

Residencia de Traducción - Traductorado de Francés
Instituto de Enseñanza Superior en Lenguas Vivas “Juan Ramón Fernández”

Solicitante: Prof. Marcela Borinsky.

Cátedra: Historia del Psicoanálisis. Fac. de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Traductora residente: Laura Fólica.

Tutora de la residencia: Prof. Patricia Willson.

Texto: Gladys Swain, “Du traitement moral aux psychothérapies. Remarques sur la formation de l’idée contemporaine de psychothérapie”, en *Dialogue avec l’insensé*, París, Gallimard, 1994, pp.237-262.

Del tratamiento moral a las psicoterapias

Observaciones sobre la formación de la idea contemporánea de psicoterapia

La fijación del vocablo *psicoterapia* en la lengua médico-psicológica puede fecharse en 1891, año de publicación del libro de Bernheim, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*¹. No es un dato menor señalar que, desde el punto de vista de la acreditación pública del término, éste recibe al mismo tiempo su título de nobleza de parte de un célebre escritor; en efecto, 1891 es también el año de aparición del breve libro de Barrès titulado *Trois stations de psychothérapie*². A partir de ese momento, la noción conocerá durante unos veinte años un auge notorio que decrecerá un poco después de la Primera Guerra Mundial, como lo indica Pierre Janet con cierto dejo de melancolía en su introducción a *Médications psychologiques*. La obra apareció en 1919; fue concebida y redactada antes de la guerra, causa que retardó su publicación. Lo esencial de *Médications psychologiques* reside, según el propio Janet, en dos series de lecciones, dictadas una en 1904 y 1906 en Boston, Estados Unidos, y la otra en 1907, en el Collège de France, sobre las “nociones psicológicas implicadas en los métodos de la psicoterapia”. La obra sigue siendo el mejor balance de que disponemos, y un incomparable testimonio sobre ese primer florecimiento de las prácticas

¹ H. BERNHEIM, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*. Études nouvelles, París, 1891.

² M. BARRÈS; *Trois stations de psychothérapie*, París, 1891.

Confrontations psychiatriques, n° 26, 1986, pp. 19-38. En colaboración con Marcel Gauchet.

psicoterapéuticas¹. Si a continuación se da un repliegue, es sobre todo a causa de un debilitamiento de varios métodos en vigor y en boga durante los años 1900, debilitamiento gracias al cual la corriente psicoanalítica, sus derivados y sus retoños heterodoxos vendrán a ocupar cada vez más el centro de la escena. En un comienzo y por decirlo de algún modo, perdida entre muchas otras, la técnica freudiana se afirmará como el producto principal de esta ola inaugural de tentativas desordenadas y contradictorias. Introducirá irreversiblemente determinados enfoques y exigencias, que serán tomados en cuenta tácita o explícitamente –y a veces a su pesar– por la mayoría de los vástagos que se sumarán al árbol de psicoterapias en el momento de su segunda y decisiva explosión de vitalidad, después de 1945². Sin embargo, no podemos negar que el estudio y la dilucidación de ese momento de invención alrededor de 1900 supera el mero interés arqueológico: permiten aprehender mejor la originalidad del enfoque freudiano al restituir el emplazamiento del método psicoanalítico en el campo de las opciones que disponían en ese entonces los médicos. Y en el momento bisagra en el que nos encontramos, entre decepciones y tentaciones activistas, quizá resulte útil recordar de forma razonada cuáles fueron los impulsos e impasses de origen.

Las tres fuentes

La inteligibilidad del fenómeno en su nacimiento exige distinguir tres fuentes que van a mezclarse unas veces, a intercambiarse otras veces, o a jugar contradictoriamente.

1. Una corriente médico-psicológica relacionada con la idea de “la influencia del espíritu sobre el cuerpo”. Su más eminente representante es el muy prestigioso Daniel Hack Tuke, quien introduce la expresión de “psicoterapéutico” en 1872 en un libro intitulado *Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body Health and Disease*

¹ P. JANET, *Les Médications psychologiques*, París, 1919, 3 vols. Según nuestro conocimiento, sólo hay un único amplio estudio reciente sobre el tema, escrito en español por J. M. LÓPEZ PIÑERO y J.M. MORALES MESEGUER, *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*, Madrid, 1970. Señalamos, asimismo, la traducción al inglés de otra obra del mismo autor, J.M. LÓPEZ PIÑERO, *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, Cambridge, 1983.

² Para un cuadro general, cf. por ejemplo H.F. ELLENBERGER, “Développement historique de la notion de processus psychothérapique”, in *Les Mouvements de libération mythique et autres essais sur l'histoire de la psychiatrie*, Montreal, 1978, pp. 293-316.

*designed to Elucidate the Action of Imagination*¹. Fue traducido al francés en una fecha significativa: 1886, bajo el título *Le Corps et l'Esprit, Action du moral et de l'imagination sur le physique*². 1886 es el año de la segunda edición del libro de Bernheim sobre la sugestión, en donde la noción es retomada en un sentido amplio, muy próximo al empleo que hace Tuke. “El espíritu no es poca cosa –escribe Bernheim–; existe una psicobiología, y existe también una psicoterapéutica. Es que el espíritu humano es una gran palanca y el médico sanador debe utilizarla”³. Por este mecanismo, la idea de psicoterapia en su origen se halla relacionada con la inspiración de un movimiento religioso que consistirá en la afirmación extremista de “la convicción de que el espíritu gobierna el cuerpo no sólo de forma parcial, sino completamente”, y que “esta convicción es el agente más eficaz de la práctica médica”: la *ciencia cristiana* de Mary Baker Eddy, que Stefan Zweig ubicará sin dudar al lado de Mesmer y de su amigo Freud entre los pioneros de la *curación por el espíritu*⁴. El movimiento tuvo poca influencia en Europa; mientras que, por el contrario, jugó un papel determinante en Estados Unidos, donde buena parte de las psicoterapias se impuso con un cariz expresamente religioso⁵. En todos los casos, es signo de un fenómeno general que tuvo mucho peso en el advenimiento de este nuevo sector y vector de la práctica médica: *la demanda de una salud de masas*, física y psicológica, que parecía haber asaltado a los médicos en las últimas décadas del siglo XIX; por ejemplo, se puede citar el “efecto Lourdes” en Francia. Debe señalarse que en Bernheim la extensión otorgada a los poderes de la psicoterapia siempre superará ampliamente el área de los problemas psíquicos propiamente dichos. Si bien las principales indicaciones de la sugestión se dirigen a la histeria y a la neurastenia, y más allá, a los trastornos funcionales en general, también se dirigen –en el pensamiento de Bernheim–, en función de la intervención del “elemento psíquico” en “la génesis y evolución de las diversas enfermedades”, a diversas enfermedades orgánicas⁶. Una parte de lo que luego será la

¹ D. HACK TUKE, Londres, 1872. Cf. asimismo J. H. BENNETT, *Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine*, trad. al francés, París, 1873, 3 vols.

² Traducido por V. Parant, París, 1886.

³ H. BERNHEIM, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, París, 1886, p. 48.

⁴ Stefan ZWEIG, *Die Heilung durch den Geist, Mesmer, Mary Baker Eddy, Freud*, Leipzig, 1931. Sobre la *christian Science*, P. JANET, *Les Médications psychologiques*, op.cit., t.I, pp. 43-84. Un reciente estudio: R.C. FULLER, *Mesmerism and the American Cure of Soul*, Filadelfia, 1982.

