

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**Escuela de Posgrado**



Una historia crítica del origen del psicoanálisis

Tesis para obtener el grado académico de Doctor en Estudios  
Psicoanalíticos que presenta:

*Emilio **Jose** Lafferranderie*

Asesor:

*Juan Carlos Callirgos **Patroni***

Lima, 2023


## Informe de Similitud

Yo, Juan Carlos Callirgos Patroni, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulada Una historia crítica del origen del psicoanálisis, del autor Emilio José Lafferranderie, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 14%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 06/10/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima 6 de octubre de 2023

Apellidos y nombres del asesor: <u>Callirgos Patroni, Juan Carlos</u>	
DNI: 08769170	Firma
ORCID: <a href="https://orcid.org/0000-0002-6152-935X">https://orcid.org/0000-0002-6152-935X</a>	

Todo consiste en tornar más frágiles las cosas por medio de este análisis histórico o mejor, mostrar a la vez por qué y cómo las cosas pudieron configurarse así, para mostrar que se constituyeron en el curso de una historia específica.

Michel Foucault (1981)



## Agradecimientos

A Juan Carlos Calligos y Carla Mantilla, por el diálogo y el espacio de ideas.

A Julián, Blas y Fabiana.



## Resumen

La presente investigación plantea la necesidad de realizar una historia crítica de las condiciones científicas, sociales y políticas que dieron origen al nacimiento del psicoanálisis. Partimos de una metodología de trabajo que permita la intersección de los discursos, prácticas y saberes que configuraron el tejido epistémico del siglo XIX, en el contexto de la secularización de la modernidad europea. Se busca producir un estudio de las relaciones de poder (Foucault, 1966) que constituyeron el campo de pensamiento del discurso psiquiátrico, el cual estableció las coordenadas conceptuales de la racionalidad médica-psicológica: nosografías, técnicas de intervención, vínculo de autoridad médico-paciente y la creación de criterios para definir la enfermedad mental. Sostenemos que, a partir de la problematización y cuestionamiento del discurso psiquiátrico, se produjo el proceso de construcción de los cimientos del psicoanálisis, en un intervalo temporal que se inicia en 1886 (viaje a París) y concluye en la publicación de "Estudios sobre la histeria" (1895). Se analiza ese periodo de producción teórica y clínica, para lo cual se dialoga con las diversas historiografías psicoanalíticas, enfatizando la incidencia del entorno socio-político, entendido no solo como marco sino como agente estructurante de las nociones freudianas. La tesis propone cuatro conceptos centrales en la elaboración de las bases del psicoanálisis: 1. Fundamento de la psiquis y principio de constancia, 2. Clínica de la neurosis, 3. Escritura clínica y 4. Encuadres sexuales.

Palabras claves: episteme, arqueología, relaciones de poder, sociedad disciplinaria, discurso psiquiátrico, psicoanálisis.

## Abstract

The present research raises the need for a critical history of the scientific, social and political conditions that gave rise to the birth of psychoanalysis. We start from a working methodology that allows the intersection of discourses, practices and knowledge that shaped the epistemic fabric of the nineteenth century, in the context of the secularization of European modernity. We seek to produce a study of the power relations (Foucault, 1966) that constituted the field of thought of psychiatric discourse, which established the conceptual coordinates of medical-psychological rationality: nosographies, intervention techniques, the doctor-patient authority relationship and the creation of criteria to define mental illness. We argue that, from the problematization and questioning of psychiatric discourse, the process of construction of the foundations of psychoanalysis took place in a time interval that begins in 1886 (trip to Paris) and concludes with the publication of "Studies on Hysteria" (1895). This period of theoretical and clinical production is analyzed in dialogue with the different psychoanalytic historiographies, emphasizing the incidence of the socio-political environment, understood not only as a framework but also as a structuring agent of Freudian notions. The thesis proposes four central concepts in the

elaboration of the foundations of psychoanalysis: 1. Foundation of the psyche and principle of constancy, 2. Neurosis clinic, 3. Clinical writing y 4. Sexuals frameworks.

Key words: episteme, archeology, power relations, disciplinary society, psychiatric discourse, psychoanalysis.



# ÍNDICE

	<b>Pág</b>
Resumen	v
Índice	vii
Introducción	1
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>EPISTEME MODERNA Y DISCURSO PSIQUIÁTRICO</b>	<b>7</b>
1.1. Arqueología y Episteme: una aproximación metodológica.	8
1.2. La Clínica en la Modernidad: Locura y Razón.	12
1.3. La sociedad disciplinaria	20
1.3.1. Técnicas terapéuticas	23
1.3.2. Tratamiento moral	25
1.3.3. Tratamiento magnético e hipnosis.	30
1.4. Origen y función de la psiquiatría en la Episteme Moderna.	40
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>LA PROBLEMATIZACIÓN FREUDIANA FRENTE AL DISCURSO PSIQUIÁTRICO</b>	<b>57</b>
2.1. Normalización y tecnología de la psique.	58
2.2. Episteme freudiana	64
2.3. La elección de la neurosis: vacío conceptual e histeria	73
2.4. El informe de Paris	94

## **CAPÍTULO 3**

<b>ELABORACIONES FREUDIANAS</b>	<b>112</b>
3.1. Fundamento de la psiquis y principio de constancia	112
3.2. Clínica de la neurosis: técnica	128
3.3. Escritura clínica	144
3.4. Encuadres sexuales	153
Conclusiones	166
Referencias Bibliográficas	173





## Introducción

El objetivo de este trabajo es realizar una investigación que articule y elabore las condiciones de surgimiento del psicoanálisis en el siglo XIX. Un proyecto de esta naturaleza exige fundamentar una posición metodológica específica para alcanzar su cometido. En esa línea, la tesis se propone una vía de análisis y construcción de conceptos donde las nociones de episteme y arqueología (Foucault, 1969), constituyan el punto de partida. La relevancia de esta elección se justifica en la medida que permite pensar el proceso de las condiciones de emergencia del psicoanálisis desde una lectura donde las intersecciones de saberes, discursos y prácticas del siglo XIX, produzcan intercambios de sentido capaces de explicar el trazado que dio forma y contenido al proyecto freudiano.

La heterogeneidad del enfoque que guía esta investigación busca poner de relieve las relaciones entre contextos históricos-sociales seculares (revolución industrial y revolución francesa, surgimiento del Estado-nación, sociedad disciplinaria y las políticas de higiene social) y el origen y desarrollo del discurso psiquiátrico, el cual configura el terreno que hizo posible causalmente el nacimiento del psicoanálisis, en el marco del proyecto de la modernidad occidental.

En la misma línea, se busca problematizar y esclarecer las relaciones de poder-saber (Foucault, 1973-1974) que atraviesan de manera explícita e implícita, la creación de un modelo teórico psiquiátrico-psicológico. Se trata de pensar el entramado histórico de las reglas de construcción de los conceptos de la psiquiatría, las motivaciones para estipular una línea entre lo normal y lo anormal, razón y locura, los procedimientos de encierro en el hospital, los presupuestos para delinear una nosografía, técnicas de intervención, todo lo cual derivará en una visión de la psicología humana. En suma, cómo los contenidos del discurso y la práctica psiquiátrica, condujeron en un entorno social de cambios económicos y políticos, a crear el espacio epistémico para el nacimiento del psicoanálisis.

Sin duda, la presente investigación, se inscribe dentro de una extensa historiografía psicoanalítica que ha buscado con diferentes metodologías y criterios, descifrar las razones que permitieron a fines del siglo XIX, generar las condiciones para explicar el origen del psicoanálisis. En ese sentido, la tesis dialoga desde una postura crítica con los diversos enfoques de la historiografía psicoanalítica: biográficos, médicos, literarios y sociopolíticos.

Los modelos biográficos (Jones, 1970; Anzieu,1959; Roudinesco,2016), privilegian la función del creador del psicoanálisis, ubicando apenas como un telón de fondo al contexto sociopolítico, resaltando el trayecto de “descubrimiento” de los conceptos y la técnica freudiana, como una aventura intelectual subjetiva donde lo personal ocupa el foco de la narrativa.

En otra perspectiva, se hallan autores que han puesto en diálogo a la creación de Freud con la historia de la medicina y la neurología (Sulloway 1992; Solms, 2000), subrayando la pertenencia del psicoanálisis en la sucesión de conocimientos científicos del siglo XIX, pero sin problematizar el origen y la función del discurso médico-psiquiátrico en la modernidad europea.

Carl Schorske (1981), realiza un recorte conceptual distinto: ubicar al psicoanálisis como una respuesta a la crisis política que atravesó las últimas décadas del siglo XIX a la Viena imperial. Una perspectiva donde el conflicto no resuelto entre la modernidad liberal y la política conservadora, se convierte en el marco de entendimiento de la creación freudiana.

Mahony (1987) y Forrester (1980), han concebido al psicoanálisis como una teoría que crea una relación nueva entre lenguaje y psiquis, palabra y escritura, enfatizando la crítica instaurada por Freud a la noción de significado de las orientaciones locacionalistas basadas en la ecuación cerebro-lenguaje.

Sin duda, el mayor esfuerzo con pretensiones abarcativas y totalizantes para dar respuesta al origen del psicoanálisis, corresponde al trabajo de Henri Ellenberger (1970), quien eslabona los descubrimientos freudianos con una historia que se inicia en la teoría y técnica del magnetismo Mesmer (1798) y atraviesa los intercambios teóricos y

experimentales, no sin disputas, entre los desarrollos de la psiquiatría francesa, germana e inglesa, y el contexto del siglo XIX.

En la investigación que proponemos, se establece el diálogo con la historiografía psicoanalítica mencionada, rescatando los esfuerzos teóricos precedentes, pero indagando en las razones subyacentes que las llevaron a cabo. Se trata de realizar una historia crítica de la racionalidad médica y sus efectos en la racionalidad freudiana. No solo hay que evidenciar el “estado de cosas” a nivel de los documentos médicos-psiquiátricos, sino problematizar en términos de relaciones de poder-saber, es decir, de la capacidad de modelar subjetividades, dirigir conductas y asignarles categorías patológicas, sanciones y disciplinas corporales a la experiencia humana. No hay conocimiento neutral axiológicamente. Ni recorte de un plano de la historia de una ciencia que no implique atravesamientos sociopolíticos. Es por ello, que consideramos que la plataforma teórica y metodológica que abre la obra foucaultiana - con las categorías de episteme, arqueología, relaciones de poder-saber- permite iluminar y construir una escena primaria del origen del psicoanálisis, iniciada en 1886 hasta la publicación de “Estudios sobre la histeria” (1895), donde la intersección de las diversas historiografías proporcione nuevos significados y comprensiones. Los emergentes de estas intersecciones constituyen los objetivos de la tesis.

El proyecto se estructura en tres capítulos. El primero, titulado “Episteme moderna y discurso psiquiátrico”, se dirige hacia dos objetivos: sostener la necesidad de una metodología de trabajo capaz de albergar un enfoque de interrelación de discursos y prácticas, no supeditado exclusivamente al devenir progresivo de la “historia de las ciencias”, y en segundo lugar, indagar sobre el proceso de cristalización científico-social de la psiquiatría durante el siglo XIX. La noción de Episteme, en tanto conjunto de saberes de una época que proveen el marco para aquello que puede ser pensado, es decir, establece un “a-priori histórico” (Foucault, 1966), desde donde se elaboran conocimientos científicos, técnicas y relaciones entre campos de la subjetividad y comunidad humana, constituye la plataforma de esta investigación. Continuidades, diferencias, asimetrías conceptuales y necesidades históricas (revolución industrial-económica y revolución francesa-política), configuran también ese campo heterogéneo

que es la episteme moderna. En ese territorio, se origina la materia y los componentes del discurso psiquiátrico: la autoridad del médico, el hospital como encuadre de trabajo y reclusión social, la creación de la categoría secular de “enfermedad mental”, la idea de ser humano saludable en una sociedad donde la disciplina se convertía en un requisito para la producción económica y cohesión ciudadana.

El segundo capítulo, tiene como objetivo delinear el cuestionamiento freudiano al discurso psiquiátrico. Plantearemos el concepto de “episteme freudiana”, derivado de una lectura de Foucault, que será definido como un “recorte” de la “episteme moderna”, es decir, lo particular de lo general, entendido como los saberes y prácticas en las cuales Freud se formó en la tradición germánica psiquiátrica. Sostendremos que esa “episteme freudiana” es reformulada y resignificada en su estadía en París, en el hospital de la Salpêtrière bajo la dirección de Jean-Martin Charcot. La tensión epistémica entre la tradición organicista germana y la tradición clínica francesa (Solms, 2000), producirá en Freud la problematización del discurso psiquiátrico y el espacio psicológico para pensar una nueva clínica de la neurosis y una concepción de la psiquis.

El tercer capítulo, “Elaboraciones freudianas”, propone cuatro ejes que marcan la identidad y diferencia del origen del psicoanálisis con relación al discurso psiquiátrico. Plantea la necesidad para Freud de postular un principio organizador de la psiquis que adhiera, por un lado, al marco científico de la época, y al mismo tiempo, incluir un modelo de subjetividad que habilite espacios clínicos de intervención y tratamiento. Lo científico-cuantitativo y lo singular-cualitativo, se enlazan en la noción de “principio de constancia”, que se convierte en la primera matriz de funcionamiento psicológico freudiano. Se trata también de un postulado que expresa las tensiones e inestabilidades del diagrama social del fin de siglo (Schorske, 1981): hallar un principio de equilibrio en el funcionamiento de la mente, anclado en el funcionalismo biológico, en un entorno social atravesado por la crisis e incertidumbre política.

Posteriormente, se expone como un segundo elemento de la elaboración de Freud, “la clínica de la neurosis”, centrada en el cuadro nosográfico de la histeria, el cual era heredero de una compleja y dispar tradición dentro de la psiquiatría. Si Freud se focalizó en la histeria, es porque allí convergían los intereses de la psiquiatría de la

segunda mitad del siglo XIX, y porque era un terreno clínico permeable a innovaciones, mayoritariamente destinado a clasificar la sintomatología del cuerpo femenino, lugar vulnerable por excelencia, donde podían establecerse hipótesis psicológicas que se encontraban habilitadas por la episteme de la época. Propondremos, tomando en cuenta las variables históricas mencionadas, que el aporte de Freud consistió en proveer un nuevo significado a la neurosis (histeria), brindando una legitimidad a la palabra como portavoz de una “verdad” subjetiva y modificando el estatuto de autoridad del médico sobre el paciente. De igual modo, haciendo un traslado del marco (encuadre) de trabajo hospitalario al espacio privado. En esa línea, Freud “des-institucionaliza” lo hospitalario, privatizando el ejercicio clínico.

El tercer concepto que planteamos se centra en la “escritura clínica”. Sostenemos que los relatos de casos freudianos de “Estudios sobre la histeria (1895) instituyen una nueva modalidad de pensamiento donde dialogan la psiquis, síntomas y biografía. Ya no se trata de un “historial de enfermedades” sino de un “historial de vida” (Mahony, 1987) donde se produce un desplazamiento del foco de trabajo y del formato psiquiátrico. El paciente es pensado no solo como “enfermo” sino como portador de una historia familiar, afectiva, que puede ser narrada incorporando herramientas de la literatura que abrían un nuevo horizonte de construcción de significados que no se ceñían a la descripción “objetiva” del discurso psiquiátrico. Asimismo, buscamos sostener que la escritura clínica freudiana no se articulaba bajo el modelo de “reflejar” lo sucedido en el tratamiento, sino que implicaba reflexiones, ensayos de hipótesis, especulaciones, la presencia de la subjetividad del autor, las cuales lo convertían en un espacio de pensamiento en sí mismo, distinto a la lógica del documento.

Finalmente, discutiremos la temática que ha sido un tópico en la historiografía psicoanalítica: la idea que Freud “descubrió” la sexualidad como motivación central de la conducta humana y que permitió, en el mismo movimiento, liberar a las pacientes de las represiones personales originadas en una época uniformemente victoriana (Roudinesco, 2016). Sostendremos mediante el concepto de “encuadres sexuales”, la idea que Freud produce una psicologización de la sexualidad, es decir, la inscribe dentro de los procesos mentales que estaban articulados bajo el “principio de constancia”. En ese sentido, Freud



cuantifica la sexualidad como una carga energética, lo cual resultaba coherente con el discurso psiquiátrico de lo mensurable, pero agrega una cualidad diferencial: la subjetividad sexual. A su vez, propondremos que hay dos modalidades bajo las cuales Freud piensa la sexualidad: la inhibición-represión y la transgresión. Ambas se encuentran atravesadas por el marco disciplinario de la época, la clase social de las pacientes que conforman los historiales de “Estudios sobre la histeria” (1895) y por la referencia histórica de los dos primeros textos sobre sexualidad del siglo XIX (Kaan, 1844; Kraft-Ebing, 1886) centrados en el estudio de la psicopatología y las perversiones.



## Capítulo 1: Episteme Moderna y Discurso Psiquiátrico

El objetivo del capítulo es discernir y esclarecer el contexto de surgimiento del psicoanálisis en el marco de la psiquiatría, y por extensión de la medicina, en el siglo XIX europeo. El nacimiento de la clínica médica y psicológica implica una historia en el marco de la modernidad occidental donde intervienen variables socio-económicas, políticas y científicas. Pensar las condiciones de origen de la clínica resulta necesario para los objetivos de la presente investigación, ya que constituyen, en tanto teoría y técnica, los prolegómenos de la creación del psicoanálisis, de una terapéutica específica en un espacio de trabajo (encuadre) y una relación paciente-terapeuta.

Trabajar sobre la historia de un campo de pensamiento (Psiquiatría, Psicoanálisis) requiere puntualizar, en primer lugar, una posición metodológica que determinará el abordaje a la problemática planteada. Una de las vías frecuentes de los análisis históricos consiste en realizar un estudio de los diferentes eslabones conceptuales que se van hilvanando como una suma ascendente hasta alcanzar una configuración estable que deriva en un dominio científico. Es el enfoque que entiende la “historia de la ciencia” (Canguilhem, 2009) como un proceso de causalidad lineal donde el foco se encuentra en el “conocimiento” y su “evolución” de manera secuencial (Ellengerber, 1970; Makari, 2008). Frente a esta primera metodología que desarrolla una lectura interna a la ciencia, se hallan análisis históricos que incluyen factores sociales y contextuales en la construcción de una ciencia (Schorske, 1981; Zaretsky, 2004; Rieff, 1979). Si bien ambas líneas de análisis proveen elementos relevantes para una historia descriptiva del conocimiento psiquiátrico y psicológico, no alcanzan a problematizar ni a identificar los presupuestos que subyacen en su origen. Es por ello que consideramos necesario trabajar, para los objetivos de la presente investigación, conceptos de la obra de Michel Foucault que permitirán comprender el surgimiento de la clínica como una inflexión singular y contingente a nivel del conocimiento que responde a las tensiones de la estructura social, económica y política, propia de la modernidad europea.

Este marco de trabajo interdisciplinario de lectura para pensar el siglo XIX y sus antecedentes, buscará entrelazar aspectos internos al desarrollo de la Clínica psiquiátrica y psicológica en un contexto social, los cuales serán elaborados bajo la

metodología de Michel Foucault establecida en dos textos centrales de su producción escrita: *La arqueología del saber* (1969) y *Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas* (1966). Consideramos que este enfoque, permitirá evaluar el origen y la doble pertenencia de la invención freudiana: por un lado, una filiación con la ilustración europea y su herencia de una racionalidad médico-psiquiátrica, y al mismo tiempo, un cuestionamiento y discusión de sus presupuestos fundacionales.

### 1.1 Arqueología y Episteme: una aproximación metodológica.

El concepto de arqueología aparece en los títulos y desarrollos de tres obras de Michel Foucault: *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica* (1963), *Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas* (1966) y *La arqueología del saber* (1969). Si bien la primera mención a este concepto surge en *Historia de la locura en la época clásica* (Foucault, 1961) bajo la denominación de la obra como una “arqueología del silencio”, haciendo alusión con el término al trabajo de investigación sobre la opacidad de la razón occidental, apenas es desarrollado y sujeto de elaboración. Es posible, deducir, que la referencia al “silencio”, implicaba en ese contexto, una crítica a los procedimientos modernos de racionalización de la vida, es decir, a los mecanismos por los cuales una “verdad” es suprimida para la elaboración del discurso científico. En este caso, la “arqueología” conducía a poner de relieve aquello que los enfoques históricos habían dejado excluido en su constitución. En “*El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*” (1963), el desarrollo del concepto es apenas mencionado en sí mismo. Si bien el libro es un estudio de las reglas de formación del concepto de la clínica médica, a partir de la revisión de los manuales de biología, fisiología y medicina, Foucault no añade mayores valores semánticos al concepto de “arqueología”; solo hace una puesta en práctica de re-lectura de la historia de la mirada médica y su importancia en la nueva configuración del campo médico.

Será en “*La arqueología del saber*” (1969), donde el concepto alcanza un umbral mayor como método de trabajo. El eje de composición parte de la necesidad de criticar los enfoques que dominaban el acercamiento a la historia: la formalización y la



interpretación (Foucault, 1969). Con relación a la formalización (Positivismo) y su modo de racionalidad, señala que excluye todos los elementos que podrían opacar o “falsear” el proceso continuo de adquisición de conocimientos. Foucault lo describe como una historia con un anhelo de “purificación” de los elementos inciertos que la constituyen. La historia positivista busca formalizar el conocimiento científico a partir de las reglas que él mismo genera, pero en ningún momento se cuestiona cómo se han producido, qué criterios la han generado ni qué variables externas al discurso científico se encuentran impregnadas en su pretensión de coherencia y estabilidad. Con relación a la Interpretación (Fenomenología), la crítica se dirige a que presupone un sujeto de conocimiento, el cual irá accediendo por medio de criterios de verdad o falsedad hacia el núcleo de aquello que resulta cognoscible. Al respecto, Foucault (1969/1981) señala:

Quería ver cómo podían resolverse estos problemas de constitución en el interior de la trama histórica, en lugar de remitirlos a un sujeto constituyente. Hay que desembarazarse del sujeto constituyente, desembarazarse del sujeto mismo, es decir, llegar a un análisis que pueda dar cuenta de la constitución misma del sujeto en su trama histórica (p.132).

Por tanto, la noción de sujeto no es un punto de partida sino el efecto de un tejido histórico que lo precede y lo configura.

La aproximación positivista a la historia privilegia las nociones de verdad y racionalidad como un espacio autónomo “purificado” de la subjetividad y las contingencias contextuales, planteando una metodología de análisis de un “espacio temporal idealizado y totalmente independiente de las condiciones materiales de su desarrollo” (Revel, 2014; p.44). Lee los documentos de la historia como una evolución progresiva ajena a las variables que lo han hecho posible, a los criterios de selección de los datos, a las instituciones que los legitiman y a las estrategias de verdad que asume. En síntesis, aquello que busca es el fundamento en una noción inerte de los “documentos” (Foucault, 1969, p. 16) que le darán cohesión para ofrecer una perspectiva sin obstáculos en el desarrollo de la racionalidad.

Ambos procedimientos, Positivismo y Fenomenología, preservan la noción de continuidad de la historia, implican un afán de totalización del saber y no problematizan

la génesis de sus procedimientos. Solo describen “el paso de la no-cientificidad a la ciencia” (Foucault, 1969, p. 180) concibiendo el desarrollo de la historia como un procedimiento de verificación interna de sus propios criterios, es decir, postulan un modelo de verdad y adecúan los hechos con estos principios.

En esa crítica a la historia, surge el concepto de “arqueología”, el cual responde a un marco de trabajo donde no se parte de la verdad racional (positivismo) ni del primado de la conciencia del sujeto (fenomenología). Se trata en esta perspectiva de re-pensar las condiciones de posibilidad que hicieron emerger en determinado momento histórico una noción particular de verdad, de indagar acerca del mecanismo de contrastación que se establecen para preservar su consistencia y validez, y de dilucidar sobre la institucionalidad que los legitima y los prescribe. En suma, la arqueología dirige el foco de su aproximación a una pluralidad de discursos y hechos, a la forma que en una época se estructura la relación entre las palabras y las cosas. En esa línea, no busca “resolver las contradicciones” de la historia y de un campo de conocimiento sino de hacer visible los umbrales que permitieron constituirlos.

La arqueología es el procedimiento que asume críticamente la contingencia de la historia. No se dirige a la investigación de un autor determinado sino “a un campo anónimo” (Foucault, 1969/1981; p.160) donde se pone en relación una pluralidad de discursos, transformaciones, mutaciones, regularidades, que posibilitarán la construcción de “objetos” de conocimiento y las reglas de su formación. En ese “campo anónimo” configurado históricamente por relaciones internas y externas al conocimiento científico, la arqueología hace coexistir una pluralidad de fuentes, un análisis “comparativo que no está destinado a reducir la diversidad de los discursos y a dibujar la unidad que debe totalizarlos, sino que está destinado a repartir su diversidad en figuras diferentes” (Foucault, 1969/1981, p.208). Esa multiplicación es un marco de influencias recíprocas donde se configura aquello que lo enunciado y las formaciones no-discursivas (“instituciones, acontecimientos políticos, prácticas y procesos económicos”, Foucault, 1969/1981, p. 211). Toda esta multiplicación conduce a plantear la historia como una sucesión de transformaciones o discontinuidades, frente a las cuales la arqueología con sus herramientas da cuenta en su aproximación.

Paralelo a la construcción del concepto de arqueología, que funciona entre la “historia y la epistemología” (Sauquillo, 2017, p.134), se abre la interrogante de cómo determinar un espacio temporal de análisis que no responda a la “teleología de la razón” pero que puede permitir localizar el foco de la investigación. La noción de “episteme” es el producto a esta pregunta. Enunciada como una zona intermedia entre los “códigos primarios de una cultura” (costumbres, hábitos, relaciones, tradiciones) y la “ciencia” (Foucault, 1966/1981), se halla una zona heterogénea: el “ser en bruto de un orden”. Ese “suelo positivo” es la episteme: la condición de posibilidad de los conocimientos. Una plataforma dispar de saberes que dan lugar a los conocimientos científicos y empíricos.

La episteme “atravesada todas las fronteras entre disciplinas para constituir el espesor mismo del espacio en el que se distribuyen los diferentes saberes” (Revel, 2014, p.51) de un periodo histórico. Es una instancia que posibilita la construcción de un campo científico en una franja temporal específica. Contiene aquello que puede ser susceptible de constituirse en conocimiento. Es definida como el “a priori-histórico” (Foucault, 1966/1981,p.15): condición y contingencia, al mismo tiempo. Indica lo posible de ser pensado en un tramo de la historia. Gros (2007) la define como el:

elemento que impone a los objetos del saber un modo de ser determinado; a los sujetos del saber, modos de posicionamiento precisos, y a los conceptos, modos de distribución ordenados. Esta sistematicidad de las reglas de construcción de objetos, sujetos y conceptos es denominada por Foucault episteme y constituye el objeto de la arqueología (p.56).

Por tanto, la arqueología sería la aproximación metodológica, herramienta de pensamiento, análisis de las coherencias y opacidades de la episteme de un periodo histórico.

Castro (2014) marca una diferencia entre la episteme foucaultiana y el concepto de paradigma de Khun: “la episteme no describe, como el paradigma, la ciencia normal” (p.54). Si el paradigma es un modelo legitimado de producción de conocimiento, la episteme es una instancia de saberes factibles de constituirse en un dominio científico, pero que no están organizados bajo reglas sino por regularidades que componen una matriz y que no implican un sentido único ni una estabilidad.

Si “la episteme no es una teoría general de la ciencia (...), sino un modo de enlace histórico entre los diferentes acontecimientos de pensamiento” (le Blanc, 2008, 12-13), la arqueología podrá captar este movimiento mediante un ejercicio de búsqueda de “coherencia no-lineal” (Revel, 2014, p. 30).

Foucault distingue tres epistemes según la periodización que formula: renacimiento (s.XVI), época clásica (s.XVII y XVIII) y moderna (s.XIX y XX). Tres configuraciones de saberes que producirán en el campo del conocimiento, objetos específicos de investigación, regímenes de verdad, enunciados y relaciones entre el saber y el poder en el campo social.

De manera tal, que es posible para el objetivo de este capítulo, utilizar una metodología de trabajo basada en la noción de “arqueología”, la cual se dirigirá a pensar las diferentes “epistemes” de la racionalidad occidental, y a partir de ellas, componer las líneas conceptuales que han permitido emerger el nacimiento de la clínica psiquiátrica, y posteriormente, psicoanalítica.

## 1.2 La clínica en la modernidad: locura y razón.

La historia de la clínica no es exclusivamente interna al desarrollo científico. Múltiples variables van a ir poblando y configurando un entramado de razones, cortes epistemológicos, necesidades sociales y procesos económicos. Pero tal vez el hilo que permita articular este proceso sea aquel señalado por Foucault cuando analiza el proceso de tensión y transformación a nivel del pensamiento y la práctica, que une a la locura y la razón.

La historia de la locura en Foucault, se encuentra diseminada en una multiplicidad de textos, sin embargo, es posible aislar tres momentos o periodos que condensan las interrogantes de la problemática. El primero, titulado “Enfermedad mental y Psicología” (1962), el segundo “Historia de la locura en la época clásica” (1961) y finalmente el seminario “El poder psiquiátrico” (1973-74). Cada uno de estos textos pertenece a una década y funcionan como aproximaciones y reformulaciones de varios de los enigmas que el pensamiento de Foucault ha constantemente planteado: ¿Cómo se traza la línea de demarcación entre razón y locura? ¿Cuáles son los modos de sujeción que produce

la clínica? ¿Por qué se necesita la separación entre lo normal y lo patológico para asegurar la cohesión social del proyecto moderno? ¿Qué consecuencias éticas implica la construcción del concepto de locura en la modernidad para los dispositivos y encuadres terapéuticos? Partimos de la idea que la locura

nunca ha sido un hecho macizo, que forme un bloque y se metamorfosee como un conjunto homogéneo. Para la conciencia occidental, la locura surge simultáneamente en puntos múltiples, formando una constelación que se desplaza poco a poco, transforma su diseño y cuya figura oculta, quizás, el enigma de una verdad (Foucault, 1961/2015; T.2, p. 257).

Las aproximaciones a la locura no buscan revelar una “esencia” sino el entramado de un proceso histórico.

Si la “historia” en sentido académico tradicional se organiza a través de la búsqueda de objetividad estableciendo un orden jerárquico de las evidencias, y dirigida desde una perspectiva “evolutiva” y de “progreso”, la “arqueología”, como ya ha sido señalado, procede de manera opuesta. Foucault busca los “archivos”, las huellas del proceso, los temas “sub-filosóficos” o “sub-científicos” – reportes médicos, recetas, planos de construcción de los psiquiátricos, edictos policiales – que han sido excluidos de los cánones metodológicos de investigación. La arqueología ilumina todo aquello que la razón opacó en su desarrollo.

Un primer punto de análisis se encuentra cuando Foucault en “Enfermedad mental y Psicología” (1962) busca cuestionar la idea que todo síntoma tiene una génesis en lo individual. El texto es una crítica a las condiciones bajo las cuales se asigna a la etiología de los malestares humanos, es decir, una causalidad al interior de la subjetividad. Según Foucault (1962), la psicología, como sistema de pensamiento, se plantea explicar las enfermedades mentales reduciendo el peso del contexto social a una “representación”. El estudio de casos, por ejemplo. En esa línea, la psicología hace “abstracciones” de lo humano y las generaliza sin problematizar las condiciones sociales de emergencia de la enfermedad. La aparición de la enfermedad ocurre cuando “la dialéctica psicológica del individuo no encuentra su lugar en la dialéctica de sus condiciones de existencia”



(Foucault, 1962/2016, p. 118). Estar enfermo es la expresión de un no-lugar en la dinámica y composición de lo social.

Es posible encontrar en este texto inicial, conceptos que perdurarán en desarrollos posteriores y que se convertirán en la columna de análisis de los lazos entre locura, razón y poder: la idea que la sociedad se construye mediante sistemas de exclusión, ni acepta reconocerse en el rostro de lo patológico.

