] El objetivo final [...] es plasmar la historia [...] en palabras”.³⁶

Pero que Herman y otros se apropien así de Janet supone negar ese aspecto de la psicoterapia de este último que procura que el paciente *olvide*. Tomemos como ejemplo la famosa curación de Marie llevada a cabo por Janet (el caso citado por Breuer y Freud). Marie era una joven de diecinueve años a quien Janet vio en El Havre a comienzos de su carrera, cuando la internaron por un cuadro de crisis histéricas convulsivas y delirio que –según Janet pronto determinó– siempre coincidían con la llegada de su período menstrual, período que, después de unas veinte horas, se interrumpía abruptamente. En su delirio, Marie a veces “gritaba aterrorizada y hablaba sin cesar de sangre y fuego y de correr para escapar de las llamas”; a veces jugaba como una niña, le hablaba a su madre, se trepaba a la estufa o a los muebles y cambiaba todo de lugar en la habitación”, escribió Janet en su primera descripción del caso en 1889. El final de cada crisis nerviosa iba acompañado de un vómito de sangre. Marie no recordaba nada de lo que había pasado. Entre un ataque y otro, sufría ligeras contracciones de los músculos de los brazos y del pecho, diversas anestias y ceguera histérica del ojo izquierdo.

En función de la conexión que Janet planteaba entre el origen de los síntomas histéricos de Marie y su menarca, la hipnotizó para “recuperar” los recuerdos aparentemente olvidados. Basándose en las reconstrucciones dramáticas de Marie durante su estado de trance, Janet pudo “recuperar el recuerdo exacto de una escena de la que sólo se conocían unos pocos detalles”. A los trece años, Marie había sentido una gran vergüenza por la llegada de su primer período menstrual y en ese entonces logró interrumpir el sangrado metiéndose en una tina de agua fría. El shock le produjo escalofríos, un delirio que duró varios días y el cese absoluto de sus períodos; después de cinco años, cuando estos se reanudaron, le provocaron los síntomas que terminaron en su internación.³⁷

La “suposición” de Janet con relación al trauma original de Marie, “verdadera o falsa”, según él mismo lo expresa (AP, 412), fue el fundamento de la cura de la paciente. “La única manera que encontré de borrar esa idea (fija) fue a través de un método excepcional. Hubo que usar la sugestión para retrotraerla a la edad de trece años, para volver a colocarla en las circunstancias iniciales de su delirio y, de esa manera, convencerla de que su período había durado tres días y no se había interrumpido por ningún acontecimiento desdichado. Una vez hecho eso, el siguiente período menstrual apareció en el momento debido, duró tres días y no le causó ningún dolor, ni

³⁶ Judith Lewis Herman, *Trauma and Recovery* (Nueva York, 1992), 175 – 77; de aquí en adelante abreviado TR. Hay otras referencias al trabajo de Janet similares a estas: véanse Bessel A. van der Kolk y Onno van der Hart, “The Intrusive Past: The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma”, en *Trauma: Exploration in Memory*, ed. Cathy Caruth (Baltimore, 1995), 158 – 82, y “Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma”, *American Journal of Psychiatry* 146 (1989): 1330 – 42; Onno van der Hart y Rutger Horst, “The Dissociation Theory of Pierre Janet”, *Journal of Traumatic Stress* 2 (4) (1989): 397 – 412; Onno van der Hart, Paul Brown y Bessel A. van der Kolk, “Pierre Janet’s Treatment of Post-Traumatic Stress”, *Journal of Traumatic Stress* 2 (4) (1989): 379 – 95 y Frank W. Putnam, “Pierre Janet and Modern Views of Dissociation”, *Journal of Traumatic Stress* 2 (4) (1989): 413 – 29.

³⁷ Pierre Janet, *L’Automatisme psychologique: Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures humaine* (1889; reimpresión, París, 1989), 410 – 12; de aquí en adelante abreviado AP.

convulsiones ni delirios” (AP, 412 – 13). Janet usó el mismo método para tratar el resto de los síntomas, incluida la ceguera histérica de Marie, así como también otros casos de disociación.³⁸ En otras palabras, según el primer informe del caso que presentó Janet y en contra de las creencias arraigadas de muchos de sus comentaristas, Marie no fue curada mediante la recuperación de un recuerdo, sino mediante *la extirpación de su imputado o reconstruido trauma* (véase AP, 7). En 1880, el novelista Edward Bellamy imaginó un invento para extirpar procesos de pensamiento. “Es cuestión de tiempo”, le dice en la novela el Dr. Gustav Heidenhoff a Henry, quien ama a una mujer que está al borde del suicidio por un pasado sexual que le genera culpa y que no puede olvidar. “Un día la ciencia habrá determinado con tal exactitud la ubicación de las distintas áreas del pensamiento y habrá dominado las leyes que gobiernan sus procesos a tal extremo, que el médico de la mente, por medio del galvanismo u otro proceso más adecuado, podrá extraer de la memoria del paciente un recuerdo específico con la misma facilidad con la que un dentista extrae una muela, y de la misma manera definitiva, al menos en lo que se refiere a la prevención de cualquier remordimiento que pueda surgir a futuro en esa sección”.³⁹ En 1894, el propio Janet observó que uno de los descubrimientos más valiosos que podría hacer la psicopatología sería un medio seguro para ayudarnos a olvidar (NIF, 404). Ese mismo año, Janet criticó el informe de Breuer y Freud sobre la curación catártica aduciendo que lo importante en el tratamiento de la neurosis no era la “confesión” del recuerdo traumático sino su eliminación (NIF, 163).⁴⁰ Las implicaciones éticas de semejante “exorcismo moderno” o “cirugía psicológica” (PH, 1: 678) tampoco le preocupaban a Janet, tal como lo manifiesta en el relato de una curación que sorprende por lo parecida a la del escenario de ficción de Bellamy, la de un esposo histérico cuya culpa por haber sido infiel lo conduce a la histeria: “El recuerdo de su falta fue transformado de muchas maneras gracias a sugerencias alucinatorias. Al final, incluso la esposa de Achille, evocada por medio de una alucinación en el momento oportuno, vino a perdonar por completo a ese esposo, más desdichado que culpable” (NIF, 404).⁴¹