⁵ Se resalta fuertemente este punto en N. HALE, *Freud and the Americans. The Beginnings of Psychoanalysis in the United States, 1876-1917*, Nueva York, 1971.

⁶ *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, 2º ed., París, 1903. Todo el capítulo XIX de la obra debe ser leído desde este ángulo (cita de la página 329).

medicina psicosomática surge así por este canal de la psicoterapia en su primera acepción.

2. La reactivación de la herencia psiquiátrica del tratamiento moral debido a la emergencia de una nueva problemática sobre las neurosis bajo dos aspectos: el institucional y el individual. Weir Mitchell había recomendado ya en 1875 y en 1877 tratar las enfermedades nerviosas con reposo absoluto y sobrealimentación (su famoso libro, *Fat and Blood*, fue traducido en 1883 bajo el título *Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie*¹). De a poco va a insinuarse la idea de que el elemento realmente activo en este tipo de tratamiento no es tanto el factor físico que tenía en vistas su promotor –combatir el agotamiento– como el factor psíquico puesto en práctica por medio del *aislamiento*. De esta forma, este caballo de batalla de los primeros alienistas encontrará una segunda vida. Hacía bastante tiempo que no se consideraba que la reclusión de los alienados tuviera virtudes terapéuticas particulares; la internación obedecía más bien a motivos de orden público y de protección social que se sumaban a las justificaciones médicas de la hospitalización ordinaria. El deslizamiento de la histeria, del orden de las enfermedades neurológicas al orden de las enfermedades mentales, retomará el hilo de una tradición sepultada. El primer poder ejercido sobre el paciente “nervioso” es el que confiere la ruptura con el entorno habitual y con las relaciones familiares. Una firme expresión de este principio se encuentra en el curso de Charcot de 1885, unos meses antes de la llegada de Freud a París: “A propósito de su caso, contaba sobre todo con el *aislamiento*, es decir, con el tratamiento moral.” Y prosigue: “Podría insistir bastante frente a ustedes sobre la capital importancia que le adjudico al aislamiento en el tratamiento de la histeria, donde indiscutiblemente, en la mayor parte de los casos, el elemento psíquico juega un papel considerable cuando no predominante. Hace cerca de quince años que estoy concentrado firmemente en esta doctrina; y todo lo que vi desde hace quince años, todo lo que veo a diario, no hace más que confirmar mi opinión. Sí, hay que separar a los niños, a los adultos, de su padre y de su madre, cuya influencia, según lo demuestra la experiencia, es particularmente pernicioso.”² “Fácilmente podría multiplicar los ejemplos apropiados –afirma más adelante– para mostrar la influencia favorable del aislamiento bien entendido en el tratamiento de algunas enfermedades nerviosas no

¹ S. W. MITCHELL, *Fat and Blood, and How to Make Them*, Filadelfia, 1887.

² J.M. CHARCOT, “De l’isolement dans le traitement de l’hystérie”, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, en *Œuvres complètes*, t. III, París, 1887, p. 238.

calificadas como alienación mental y de la histeria o incluso de la neurastenia en particular.”¹ Se ve un viraje en la perspectiva: el aislamiento como tratamiento moral concierne en primer lugar a “las enfermedades nerviosas no calificadas como alienación mental”. Charcot llega a una reivindicación de prioridades bastante extraña al señalar primero que, en suma, el aislamiento representa el elemento capital en el método que han preconizado desde hace algunos años “Weir Mitchell en América, Playfair en Inglaterra, Burkart en Alemania”, y al recordar firmemente que hace quince años que “habla de esto cada año” en las clases de sus cursos. Aunque haya algo de cierto en esta pretensión, es un hecho que, en los años 1870, se asiste a la proliferación de una serie de establecimientos especializados, bajo la forma de “hospicios hidroterapéuticos”. El fenómeno no ha sido aún estudiado: provee el soporte gracias al cual sería posible seguir el desarrollo de la queja neuropática en la últimas décadas del siglo XIX.

El punto crucial de fondo que aparece en las palabras de Charcot, todavía de manera solapada y prudente, es evidentemente la ecuación: a enfermedad psíquica, tratamiento psíquico. Desde este ángulo, el desarrollo de la idea contemporánea de psicoterapia está estrechamente ligado a la especificación del blanco, es decir, históricamente a la determinación de las neurosis como trastornos de esencia psíquica. Contra una imagen legendaria demasiado expandida, hay que insistir en el hecho de que esta empresa de esclarecimiento no es en absoluto atributo exclusivo de Freud. Es el leitmotiv en la época de obras muy diversas por sus inspiraciones, de Pierre Janet a Déjerine. Así como la comprensión de la histeria o del grupo obsesiones–impulsos–fobias (“los síndromes episódicos de degenerados” de Maignan) y de las enfermedades *psíquicas* no dice gran cosa sobre el *mecanismo* psíquico que se ubica en el origen de sus síntomas, la noción de una terapéutica puramente psíquica, una vez adquirida, tampoco da una respuesta a la pregunta por la *forma* y las *vías* de ejercicio de la misma. Dentro de un conjunto más vasto y en relación con empresas de inspiración homóloga es donde debe situarse la originalidad freudiana. Puesto que también esta invención–reinención de la terapéutica del alma por el alma operó en buena medida bajo la forma de un regreso a las prácticas iniciadas por los fundadores de la psiquiatría a comienzos del siglo XIX. Demos un ejemplo fechado en el inicio del siglo, en 1909, más exactamente. Sin duda, de la forma más natural del mundo, su autor retoma visiones que habrían podido ser expresadas un siglo antes por un Daquin, un Pinel o un Esquirol

¹ *Ibid.*, p. 243.

sobre el empleo del “resto de razón” para combatir la sinrazón. “En el fondo, existe una parte del pensamiento que sabe reconocer muy bien la naturaleza delirante de las concepciones; pero, por el desequilibrio nervioso momentáneo, éstas permanecen en primer plano, ocupando tanto lugar y haciendo tanto ruido que parecen tomar toda la escena. Si se quiere, le enseñé a la parte sana a volverse consciente de sí misma y a borrar de esta forma las manifestaciones mórbidas”¹.

Pero curiosamente, la reactivación completa de esta herencia psiquiátrica del tratamiento moral será importante sólo en un segundo momento, a modo de reacción contra el gran nuevo medio, “descubierto” en los años de 1880: la sugestión hipnótica. Charcot sólo tiene en mente el costado institucional del asunto. No se interesa mucho por la otra vertiente, en su aspecto interindividual o relacional. Ahora bien, ésta regresará a su turno con fuerza, e incluso estará en boga entre 1900 y 1914. La obra más significativa al respecto es la de Déjerine, que combina el recurso al aislamiento más estricto con el empleo exclusivo del tratamiento por la palabra. Fuerza de la tradición: es en el hospital de la Salpêtrière donde el resurgimiento de esta innovación es utilizada en una sala que no por nada se llama “sala Pinel”²...