“Historia de la locura en la época clásica” (1961) es la tesis doctoral de Foucault y seguramente una de las reflexiones más influyentes sobre el complejo tejido que eslabona la modernidad entre razón y locura (Forrester, 1980). El punto de partida del texto empieza analizando la episteme del renacimiento. Foucault detecta que la locura en ese periodo no implicaba dispositivos de encierro. El “loco” disponía, al igual que en la Edad Media, libertad de movimiento siempre y cuando no fracturara con su conducta el orden social. Cuando ocurría una acción disruptiva, era expulsado de la ciudad, desterrado, pero no era sujeto de sanciones que implicaban castigos físicos o una terapéutica de la “rehabilitación” para ser posteriormente incorporado al régimen de la colectividad a la que pertenecía. En la investigación sobre los modos de desplazamiento de los individuos disruptivos, Foucault discierne un “método” de expulsión que se denominaba “La nave de los locos”, la cual consistía literalmente en embarcaciones que surcaban los ríos de Europa donde eran obligados a subirse y ser expulsados de la ciudad hacia otra (representado en un cuadro que lleva el mismo nombre de El Bosco). Resulta claro, que la idea de una disciplina de los cuerpos sobre la locura, un sistema de “curación” y una vigilancia, no estaban presentes dentro de la episteme renacentista.

El siglo XVII produce un giro decisivo en Occidente. El desarrollo de las ciencias matemáticas y la postulación del sujeto cartesiano, abren una nueva etapa y cierran paulatinamente otra. Surge la “episteme clásica” (siglos XVII hasta finales del siglo XVIII). La filosofía cartesiana es un quiebre epistemológico central no solo porque inicia el desarrollo de la reflexión moderna tomando el *cogito* como la certeza sobre la cual se construye el pensamiento y la verdad, sino porque traza una línea divisoria entre razón y locura que será decisiva para pensar la problemática de nuestra investigación. Aquello

que interesa a Foucault no reside en indagar el sistema cartesiano, sino sus implicancias para establecer el trazado entre racionalidad y locura.

“En el camino de la duda, Descartes encuentra la locura al lado del sueño y de todas las formas del error” (Foucault, 1961/2015; T.1, p.75). Por tanto,

no es la permanencia de una verdad la que asegura al pensamiento contra la locura, como le permitiría librarse de un error o salir de un sueño; es una imposibilidad de estar loco, esencial no al objeto del pensamiento, sino al sujeto pensante” (Foucault, 1961/2015; T1, p. 76).

El sujeto pensante, eje inicial de la racionalidad moderna occidental, excluye la sinrazón. El cogito cartesiano para construirse, suprime toda forma de irracionalidad. Así “el peligro de la locura ha desaparecido del ejercicio mismo de la Razón. Esta se halla fortificada en una plena posesión de sí misma [...]” (Foucault, 1961/2015; T.1 p.77-78).

Con la episteme clásica, la locura se seculariza e ingresa al campo de lo exclusivamente terrenal. Desprovista de causas sobrenaturales como en el medioevo, la locura se resignifica a partir de un eje: la razón. La locura se humaniza y des-teologiza. No hay explicaciones que toman como referente las “posesiones”, es decir, una causa externa al sujeto de carácter espiritual. Consecuentemente, el paradigma de la razón – orden y medida de todas las cosas - dará fondo y forma a Occidente y se esparcirá al conjunto de las actividades humanas y a la definición del sujeto moderno. Siguiendo esta lógica, la locura es definida como “la alteridad de la razón”.

Esa alteridad no deja de inquietar la cohesión social. Nunca parece del todo lograda. Aquello que produce el malestar en la cultura, en términos de Foucault, sería el no reconocimiento de la alteridad fundacional de occidente. La locura no es un desvío sino la sombra irreductible de la razón moderna.

Foucault la conceptualiza en esta Episteme como “error” o “falsa percepción” y la ubica como la exterioridad de la razón. La “sinrazón” o locura se halla cercana a la imaginación o a la fantasía. El punto paradójico de este planteamiento reside en cómo la razón y la locura se necesitan conceptualmente para poder hallar un lugar específico y diferenciado. Ser racional o actuar racionalmente implica no estar loco. Hay una

interdependencia subterránea entre razón y locura no solo en el campo subjetivo sino en la esfera social. La vida en comunidad exige para su desarrollo la segregación de la locura para configurarse.

Un hecho central dentro de esta problemática es la construcción en 1656 del Hospital General de Paris. Es un espacio destinado, a pesar de su nombre, no a la medicina sino a recluir a diferentes personas que amenazan la naciente modernidad. Los excluidos eran los “insensatos”, las “prostitutas”, “los sodomitas”, “los vagos”, “blasfemadores”, “profanadores”. Todo aquel que diera “signos” de perturbar el orden colectivo y el nacimiento paulatino de una economía que derivará en el capitalismo y la necesidad de productividad. Locura, sexualidad y ociosidad, son los criterios de reclusión.

A partir de estos patrones sociales y económicos, se abre un nuevo espacio en la racionalidad de Occidente: el Encierro. En cierto modo, es posible deducir que el encierro originado con la creación del Hospital General de Paris, construye un *modelo de encuadre* para todos aquellos/as que fisuran la idea de cohesión social. El Hospital era una:

institución cuya vocación primordial no era curar a los enfermos, el hospital no atraía a los médicos, que solo cumplían en él una función menor, escasamente remunerada, y dejaban la tarea de tratar a los enfermos en manos de los cirujanos, e incluso de las religiosas [...] (Hudemann-Simon, 2017, p. 116).

Consecuentemente aún no existía una relación médico-paciente, sino que solo se brindaban servicios de cirugía, cuidados paliativos (religiosos) y pabellones de encierro, sin ninguna forma de intervención terapéutica. Foucault lo denomina con las siguientes palabras: “En su funcionamiento, o en su objeto, el Hospital General no tiene relación con ninguna idea médica. Es una instancia de orden, del orden monárquico y burgués [...]” (1961/2015;T.1,p.82). En Inglaterra tuvieron otra denominación: *house of correction* y posteriormente *workhouses*. Pero el principio es el mismo: el encierro como dispositivo de control social. A partir del siglo XVIII, estos dispositivos se extenderán por Europa: Holanda, Alemania, Italia y España.



La exclusión social para los inadaptados, a nivel moral o productivo, es descrita por Gros (2007) en términos económicos: “El encierro de las poblaciones marginales encubre un propósito de reabsorción artificial del desempleo, así como de los peligros sociales que este representa” (p.30). El razonamiento de Gros, siguiendo a Foucault, se basa en la exigencia de trabajos “forzados” al interior del Hospital (Francia) o las *Workhouses* (Inglaterra). En esa línea, el dispositivo de confinamiento cumple las funciones de control social, sanción moral y exigencia de productividad. “La característica común que agrupa a todos los que residen en las casas de internamiento es la incapacidad de formar parte de la producción, de la circulación o de la acumulación de riquezas” (Foucault, 1961/2015, T.1, p.97).

La creación de dispositivos de encierro produce entonces, como hemos señalado, el primer *encuadre institucional* de modos de vida “inadaptados”, entre los cuales está la locura, en occidente. Poco importa que aún se carezca de un diagnóstico específico de la diversidad de las presentaciones de la “locura”: el eslabón central es la necesidad en determinado momento histórico de “enmarcar”, sitiar, marcar y excluir a una población del tejido comunitario. La locura, “apresada en los anillos que circundan el problema de la pobreza y la marginalidad, deja de ser percibida como simple trascendencia imaginaria: ha pasado a ser una cuestión de orden público” (Gros, 2007, p.30).

En el marco de esta episteme clásica, la Locura aún no es concebida como “enfermedad mental”, ni está sujeta al “poder médico”. Las nosografías de la época son primarias y carecen de exhaustividad y diferenciación. Lo particular es que no se los “observaba” científicamente a los “locos” y sus manifestaciones como objetos de conocimiento. No se “piensa” la locura, solo se la encierra. La locura es asignada como una “negatividad”: falta de razón, defecto, privación, no adquiere una definición en sí misma. Solo se la mide por la razón.

Dentro de este marco de “encierro”, es necesario recapitular que la población de “insensatos” en el Hospital General que alcanzó 6000 personas, el 1% de París, empezará a ser asociada por semejanza a una red de roles o personificaciones sociales con las cuales comparten la reclusión: sexualidad “anormal” (prostitutas, sodomitas), marginalidad (pobreza, ociosidad) y profanadores/blasfemadores (inmorales contra el

principio de autoridad religioso y político). Ese triángulo social *encuadrado* en el encierro, configurará uno de los guiones futuros del poder psiquiátrico que subsistirá desplazándose con diferentes modulaciones hasta el presente.

Un segundo hecho relevante en la arqueología de la locura ocurre en 1793 dando inicio simbólicamente a la trama médico-psiquiátrica a la Episteme moderna. El médico Pinel ingresa al espacio de internamiento Bicetre y “libera” al segmento de “Insensatos” que estaban encadenados por presentar episodios de “furor”. Esa escena fundante, en la cual, bajo las resonancias de la Revolución Francesa y el impulso de la Ilustración, se quitan las cadenas a los “insensatos” marca un punto de quiebre en la concepción y tratamiento. Sin duda, hay un gesto humanista, propio del espíritu de la Ilustración, al igual que sucedió en Inglaterra con William Tuke, y en Alemania con Wagnitz y Reil (Foucault, 1961/2015; Hudemann-Simon, 2017) pero esa deducción resulta problemática para Foucault.

El acto humanitario de Pinel es puesto bajo sospecha por Foucault: los libera para posteriormente “sujetarlos” a un nuevo poder, el poder psiquiátrico. Pinel “reestructura la experiencia de la locura”. Desprende unas cadenas e instala un nuevo dispositivo de encierro, más eficaz, más “racional”, que aún subsiste: el Hospital o Asilo Psiquiátrico. Libera a toda la población restante (prostitutas, blasfemadores, etc), pero retiene a los “insensatos”. “Tanto Pinel y Tuke como sus contemporáneos y sus sucesores fueron incapaces de desactivar las antiguas prácticas de reclusión” (Foucault, 1961/2015, T.1, p.100), es decir, mantuvieron el *encuadre* del encierro, otorgándole una armadura de legitimidad médica.

El nacimiento de la psiquiatría se realiza en el perímetro de los muros del internamiento. La racionalidad psiquiátrica se irá constituyendo progresivamente a partir de la elaboración del estatuto de la “enfermedad mental”. La locura será el producto de las condiciones médicas-científicas que le han asignado un lugar en la trama social. No se trataría entonces de un “descubrimiento” sino de “producir” en los límites de la institución, una conducta. El encierro psiquiátrico, encuadre político-científico de occidente, produce una serie de conductas, afectividades y lazos, que se denominarán “enfermedades mentales”. El “loco” no será más que un “objeto médico” (Foucault,

1961/2014, T.2, p.274). Lejana de lo onírico, distante ahora de los secretos de la imaginación y la sinrazón, la locura se convertirá en un modo de ser social: estable, clasificada, diagnosticada. Encontrará una inscripción clasificatoria y una identidad.

Lo propio de esta nueva concepción de la locura se definirá ahora en el “eje pasión-voluntad-libertad” (Foucault, 1973-74/2014, p. 387). La locura ya no será error, equívoco de la imaginación, sino fuerza intempestiva, “furor”, amenaza de desborde, ruptura, acto involuntario, pérdida de libertad. Hablará ahora por sí misma en un dialecto diagonal y sísmico frente a la razón. Tendrá un nuevo estatuto: la resistencia, aquello imposible de dominarse o someterse, la ausencia de la capacidad de decisión. Esta conceptualización se produce en el contexto del valor central de la episteme moderna de la política europea: la libertad. Será definida la locura como la emergencia de un estado de libertad fuera del orden. Una insurrección. Esta nueva definición marcará todas las terapéuticas del siglo XIX en el proceso de construcción de una ciencia psicológica. Sus efectos permanecerán de igual modo durante el siglo XX.

Con este marco de comprensión, se ingresa a otro periodo de la Locura en la modernidad, de la medicina, la psiquiatría. El poder psiquiátrico “positiva” la locura: la convierte en una “enfermedad mental”. Le construye un perímetro teórico y una práctica. Ahora sí es factible la producción nosográfica, los tratados descriptivos, el perfeccionamiento y la construcción de terapéuticas. Se plantea la “curación” y fundamentalmente, se instala un dispositivo de encierro “exclusivo” para las patologías mentales.

El *encuadre-encierro* del hospital psiquiátrico es inversamente proporcional a la definición de la locura en la episteme moderna: “la táctica individual que aplicará el médico a tal o cual enfermo en el marco general de ese sistema de poder, se ajustará y deberá ajustarse a la caracterización, la localización, el ámbito de aplicación de esa explosión de la fuerza y el desencadenamiento” (Foucault, 1973-74/2014, p.23), propio de la locura.

### 1.3. La sociedad disciplinaria

La creación del encuadre-hospitalario para el tratamiento de las ahora denominadas enfermedades mentales, produce una redistribución en los roles, técnicas de curación y relaciones terapéuticas.

En el seminario “El poder psiquiátrico” (1973-74), Foucault profundiza la crítica a la racionalidad médica trabajada en “Historia de la Locura en la época clásica” (1961). El seminario puede ser entendido como el despliegue del pensamiento sobre la misma temática, pero enmarcado en una nueva red conceptual donde el contexto social adquiere un valor decisivo para su comprensión. Esa instancia social es definida como la “sociedad disciplinaria”, propia de la modernidad: “el mecanismo de la psiquiatría debe comprenderse sobre la base del funcionamiento del poder disciplinario” (Foucault, 1973-74/2016, p. 61).

Foucault distingue entre el poder de soberanía y el poder disciplinario. El primero, se ejerció bajo la figura del monarca, en el cual las relaciones son de sumisión, “represivas”, y se despliegan de manera general sobre el conjunto de individuos. El modelo del poder soberano pertenece a la sociedad feudal donde hay personas libres y esclavos, aquellos que dictaminan y aquellos que obedecen. No se toma en cuenta la “singularidad” ni lo individual. Ese modelo es sustituido paulatinamente en la modernidad, por el “poder disciplinario”. Ya no se trata entonces de un dispositivo que obedece a los dictados de una voluntad (el monarca) sino de una “modalidad mediante el cual el poder político y los poderes en general logran, en última instancia, tocar los cuerpos, aferrarse a ellos, tomar en cuenta los gestos, los comportamientos, los hábitos, las palabras [...]” (Foucault, 1973-74/2016, p. 59).

El modelo de este poder-disciplinario que estructura todas las instancias sociales se clarifica en el Panóptico de Bentham (1791), el cual era un modelo penitenciario de control visual y corporal absoluto sobre los prisioneros. Aquello que es relevante en este “poder disciplinario” consiste en que se extiende a diversos ámbitos de la sociedad: hospital-psiquiátrico, escuela, prisión, fábrica. La modernidad puede ser pensada como el proceso de racionalización de la vida articulada bajo el principio del panóptico. Es desde esa premisa que la “disciplina” se convertirá en la técnica de producción de

individuos a través del cuerpo, de la captura en un determinado espacio y el control del tiempo.

La “disciplina” no debe ser pensada entonces bajo el modelo de la “represión” (propio de la sociedad feudal o monárquica), de los individuos sino como una técnica de producir modos de vida: conductas, valores, ideas, producción económica, división del trabajo, dictámenes jurídicos-penales destinados a combatir la disrupción transgresiva. Es una instancia de creación del individuo moderno. Por ello, las técnicas y los espacios disciplinarios funcionan como un mecanismo destinado a la inscripción simbólica y real sobre los cuerpos, a intervenir en la esfera de “contacto sináptico cuerpo-poder” (Foucault, 1973-74/2014, p. 60).

Esa búsqueda de la totalización que ejerce la sociedad disciplinaria sobre el espacio social nunca alcanza el objetivo final. Como en todo proceso de alcanzar un ideal absoluto, hay restos, márgenes, núcleos de resistencia. De manera tal, que se producen escenarios de confrontación con cuerpos y zonas sociales resistentes : aquellos que no se dejan asimilar. Foucault (1973-74/2014) los enumera: el desertor en el ejército, el escolar indisciplinado, el vago, el delincuente y el enfermo mental. El “enfermo mental” ocupa un lugar decisivo en esta economía de la distribución social: “es el residuo de todos los residuos, el residuo de todas las disciplinas, aquel, que, dentro de una sociedad, es inasimilable a todas las disciplinas escolares, militares, políticas, etc” (Foucault, 1973-74/2014, p. 76).

Por tanto, es en este marco de una sociedad disciplinaria, donde debe comprenderse la singularidad de la construcción de la clínica moderna psiquiátrica-psicológica, como un dispositivo que cumple funciones de control de los individuos “irreductibles”, aquellos que discuten con sus actos, cuerpos y escrituras (Sade, Holderlin, Nerval), los procedimientos que estabilizan el pacto social.

Le Blanc (2008) expresa este conflicto con lo irreductible en los siguientes términos: “La obsesión del poder disciplinario es, por tanto, la regularidad (regularidad de los comportamientos, en las fábricas, las escuelas, las administraciones [...])” (Le Blanc: 2008, p. 134). Este *telos* de lo continuo, simétrico y predecible, es el objetivo del



poder psiquiátrico. Ahí radica su función de ser en un contexto colectivo: crear dispositivos de encierro que produzcan individuos regulares.

El problema que se plantea en esta recontextualización del poder psiquiátrico bajo el marco de la sociedad disciplinaria determinará su evolución, institucionalidad, y su amplificación a los demás países, configurándose diversos modelos pero que tendrán como eje ser “técnicas de normalización” (Foucault, 1973-74/2016, p.76), es decir, encuadres para “recuperar” a los individuos al engranaje social.

Esta disciplina se expresa en todas las figuras posibles del asilo psiquiátrico: la estructura arquitectónica, las condiciones de visibilidad, la administración del tiempo de los “enfermos”, el uso y la asignación el espacio, y fundamentalmente, los vínculos entre el médico y los pacientes.

Foucault señala que el poder disciplinario configurará, a su vez, la división de lo normal-anormal. Es en este aspecto, que la psiquiatría contiene en su teoría y práctica, un ideal de “normalidad psicológica” que será el panóptico en el cual toda conducta será evaluada, visibilizada, y todo desvío sancionado. La “normalidad” es el individuo disciplinado. La locura que porta el “enfermo mental” será leída como un cuestionamiento a la eficacia homogénea del pacto social. Consecuentemente, la “cura” consistirá en “normalizar” al sujeto para la posterior adecuación a las esferas de lo colectivo. Producción económica y lazos familiares-comunitarios. Frases como “reinsertar a la sociedad” se empezarán a aplicar a la locura y también a los sujetos criminales.

Por lo tanto, toda terapéutica debe ser pensada como una “técnica de normalización”. La frontera entre lo “normal” y lo “patológico” obtiene en este marco, credenciales científicas en la episteme moderna. La medicina construye y produce, simultáneamente, una definición y una experiencia de la locura. Y el psiquiátrico, sumado a los dispositivos legales que autorizan el encierro, será su herramienta. El médico, su agente. La ciencia racional, su respaldo ético. La ilustración, su fundamento “humanista”. La economía, su justificación:

tengo la impresión que detrás de esta introducción general de los dispositivos disciplinarios se encuentra lo que podríamos llamar la cuestión de la acumulación

de los hombres. Esto es: en paralelo a la acumulación de capital – y como necesidad de esta, por otra parte – fue preciso proceder a cierta distribución de la fuerza de trabajo [...] (Foucault, 1973-74/2016, p. 94).

La psiquiatría del siglo XIX instalará el eje de poder-saber: acción disciplinaria del conocimiento sobre los individuos. Una ciencia que autoriza intervenciones médicas en la cual el “enfermo”, privado de su voluntad y libertad, se encontrará en situación de obediencia hasta alcanzar su recuperación o su permanencia en el dispositivo de encierro. La estrategia “perfecta” para Foucault sería aquella que se incorpora en el cuerpo: la autodisciplina, es decir, la interiorización del sistema disciplinario moderno.

### 1.3.1: Técnicas terapéuticas:

Los procedimientos terapéuticos de normalización del S.XIX son heterogéneos en su orientación y en su objeto. Y pueden comprenderse como técnicas que buscaban diferenciarse de las formas de intervención previas en los Hospitales del siglo XVIII, las cuales carecían de un fundamento teórico sobre la etiología de los síntomas y las dolencias psíquicas. Si bien los “Insanos” durante el siglo XVIII, cuando aún no se había construido el concepto de “enfermedad mental”, se encontraban en estados de reclusión, desprovistos de un modelo clínico de intervención, podían ser sujetos a “proto-terapéuticas”, conducidas por religiosos o médicos, sin una clara diferenciación.

Postel y Quétel (2000) mencionan el uso del opio como terapéutica para los casos de “frenesí” y “violencia”, al cual se sumaban la belladona, beleño y el alcanfor. De igual modo, se utilizaban “evacuadores, purgantes y eméticos”, basados en la teoría de los humores hipocrática, para que la persona elimine la “bilis y los humores ácidos”. La dieta restrictiva de alimentos, también se utilizaba bajo el modelo “clínico” de la necesidad de purgativa del cuerpo. “Desde los descubrimientos de William Harvey sobre la circulación sanguínea reinarán durante el siglo XVII sobre la circulación sanguínea, sangrías y sanguijuelas, para no extinguirse sino en el transcurso del siglo XIX” (Postel y Quétel, 2000, p. 130).

El uso del cuerpo de los “insanos” era un lugar de experimentación, una superficie carente de derechos o autonomía, donde se ponían en práctica los “saberes” de la época y la concepción del hombre privado de razón, carente de juicio y sometido a la voluntad del otro. Es por ello que es posible hallar en el siglo XVIII, fórmulas de intervención variadas ancladas en un pragmatismo y cosificación, cuya herencia se abandonará de manera parcial en la práctica y en la relación médico-paciente.

Se usaron también los irritantes, cauterios, moxas y sedales, ventosas y vesicantes, fricciones y cataplasmas, incluso cera de sellar hirviendo o pelo para raspar, aplicados lo más cerca posible del cerebro para desviar los malos humores, a no ser que para las mujeres “histéricas” se prefiera el bajo vientre o la cara interna de los muslos (Postel y Quétel, 2000, p.130).

A lo cual se agrega la técnica de la hidroterapia – duchas, inmersiones en agua fría o tibia – que permanecerá en el siglo XIX.

Pero fue en <La *philosophie de la folie*>, en 1791, donde Daquin, por vez primera, expuso con precisión los principios de lo que se convertiría en el tratamiento moral. Luego de rechazar “ese montón de drogas, con las que, por lo general, se recarga a los enfermos”, preconizó el trato amable, la paciencia y los <auxilios morales> (Postel y Quétel, 2000, p.133).

Joseph Daquin, médico del “Hospicio de los incurables” en Saboya, constituye un punto de quiebre en la comprensión de la locura y en la “humanización” del insano. A su vez, Vincenzo Chiarugi en Florencia, director del Hospital San Bonifacio, publicará el influyente “*Della Pazzia in genere, e in specie. Trattato médico analítico con una Centuria di Osservazioni*” (1793). Al igual que John Haslam (1764-1844), quien publicará en Londres “*Observations on Insanity, with practical remarks on the disease, and an account of the morbid appearances of dissection*”(1798), y Johann Reil en Prusia, con “*Rapsodias sobre el empleo del método de cura psíquica en los trastornos del espíritu*” (1803).

Los trabajos de Daquin, Haslam, Chiarugi y Reil, configuran el contexto humanista del origen de la psiquiatría del siglo XIX y la problematización del estatus de la locura. El impulso reformista en Florencia, Inglaterra, Prusia y Francia, será sintetizado en el



trabajo teórico y práctico, y en un sentido político en la medida que redistribuye la función del espacio social y la asignación de nuevos roles médicos y psicológicos. Pero será Phillipe Pinel en Paris, quien condense la idea de progreso científico de la ilustración, y en paralelo, la instrumentalización médica de la locura. En el plano social, Pinel aísla la “enfermedad mental”, le da un estatuto diferenciado del “resto” de tipologías humanas con las cuales convivía en los Hospitales hasta fines del siglo XVIII: mendigos, huérfanos, prostitutas, vagabundos y transgresores sociales frente a la autoridad. A partir de Pinel, “el enfermo mental” estará aislado y diferenciado de todas las demás tipologías que cohabitaban los Hospitales y Casas de internamiento o mendicidad.

“Pinel conectó estas tres dimensiones, aparentemente heterogéneas, cuya articulación va a constituir la síntesis alienista: clasificación del espacio institucional, organización nosográfica de las enfermedades mentales, imposición de una relación específica de poder entre médico y paciente, el <tratamiento moral>” (Castel, 2009, p. 67). El “alienismo”, nombre de la psiquiatría naciente del siglo XIX,

### 1.3.2. Tratamiento moral:

Phillipe Pinel, en la obra: “*Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental o la manía*” (1800) construye una elaborada sistematización que funcionará como eje de las intervenciones y la comprensión de las “enfermedades mentales”. El libro es una suma de análisis de casos a partir de una nosografía que dividía en cuatro las enfermedades mentales: manía, melancolía, mutismo, demencia e idioticia (Pinel, 1800, p.128).

El Tratado es “el libro mayor del alienismo, aquel en el cual el mito de nacimiento de la psiquiatría racional establece la ruptura mayor con las prácticas médicas antigua y bárbaras del tratamiento de los locos [...]” (Hudemann-Simon, 2013, p. 2). El alienismo, la teoría y práctica que tiene como objeto el constructo de la enfermedad mental, se constituirá en el modelo de trabajo nuclear de la primera mitad del siglo XIX, y tendrá como localización el Hospital de la Salpêtrière en Paris. El destino de la Salpêtrière será uno de los ejes en la psiquiatría moderna: desde Pinel a Esquirol, de Charcot a Freud, se convertirá en el espacio donde se condensarán las tensiones, avances, formulaciones y disidencias de la clínica psiquiátrica y psicológica.

Castel (2009) sintetiza en tres aspectos el Tratamiento Moral: aislamiento del mundo exterior, constitución del mundo asilar y relación de autoridad entre médico y paciente. El aislamiento implica dos funciones: separar al “enfermo mental” del entorno familiar, y proteger a la sociedad de la presencia de conductas alienadas y disruptivas. En ese sentido, se produce una marginalización de la locura del contrato social. El aislamiento es requisito del dispositivo terapéutico, ya que se asume por un lado, el rango de peligrosidad de la locura, y al mismo tiempo, la necesidad de separar a cada individuo del medio social, el cual aparecía como una de las etiologías de la enfermedad.

Respecto a la constitución del mundo asilar, Pinel (1800) relata en sus escritos, un análisis detallado de las condiciones físicas del Hospital, la necesidad de distribución de los “alienados” según el tipo de enfermedad y profundidad de la sintomatología. Las recomendaciones de la estructura arquitectónica configuran un acto relevante en la historia de la psiquiatría: se trata de buscar una adecuación entre espacio, tipología de la enfermedad mental (nosografía) en el marco de la sociedad disciplinaria. Es por ello que pueda comprenderse que la otra figura médica importante en la Salpêtrière y en la construcción del Tratamiento moral”, Etienne Esquirol, publica un texto que grafica esta problemática: *“De los establecimientos consagrados a los alienados mentales en Francia, y de los medios de mejorar la suerte de esos infortunados”* (1819). Esquirol informa en esta obra, su recorrido por diferentes hospitales donde estaban internados los “insensatos” mentales, y representa, bajo una concepción del humanismo ilustrado, la necesidad de mejorar las condiciones físicas de las instalaciones, los tipos de cuidados (alimentación, higiene), la importancia de que sea un espacio que brinde un contexto terapéutico. La idea subyacente, señalada por Pinel y profundizada por Esquirol, es que la estructura misma del asilo implica un efecto terapéutico. Por eso, la función del aislamiento social en tanto encuadre es concebida como parte esencial del tratamiento.

La tercera variable del Tratamiento Moral consiste en la relación de autoridad entre médico y paciente, y se expresa bajo el modelo clínico de un “escenario de enfrentamiento” (Foucault, 1973-74/2016, p.25) entre dos voluntades: la del médico y la del paciente alienado. Se trata de una relación de poder entre la autoridad científica y aquel que ha sido desprovisto de su libertad y voluntad, el enfermo mental.

“En todos los consejos dados por los alienistas con referencia a distintas curas hay un lugar común: siempre debe empezarse con esa marcación de poder. Ese poder está de un solo lado, y esto es lo que decía Pinel [...]” (Foucault, 1973-74/2016, p. 173). Se busca crear en el alienado un estado de sumisión de voluntad, una transferencia de sus voliciones enfermas hacia el médico, quien será aquel capaz de establecer el trazado entre lo normal y lo patológico. Si la locura es definida en la “episteme moderna” bajo el registro del exceso y la pérdida de libertad, será necesario sustraer el principio de la autonomía del enfermo, para acceder a una cura. Aquel que ha perdido la libertad, no tiene autoridad sobre sí mismo.

“Un centro único de autoridad debe estar siempre presente en su imaginación para que ellos aprenden a reprimirse a sí mismos y a domar su fuga impetuosa” (Pinel, 1800; prefacio, p. 4)<sup>1</sup>. Ese centro único de autoridad se sostiene en la homologación de las funciones entre el asilo y el médico. Ambos constituyen una sola identidad. Se co-pertenece: estructura y saber, dispositivo y ciencia. Y se visibiliza ante los enfermos como una misma función práctica. Encuadre de orden, limpieza, disciplina, razón: “El asilo es el cuerpo del psiquiatra” (Foucault, 1973-74/2016, p.212). Y es el cuerpo en acto: aquel que dispone, administra y regula las rutinas diarias de los internos, sus ejercicios, alimentación, trabajo, interrogatorios, y quien subordina la voluntad de los otros, hasta dirimir la posibilidad de la libertad a la vida social: la cura.

Las técnicas de Pinel incluyen dispositivos de vigilancia y control en todo momento. No solo recaen sobre el médico sino por los guardias y enfermeros que componen el orden administrativo de ejecución de la disciplina psiquiátrica. La tipología de los guardias exige fortaleza física: “cuando el alienado es robusto y lleno de fuerza, el vigilante tiene necesidad de hacerse resguardar por otros, para inspirar temor, y obtener sin dolor ni peligro, una rápida obediencia” (Pinel, 1800, p. 254).

El encierro en habitaciones aisladas es sugerido, por ejemplo, para los casos de Manía. Al igual que procedimientos físicos como la ducha fría en situaciones de crisis. El uso de la hidroterapia también estaba dentro de las técnicas:

---

<sup>1</sup> La traducción es nuestra.

Pero en el asilo del siglo XIX la hidroterapia se afirmó, se perfeccionó y se convirtió en el tratamiento por excelencia de la alienación mental. <Los baños, en la locura, son un medio poderoso de curación: un establecimiento bien montado debe contar con toda clase de baños, en profusión>; tal era ya la consigna de Pinel (Morel y Quetel: 2000; p.305).

La hipótesis que guiaba estos procedimientos se basaba en la idea de una “congestión sanguínea” que producía un estancamiento orgánico. Movilizar el cuerpo del enfermo mediante procedimientos coercitivos hasta provocar un efecto.

Si la hidroterapia, al igual que el trabajo, buscaban un efecto sobre el cuerpo desde el exterior, también en el asilo se suministraban diferentes tipos de drogas para modificar internamente las conductas desviadas: opiáceos, éter, láudano, valeriana, cloroformo. El uso de estas drogas estaba dirigido en los pacientes “peligrosos”: cuadros de manía, furor físico. El efecto era calmante: docilizar el cuerpo, hacerlo previsible, reducir sus resistencias.

Dentro de las técnicas del tratamiento moral, se encuentra una pormenorizada distribución de horas y espacios. La vida en un asilo se construía con una disciplinada administración de los cuerpos. La hora de inicio de las actividades para los internos era a las 5: 30 en verano y a las 6 en invierno. Una férrea distribución de rituales que comenzaba por la higiene, la alimentación, y posteriormente labores. “En el asilo no se toleraba la ociosidad. Incluso, el horario del trabajo cotidiano era pesado: unas 10 horas. Es cierto que muchos no trabajaban realmente, sino que se mantenían ocupados. Pero la mayoría de los internos tenía actividad efectiva” (Morel y Quetel, 2000, p. 311). Las labores consistían en el mantenimiento de la infraestructura del asilo, es decir, en realizar actividades de preservación del espacio institucional: limpieza, cocina, lavandería, jardinería, zapatería, panadería, costura, etc.

La finalidad del trabajo era concebida como un requisito para la curación. Un indicador de evolución terapéutica. Es decir, el trabajo cumplía dos funciones: ser una terapia y al mismo tiempo, convertirse en el cauce de la recuperación de los derechos de los alienados que les permitía reasignarse un rol social distinto al enfermo mental.

El trabajo (así como la calma que implica) fue uno de los requisitos previos para la salida. Prefiguraba el retorno a cierta razón, o más bien el abandono de una *irratio* caracterizada, entre otras cosas, por la ociosidad. El alienado que trabajaba con regularidad se reinscribía por adelantado en una perspectiva social (Morel y Quétel, 2000, p. 312).