³⁸ Véanse también los artículos de Janet “L’Amnésie continue” (1893), “Histoire d’une idée fixe (1894) y “Un cas de possession et l’exorcisme moderne” (1895) en *Études expérimentales sur les troubles de la volonté, de l’attention, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement* (1898), vol. 1 de *Néuroses et idées fixes* (1898; reimposición, París, 1990), 156 – 212, 375 – 406; de aquí en adelante abreviado NIF.

³⁹ Edward Bellamy, *Doctor Heidenhoff’s Process* (1880; reimposición, Nueva York, 1969), 101. En la novela, el Dr. Heidenhoff, que describe su proceso de extirpación de recuerdo como “un simple problema quirúrgico” (104), critica las nociones tradicionales sobre la responsabilidad moral, basadas en nuestra capacidad de recordar actos pasados, aduciendo que están fundadas en ideas que conciernen al carácter permanente de la identidad, ideas que él rechaza (120 – 24). Pero Bellamy no está de acuerdo con la solución que su personaje de ficción, el Dr. Heidenhoff, encuentra para el problema de la moral. A la joven obsesionada no se la puede absolver de su culpa ayudándola a olvidar su pasado vergonzoso, y el método que usa el Dr. Heidenhoff para borrar los recuerdos resulta ser sólo un sueño de Henry provocado por un polvo somnífero. La moral, parece decir Bellamy, depende del recuerdo de nuestras identidades permanentes; al final de la novela, la heroína rechaza la propuesta de casamiento de Henry y escoge suicidarse. Sólo a través de la muerte puede conseguir lo que tanto ansía: olvidar por completo.

⁴⁰ Aquí, como en otras ocasiones, Janet agregó que la sugestión sola no bastaba para curar la histeria y prosiguió describiendo los distintos métodos que usaba para extraer, “eliminar” (*enlever*), borrar (*effacer*) o bien transformar los “recuerdos” traumáticos de los pacientes. Entre esos métodos, estaba el método de “descomposición” y el de “sustitución”, a través de los cuales los recuerdos traumáticos se desglosan en sus elementos constituyentes (imágenes, palabras o incluso partes de palabras específicas) para luego dar lugar a la sugestión hipnótica, a lo largo de un tratamiento extenso, a fin de sustituir cada elemento traumático constituyente por experiencias neutras o positivas.

⁴¹ Janet no parece haber estado al tanto de la novela de Bellamy. Pero, gracias a Peter Swales, hoy sabemos que Freud conocía el libro y que cuando, en julio de 1889, durante su visita a Bernheim, quiso darle a su cuñada, Minna Bernays, una idea sobre cómo estaba tratando a su paciente “Frau Cäcilie M.” (Anna von Lieben), le recomendó consultar *Doctor Heidenhoff’s Process* (Peter Swales, “Freud, His Teacher, and the Birth of Psychoanalysis”, en *Freud: Appraisals and Reappraisals: Contributions to Freud Studies*, ed. Paul E. Stepansky [Hillsdale, Nueva Jersey, 1986], 1: 35 – 36). Swales describe el procedimiento del Dr. Heidenhoff como un brillante anticipo del método catártico de Freud, y en esa descripción se condensan las ambigüedades inherentes a ese método, tal como he intentado describirlas. Entendiendo el procedimiento del Dr. Heidenhoff como algo que suponía una “suerte de versión híbrida de la catarsis y la TEC [terapia electroconvulsiva]”, Swales dice que a la paciente del Dr. Heidenhoff se la libera de sus recuerdos traumáticos al inducirla a evocarlos [recall] y narrarlos, durante la operación (36). Pero según la novela, la paciente no tiene dificultad en recordar lo que la aflige; al contrario, su problema es que no puede olvidar. Durante el tratamiento, tampoco se le