3. Es sabido que el impulso central y decisivo en materia de fundación de las psicoterapias vino de la reinterpretación hecha por la escuela de Nancy de los fenómenos hipnóticos espectacularmente promovidos por la escuela de la Salpêtrière. Allí donde Charcot y sus alumnos veían hechos de neurosis artificial de naturaleza histérica, Bernheim impondrá poco a poco, entre 1884 y 1892, la idea de que el estado hipnótico es un “sueño determinado por sugestión”, sugestión que no es más que la exageración de una disposición presente en la mayor parte de los individuos³. El trabajo de la Salpêtrière permanecía por completo en la órbita de la patología. Simplemente anexaba a la medicina positiva un orden de fenómenos abandonados hasta el momento a la charlatanería y a lo maravilloso. Es el motivo por el cual el informe de Charcot a la Academia de Ciencias en 1882 “Sobre los diversos estados nerviosos por determinados por hipnotismo en las histéricas” había despertado un profundo interés en el mundo

¹ P. E. Lévy, *Neurasthénie et névroses. Leur guérison définitive en cure libre*, París, 1909, p. 79.

² Sobre la utilización del método de Déjerine en la Salpêtrière, además del propio libro de Déjerine con Gauckler que tendremos la ocasión de comentar más adelante, cf. FAUVET, *Du traitement de la neurasthénie par l'isolement*. Tesis de medicina, París, 1897; MANTO, *Traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement*, Tesis de medicina, París, 1899; J. CAMUS y Ph. PAGNIEZ, *Isolement et psychothérapie*, París, 1904.

³ Entre los numerosos estudios antiguos y recientes, nos limitaremos a hacer referencia a D. BARRUCAND, *Histoire de l'hypnose en France*, París, 1967.

científico¹. Ese informe simbolizaba las capacidades de la ciencia para someter los dominios más misteriosos de la historia y de la vida. Así como se había podido ordenar el desarrollo tipo del ataque histérico en cuatro períodos (epileptoide, grandes movimientos, actitudes pasionales, delirio terminal), se había podido establecer también, en el seno del gran hipnotismo, la existencia de tres estadios netamente diferenciados: el letargo, la catalepsia, el sonambulismo. Retomando las técnicas sugestivas de su maestro Liébault y oponiéndose, por su teorización progresiva, al pretendido descubrimiento de esta histeria experimental, Bernheim desplazará el profundo interés suscitado por una patología extraordinaria a una *terapéutica* extraordinaria. Sobre este punto, la fecha de 1891 que habíamos fijado como la del nacimiento del concepto de psicoterapia es doblemente simbólica. Puesto que el 29 de enero de ese mismo año, Bernheim publica en *Le Temps* el famoso artículo equivalente a un certificado de defunción del hipnotismo de la Salpêtrière, el cual fue asimilado, en una fórmula rotunda, a un “hipnotismo de cultivo”. “El estado hipnótico –dirá Bernheim– no es otra cosa que un estado de sugestibilidad exaltado.²” Puede ser producido con o sin sueño. El hecho de base es la sugestión, que corresponde a una facultad natural del cerebro humano, la de la espera confiada. La sugestión “consiste en la influencia provocada por una idea sugerida y aceptada por el cerebro”³, y despierta una disposición, a la que Bernheim llamará “ideo-dinamismo”: “Toda idea aceptada tiende a hacerse acto”.

Los poderes de la sugestión

A propósito del aporte de la escuela de Nancy, convenía hablar del descubrimiento de un *nuevo poder* del hombre sobre el hombre, y fue esta la forma en que fue recibido tanto por su vertiente maléfica como por su vertiente benéfica. Vertiente maléfica: ¿acaso no se vería a los criminales desviar en su provecho este poder irresistible de accionar el brazo del otro? De ahí surge toda una literatura médico-legal donde mejor se puede ver desplegado el mito de este poder total sobre el otro revelado de forma repentina. Significativamente, esta literatura proviene de los propios

¹ C.R. *Hebd. Acad. Sciences*, t.44, 1882, pp.403-405.

² H. BERNHEIM, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, op. cit., p. 668.

³ *Ibid.*, p.668

autores de la escuela de Nancy. “Hay más de diez mil personas en París –escribirá tranquilamente uno de ellos– a quienes se les puede sugerir con una palabra todos los crímenes”¹. Vertiente benéfica: de la explotación razonada de esta disposición movilizable en la mayoría de los seres se pueden esperar importantes recursos de acción positiva. La terapéutica consistirá, principalmente, en colocar al paciente en un estado psíquico “donde la espera confiada sea más intensa, donde la imaginación acepte y reconozca como reales las impresiones que le sean transmitidas”; este estado es el sueño. “Provocar por hipnotismo este estado psíquico especial y explotar, con el objetivo de cura o de alivio, la sugestibilidad exaltada de modo artificial, tal es el papel de la psicoterapéutica hipnótica.”² Si bien es un adyuvante poderoso, el sueño artificial no es indispensable. Liébault había dado en su momento el paso de la sugestión verbal, renunciando a los procedimientos psíquicos del braidismo: “La sola idea del sueño dada al sujeto alcanza para producirlo.” Bernheim irá todavía más lejos: “Establecí definitivamente que el sueño provocado no es necesario para obtener los fenómenos llamados hipnóticos; que todos esos fenómenos, anestesia, catalepsia, actos automáticos, obediencia pasiva, alucinaciones, efectos terapéuticos, pueden ser obtenidos en algunas personas en estado de vigilia, sin maniobras previas, por la sola palabra.”³ Un paso más en dirección hacia la banalización de las conductas de ejercicio y, por lo tanto, hacia la ampliación de la esfera potencial del nuevo instrumento terapéutico.

Es difícil imaginar el entusiasmo mundial que conoció la sugestión en la versión de la escuela de Nancy alrededor de 1890. Janet precisa las fechas entre 1880 y 1896¹. Bernheim recibió numerosos visitantes (se sabe que el propio Freud viajó a verlo en 1889). Las obras y las publicaciones de todo tipo se multiplicaron (hasta 2.000 y 3.000 por año en el momento crítico, según Janet). Se crearon varias revistas especializadas. Algunas obras de respetados autores propagaron el mensaje en diversas lenguas: Forel en Zurich (1889), Moll en Berlín, el mismo año, Lloyd Tuckey en Londres (1890), Bechterew en San Petesburgo (1894). Y el movimiento de interés superó ampliamente el círculo de especialistas. Desde el punto de vista de una historia social de las terapéuticas psíquicas, no cabe duda de que hay que considerar la eclosión de esta moda como el momento fecundo de sensibilización de la opinión y del público cultivado

¹ J. LIÉGEOIS, en *Revue philosophique*, 1892, 1, p.256.

² H. BERNHEIM, *De la suggestion et de ses applications a la thérapeutique*, París, 1886, p.218.