El encuadre-asilo del “Tratamiento moral” debía garantizar que la reinserción a la comunidad implique la incorporación a la fuerza de trabajo. La asociación entre enfermedad mental y ociosidad era uno de los núcleos de la terapéutica.

Con relación a la función de las palabras, el tratamiento implicaba la labor del “interrogatorio” (Foucault: 1973-74/2016), el cual fue desarrollado por Esquirol. Era un procedimiento que no buscaba encontrar una “verdad” en el relato sino la corrección inmediata de las ideas “equivocadas” hasta que el “alienado” reconociera su falta de realidad: “la palabra del médico aparece como poseedora de un poder más grande que la palabra de cualquier otro, y la ley de la identidad pesa sobre el enfermo, obligado a reconocerla en todo lo que se dice sobre él, así como en la anamnesis que se hace de su vida” (Foucault: 1973-74/2016, p. 221).

El principio vincular en el “tratamiento moral” consiste en que el médico es el garante de la “realidad”: ser un representante de lo normal, del orden social, de los hábitos físicos (limpieza, alimentación, costumbres, sueños), de una “voluntad razonable” que deberá ser adoptada disciplinadamente por el alienado para su recuperación.

Castel (2009) subraya la singularidad del vínculo hospitalario:

La relación que se pone en juego entre el médico y el enfermo, y que representa el primer paradigma de relación terapéutica en medicina mental, es una relación de soberanía. El loco no puede reconquistar su humanidad más que con un acto de vasallaje a una potencia soberana encarnada en un hombre. Desprovisto de todo, y en primer lugar de la razón, no tiene acceso a sí mismo al orden contractual” (p.73).



De igual modo, Castel (2009) plantea que la locura en el asilo, implica un retroceso a nivel de los derechos del reciente Estado-nación. Dos modelos son opuestos: el feudal (soberanía) y el contractualismo (derecho racional). De manera tal, que se produciría un descenso social del enfermo mental, una regresión hacia una obediencia irrestricta: perder la razón equivale a estar fuera del contrato social y los derechos del hombre. Un retorno a la soberanía feudal, pero esta vez encarnada por el dispositivo asilar instrumentalizado por el médico.

Se supone que el poder del médico está orientado por el saber y es abolido, en tanto principio de dominación, con la autonomía racional del loco. De aquí el juego esencialmente sutil, entre hacer violencia y volver dar acceso a la razón, subyugar y liberar, que va estructurar toda la relación terapéutica (Castel, 2009, p.73)

Es decir, que solo cuando se produce la “cura”, el retorno de la razón, el “enfermo mental” se convierte en persona y sujeto de derechos. Mientras la enfermedad subsista, la autoridad médica, podrá ejercer una violencia con fines humanitarios en un espacio asilar legitimado socialmente.

En suma, el tratamiento moral institucionalizó diversas prácticas terapéuticas sobre los enfermos mentales. La disparidad de técnicas – interrogatorio, hidroterapia, opiáceos, castigos, trabajos físicos, alimentación – impiden especificar el rango de especificidad de su abordaje. Jean Pierre Falret, médico de la Salpêtrière, lo define como un “eclecticismo terapéutico” (Falret, 1864, p. 680) donde se hilvanaban acciones físicas sobre el cuerpo de distinto orden. “Ningún medio debe ser descuidado; ninguno debe ser preconizado excluyendo otros” (Falret, 1864, p.679). Sin embargo, el “eclecticismo terapéutico” tendrá ejes inmóviles: el encuadre-asilo, la relación de autoridad médico-paciente, la exclusión del espacio social del enfermo, clasificaciones y divisiones psicopatológicas, y la función de preservar el orden colectivo.

### 1.3.3. Tratamiento magnético e hipnosis.

En paralelo al “Tratamiento moral” que se brindaba en el espacio Asilar, hubo “una corriente de pensamiento marginal, extra-hospitalaria, interesada sobre todo en el mundo

de la neurosis y que, luego de diversas vicisitudes, habría de florecer a fines del siglo xix en las terapéuticas "psicodinámicas", muy opuestas al tratamiento moral" (Morel y Quétel, 2000, p.308).

El carácter "marginal" de esta corriente se comprende por haberse desarrollado en una zona intermedia entre la ciencia y la sugestión, la ilustración y el uso de técnicas persuasivas que no se adecuaban al proyecto racionalista de crear un campo de investigación comprobable de las "enfermedades mentales". El "tratamiento magnético" y la "hipnosis" ocuparon un lugar oscilante dentro de la configuración de la psiquiatría en el siglo XIX: ambos fueron practicados por médicos y no-médicos, ambos fueron sujetos de sospechas y sanciones de la comunidad científica, en la medida que debían dar pruebas de su validez y legitimidad. Esa identidad en el umbral de lo científico y lo no-científico, permitirá un desarrollo terapéutico que se sitúa desde los márgenes de la medicina (Mesmer) hasta la institucionalización transitoria de la práctica (Bernheim, Charcot).

Si el "Tratamiento moral" adquirió legitimidad dentro del discurso psiquiátrico del siglo XIX, el "Tratamiento magnético y la hipnosis" fueron objeto de disputas, sospechas de oscurantismo, exclusiones, juicios académicos, que lo ubicaron en un lugar sinuoso pero insistente dentro del desarrollo de las terapéuticas.

Es posible afirmar retrospectivamente que se trata de la construcción de un recorrido terapéutico que va desde la teoría denominada "magnetismo animal" (Mesmer, 1798; Puysegur, 1807) hasta la hipnosis (Braid, 1843; Bernheim, 1884; Charcot, 1892) y cuyo impulso aparecerá como uno de los afluentes que dará origen a la teoría y técnica psicoanalítica.

La discusión sobre el peso histórico del magnetismo encuentra consenso en dos de los estudios más exhaustivos que han afrontado el tema desde una perspectiva psicoanalítica. Henri F. Ellenberger (*The Discovery of the unconscious*, 1970) y León Chertok-Raymond de Saussure, *Nacimiento del psicoanalista, vicisitudes de la relación terapéutica de Mesmer a Freud*; 1973). Ambos textos dialogan buscando nexos, divergencias y especificidades en los procedimientos clínicos del magnetismo y su influencia en el devenir del discurso psiquiátrico y psicológico del s.XIX.

“El surgimiento de la psiquiatría dinámica puede ser trazado en el año 1775, en el enfrentamiento entre el físico Mesmer y el exorcista Gassner” (Ellenberger, 1970/1976; p. 53). Si por psiquiatría dinámica, Ellenberger entiende la vertiente que dará origen al psicoanálisis, en la medida que no estaba focalizada en la localización orgánica de los síntomas, sino en los vínculos del paciente y el médico, resulta claro, que es una de las vertientes que proveerá elementos para pensar el vínculo.

La argumentación de Ellenberger (1970/1976) para situar a Mesmer en el inicio de la psiquiatría dinámica parte de considerarlo un “hijo de la ilustración”, en el sentido de realizar una práctica con aspiración racional: la teoría del magnetismo animal. Por ello, es necesario matizar la posición de Ellenberger (1970/1976), ya que Mesmer construye un enfoque que solo puede resultar “ilustrado” en contraposición al exorcismo del sacerdote austríaco Gassner, quien tuvo influencias clínicas fuera del campo institucional de la medicina.

Si bien Mesmer completó sus estudios de Medicina en Viena, los conceptos bajo los cuales construye la “teoría del magnetismo animal” son heterogéneos desde el punto de vista académico en sus fuentes, ambiciosos en sus consecuencias, poéticos en su desarrollo, pero carecen (y carecían para los estándares científicos de la época) de una razonable contrastación empírica. Una extraña suma lo compone: el romanticismo alemán y la exaltación de la naturaleza como un todo en movimiento, la idea de un fluido universal que atraviesa todos los cuerpos, causalidades cósmicas fundamentadas con un vocabulario prestado de la Física, y sobre todo, una eficaz capacidad persuasiva en los vínculos humanos. En esa línea, también se puede afirmar, que el vacío clínico del S.XVIII, habilitó el discurso y la vida de Mesmer.

Remontando por un camino simple a las más grandes operaciones de la naturaleza, se reconoce que el magnetismo o la influencia mutua, es la acción más universal; y que es el *imán* quien nos ofrece el modelo del mecanismo del universo [...] (Mesmer, 1798, p. 29).

La idea de un fluido que limita entre la física y la metafísica atraviesa todos los cuerpos. Ese fluido actúa, pero no es medible ni evidente: “es un fuego invisible” (Mesmer, 1798, p.48). De este modo, Mesmer crea no solo una técnica de trabajo sino



una explicación de los principios de la naturaleza, que le permiten sostener una etiología descriptiva de las dolencias humanas. Las discierne a partir de las irregularidades de los fluidos en el cuerpo: el principio de la armonía es interferido y a partir de ahí, se producen los malestares. Mesmer no construye una clasificación clínica de los malestares según la interrupción del fluido. Solo menciona de manera descriptiva: “alteraciones”, “obstrucciones”, “disminuciones” o “desequilibrios”. Es un lenguaje entre la física y la mecánica que no alude en ningún momento ni al cerebro ni a la conciencia ni a los afectos o a alguna facultad propia de la metafísica europea. Por tanto, el magnetismo animal sirve para designar “tanto el sistema o la doctrina de las influencias, [...], así como el remedio y el método para curar” (Mesmer, 1798, p. 52).

Una tesis similar a la Ellenberger sobre la importancia de Mesmer, es afirmada por dos historiadores psicoanalíticos al decir: “La psicoterapia entró prácticamente en su fase experimental, con el nombre de “magnetismo animal”, a fines del siglo XVIII, con Mesmer” (Chertok-de Saussure, 1973/1980, p. 23). En la lectura de Mesmer, reivindicando los aspectos técnicos de la cura, más allá de la teoría universal de los fluidos. Chertok y de Saussure (1973/1980), enuncian que fue Mesmer el primero en intervenir sobre los malestares humanos a partir de la relación médico-paciente, sea por persuasión, sea por el uso de los “imanes” para recuperar el movimiento de los fluidos del cuerpo, se buscaba producir una “regresión”, activar una “crisis” magnética que movilizara el síntoma.

“Con la prohibición del <diálogo verbal> compelió al enfermo a una profunda regresión, en la que sólo estaba autorizado el <diálogo somático>” (Chertok-De Saussure, 1973/ 1980, p. 25). Sabemos que las consecuencias de esta técnica derivaron en Francia en acusaciones morales a Mesmer, y su posterior prohibición de ejercer esta proto-clínica, que se materializó en su retorno a Viena y posteriormente a Suiza donde fallecería. Esa prohibición implica una escena valiosa sobre la legitimidad de los procesos terapéuticos en el marco de la episteme moderna. En 1784, Luis XVI creó dos comisiones para el estudio del magnetismo conformada por cinco miembros de la Academia de Ciencias. Médicos, químicos, astrónomos y un botánico. Ambos informes condenaron “el magnetismo animal y niegan la existencia de todo fluido” (Chertok-de Saussure, 1973/1980, p. 29). Mesmer mantenía un contacto corporal sobre las/los

pacientes, a las cuales sentaba cara a cara, y tocaba en diferentes partes del cuerpo, para hacer circular los fluidos obstruidos.

El destino nómada de Mesmer (Viena-Paris-Meersburg) puede ser leído como parte del conflicto naciente de la psiquiatría europea. Por un lado, la búsqueda de comprensión e intervención de los malestares humanos, por otro, la dificultad de una argumentación según el modelo de la episteme moderna. El “Magnetismo” sobrevivió como una corriente paralela en Francia. Se realizaron congresos e incluso se editó una revista (Ellenberger, 1970/1976, p.82). Puysegur fue seguramente el representante más relevante del mesmerismo, marcando distancias menores con su antecesor, lo cual no impidió que produjera textos y practicara una clínica que se mantuvo en las sombras del discurso psiquiátrico, pero viva.

Hacia 1843, el “magnetismo animal” sufrió un desplazamiento semántico que tuvo repercusiones importantes en la creación de técnicas terapéuticas del siglo XIX. James Braid, médico escocés, quien ejerció la profesión en Manchester, inventó un vocablo: la hipnosis. Publicó *“Neurynology: or the Rationale of Nervous Sleep”*, que se distanciaba de las tesis de Mesmer sobre el fluido universal y el magnetismo, pero al mismo tiempo, formulaba una teoría distinta al “tratamiento moral” de Pinel, que buscaba dar cuenta de los síntomas y las enfermedades mentales con otros presupuestos. La nueva teoría se definía como una “teoría psiconeurofisiológica, que incumbía a la mitología cerebral, en ese momento de moda: una estimulación <físico-psíquica> de la retina actúa sobre el sistema nervioso del sujeto y produce un <sueño nervioso>, al que Braid llamó hipnotismo” (Chertok-de Saussure, 1973/1980, p.65).

La argumentación central que desarrolla Braid en el capítulo 1 de su obra *Neurynology*, consiste en marcar una cesura con el mesmerismo. Si bien reconoce haber presenciado tratamientos por seguidores de Mesmer, como Lafontaine, o haber estudiado los textos del portugués Abbé Faria o Bertand (Braid, 1843, p.6), Braid fundamenta su postura desde una posición al interior de la medicina. Y esa posición “científica” le permite conjurar los fantasmas que arrastraba el mesmerismo –seudoterapia, debilidad de un marco teórico congruente, la amenaza de un vínculo paciente/médico no esclarecido en términos del ideal de objetividad y la sospecha del

contacto físico en la práctica clínica – y convertirlo en un antecedente de la historia de la psiquiatría. Distancia, pero conservación al mismo tiempo de un modelo terapéutico basado en la sugestión y en una causalidad para revertir los síntomas (de la palabra al cuerpo) que nada se asemeja a los desarrollos de Pinel y Esquirol.

La “hipnosis” surge entonces como un método que solicita ingresar al campo científico. Braid (1843) se esfuerza en señalar los problemas morales ya señalados que implicaba el mesmerismo, los cuales se ocupa de despejar en la transparencia de sus investigaciones, que han sido “públicas y privadas”. El carácter público de sus tratamientos protegía y resguardaba esta nueva posición médica. Clarificar la científicidad del tratamiento, conduce a Braid a elaborar un manual de tratamiento hipnótico, el cual explicitaba utilizando un “objeto brillante” (Braid, 1843, pp.27-28) ante la vista del paciente, a una distancia de 8 a 15 pulgadas hasta producir el “sueño nervioso”. Braid describe cómo opera el hipnotismo, afirmando que su eficacia se encuentra en esa zona intermedia (“gradual transitions”) entre el sueño profundo y la vigilia. Estas transiciones de la experiencia humana, se confirman, sin recurrir a ninguna hipótesis de la hibridez del marco teórico del mesmerismo. Braid (1843) define a la hipnosis como un “sonambulismo artificial” (p. 45). Sin tesis de fluidos universales, describe un estado de la conciencia ya codificado por la ciencia médica. La hipnosis es definida como un método de creación de sonambulismo. Los casos que enumera de aplicación del hipnotismo con respuesta curativa son variados: migraña, tics, epilepsia, reuma, irritación espinal, intermitencia de las palpitaciones cardiacas (Braid, 1843, p. 69).

La práctica hipnótica de Braid, se introdujo lentamente en Francia en torno al médico Paul Broca en 1858 (Foucault: 1973-74/2014, p 332), siendo aceptada como un método de cura. La argumentación de Foucault para justificar esta modificación en la legitimidad del proceso, residió en que la hipnosis era coherente con el saber y poder médico sobre la enfermedad mental: ubicaba al paciente en un estado de vulnerabilidad frente a la palabra psiquiátrica. En esa línea de razonamiento, la hipnosis “adjudica todos sus efectos a la sola voluntad del médico. Sólo la afirmación de éste, sólo su prestigio, sólo el poder que ejerza sobre el enfermo sin ningún intermediario, sin ningún soporte material, sin el paso de ningún fluido [...]” (Foucault: 1973-74/2014, p.333). Y será una

herramienta que “neutraliza al cuerpo” interviniendo sobre él “no solo en plano disciplinario de los comportamientos manifiestos, sino en el nivel de los músculos, los nervios, las funciones elementales” (Foucault, 1973-74/2014, p.335).

La hipnosis, en la lectura de Foucault, se integra el poder psiquiátrico al ser congruente con los objetivos médicos del siglo XIX: normalizar las conductas. Pero, al mismo tiempo, es necesario destacar, que el procedimiento hipnótico abre una nueva inflexión sobre el vínculo médico-paciente, ya que postula estratos de la mente distintos a los de la vigilia, y crea condiciones para el surgimiento de terapéuticas donde la relación cuerpo-síntoma-palabra será problematizada.

El caso del médico Liébault hacia 1860 grafica esta cuestión. Atraído por la hipnosis, se dedicó a practicarla como médico rural en la ciudad francesa de Nancy. Modificó la técnica de Braid, al restringir el uso de objetos para producir el estado de sonambulismo, utilizando la mirada fija sobre el paciente y ordenándole que durma. Liébault produce mediante la sugestión:

un estado de sueño, igual al que adoptamos espontáneamente cada noche. La única diferencia es que éste es un sueño inducido por el hipnotizador. [...] Mientras que en el sueño normal retiramos toda nuestra atención del mundo exterior, en este caso la fijamos en el hipnotizador-adormecedor (Borch-Jacobsen, 2017, pp. 106-107).

Ajeno al sistema principal de la medicina y a la codificación de las terapéuticas, las prácticas de Liébault darán origen a la denominada Escuela de Nancy sobre el hipnotismo. Escribirá en 1866 “Del sueño y los estados análogos” que tendrá influencia en el heredero de este pensamiento: el médico de la Universidad de Nancy (la más importante de Francia, después de la de Paris) Hippolyte Bernheim.

Las tramas de las terapéuticas hipnóticas hacen eco en Europa: Albert Moll en Alemania, Kraft-Ebing en Austria, Branwell en Inglaterra, Bechterec en Rusia (Ellenberger, 1970/1976). Incluso en un joven médico: Sigmund Freud, quien visitará en 1889, por intermediación de Bernheim, a Liébault en Nancy. De este modo, se produce

un intercambio Viena-Nancy, que constituirá una de las instancias precursoras del modelo psicoanalítico.

De la Escuela de Nancy, se pueden señalar las siguientes conclusiones en su marco de trabajo. “No es la acción física lo que constituye el factor hipnotizante, sino un proceso psicológico, una idea, una sugestión verbal” (Chertok-de Saussure, 1973/1980, p.70), de manera tal, que se discierne una consecuencia central: “en estado de hipnosis, el cuerpo responde a la palabra” (Borch-Jacobsen, 2017, p. 107). Un nuevo estatus de los efectos de la palabra es incorporado al tratamiento médico. La eficacia del lenguaje sobre los síntomas. Si bien, las formulaciones de Liébault y Bernheim no son precisas en términos clínicos, ambos ubican la posibilidad de una cura en un encuadre basado en la sugestión del médico sobre el paciente y en la modificación de síntomas en esa instancia encuadre vincular. La presencia del médico, sin más instrumentos que su saber y autoridad, sin un amparo institucional necesariamente coercitivo (contrapunto valioso con la estructura panóptica del Asilo, sea Bicetre o la Salpêtrière o cualquier otro de Europa), y con la única herramienta de su capacidad de persuasión.

El destino de la hipnosis no estuvo exento de confrontaciones. La simultaneidad y rivalidad entre la Escuela de Nancy (Bernheim) y la Escuela de Paris (Charcot) condensa la problemática de la técnica, los criterios del vínculo médico-paciente, la presencia o ausencia del marco institucional como encuadre legitimador de una práctica, y las relaciones de poder implícitas en la construcción y ejecución de una terapéutica. Si la Escuela de Nancy afirmaba que toda persona era susceptible de ser hipnotizada, la de Paris, lo reservaba exclusivamente para casos de histeria.

Jean Martin Charcot, director del Hospital de la Salpêtrière, figura emblemática de la época, leerá sus investigaciones sobre el hipnotismo en 1882, en la Academia de las Ciencias, produciendo así la absoluta integración de ese método dentro del campo médico. Frente a la misma instancia que había condenado al mesmerismo, Charcot instala al hipnotismo en el discurso de la ciencia. La garantía de saber que implicaba Charcot no estaba resumida exclusivamente a la comprensión de la histeria. Fue el fundador de la Neurología, aisló clínicamente parálisis traumáticas, especificó los mecanismos de las lesiones cerebrales que la causaban, esclerosis, ciertas formas de



afasia, entre otros (Borch-Jacobsen, 2017, p.46). Todo este marco de autoridad, previo a la exposición sobre la histeria y la hipnosis, brindaban un prestigio difícil de contrarrestar en la comunidad médica.

Con admirable velocidad, Charcot había conquistado dos importantes enigmas médicos: histeria e hipnotismo. En todo momento, él mantuvo a distancia explicaciones originadas en fuerzas mágicas interpersonales u oscuras influencias psicológicas que podían insinuar, en cualquier sentido, lo inmaterial o fuerzas invisibles. Esos estados mentales eran resultado de una disfunción neurológica (Makari, 2008, p. 18).

Aquello que interesa de la “conquista” médica de Charcot, reside en haber anclado la enfermedad denominada histeria en el cuerpo neurológico. Partiendo de la idea de una herencia biológica de la histeria, aunque no alcanzó a precisarla, asoció a este cuadro una condición hipnótica que se expresaba en tres fases: letargia, catalepsia y sonambulismo (Ellenberger, 1970/1976, p.90). La histeria en sí implicaba fases hipnóticas. Ese estado podía ser reproducido en la escenificación vía el hipnotismo. Un isomorfismo entre cuadro y técnica, se visibilizaba.

Charcot profesaba la doble determinación de la histeria. Para él la causa fundamental era neurológica [...] escapaba a toda posibilidad de acción; en cambio la <idea> - en general un traumatismo psíquico, aunque solo fuera la causa del síntoma, dependía de un mecanismo dilucidable y posible de dominar (Anzieu, 1988, p.74)

Por tanto, aquello que constituía la cura histérica era la acción, por medio de la hipnosis, sobre la “idea” o causa eficiente que precipitó la enfermedad. La hipnosis era una herramienta para “provocar síntomas histéricos. Por eso veía en ella una histeria artificial” (Chertok-de Saussure, 1973/1980, p.102). El hipnotismo producía la activación de una huella, la cual se escenifica en las clases de Salpêtrière.

“Se trata de producir en el enfermo una parálisis clínicamente y patológicamente comparable a aquella que buscamos. No olviden que nuestra enferma es una gran histérica con hemiantesis derecha” (Charcot, 1892, p.280). La paciente con parálisis del

brazo izquierdo es inducida a recrear la situación guiada por las indicaciones de Charcot, quien relato el caso y la recuperación de la motilidad del brazo.

Los dilemas éticos de la práctica de Charcot se inscriben dentro de la estructura que Foucault (1973-1974) precisó bajo el nombre del “poder psiquiátrico”: delegación absoluta de la voluntad del paciente sobre el médico, sugestión y condicionamiento de la respuesta del paciente, intervención sobre el cuerpo como una superficie des-subjetivizada, utilización de los pacientes como herramientas pedagógicas para hacer verificable su saber.

El poder del médico le permite producir en lo sucesivo la realidad de una enfermedad mental cuya característica consiste en reproducir fenómenos enteramente accesibles al conocimiento. La histérica era la enferma perfecta porque daba a conocer: retranscribía por sí misma los efectos del poder médico [...] (Foucault: 1973-74/2014, p.389).

Por tanto, la estructura del poder médico del siglo XIX inaugura un nuevo estatus en la historia de la fundamentación y explicación de las conductas humanas. Medicaliza la subjetividad, haciéndola susceptible de un tratamiento asilar que cumplía las funciones de separar a los individuos para lograr la “normalización” de todas las versiones de lo “otro” que le eran asignadas: amenaza social, improductividad económica, en suma, la pérdida de la racionalidad, signo distintivo del hombre de la ilustración.

Dos procedimientos de tratamiento se conjugan en el siglo XIX: el “tratamiento moral” creado por Pinel (1800) y el “magnetismo o mesmerismo” de sinuosa evolución, que alcanzaría en la segunda mitad del siglo, bajo la reformulación de médicos como Braid (1843), Bernheim (1884) y fundamentalmente mediante Charcot (1892), el estatuto científico de “método hipnótico”.

Los procedimientos médicos se realizan en espacios de aislamiento. La técnica del “internamiento” de las personas denominadas “enfermos mentales” adoptó el carácter de necesidad para la cohesión social del proyecto moderno. Excluir para normalizar cumplía dos funciones: preservar a los “sanos” (el mundo externo al asilo, la sociedad,

en suma), y recluir a los enfermos hasta el eventual acceso a la salud psicológica que les permita re-insertarse a la vida en común.

La idea de la medicina psiquiátrica procedió en paralelo de un marco legal, que validaba los procesos de internamiento. Un eje médico-legal-policial se construye en el siglo XIX con relación a la locura (Foucault, 1974-1975/2001). El eje médico es el soporte científico, el eje legal provee la necesidad jurídica de designar a los individuos marginales capaces de fisurar el contrato social, y el eje policial actúa bajo el registro de la coacción cuando resulta necesario.

El encuadre-médico asilar creaba entonces los muros para el tratamiento de las enfermedades mentales, construyendo en el marco de la sociedad disciplinaria del siglo XIX, un nuevo campo de saber y poder sobre la vida humana, que producirá una de las líneas matrices para el surgimiento de la psicología y el psicoanálisis.

#### 1.4. Origen y función de la psiquiatría en la Episteme Moderna.

La cuestión de visibilizar la episteme moderna que buscamos analizar dentro del procedimiento arqueológico, no puede ser concebida como un campo homogéneo. Si bien hay zonas teóricas y prácticas, donde los registros de saber aparecen claros y distintos, en otros casos, ocurre lo contrario. Los saberes se superponen, se aglomeraban o distancian. ¿Qué clase de proceso les permitió configurarse? ¿qué procedimientos amparados en la cientificidad moderna fueron diseñando un saber sobre la “sexualidad”, una variedad de nomenclaturas, tipologías, diagnósticos? Todas estas preguntas resultan necesarias para construir lazos entre prácticas médicas y sociales, que surgieron en el siglo XIX, inicialmente heterogéneas en sus fines, pero que logran enlazarse hasta producir un conjunto de saberes científicos que establecerán un modo de acercamiento e intervención sobre la vida humana. Los mecanismos de ese “enlace”, sus formas de adherencia y legitimidad racional, los residuos que dejan desprendidos en la búsqueda de una unidad, las relaciones de poder implícitas en su elaboración, serán los objetivos de la presente sección.

Partimos de lo avanzado en la sección anterior: la lenta construcción que permite pasar del régimen de los “insensatos” al concepto de enfermedad mental, de una nueva relación médico-paciente bajo el modelo de la autoridad que induce a la supresión de la voluntad del otro, la hipótesis del encuadre-asilar en el contexto de la sociedad disciplinaria, y dos terapéuticas nodulares del siglo XIX: el tratamiento moral y el magnetismo-hipnosis.

Sin embargo, la diversidad y las discontinuidades de saberes y fuentes emergen inevitablemente. No se trata de una historia causal que hace de la cronología y del principio de lo codificado por el sistema de la ciencia europea, el lugar privilegiado para hacer este recorrido. En el marco de la tesis de Foucault (1966/2008) de la episteme moderna, se busca no solo los hechos asibles historizados que solo habría que enumerar, sino aquellos que se han ido intercalando de manera paralela o disyuntiva, sea por su carácter minoritario al discurso de la época, o por la ausencia de problematización, en otros.

Y es lo que sucede en el siglo XIX en el campo del saber cuándo se amplifica el origen de la psiquiatría y el psicoanálisis a un contexto socio-político: aparece un entretejido que avanza a diferentes velocidades conceptuales, compuesto por textos, autores científicos o literarios, regímenes disciplinarios, la industrialización económica, prácticas del cuerpo, sexualidades y experimentos médicos. Una multiplicidad que configura una episteme moderna capaz de habilitar nuevos trazos sobre las condiciones de emergencia del discurso psicoanalítico.

“Generalicemos: el discurso psiquiátrico, en el siglo XIX, se caracteriza no por objetos privilegiados, sino por la manera en que forma sus objetos, por lo demás muy dispersos” (Foucault, 1969/1981, p. 62). La tarea que elaboraremos, en el marco de la arqueología de la episteme moderna, se dirige a pensar cómo se constituyen “objetos psiquiátricos” u “objetos psicoanalíticos”, es decir, bajo qué reglas, poderes, contextos, nociones tales como salud pública, sexualidad, normal/anormal, entre otras, se recortan de un campo de saber y se transforman en definiciones y prescripciones sobre la experiencia humana, que derivarán en una teoría y una práctica.

Partiremos de la idea del surgimiento de la profesionalización de la Medicina el siglo XIX en el contexto de la modernidad ilustrada, la cual condensará dos instancias nuevas: la creación de una ciencia médica que derivará en una práctica e investigación específica, y por otro lado, en paralelo, una relación de acercamiento, vigilancia y control sobre la población (Hudemann-Simon, 2017). No se trata solo de un proceso de evolución progresiva de un conocimiento sino de una “nueva concepción de la existencia en la cual la salud y la enfermedad [...]” (Hudemann-Simon, 2017, p.7) se convertirán en una política científica sobre los cuerpos de un nuevo sujeto social: la población.

Ocurre un desplazamiento desde el médico como agente privado e individualizado de la salud, quien en el siglo XVIII, visitaba a los enfermos de los sectores privilegiados, para realizar sus intervenciones clínicas, a otra forma de práctica: aquella donde todo el engranaje social es susceptible de ser medicalizado, orientado, registrado, auscultado, sea con voluntad preventiva o sancionadora, bajo algún ideal ilustrado. Más allá de los motivos explícitos, lo indubitable es que ningún cuerpo quedará ajeno a la mirada médica. Ese es el proyecto de la naciente ilustración médica.

Francia, Alemania y Gran Bretaña (Hudemann-Simon, 2017), serán los ejes de esta transformación que modificará los vínculos del Estado, la Universidad, en tanto espacio de formación, el Hospital, y el surgimiento de nociones médicas que justificarán a los ideales modernos de progreso en el campo del conocimiento y tratamiento de los cuerpos: la salud pública y la prevención como un bien común, amalgamadas como discursos de control constante, *summa* de la estructura panóptica visual, micropolítica de los órganos, siempre atenta a los signos físicos y psicológicos, realizando un recorrido de apariencia filantrópico para preservarnos de la amenaza de la enfermedad o del desvío la normalidad.

“La medicina será tributaria de la industrialización y de la ascensión del capitalismo en el plano económico, al igual que del desarrollo de la democracia y del nacionalismo en el plano político” (Hudemann-Simon, 2017; 14). Este proceso se origina en las dos grandes revoluciones que marcarán a la modernidad del siglo XIX: la revolución industrial (Inglaterra) y la revolución francesa. Economía y el discurso laico igualitario: los polos del proceso de secularización europeo.



“La gran revolución de 1789-1848 fue el triunfo no de la «industria» como tal, sino de la industria «capitalista»; no de la libertad y la igualdad en general, sino de la «clase media» o sociedad «burguesa» y liberal [...]” (Hobsbawm 2007, p.9). Ambas transformaciones se dirigieron a una redefinición y tratamiento del ser humano. Sea como productor, consumidor, o bajo el surgimiento de la burguesía y el proletariado, advienen nuevas condiciones de vida. De igual modo, dichas transformaciones serán aquellas que habilitarán la investigación científica a campos donde anteriormente había estado vedada por efectos del discurso eclesiástico: el cuerpo y la conducta.

Y en esta fase donde “Las principales corrientes del pensamiento general en nuestro período tienen su correspondencia en el campo especializado de la ciencia, lo cual nos capacita para establecer un paralelismo entre ciencias y artes o entre ambas y las actitudes político-sociales” (Hobsbawm, 2007, p.297). Ese paralelismo entre necesidad de productividad, desarrollo científico, secularización y salud pública, configura la red donde el discurso médico-psiquiátrico producirá su terreno de investigación, objetos y métodos de estudio.

Todas estas transformaciones – “la creación de un mercado amplio y en expansión para los bienes y de una fuerza de trabajo libre, amplia y disponible, se dan siempre juntas, son dos aspectos de un mismo proceso” (Hobsbawm,1974, p.20) – se materializarán en una “ampliación de los servicios médicos gracias al aumento de la demanda y a la eliminación de los curanderos, con la reivindicación del monopolio de este mercado, que para concretarse requiere protección y garantías y protección por parte del Estado [...]” (Hudemann-Simon, 2007, p. 28).