Pero ese es precisamente el aspecto del legado de Janet que Herman no reconoce como propio. “A veces, en su trabajo con pacientes histéricos, Janet intentaba borrar los recuerdos traumáticos o incluso alterar su contenido valiéndose de la hipnosis”, observa Herman. “De manera similar, con los primeros tratamientos ‘abreactivos’ de veteranos de guerra se intentaba básicamente librar al paciente de sus recuerdos traumáticos. Esta imagen de catarsis o exorcismo es también una fantasía implícita de muchas personas traumatizadas que buscan tratamiento. Es entendible que ambos, paciente y terapeuta, esperen lograr una transformación mágica, una purga del mal que constituye el trauma. Sin embargo, la psicoterapia no se deshace del trauma. El objetivo de volver a contar la historia del trauma es la integración, no el exorcismo. En el proceso de reconstrucción, el trauma experimenta, en efecto, una transformación, pero sólo en el sentido de que se convierte en algo más presente y más real. La premisa fundamental del trabajo psicoterapéutico es la creencia en el poder reparador del decir-verdadero [truth-telling]” (TR, 181). Lo que aquí parece motivar la actitud de Herman es un fuerte compromiso con la autoridad redentora de la historia, aunque ese compromiso se vea atenuado por la conciencia de la dificultad de la reconstrucción histórica. Para Herman y para el movimiento moderno de recuperación, en general, por más que la víctima *podiera* curarse sin lograr una comprensión [insight] histórica del origen de su malestar, semejante cura no sería moralmente aceptable. En cambio, se debe ayudar a la víctima para que hable de la horrorosa verdad de su pasado —para que “hable de lo inefable” (TR, 175)— porque decir esa verdad tiene valor terapéutico no sólo en el plano personal, sino también en el público o colectivo. Dado que el testimonio personal relativo al pasado es intrínsecamente político y colectivo, la narración del trauma recordado es tan importante (TR, 181). Como dice Herman: “Recordar y decir la verdad sobre un suceso terrible son los prerrequisitos para la restauración tanto del orden social como de la sanación de las víctimas individuales” (TR, 1).⁴²

pide que cuente o narre los sucesos de su pasado; más bien se le pide que concentre la atención en los recuerdos que le resultan imposibles de olvidar, para que el Dr. Heidenhoff pueda extirparlos con su aparato eléctrico.

⁴² Si bien van der Kolk y sus colegas hacen hincapié en la importancia de transformar los recuerdos traumáticos en recuerdos narrativos, aceptan que es difícil lograrlo en los casos de traumas graves o crónicos, e incluso admiten que la sola recuperación de los recuerdos no cura necesariamente (van der Hart, Brown y van der Kolk, “Pierre Janet’s Treatment of Post-Traumatic Stress”, 380). Es más, reconocen que el tratamiento que Janet usaba con algunos pacientes no consistía en transformar los recuerdos traumáticos en narraciones, sino en exorcizar el pasado a través de la hipnosis usando, por ejemplo, el estado de trance para reemplazar recuerdos dolorosos por recuerdos placenteros (van der Kolk y van der Hart, “The Intrusive Past”, 450). Estos autores llegan incluso a observar que Marie, la famosa paciente de Janet, fue curada de esta manera (van der Hart, Brown y van der Kolk, “Pierre Janet’s Treatment of Post-Traumatic Stress”, 388). Sin embargo, aparentemente incómodos con la idea de alterar o manipular la historia, todo indica que equiparan la manipulación hipnótica de los recuerdos que hace Janet con el control voluntario del pasado que ejerce el paciente (van der Kolk y van der Hart, “The Intrusive Past”, 450).

Debemos reconocer que los pros y los contras de olvidar y recordar, cualquiera sea el caso, están sujetos a las posibilidades terapéuticas y al tacto, así como también a las circunstancias políticas. Van der Hart es coautor de un artículo sobre el tratamiento hipnótico de la pena traumática en el que reconoce el valor de la “técnica de sustitución” de Janet. Ese método, tal como él lo demuestra, tiene su contrapartida en procedimientos hipnóticos recientes ideados para ayudar al paciente a neutralizar, revisar o remediar el pasado (van der Hart, Brown y Ronald N. Turco, “Hypnotherapy for Traumatic Grief: Janetian and Modern Approaches Integrated”, *American Journal of Clinical Hypnosis* 32 [abril de 1990]: 263 – 71).

Sin embargo, Van der Hart también manifiesta que es consciente de que la práctica médica actual requiere una relación terapéutica más “igualitaria”, en la que, de ser recomendable y posible, debería ser el paciente y no el terapeuta quien tome las riendas de la “reescritura” del guión. Es más, Van der Hart también cree que, por el misterio y el tabú que siempre rodeó el tema del abuso sexual, la función terapéutica en esos casos debería ser la de dar testimonio del pasado, énfasis que le otorga valor a la memoria narrativa (con respecto a este tema, véase van der Hart y Brown, “Abreaction Re-Evaluated”, *Dissociation* 5 [1992]: 127 – 40). En el contexto del debate actual sobre la memoria recuperada/falsa, Van der Hart dice que últimamente se fía menos que antes de los cambios causados por un terapeuta sobre los recuerdos de abuso sexual. La experiencia del Holocausto también contribuyó a que algunos se opusieran al concepto de alterar el pasado. Van der Hart menciona que a un importante autor que recoge testimonios del Holocausto lo conmocionó una afirmación hecha por Van der Hart y el propio Van der Kolk en el sentido de que se podía fomentar que el paciente imaginara alternativas al pasado traumático (comunicación personal). Tal como lo nuestro en el capítulo 7, la necesidad de reconocer la realidad del trauma que tienen los médicos que trabajan con víctimas de los campos de concentración a

Recientemente, algunos críticos comenzaron a cuestionar el supuesto de que determinar y recuperar el pasado histórico tenga un valor ético-político inherente.⁴³ Pero en lo que quiero concentrarme aquí es en la influencia que ejerció un compromiso aparentemente similar con la importancia de la reconstrucción histórica en la representación que tiene Janet de su propio aporte a la psicoterapia. A consecuencia del creciente énfasis otorgado en la psicoterapia a la rememoración [recollection] y a la narración, producto, en parte, de su conocida oposición (pero también implícita dependencia) al modelo de la “cura por la palabra” de Freud, Janet terminó distorsionando su propio planteo.⁴⁴ No quería olvidar que él había sido el primero en descubrir una técnica para curar pacientes haciendo que recordaran su trauma. Pero justamente por no querer olvidar que él había tenido prioridad sobre los demás, olvidó cuál había sido su descubrimiento.