³ H. BERNHEIM, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, op. cit., p.81.

frente a la existencia de otra medicina, a la que, llegado el caso, pudiera pedirsele auxilio. Pero las esperanzas puestas en la sugestión, especialmente en su forma más benigna, la sugestión en estado de vigilia, iban mucho más allá de la terapéutica. De esta forma, se esperarán en particular, durante bastante tiempo, aplicaciones pedagógicas (sobre esto último, por ejemplo, un testimonio interesante es la obra de Alfred Binet, *La suggestibilité*²). Y en el registro médico propiamente dicho, a la manera de Bernheim, las tentativas de cura que nos son referidas superan ampliamente el círculo de afecciones reconocidas con claridad por la etiología psíquica. Psicoterapia se entiende, en el marco de este movimiento, como “curación por el espíritu”, para retomar la expresión de Stefan Zweig, pero no solamente *del* espíritu: eventualmente también como curación del cuerpo por el espíritu. Frente a esta imprecisión inicial en la definición del campo de aplicación, la conquista de la idea de una “terapéutica patogénica”, como dirá Déjerine, aparece como un momento importante en lo que respecta a la fijación del concepto de psicoterapia en el sentido actual. La teoría freudiana sobre el origen de las neurosis y, correlativamente, sobre su proceso de análisis es, por supuesto, la expresión más acabada de esta concepción; pero –hay que señalarlo una vez más– no es en absoluto exclusiva. Se trataba de una exigencia de esclarecimiento intelectual que fue también sentida por otros. Por ejemplo, Déjerine, a quien citamos y cuya obra debe ser considerada por el papel nada despreciable que ocupa en la materia, aporta precisión a la noción de “manifestaciones funcionales”, tan peligrosa por sus indeterminaciones. Compenetrados con la idea de enfermedad puramente psíquica, olvidamos demasiado pronto que incluso a principios de este siglo la presentación corporal en la queja neurótica, y no solamente histérica, representaba una parte considerable, y que la mayoría de los médicos compartía la idea común de un *continuum* órgano-psíquico – trastornos físicos y trastornos mentales, que se comunicaban de manera electiva justamente en los cuadros de neurosis. La gran autoridad del neurólogo fue útil para la demarcación de fronteras y la supresión de equívocos, en los que continuaba participando la “psicobiología” a la manera de Bernheim. Con toda razón su psicología puede parecerse acotada. Sin embargo, su intervención no fue menor en lo que respecta a la acreditación de la legitimidad de una medicina correspondiente a otras ramas de la medicina moderna en su modelo terapéutico, lo que también constituye la psicoterapia. “La terapéutica desde hace cierta

¹ P. JANET; *Les Médications psychologiques*, op. cit., vol.1, p.176.

² A. BINET, *La suggestibilité*, París, 1900.

cantidad de años sufre una marcada evolución. De ser sintomática, tiende cada vez más actualmente a volverse patogénica. El médico no se ocupa más del síntoma que, considerado aisladamente, tiene sólo un valor de indicación mínima; se aboca a las propias causas de los trastornos ante los que se enfrenta. Existen tratamientos patogénicos como el de la sífilis o la malaria por medio del mercurio, tratamiento patogénico como la seroterapia, y otro tratamiento patogénico como la psicoterapia que, en presencia de afecciones de origen psíquico, pretende curarlas por acción psíquica.”¹

Los límites de la hipnosis

Posteriormente, las grandes esperanzas puestas en la potencia sugestiva se desvanecieron con rapidez. No es que la psicoterapia hipnótica haya desaparecido de un día para el otro; en estas áreas, dicho sea de paso, nada desaparece del todo. Al igual que el magnetismo animal que atravesó el siglo XIX de manera subterránea a pesar de haber caído en desgracia, la hipnosis ha sobrevivido hasta nuestros días y tal vez esté reviviendo². Digamos que, alrededor de 1900, y de forma muy desigual según los países, dejó de ser la práctica en boga, centro de reflexión e interés de los especialistas en pacientes “nerviosos”. Janet describe bien esta singular situación de cuasi-disolución que ocurre luego de una ascensión tan gloriosa. Incluso va demasiado lejos en su diagnóstico, según lo que sabemos retrospectivamente: “(...) sucedió un acontecimiento que ni los médicos ni los psicólogos habían previsto, y es que el hipnotismo no tuvo tiempo de transformarse; murió muy rápidamente y desapareció completamente³”. Es verdad que la apreciación es enseguida matizada: muerte, pero muerte aparente. “Eclipse pasajero”, dice Janet. Aunque borrada del paisaje, la sugestión sigue siendo un polo de referencia tácito en el campo de la psicoterapia. Como prueba, basta el hecho de que “muchos de los tratamientos psicológicos posteriores a esta época no son más que metamorfosis, disimulos de la sugestión; se intenta explotar el hipnotismo sin el hipnotismo (...). Estas transformaciones y estas resurrecciones nos indican que el papel

¹ J. DÉJERINE y E. GAUCKLER, *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie*, París, 1911, p. 395. No podemos dejar de sorprendernos por la pregnancia de un modelo psicobiológico en el artículo de Freud sobre el “tratamiento psíquico” de 1890.

² L. CHERTOK, *Résurgence de l'hypnose*, París, 1984.

³ P. JANET, *Les Médications psychologiques*, op. cit., vol. 1, p.183.

de la sugestión se encuentra lejos de estar completamente acabado.”¹ Justa visión de las cosas: el poder hipnótico o sugestivo pudo volverse inconfesable o prácticamente inutilizable, pero sigue siendo un modelo estructurante en relación al cual situar y comprender de ahí en más todo “tratamiento psicológico” posible.

Es probable que Janet, cuando escribe estas líneas, tenga en mente su propio método de “análisis psicológico”, versión sofisticada de la utilización del proceso sugestivo, del que dio muestras notables en sus primeros trabajos, que no fueron objeto del estudio preciso que merecen. Vale la pena decir algunas palabras sobre ellos por el paralelo con el desarrollo de la práctica freudiana que permiten trazar. Lo destacable, en el enfoque de Janet, es la capacidad de combinar dos utilizaciones del fenómeno hipnótico. No se limita a servirse del poder de influencia puesto en primer plano nuevamente por la escuela Liébauld-Bernheim. Vuelve, por otro lado, a una función “clásica” del estado hipnótico, que podríamos llamar su *función de verdad*. Es con lo que Puységur había completado el descubrimiento mesmeriano: en el estado de sonambulismo, el paciente adquiere lucidez sobre la causa y los orígenes de su enfermedad. Cruzando las observaciones efectuadas tempranamente en la Salpêtrière sobre el carácter de *reviviscencia* de algunos momentos del acceso histérico con su profundo conocimiento en materia de historia del magnetismo animal, Janet utiliza lo que él llama “el sonambulismo provocado” con fines de exploración del pasado de las histéricas. Para actuar efectivamente sobre el propio fondo del trastorno, hay que remontarse primero al origen de la fuente del traumatismo; y cuando la hipnosis no alcanza, se utilizará cualquier otra forma de estado segundo capaz de desbaratar la pantalla de la conciencia: escritura automática, sueño, o inclusive el habla asociada libremente². La sugestión servirá luego para la disociación o transformación de las “ideas fijas” y de las reminiscencias traumáticas puestas en evidencia gracias a esta extraña facultad de verdad sobre sí mismo movilizada en el enfermo. Esto es lo que distingue el método de Janet de una simple acción sugestiva sobre los síntomas neuróticos: en él, la función de exploración y de anamnesis personal ocupa un lugar considerable. El poder del otro se combina aquí con la búsqueda de la verdad sobre sí

¹ *Ibid.*, p.190.