Hay un proceso conjunto y simultáneo, tal como lo señala Hobsbawm, que entrelaza el desarrollo de la ciencia médica con un proyecto socio-económico del cual forma parte constitutiva, e incluso, necesaria. En el marco de la “sanidad pública”, se demandan profesionales médicos, se establecen nuevas exigencias para la academia científica y se produce la modificación del “hospital-asistencial”, enmarcado en la caridad privada-religiosa, que cumplía funciones de “acoger a los pobres para aliviar su miseria” (Hudemann-Simon, 2007, p.116), enfermos incurables, huérfanos, insensatos, pero cuya vocación no residía en aplicar una terapéutica sino de ser un espacio de contención

reservado para las tipologías de la exclusión en un esquema que derivaba de acentos religiosos. A inicios del siglo XIX, post-revolución francesa y revolución industrial, se produce una “desacralización de la pobreza y es reemplazada por el análisis económico de la ociosidad” (Castro, 2018, p. 282).

Phillipe Pinel (1800), como ya hemos señalado, será el símbolo de ese tránsito: la secularización del siglo XIX, permite abandonar el modelo del “hospital-asistencial” al “hospital-laboratorio”, sean en sus variantes médicas, psiquiátricas, por ejemplo, la cual devendrá en la profesionalización y jerarquía del médico dentro del ámbito científico. El nuevo modelo de hospital es un factor que habilita a la clínica en el registro de censar, producir estadísticas patológicas, diseñar modelos que permitan el análisis contable y cualitativo de los cuerpos sociales. Es por ello que,

El censo de los hechos fisiológicos o patológicos, como el de una población o de una serie de acontecimientos astronómicos, no era técnicamente posible en una época en la cual el campo hospitalario permanecía, aún en este punto, al margen de la experiencia médica [...]. Un dominio conceptual de la probabilidad en medicina implicaba la validación de un dominio hospitalario (Foucault, 1966/2008, p.137).

La mirada clínica podía no solo va a determinar la enfermedad sino se dirige a construir un espacio asilar, figura de laboratorio extendido para construir correlaciones y crear nosografías, la suma de las enfermedades, tendencias patológicas: una gráfica que haga visible las dolencias de los cuerpos en un régimen probabilístico.

En este proceso de expansión de la medicina clínica sobre la población, es decir, en el proyecto de administración moderna de una salud pública paralela a las necesidades económicas y sociales, se produce una “medicina social” (Foucault, 1977). La salud como una cuadrícula donde se anudan el interés y el mandato público. Razones demográficas, económicas, prevención de enfermedades y epidemias (cólera y viruela, fundamentalmente en el siglo XIX, y en menor medida, la sífilis), disponibilidad de ciudadanos para el ejército en el marco de los Estados-nación.

En este contexto, la publicación de “Un sistema completo para una policía médica” (1779) por el médico alemán Johann Peter Frank, resulta clave (Hudemann-Simon, 2007) ya que el texto cumple un rol cardinal dentro de la jurisdicción de la vida humana por el Estado. Frank inaugura el cargo de “policía médica”, destinada a “controlar la salud de los habitantes, instruir a veces a las comadronas, tratar gratuitamente a los pobres, aportar socorro e informar en caso de epidemia, investigar y proponer soluciones en materia de higiene [...]” (Hudemann-Simon, 2007, p. 171), tras lo cual, se elaboraba un informe dirigido al consejo de gobierno y colegios médicos. La población es sujeta a un escrutinio científico-médico. El nexo medicina, política, economía, se verifica en cada informe. El nacimiento de la ciencia estadística (Hobsbawm, 2007, p.288) como política de higiene social le da soporte matemático a estas funciones.

Alemania, Austria, Suiza, y en igual medida, Países Bajos, Inglaterra y Francia, implementaron sistemas de “policías médicos”, según el tamaño del Estado, pero en todos los casos, llevando un registro poblacional de necesidades, enfermedades y modelos de prevención: “debían ocuparse de todo lo que se relacionara con el medio ambiente y el modo de vida: el emplazamiento de las construcciones públicas, el control de la limpieza hasta en los rincones de los patios, la vigilancia de los alimentos, la calidad del aire y las condiciones de trabajo, incluso en las escuelas [...]” (Hudemann-Simon, 2017, p.219).

La salud pública, en tanto política de Estado y académica, implica una noción médica de “normalidad”, es decir, la pregunta qué es un individuo sano. ¿Cómo se determinaba la categoría de “normal” en el siglo XIX? ¿bajo qué principios se construye la frontera que separa la necesidad de un internamiento, en el caso psiquiátrico, por ejemplo, o de una intervención o sanción de la “policía médica”? Los estudios de Georges Canguilhem (1966/2009) sitúan el proceso histórico de problematización de esta temática, a partir de la medicina, especialmente de la fisiología, los cuales se expandirán al terreno de la psiquiatría. La idea que subyace a las primeras nosologías psiquiátricas relevantes del siglo XIX – Pinel, Esquirol, Broussais – residía en la de una continuidad homogénea de la salud y la enfermedad, en las cuales una se explica por defecto de la otra.

El punto de llegada de esta evolución es la formación de una teoría de las relaciones entre lo normal y lo patológico de acuerdo con la cual los fenómenos patológicos solo son en los organismos vivos variaciones cuantitativas, según el más y el menos, de los respectivos fenómenos fisiológicos” (Canguilhem, 1966/2009, p.20).

Bajo el prefijo *hipo* o *hiper*, pueden ser concebidas las sintomatologías. Las alucinaciones como hiper-percepciones, los delirios como hiperactividad ideacional, o la melancolía en la variante hipo, con relación a la voluntad.

Aquello que va a construir la medicina es no solo “el corpus de las técnicas de la curación y del saber que éstas requieren; desarrollará también un conocimiento del *hombre saludable*, es decir, a la vez de una experiencia del *hombre no enfermo* y una definición del *hombre modelo*” (Foucault, 1963/2018, p.62). Este “hombre saludable” no solo es concebido en el marco de una estructura y funcionamiento anatómico acorde con los preceptos señalados de un equilibrio no patológico – hipo/hiper- como punto de referencia sino que se inscribe en una necesidad política de administrar y gestionar la vida humana en términos de productividad, y al mismo tiempo, como ciencia de las prevención del “desorden social”. La medicina, en su variante psiquiátrica, extenderá una soberanía constante sobre la amenaza latente de la irrupción de lo indeterminado: “de ahí los innumerables textos de la escuela alienista sobre las relaciones entre locura y civilización, tema tratado bajo múltiples facetas, ya se trate de las grandes conmociones políticas, de la aceleración del progreso, de la degradación de las costumbres [...] (Castel, 2009, p.91). El “hombre saludable o normal” es una noción secular donde convergen la medicina y la política.

Bajo el modelo de un funcionamiento “normal” de la actividad biológica, se agrupan los síntomas y se construyen los cuadros en la primera mitad del siglo XIX. A esta primera fase de la psiquiatría, se la puede describir con las siguientes variables: Foucault (1973-1974), la denominará “alienista”, en la medida que fue construida en los espacios de internamiento y situaba a la enfermedad mental como “alienación” (extranjería de sí) y tuvo como eje el “tratamiento moral”. A partir del funcionamiento “normal”, se determina lo “patológico” o lo “anormal”. Se construye una “normalidad”

estadística, bio-psicológica, que será uno de los ejes de la psiquiatría y la psicología durante el siglo XIX, la cual se graficará en un modelo de investigación. Localizar físicamente la función enferma: diseccionarla, determinarla, aislarla.

Las corrientes de la psiquiatría germánica en paralelo a la francesa, serán aquellas que con más profundidad y persistencia abordarán la problemática de la localización bajo el concepto determinista de lo biológico, y sus efectos en las funciones psicológicas. Una causalidad unidireccional orgánica enmarcará estas investigaciones. El despliegue de este proceso implicaba superar dos flancos: la herencia romántica propia de la metafísica germana, cuyo ejemplo a nivel de la psiquiatría alienista de principios de siglo se hallaba en Johann Christian Reil (símil de Pinel, quien acuñó el término *Psychiaterie*) pero con un enfoque teórico-clínico que apelaba a fuerzas “irracionales” y “espontáneas” pertenecientes al romanticismo tal como el título con declinaciones musicales de su obra central “Rapsodia sobre el uso de los métodos de tratamiento psicológicos en los ataques mentales”, publicada en 1803 (Porter, 2002, p. 138). Si el temor metafísico de una “voluntad” como fuerza irracional, tal como lo formuló Schopenhauer asomaba bajo el estigma de la no-cientificidad, “después de 1850, la medicina romántica, filosofía natural, y más formas de filosofía post-kantiana caen en descrédito. [...] A mediados de siglo, Auguste Comte señalaba que la filosofía alemana era abstracta, falsa y fallida” (Makari, 2008, p. 57).

Por tanto, la psiquiatría alemana, necesitaba desprenderse de su memoria metafísica romántica para hacer frente al desafío intelectual de sus rivales fraternos del otro lado del Rin. Muller estableció un laboratorio de fisiología en Berlin en 1847, al cual se sumaron tres alumnos de importancia sustantiva: Hermann Von Helmholtz, Du Bois-Reymond, Ernst Brucke, quienes junto a Carl Ludwig, configuraron la Sociedad Física de Berlin (Makari, 2008, pp 57-58). Freud estudiará seis años en el laboratorio de Brucke, y posteriormente bajo la dirección de uno de los médicos europeos más notables de su época: Theodore Meynert. Su publicación en 1884 de “*Psychiatry: a clinical treatise on diseases of the fore-brain based upon a study of its structure, functions and nutrition*”, “se convirtió en una proeza, un libro que ofrece un modelo completo acerca de cómo las células nerviosas y la fisiología están organizadas por reflejos automáticos y cómo estas



funciones explican la psicología conducta humana” (Makari, 2008, p.61). La anatomopatología era el suelo conceptual del trabajo.

Otro enfoque relevante fue planteado por el médico inglés Hughlings Jackson desde 1868 cuando “sostuvo que las enfermedades del sistema nervioso son regresiones de la evolución, es decir, disoluciones, generales unas, otras locales; según él, la disolución sigue el orden inverso de la evolución [...] (Anzieu, 1988, T.1, p. 65). De manera tal, que el cerebro apela a sistemas previos para compensar una función alterada, produciendo una nueva relación de equilibrio en las funciones. Se trata de una postura fisicalista pero que se diferencia de las corrientes que estudiaban bajo la orientación localizadora.

Una variante del organicismo psiquiátrico se configuró en la obra de Bénédict Morel: “La teoría de la degeneración, que apareció a mediados del siglo XIX, influyó en todos los discursos psiquiátricos hasta comienzos del siglo XX (Bing, 2000; p.225). Médico, lector de Comte y Lamarck, publicó en 1857 el “Tratado sobre la degeneración física y moral”, en el cual desarrolla la idea de las enfermedades mentales como el efecto de un proceso de degradación acumulativa genética. Se trata de una historia donde la biología se enlaza con la moral, enhebrando una patología en espiral transgeneracional que se actualizará determinando la enfermedad. “Los naturalistas como Lamarck o Buffon utilizan degeneración como sinónimo de degradación para definir una "desviación natural de la especie". Morel, por último, la convirtió en "desviación malsana de la especie". (Bing, 2000, p.226).

La verdad de la locura, se halla en condiciones heredadas que cubren desde “deformaciones físicas”, problemas de alimentación, hábitos, matrimonios entre parientes, sexualidades, alcoholismo. Un conjunto abierto de causas físicas y morales, en defensa de un orden social “normal”, deviene en la categoría humana de “incurabilidad”. Morel (1857) diagnostica y al mismo tiempo, clausura la posibilidad del tratamiento.

Al desplazar la problemática de la enfermedad mental sobre el terreno de la herencia, la teoría de la degeneración desplazaría la problemática del tratamiento individual sobre el de la prevención. Son testimonio de esto numerosas obras, que

se denominan Eugenesia, Profilaxis, Higiene y aún Adiestramiento de los degenerados” (Bing, 2000, p.229).

Una etiología inmune al tratamiento, portadora de las debilidades de la especie, no encontrará otro camino que el simple control del enfermo, o de una política preventiva que agudiza el campo de injerencia del poder médico-psiquiátrico.

Si la medicina mental de inicios del siglo XIX, apelaba al régimen asilar como instancia de cura – tratamiento moral de Pinel o Esquirol -, a partir de la idea de la degeneración, la “psiquiatría ya no trata de curar, o ya no lo hace esencialmente. [...]Se asigna un papel de defensa social generalizada y, por la noción de herencia, se atribuye al mismo tiempo un derecho de injerencia en la sexualidad familiar. Se convierte en la ciencia de la protección científica de la sociedad, la ciencia de la protección biológica de la especie” (Foucault, 1974-1975/2001, p.289).

Por tanto, resultará ineludible para el poder psiquiátrico en la pretensión de validez de los conceptos que elabora para producir una “defensa social generalizada”, como menciona Foucault, extienda su área de injerencia a la experiencia de los cuerpos, el deseo y el placer, y construya un campo nuevo de intervención: la ciencia sexual. Dicho campo se irá eslabonando progresivamente a partir de los diversos enfoques que habitan el siglo XIX bajo el tejido médico-psiquiátrico.

El primer eslabón proviene del modelo “alienista” creado por Pinel y profundizado por Esquirol. Caracteriza a la sexualidad dentro de la categoría nosológica de las monomanías, las cuales se definen como un exceso pasional que distorsiona las funciones del entendimiento. “Yo no debo hablar más que de ellas, quienes por su extrema intensidad, son las que conmueven a la razón, como la alegría, el orgullo, el amor, el raptó extático o la admiración por los objetos de culto” (Pinel, 1809, p.34). Se trata de una aproximación que recupera el discurso de las pasiones en conflicto con la razón, señalando el carácter de desmesura, una forma de pérdida de equilibrio que conduce a una “brusquedad violenta, un delirio pasajero, un estado de estupor o una alienación declarada” (Pinel, 1809, p.35). Los casos que menciona Pinel, ubican a las pasiones eróticas dentro de un marco tradicional de comprensión: quiebre, asalto, captura. Toda una serie de accidentes que desvían a la razón de la capacidad de

conservar su centro. No hay en Pinel una problematización de la sexualidad como etiología de la alienación. Es el corte pasional que produce un “delirio pasajero”, pero no se halla en el Tratado fundador de la psiquiatría moderna, la construcción de un “sujeto sexual”. Etienne Esquirol, sucesor de cargo en el Hospital de la Salpêtrière, desplazará el esquema de las pasiones hacia una nueva nomenclatura: la monomanía. La construcción de este cuadro se ancla en la referencia de “locura parcial” postulada por Pinel. Aislada de la razón, las monomanías:

toman su nombre del objeto del delirio. Así, nosotros decimos, monomanía hipocondríaca cuando el delirio tiene por objeto la salud del enfermo; monomanía cuando el delirio gira sobre objetos religiosos; monomanía erótica cuando las pasiones amorosas son el objeto del delirio [...]” (Esquirol, 1827, p. 5).

A lo cual, suma las variantes de suicidio y homicidio. Lo primordial no reside en una tipología de la personalidad, sino en una acción ideacional (el objeto o representación del delirio) y en la desmesura pasional que impulsa a la persona a buscarlo. El erotismo se halla pensado en un conjunto de locura parcial, vecino a la hipocondría, la religión, el homicidio y suicidio. Exceptuando a la hipocondría que es una deriva circular en el propio cuerpo, las monomanías representan a los estados que amenazan el orden social secular: violencia, sexualidad y religión. Figuras y escenarios, a las cuales se consagra el discurso moderno a controlar mediante la patología. En este contexto, es necesario resaltar que la marca central del discurso “alienista” sobre las monomanías pensado por Pinel-Esquirol, tal vez no reside en la complejidad de la elaboración de un saber clasificatorio sobre las pasiones del cuerpo, sino en haber realizado un proceso de expropiación laica sobre la sexualidad frente a la hegemonía del cristianismo.

Heinrich Kaan, médico vienés de origen ruso, publica en Leipzig en 1844, “Psychopathia sexualis”, texto que puede ser concebido como el primer estudio sobre la sexualidad por el discurso psiquiátrico (Foucault, 1975-1975/2001, p.214). El marco de producción de Kaan revela las vacilaciones y la carencia de modelos a los cuales ceñirse para pensar la sexualidad. Si el texto funciona como un umbral en la construcción de una ciencia sexual, también revela las costuras dispares con las cuales ha sido escrito. En

esa línea, puede leerse como un ensayo de las tensiones que atraviesa el discurso psiquiátrico para establecer un corpus orgánico de saberes donde la ciencia y la sexualidad se anuden y produzcan una etiología, nosografía y terapéutica.

Kaan, médico convertido al catolicismo (Shafner, 2012, p.41) agrupa un enfoque naturalista científico de la sexualidad derivado de Linneo (Kaan, 1844/2016, p.39), las teorías de los cuatro humores hipocráticos, argumentos religiosos y principios de orden moral que responden a una pedagogía del cuerpo, como espacio preventivo para preservar el equilibrio social. Esas contradicciones son resueltas en apariencia, eslabonando un recorrido donde forma y contenido logran dialogar intermitentemente. Desde el capítulo 1, dedicado a conciliar a partir del estudio de la reproducción sexual en la botánica, atravesando posteriormente el análisis del reino animal, hasta acceder finalmente a lo humano, se devela la problemática de cómo anclar la sexualidad en un discurso científico. Se adhiere al racionalismo ilustrado naturalista – armonía, equilibrio de las especies, funciones reproductivas de la sexualidad, diferencia sexual binaria – como suelo donde pensar lo humano. Sin embargo, al momento de singularizar lo sexual en lo humano (Kaan, 1844/2016, pp.72-73), se hallan argumentos que se desprenden del discurso estrictamente científico en su ideal de objetividad, y se accede a afirmaciones que buscan emanciparlo de la naturaleza: “el hombre es un ser superior”, “el matrimonio es una necesidad de la civilización”, y la función de la monogamia es situada como huella de una sociedad avanzada. El libro es una tentativa que visibiliza uno de los conflictos a resolver por los estudios sobre sexualidad en el siglo XIX: por un lado, desde un racionalismo naturalista, se corre el riesgo de “animalizar la sexualidad humana” privándola de una función social, por el otro, se busca construir un principio moral que oriente y regule el encuentro y el placer de los cuerpos. Animalizar el instinto o moralizarlo. El punto es cómo se construyen desde el discurso psiquiátrico los argumentos para otorgarles validez y legitimidad en un marco social ilustrado. La obra de Kaan compendia esta disyuntiva. La taxonomía que postula bajo el nombre de aberraciones sintetiza las preocupaciones de la época: onanismo, amor lésbico, pederastia, necrofilia, zoofilia y satisfacción con las estatuas. Dentro de esta heterogénea clasificación, concibe a las perversiones como “exceso de imaginación” (phantasia morbosa) producida por factores hereditarios, adquiridos y accidentales (Kaan,

1844/2016, p.84-85). El énfasis de Kaan en la necesidad de guiar, vigilar, orientar y disciplinar el cuerpo en niños y adolescentes, es uno de los aspectos más resaltantes en la construcción de una profilaxis sexual. Particularmente, hace eco de la cruzada contra la masturbación iniciada en el siglo XVIII y que se profundizó en el siglo XIX:

Para aquellos encargados del proceso de civilización, el sexo solitario sustentaba la desconcertante posibilidad de lo imposible: un lenguaje privado del cuerpo en el cual solo el masturbador conoce que significa un signo, un sistema autorregulado de fetichismo y excitación que no se cruza en ninguna parte con la realidad social (Laqueur, 2007, p.278).

Esta postura, se inscribe en una “medicalización interna de la familia y de la relación padres-hijos [...]” (Foucault, 1974-1975/2001, p. 232). Surge entonces el eslabón entre el discurso de la psicopatología sexual, el médico y la familia. Una línea jerárquica de responsabilidad sobre la prevención de las perversiones sexuales, solidifica este lazo, en el cual la familia es responsable de la educación y prevención ante la instancia médica. Será ante ese saber, en el cual se encontrará disciplinada, iluminada psiquiátricamente y engeguedada por la ilustración médica de las costumbres.

La sexualidad es ese tipo de cosas que no pueden decirse más que al médico. Intensidad física de la sexualidad en la familia, ampliación discursiva fuera de la familia y hacia el campo médico. Será la medicina la que pueda decir y hacer hablar a la sexualidad, en el momento mismo en la familia la pone de manifiesto, puesto que es ella quien la vigila (Foucault, 1974-1975/2001, p.233).

Toda esta lógica de la creación de un saber sobre la sexualidad, deriva en una incitación a la puesta en relato de las disonancias que detecta la familia en el proceso de crianza con fines sociales. El eje de la sexualidad como un espacio privado es capturado por el discurso científico, el cual funciona como garante del orden normal, vigilante de los desvíos, y capaz de intervenir cuando se quiebra el desarrollo del “hombre saludable” moderno.

El discurso psiquiátrico hereda el mecanismo de la confesión de origen religioso. Ese ritual propio de la cultura de enunciar lo privado en un encuadre eclesiástico, se



desplazará hacia el médico: “Desde entonces hemos llegado a ser una sociedad singularmente confesante. La confesión difundió hasta muy lejos sus efectos: en la justicia, en la medicina, en la pedagogía, en las relaciones familiares, en las relaciones amorosas [...]” (Foucault, 1976/1990, p.74). Esta persistencia en decir la sexualidad se encuentra no solo en la necesidad de trazar la línea de lo normal-anormal sino en la posibilidad de una vigilancia de las conductas privadas para garantizar el sistema social y económico. “En ese nuevo contexto disciplinario, la sexualidad pasa de una filosofía moral de la carne a una anatomía política del cuerpo” (Le Blanc, 2008, p.166), es decir, hay un tránsito del concepto de “carne” (cuerpo libidinal en el cristianismo) a un cuerpo-científico (psiquiatría). Por consiguiente, se da inicio a un nuevo estatus: “El paso de la sexualidad cristiana a la sexualidad objeto de las disciplinas marca, por tanto, el vuelco de una historia del mal interpretado en términos de culpa a una historia política del mal interpretado en términos de desorden” (Le Blanc, 2008, p.167). La sexualidad en el siglo XIX no será lo que se calla, sino aquello que se está obligado a confesar a un médico investido de un saber científico. La confesión como práctica en el encuadre del racionalismo ilustrado, ocupará tangencialmente la función de catarsis, por el contrario, será el lugar donde se regule y normalice la experiencia del cuerpo. “La más desarmada ternura, así como el más sangriento de los poderes, necesitan la confesión. El hombre, en Occidente, ha llegado a ser un animal de confesión” (Foucault, 1976/1990, p. 75).

De las monomanías pasionales de Pinel y Esquirol hasta la ciencia sexual de Kaan, se empieza a delinear un orden que se esfuerza en solidificar el discurso sexual. La influencia de la teoría de la “degeneración” de Benedict Morel (1857) como explicación causal de la locura y las perversiones sexuales, puede situarse como el tránsito hacia el tratado más complejo y elaborado del siglo XIX, escrito por Krafft-Ebing, publicado en 1886: *Psychopathia sexualis: un estudio clínico forense*. Titulado igual que el de su antecesor Kaan, escrito en alemán, intercalado con párrafos en latín para no ser susceptible de comprensión por el público no-médico, el trabajo de Krafft-Ebing será el punto de referencia para cualquier discusión sobre el reciente y codificado universo sexual, su etiología y taxonomía (Schafner, 2012, p.45).

Krafft-Ebing, médico heredero de Meynert en la influyente Universidad de Viena, produce un texto que será sujeto de doce ediciones, y que recoge varias de las teorías sobre la sexualidad planteadas hasta la fecha: la degeneración como desvío hereditario (Morel), el fetichismo (Binet), la homosexualidad (Westphal), el problema legal-forense de la sexualidad (Lombroso), el instinto (Darwin), la imaginación exacerbada (Kaan; Binet) y un naturalismo armónico como principio de orden del mundo: “hay que considerar como perversión toda manifestación del instinto sexual que no responda al objetivo de la naturaleza, es decir a la perpetuación de la raza “ (Krafft-Ebing, 1886/1895, p. 78).

En la “ciencia sexual” de Krafft-Ebing habitan un conglomerado de fuentes médicas de diversas tradiciones, citas de antropología, archivos forenses, casos clínicos como argumentación y múltiples relatos y novelas de ficción (Schafner, 2012, p.48). El tejido del texto no está referido a una casuística exhaustiva; todo lo contrario: a partir de casos clínicos o literarios construye una nomenclatura. No hay una diferencia en el orden de la construcción entre citar “La venus de las pieles” de Masoch para formular por primera vez el “masoquismo” como entidad clínica, a lo cual suma un episodio de las “Confesiones” de Rousseau donde se relata el placer infantil de recibir un golpe en un castigo ingenuo (Krafft-Ebing, 1886/1895, p.156). Sucede lo mismo con las referencias a Von Kleist o al Marqués de Sade. Amparado desde el prólogo a su obra, al afirmar que los “poetas son mejores psicólogos que los filósofos y los psicólogos de oficio” (Krafft-Ebing, 1886/1895, p.2), aunque en ellos predomina el sentimiento y no la razón, tal como lo grafica el ideal del romanticismo alemán. Pero aquello que hay que retener es la multiplicidad de fuentes y su tratamiento igualitario en el registro y producción de una verdad. La tesis central de Krafft-Ebing consiste en ubicar a la sexualidad como principio activo de todos los órdenes de la vida humana.

En todos los casos, la vida sexual es el factor más potente de la existencia individual y colectiva, la impulsión más fuerte para el despliegue de las fuerzas, la adquisición de la propiedad, la fundación de un hogar, la inspiración de sentimientos altruistas que se expresan primero por una persona del otro sexo,

después hacia los niños y finalmente se extiende a toda la sociedad humana (Krafft-Ebing, 1886/1895, p.2).

La vida instintiva o sexual es fuente, energía y motivación de las diferentes prácticas sociales en las cuales se define el hombre moderno: fuerza, propiedad privada, familia, altruismo y proyecto comunitario. No está lejano de la idea de una sublimación, en términos de un proceso de transformación de la *libido sexualis* en actividades laborales, éticas y creativas. Para concluir: “Así toda la ética y tal vez una parte importante de la estética y la religión son el resultado del sentido sexual” (Krafft-Ebing, 1886/1895, p.2). Produce de este modo, un sustrato uniforme en la cual la sexualidad (Eros) es el principio desde donde emerge el lazo social. Pero sería equivocado que esta generalización de la sexualidad instintiva sea armónica. Necesita vigilancia y regularidades. Es capaz de devenir en el centro de las “virtudes” o en los mayores “vicios”. A ese proceso, lo denomina “la moralización de la vida sexual”, el cual constituye el grado más alto de “civilización”.

En el curso del libro, se observa una investigación orientada a describir y explicar la “psicología sexual”. No hay una terapéutica ni una clínica. Se trata de una función de entendimiento de los acontecimientos del cuerpo bajo la codificación psiquiátrica que tiene como objetivo la psicología forense, tal como lo señala en el subtítulo de la obra.

Los conceptos que lo recorren sitúan como punto de partida una correlación entre herencia y ambiente (Krafft-Ebing, 1886/1895), con pesos fluctuantes según el caso clínico descrito, que permite atravesar todas las vicisitudes señaladas en un marco médico-jurídico. Aparecen en el texto de la “psicopatología sexual”, los cuatro grandes ejes según Foucault (1990; p.139), donde se diseña el sujeto sexual del siglo XIX en una sociedad disciplinaria: sexualización del niño, histerización de la mujer, especificación de los perversos, regulación de las poblaciones. Los cuatro casos se encuentran presentes en el texto de Krafft-Ebing: una sexualidad infantil que aparece bajo el eje de la masturbación o la prematuridad por ausencia de cuidados familiares, la identificación femenina con el cuerpo histérico y el cuerpo masoquista, la implantación del discurso de la perversión y la necesidad de preservación social que se produce en la aplicación “forense” del tratado.

Como el mantenimiento de las buenas costumbres y de la moralidad es una de las condiciones de existencia más importantes para la comunidad pública, el Estado no puede dejar de hacer demasiado cuando se trata de proteger la moralidad en su lucha contra la sensualidad (Krafft-Ebing, 1886/1895, p. 501).

La ampliación progresiva del discurso psiquiátrico a universalizar la sexualidad y la locura, como principio de entendimiento de las conductas desviadas, representa una nueva intelección del ser humano y los lazos sociales. Un valor biológico-moral que sutura la errancia de las acciones humanas y las instrumentaliza como parte de un discurso enhebrado por la voz y la mirada constante de la sociedad disciplinaria. Si los fines terapéuticos, como en el caso de Krafft-Ebing, resultan difuminados por el afán clasificatorio, no debe ser entendido como una omisión o una falta de agudeza clínica. Aquello que se trataba fundamentalmente era de trazar un dominio: la creación de una psicopatología sexual secular. Esta creación no debe ser leída como un ensayo racional para “reprimir” conductas sino para producir un cuerpo congruente con los dispositivos sociales y económicos de la época. Aquello que es el foco de la “ciencia sexual”, creada en el siglo XIX, es un saber que no solo identifica, sino que produce conductas, diagnósticos e intervenciones capaces de instrumentalizar la vida. Es en esa línea de las relaciones de poder donde la psiquiatría se enfoca.

“Puede proponerse (y eso es lo que produjo efectivamente en esa época) funcionar simplemente como protección de la sociedad contra los peligros definitivos de que puede ser víctima por parte de gente que se encuentra en un estado anormal” (Foucault, 1974-1975/2001, p. 289). La invención de la “anormalidad” en la episteme moderna tendrá diferentes estaciones en su constitución científica: del encuadre-asilo, la traducción de lo insensato como “enfermedad mental”, el modelo médico de autoridad, el escenario de la medicalización de la familia y la vida colectiva, la regulación biopolítica de los nacimientos para combatir la “degeneración hereditaria”, la marca jurídico-psiquiátrica mediante el control de las poblaciones, la higiene social como elemento de garantizar una fuerza de trabajo y la elaboración de un complejo entramado de sujeción sobre los cuerpos bajo el nombre de “ciencia sexual”.

## Capítulo 2: La problematización freudiana frente al discurso psiquiátrico

En el marco de la sociedad disciplinaria, el siglo XIX elaboró un complejo entramado de dispositivos científicos-médicos, que impusieron a través de las instituciones modernas una acción configuradora de técnicas de poder sobre las individualidades y las poblaciones. Hospitales, colegios, fábricas, cárceles, modelaron la experiencia subjetiva y social, bajo el amparo de una racionalidad que buscaba un ordenamiento de lo colectivo de manera ininterrumpida bajo el principio de la normalización y la salud pública.

Aquello que se pronuncia en el curso del siglo XIX, es el trazado de una nueva formación de lo colectivo, anclado en el proyecto humanista de la modernidad. Dentro de este periodo histórico, el desarrollo de las ciencias médicas y el discurso psiquiátrico, ocupan un rol central, como “técnica de normalización” (Foucault, 1974-75/2001, p.47) que instituyen una economía y administración de los cuerpos y los modos de vida en el tejido social. La búsqueda de inteligibilidad de lo humano en las ciencias se produce en un vínculo de interdependencia entre poder y saber (Foucault, 1973, p.1301). No hay saber excluido de una relación de poder, los cuales instalan procedimientos que configuran lazos en lo político, el lenguaje y lo económico.

Si la “medicina del siglo XIX ha creído establecer eso que se podría denominar las normas de lo patológico” (Foucault, 1969, p.781), lo ha realizado mediante la elaboración de un discurso psiquiátrico y neurológico que será la condición de emergencia del campo de la psicología y el psicoanálisis.

En el presente capítulo, se analiza el proceso de surgimiento del psicoanálisis en la episteme médico-moderna, buscando pensar el trayecto freudiano como una producción que se eslabona en la problematización de los mencionados discursos; a veces ejerciendo una función crítica, a veces asimilándolo o creando una reelaboración que derivará en la construcción de una clínica y un modelo de funcionamiento de la psiquis.



## 2.1. Normalización y tecnología de la psique

El concepto de discurso atañe a un conjunto de enunciados que siguen determinadas reglas de formación y legitimación. Se trata entonces, en palabras de Foucault, de concebir a los “discursos” no solo en términos de un procedimiento científico de hallazgos o descubrimientos de un saber, sino de pensar cómo se producen, a qué factores obedecen, qué relaciones habilitan para que se pueda enunciar, en un periodo histórico dado, un “régimen de verdad” sobre un objeto determinado: el enfermo mental, las conductas, los pensamientos, la construcción, en suma, de un perímetro que diferencia la razón y la locura. Esa tarea de crear unidades de sentido propias del discurso psiquiátrico se desarrolló desde fines del siglo XVIII como un eslabón dentro de las ciencias médicas, y al mismo tiempo, como una cristalización de aspectos sociales y económicos, tal como hemos descrito en el capítulo precedente: revolución industrial, secularización, higiene social y técnicas de normalización.