De hecho, desde el comienzo, Janet mostró una actitud ambivalente respecto de la memoria. Por un lado, pensaba que la memoria estaba sobrevalorada. Le gustaba repetir una cita de Taine: “Debemos saber cómo olvidar” y luego agregaba: “No debe sorprendernos que olvidemos, es necesario que sea así. ¿Cómo podría nuestra mente, nuestra escasa atención, mantenerse constantemente fija en las incontables percepciones que registramos? Como se suele decir, debemos olvidar para poder aprender. El olvido es muy a menudo una virtud para las personas y los pueblos” (*NIF*, 421).⁴⁵ Por otro lado, la memoria –la memoria continua, narrable– pasó a ocupar un lugar de privilegio cada vez mayor en los textos de Janet, como aquello que nos distingue como seres humanos. Así, casi en el mismo momento en que descubrió el valor terapéutico de borrar la memoria, Janet comenzó a sugerir que, para curar a los pacientes, era necesario ayudarlos a disolver su amnesia a través del relato de la historia del suceso traumático. Igual que para Brown y sus colegas, la tarea de la psicoterapia pasó a ser, para él, lograr que el paciente “diga ‘Me acuerdo’” (*NIF*, 137; énfasis añadido por la autora). De este modo, para Janet, la memoria propiamente dicha era más que la repetición o la imitación dramática [miming]: suponía la capacidad de distanciarnos de nosotros mismos, representando la experiencia propia ante nosotros mismos y los demás, en la forma de una historia narrada. En una declaración hecha en 1919, citada recientemente por van der Kolk y otros, decía: “La memoria, al igual que las creencias, al igual que todo fenómeno psicológico, es una acción; básicamente es *la acción de relatar una historia* [...]. El narrador no sólo debe saber cómo (narrar el suceso), sino que también debe saber cómo relacionarlo con los demás sucesos de su vida [...]. Una situación no está satisfactoriamente liquidada, no está del todo asimilada, mientras no hayamos logrado, no ya una mera reacción externa que se manifiesta a través de nuestros movimientos, sino también una reacción interna que se manifiesta a través de las palabras que nos decimos a nosotros mismos, a través de la organización del relato del suceso para los demás y para nosotros mismos, y a través de darle al relato su lugar entre los capítulos de nuestra historia personal” (*PH*, 1: 661–62). “Estrictamente hablando”, agregaba Janet, “no puede decirse que la

quienes los tribunales alemanes han negado sus reclamos de indemnización contribuyó al énfasis que recientemente se le ha dado a la realidad y a la precisión –a la literalidad, de hecho– del recuerdo traumático.

⁴³ El lector que desee ver más argumentos sólidos en contra de la opinión generalizada de que existe una relación intrínseca entre la historia y la ética, argumentos relacionados en su mayoría con la cuestión de la memoria colectiva más que con la individual, véase Steven Knapp, “Collective Memory and the Actual Past”, *Representations* 26 (segundo trimestre de 1989): 123 – 48. También véanse Walter Benn Michaels, “Race into Culture: A Critical Genealogy of Cultural Identity”, *Critical Inquiry* 18 (Summer 1992): 679 – 80, “The Victims of New Historicism”, *Modern Language Quarterly* 54 (March 1993): 111 – 120 y “The No-Drop Rule”, *Critical Inquiry* 20 (Summer 1994): 758 – 69. Se pueden hallar otras reflexiones sobre los dilemas morales asociados al pedido, a menudo irrealizable, de que a los veteranos de la Guerra de Vietnam y otras guerras se los haga recordar como requisito para las estrategias de tratamiento de los trastornos por estrés postraumático, véase Allan Young, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder* (Princeton, Nueva Jersey, 1995).

⁴⁴ Acerca de la famosa rivalidad con Freud, véase en particular Campbell Perry y Jean-Roch Laurence, “Mental Processes Outside of Awareness: The Contributions of Freud and Janet”, en *The Unconscious Reconsidered*, ed. K. S. Bowers y Donald Meichenbaum (Nueva York, 1984), 9 – 48.

⁴⁵ Cf. Michael Roth, “Remembering Forgetting: *Maladies de la mémoire* in Nineteenth-Century France”, *Representations* 26 (Spring 1989): 54. Cabe recordar aquí la observación hecha por William James de que “Si recordáramos todo, en la mayoría de los casos estaríamos tan mal como si no recordáramos nada” (James, *Principles of Psychology*, 640).

persona que tiene una idea fija sobre un acontecimiento tiene 'memoria' de lo acontecido. Es sólo por conveniencia que nos referimos a esa situación como 'memoria traumática'. El sujeto suele ser incapaz de generar, con respecto a ese suceso, el relato al cual nos referimos como memoria; y sin embargo permanece enfrentado a una situación difícil en la que no fue capaz de tener un rol satisfactorio, una situación en la que su adaptación fue imperfecta (*PH*, 1: 663).