² P. JANET, “Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme provoqué”, *Revue philosophique*, 1886, 2, pp. 577-592 ; “L’anesthésie systématique et la dissociation des phénomènes psychologiques”, *Revue philosophique*, 1887, 2, pp. 449-472 ; “Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme”, *Revue philosophique*, 1888, 1, pp. 238-279 ; *L’Automatisme psychologique*, París, 1889 ; “Étude sur un cas d’amnésie antérograde dans la maladie de la désagrégation psychologique”, *International Congress of Experimental Psychology*, Londres, 1892, pp. 26-30.

mismo. En este punto es donde presenta una indiscutible afinidad con el método catártico de Breuer, que Freud se decide a utilizar en 1889. La iniciativa de la histérica no debe hacer olvidar la pregnancia de un modelo heredado, la lucidez sonambúlica, en este caso, que la vuelve admisible para el médico. De este modo, tiene mucho sentido la reivindicación expresada por Janet en el congreso de Londres en 1913, según la cual “las lecciones de Charcot sobre las neurosis traumáticas” y sus propios estudios sobre la búsqueda de recuerdos traumáticos habrían estado en el punto de partida del “psicoanálisis de Freud”¹. La originalidad freudiana es más notoria en cuanto se la reubica en la red de sus primeros parentescos. Por supuesto, se tratará de la sistematización de esta investigación del pasado, pero también y sobre todo, en relación con Janet, de un trabajo metódico para superar los límites y las aporías de la relación de sugestión.

Las últimas líneas del artículo de 1890 sobre el tratamiento psíquico constituyen todo un programa al respecto. “Podemos esperar con certeza –escribe Freud– que, mientras procedamos con método, el tratamiento psíquico moderno, que es sin duda un muy reciente resurgimiento de antiguos métodos terapéuticos, ponga en manos del médico armas todavía mucho más poderosas para combatir la enfermedad. Un estudio en profundidad de los procesos de la vida psíquica, cuyas premisas descansan precisamente en las observaciones hechas a partir de la hipnosis, nos proveerá de las vías y de los métodos.”² El balance de las decepciones y de los problemas de la sugestión que aparece en el texto es muy superficial. Se creía haber encontrado los medios para superar definitivamente el impasse en el que había caído el antiguo tratamiento moral de los alienados: la impotencia de la conciencia, incluso apoyada desde el exterior, incluso guiada por una voz hábil y benevolente. Sí, sin dudas, es posible asegurar cierta influencia comunicacional sobre el sujeto mantenido en medio de su extravío. Sí, es posible esperar de esta facultad de reflexión surgida en medio de la irreflexión aparente un mayor bienestar, una apertura al mundo de los otros, una recuperación del alienado en el círculo del intercambio y de la influencia. Un poder entonces, pero que, casi enseguida, tropieza con una imposibilidad: oye su desvarío, pero sigue desvariando; admite lo que le dicen, pero sigue perseverando en su fe delirante... De ahí la tentación de la ofensiva y del forzamiento tal como lo ilustrará dramáticamente un Leuret; cuando el esfuerzo interior se revela insuficiente o

¹ JANET, *Les Médications psychologiques*, op. cit., p.214.

² FREUD, “Traitement psychique (traitement d’âme)”, trad. franc., *Résultats, idées, problèmes*, I, París, 1984, pp. 22-23.

demasiado débil, hay que influir decisivamente desde afuera, obligar, castigar para reforzar el argumento. Con la sugestión, ya no existen semejantes peligros. Se salva por completo el obstáculo. Primero, porque deja radicalmente fuera de juego el poder reflexivo del paciente, inmerso en un estado segundo; hablando con propiedad, no se trata de una ausencia real de sí mismo, sino de una suspensión de la posesión sobre sí mismo. Luego, y de forma complementaria, por la evidente solución al problema de la influencia externa: la *sustitución* momentánea de la voluntad del paciente por la voluntad del médico, permitiendo una suerte de transplante psíquico del movimiento que no hubiera podido provenir de la sola determinación interior del individuo. Y luego, ¿qué se descubre de hecho con el uso? Para comenzar, en el lugar de la receptividad ideal, una singular capacidad de *resistencia* del paciente a la sugestión. Tuvimos la temprana ocasión de percibirlo en el marco del estudio de las pretendidas sugestiónes criminales. La propia Blanche Wittmann, quien, bajo la influencia del sonambulismo, se había mostrado con entera docilidad frente a las más aterradoras incitaciones criminales, se había negado, por el contrario, a desvestirse, cuando internos chistosos le habían sugerido que tomara un baño¹. Como lo constata Freud, “(...) incluso en la mejor de las hipnosis, el poder ejercido por la sugestión no es ilimitado, sino solamente de una fuerza determinada. El hipnotizado acepta hacer pequeños sacrificios, rechaza los grandes, exactamente como en el estado de vigilia (...) El mismo enfermo que se acomoda con perfecta docilidad a cualquier situación onírica que le es sugerida, en tanto y en cuanto no sea directamente chocante, puede permanecer totalmente en rebeldía frente a la sugestión que desafíe, digamos, su parálisis imaginaria”². Por otro lado, incluso cuando la sugestión funciona, los límites de su eficacia se revelan en su carácter temporario. “Ciertamente provoca la supresión de fenómenos mórbidos, pero solamente por un breve lapso.” De ahí la obligación de reiniciar el tratamiento que, al repetirse, termina por inducir una *dependencia* del enfermo hacia su hipnotizador, esto es, un desplazamiento de la patología. Para decirlo de otro modo: las dificultades que se creían superadas resurgen intactas. ¿Cómo desarmar esta perseverancia del paciente en sus síntomas, que lo sustraen de la influencia terapéutica? ¿En verdad hay que continuar con el intento de salvar el obstáculo, como sucede en la sugestión hipnótica, o no es acaso más conveniente tomarla de frente para superarla con conocimiento de causa? ¿Cómo

¹ La anécdota es referida por GILLES DE LA TOURETTE, *L'Hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, París, 1887, p.203.

² “Traitement psychique”, art. cit., p. 21.

asegurarse una eficacia durable del tratamiento psíquico liberando al enfermo simultáneamente de sus trastornos y de su médico? Todas las opciones del área de la psicoterapia tal como las conocemos se determinarán en relación con este primer balance sobre una falsa solución: la sugestión hipnótica.

El retorno al tratamiento moral: la persuasión

Muy rápidamente, se dará una reacción en los médicos, que conducirá a un resurgimiento bastante sorprendente del viejo tratamiento moral en su noción misma y en el espíritu de su dispositivo práctico. La señal de inicio podría localizarse en un artículo de Rosenbach publicado en 1890 en la *Berliner Klinik*¹. Pero es un poco más tarde, alrededor de 1895, cuando alcanza su verdadero desarrollo, y es por los años 1900, cuando ejerce una importante influencia pública, principalmente con las publicaciones de Dubois de Berne, del propio Déjerine y de sus alumnos². Dubois es un antiguo discípulo de Bernheim. Déjerine había sido partidario y practicante de la hipnosis; además, había probado la sugestión en estado de vigilia. Su perspectiva es, pues, un enfoque de reacción interna a los impasses y a los problemas de la sugestión hipnótica. Proviene de una triple exigencia, que es importante aclarar porque no le es exclusiva y porque probablemente permanece, más allá de las actitudes que inspiró directamente en este caso, como la base firme de todo poder práctico en la materia.

a. Una exigencia de *profundización*. La rápida reaparición de los síntomas luego de su temporaria desaparición bajo el efecto de la hipnosis muestra irrefutablemente el carácter superficial de este tipo de tratamiento. Como dijo Déjerine: “La sugestión en estado de vigilia o durante el sueño hipnótico se dirige al síntoma y no a la causa, sólo actúa en la superficie y no en el fondo.”¹ Toda psicoterapia auténtica deberá pasar por la elucidación de las raíces del trastorno. Se tratará de un *conocimiento compartido*, además de la realización de una terapéutica, habitual en la práctica médica. Como lo afirma Déjerine, sólo será verdaderamente eficaz si llega a “explicar al sujeto, luego de

¹ O. ROSENBACH, “Über psychische Therapie innerer Krankheiten”, *Berliner Klinik*, 1890, pp. 1-33 (retomado en *Nervöse Zustände und ihre Behandlung*, Berlín, 1903). Sobre Rosenbach, cf. H. TEMMEN, “Ottomar Rosenbach (1851-1907) und sein Beitrag zur Psychotherapie”, *Acta psychotherapica*, 12, 1964, pp. 10-20.