Por tanto, las relaciones que delimitan y hacen específico un discurso revelan aspectos sociales que exceden y enmarcan las condiciones de este. “Lo que se llama la práctica psiquiátrica es una cierta táctica moral, contemporánea de los últimos años del siglo XVIII, conservada dentro de los ritos de la vida del asilo, y recubierta por los mitos del positivismo” (Foucault, 1964/2015; T.2, p. 260), es decir, una sistematización que albergará los ideales sociales de la modernidad enlazados con la legitimación del discurso científico, en tanto portadores de la verdad.

El poder psiquiátrico se anclará en la producción de dos discursos específicos: Nosográfico y Anatómo-patológico (Foucault, 1973-1974/2014, p.158). El primero destinado a producir clasificaciones-construcciones bajo el modelo normalizador del eje salud-enfermedad; el segundo, a la búsqueda de localización orgánica. Herramientas descriptivas de investigación del hombre, compuestas por la mirada que ausculta la emergencia de la anomalía o la diferencia, ambos discursos establecerán los criterios de verdad mediante los cuales se podrá intervenir, prescribir y realizar tratamientos a las poblaciones.

La suma del discurso psiquiátrico permitirá un nuevo objeto de conocimiento: el homo *psychologicus* (Foucault, 1962/2016, p.105). Una tipología sobre lo humano nace

en el siglo XIX: el hombre como un espacio destinado a la codificación, a ser sujeto de una disciplina médica que buscará remontar hasta sus causas, los afectos, pensamientos y conductas en la grilla de la razón normalizadora. El hecho que esta transformación inédita en la lógica de los saberes científicos occidentales se haya iniciado como una reflexión y construcción desde la “enfermedad mental”, será el signo que derivará en los discursos psicológicos y psicoanalíticos. La enfermedad y la norma son constructos correlativos en su génesis. Ambos se legitiman en el discurso psiquiátrico: “[...] la norma no encuentra un campo de realidad que sea previa a su intervención [...]” (Macherey, 2011,p.109). Por consiguiente, el “homo psychologicus” es producto de una normalización de la psiquis, es decir, pensado a partir de la línea demarcatoria entre salud y enfermedad, racionalidad y locura.

Si la “locura” ha dejado de ser la zona de tinieblas de lo humano, no hay que buscar razones en el hipotético progreso de la ciencia, sino en la necesidad de hacer transparente las relaciones de poder que habitan el ejercicio de los saberes. Bajo el eje de los vínculos saber-poder se configura una nosografía humana, un estudio capilar de las conductas, un intervalo donde la “higiene social” de las anomalías será convertida en materia de conocimiento. Por eso resulta ineludible precisar que, al hacer una historia de la locura, se está “[...] haciendo la historia de lo que ha hecho posible la aparición misma de una psicología” (Foucault, 1961/2015, p. 290). En esa medida, la psicología es el efecto de la instauración de una zona demarcatoria entre la racionalidad y la locura, en la historia de la modernidad occidental.

“Dejemos que el idioma siga su inclinación: el *homo psychologicus* es un descendiente del *homo mente captus*” (Foucault, 1961/2015, t.2, p. 290). El planteo de Foucault postula una descendencia de manera explícita que va desde la medicina como higiene social, pasando por la psiquiatría hasta alcanzar el territorio de la psicología y el psicoanálisis.

La tesis señalada por Foucault ubica a la psicología y al nacimiento del “*homo psychologicus*” dentro de la episteme moderna. La sinrazón y la enfermedad mental se enlazan en un solo idioma: ruptura con el mundo, y al mismo tiempo, lugar donde el proyecto moderno se focaliza para producir una ciencia del diagnóstico e intervención.

Una atadura de dos instancias se genera en el movimiento del discurso psiquiátrico: el hombre es pensable desde la razón, y al mismo tiempo, desde las zonas opacas donde ella en apariencia, se difumina. Razón y locura son los rostros del hombre moderno en un campo de saber nuevo: la psicología. A partir de esta ligazón conceptual, se hará necesario una metodología, una disciplina científica, un modo de hallar una localización orgánica, la anatomo-patología, para descifrar la “verdad objetiva” de las conductas humanas. El “homo psychologicus” será, al mismo tiempo, objeto de conocimiento de la psicología, y partida de nacimiento de la misma.

En ese sentido,

el discurso de las ciencias humanas tiene precisamente la función de hermanar, acoplar al individuo jurídico y al individuo disciplinario, hacer creer que el primero tiene por contenido concreto, real, natural, lo que la tecnología política recortó y constituyó como individuo disciplinario. Raspado al individuo jurídico, dicen las ciencias humanas (psicológicas, sociológicas, etc.) y encontrarás a cierto hombre; y de hecho lo que presentan como el hombre, es el individuo disciplinario (Foucault, 1973-1974/2014, p.80).

Por tanto, el “individuo jurídico”, el ciudadano del Estado Nación del siglo XIX, se encuentra homologado en su definición con el “individuo disciplinario”, aquel que es sujeto a la normalización del cuerpo en el tejido social. Ser ciudadano equivale a ser un organismo en el tejido organizativo de la disciplina.

En este marco de producción jurídica-disciplinaria, se inserta a partir del discurso psiquiátrico una nueva formación histórica: el *homo psychologicus*, que “[...] es el resultado de la tecnología utilizada por esa misma burguesía para constituir al individuo en el campo de las fuerzas productivas y políticas” (Foucault, 1973-1974/2014; p.80).

La psicología es pensada entonces como un emergente de las fuerzas sociales y productivas que tensaban la dinámica del siglo XIX. Una saliente discursiva que alcanza a configurar, aquello que Foucault (1973-1974) denominó “función psi”: la inserción en el campo del pensamiento y las prácticas disciplinarias, de una concepción técnica del ser

humano, objetivable, mensurable, jurídicamente determinada, capaz de detectar los desvíos conductuales de la normatividad y el orden comunitario.

Aquello que se evidencia es lo siguiente: “[...] constatamos la aparición de lo que llamaré la función psi, es decir, la función psiquiátrica, psicopatológica, psicosociológica, psicocriminológica, psicoanalítica, etc. Cuando digo función no solo aludo al discurso, sino a la institución y al propio individuo psicológico” (Foucault, 1973-1974/ 2014, p. 110). Y esa “función psi”, el dispositivo disciplinario-psicológico de la modernidad, necesitará plantearse y adoptar un valor de verdad de sus enunciados y de su técnica de intervención. En la intersección del individuo jurídico y el individuo disciplinario, se hallará el homo *psychologicus*, invención del discurso científico-humanista, objeto de normalización y verificación.

El procedimiento de esta función-psi, exigirá una nueva objetividad sobre el espacio interno del hombre, tradicionalmente pensado bajo la categoría de “pasiones humanas”. Es por ello que una antinomia emerge en este discurso: “la locura encierra al hombre en la objetividad” (Foucault, 1961/2015, p.281). Sólo siendo situado como objeto, el hombre es pensable psicológicamente. Es allí donde se hará inteligible el nacimiento de la psicología:

[...] esta coherencia es la de un pensamiento antropológico que corre y se mantiene bajo la diversidad de las formulaciones científicas, que es ella el fondo constitutivo, pero históricamente móvil, que ha hecho posible el desarrollo de los conceptos desde Esquirol y Broussais hasta Janet, Bleuler y Freud; y que esta estructura antropológica de tres términos – el hombre, su locura y su verdad – ha sustituido a la estructura binaria de la sinrazón (verdad y error, mundo y fantasma, ser y no ser, día y noche) (Foucault, 1961/2015, p. 279).

La serie hombre-locura-verdad, se establece dentro del trazado identitario del discurso psiquiátrico-psicológico. Del “tratamiento moral” (Esquirol), pasando por el psiquiatra suizo Bleuler formulando el corpus de la “esquizofrenia”, hasta el surgimiento del psicoanálisis.

La tríada hombre-locura-verdad pobló los diferentes enfoques psiquiátricos del siglo XIX. Desde el alienismo de Pinel y Esquirol, proponiendo un “tratamiento moral”, como ya ha sido desarrollado en el capítulo anterior; las tesis focalizadas en la herencia degenerativa (Benedict Morel), los enfoques “localizadores” a nivel orgánico de las enfermedades mentales (Griesinger, Brucke, Meynert) y de igual modo, en Jackson y el enfoque regresivo involutivo del cerebro como explicación de la enfermedad mental. La excepción, residirá en la corriente del “magnetismo” de Mesmer y Puysegur, la cual se mantendrá como una línea paralela de producción en el lado externo del ideal científico.

El trayecto del discurso psiquiátrico procederá por acumulación y expansión: si a inicios del siglo XIX, la “locura” se refería a todo signo que interrogara la homogeneidad del ideal de la razón moderna, paulatinamente irá expandiendo su alcance hasta cernir toda conducta humana. Ya no será condición única del discurso psiquiátrico “limitarse” a los “alienados” que habitaban los asilos y hospitales, sino que podrá recorrer la totalidad de la experiencia humana. Un proceso gradual de psiquiatrización y psicologización se abrirá paso. Todo puede ser leído, observado, señalado y contrastado con el modelo del hombre racional. Se tratará entonces de una disciplina social: higiene exhaustiva y mirada constante de lo individual y lo colectivo. Esta apertura a un terreno cada vez mayor, permitirá la ampliación de la episteme psiquiátrica en consonancia con la disciplina en el marco de la normalización humana.

“Para funcionar, la psiquiatría ya no necesita la locura, ya no necesita la demencia, ya no necesita el delirio, ya no necesita la alienación. Puede psiquiatrizar cualquier conducta, sin referirse a la alienación” (Foucault, 1974-1975/2001, p. 148), es decir, puede abordar todo el campo de investigación y jurisdicción sobre lo humano, en todas sus expresiones. El hecho que todo podrá ser susceptible de incorporarse al discurso, es fechado por Foucault hacia 1845-47, en la obra del psiquiatra francés Jules Baillarger y del alemán Griesinger, quienes desarrollaron la idea de la “enfermedad mental” bajo el eje de lo voluntario-involuntario de la conducta. Este desplazamiento del foco psiquiátrico del “alienismo” (Pinel y Esquirol) va a

permitir que un elemento de conducta, una forma de conducta, figuren como síntoma de una enfermedad posible, va a ser, por una parte, la distancia que esa



conducta representa con respecto a las reglas de orden y conformidad, definidas contra un fondo de regularidad administrativa, contra un fondo de regularidades familiares, o por fin contra un fondo de normatividad política y social (Foucault, 1974-1975/ 2001, p. 148).

Aquello que exigirá el discurso psiquiátrico-psicológico en esta ampliación jurisdiccional sobre el homo *psychologicus*, será consecuentemente la construcción de una “tecnología de la psique” (Foucault, 1980, p. 155) para poder operar y llevarla a cabo. Si el poder disciplinario, se focaliza inicialmente en el cuerpo, para docilizarlo hasta alcanzar la regularidad “normal”, de igual modo, necesitará para hacer efectivo su alcance, un modelo de la psiquis.

Con notable perspicacia, Foucault advierte que una psicología de la psique está implicada en la ampliación máxima del poder disciplinario. Al dar con la psique, la disciplina la ve como lo que ella debe constituir para generalizar las técnicas de normalización a las que está ligada (Le Blanc, 2006, p. 147).

La acción de “generalizar”, que señala Le Blanc, resulta central en el nacimiento de la psicología. La dimensión de interioridad que estaba restringida en el discurso psiquiátrico a la anatomía patológica del cerebro requería un tejido “psíquico” para actuar. Si la secularización había segregado del conocimiento científico la idea religiosa del alma, si la filosofía se hallaba separada de la objetividad de la ciencia y sus aportes no eran susceptibles de extenderse a las necesidades sociopolíticas, quedaba un espacio nuevo para construir una teoría de la psiquis.

Y es en este aspecto de la construcción de un modelo explicativo de los procesos mentales, donde la indagación freudiana encontrará un espacio diferenciable con los antecesores. Pensar este recorrido implica analizar qué aspectos incorporó Freud de la episteme moderna, cuáles fueron las asimilaciones y los movimientos que aprehendió, dónde se detuvo la conciencia médica y dónde empezó a trazarse una diferencia, un modo de resistencia o resignificación ante la estructura del discurso psiquiátrico que poblaba la segunda mitad del siglo XIX.

## 2.2. Episteme freudiana

La correspondencia que mantuvo Freud con el médico berlinés Wilhem Fliess puede sintetizar el punto de partida: “Los dos trabajos: anatomía cerebral y caracteres generales de las afecciones histéricas crecen juntos por recreo tanto como lo permite la alternación del ánimo y la actividad profesional” (Freud:1986, p.5). Vías paralelas de investigación que reflejan el esquema vigente de la episteme psiquiátrica de la época. La carta 1, de la cual proviene la cita, se encuentra fechada el 24 de noviembre de 1887 y comprendía dos aspectos: por un lado, la permeabilidad inevitable de Freud al discurso positivista de la época, y, por otro lado, la interrogante que le planteaban las afecciones histéricas – cuerpo disciplinado, cuerpo sexuado, femineidad resistente, causalidad psicológica – a los saberes articulados de la medicina y la psicología de la segunda mitad del siglo XIX.

Antes de la afirmación de Freud acerca de los dos proyectos que lo ocupaban en 1887, realizada después de su estancia en París junto a Charcot, hay una historia que la precede y lo enmarca. Un contexto de la episteme psiquiátrica que signó su formación académica y clínica. Y que sería posible denominarla “episteme freudiana”, en la medida que representa el conjunto de saberes de la época y del contexto social y cultural donde se formó el creador del psicoanálisis.

Desde el inicio de su educación médica, Freud se vio confrontado a dos tensiones presentes en el pensamiento de la psiquiatría germánica. En primer lugar, la impronta de la “Medicina romántica” (Ellenberger, 1970; Makari, 2008; Sloterdijk, 2020) influida por la obra de filósofos como Schelling, Goethe y Schopenhauer, que subsistía como un telón de fondo en el desarrollo de la psiquiatría germánica.

Conceptos como vitalismo, naturaleza, fuerza y “la esencial unidad de hombre y naturaleza; donde la vida humana era considerada como participando de una clase de movimiento cósmico [...]” (Ellenberger, 1970/1976, p.203), poblaban la discusión médica germánica, componiendo un híbrido entre filosofía romántica y aspiración científica. La paradoja entre el espíritu de la Ilustración, articulado bajo el cauce de la racionalidad, y el espíritu del Romanticismo, orientado a la reivindicación de las dualidades (muerte-vida), la inspiración, la intuición, el privilegio estético de lo irracional, los símbolos y la

poética, se mantuvo durante la primera mitad del siglo XIX en la episteme moderna “germánica”. “Dentro del marco de la psiquiatría romántica, encontramos estos hombres con un número de rasgos comunes. Ellos desconfiaban de las clasificaciones psiquiátricas” (Ellenberger, 1970/1976, p.214). En cierto modo, el Romanticismo puede leerse como una reacción contra el proyecto moderno de la Ilustración (Ellenberger, 1970; Sloterdijk,2020), entendido como un ejercicio crítico que disputaba con herramientas filosóficas-metafísicas el terreno a la psiquiatría positivista.

El corpus germánico:

[...] se orientaba a lo que se ha dado en llamar la medicina <romántica>: en lugar de atenerse a la observación objetiva, recurría a una combinación de especulación y observación de la naturaleza cuyo punto de partida era la obra de Friedrich Wilhelm Schelling y que obligaba a la ciencia, para ser digna de ese nombre, a remitirse a la metafísica. (Hudemann-Simon,2017, p.13).

La Filosofía natural tuvo un impacto amplio en los inicios del siglo XIX germánico, en las artes y las ciencias. Poetas y escritores románticos, tomaron el trabajo de Schelling, quien alentaba forjar un lazo íntimo entre sus vidas internas y el mundo natural (Makari,2008, p.55).

Aquello que destaca Makari en el Romanticismo alemán, era la concepción de la Unidad, es decir, la búsqueda de un principio homogéneo de explicación que debía residir en la naturaleza. A partir de este lazo inmanente de la naturaleza, se podían concebir la unidad entre lo físico y lo psíquico, el hombre como expresión o modo de la naturaleza (Spinoza), el cual servía de marco y objetivo de la “medicina romántica”.

Diversos factores contribuyeron a disminuir el influjo romántico en el desarrollo de la medicina. Ellenberger (1976) los ubica en la crisis política de 1848 que sacudió la política europea, cambios demográficos, el incremento de las poblaciones en las urbes, el socialismo utópico, la publicación de “El manifiesto comunista”, y la convicción de la racionalidad como motor del progreso social. De igual modo, la incorporación de las ciencias exactas en la formación médica en la Universidad alemana, especialmente la química, el examen microscópico, la fisiología (Hudeman-Simon, 2017), permitió un

avance sustancial en el campo de conocimiento, que determinarían la preminencia de la medicina des-romantizada, y el discurso psiquiátrico anatómico-patológico, durante la segunda mitad del siglo XIX.

El positivismo de Comte, Stuart Mill y Spencer (Ellenberger, 1970) compone otro elemento central en el repliegue, más no la extinción, del Romanticismo y la Filosofía natural, durante la segunda mitad del siglo XIX en el mundo germánico.

Tanto Hudeman-Simon (2017), Ellenberger (1970) y Makari (2008), adhieren a esta postura: la influencia decisiva del positivismo en la episteme moderna médica. En esa línea, el positivismo emerge como un pensamiento que conduce a desarrollar en extremo el proyecto de la Ilustración.

El “Curso de Filosofía Positiva” de Auguste Comte, publicado en 1830, crea un diagrama de fases evolutivas del pensamiento: el estado teológico, el estado metafísico, y finalmente el estado positivo (Comte, 1830/2014). Bajo la impronta de la Ilustración, Comte traza un límite para aquello que puede ser pensado y aquello que se aloja en lo sobrenatural (estado teológico) o en abstracciones (estado metafísico). Lo “positivo” es lo real: hechos observables por la razón secular, que obedecen a “leyes efectivas”, es decir a “relaciones invariables de sucesión y similitud” (Comte, 1830/ 2014; p. 17).

El corte epistemológico del positivismo y su diseminación en el espíritu científico de la época implica un alcance no ajeno a las relaciones de poder y la higiene social. Aquello que busca instaurar es una forma de vida que regule la experiencia del hombre moderno. El Positivismo o Filosofía positiva, de clara impronta anticlerical y anti-metafísica, aspira en sus planteos, a “[...] ser considerada como la única base sólida de la reorganización social, que debe terminar con el estado de crisis en que se encuentran desde hace tiempo las naciones más civilizadas” (Comte, 1830/2014, p. 39).

La idea de “crisis”, “anarquía”, atraviesa los textos de Comte, de manera tal, que el efecto de pretensión científica no se limita a las ciencias, y las matemáticas como discurso primero, sino al eje de lo colectivo.

El espíritu positivo, por el contrario, es directamente social, en todo lo posible y sin ningún esfuerzo, por razón misma de su realidad característica. Para el espíritu

positivo el hombre propiamente dicho no existe, solo puede existir la humanidad, puesto que todo nuestro desarrollo se debe a la sociedad en cualquier aspecto que lo consideremos (Comte, 1830/2014, p. 152).

En el positivismo, se produce a nivel del “destino racional de Occidente” (Foucault, 1973-1974/2014; p.338) un proceso de des-individualización, en el cual el hombre se subsume en lo colectivo, bajo el primado de lo real. Ya no son las creencias religiosas ni abstracciones filosóficas especulativas, aquello que explica y sedimenta el corpus social, sino la razón, los hechos, la necesidad de des-subjetivar la existencia y subordinarla a fines morales. El “orden y progreso”, proclamado por Comte, y generalizado a toda actividad humana, será el motivo que fijará una valla de cientificidad.

La “normalización” positivista sostenida en el patrón de lo verificable, construirá un modelo de construcción de objetos de conocimiento específicos y mensurables. Sus resonancias tocarán a la medicina como espacio del saber humano a través del cuerpo. “Bajo las influencias combinadas de la filosofía positivista, la concentración de la investigación científica en las universidades, y la tendencia de un optimismo cultural, la Ciencia Occidental impregnó con una fe casi religiosa a mayores capas de la población” (Ellenberger, 1970/1976, p. 226). Se trata entonces de un tejido donde lo científico y lo cultural, producen lazos y efectos en los sistemas de creencias de la población.

A partir de la legitimación del positivismo, resulta evidente que la “Medicina romántica” no hallará el mismo lugar de preponderancia en la Universidad y la episteme germánica. El efecto será un vuelco y un impulso a la psiquiatría que la convertirá en la más importante de Europa, dentro de este marco de comprensión. “Serían necesarios varios decenios antes de que, motivada por el desarrollo paralelo de las ciencias fundamentales, la medicina científica alemana se recobrara y terminase por sustituir a Francia en el papel de <motor> del progreso médico” (Hudemann-Simon, 2017, p.14).

Ellenberger (1970) lo había enunciado en términos similares, al afirmar que el desarrollo médico-psiquiátrico había cambiado de liderazgo en Europa en la segunda mitad del siglo XIX, tomando como eje de valoración la cercanía al ideal positivista de la ciencia, es decir, a la anatomo-patología. Si los países de la esfera germánica habían comenzado el siglo XIX impregnados de la “medicina romántica” o filosofía de la



naturaleza, se fueron desplazando con énfasis en la segunda mitad hacia un cientificismo estricto. Comparativamente, la psiquiatría francesa parece haber hecho un proceso inverso. Inicia la construcción de la psiquiatría con el “alienismo” de Pinel y Esquirol, y en la segunda parte del siglo XIX, da cabida, dentro de un marco científico moderado, a una aproximación clínica donde las relaciones entre las emociones e ideas, síntomas y cerebro, abren camino a una comprensión causal que no remite punto por punto a la ecuación positivista representada en la anatomo-patología (Solms, 2000).

Si bien las tesis de Ellenberger (1970), Makari (2008) y Hudemann-Simon (2017), se encuentran fundamentadas por investigaciones exhaustivas sobre el origen y desarrollo de la psiquiatría europea, principalmente por el eje franco-prusiano, es necesario acompañarlas por la idea que no hay una constitución homogénea de la científicidad médica en ambas culturas. Los procesos de construcción del saber médico-psiquiátrico también albergan divergencias, matices, fracturas y contradicciones. Retomando la diferencia entre episteme y paradigma, es posible afirmar que la uniformidad solo se aplica a este último. Hay hiatos, fisuras, paradojas, en toda construcción de un saber. La medicina no es ajena a esta condición. Por tanto, a pesar del ideal positivista, sería apresurado afirmar que hay una continuidad uniforme en autores y escuela, organizada bajo una racionalidad inflexible. Tal vez habría que pensar el ideal positivista como una gradiente de escalas, donde ambas tradiciones se acercan o se distancian para producir un saber en busca de legitimidad.

El caso de Gustav Fechner (Ellenberger, 1970), heredero de Herbart (Anzieu, 1988), por ejemplo, grafica una subsistencia de la “medicina romántica”, aunque de manera velada, en el materialismo científico de la episteme germánica. Fechner estudió Física y mantuvo en sus investigaciones una deuda con el romanticismo naturalista de Schelling, al cual quería demostrar con herramientas científicas (Makari, 2008). Publicó el influyente “Elementos de psicofísica” (1850) que

ofrecía una innovadora aproximación para el estudio exacto de las relaciones entre la mente y el cuerpo. [...] Siguiendo la teoría del doble aspecto de Schelling, Fechner concibió lo psíquico y lo material como dos facetas de una misma entidad,

cercanos a los aspectos cóncavo y convexo de una superficie curva” (Makari, 2008, p.65).

Ellenberger (1970) lo considera uno de los fundadores de la investigación experimental en Psicología e incluso le atribuye su grado de influencia al hecho que uno de sus discípulos, Wilhem Wundt fuera el fundador del primer instituto de psicología experimental en 1879. El modelo científico de Fechner captó la atención de un fisiólogo y psicólogo reconocido, Ewald Hering, quien lo aplicó al estudio de la percepción. Josef Breuer, futuro compañero intelectual de Freud, era uno de los estudiantes que adoptaron el enfoque de Fechner (Makari, 2008).

A excepción de Fechner y de la práctica marginal de la hipnosis, la medicina germánica viró mayoritariamente hacia un cientificismo positivista en la segunda mitad del siglo XIX. Una sumatoria heterogénea de causas y hechos, produjeron un nuevo impulso a la psiquiatría, el cual estuvo personificado en Johannes Muller quien estableció el Laboratorio de Fisiología en Berlin a mediados del siglo XIX, dedicado a estudiar la vida como un proceso mecánico (Makari, 2008). La fisiología era el objeto privilegiado de los estudios médicos: “sobre la base del método anatómico-clínico, conforme al cual la enfermedad es la expresión de una lesión orgánica, el enfoque fisiológico concebía esta como la consecuencia funcional de un órgano” (Roudinesco, 2015, p.40). La preeminencia de la fisiología en los estudios derivó en que su modelo de conocimiento se aplicara a la “neurología y psicología para unir las y separarlas de la filosofía especulativa. Al mismo tiempo, renunciaron a toda consideración de la subjetividad – en el sentido filosófico, centrando sus trabajos en la primacía de la observación (Roudinesco, 2015, p. 40).

La presencia de Johannes Muller inauguró un campo de conocimiento nuevo: la Biofísica. Tres miembros de particular influencia en la psiquiatría lo conformaban: Emil Du Bois-Reymond, Hermann von Helmholtz y Ernst Brucke. Un espacio de producción anatómico-clínico de la ciencia experimental adquiría carta fundacional en la episteme psiquiátrica germánica. Tres investigadores que buscaban excluir dentro de su campo de trabajo cualquier huella de la medicina romántica.

El modelo de Muller se expande hacia Viena, a través del discípulo Ernst Brucke, quien inaugura un Laboratorio bajo el enfoque mecanicista de su maestro. Freud ingresa al Laboratorio en 1876 y permanece seis años estudiando neuroanatomía junto a Exner, Fleischl y Josef Breuer (Makari, 2008; Roudinesco, 2015). El trabajo y los intereses de Freud en el Laboratorio se hallaban distantes de la problemática psicológica. Era un espacio de aprendizaje del modelo positivista centrado en temáticas variadas – estudio de las neuronas del cangrejo, sexualidad de las anguilas, funcionamiento de células (Roudinesco, 2015) – pero que evidenciaban investigaciones donde la subjetividad y los procesos mentales se hallaban excluidas de ese marco de trabajo.

“Freud estaba por entonces en vías de convertirse en uno de los mejores investigadores de su generación en anatomía, biología y fisiología” (Roudinesco, 2015, p. 43), sin embargo, a pesar de los seis años que trabajó en el laboratorio, decidió retirarse e ingresar en Hospital General de Viena. Las razones de este cambio no obedecieron a cuestiones teóricas o disidencias. Sea por el compromiso matrimonial con Martha Bernays y la necesidad económica implícita en esa decisión (Makari, 2008), o por la posible preferencia de Brucke por otros miembros del Laboratorio para alcanzar una posición directiva, o por lecturas que lo hicieron desplazarse hacia otros campos – traducción del texto de Stuart Mill sobre la emancipación de las mujeres, Platón, la cuestión obrera - (Roudinesco, 2015).

El ingreso en 1882 al Hospital General de Viena puede entenderse como un punto de inflexión en la formación de Freud. La influencia de dos médicos relevantes marcó su acceso progresivo a la clínica: Hermann Nothnagel y Theodore Meynert. El primero dirigía sus prácticas en medicina interna; el segundo, el departamento de psiquiatría. Es a raíz del encuentro con Meynert que en Freud se inicia la interrogante académica sobre la enfermedad mental.

Meynert se encontraba trabajando en un opus magnum que esperaba que definiera la psiquiatría y elaborara los roles concernientes a la mente y el cerebro. Para Meynert, las enfermedades cerebrales eran la única causa de los desórdenes mentales; los factores psicológicos eran irrelevantes” (Makari, 2008, p. 25).

Meynert representaba el positivismo metodológico, el mecanicismo médico, y la ausencia de una relación terapéutica con los enfermos. En esa línea, Roudinesco (2015) lo describe como un síntoma de la época: “apenas se ocupaba de los alienados que tenía a su cargo y prefería consagrar su tiempo a estudiar la anatomía del cerebro, con el objeto de proponer una clasificación “natural” de los trastornos mentales” (Roudinesco, 2015, p. 54). El marco de trabajo de la medicina en el Hospital se centraba en la investigación, utilizando la autopsia como herramienta de conocimiento para localizar la enfermedad.

El discurso anatomo-patológico era el idioma del saber y la práctica en el Hospital de Viena. Un discurso que se orientaba a la localización orgánica de la enfermedad, la cual solo se podía establecer cuando el paciente fallecía. Era un clínica post-mortem. “El arte clínico más consumado consistía en señalar en el cuerpo de un agonizante los signos de una enfermedad que solo se revelaría gracias a la autopsia” (Roudinesco, 2015, p. 53), de manera tal, que la relación terapéutica estaba excluida, lo cual generaba, en palabras de la autora francesa, un “nihilismo terapéutico”. El escepticismo clínico del marco hospitalario, era un efecto del método científico anclado en la objetividad materialista, y al mismo tiempo, puede entenderse como la objetivación de la relación médico-paciente. La noción de “verdad” remitía exclusivamente a la localización orgánica de la enfermedad. Si la palabra del paciente carecía de valor clínico no solo era por una negación de la subjetividad, sino porque la inmaterialidad del lenguaje del malestar en tanto relato del paciente, se hallaba situada en un terreno invalidado para el conocimiento. Ese clima que consideraba irrelevante lo psíquico en tanto objeto de investigación, o como un mero efecto de lo orgánico en términos de localización, configuró uno de los componentes nodulares de la episteme donde se formó Freud.

Roudinesco (2015) observa que uno de los efectos del “nihilismo clínico” que se respiraba en el Hospital de Viena, en las diversas especialidades donde Freud ejerció, lo condujo a abandonar la fisiología y dedicarse a la neurología. Ese paso significativo le permitió el “estudio de las enfermedades de los nervios, esas famosas neurosis observadas con tanta frecuencia en la sociedad occidental, y que ocasionaban trastornos de la personalidad, angustia, histeria, obsesión, neurastenia” (Roudinesco, 2015, p. 54).

En cierto modo, la “neurología” se constituyó para Freud, en la puerta de ingreso a pensar el problema de la relación entre causalidad orgánica y procesos mentales, en las formas de relación entre la línea anatómica y la línea clínica. Si bien la neurología pertenecía obviamente al pensamiento positivista en el pensamiento médico europeo, es posible situar en este campo de conocimiento una apertura a nuevas interrogantes y una leve distancia con el representante de la autoridad científica – Meynert - en el ámbito donde el joven Freud realizaba sus prácticas.

Solms (2000) en un trabajo donde revisa críticamente los orígenes del psicoanálisis vinculados a la ciencia médica, afirma que el tránsito hacia la neurología realizado por Freud, configura una decisión necesaria en el decurso de su formación. Solms (2000) señala que el trayecto académico e investigativo de Freud se inicia con la neuroanatomía, pasando por un breve interés en la psicofarmacología hasta derivar en la neurología clínica. El método que se utilizaba correspondía a la búsqueda de “correlaciones clínico-anatómicas” (Solms, 2000, p. 25), es decir, se realizan correspondencias entre conjuntos de signos del paciente y la anatomía cerebral. Dado el desarrollo de la tecnología médica de la época, resulta evidente que las correlaciones entre signos y anatomía, solo podía efectuarse en un examen posterior al deceso de la persona.

El argumento de Solms (2000), contextualizándolo en la episteme freudiana, permite esclarecer las gradaciones y subrayados en el pensamiento “clínico-anatómico” neurológico desarrollado en las tradiciones germánicas y francesas. “En la escuela austro-germana, dentro de la cual Freud fue inicialmente entrenado, el énfasis yacía directamente en el lado anatómico de la ecuación clínica-anatómica” (Solms, 2000, p. 25), es decir, en la búsqueda de la localización, dejando en un plano secundario el aspecto clínico. Siguiendo a Solms, la explicación científica debía producirse en términos exclusivamente anatómicos. Makari (2009), adhiere a este argumento, al situar como preponderante la influencia del mecanicismo biológico de Helmholtz y sus discípulos Brucke y Meynert, con quienes Freud construyó su pensamiento médico.