Janet denominó al acto de narración “presentificación”, es decir, una operación de autoobservación y de autorrepresentación que imaginó como una proeza de control interno o autovigilancia, por la cual en cualquier momento nos vemos obligados a ocuparnos de nuestras experiencias presentes y a comunicarlas a nosotros mismos y, más aún, a los demás –porque, ante todo, la memoria es un fenómeno social–, y a situar y organizar esas experiencias en el momento y el lugar apropiados. Entonces, la “presentificación” está sujeta a nuestra capacidad de constituir el presente *como presente* y de vincular las historias que contamos sobre nosotros mismos con la realidad presente y con nuestras experiencias actuales. Janet concebía la “memoria narrativa” en términos económicos, como un acto de abreviación que puede llevarse a cabo en unos pocos minutos y de distintas maneras según el contexto social, a diferencia de la memoria traumática, que está rígidamente vinculada a una situación traumática específica, que se manifiesta sin tener en cuenta una audiencia y que, en virtud de su inflexible *acting out*, exige una considerable cantidad de tiempo. Para Janet, precisamente porque él concibe el lenguaje como algo intrínsecamente mudable –en cuanto representa un presente ausente–, esa memoria narrativa puede distanciarse del suceso que la ocasionó. (Esto sugiere que Janet no le atribuía tanta importancia a la veracidad de la memoria narrativa como a su plasticidad y flexibilidad). El acto de presentificación es un acto que, por definición, los animales, los pueblos primitivos, los niños y los histéricos no pueden llevar a cabo: los animales, porque son incapaces de autoconocerse y autorrepresentarse; los pueblos primitivos, los niños y los histéricos porque, a causa de su condición mental poco desarrollada, degenerada o deteriorada, no tienen la capacidad de hacer la síntesis mental necesaria para mantenerse atentos a la realidad presente y, por ende, para ubicar su narración en un orden temporal apropiado. Desde esta perspectiva, tal como dejó en claro Janet, el *acting out* o revivir animado característico del paciente traumatizado, más allá de la verbalización que implica (Hermann claramente se equivoca cuando sugiere que la memoria traumática es “carente de palabras”), no constituía una narración de ese tipo, justamente porque se llevaba a cabo en ausencia de una autorrepresentación.⁴⁶

El ejemplo favorito de Janet para ilustrar el fracaso de la presentificación fue el caso de Irène, una joven traumatizada por la muerte de su madre (un caso de duelo materno, como ya dije antes). Incapaz de advertir la realidad de su pérdida, Irène reiteraba la escena de la muerte, en una repetición sonámbula que luego le era completamente imposible evocar [recall]. Janet observó al respecto: Irène “no construyó un relato acerca del suceso, una historia que podría reproducirse independientemente del suceso, en respuesta a una pregunta. Todavía es incapaz de asociar el relato de la muerte de su madre con su propia historia. Su amnesia constituye sólo uno de los aspectos de su escaso poder de adaptación, de su fracaso a la hora de asimilar el suceso [...]. En sus crisis, vuelve a adoptar exactamente la misma actitud que tenía cuando cuidaba de su madre en el lecho de muerte. Esa actitud no es la de una memoria que permite hacer un relato independiente del suceso; es una actitud de alucinación, una reproducción de la acción, directamente vinculada con el suceso” (*PH*, 1: 662 – 63).

Todo indica que Janet sugería que Irène se curó cuando logró transformar la memoria traumática de la muerte de su madre en una representación narrativa. Pero una lectura minuciosa del texto de donde se tomó la cita anterior pone de manifiesto que allí hay algo mucho más interesante y complejo en juego. Porque en ese texto, para ejemplificar la cura de la histeria a través del recuerdo

⁴⁶ Véase en particular Janet, *L'Évolution de la mémoire et de la notion du temps* (París, 1928). No hace mucho, Monique David-Ménard usó el término *presentificación* (*Darstellung*) en el sentido contrario al que le dio Janet: no para referirse al proceso de autorrepresentación al que Janet asocia el término, sino a la actuación histérica [*hysterical acting*] en el presente, que ocurre precisamente en ausencia de autorrepresentación y simbolización (Monique David-Ménard, *Hysteria from Freud to Lacan: Body and Language in Psychoanalysis* [Ithaca, 1989], 110).

y la narración del trauma olvidado, Janet no escogió el caso de Irène, sino el de *Marie*. Haciendo hincapié en que él hizo el descubrimiento antes que Breuer y Freud, Janet corrigió su relato anterior sobre el caso de Marie, sugiriendo que no la curaron por la extirpación sino por la rememoración y la narración del recuerdo traumático. Sin referirse a sus intentos por *eliminar* hipnóticamente los recuerdos en ese caso, Janet afirmó:

En mis primeros estudios sobre los recuerdos traumáticos (1889 – 1892), quise llamar la atención sobre un hecho notable, a saber, que en muchos casos la búsqueda de acontecimientos pasados, el relato [*l'expression*] por parte del sujeto de las dificultades a las cuales se enfrentó y los sufrimientos que padeció en conexión a esos acontecimientos traía aparejada una transformación rápida y notable del estado mórbido y generaba una cura muy sorprendente. *El de Marie fue un caso típico* [...]. En su estado de sonambulismo, esta joven me contó lo que jamás se había animado a confesar [*dire*] a nadie. En la pubertad, le había dado asco la menstruación y preveía con pánico su llegada. Cuando comenzó el sangrado, se sumergió en agua fría para detenerlo [...]. Después de revelarme este suceso, sus ataques de histeria cesaron y recuperó su menstruación normal [...].