² Más allá de los trabajos ya citados de Déjerine y de sus alumnos, citamos DUBOIS (DE BERNE), *Les Psychonévroses et leur traitement moral*, París, 1904.

haberle hecho confesar su vida, cómo y porqué se ha enfermado, cómo y porqué logrará curarse.”

b. Se deduce naturalmente una exigencia de *participación* del paciente en el nivel de los medios terapéuticos. Esta exigencia es habitualmente expresada bajo la forma de una protesta ética e incluso política contra la sujeción en la que la hipnosis sumiría a un individuo en relación con otro. De este modo, Camus y Pagniez nos aseguran que no son ni los accidentes ni los límites de la sugestión los que determinaron fundamentalmente el cambio de orientación de su maestro, sino el rechazo de un método que consistía en “transformar al hipnotizado en una máquina, en un autómatas que responde a un impulso y actúa al despertar sin saber lo que hace ni porqué lo hace”². Wundt, por su parte, hablará directamente de *esclavitud*. “Sin duda, la dependencia en la que el hipnotizado se encuentra con respecto al hipnotizador no es más que una esclavitud por horas: pero mientras existe, constituye una esclavitud con circunstancias agravantes, porque priva al esclavo no sólo del derecho a actuar, sino también de la posibilidad de actuar según su propia voluntad. De todos los vínculos que pueden relacionar al hombre con el hombre, éste es el más inmoral y transforma a uno en máquina del otro”³. Señalemos simplemente que este tipo de argumentación participa del mito sobre el poder total de la sugestión, mientras que la constatación inversa sobre sus límites es suficiente para pedir una terapéutica que actúe sobre la totalidad de la personalidad del paciente, incluyendo sus facultades superiores, si es que pretende alcanzar resultados sólidos y durables. Puesto que es una enfermedad psíquica, no sería cuestión de tratar al enfermo a sus espaldas, buscando hacer de él “un ser puramente pasivo, a plena disposición del operador”. Por el contrario, es indispensable que se reconozca a sí mismo en el proceso de curación, que “él mismo participe en su cura, y que ésta se efectúe, en cierta forma, bajo su vigilancia y con su colaboración.”⁴

c. De allí se sigue una clara exigencia en relación con el objetivo. Una verdadera cura psíquica no puede ser más que liberación respecto al modo de tratamiento y respecto a la persona del médico. Contra un tratamiento del síntoma que hace desaparecer las manifestaciones mórbidas pero que crea dependencia en el sujeto, una auténtica psicoterapia debe proponerse como fin llegar al “gobierno total de uno

¹ J. DÉJERINE y E. GAUCKLER, *Les Manifestations fonctionnelles des psychonévroses*, op. cit., Avant-propos, p. VII.

² J. CAMUS y Ph. PAGNIEZ, *Isolement et psychothérapie*, op.cit., p.153.

³ W. WUNDT, *Hypnotisme et suggestion*, trad. franc., París, 1902, p.156.

⁴ P. E. LÉVY, *Neurasthénie et névrose*, op. cit., p.62.

mismo”, retomando la expresión de Lévy¹. “No impunemente –dice Déjerine– se habitúa a un sujeto a aceptar sugerencias extrañas; así se practica afectar de forma directa y negativa la personalidad individual, y si ésta puede ser modificada por el hipnotismo, seguro que no es en dirección a su desarrollo, sino en dirección a su disminución y decadencia.”² En cambio, la participación consciente y voluntaria del paciente en el proceso de cura le permite a éste acceder a una posesión ampliada de su propia existencia. He aquí un motivo que reaparece incansablemente en nuestros autores. Contra la impronta de la sugestión que a la larga resulta empobrecedora, “el objetivo [del tratamiento psíquico] debe ser el de devolver al enfermo el dominio de sí mismo”³.

De esta forma y en oposición a la psicoterapia por *sugestión*, nacerá una psicoterapia por *persuasión*. “La diferencia que existe entre estos dos métodos –subraya Déjerine– es capital. El primero intenta introducir en la conciencia de un sujeto ideas nuevas o destruir ideas existentes, por fuera de su consentimiento y de su juicio. El segundo pretende que la idea recientemente introducida tenga el consentimiento del sujeto y que, si éste se deja llevar por el tratamiento, tal abandono sea emprendido voluntariamente luego de la reflexión y con pleno conocimiento de causa.”⁴ Sería fácil caricaturizar la posición de los adeptos a la “moralización” atribuyéndoles una ingenuidad que no poseen. No sólo sería injusto, sino totalmente fatal desde el punto de vista de la comprensión del proceso histórico que ha dado nacimiento a nuestra idea de las condiciones y oportunidades de una psicoterapia. Es verdad que un Dubois no duda en apelar, en el marco de su psicoterapia “racional”, a la “persuasión lógica”⁵. Pero él mismo denuncia en sus colegas la ceguera que los lleva a pedir a los pacientes afectados por tics, obsesiones o movimientos involuntarios diversos, que se “controlen a sí mismos”. “Les parece racional –afirma– exigirles a sus enfermos un vigoroso *esfuerzo de voluntad*. Los propios enfermos se imaginan a veces que pueden reprimir sus movimientos conteniéndose...”¹ No ignora la perfecta inutilidad de atacar el síntoma de frente: “No envíe a mis agorafóbicos a la batalla, ordenándoles que den unos pasos en un parque, no hago ejecutar movimientos racionales a mis enfermos que sufren tics cuando sorprende en ellos la influencia de una fobia, de una timidez. Al contrario, los

¹ *Ibid.*, p.462.

² J. DÉJERINE y E. GAUCKLER, *op. cit.*, pp. 401-402.

³ J. DUBOIS, *Les Psychonévroses et leur traitement moral*, *op. cit.*, p.29.

⁴ J. DÉJERINE y E. GAUCKLER, *op. cit.*, p. 400.