A diferencia del pensamiento neurológico germano, el énfasis en la escuela francesa residía en el otro miembro de la ecuación “clínico-anatómico”, es decir, en la



mirada “clínica” que agrupaba los signos de los pacientes, configurando síndromes que permitían un desarrollo nosográfico variado y con visos de subjetividad. Si bien Solms (2000) no explica las razones sociohistóricas (la influencia de la “medicina romántica” en los países germánicos en la primera mitad del siglo XIX, y la posterior “cruzada” positivista en la segunda mitad) de esta división en dos de las tres tradiciones médicas – la británica, completa el eje - más importantes de la Europa del siglo XIX, sus argumentos aportan complejidad para ubicar una de las causas de la emergencia de la problematización freudiana.

Dado este estado de cosas de la episteme médica, en su vertiente neurológica, parecieran existir retrospectivamente las siguientes opciones para Freud. Por un lado, adherirse a la concepción locacionalista anatómico-patológica de su entorno cultural y académico; por otro lado, incorporar un elemento nuevo que permita construir otro horizonte de trabajo. O quizás, una tercera vía capaz de producir una dialéctica entre las tradiciones franco-germánicas, desplazando la herencia epistémica hacia otros espacios conceptuales, evitando la aporía o la disciplina de la repetición.

Se trataba entonces para Freud de modificar un equilibrio de posiciones científicas sintetizadas en el discurso médico germano – psiquiátrico y neurológico – expresado en dos construcciones: la nosografía (normalización clasificatoria de la enfermedad, estudio de la demarcación entre locura y razón, disciplina social y anomalía) y clínica-anatómica (método de conocimiento positivista, que subsumía lo psicológico a una causa orgánica, trazando una línea entre objetividad científica y saberes no verificables).

Toda esta problemática se actualizará en el campo de la neurosis y la histeria, el cual fue construido y reconstruido en el siglo XIX, por una diversidad de autores y corrientes. Solo comprendiendo la trama de esta producción, se podrá situar las condiciones bajo las cuales Freud formulará un pensamiento, una identidad y una disidencia.

2.3. La elección de la neurosis: vacío conceptual e histeria.

Haciendo referencia a Charcot, Freud señalaba en el “Informe sobre mis estudios en Paris y Berlin” (1886) lo siguiente:

Así, merced a sus empeños, la histeria fue sacada del caos de la neurosis, se deslindó de otros estados de parecida manifestación, y cobró una sintomatología que, aunque asaz variada, ya no permite ignorar por más tiempo el reinado de una ley y un orden (Freud, 1886/ 2020; T1, p.12).

La expresión “caos de la neurosis” grafica la complejidad y las mutaciones de la problemática, enmarcada en las tensiones del discurso clínico-anatómico. Es por ello necesario realizar un análisis arqueológico de la construcción del concepto de neurosis e histeria para dar cuenta de las razones por las cuales Freud halló en ese territorio, las condiciones de viabilidad para el nacimiento del proyecto científico psicoanalítico. En suma, indagar las razones por las cuales en el siglo XIX, el discurso psiquiátrico realizó, dentro del campo de denominadas enfermedades mentales, “la elección de la neurosis” (Sulloway, 1992).

En el registro histórico, la primera mención del concepto de neurosis, aparece en un texto del médico escocés William Cullen, publicado en latín en 1769 (Postel, 2000, p.230; Knoff, 1980), titulado Sistema de Nosología. La publicación se origina como producto de los cursos que Cullen brindaba en la Universidad de Edimburgo y Glasgow.

“La definición de Cullen de neurosis era la siguiente: <Aquellas afecciones de los sentidos o del movimiento... que no dependen de la afección tópica de los órganos, sino de la afección general del sistema nervioso>” (Knoff, 1980, p.120). Cullen fue el primero en el siglo XVIII, en esbozar una nosología tomando en cuenta exclusivamente el sistema nervioso, tal como estaba siendo estudiado en la época. De sus escritos, se puede extraer una importante consecuencia para la historia de la psiquiatría y la psicología: no apela al discurso hipocrático de los humores ni de los vapores que aún seguía vigente en el siglo XVIII, es decir, a toda la concepción nosológica de equilibrios, desbalances, como efecto de las regulaciones de los órganos. El “Sistema de Nosología” (1769) es un texto descriptivo de enfermedades físicas, sin alcanzar densidad en el análisis a nivel de la etiología ni de un tratamiento. Es un texto referencial y significativo, pero aún en los albores de la ciencia médica moderna.

Aquello que se puede retener en Cullen, es uno de los prolegómenos al origen, dentro del discurso médico, de la neurosis como entidad que expresaba semánticamente, ser causada por la actividad del sistema nervioso. En un texto posterior titulado “Elementos de medicina práctica”, Cullen, desarrolla la siguiente definición:

He establecido —añade— una clase de estas enfermedades con el título de neurosis. Las he distinguido según aquello en lo que consisten, o en la interrupción o la debilidad de las potencias sensitivas y motrices, o en la irregularidad con que estas potencias ejecutan sus funciones; por consiguiente, las he clasificado en cuatro órdenes, con los nombres de comata, adynamia, spasmi y vesaniae” (Postel, 2000, p.231).

Dentro de esta definición, es factible extraer dos criterios para la detección clínica de la “neurosis”: interrupción o debilidad, y las irregularidades a nivel de las funciones del cuerpo. Corte, disminución o fluctuación. Tres signos que serán retenidos con matices y acentuaciones en la episteme psiquiátrica-neurológica como criterio de clasificación y trazado de la línea entre lo normal y lo anormal.

El segundo aspecto que brinda entendimiento sobre la partida de nacimiento médica de la neurosis, se encuentra en la tipología que plantea Cullen, utilizando al latín como lenguaje (Postel,2000, p.231): comata (incluían enfermedades donde se presentaba una interrupción de la conciencia o motricidad, por ejemplo, la parálisis), adinamia (hipocondrías, dispepsia), spasmi (asma, tos ferina, diarrea, epilepsia, convulsiones, histeria) y vesanias (locura, manía, melancolía). Con el término “neurosis”, Cullen engloba una diversidad de presentaciones clínicas a las cuales es difícil hallarles un hilo articulador que las sitúe de manera diferenciada. Cullen “aisló” un vocablo: la “neurosis”, que abarcaba entidades de un grado de heterogeneidad a nivel causal y conductual – dispepsia, epilepsia y melancolía, por ejemplo- que resulta complejo asir los criterios subyacentes con los cuales construyó su nosología.

“La clase <neurosis> contenía lo que hoy podríamos llamar trastornos neurológicos, psicosomáticos, neuróticos y psicóticos” (Knoff, 1980, p.81), y esa disparidad podría incluso aumentar, ya que Cullen (1769), también incluye patologías gástricas – dispepsia, diarrea, pirosis- o respiratorias – asma, disnea-

Knoff (1980), historiador de Cullen y la neurosis, resalta que el mérito del médico escocés puede encontrarse en haber incorporado al lenguaje de la medicina, clasificaciones que ya no dependían de espíritus, demonios o humores. Cullen, utilizando una perspectiva moderna médica, aporta un ensayo de sistematización que abrirá puertas conceptuales en el siglo XIX a la psiquiatría. Siguiendo el análisis de Knoff (1980), citando al historiador Ackerknecht: “[...] Solo desde el siglo 18, ha sido posible sufrir de los nervios” (Knoff, 1980, p.81). Y esa es la relevancia de Cullen, y al mismo tiempo, el hecho de haber construido una categoría lo suficientemente porosa e inestable epistemológicamente, para que pueda ser leída y modificada desde diferentes marcos médicos-psicológicos.

De igual modo, con relación a la Histeria, Cullen también deviene cardinal. “La histeria, un término que apareció por primera vez en los escritos hipocráticos, aforismo 35, fue clasificada por primera vez como neurosis por William Cullen en 1769. La incluyó en la categoría de <spasmi>” (Knoff, 1980, p. 121), es decir, dentro de un sub-tipo de neurosis. La definición de Cullen en la edición traducida al inglés de 1807 es la siguiente:

Murmullo de los intestinos; una sensación de un globo que se enrolla en el abdomen, y que sube al estómago y las fauces, produciendo estrangulamiento; sueño; convulsiones; una descarga profusa de orina límpida; la mente cambiante e inconstante, no controlada por la voluntad> (Cullen, 1769/1808, p. 138).

Por tanto, la histeria es situada por primera vez dentro del campo de la neurosis, como una entidad de expresión física diversa, acompañada de una correlación psicológica en términos de “inconstancia”, y ajena a la “voluntad”. Knoff (1980) señala que aún permanece en la definición de histeria de Cullen, una reminiscencia hipocrática y platónica, al utilizar la expresión “globo que se enrolla en el abdomen”, en clara alusión al vínculo entre histeria y útero, y, por tanto, adscripta a la femineidad.

Posteriormente, el concepto de “neurosis” será abordado por Philippe Pinel en la fundacional Nosografía médico-filosófica (1797). En las diversas versiones de su nosografía, Pinel mantiene la clasificación general de los cuatro tipos de neurosis propuesta por Cullen (vesanias, espasmos, afecciones comatosas y adinamias). Uno de los aportes de Pinel, consistió en ampliar dentro de cada tipo de neurosis, una cantidad

de entidades clínicas. Por ejemplo, incluyó dentro de las adinamias (anomalías nerviosas locales) a las “neurosis del conducto alimentario”: espasmo del esófago, vómito espasmódico, perversión del apetito y la digestión, anorexia, bulimia (Pinel, 1797, T.2, p.102). Esa expansión clínica del campo de la neurosis, es una de las fuentes de la complejidad del diagnóstico. Amplitud abarcativa e imprecisión, parecen ser simultáneas en el trabajo de Pinel. En el capítulo dedicado a la neurosis, se encuentra un párrafo que evidencia esta diversidad:

La acción de los nervios, las asfixias, qué multiplicidad, qué oposición de fenómenos descritos por autores, u observados cada día, que sin embargo vienen de dos únicas fuentes, ¡lesiones de sentimiento y movimiento! El cerebro, el cerebelo, la médula espinal o los nervios, son sin duda las partes primitivas donde se desarrollan estas variadas escenas que a veces confunden por la rapidez de su sucesión o por sus complicaciones simultáneas (Pinel, 1797, T2, p.1).

A nivel de la etiología, sin duda, se parte de lo orgánico, sin embargo, en los ejemplos que va desarrollando progresivamente, es posible hallar causas externas al cuerpo: clima, hábitos, e incluso, actitudes morales tales como la prudencia y el cuidado de sí. En Pinel fluctúa una ambivalencia, postulando dos etiologías distintas, las cuales son pensadas de manera complementarias, según los casos.

“Para Cullen las neurosis eran claramente aflicciones físicas; para Pinel eran parte de lo que él denominó alienación mental. Como tales podrían ser “morales” o “físicas” según su naturaleza o una concatenación de las dos” (Veith: 1965; 178). Aquello que grafica Pinel, quien fundamentalmente era un clínico, es la captación de factores externos como activadores de funciones físicas que derivarían en cuadros sintomatológicos.

Knoff (1970) lo resume en los siguientes términos: “Pinel, sin embargo, era un humanista que se interesaba más por sus pacientes y su clínica (nosografía) que en los sistemas rígidos de clasificación (nosología)” (p. 122). Las descripciones clínicas mutan en direcciones heterogéneas, componiendo una doble causalidad física y moral (psicológica) que implica, en ciertos casos como en la histeria o la melancolía, una causa asociada a hábitos, “higiene” y formas de vida.



La histeria en general es más común en las chicas jóvenes de una ardiente constitución, personas de cualquier edad dedicadas a la continencia voluntaria o forzada, jóvenes viudas que se entregan a la buena comida y a la lectura lasciva, a las mujeres casadas durante una larga ausencia de sus maridos. Una menstruación laboriosa o irregular, accidentes durante el embarazo, el parto, también puede producir histeria (Pinel, 1797, T2, pp.48-49).

Varios factores se encuentran en la definición de la histeria: la femineidad, el contrapunto entre una “ardiente constitución” y la “continencia”, la viudez y el estatus marital, y la literatura erótica. Una sanción moral respira en la definición de histeria de Pinel: alegatos de incontinencia sexual (juventud), y paradójicamente, ausencia de vida sexual (viudas y mujeres sin maridos presentes), las cuales se acompañan de hábitos “disipados” como la lectura marginal de temas “lascivos”. Ellenberger (1970) señala la importancia dentro de la construcción del discurso médico, el espacio que ocupó la literatura como un saber paralelo que anticipaba preguntas, caracteres y perfiles sociales. Con relación a la sexualidad, menciona dentro del terreno de “lectura lasciva”, la cual preocupaba moralmente a Pinel, escrituras contemporáneas a la producción médica, como el Marqués de Sade y Restif de la Bretonne.

Las tensiones entre el discurso psiquiátrico y el discurso literario, serán contrapuntos en la construcción de la subjetividad del hombre moderno. El discurso psiquiátrico no estará ajeno a esa influencia.

El lazo entre sexualidad e histeria, dentro del discurso psiquiátrico, halla en la breve descripción de Pinel, un acta de validación científica en el siglo XIX. La sintomatología que describe en los casos es variada: somnolencia, intervalos de delirio, entumecimiento del cuerpo, sofocación, palidez en el rostro, convulsiones. De igual modo, aún permanece, como en Cullen, la referencia al útero: la asociación de la histeria con la femineidad en términos biológicos, lo cual se convierte en uno de los aspectos más problemáticos en el recorrido de la construcción del concepto. Incluso en la clase de cuadro clínico denominado “Neurosis afroditicas”, Pinel (1797) desarrolla la “ninfomanía o furor uterino”, centrando su explicación en una interrelación de condiciones físicas y prácticas de higiene (morales).

El marco de Pinel funciona como una matriz para las formulaciones posteriores. Por ejemplo, en Louyer-Villermay, médico discípulo de Pinel, quien publica en 1802, "Investigaciones históricas y médicas sobre la hipocondría, aislada por la observación y el análisis, de la histeria y la melancolía". El análisis en el diagnóstico de la histeria, toma como elemento prínceps, el contrapunto con la hipocondría, estableciendo criterios biológicos basados en la diferencia sexual.

"Las mujeres están menos expuestas a la hipocondría que los hombres, porque las mismas causas que originan la hipocondría en los hombres, determinan con frecuencia la histeria, que es exclusivamente femenina" (Louyer-Villermay, 1802, p.50). Los argumentos del médico abarcan una heterogeneidad de causas, en las cuales se hace visible el proceso de naturalizar la cultura a partir de la racionalidad médica, es decir, de pensar "la naturaleza femenina", sin conciencia de los atravesamientos culturales y sus consecuencias en la normalización de relaciones de poder-saber. Louyer-Villermay afirma que las causas de la histeria se anclan en la composición física femenina (útero), y en características "inherentes" al carácter: extrema sensibilidad, tendencia a la imaginación y ausencia de voluntad en la regulación de las "pasiones". El caso que menciona donde se condensa esta descripción "clínica" es de una joven de 15 años, de "buena familia", quien se enamora, pero a causa de las virtudes morales, se niega a confesar su estado afectivo, para no decepcionar a sus padres. La joven mantiene un equilibrio, pero que desemboca en una "histeria simple", en las siguientes circunstancias que precipitan el cuadro clínico:

[...] pero a la vista del objeto amado, pérdida de conciencia, sonidos quejumbrosos, llanto involuntario y de vez en cuando un retorno incompleto de los sentidos y del entendimiento; extinción total y momentánea de las funciones intelectuales, contracciones desordenadas en los miembros superiores, elevación convulsiva del pecho, palpitaciones violentas, tensión espasmódica del cuello, y una sensación de estrangulamiento, precedida o acompañada por el globo hístico (útero) [...] (Louyer-Villermay, 1802; p.42).

Síntomas que se producen en el marco de un conflicto entre la normatividad paterna, el objeto de deseo, el exceso y la ausencia de voluntad para hallar un punto de equilibrio, convergen en la histeria.

El espejo opuesto a nivel de la diferencia de género, para Louyer-Villermay, de las enfermedades del exceso, sería la hipocondría, propia de los varones. Pero las razones son opuestas. Si el exceso femenino que deriva en la histeria, radicaría en la emergencia de la sexualidad – sea de manera ideacional, como en el caso citado -; en el ámbito de los varones, se originaría como consecuencia de sus funciones sociales productivas en el sistema económico. “La hipocondría es ciertamente debida a un exceso, pero ligado al exceso de trabajo, es una enfermedad valorizadora que sitúa al hombre del lado de la cultura y valida su superioridad sobre la mujer” (Edelman, 2000, p. 76). La presencia de Louyer-Villermay en la construcción del discurso psiquiátrico, alcanzará uno de sus puntos altos, al ser el encargado de redactar el artículo sobre la histeria, en el “Diccionario de las ciencias médicas” (1818), obra de referencia en el siglo XIX.

En los desplazamientos etiológicos de la histeria, en tanto neurosis, la obra del médico de la Salpêtrière, Etienne-Jean Georget, alumno de Pinel y Esquirol, ocupa un espacio relevante. En 1821, publica “De la hipocondría y de la histeria”, en la cual afirma que la sede de la histeria no es el útero sino el encéfalo. Cambio sustantivo en el discurso psiquiátrico, en la medida que discute la diferencia sexual como argumento causal de la histeria. Si bien la crítica al útero como causa de la histeria, ya había sido afirmada—Willis, Sydenham, Le Pois, Pomme – en siglos previos, es solo a partir de Georget, en el marco del impulso moderno del siglo XIX, que adquiere una “legitimidad” a nivel del discurso médico. Sin embargo, la mutación del origen de la histeria del útero al encéfalo, no inhibe que en su texto se encuentren explicaciones subordinadas a las diferencias de género. Las ambivalencias subsisten. Por ejemplo, cuando asevera que “[...] la histeria es casi exclusiva al sexo femenino, aunque se la observe en el otro sexo, como argumentaremos más adelante [...]” (Georget, 1821, p. 36), y posteriormente, afirmar que la femineidad, junto a la herencia, constituyen las predisposiciones principales para este cuadro clínico. La postura de Georget mantiene la línea de Pinel y Louyer-Villermay, con relación a la sexualidad de la histeria. En los tres autores, la sexualidad emergía como

una de las causas que precipitaban la sintomatología y el devenir de la enfermedad. Las razones de esta constante, se encuentran más allá del abandono por Georget de la idea de la histeria como una “neurosis uterina” y el surgimiento de una nueva definición: “neurosis encefálica”. Una premisa del marco social de la época la atraviesa: el lazo entre histeria, cuerpo, femineidad y sexualidad. Incluso la “terapéutica” en el orden de los consejos médicos de Georget (1821) para las pacientes, sugiere prácticas y modos de vida destinados a amurallar la amenaza de la femineidad, por medio de estrategias disciplinarias: trabajos manuales, ocupaciones continuas, vigilancia de los familiares, evitar exaltar la imaginación y las pasiones, caer en quimeras e ilusiones, prevenir el hábito de la masturbación, alimentos no estimulantes, abstenerse del café y de bebidas alcohólicas.

En otra edición del “Diccionario de ciencias médicas” (1821), Georget tuvo a cargo varios artículos, entre ellos el de la “neurosis”. Ahí desarrolla una síntesis de las publicaciones y estudios, expresando una intelección valiosa sobre la problemática, los vacíos conceptuales y la proyección de las investigaciones. Retoma la clasificación de Pinel, aunque siendo crítico con relación a la etiología y al pronóstico de ese campo heterogéneo que abarcaba la neurosis. Uno de los aspectos a retener del texto es el delicado equilibrio entre la experiencia clínica y la investigación anatómico-patológico. Señala, por ejemplo, que:

las aberturas de los cuerpos no han proporcionado resultados suficientes para aclarar la naturaleza de las neurosis. Los individuos, después de haber vivido un buen número de años y padecido afecciones sucesivas, mueren ordinariamente a consecuencia de lesiones ajenas a la enfermedad primitiva (Georget, 1821, p.121).

No descarta que pudiera existir una “lesión orgánica” en otra parte del artículo, pero subrayando que en la eventualidad que ocurriese, su incidencia sería menor, ya que la neurosis no es una enfermedad que pone en riesgo la vida de las personas, y es una enfermedad “intermitente” que no inhabilita a quien la padece. Esa oscilación que se observa en la postura de Georget (1821), representa el rasgo con el cual Solms (2000) definía a la psiquiatría francesa: pensar la clínica, respetando lo anatómico como sede

de las enfermedades, pero sin cernir la capacidad de descripción y análisis a la búsqueda de un lugar orgánico como fundamento único de la explicación.

El antónimo de Georget, puede encontrarse en una de las figuras ejes de la psiquiatría alemana de la segunda parte del siglo XIX: Griesinger. Su enunciado de base – “toda enfermedad mental es una enfermedad de cerebro” en su texto príncipes “Patología mental y terapéutica” (1845) – permitirá desprenderse al pensamiento germano de la sombra del “romanticismo médico”. Por ello, resulta congruente que Griesinger localice la histeria en el “útero” acoplándola a los proceso menstruales. “Griesinger afirma que todas las enfermedades locales del útero, ovarios y vagina, son posiblemente seguidas de histeria, las cuales progresan gradualmente hacia la locura” (Veith, 1965, p.197).

Distingue caos de histeria leves como formas de carácter que no derivan en la enfermedad propiamente histérica. La definición que ofrece Griesinger del “carácter” histérico, repite el tópico que va alcanzando progresivamente mayor espesor: la sensibilidad natural de la psicología femenina. En ese compuesto aparecen los siguientes rasgos: ausencia de moderación afectiva, caprichos, tendencia al egocentrismo, irritabilidad, celos, cambios de ánimo (Veith, 1965). En el caso de la “enfermedad histérica”, se hallan las particularidades mencionadas, sumadas a delirios religiosos, marcha sin dirección, ninfomanía, vociferación, e intentos de suicidio. El par epilepsia e histeria, es diferenciado por Griesinger. Pero la disparidad de las expresiones clínicas de la “enfermedad histérica” impide encontrarle un argumento conductor. Se trata de una serie donde la sexualidad, el delirio, el vagabundeo y la posibilidad de la violencia contra sí misma, forman un “objeto” diagnóstico cuya única coherencia conceptual podría resumirse en ser actos que amenazan o resisten al orden social.

La influencia de este autor en la formación médica alemana universitaria y hospitalaria es decisiva (Ellenberger, 1970; Makari, 2008). Tres alumnos destacan: Westphal (acuñó el diagnóstico de “homosexualidad”), Meynert (maestro de Freud) y Wernicke (estudioso de la afasia).

El tópico psiquiátrico de feminizar a la histeria tendrá en Landouzy - “Tratado de la histeria” (1846) – otro referente. La definirá como una “neurosis del aparato reproductor



femenino” (Bremaud,2015; p. 485), evidenciando esa fluctuación persistente que atraviesa al discurso médico cuando busca situar una sede orgánica. Enfermedad de los nervios (Cullen, Pinel) en el sentido genérico, enfermedad del útero (Louyer-Villermay, Landouzy, Griesinger) y enfermedad encefálica (Georget).

La progresiva construcción del discurso psiquiátrico sobre la relación entre neurosis, histeria, cuerpo y carácter femenino, tendrá en el vienés Feuchtersleben (1846), acentuaciones que apelan a una etiología social, expresada en los cambios de la educación. Diagnosticando a la educación femenina como causa de la histeria, enumerará las marcas en la personalidad que generan: incremento de la sensibilidad, derivando en un interés sexual y en los afectos asociados (Veith,1965). El “llamado” del autor, desde el discurso psiquiátrico, a rigidizar las pautas de crianza en el siglo XIX, se convierte en una demostración de la expansión e influencia de la medicina. No solo dedicada al diagnóstico, terapéutica y experimentación, sino a la vigilancia de las normas pedagógicas y el aprendizaje social (Foucault,1966/2008).

El “Tratado clínico y terapéutico de la histeria” (1859) del médico Paul Briquet, es considerado el punto de quiebre en las investigaciones. “Por veinticinco siglos, la histeria ha sido considerada una enfermedad extraña con síntomas incoherentes e incomprensibles. [...] Un estudio verdaderamente objetivo y sistemático de la histeria comienza con el médico francés Briquet” (Ellenberger 1970/1976, p. 142). El estudio abarca más de 700 páginas, basado en una población de 430 pacientes, y examina minuciosamente, el diagnóstico, las causas, tratamiento, pronóstico y profilaxis. Pierre Janet, lo definió como:

un intermediario entre las concepciones puramente físicas y las interpretaciones morales de la histeria [...] La histeria deviene una enfermedad emocional [...]. El estudio de Briquet puede ser considerado como el punto de partida de las investigaciones psicológicas de la histeria (Bremaud, 2015; p. 487).

La definición de Briquet va a proponer al encéfalo como sede de la causa de la histeria. Se trata de “impresiones afectivas y sensaciones” que imprimen en el encéfalo una acción que deriva en la sintomatología histérica. Una condición biológica (el encéfalo) susceptible de ser activada por “causas externas”. El autor divide en dos tipos

de causas: predisponentes y determinantes (Briquet,1859). Las primeras son las condiciones de base; las segundas, las eficientes. Con relación a las causas predisponentes, Briquet señala quince, las cuales van desde el sexo, edad, alimentación, educación, lugar de residencia, continencia, posición social, etc. El abanico es amplio y contempla una multiplicidad de predisposiciones que podrían sintetizarse en biológicas, psicológicas y sociales. Pero hay varios aspectos que subrayar en la elección y justificación de las causas mencionadas. En primer lugar, se señala que la histeria sucede en ambos sexos, aunque con una prevalencia veinte veces mayor en las mujeres. Lo interesante son los argumentos por medio de los cuales, se explica esta diferencia estadística. “La causa por las cuales la histeria afecta de preferencia a las mujeres no residen en el aparato genital, por tanto, es racional buscarlas en otras partes del organismo, en el conjunto del sistema nervioso” (Briquet, 1859, p. 45), y en esa investigación causal, se van a entretelar el peso de los enunciados psiquiátricos masculinos para componer un carácter femenino donde lo científico hará visible las relaciones de poder en la construcción psicológica. Al descartar el útero como sede de la histeria, Briquet necesita una formulación teórica que justifique la prevalencia estadística de las mujeres.

“Aquello que el examen material de los órganos no ofrece, se halla en el estado dinámico de la mujer” (Briquet,1859, p.47), es decir, se desprende de lo anatómico y da cabida a lo funcional de la “constitución” femenina. Posicionado desde ese modelo nuevo de médico como garante y defensor del orden social (Foucault, 1974-1975/2001) que surge en el siglo XIX, va a señalar que la mujer está dotada de una sensibilidad mayor que el varón, de una capacidad emocional diferenciada para experimentar emociones con una intensidad amplificada, la cual se expresa en la vivacidad de la imaginación y en el amor maternal. En suma: sensibilidad y maternidad.

Cuando Briquet (1859) analiza las consecuencias de esa intensidad emocional, es decir, cuando debe fundamentar los efectos de la sensibilidad exacerbada en lo orgánico, se apoya en una casuística de la “observación” cotidiana de la femineidad: una luz le hiere los ojos, un sonido alto le produce estremecimiento, un problema menor deriva en una migraña. De manera tal, que puede afirmar que los varones histéricos

disponen de una sensibilidad femenina. Por un lado, des-uteriza al cuadro de la histeria; por otro, lo cubre de un halo femenino asociado a la sensibilidad natural y al rol social reproductivo.

Otra de las derivaciones significativas que formula Briquet (1859) con relación a las causas predisponentes de la histeria, se encuentra en su tratamiento de la variable de la “continencia”, tema central que atraviesa la discusión y la composición nosológica. Analizando los textos de autores previos desde la antigüedad hasta los contemporáneos, Briquet discute detalladamente la supuesta influencia de la modulación sexual como causa de la histeria. “La opinión antigua representada por los nombres más célebres, dice que toda mujer que practique el coito rara vez está expuesta a la histeria” (Briquet, 1859, p.135). Utilizando estadísticas de los casos tratados en el Hospital de la Charité donde trabajaba, las cuales estaban divididas según su estatus civil (mujeres casadas, solteras, viudas) intercalándolas con aquellas en los dos polo extremos de la sexualidad (prostitutas o monjas), Briquet concluye que el par continencia/incontinencia no es un factor etiológico. Aquello que logra es una des-sexualización o des-genitalización de la histeria (Edelman, 2000, p. 85). Priva a la vida sexual de ser un operador explicativo y lo sustituye por una sensibilidad femenina natural “dinámica” asentada en el encéfalo y en una función social y natural.

Uno de los efectos del Tratado de Briquet, se visibiliza en generalizar la condición sensible femenina de la histeria más allá de las diferencias de posición social o económica. No la observa como un cuadro típico de la burguesía ni la aristocracia. Es una enfermedad funcional del encéfalo: una sensibilidad propia de la femineidad, capaz de atravesar las diferencias económicas y de estatus social. En cierto modo, al dessexualizar la histeria, al no pensarla como un efecto de las fluctuaciones del útero, al no asociarla con problemas en la continencia erótica, Briquet apela implícitamente a descontextualizar de variables sociales a la enfermedad. La susceptibilidad biológica “funcional” femenina puede devenir en histeria, bajo cualquier condición o escenario social.

La definición que escribirá apunta en esa dirección:

Como la anatomía patológica no ha aún constatado la existencia de ninguna traza material de este sufrimiento del encéfalo, se puede decir que la histeria es una enfermedad consistente en una neurosis de la porción encefálica destinada a recibir las impresiones afectivas y las sensaciones. Así considerada, la histeria no es más que una manifestación pasional (Bremaud, 2015, p.489).

Recapitulando las “figuras femeninas” que el discurso psiquiátrico produce con relación a la histeria, pueden aislarse primordialmente dos: la mujer incontinente, deseante, erotizada, amenaza y amenazante, que exige una vigilancia panóptica por dispositivos sociales (medicina y asilo, o la esfera matrimonial-familiar como espacio de regulación libidinal y afectiva); la otra cara de estas “figuras” es la sintetizada por Briquet quien la concibe en términos de fragilidad emocional, imaginativa, susceptible de impresiones y sensaciones, vulnerable y sujeta, por tanto, a una disciplina del cuidado y la protección. A partir de Briquet, “ella no es más una rebelde, sino una víctima” (Edelman, 2000, p.85).

La construcción del discurso psiquiátrico de la neurosis y la histeria, se distribuye en el pensamiento europeo, y se introduce en Estados Unidos, con un concepto nuevo: la neurastenia. El médico George Beard, publica en el Boston Medical and Surgery Journal, “Neurastenia, o agotamiento nervioso” (1869), un texto que se suma a la discusión y que tendrá efectos en la construcción de saberes europeos. La composición del cuadro clínico de la Neurastenia, empieza con la etimología, y se despliega hacia una causalidad exclusivamente social. Aspecto que había sido desarrollado por algunos autores franceses, germanos e ingleses, pero circunscripto a las variables de educación y de higiene social. Todos convergían ahí, planteando implícitamente las consecuencias del proceso de modernización: la caída de un orden (religioso) implicaba vacíos en el tejido y la adhesión social. Esos hiatos se traducían en síntomas, los cuales se convertían en responsabilidad médica-psiquiátrica: definirlos, proponer tratamientos o profilaxis. Las formulaciones de Beard se dirigen hacia la dinámica de lo colectivo, pero centradas en el plano económico, en el agotamiento del sistema nervioso por las fuerzas de trabajo, en el contexto de la revolución industrial. A las que suma otros factores vinculados a

otras formas de conductas de exceso: estimulantes, narcóticos. O a causas que hacen referencia a situaciones de pérdida: duelo y retiro involuntario del trabajo.

La neurastenia es concebida como una enfermedad donde se enhebran la presión económica y los modos de vida exigentes vinculados al rendimiento. “Anemia y neurastenia se encuentran frecuentemente en comunidades intelectuales y civilizadas. Son parte de la compensación por nuestro progreso y refinamiento” (Beard, 1869, p.217). Los síntomas de la neurastenia se entienden como el costo emocional en el sistema nervioso, del proceso de modernización.

Dentro de los síntomas y cuadros clínicos que genera la neurastenia, Beard ubicará un conjunto diverso: histeria, debilidad física, dolores de cabeza, desinterés por el trabajo, hipocondría, ausencia de apetito. En su razonamiento nosográfico, la neurastenia es situada como causa primera de la histeria.