En esos primeros informes, inferí [...] que la memoria era mórbida porque estaba disociada [...] Los síntomas mórbidos desaparecieron cuando la memoria volvió a formar parte de la síntesis que constituye la individualidad. Unos años después descubrí con placer que Breuer y Freud habían repetido esos experimentos y habían aceptado mis conclusiones sin modificación alguna (*PH*, 1: 672–74).

En otras palabras, todo indica que Janet transformó una cura basada en la extirpación de la memoria en una terapia basada en el *insight* consciente del paciente y la rememoración. Incluso en otra parte del mismo libro, a la que en el pasaje recién citado, los traductores (y no Janet) remiten al lector, Janet decía de Marie: “Finalmente modificando el recuerdo por diversos procedimientos [*en modifiant le souvenir par divers procédés*], fue posible lograr la desaparición o modificación del síntoma correspondiente” (*PH*, 1: 591): un enunciado que, teniendo en cuenta mi análisis anterior de la descripción original que hizo Janet del caso, claramente sugiere que el recuerdo traumático de Marie fue alterado o reemplazado por otros recuerdos, y en ese sentido, eliminado.

¿Pero qué hay entonces de la melancólica Irène –foco del interés en Janet dentro del movimiento de recuperación– que no podía llorar la muerte de su madre porque no podía recordar que había muerto? ¿Cómo fue *ella* curada? En ese texto, al igual que en otros escritos posteriores, los intentos de Janet por describir y explicar el proceso terapéutico son extremadamente complicados, como si la tarea de caracterizar la naturaleza de la cura –de definir lo que Freud llamaba reelaborar – impidiera una articulación sistemática. Más precisamente, sus textos se caracterizan por tales desplazamientos y deslices que cada intento que hace por estabilizar la explicación de sus diversos métodos psicoterapéuticos (ya que él reconoce la necesidad de muchos enfoques diferentes) exige gestos suplementarios. Así que, lejos de ajustarse sin problemas a la categoría de cura mediante la narración, el caso de Irène –que, de hecho, se entrecruza con el caso de Marie– no depende del todo o exactamente de la rememoración sino de un procedimiento adicional o un conjunto de procedimientos a los que Janet denominó “asimilación” y “liquidación”, que previsiblemente parecen tener mucho que ver con la sugestión hipnótica. Janet escribió en el mismo texto de 1919: “El caso de Irène es especialmente interesante porque su absurdo comportamiento estaba totalmente fuera de lugar en esas circunstancias y por las lagunas de su asimilación interna, que se manifestaban en la amnesia. Después de mucho trabajo, pude hacerle reconstruir la memoria verbal de la muerte de su madre. Desde el momento en que conseguí hacerlo, pudo hablar de la muerte de su madre sin caer en crisis ni sentirse afectada por alucinaciones; el suceso asimilado había dejado de ser traumático” (*PH*, 1: 680 – 81). Pero cuando van der Kolk, van der Hart y otros teóricos modernos citan ese mismo pasaje, no reconocen que en la afirmación de Janet se dice algo más⁴⁷, ya que en un pasaje omitido por ellos, Janet inmediatamente agregó:

⁴⁷ Van der Hart, Brown y van der Kolk, “Pierre Janet’s Treatment of Post-Traumatic Stress”, 388.

Indudablemente, un fenómeno de esa complejidad no puede explicarse cabalmente a través de tal interpretación. La asimilación no es más que un elemento dentro de una serie de variantes modificadas de comportamiento, variantes que analizaré a continuación bajo el nombre de “excitación”. Bajo la influencia del trabajo que le hice hacer, Irène se libró de su depresión, “se autoestimuló” y fue capaz de lograr la liquidación necesaria [...]. Se curó porque logró llevar a cabo una serie de acciones de aceptación, de resignación, de rememoración, de ordenamiento de sus recuerdos, etcétera; en una palabra, llegó a estar en condiciones de completar la asimilación del suceso (*PH*, 1: 681).⁴⁸

Bajo la “influencia” revestida de autoridad de Janet, a Irène se la “excitó” para que abandonara su apego melancólico a su difunta madre y se adaptara a las necesidades del presente. Además, para Janet, en términos generales, el proceso de cura no dependía necesariamente de la recuperación y la narración de recuerdos. Al respecto, escribió en 1923:

Las conocidas expresiones que uno repite sin cesar: “actuar, olvidar, perdonar, renunciar, resignarse a lo inevitable, someterse”, siempre parecen designar meros actos conscientes [...]. En realidad, esas expresiones designan un conjunto complejo de acciones concretas [...] que liquidan la situación y hacen que nos resignemos a ella. Por ejemplo, una mujer se enferma gravemente después de romper con su amante. Algunos dirán que esto sucede porque no logra resignarse; no cabe duda, pero esa falta de resignación consiste en una serie de acciones que ella sigue realizando y que es necesario que deje de hacer. El médico debe ayudarla a abandonar esas acciones absurdas, debe enseñarle a hacer otras, otorgarle otra actitud. *En realidad, olvidar el pasado es cambiar el comportamiento en el presente. Cuando la paciente logra ese comportamiento nuevo, poco importa si todavía conserva la memoria verbal de su aventura: está curada de su trastorno neuropatológico.*⁴⁹