⁵ DUBOIS, *op. cit.*, p.109.

pongo al abrigo de un fracaso, sin exigir nada ni de ellos ni de su voluntad.”² El tratamiento debe pasar por la evacuación de “la idea madre o del sentimiento que motiva el tic o la impotencia”. Dubois presenta una perspectiva intelectualista del tratamiento, que será criticada incluso por quienes pertenecen a la misma corriente de ideas, pero que no cae en absoluto en una visión primaria o tonta. Lo cierto es que retoma de forma bastante fiel la inspiración original del tratamiento moral de los primeros alienistas. Y con justa razón se alinea explícitamente tras Pinel. Se encuentra con el mismo problema: cómo combatir las concepciones o representaciones profundamente arraigadas en el ser sin enfrentarlas directamente, sino más bien rescatando del interlocutor todo lo que lo aleja y lo opone a la obligación interna que lo obsesiona, por medio del modelo implícito de revigorización y reconstrucción de la personalidad independientemente del trastorno que lo afecta. Dubois insiste en el papel que juega en el enfermo el conocimiento de la naturaleza de sus trastornos, en particular, del origen psíquico de las manifestaciones funcionales. Encontramos en su obra frases del tipo: “El tratamiento consistió únicamente en conversaciones claras sobre la naturaleza de los fenómenos nerviosos.”³ El punto de partida de la cura es la persuasión del paciente sobre la posibilidad de cura de su trastorno, debido al carácter psíquico de éste último: “Sin artificios, sin mentiras, conservando en su interior la intención de veracidad, hay que saber inculcar al enfermo la convicción de que va a curarse. Es necesario que el médico posea el don de la persuasión...”⁴

Allí reside, evidentemente para nosotros, el punto ciego de este “racionalismo”. Todo reposa en el peso afectivo adquirido por el médico ante su paciente. Sobre este punto, Dubois formula afirmaciones reveladoras: “Es necesario que el médico sepa apoderarse de su enfermo. Es necesario que, desde el inicio, se establezca entre ellos un vínculo poderoso de confianza y de simpatía. También la primera entrevista se halla bajo esta relación decisiva. (...) Nosotros, los médicos, debemos manifestar hacia nuestro enfermo una simpatía tan viva, tan envolvente, que éste tendría que estar de mala gana para no curarse. Cuando el enfermo confirma este estado de ánimo en el médico, ya se halla bastante avanzado en el camino de la cura. Se encuentra como ‘embujado’ por un pensamiento caritativo...”⁵ ¡Qué extraña marcha es para la razón

¹ *Ibid.*, p.431.

² *Ibid.*, p.434.

³ *Ibid.*, p. 473.

⁴ *Ibid.*, p.270.

⁵ *Ibid.*, p.264.

este involucramiento que es casi un hechizo! Esto llevará a Déjerine a afirmar con lucidez que el elemento que interviene eficazmente en la psicoterapia por persuasión no es el racional, sino el elemento afectivo. “No se cura a un histérico, no se cura a un neurasténico, no se cambia su estado mental con razonamientos, con silogismos. Sólo se los cura cuando logran creer en nosotros. Es que, en efecto, la psicoterapia sólo puede actuar cuando aquel sobre el cual la ejercemos nos ha confesado su vida entera, es decir, cuando deposita en nosotros una confianza absoluta.¹” Aquí tampoco hay nada de original en esta insistencia en el factor emotivo en relación con la tradición del tratamiento moral, sino más bien un retorno más completo y más reflexivo a su lógica de origen, la de las *pasiones consideradas como causas, síntomas y medios curativos de la alienación mental*, para retomar la expresión de Esquirol. Si bien el lenguaje es más moderno, la idea en última instancia es la misma. Así como la locura es primitivamente una inmersión de la razón en las pasiones, el estado neurasténico –dice, por ejemplo, Déjerine– “nace en el momento en que la emoción prevalece sobre la razón”. De esta forma, no es “por el razonamiento que se logrará que el enfermo restablezca la preponderancia de la razón”. “Los fenómenos de este orden ocurren en el subconsciente. El individuo no se da cuenta. Se recupera *primero* y *razona después* (...). Si el psicoterapeuta quiere modificar la mentalidad y la moral de su enfermo, debe aproximarse únicamente al sentimiento.”² La profundización vinculada con el pasado se ubica en otra parte: en la búsqueda, necesariamente imprecisa, de un *medio de poder* del médico sobre su paciente que sea tanto o más poderoso que aquel procurado por la sugestión, pero que, al mismo tiempo, respete la autonomía y la conciencia del individuo. Este medio es el que Déjerine llama “la confianza absoluta”, que en definitiva es el amor, como lo reconoce él mismo: el talento del psicoterapeuta –afirma– es el de “saber hacerse querer”³. El objetivo es claro: se trata de encontrar un equivalente de la completa predisposición del enfermo lograda por el adormecimiento hipnótico. Pero allí donde la sugestión nos entrega a un ser puramente pasivo, con certeza totalmente maleable en un principio, pero también totalmente opaco, la confesión nos devuelve a un individuo absolutamente transparente, que conserva intacta la posesión de sí mismo. Sigue siendo él mismo, y nosotros hemos adquirido un ascendiente irresistible sobre su persona: la difícil ecuación de superación de la

¹ J. DÉJERINE y E. GAUCKLER, *op. cit.*, Avant-propos, p.IX.

² *Ibid.*, pp. 414-417.

³ *Ibid.*, p.416.

sugestión está en principio resuelta. El poder total de la hipnosis, a la vez ilusorio e inmoral, es remplazado aquí por un saber total de la vida del paciente. “Es necesario que conozcamos del paciente hasta el más mínimo detalle de su vida familiar, de su vida conyugal (...) ya sea hombre o mujer, sobre todo no hay que olvidar hacerle cierto número de preguntas concernientes al estado de las funciones genitales. Los enfermos disimulan expresamente estos trastornos y si logran escondérselos, consideran que han obtenido una primera victoria sobre nosotros. Ya nos sacaron ventaja; y difícilmente los alcanzaremos (...) Es absolutamente necesario saber todo para comprender todo. Al enfermo, cuyos resortes “sujetamos”, a ese enfermo, y perdonen la expresión, “ya lo tenemos”¹.” A partir de allí, se vuelve posible hacer una suerte de reconstrucción biográfica. La idea que se hace Déjerine de las psiconeurosis es la de una forma de bloqueo vital, de una “desorientación de la personalidad”, según sus propias palabras, por insistencia del pasado e impotencia para afrontar la apertura del curso de la existencia sobre el porvenir. Entonces, el objetivo de la psicoterapia debe ser reanudar la continuidad existencial, la reconstitución, la “reorientación”, en el sentido fuerte del término, de la personalidad del enfermo. Esto se da por medio de la movilización de sus capacidades de “emoción estética”, en donde la confesión liberadora juega un papel importante. Puesto que “no podríamos creer la cantidad y a veces la extrañeza de los dolorosos secretos que mantienen la depresión moral de tantos enfermos”². Sobre este punto reivindica explícitamente la filiación con la confesión religiosa. “El estado emotivo que provoca la confesión es el que ejerce aquí su acción estética; y fueron grandes psicólogos quienes instituyeron la confesión como práctica religiosa capital. Se dice comúnmente que una falta confesada está mitad perdonada. Diríamos fácilmente que *uno se perdona* la falta que ha confesado. Y esta acción liberadora es la que el médico debe buscar antes que nada.”³ Habría aún muchas cosas más que decir sobre los métodos de Déjerine. Nuestro objetivo no es hacer un análisis exhaustivo, sino mostrar básicamente a qué tipo de preocupación responden.

¹ *Ibid.*, pp. 414-417.

² *Ibid.*, p. 430. Déjerine se inscribe desde este punto de vista en la tradición de la supresión del secreto patógeno, tal como lo ha aclarado recientemente H. F. ELLENBERGER, «Le secret pathogène et son traitement », *Revue internationale d'histoire de la psychiatrie*, n°1, 1983, pp. 5-22.

³ J. DÉJERINE y E. GAUCKLER, *op. cit.*, p.431.