El destino teórico de la neurastenia encuentra un lugar en la discusión europea, en el “Tratado de la neurosis” de Axenfeld (1863), donde será clasificada como un cuadro más dentro del conjunto de las neurosis. El “Tratado” es un libro ambicioso de mil doscientos páginas, escrito con un sistema de razonamiento de pretensión exhaustiva, recopilando casos, y que aspira a ser una síntesis metódica y crítica de los estudios previos. Propone una clasificación donde lo biológico y lo psicológico se entretajan. Axenfeld empieza definiendo de manera general a la neurosis, basado en dos características. La primera es la existencia de “problemas en las funciones nerviosas” (intelectuales, motoras y de la sensibilidad); la segunda, “la ausencia de lesión anatómica” (Axenfeld, 1863, pp.14-15). Establece una etiología hereditaria que funciona como una “condición favorable” para la emergencia de la neurosis, aunque no necesaria. Aquello que va a precipitar el desencadenamiento de la neurosis es un conjunto situaciones diversas entre las que destaca el “temperamento”. Definido este último como rasgos de personalidad determinados, Axenfeld (1863) enfatiza dos modalidades: el temperamento biliar, de herencia hipocrática, cuya irritabilidad crearía una vulnerabilidad para la neurosis; y el temperamento femenino anclado en lo biológico, donde procesos físicos como la menstruación, la gestación y la menopausia, debilitarían al sistema nervioso haciéndolo propenso para derivar en la enfermedad.



A su vez, a diferencia de Briquet (1859), retoma el tópico de las causas sexuales bajo la forma de la masturbación, excesos “venéreos”, a los cuales agrega, el trabajo mental, la fatiga muscular, la educación “viciosa” y la exaltación religiosa. Plano heterogéneo, disperso, contradictorio: crítica secular a las creencias, y al mismo tiempo, sanción a la sexualidad. Más aún, cuando el autor suma como causas eficientes, a las variables climáticas – frío, humedad-. Esta ausencia de regularidad en la postulación de las causas que ocasionan la neurosis, puede leerse como un signo de las vacilaciones en el discurso psiquiátrico al componer una nosografía que aspira a totalizar un campo de trabajo mediante el diagnóstico y la construcción de enfermedades, pero que está sujeta a una variabilidad atravesada por factores socio-económicos, que se renueva en cada autor. Pero tal vez donde el trabajo de Axenfeld avanza con relación a los anteriores, es al definir el “carácter de la histeria”. Decide no centrarse en la parte física – las convulsiones – e indagar a modo de comentario, una mezcla asimétrica de observación antropológica y repetición de lo elaborado por autores previos. El retrato psicológico de la histeria lo configura con rasgos. El primero, es la movilidad del ánimo, el espectro de oscilaciones y fluctuaciones. “Su carácter cambia como un caleidoscopio, lo cual justifica la afirmación de Sydenham, que lo más constante en ellas, es la inconstancia” (Axenfeld, 1863, p.959). Los adjetivos “vago e indefinible” asociados a la histeria, son reiterados en esta construcción del cuadro, donde siempre utiliza casos “femeninos”. A lo cual se suma, una escritura donde gramaticalmente, solo aparece el uso de “artículos” de género femenino en las descripciones. En esos tramos, el texto busca racionalizar los motivos de esa “falta de fijeza”, de esa “ausencia de predicción” que habita en esos seres “histéricos” que lo asedian por su imposibilidad de definir o circunscribir a la normalización médica. Una alteridad irreductible, las hace sujetos de asignaciones diagnósticas diversas, evidenciando el “caos de la neurosis” (Freud, 1886) y una resistencia que impide ser cercadas por el discurso. El segundo rasgo es la oposición, el espíritu de controversia y contradicción: “el secreto placer de combatir”. El tercero, la duplicidad, la mentira, la simulación. Finalmente, la tendencia a la ociosidad, a la no disposición al trabajo.

Con relación al tópico de la “incontinencia” erótica, Axenfeld (1869) se muestra ambiguo. Inicialmente descarta que sea parte del carácter de manera general, pero

posteriormente las describe como condicionadas por un “temperamento genital”, definido en términos de seducción, en hacerse visibles de manera ostentosa e impudorosa. En resumen, como si el carácter “histérico” consistiría en no adherirse a un rol, lugar, función. La femineidad definida como punto de fuga, constante deriva conductual, afectiva e ideacional. Es por ello, que el autor les reclama en la cima de un pensamiento médico-disciplinario, que ellas tienen la costumbre de “hablar libremente”.

A partir de este mapa de la histeria, Axenfeld (1869) propone un tratamiento que incluye fármacos, hidroterapia y consejos preventivos, articulados como estrategias médicas de compensación frente a los rasgos de “carácter” enunciados. Sugiere: estabilidad (matrimonio), trabajos y actividades, reglas, educación, paseos. Una suma de actos y modelos de vida, que sean antónimos de aquello que se presenta en la clínica, utilizando como medio la legitimidad de la racionalidad médica, buscando restituir un orden en la inconstante y refractaria sensibilidad, una regularidad en las fluctuaciones del cuerpo, una disciplina que garantice el pacto social en los términos de la época.

Si bien Axenfeld representa una postura clara sobre la relación necesaria entre la neurosis y el funcionalismo del cerebro, no por ello el paradigma de lo anatómico-patológico desaparece dentro del campo de investigación. Una nueva práctica surge que no solo consistirá en determinar vía la autopsia, la correlación entre síntomas y localización, sino que abarcará intervenciones en los cuerpos vivos. El punto extremo de la búsqueda de un fundamento orgánico, sucederá cuando converjan la medicina ginecológica y el discurso psiquiátrico. Se trata del inicio de la práctica de la ovariectomía. Con solo tres semanas de diferencia, en 1872, Alfred Hegar en Alemania y Robert Battey en Estados Unidos, realizan procedimientos quirúrgicos destinados a extirpar ovarios (Veith, 1965).

“Sin embargo, fue solo después del estudio de Hegar, <La relación de la enfermedad sexual con las enfermedades nerviosas y la castración en las neurosis>, que comienza realmente a extenderse” (Bonomi, 2009, p. 552). La prescripción de la operación estipulada por Battey, incluía casos de amenorrea, dismenorrea, histero-epilepsia, ninfomanía y locura moral (Jarrell & Stahnisch, 2021). Distante de ser un ejercicio médico marginal, alcanzó una importante notoriedad, que derivó hacia 1886, en

la realización de un congreso en Londres titulado “Castración mental y enfermedades nerviosas”. Bonomi (2009), uno de los pocos investigadores dedicados a estudiar las consecuencias de esta intervención en el discurso psiquiátrico y psicológico, refiere que solo en el año 1886, se publicaron 35 artículos sobre ovariectomía en mujeres diagnosticadas como histéricas. La expansión de las ovariectomías se desarrolló también en Inglaterra y Francia, lo cual revela, la persistencia en diferentes tradiciones médicas del paradigma anatómico-patológico, del carácter técnico de normalización de la psiquiatría, en paralelo a los autores que pensaban la neurosis y la histeria (Briquet) desde un modelo funcional del sistema nervioso.

Una suma de variables se condensa en este procedimiento bio-tecnológico. Fundamentalmente, el foco sobre la sexualidad femenina no solo bajo el tópico de un continente oscuro, sino de un espacio susceptible de experimentación médica, sostenido bajo el primado de la autoridad higienista de la psiquiatría que se expresa en un lenguaje y actos literales: la extirpación. Inevitable asumir, en este contexto, que el efecto de todas las descripciones del “carácter histérico” en el curso del siglo XIX, las prescripciones de profilaxis y consejos en los “Tratados”, la estructura del asilo y del hospital, los nacientes cambios sociales en los roles de género (Anzieu, 1988), hayan contribuido a configurar una modalidad de intervención bajo el primado de la normalización moderna. Jarrell & Stahnisch (2021), señalan un particular recorrido de la etiología de la histeria: aquel que va de la “renuncia” a la atribución del útero como origen, pero formulando hipótesis sobre la prevalencia de disfunciones en los “ovarios” como causa de la enfermedad. Un desplazamiento del útero al ovario que reproduce la asignación biológica y naturalizada, del lazo de la histeria con la femineidad.

Amparados en la cima de una epistemología psiquiátrica del cuerpo y el carácter, se hicieron posibles estas intervenciones que van a adquirir un peso clínico en la disputa de la neurosis y la histeria, con relación al anhelo de hallar por medio de una técnica que acopla lo psíquico y lo somático, el fundamento explicativo de la sexualidad y la sensibilidad femenina. Las razones por las cuales este pensamiento y práctica bio-tecnopolítica ha sido omitida en diversos historiadores que se ubican en la matriz principal de referencia sobre el origen del psicoanálisis con relación a la histeria (Ellenberger, 1970;

Sulloway, 1992; Anzieu, 1988; Gay, 2010; Roudinesco, 2015; Makari, 2008), no resulta un hecho menor ni responde a un descuido bibliográfico. Las menciones antes del siglo XXI son escasas, a excepción de los textos de Ilza Veith (1965) y Mark S. Micale (1995) sobre la Histeria, aunque en ambos solo se trate de breves líneas descriptivas sin un análisis crítico, lo cual no debería dejar de interrogar a las múltiples líneas historiográficas que se borraron o difuminaron en el proceso de pensar, escribir y reescribir las relaciones de poder que implicaban esta práctica.

Este extenso recorrido de los desplazamientos en las formulaciones de la neurosis y la histeria, desembarca en la Salpêtrière. “Charcot, entre 1878 y 1893, realizaba su trabajo y fue la figura médica más importante de la historia de la histeria en el siglo XIX” (Micale: 1995, p. 24). No es inexacto afirmar que todos los afluentes del discurso médico y psiquiátrico, convergen en la autoridad, el conocimiento, los vacíos y la seducción de Charcot, como en ningún otro médico del último tramo del siglo. Sus trabajos sobre la histeria fueron la última estación de una larga trayectoria legitimada en la teoría y la práctica, cuya cima más alta fue la creación de la neurología como campo del saber.

Con relación a las problemáticas y contradicciones del corpus producido sobre la histeria, Charcot fijó y recapituló su historia, en posiciones claras: descartó cualquier referencia al útero y los ovarios como causa de la enfermedad; afirmó que era una enfermedad hereditaria precipitada por factores externos; subrayó que se presentaba en mujeres y varones; enseñó que era una enfermedad funcional del sistema nervioso que carecía de localización. Abrió un campo de trabajo en la clínica de la neurosis (Makari, 2008), basado en una multitud de casos que le permitieron validar, dentro de su comprensión médica, una teoría generada por la observación, descripción y una capacidad argumentativa que pretendía disipar cualquier laguna que se presentara en el discurso médico.

A nivel del método y la psicopatología, un párrafo define su postura:

Esto demuestra la importancia que debemos dar en nuestros estudios a la investigación anatómo-patológica. Pero no ignoran ustedes, señores, que todavía existen, en la actualidad, un gran número de estados mórbidos, que

evidentemente tienen como sede el sistema nervioso, y que no dejan huellas materiales apreciables en el cadáver. Epilepsia, incluso la histeria más inveterada, la corea y muchos otros estados mórbidos que sería demasiado largo enumerar, se nos ofrecen a nosotros como esfinges que desafían la anatomía más penetrante” (Charcot, 1883, T.3, p.14).

La histeria, y las neurosis por extensión, definidas como enfermedades sin “huella material”, habilitan en los enunciados de Charcot, un espacio de intervención clínica a una multiplicidad de síntomas y casos, que resultaban opacos al saber médico. Si la figura de la “esfinge”, se encuentra adherida a la histeria, no es inexacto deducir que se presentaba como el enigma a descifrar en la modernidad médica. Una clínica de la traducción y la interpretación de signos parece esbozarse en esa imagen. Es por ello que este nuevo territorio por hacer inteligible, distante de la rigurosidad anatómico-patológica, aunque consciente de él, necesitaba incorporar un método alternativo y en clara disputa dentro del discurso médico: la hipnosis.

Desde fines del siglo XVIII iniciada por Mesmer hasta Charcot, la hipnosis puede comprenderse como una corriente latente que atravesó todo el siglo. Autores diversos, entre los que sobresalen Puysegur, luego James Braid, quien produce la incorporación al discurso médico, y Charles Richet, hasta alcanzar la polémica entre las escuelas de París y Nancy. Ignorada, sospechada y finalmente validada por Charcot, la hipnosis aparece como un desafío a la racionalidad ilustrada, portando resonancias del romanticismo médico alemán y del magnetismo animal.

Makari (2008) señala que uno de los “golpes maestros” de Charcot, consistió en unir histeria e hipnosis. Si el hipnotismo imitaba a la histeria, y viceversa, era factible afirmar que la unidad de la racionalidad del hombre moderno, podía estar dividida y sujeta a un funcionamiento que revelaba una escena psíquica-somática ajena a la voluntad y con la suficiente fuerza para determinar y explicar la conducta. No fue específicamente para Charcot un método terapéutico, sino un modo de corroboración de esa “doble consciencia” que aparecía bajo la forma de amnesia, sonambulismo, parálisis corporales



o angostamiento del campo visual, que acompañaba a la histeria. La disociación histórica iba acompañada de un estado hipnoide. Si en la histeria se abría un campo de interrogación sobre la unidad de la psiquis-soma, resulta lógico que se necesitaba un método proporcional al cuadro clínico: la hipnosis, que postulaba suspender las razones de la vigilia e intervenía como un sueño diurno homologando el estado de la psiquis del paciente. Psicopatología y método en paralelo

Alfred Binet, alumno de Charcot, lo enunció con claridad en 1887: “Creo haber establecido satisfactoriamente, de una manera general, que los estados de conciencia, sin conocerse el uno al otro, pueden coexistir en la mente del paciente histérico” (Ellenberger, 1970/1976, p. 143). Esa “doble conciencia” se relaciona con un “accidente” o “trauma” que la origina, en personas portadoras hereditariamente de esa condición histórica. Charcot la denominó “histeria traumática”. Predisposición y causa externa, como etiología. Ese “accidente” es definido cualitativamente de diversas maneras – sonido estridente, caída, herida, accidentes de trabajo e impresiones afectivas – y su acción precipita la producción de la sintomatología (Charcot, 1883; Ellenberger, 1970).

Los textos de Charcot, Axenfeld (neurosis), Briquet (histeria), Battey (ovariectomía), entre otros, compendian los devenires en la configuración de una tecnología de intervención sobre la psiquis y el cuerpo, enmarcados en una búsqueda de formalización médica no ajena a contextos sociales de transformación, a presiones de productividad de las fuerzas de trabajo (neurastenia), y a una tensión para definir la diferencia sexual y los reglamentos de convivencia. La progresiva psicologización (homo *psychologicus*, definido por Foucault, ejemplificados con persistencia en el “carácter histérico”) va paralela a las investigaciones anatómicas que buscan evidenciar correlaciones de síntomas y cuerpo. A veces operando de manera conjunta, otras en disyunción.

Este proceso de elaboración psiquiátrica, alcanza en la segunda mitad del siglo XIX, una producción académica que se consolida: construye un “objeto de estudio” (neurosis, histeria, neurastenia), una casuística, un régimen de verdad, un método de investigación, un espacio de corroboración de hipótesis (hospital y asilo), un saber

acumulado y discutido por la comunidad de pares, una aceptabilidad dentro del orden de cientificidad que se expresa en diversos dispositivos de publicación. Solo para tomar como referencia: en la segunda edición ampliada del “Tratado de la neurosis” (1883) de Axenfeld, a la cual se suma el médico Henri Houchard, se contabilizan desde inicios del siglo XIX hasta la producción de Charcot, 284 publicaciones (libros, tesis, artículos) sobre la “Histeria”.

Bajo este marco discursivo, de su espesor teórico, de sus contradicciones clínicas, de una explícita cosificación de lo femenino y de los puntos ciegos de este recorrido científico, se inician las preguntas y la problematización freudiana.

#### 2.4. El informe de Paris: identidad y disidencia.

Entre 1885 y 1886, Freud obtuvo una beca para realizar estudios en neuropatología en el Hospital de la Salpêtrière en Paris, bajo la dirección de Jean Martin Charcot. La estancia duró 5 meses, pero sus efectos signaron la episteme freudiana de una manera irreversible. El dilema que se le presentaba en el entorno académico médico germano lo empujaba a buscar nuevos dominios en el conocimiento y la práctica. No solo se trató de un desplazamiento geográfico y académico, sino de un acontecimiento que resignificó el concepto de “evidencia” anatómica, propio de la medicina locacionalista, sumado a una nueva lectura de la labor clínica, al hallazgo de la histeria como la vía regia para la construcción del psicoanálisis, a la apertura metodológica al campo de la hipnosis y a la pregunta sobre la sexualidad en el esfera humana.

El “Informe sobre mis estudios en Paris y Berlin”, escrito por Freud en 1886, al regreso a Viena, compendia la tensión dialéctica entre la episteme germánica y francesa, y la apertura hacia una problematización de la identidad científica heredada.

Freud señala los motivos que motivaron la solicitud de la beca a Paris:

[...] la certeza de hallar un gran material de enfermos que en Viena solo se encuentra disperso y es por ende de difícil acceso; además el gran nombre de J.-M.Charcot, quien ya lleva diecisiete años de trabajo y enseñanza en aquel

sanatorio; y, por último, que ya no podía aprender algo esencialmente nuevo en una universidad alemana luego que había gozado en Viena de la enseñanza indirecta y directa de los profesores Meynert y Nothnagel” (Freud, 1886/2020, p. 5).

Aquello que relata se circunscribe a tres áreas: la necesidad de espacios clínicos con pacientes, un referente nuevo de autoridad del saber médico, y finalmente, la vivencia intelectual de haber encontrado un límite para la creación científica en el ámbito de la episteme germana. Ese límite obedece a la imposibilidad de flexibilizar o transformar el discurso anatomo-patológico. En cierto modo, Freud anuncia en el informe una crisis frente a un modelo de pensamiento. Se trata de una crítica a una determinada organización metodológica del saber médico, de una conciencia que busca puentes en otra episteme y de un anhelo de un nuevo lenguaje. Strachey (1992) en el prólogo a la edición inglesa del texto mencionado, afirma: “El informe con que comienzan, apropiadamente, estas Obras Completas es el relato de un hecho histórico – el desplazamiento del interés científico de Freud de la neurología a la psicología – narrado por su protagonista en la misma época en que sucedió” (p.3).

Pensar ese tránsito implica matices y umbrales. El significado de la palabra “desplazamiento” aludido por Strachey, puede ser sujeto a comprenderse en términos de una ruptura con la herencia médica, al alejamiento del dominio de la experiencia positivista en sus dos vertientes: nosográfica y anatomo-clínico. Sin embargo, ese “desplazamiento” puede ser interpretado como la detección de un síntoma en las tensiones del discurso médico de la época, una fricción de la cual el Informe de Freud funciona como juez y parte, conciencia de un impasse clínico y teórico, superficie de las fisuras del proceso moderno de racionalización del cuerpo y la psiquis.

No es posible afirmar que se trató de una ruptura, sino de una problematización, es decir de un ejercicio crítico frente a las tradiciones científicas vigentes, y la puesta en relación de esa deconstrucción con líneas conceptuales secundarias dentro de la episteme médica europea. Y es en la figura de Jean Martin Charcot, médico, anticlerical e ilustrado, quien “durante los años 1870-1893 fue considerado el más grande neurólogo de su tiempo” (Ellenberger, 1970/1976, p. 89), autoridad emblemática de la institución

hospitalaria, donde Freud hallará una otredad para reformular los marcos de pensamiento trazados por la anatomía-patológica y el estricto positivismo de la escuela germánica.

“Por oposición a la deficiencia del laboratorio, la clínica de la Salpêtrière ofrecía tal plenitud de cosas nuevas e interesantes que hube de recurrir a todos mis esfuerzos a fin de aprovechar esa oportunidad tan propicia para mi aprendizaje” (Freud, 1886/2020, T.1, p. 9). El relato freudiano es consonante con la tesis de Solms (2000) que afirma el privilegio en la escuela francesa de la clínica - basada en la detección de signos que componían síndromes - sobre lo anatómico (representado en la “deficiencia del laboratorio”), constituyendo en cierto modo, una imagen de figura-fondo.

“Solía decir Charcot que la anatomía, en líneas generales, ha consumado su obra, y la doctrina de las afecciones orgánicas del sistema nervioso está, por así decir, acabada; y que ahora le tocaba el turno a la neurosis” (Freud, 1886/2020, T.1, p.10). Aquello que se revela a Freud, es un horizonte de trabajo nuevo, en un marco legitimado de pensamiento científico. La palabra y los actos de Charcot, claro está, se encontraban inscriptos en el centro del discurso médico y la institucionalidad hospitalaria. Charcot reunía un fondo positivista y un primer plano clínico basado en la observación, detección y clasificación de signos que le permitían avanzar en el terreno movedizo de las neurosis, con la seguridad y validez que su historial médico le otorgaba.

Anzieu (1988) y Roudinesco (2015), enfatizan como rasgo central del trabajo de Charcot en el contexto de la estadía de Freud en París, la escenografía en la presentación de pacientes y una clínica de la mirada. Encuadre teatral y observación. Si bien es cierto ese acento escénico en la clínica, el argumento no logra capturar la singularidad del espacio heredado y creado, al mismo tiempo, por Charcot. Retomando la idea de Foucault en “El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada clínica” (1963) se pueden obtener conceptos capaces de historizar los fundamentos de la práctica en la Salpêtrière. Foucault (1963) señala las diferencias en la “mirada anatómo-patológica” y la “mirada neurológica”.

La primera se focaliza en el cuerpo como espacio al cual el médico, le exige “efectos”, es decir, se trata de detectar mediante un estímulo (la mano en el pecho), una

consecuencia (la tos). Esa correlación abarca un vínculo médico-paciente, y una lectura del cuerpo como emisor de aquello que se espera tras una intervención. De igual modo, es una “mirada” centrada en localizar, vía la autopsia, la localización de aquello que manifestaba el cuerpo. Dos estados del cuerpo se indagan en la “mirada anatómico-patológica”: cuerpo-efecto y el cadáver. “El correlato de la observación no es jamás lo invisible, sino siempre lo inmediatamente visible, una vez apartados los obstáculos que suscitan a la razón la teoría y a los sentidos la imaginación” (Foucault, 1963/2018; p. 149). Es una mirada “racional” objetivadora sobre el cuerpo, lo cual conlleva la capacidad de restituir, vía un ojo representante de la razón médica, una verdad sobre la enfermedad y el sujeto. Mirada distante de un empirismo cotidiano, ella es juicio y diagnóstico, en la medida que establece, tal como lo señala Foucault, una relación entre lo visible y lo enunciable. Observación y lenguaje se anudan en el discurso clínico. Esa mirada requiere un encuadre como presupuesto de verdad, para que la enfermedad se manifiesta y sea leída por el ojo clínico. El hospital configura ese espacio de “verdad”, de “higiene social” donde puede visibilizarse la enfermedad en el canon racional científico.

Es por ello, que los argumentos de Anzieu (1988) y Roudinesco (2015) en esta temática, no complejizan la “operación-Charcot” (Foucault, 1973-1974/2014, p.357) en su vertiente histórica de uno de los hechos centrales del siglo XIX: la complejidad epistémica de una clínica de la mirada, tal como lo fundamenta Foucault. Si las demostraciones de Charcot, adoptaban el carácter escenográfico, era porque estaban situadas en el ámbito científico por excelencia del conocimiento médico: el Hospital, sede de producción del saber, lugar donde la transparencia de la razón podía descifrar visualmente las coordenadas de los signos de la enfermedad. A lo cual se suma, y no es un dato secundario, que el Hospital cumplía una función pedagógica en la práctica, representada en el clásico cuadro de André Brouillet: Lección clínica en la Salpêtrière (1887).

La “mirada neurológica”, a diferencia de la “anatómico-patológica”, se dirige al cuerpo, en otros términos. Su objetivo es otro: el análisis neurológico se focaliza en “[...] buscar un sistema de signos para obtener, no efectos que señalen la presencia de lesiones en un punto determinado, sino respuestas que muestren disfuncionamientos



[...] (Foucault: 1973-1974/2014,p.346). Esa búsqueda implica la incorporación como diagnóstico diferencial del eje voluntario-automático y la diferencia funcional (Foucault, 1973-1974/ 2014) para captar los matices de los comportamientos, por ejemplo, la motricidad, el lenguaje. Si hay respuesta voluntaria o no, se permitirá precisar un diagnóstico de afasia o de parálisis de un miembro del cuerpo. De manera tal, que la neurología modificará el vínculo entre médico-paciente.

Sintetizando las diversas “miradas médicas”, es posible afirmar que el “modelo psiquiátrico” de Pinel disciplinaba al cuerpo bajo la vigilancia panóptica; el “modelo anatómo-patológico” buscaba hallar la lesión y trabajaba fundamentalmente con cadáveres hilvanando correlaciones, y finalmente el “modelo neurológico” trabaja con la superficie del cuerpo, impulsando respuestas que conllevaban la participación del paciente.

Estas diferencias, situadas por Foucault, a partir de la relación “mirada-cuerpo”, permiten comprender el espacio de la Salpêtrière como un escenario de producción científica singular en el contexto del siglo XIX. De manera tal, que es a partir de la “mirada neurológica” propuesta y dirigida por Charcot, que se genera una captura del interés de Freud, un desplazamiento metodológico que se transforma en una interrogación.

Charcot

[...] podía seguir los caminos por los cuales buscaba avanzar hacia la inteligencia de esos fenómenos, estudiar el modo en que comprobaba y superaba dificultades, y notar, con sorpresa, que no se cansaba de observar un mismo fenómeno hasta obtener su concepción correcta mediante este trabajo de sus sentidos, que una y otra vez emprendía siempre y sin prejuicios (Freud, 1886/1992, p.10).

Los caminos que hace referencia Freud a la mirada de Charcot, revelan el carácter de insistencia, de auscultación visual, conformando un método clínico, en el cual se “suspendían” los prejuicios y se abrían hacia aquello que el cuerpo hablaba a través de los signos. La “mirada neurológica” era un estudio donde lo empírico de la clínica, predominaba sobre la teoría, es decir, sobre los enfoques anatómo-patológicos.

En cierto modo, la mirada de Charcot encuadra la mirada de Freud. Y al mismo tiempo, la desvía de los protocolos médicos-visuales que había aprendido en su formación vienesa. Se trata entonces, de una mirada que abre un nuevo espacio sobre el cuerpo, y cierra otra. Es una transformación sustancial en la problematización freudiana: una mirada des-localizada. Una mirada que no busca “ubicar” correlatos entre los signos del cuerpo y la causa cerebral, de modo que puede soportar el síntoma, leerlo, ordenarlo, sin invalidarse por no hallar la correlación física que la explique.

Por tanto, hay una zona de tránsito en lo visual, en el modo de recopilar los signos del cuerpo, que Freud descubrió en la Salpêtrière. Es posible afirmar entonces, dentro de la problematización freudiana, un desplazamiento que va de la mirada neurológica (Charcot) al esbozo de lo que se puede denominar una “mirada psicoanalítica”. Con frecuencia, en la historiografía psicoanalítica, se omite ese estado de la visión que Freud construyó en París, haciéndose una secuencia directa de la “clínica de la mirada” charcotiana (Roudinesco, 2016, p.78) a una “clínica de la escucha” freudiana. La oposición entre ambas clínicas diferenciadas por el canal sensorial – mirada, escucha – suprime una zona media, un puente, dando la impresión de una ruptura, cuando se trata de una sucesión. El argumento de autores como Anzieu (1988), Roudinesco (2016), Makari (2008), parte de una premisa que es necesario discutir: la mirada estaría ideologizada por el discurso médico, a diferencia de la escucha, que sería un mecanismo clínico neutral, purificado del escenario hospitalario. Una supuesta “higiene” auditiva, es asumida como un dato de la realidad. Esa omisión se asienta en la idea de una hipotética ruptura en las relaciones de poder-saber (Foucault) por el psicoanálisis. Aquello que es necesario señalar en el proceso de construcción freudiana, es cómo se desplazan las relaciones de poder-saber desde un modelo psiquiátrico (Pinel), a un modelo anatómico-patológico (Helmholtz, Brucke, Meynert) y a un modelo clínico-neurológico (Charcot), hasta llegar al modelo que dio origen al psicoanálisis.

En esa secuencia, la experiencia de Freud en París, brinda alcances de la problematización dentro del marco epistémico de la época, trazando diferencias, preguntas y hallazgos. Uno de ellos, es la “mirada psicoanalítica” sobre el cuerpo. Freud lo señalará en el citado informe (1886), en la necrológica sobre Charcot (1893) y lo

retomará en “Contribuciones a la historia del movimiento psicoanalítico (1914): “Aprendí a sofrenar las inclinaciones especulativas y, atendiendo al inolvidable consejo de mi maestro Charcot, a examinar de nuevo las mismas cosas tantas veces como fuera necesario para que ellas por sí mismas empezaran a decir algo” (Freud, 1914/1992; T.XIV, p. 21). La afirmación de Freud implica un aspecto metodológico: examinar repetidamente hasta que las cosas se expresen por sí mismas, es decir, sin intervención externa. Se trataría, en esta revisión del método de la mirada-Charcot, de crear una relación médico-paciente capaz de suscitar en un silencio activo visual, la emergencia de los signos del cuerpo. Sin embargo, hay un razonamiento y una serie de premisas implícitas en el texto de Freud que es necesario despejar. Por un lado, la idea de una neutralidad médica, sea visual o auditiva, en el marco del trabajo diagnóstico. Por otro, la noción que la clínica debe crear las condiciones para que el cuerpo hable, como si la anatomía ya no estaría restringida a ser solo un objeto de investigación silencioso por el observador, sino que es un lugar de emisión de un lenguaje de signos. El cuerpo-signo hablando por sí mismo. Ese cuerpo solo puede leído por una mirada que no es la anatomo-patológica, ni la psiquiátrica normalizadora. Ni está estructurada por el vínculo médico-paciente que se desprende de esos modelos. Sin duda, la pretensión de Freud de haber hallado un empirismo del cuerpo a nivel de los síntomas, una especie de mirada neutral en la captación y emergencia de las emisiones patológicas, se encuentra inscrita en la episteme de la época. Si aparece fenoménicamente como una nueva realidad a los ojos de Freud, se debe a la formación médica positivista que había recibido. Solo por contraste entre el modelo anatomo-patológico y el modelo neurológico, surge la idea de una “expresión pura” de la sintomatología.

La problematización freudiana consiste, en este caso, en crear un espacio clínico entre la mirada y el síntoma, que ofrece condiciones de apertura a otra lectura de la enfermedad mental, tal como era concebida en la época. Resulta significativo en este contexto, el carácter fundacional que Freud le otorga a Charcot al respecto, equiparándolo al biólogo Cuvier en el Jardín de Plantas, clasificando visualmente el mundo vegetal y animal, hasta acercarlo con el primer hombre: “[..] o bien del mito de Adán, quien vivió acaso en medida suprema ese goce intelectual exaltado por Charcot,

cuando Dios le presentó el mundo vivo del paraíso para que lo separara y lo nombrara (Freud, 1893/1992, T.3; p.15).

Contextualizando el terreno donde surge el acto médico de dejar “que los síntomas” hablen por sí mismo, es posible afirmar una “mirada psicoanalítica”: técnica y método, nosográfica, des-localizada parcialmente del cuerpo positivista, y herramienta de desciframiento y conocimiento. Suspendida, en apariencia, da preeminencia al objeto-cuerpo, habilitando una clínica hasta el momento impensada: los signos del malestar revelando una interioridad psicológica.

Esa “mirada psicoanalítica” es uno de los procesos de elaboración freudiana en Paris que serán decisivos, en la medida que recoge una experiencia clínica que será una de las columnas vertebrales de la teoría.

Freud escribía en una carta a Martha Bernays, en diciembre de 1885, lo siguiente:

Estoy totalmente bajo la impresión de Paris y podría ponerme a hablar en muy poéticos tonos, comparándola con una grandiosa y adornada esfinge que devora a todos los forasteros que no pueden solucionar sus enigmas y otras cosas por el estilo” (Caparros, 1997, p.418).

La ciudad como una Esfinge enigmática y adornada. Doblemente amenazante a la mirada. Phillips (2014), comentando la mencionada carta, se permite conjeturar que el Paris de la esfinge le formuló a Freud las preguntas que marcaron su destino académico y al cual dedicó toda su vida para responderlas.

Freud relata en otra carta a Martha Bernays:

Creo que estoy cambiando mucho. Charcot, que es a la vez uno de los más grandes médicos, un hombre de una sensatez genial está echando por tierra simplemente todos mis puntos de vista y mis propósitos. A menudo salgo después de una clase, como cuando salgo de Notre Dame, con nuevas impresiones que requieren ser elaboradas (Caparros, 1997, p.409).

Hay una serie que puede establecerse entre Paris, la Esfinge, Charcot y Notre Dame. Una secuencia donde la ciudad y sus hábitos liberales, los enigmas del cuerpo

de las pacientes y las resonancias religiosas, dialogan entre sí, produciendo una transformación epistémica, una apertura a un territorio a descifrar –que no es otro que la ciencia médica/psicológica sin la búsqueda de localización anatómica. “Nuevas impresiones que requieren ser elaboradas”: síntesis de la estancia en la ciudad, el hospital y la presencia de Charcot.