Por ende, el proceso de cura requería de *ambos*: la asimilación y la liquidación. Demanda un descarga o “desmovilización” de energías psíquicas que Janet asociaba al método de abreacción catártica de Freud y que, en relación a la cura de Irène, describió en los siguientes términos:

Ya destacué en varias ocasiones que es necesario [...] usar todos los recursos retóricos para conseguir que un paciente se cambie la camisa o beba un vaso de agua. Eso es algo sobre lo que hice especial hincapié en mis primeras investigaciones. “El tratamiento al que sometí al paciente no es sólo una sugestión, sino más aún una excitación. En los tratamientos psicológicos, no siempre distinguimos entre el papel de la sugestión y el de la excitación, que intenta elevar el nivel mental. A Irène le exijo atención y esfuerzo, le exijo una conciencia cada vez más clara de sus sentimientos, todo lo que nos ayude a incrementar la tensión nerviosa y mental, para obtener, si se quiere, el funcionamiento de los centros superiores. Muy a menudo, en el caso de ella y de varios pacientes más, pude darme cuenta de que las sesiones verdaderamente útiles eran aquellas en las que lograba suscitar las emociones del paciente. A Irène a menudo es necesario hacerle reproches, para descubrir en qué punto sigue siendo sugestionable, para apoyarla moralmente de todas las maneras posibles, para movilizarla y hacer que recupere recuerdos y acciones” [...]. Cuando se logra la intervención de los centros superiores, el sujeto siente un cambio en su conciencia que se traduce en un aumento de la percepción y la actividad.⁵⁰

⁴⁸ Si bien en este texto Janet afirma que Irène se recuperó, su cura no debe de haber sido un asunto sencillo, porque en 1927, haciendo alusión aparentemente al mismo caso, Janet dijo que “los pacientes actúan [*act out*] *indefinidamente* la escena de violación o la escena de la muerte de su madre *durante años, luego de ocurrido el suceso*” (Janet, *De l'angoisse à l'extase* [1927; reimpresión, París, 1975], 2: 334, énfasis agregado; véase también 2: 322). [Hay traducción al español: “De la angustia al éxtasis”, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1991-1992.]

⁴⁹ Janet, “Medicina psicológica” (1923; reimpresión París, 1980), 126; énfasis agregado.

⁵⁰ *Ibíd.*, 129 – 30.

Si bien todo indica que la noción de Janet de “asimilación” es análoga a la noción de “integración” del movimiento de recuperación, fundamentada en la recuperación de la memoria y su narración, no deja de ser cierto que para Janet la rememoración narrada no era suficiente para la cura. Se necesitaba una acción suplementaria, una acción que implicara un proceso de “liquidación” que, en el nivel terminológico, sonaba sospechosamente parecido a un “exorcismo” u olvido. Es más, la “liquidación” no sólo suplementaba la “asimilación”; el grado de interrelación entre las dos operaciones era tal que el capítulo entero en el que, en 1919, Janet expuso lo que él entendía sobre el proceso terapéutico, se llama “Tratamiento por liquidación” y no por “asimilación”. Tal vez lo que es más importante destacar es que los procedimientos suplementarios necesarios para la cura de Irène implicaban abiertamente la manipulación deliberada del paciente por parte del médico, a través de procesos que el propio Janet consideraba de naturaleza sugestiva (véase *PH*, 1: 145). En la mnemotecnología de Janet, se descubrió que la sugestión hipnótica no era externa al proceso de cura, sino intrínseca a su eficacia. En suma, la extensa obra escrita de Janet testimonia la imposibilidad de sostener teórica o prácticamente la oposición entre olvidar y recordar, oposición de la cual se hizo depender en gran medida el andamiaje del pensamiento psicoterapéutico moderno.

En 1920, la “demoníaca” compulsión a repetir experiencias dolorosas –fenómeno hacía tiempo conocido por los médicos como “fijación” al trauma en el caso de la histeria femenina, pero que durante la Primera Guerra Mundial surgió como revelación de algo novedoso y notable, ya que en ese entonces se manifestaba en una gran cantidad de hombres– hizo que Freud postulara la existencia de una pulsión de muerte que subyacía “más allá” del placer y que parecía presentar un obstáculo virtualmente insuperable a la rememoración. Aunque Freud nunca abandonó por completo su creencia en el poder curativo del recordar, no puede decirse lo mismo de una de las principales escuelas de sus sucesores –la escuela lingüístico-retórica de Lacan y sus acólitos– para quienes la imposibilidad de recordar en los casos de experiencia traumática demuestra la necesidad de una versión estructural o formal del psicoanálisis, concebido (o reconcebido) como una disciplina que, por un lado, le otorga una importancia decisiva a las narraciones de los pacientes, pero que, por el otro, sostiene que la característica tal vez inherente de esos relatos es que discrepan de los “hechos” del caso, que a menudo no se pueden conocer. Tal como lo destacara Lacan, en el caso del “Hombre de los lobos” de 1918, el propio Freud intentó resolver la tensión entre olvidar y recordar proponiendo precisamente un tratamiento estructural del problema de la narración psicoanalítica. En términos más tajantes, el psicoanálisis, tal como Lacan y los lacanianos lo definen, está abocado al proyecto de formalizar la memoria generando y analizando narraciones cuya fidelidad con respecto a la experiencia individual ya no tiene una importancia central.⁵¹