El dispositivo analítico como síntesis

Justamente es necesario ver que fueron las propias exigencias de partida, tal como surgieron de la crítica a la sugestión, las que terminaron volviéndose en contra de las psicoterapias por persuasión. Para empezar, ¿dónde se halla la verdadera frontera con la sugestión? ¿No es acaso la que se encuentra cuando se cree haberla superado a través del papel preponderante conferido a la confianza hacia el médico? Si el tratamiento funciona, ¿no es en verdad gracias a la dependencia sugestiva instaurada entre el psicoterapeuta y su paciente? En un plano más teórico, ¿acaso no se encuentra una ilusión análoga a la de la docilidad del sonámbulo en la idea de una confesión sin restos que nos volvería transparentes el pasado y la personalidad del neurótico, como si éste sólo nos dijera lo que quiere decirnos, como si él mismo estuviera convencido de estar en posición de poder decir verdaderamente todo sin ser frenado contra su voluntad por invisibles obstáculos internos? En fin, si bien hay progreso en relación con el tratamiento meramente sintomático del trastorno, en la medida en que existe un esfuerzo por remontarse al “origen psíquico del accidente o de los accidentes”, ¿acaso se puede afirmar que esta anamnesis equivale a elucidación o explicación? Una vez reconstituido el “encadenamiento de los hechos”, una vez reconstituidas las circunstancias desencadenantes de los síntomas actuales, puesto que de eso se trata, ¿acaso se ha vuelto inteligible el mecanismo de su producción?

Frente a esto, se comprende que la fuerza incomparable del psicoanálisis freudiano proviene de su poder explicativo. Pero no solamente. Reubicado en este contexto, aparece como el enfoque sintético por excelencia, como la forma de dar respuesta simultánea al mayor número de exigencias. No basta con afirmar que Freud fue “influido” por las enseñanzas de la terapéutica moral de las psiconeurosis a la manera de Dubois o Déjerine. Su propia concepción del proceso terapéutico de las neurosis se elabora y desarrolla paralelamente. También resulta interesante situar la formación de su idea de la cura en relación con el despliegue de las psicoterapias persuasivas. Ya que reconoce el mismo punto de partida –la crítica a la sugestión– y responde punto por punto a las mismas exigencias. También para Freud, se trata de reemplazar la reducción de los síntomas por la elucidación de las causas, la acción sustitutiva de la voluntad del terapeuta sobre un sujeto pasivo por la participación del paciente, y su hundimiento en la dependencia por su liberación final frente al médico. Pero lo que más se destaca cuando se compara su enfoque con la rama gemela y

abortada de las psicoterapias surgidas al mismo tiempo que el psicoanálisis, es cómo su genio consistió en no arrojar el agua del baño con el niño adentro. Estudió los problemas de la sugestión hipnótica, pero no se conformó, como lo hicieron los otros, con el simple y puro rechazo. Se alejó de ella mientras que al mismo tiempo la integraba y evitaba la renovación ciega de sus aporías bajo otro aspecto, tal como se la ve funcionar en un Dubois o un Déjerine. Lo que supo hacer Freud es encontrar *la vía intermedia entre la sugestión y la persuasión*. No es una vía centrista que consigue reconciliar a los antagonistas por la reducción de sus pretensiones mutuas y compromisos más o menos eclécticos, sino más bien una vía de reconciliación de opuestos por profundización mutua. No se alejó de la hipnosis sin rescatar nada. Buscó penetrar en su principio activo, aislarlo y conservarlo en la cura. Es imposible quitarle importancia a esta posición de influencia privilegiada revelada por la relación de sugestión. Negarla en nombre de una confianza “razonada” del enfermo en su médico juega de la peor manera posible: a sus espaldas. Hay que asumirla y utilizarla por lo que es. Freud vio este punto con claridad puesto que, en su artículo de 1890, señala que “por fuera de la hipnosis, en la vida real, una credulidad del tipo que mantiene el hipnotizado frente a su hipnotizador no se encuentra más que en *la actitud del niño frente a sus padres*; y que esta manera de acordar con semejante sumisión de su propia vida psíquica a otra persona tiene un equivalente único pero perfecto en algunas *relaciones amorosas* caracterizadas por un total abandono de sí mismo”¹. El amor es en verdad de lo que se ocupa el terapeuta. Si no logra movilizarlo, no obtendrá nada de su paciente. Y sólo al reconocerlo le será posible analizarlo y desprendérselo al paciente al final de la cura, para devolverle la autonomía en relación con el médico, y con plena conciencia del estado que ha atravesado. Todo el desarrollo de la teoría de la transferencia es inteligible sólo en función de este esfuerzo por superar la alienación sugestiva, haciendo un uso más profundo de sus recursos. A su vez, es ilusorio creer que se puede reemplazar el poder total de la hipnosis por el saber total de una confesión sin reservas, como si no se fuera a tropezar de la misma manera con las resistencias del paciente. La engañosa pasividad de la ausencia de sí del sueño artificial no es la solución, pero la presencia vigilante, la buena voluntad y la franqueza tampoco alcanzan. Es necesario otra cosa que no sea ni totalmente un estado segundo ni las condiciones de un diálogo ordinario, de manera que se tenga derecho a una escena diferente de la de los procesos

¹ FREUD, “Traitement psychique”, art. cit., p.16.

conscientes, pero siempre manteniéndose en el registro de una experiencia de trabajo sobre sí mismo y de toma de conciencia. Y sólo con esta condición se podrán vencer verdaderamente las resistencias del paciente, permitiéndole decir lo que ignora de sí mismo y, también, permitiéndole poco a poco aprenderlo, ubicando al médico al resguardo de las manipulaciones y de la ignorancia presentes tanto en la relación de sugestión como en la relación de persuasión. Aquí no podemos más que indicar la dirección. Se percibe el espíritu del enfoque. Lo que cabría mostrar de manera metódica es cómo el desarrollo del dispositivo analítico procede de una transformación del sistema de tratamiento moral por integración y del poder sugestivo y sus críticas, tal como fueron desarrolladas por los teóricos de la persuasión. He aquí, pues, el principio estructurante del campo completo de las psicoterapias contemporáneas. Fundamentalmente, detrás de su diversidad, están relacionadas por esta misma síntesis central.

Para concluir, señalaremos que el psicoanálisis freudiano, que durante mucho tiempo aparecía como el patrón del buen equilibrio en la materia, parece estar afectado a su vez por las críticas que le sirvieron de estímulo en el inicio. Las curas interminables despiertan la queja por la dependencia e imposibilidad de librarse del terapeuta. El ascenso hacia la raíz precoz del trastorno psíquico desemboca en lo vertiginoso desconocido. Se redescubre, no sin cierto resquemor, el costado sugestivo de la relación analítica. Gana la sospecha, regularmente expresada, de que los resortes últimos del proceso están lejos de ser dilucidados. De esta forma, no es de sorprender que se asista paralelamente a una reviviscencia de los componentes del inicio: por un lado, ciertamente la hipnosis, pero por otro, también todas las tentativas activistas e intelectualistas que no fueron un componente menor –dato que se olvida pronto– en la génesis del hecho psicoterapéutico tal como nosotros lo conocemos. “Cognitivo” suena más moderno que “racional”, es verdad, pero nos lleva hacia atrás, más que propulsarnos hacia adelante. Como si, acabado un ciclo, volviéramos a la mano que inició el juego. Como si debiéramos retomar la ecuación primordial para una nueva profundización de su solución.