Se podría aducir, de manera más provocativa, que el trabajo psicoterapéutico de Janet también podría entenderse como un esfuerzo abocado al mismo proyecto. Como hemos visto, según Janet, lo que importaba en el tratamiento de la histeria era que, a través del uso de las técnicas de liquidación y asimilación, los pacientes adquirieran la capacidad de producir un relato sobre ellos mismos que respetara ciertos requisitos de orden temporal, pero que no necesariamente implicara un proceso de autorreconocimiento. Así, la distinción entre olvidar y recordar prácticamente se derrumbaba por la exigencia de que, recordaran o no el “suceso” traumático, los pacientes pudieran armar una narración coherente de su vida, cuya importancia radicaba menos en su adecuación a la experiencia personal que en su influencia sobre las acciones presentes y futuras. Vista desde esta perspectiva, la conocida discrepancia de Janet con Freud sobre el contenido sexual del psicoanálisis parece menos significativa que aquello en lo que coincidían: que si la narración cura, no lo hace porque

⁵¹ Jacques Lacan, *Freud's Papers on Technique*, 1953-1954, vol.1 of *The Seminar of Jacques Lacan*, ed. Jacques-Alain Miller (New York, 1988), 12-14. [Hay edición en español: Jacques Lacan, *El seminario*, Libro 1, "Los escritos técnicos de Freud", Barcelona, Paidós, 1981, traducción de Rithée Cevasco y Vicente Mira]

infalliblemente le brinde al paciente acceso a una verdad primordialmente personal, sino porque posibilita una forma de autocomprensión, incluso en ausencia de verificación empírica. En síntesis, lo que describí antes como la ambivalencia de Janet con respecto al problema de la memoria es más aparente que real, porque sus afirmaciones supuestamente contradictorias de que la memoria está sobrevalorada y de que la memoria es fundamental terminan decantando en afirmaciones no contradictorias: que la memoria concebida como decir-verdadero [truth-telling] está sobreestimada, pero que la memoria concebida como narración es crucial.

Sin embargo, esta descripción acerca de la convergencia entre las posturas de Janet, Freud y Lacan pasa por alto ciertas diferencias significativas. En primer lugar, las nociones de habla y de narración de ninguna manera tienen un papel indispensable en la evaluación que hace Janet de la totalidad de los métodos de la psicoterapia. En sus escritos, la oposición entre recordar y olvidar se disuelve en el requisito de que el paciente aprenda a “adaptarse” convenientemente al pasado, el presente y el futuro, pero la autocomprensión narrativa no siempre es esencial para tal adaptación, y hay otras formas de adaptación que pueden servir a los fines de la cura. Para Janet, la habilidad retórica y sugestiva del médico apunta a mejorar la síntesis mental del sujeto traumatizado, produciendo modificaciones en su conducta y comportamiento, modificaciones que no necesariamente dependen de actos de autorrepresentación y autoenunciación conscientes. (Por supuesto, para Lacan el psicoanálisis nada tiene que ver con lo que generalmente se entiende por adaptación, ni con lo que Janet presumiblemente entendía por adaptación).

Es más, el análisis que yo hago del papel de la retórica y la sugestión en la obra de Janet conlleva una segunda diferencia entre su visión del tratamiento psíquico y las visiones de Freud y Lacan. A lo largo de toda su carrera, Janet defendió el uso de la hipnosis en la psicoterapia y consideró la relación emocional [*emotional rapport*] que había entre médico y paciente como algo fundamentalmente sugestivo. Tal interpretación de la relación entre el paciente y el médico le era ajena a Freud y especialmente a Lacan, quien, al desarrollar diversos temas del pensamiento de Freud, configuró el psicoanálisis como un proyecto retórico, pero un proyecto del cual el arte persuasivo de la sugestión hipnótica quedaba estrictamente excluido. Sin embargo, algunos debates recientes sobre la obra freudiana demuestran que el problema de la sugestión en el psicoanálisis no puede descartarse tan fácilmente. Al contrario, ese problema resurgió en los textos de Freud de la década de 1920, precisamente en aquellas coyunturas en que parecía que la mejor manera de entender la naturaleza del vínculo entre el yo y el otro era comparándolo con la relación hipnótica inconsciente entre el sujeto y el médico. Esa comparación amenazaba con socavar la dinámica de las representaciones reprimidas de emociones y deseos, de las cuales dependía en última instancia la identidad misma del psicoanálisis así como el posterior “retorno a Freud” de Lacan. Tal como veremos en los próximos dos capítulos, en esos mismos años, un discípulo de Freud, Sándor Ferenczi, hizo que esos temas se convirtieran en cuestiones de debate urgente, al retomar la teoría del trauma y el método catártico de Breuer y Freud. Pero la historia del trauma es una historia plagada de olvidos y ni siquiera hoy, cuando los traumas relacionados con la guerra y los abusos sexuales, el diagnóstico de disociación y la implementación de la hipnosis para la recuperación de recuerdos traumáticos son moneda corriente en la práctica psiquiátrica y la psicoterapéutica, no es en absoluto evidente que hayamos captado la naturaleza escandalosa de la cura del trauma/traumática [traumatic cure].