Freud lo resumirá en el texto necrológico ante la muerte de su maestro - Charcot (1893)- cuando citará la escena donde varios médicos y estudiantes formados en la escuela alemana, le señalaban a Charcot, que sus afirmaciones contradecían a la teoría de Young-Helmholtz. “Charcot no respondió como hubiera sido de esperar: < Tanto peor para la teoría. Los hechos clínicos tienen primacía>. Pero pronunció una frase que nos impresionó intensamente: < La teoría es algo bueno, pero no impide existir” (Freud, 1893/1992; T.2, p.31). La frase de Charcot funciona como una crítica al principio de autoridad médico locacionalista. Abre el horizonte de la patología “funcional” del cuerpo para Freud. Y con ello, un modo posible de comprensión de las enfermedades mentales, los dilemas humanos, las exigencias de explicación, y crea un hiato epistemológico en la clínica. Crisis que adquiere la forma de una tensión y un cisma interno. Y que acompañará a Freud en un proceso de revisión crítica de su formación médica, frente a la cual se halla ahora en condiciones de reformular.

El “Informe de Paris y Berlin”, redactado a su regreso a Viena, estará dirigido a una audiencia inevitablemente hostil ante su relato, un gran Otro anatómico-patológico, frente al cual expondrá con un estilo oscilante entre la cautela y la disidencia, una interrogante sobre la autoridad de sus profesores y colegas, y signará el lugar paradójico del psicoanálisis: heredero y disidente de la época. Gay (2010) lo plantea de la siguiente manera : “De regreso a Viena (después de un alto en Berlín para estudiar enfermedades infantiles) el problema de Freud ya no consistía en decidir con qué escuela francesa iba a alinearse, sino en cómo tratar con el incrédulo establishment médico” (p.77).

El nombre y el peso de Charcot, legitiman a Freud, y lo sostendrán en su retorno a Viena, en la búsqueda de un nuevo lenguaje médico-psicológico. Será una figura tutelar, otro referente de autoridad para pensar la clínica, asumiendo la racionalidad positivista como sustrato, pero distanciándose de su validez exclusivamente positivista.



Freud fue a París para continuar sus investigaciones en neuroanatomía, pero terminó estudiando a Charcot. Y en este periodo formativo entre 1884 y 1894 de encuentros (y colaboraciones) con hombres notables - Charcot, Fliess y Breuer-, fue Charcot quien tuvo la mayor influencia en su vida y obra (Phillips, 2014, p.84).

La lectura de Phillips jerarquiza el nombre de Charcot sobre los otros dos médicos, subrayando el efecto traumático, en sentido extenso, que tuvo la estancia y la elaboración posterior de sus efectos en Freud.

En paralelo a la obra y presencia de Charcot, cuando se analiza la discusión sobre las gradientes del positivismo médico del siglo XIX, es necesario sumar los trabajos de Theodule Ribot, quien cumple un lugar significativo en el desarrollo de la episteme francesa en su carácter clínico. Si bien Freud no lo menciona en sus textos, la presencia de Ribot junto a la de Charcot, estructuran las preguntas y el método que dieron forma al desplazamiento del positivismo mecanicista como única sede del saber médico en la escuela francesa. Makari (2008) es uno de los pocos historiadores que le dedica páginas valiosas en la composición del espacio neuro-psicológico de la segunda parte del siglo XIX, ahondando las razones por las cuales Ribot trazó parte de la experiencia clínica que Freud recibió (y construyó, en otro sentido) en la Salpêtrière.

Sumergiéndose en los escritos de pensadores británicos, Ribot emerge en 1870 con *Psicología Inglesa Contemporánea (La escuela experimental)*. A pesar de la parquedad de su título, el libro se abrió con un enérgico manifiesto que definiría la psicología en Francia durante décadas (Makari, 2009, p.10).

El argumento de Makari reside en situar a Ribot como el primero que buscó construir una psicología científica manteniendo una postura crítica frente a la hegemonía del modelo positivista de August Comte (Ribot, 1881, p. 26) quien cancelaba la posibilidad de generarse un conocimiento psicológico válido y objetivo. La estrategia teórica de Ribot se basa en los siguientes aspectos: diferenciar la psicología de la metafísica (Ribot, 1881), conservar el carácter científico de la psicología, e incorporar autores del empirismo y la psicología británica como marco teórico para dar un cauce a su objetivo.

Es relevante la lectura de Makari (2008) sobre Ribot, en la medida que suma, reconstruye, recontextualiza, los avances de la psiquiatría francesa con los desarrollos de la escuela inglesa asociacionista. Ribot produce una intersección entre corrientes epistémicas, para poder dar cabida a una psicología que acoja dos vertientes: el cientificismo objetivista y la subjetividad, representada en la investigación de la asociación de ideas como objeto de estudio. Sin apelar a nociones que él consideraba metafísicas – como las facultades mentales - ni religiosas, se dirige a dar cabida a la experiencia interna. Adoptando el modelo de Ribot, los neurólogos franceses utilizaron la psicología asociacionista en paralelo a las explicaciones hereditarias. Esa conjunción entre herencia física y empirismo, dará una apertura y una resignificación de la labor clínica que se verterá en textos, explicaciones, vínculos médico-paciente y un pensamiento nosográfico renovado que se distanciará de las categorías del “alienismo” (Pinel, Esquirol) y del mecanicismo biológico. “El método empleado será a la vez subjetivo y objetivo” (Ribot, 1881, p.35). El método subjetivo que dará cuenta en el vínculo con el paciente procede por:

[...] análisis, y el objetivo por síntesis; el método interior es el más importante, porque sin él no se sabe de qué se habla, y el método objetivo es el más fecundo porque el campo de su investigación es casi ilimitado. ¿Pero en qué consiste el método objetivo? En estudiar los estados psicológicos desde afuera, no desde el interior, en los hechos materiales que lo traducen, no en la conciencia que les da nacimiento (Ribot, 1881, p.36).

Makari (2008) lo denomina “método híbrido”. Incluso Ribot (1881) menciona un término que abre aún más el campo: “correlaciones psicológicas”, es decir, relaciones entre ideas, ideas y sensaciones, o conjunto de ellas.

Guillin (2004) subraya la importancia de Ribot en la construcción y desplazamiento de la psicología francesa. Acuña para resumir parte del trabajo de Ribot, el término: “ambiguo positivismo”, el cual es exacto, como modo de pensar las superposiciones y matices de la psicología y el discurso médico en la segunda parte del siglo XIX, y en cierto modo sitúa la especificidad de la escuela de la Salpêtrière. La “ambigüedad” reside en separar a la psicología de la metafísica (gesto positivista), pero al mismo tiempo, darle

cabida a la interioridad de los estados mentales, evitándolos subsumir en el mecanicismo biológico. Guillin (2004), en una lectura ajustada a los textos originales de Ribot, le concede la idea de un paralelismo mente-cuerpo: “Porque adoptó desde el principio el postulado del paralelismo psicofísico, según el cual <todo estado psíquico está invariablemente asociado a un estado nervioso> (Ribot, 1879/1881, p. 6). Si se quería atribuir todo estado psíquico a un antecedente fisiológico, se necesitaban los dos términos de la relación y, por tanto, había que apoyarse principalmente en la introspección” (Guillin, 2004, p.172).

El marco Charcot-Ribot compone líneas nuevas de pensamiento en Freud: reevaluaciones internas epistémicas, redefiniciones de la relación médico-paciente, la pregunta por la relación entre causalidad psíquica y física, la decisión de otorgarle preeminencia a la clínica dejando a un segundo plano al modelo de localización de la enfermedad, el hallazgo paulatino de una “mirada psicoanalítica” heredada de una “mirada neurológica”, la cual será el prolegómeno de la “clínica de la escucha” y finalmente, un modelo de encuadre-hospitalario distinto al conocido en Viena, el cual será reelaborado posteriormente.

Ese proceso se graficará en la producción de textos después de su estancia en París, en la capacidad especulativa para urdir un tejido de pensamiento que avanzaba en diferentes flancos de manera simultánea: hipnosis, histeria, sexualidad, lenguaje, encuadre y prolegómenos a una teoría de la mente.

Uno de los efectos que produjo, como se ha señalado, la lectura del “Informe de París y Berlin” en el auditorio de la Sociedad imperial de médicos de Viena (Roudinesco, 2015), fue de resistencia y sospecha. Meynert, maestro de Freud y figura central vienesa, criticó dos postulados de la exposición freudiana: la hipnosis y la existencia de una histeria masculina. La problemática de la diferencia sexual con relación a la histeria adquiriría el carácter de una disputa entre maestro-alumno. Aquello que se constataba es que Meynert ya no ocupaba en la racionalidad freudiana, el lugar de maestro. Había sido sustituido por Charcot. Pero no es solo una cuestión de nombres ni de identificaciones, sino de posiciones teóricas-clínicas, de sistemas de ideas que abren o cierran horizontes de trabajo.

La disidencia de Freud, se tradujo en un texto elaborado después de la lectura del “Informe”, titulado “Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico” (1886). Escrito de manera técnica y minuciosa en sus descripciones, utilizando un riguroso lenguaje médico, el caso elegido por Freud era una posición crítica explícita y un trazado simbólico destinado a subrayar una diferencia. Al afirmar que la histeria también se presenta en varones, es decir, que el cuadro clínico no se explica por la estructura biológica de la diferencia sexual ni por la psicología del “carácter” asociada a un modo de ser femenino, Freud marcaba un disenso frente a la línea histeria-femineidad que había atravesado el discurso psiquiátrico del siglo XIX. “El efecto de esta controversia menor derivó en que Freud llegó a ser un importante representante vienés de la ideas francesas sobre la histeria, hipnosis, psicología y psicopatología” (Makari: 2008, p.27), es decir, ocupando el lugar de un extranjero intelectual, asumiendo un proceso de separación e individuación del modelo anatomo-patológico y de las diferencias sexuales tal como estaban establecidas por el discurso psiquiátrico para explicar la psicopatología.

Dos textos más se produjeron en 1886. El primero, la traducción de “Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso” de Charcot. De ese voluminoso texto, Freud escogió los capítulos XXIII y XXIV. Ambos sobre un caso de coxalgia en un varón “histérico”. La elección revela que aquello que seguía estando en juego era la discusión con Meynert y con lo que representaba. Aparte del prólogo, Freud anotó comentarios a pie de página que fluctúan entre la asimilación al modo de pensamiento de Charcot, y la disidencia. Puntualizaciones donde se vislumbra una distancia crítica con la concepción de la histeria de la Salpêtrière.

El segundo texto escrito en 1886 es un manuscrito no publicado, “Introducción crítica a la neuropatología”, que

[...] incluía conceptos innovadores que sentaron las bases para su trabajo posterior. La novedad más importante fue la idea de que la periferia del cuerpo no se proyecta al córtex de manera simple y directa, como supuso Theodore Meynert, profesor de Freud, sino que está representada ahí. En otras palabras, la relación

entre cuerpo y córtex no es topológica sino funcional”(Gamwell & Solms, 2019, p. 125).

Estas ideas serán retomadas en el artículo sobre la Afasia (1888) que escribió para el “Diccionario de medicina general” de Villaret, y continuarán siendo desarrolladas de manera exhaustiva en el texto sobre La Afasia (1891). Solms (2000) sitúa en estos tres escritos - donde se refleja la influencia del neurólogo inglés Jackson-el nacimiento de una teoría de la mente que no está subsumida en el lenguaje anatómico, aunque se asiente paralelamente en él.

La tesis de Solms (2000), siguiendo a Forrester (1980) afirma que el origen del modelo de la mente de Freud, y por extensión del psicoanálisis, se origina en la disyunción entre afasia y centros del lenguaje, funcionalismo y locacionalismo. Sin duda, es una de las rutas innovadoras para pensar el origen de la problematización freudiana y de los cimientos que dieron vida al psicoanálisis. Sin exclusión de este camino, es posible subrayar otras trayectorias, siguiendo la producción de textos post-Paris, que remitirían a la relación entre histeria-hipnosis. El “Freud-neurólogo” enfatizado por Solms, no se contrapone al “Freud-clínico” en la vertiente de la hipnosis y la histeria. Se necesitan ambas tensiones, para interrogar qué es aquello que predomina en la problematización freudiana o cual es el grado de intersección (Forrester,1990) que conducirá a la creación del psicoanálisis. Disociarlos, implicaría restringir la multiplicidad de órbitas de pensamiento que poblaban la episteme de la época.

Un contrapunto a la tesis de Solms (2000) y Forrester (1990), se encuentra en el prefacio al libro de Bernheim, “De la sugestión hipnótica y de sus aplicaciones en terapéutica” (1888). Freud quien también lo tradujo, analiza las diferentes posiciones entre las escuelas de Nancy y Paris. Pero el aspecto central no reside ahí, sino en aquellas preguntas, hipótesis y tesis, que permiten habilitar esta discusión. Particularmente, con relación a la mente:

No disponemos de ningún criterio que permita separar de forma tajante un proceso psíquico de un proceso fisiológico, un acto del córtex de un acto de las masas supracorticales, ya que la <conciencia>, sea lo que fuere, no corresponde a cada actividad de la corteza cerebral, ni tampoco siempre en la misma medida a una



actividad particular. La conciencia no está ligada a una localización determinada en el sistema nervioso (Freud, 1888/1992; T.1, pp.90-91, ).

Por tanto, es claro que el “Freud-neurólogo” y el “Freud-clínico” avanzaban en paralelo en el proceso de cuestionar los sedimentos positivistas del funcionamiento del cerebro (afasia) y de la etiología y producción sintomática en la histeria. Una labor que oscilaba en un delicado equilibrio epistemológico: mantener un pie en la racionalidad médica y dar espacio a una comprensión psicológica de la psicopatología de la histeria. Aquello que se disputaba en la lectura de la Afasia, acerca del funcionalismo psíquico del lenguaje y la mente, era una discusión en un terreno propiamente neurológico. Aquello que permitía la problematización de la histeria era el acceso a una clínica psicológica que no se enmarcaba en el “tratamiento moral” (Pinel, Esquirol) ni en la higiene de consejos normalizantes (Briquet; Axenfeld), ni en las sugerencias de “aislamiento” del medio familiar (Charcot: 1885), y menos aún en las prácticas de ovariectomía (Battey).

El punto de intersección entre la crítica de la afasia y la crítica a la histeria, se halla en una variable central para la teoría y práctica que Freud ensayaba construir: la palabra. Si se lee el texto de la Afasia como la búsqueda de un lenguaje que se desligue de la explicación neurológica de la localización (Broca, Wernicke), es factible encontrar un argumento que amplía sus consecuencias. No solo marcar la diferencia entre lenguaje y cerebro, función y evidencia física, sino de abrir un campo donde las palabras implican un posibilidad clínica. Se trataría entonces de poner en discusión un nuevo orden del lenguaje desprendido de los centros cerebrales para habilitar una fundamentación de la palabra terapéutica. La importancia de esta lectura consiste en el interés freudiano de legitimar un acto de lenguaje capaz de incidir en el paciente, es decir, un tratamiento donde el lenguaje ya no remita a su localización sino a sus efectos “funcionales”. Esos efectos no son otros que aquellos que se buscaban en la incipiente y conflictiva clínica de la neurosis. En esa línea, los textos sobre la Afasia (1888, 1891) se conectan con la serie de traducciones y escritos en la misma época sobre la Histeria y la Hipnosis: Histeria (1888), Prólogo de Bernheim (1888), Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices e histéricas (1888-93), la reseña de August

Morel sobre el Hipnotismo (1889), Tratamiento psíquico (1890), Hipnosis (1891), Un caso de curación por hipnosis (1892-93), las Notas a la traducción de Charcot (1892-94) hasta llegar a la Comunicación Preliminar (1893) con Breuer, futuro primer capítulo de Estudios sobre la Histeria (1895). Ambas investigaciones – Afasia e Hipnosis/Histeria – se validan mutuamente en sus objetivos y toma de distancia con la racionalidad positivista.

Por ese motivo, los escritos freudianos sobre la Hipnosis, Sugestión e Histeria, se encuentran atravesados por la cuestión de otorgarles una legitimidad científica. Si Freud encontró en Charcot, la condensación de neurología y clínica, el mismo procedimiento argumentativo realizará con Forel y Bernheim.

En especial quien esto escribe ha tenido, frente a los ataques de Meynert, la sensación de encontrarse en buena compañía en su recomendación de la hipnosis. El profesor Forel es una prueba de que se puede ser un muy destacado especialista en anatomía del encéfalo y, no obstante, ver en la hipnosis algo más que una incongruencia de dudoso gusto (Freud, 1889/1992, p. 104).

Freud se desmarca en la reseña dedicada a Morel, no solo una vez más de Meynert (al exterior de la hipnosis), sino de Mesmer y Charcot (al interior de la misma). Distancia crítica frente al magnetismo animal y distancia en dirección a Charcot quien solo concebía a la hipnosis como una herramienta para comprobar el funcionamiento de la histeria. Una tercera vía aparece progresivamente: aquella sostenida por el médico suizo Forel y por Bernheim, de la escuela de Nancy. En ambos encuentra un horizonte donde la sugestión, pensada como método de tratamiento causal por medio de la palabra, logra un efecto terapéutico, más allá de los cuadros clínicos específicos, como pensaba Charcot. Palabra, hipnosis y sugestión, se encuentran articuladas en el centro de las investigaciones freudianas. Se trata de una palabra capaz de afectar las “representaciones” patológicas del paciente y modificar sus síntomas, en un encuadre donde el médico ejerza el lugar de ser instrumento de la cura al enunciar la palabra-clínica desde una posición teórica funcionalista de las relaciones mente-cerebro.

Ya no se está en estos textos dentro del encuadre-hospitalario donde la palabra era un herramienta técnica para el examen y el interrogatorio (Foucault, 1973/1974), el

consejo prescriptivo-normativo o circunscripta a una función pedagógica ante el grupo de pares (Charcot).

Es lícito agregar que, en una serie de casos, la sugestión cumple con todos los requisitos de un tratamiento causal; por ejemplo, en perturbaciones histéricas que son el resultado directo de una representación patógena o el depósito de una vivencia conmocionante (Freud, 1889/1992, T1, p.109).

De manera tal, que se establece un vínculo entre sugestión, palabra médica, representación patógena (huella funcional) y trauma, cuya sumatoria configura una teoría de la cura diferenciada del discurso psiquiátrico, una posición psicopatológica frente a la etiología de la histeria y un modo de funcionamiento de la psiquis.

Las razones por las cuales la hipnosis-sugestión y su campo de trabajo (histeria), entendida como técnica y teoría de la influencia verbal-vincular entre médico y paciente, ha sido el espacio de problematización frente al discurso psiquiátrico-neurológico, resultan evidentes en la construcción freudiana (Chertok-de Saussure, 1980; Sloterdijk, 2020). Es allí donde podía disputarse la discusión teórica-clínica frente al modelo anatómo-patológico. Ahí donde la histeria no aparecía como mero efecto de simulación o inestabilidad propia del “carácter femenino”, donde el médico era capaz de intervenir por medio de palabras en las representaciones patógenas, y emergía una nueva comprensión del homo psychologicus, creando los prólogos de una interioridad que se distanciaba del lenguaje de la nosografía o la nomenclatura de enfermedad mental para todo aquello que amenazaba al ideal moderno de racionalidad.

“Freud volvía a tomar a la locura al nivel de su lenguaje, y reconstruía uno de los elementos esenciales de una experiencia acallada por el positivismo; [...] restituía al pensamiento médico la posibilidad de un diálogo con la sinrazón” (Foucault, 1961/2015, T1; p. 529). Y es en ese diálogo frente a todo lo que emergía como irreductible a la higiene social médica, que se va delineando la construcción del psicoanálisis. Pero sería un equívoco suponer que nada subsiste del marco positivista en los textos freudianos posteriores, y fundamentalmente en Estudios sobre la Histeria (1895), cuya escritura será el momento de elaboración de todo el recorrido realizado desde la formación en Viena, la estancia en París, los textos y traducciones posteriores, la visita a Nancy, la presencia

de Breuer y el contexto social de un fin de siglo donde la modernidad ilustrada empezaba a evidenciar sus fisuras. Si la problematización freudiana puede entenderse como un trabajo del duelo del discurso psiquiátrico-neurológico, será necesario analizar el momento posterior de producción teórica-clínica, indagando qué hilos permanecen como puntos ciegos de esta historia, cuáles elementos se han resignificado, y asumir críticamente la inevitable disociación que implica cualquier tentativa fundacional. Esa discusión será la guía que articule el trabajo en el próximo capítulo.



### Capítulo 3: Elaboraciones Freudianas

El proceso de cuestionamiento y problematización realizado por Freud con relación al discurso psiquiátrico y neurológico, en el marco de la episteme europea del siglo XIX, conduce a la construcción de elaboraciones conceptuales que constituyen los postulados que trazarán el nacimiento del psicoanálisis.

En el presente capítulo abordaremos, dentro del marco que guía esta investigación – “Una historia crítica de los orígenes del psicoanálisis” – cuatro temáticas donde convergen y se expresan las elaboraciones freudianas, realizadas después de la experiencia en París, el encuentro con Charcot, el regreso a Viena y la producción de textos y traducciones desde 1886 hasta la escritura de Estudios sobre la Histeria (1895) en colaboración con Josef Breuer. En ese intervalo de tiempo, Freud crea un marco de interrogantes y discusiones sobre el discurso psiquiátrico que sientan las bases del proyecto psicoanalítico. Strachey (1992) denomina a esa producción textual “publicaciones pre-psicoanalíticas”.

Los cuatro ejes que propondremos como articulaciones de las elaboraciones freudianas de ese periodo fundacional son: fundamentos de la psiquis a partir del principio de constancia (teoría), clínica de la neurosis (técnica), escritura clínica (método) y encuadres sexuales (contenido).

El marco de análisis de estos cuatro ejes se elaborará en relación al contexto de fin de siglo XIX, atravesado por los ideales de progreso social de la modernidad, signados por un siglo que hizo de la medicina social (Foucault, 1973-1974/2001) un dispositivo de disciplina de los individuos, y que comprendía relaciones de poder que formaban subjetividades en instituciones (fábrica, colegio, asilo, cárceles, educación), destinadas a una higiene-conductual que marcaba una línea divisoria entre lo normal y lo anormal, la racionalidad y la enfermedad mental, lo productivo e improductivo económicamente. El surgimiento del psicoanálisis se encuentra atravesado por todas estas variables.

#### 3.1. Fundamentos de la psiquis y principio de constancia

La búsqueda de un principio organizador de la psiquis se desarrolló en líneas paralelas desde el retorno de Freud a Viena. A partir de un ejercicio especulativo entre la clínica



de la histeria, reflexiones sobre la hipnosis, el reencuentro con Breuer, la crítica progresiva a Charcot, el clima positivista y las investigaciones sobre la afasia, se fueron decantando conceptos y posiciones teóricas.

Una interrelación entre explicaciones psicológicas y físicas, acompañan este proceso de construcción de un fundamento capaz de albergar las tensiones entre una serie de dualismos que se presentaban como una pregunta a resolver: otorgarle una validez a la causalidad psicológica, y al mismo tiempo, hacerla compatible con la legitimidad de las investigaciones neurológicas que constituían el marco de referencia del campo científico. Herencias de la psicopatología francesa y herencias de la psiquiatría germánica, aportes de la medicina británica, debían de entretorse en una clínica de la histeria y un fundamento nuevo del funcionamiento de la psiquis.

No se trata, claro está, de una problemática de proporciones ni justo medio para Freud, sino de hacer viable un principio de funcionamiento con capacidad de validez para la episteme de la época.

Un punto de partida en la búsqueda de un principio rector de la psiquis, se encuentra en el texto que Freud redactó en 1888 sobre la Histeria para la enciclopedia de Villaret. Escrito con estilo de recapitulación de los desarrollos a la fecha sobre la Histeria, utilizando un lenguaje transparente propio del formato de una Enciclopedia, funciona como una memoria de su experiencia en París y avizora trazas de diferencia con la misma. En los párrafos iniciales retoma una definición consonante con la plasmada en 1886 en el Informe del viaje a París y Berlín. Si allí anunciaba que Charcot sacó a la histeria del “caos de la neurosis”, ahora la define como la “bestia negra de la medicina”.

La variedad teórica que heredaba el cuadro “histérico” le permite a Freud, un grado de especulación que habilitaba nuevas posiciones críticas. Si bien, como ya hemos señalado, Charcot aparece como aquel que condensa el final de la historia de la histeria en el siglo XIX, dándole una nosografía específica, también es necesario poner de relieve que las vacilaciones históricas y teóricas sobre la neurosis ofrecían la posibilidad de una divergencia o una resignificación. Era el campo de disputa del discurso psiquiátrico y neurológico.

Freud reiterará en el texto su postura: “Otro carácter, importante en extremo, de las afecciones histéricas es que de ningún modo ofrecen un reflejo de la constelación anatómica del sistema nervioso” (Freud, 1888/1992, T1,p.53). Después de esta afirmación, donde se evidencia la disyunción entre lo anatómico y lo funcional, Freud recurrirá a situar a la histeria dentro de una lógica cuantitativa, mensurable, es decir, ofreciendo un argumento desde la economía del sistema nervioso. Aquí se halla el primer momento de una elaboración propia.

Las alteraciones de la histeria son “[...] modificaciones en la distribución normal, sobre el sistema nervioso de las magnitudes de excitación estables” (Freud, 1888/2020, T1, p.54), abriendo el campo de una explicación para la postulación de un principio de base anclado en el cuerpo. Freud enuncia varios conceptos implícitos que devendrán posteriormente en el “principio de constancia”: parte de la idea de una “distribución normal” del sistema nervioso, una tendencia a la estabilidad de las excitaciones, las cuales establecen un modo de funcionamiento del ser humano. Si en autores anteriores, la histeria se asociaba a la sensibilidad del encéfalo (Briquet,1853) como causa de la afectación exacerbada, a la cual se sumaba el argumento del “carácter femenino” inestable y susceptible de cambios, ahora Freud realiza un proceso de traducción en términos físicos de la emocionalidad del cuadro clínico. No solo se desmarca de la diferencia naturalizada de género, sino que busca un lenguaje atravesado por la economía y la regulación de las “excitaciones” a nivel del sistema nervioso. De manera tal, que empieza a construir una explicación, en otros términos: puede afirmar que en la histeria hay un “excedente” de excitación, un desvío de la regularidad del sistema nervioso que no alcanza a tramitarse.

Ese exceso se desplaza, se inhibe o estimula otras áreas del cuerpo, configurando un devenir que encuentra en el síntoma una expresión. No se está lejos dentro de este razonamiento, de la etiología de la “conversión” cuando se afirma que esa tensión no procesada se dirige a lo somático.

A partir de este “exceso” de excitaciones del sistema nervioso, se plantea otro esquema de entendimiento sobre la Histeria. Abandonando el discurso del par moral de la continencia/incontinencia, el cual conllevaba a una clínica de la prescripción de

consejos y orientaciones de vida destinadas a disciplinar a la/el paciente para ingresar en la cuadrícula de lo esperable socialmente, se ingresa en otro territorio conceptual. El hecho que Freud desplace la problemática de lo moral al funcionamiento del sistema nervioso, es una modificación sustantiva en la concepción de la psicopatología, de la clínica, y finalmente del homo *psychologicus*, es decir, de cómo se plantea la construcción de la noción psico-física del ser humano. Sin embargo, si en primera instancia puede parecer que Freud se ampara en la legitimidad de la explicación física, paulatinamente se discierne que el aspecto cuantitativo del funcionamiento del sistema nervioso, reviste características psicológicas de manera implícita. Se trata de un postulado que ubica al ser humano en una zona inestable orgánicamente, sujeto a variaciones de excitaciones, donde el cuerpo no es un espacio armónico de funciones adaptativas sino un lugar permeable a los tránsitos de huellas e impresiones que provienen del mundo exterior e interior, en un proceso continuo de movimiento. Ajeno al locacionalismo y a la definición del ideal moderno de racionalidad, Freud plantea un postulado donde las oscilaciones físicas-psíquicas y el conflicto de cargas afectivas, conducen a un trabajo elaborativo del ser humano para hallar un punto hipotético de equilibrio, el cual se encuentra amenazado constantemente de perderse.

El artículo sobre la Histeria (1888) también encadena la problemática económica de las excitaciones con el tratamiento de la neurosis. Freud realiza allí, la primera mención del método catártico, el cual se presenta congruente con la tesis de las cantidades de energía excesivas en la histeria. Catarsis, economía de excitaciones y abreacción, componen una serie indisoluble. Después de enumerar varios tratamientos que componen el discurso psiquiátrico (alejamiento de la familia, hidroterapia, cura de reposo, masajes, tratamiento moral, mejoramiento de la sangre), Freud señala lo siguiente:

Más eficaz todavía es un método que Josef Breuer fue el primero en practicar en Viena; consiste en reconducir al enfermo, hipnotizado, a la prehistoria psíquica del padecer, constreñirlo a confesar la ocasión psíquica a raíz de la cual se generó la perturbación correspondiente (Freud, 1888/1992, T1, p. 62).

Es por la ruta del enigma de la histeria entrelazada con la “suma de excitaciones” que Freud construye una teoría y una terapéutica: hipnosis, hallazgo del trauma y verbalización del recuerdo. Tal como lo señala, la clínica imita el mecanismo que generó la histeria, pero lo hace, claro está, en orden temporal inverso. La hipnosis en tanto técnica de suspensión de la conciencia permite encontrar el recuerdo que produjo un exceso de excitación. “Su sintomatología muestra que este excedente de estímulo es distribuido por representaciones conscientes e inconscientes. Todo cuanto varíe la distribución de las excitaciones dentro del sistema nervioso es capaz de curar perturbaciones histéricas [...]” (Freud, 1888/1992, T.1, p.63).

El curso de la investigación del lazo de lo cuantitativo en el cuerpo, encontrará en el texto “Tratamiento psíquico” (1891) una aproximación donde la causalidad psicológica y la física se vuelven a hilvanar. Freud utilizará el concepto de “afecto” para englobar a todos los estados anímicos, incluido al pensamiento. Se trata de una lectura donde las relaciones tanto al interior del ser humano o en interacción con el medio ambiente, se encuentran concebidas en un lenguaje de afecciones, huellas, aumentos o disminución de excitaciones. Haciendo un recorrido de la variedad de situaciones biológicas y sociales – sexualidad, miedo, ira, dicha – que afectan psicológicamente, se busca evidenciar la connotación en el cuerpo de cada uno de ellos. Validar a las afecciones – homologadas en su sentido a las “excitaciones” - es uno de los objetivos del escrito y una ampliación de la comprensión del campo psicológico en el cuerpo.

A partir de estas primeras intelecciones donde los montos de excitación excesivos conducen a repensar la histeria, y de una terapéutica basada en la hipnosis, Freud empezará a construir el “principio de constancia”. La referencia inicial se presenta en la Carta a Breuer (29-6-1892) y en “Sobre la teoría del ataque histérico”, que han sido agrupados por Strachey, junto a la “Nota III”, bajo el nombre “Bosquejos de la Comunicación Preliminar” (1892). El conjunto de textos tiene un valor central en la elaboración de la teoría psicoanalítica y en la autoría de Freud del concepto que estamos desarrollando.

La carta empieza tratando de pensar el orden de exposición de los conceptos del futuro texto. Consta de dos partes: teoría y clínica (histeria). Freud (1892/1992) sugiere

lo siguiente: “[...] articularía el material así: 1. Nuestras teorías: a) La tesis de la constancia de la suma de excitación. b) La teoría del recuerdo. c) La tesis de que los contenidos de estados de conciencia diferentes no asociados unos con otros” (pp.183-84). Constancia, recuerdo y estados de conciencia, se entrelazan como un corpus metapsicológico de explicación de la histeria. Si el principio de constancia, está ubicado en primer lugar, es posible hallar las razones de esa decisión teórica, a que es concebido como la base de la argumentación de la memoria (trauma psíquico) y los estados de conciencia implicados. El recuerdo traumático es entendido cuantitativamente como una suma de excitación que la persona no puede tramitar, sea por ausencia de abreacción o por carencia de enlace de asociaciones mentales. Ante esa imposibilidad de descarga física o psicológica, su excitación (afecto) queda “estrangulada” como un cuerpo extraño, aislada del resto del funcionamiento del sistema. Una sobreexcitación que persiste en la memoria desprovista de conexión deviene en un agente de producción sintomática. Freud también lo explica en “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” (1893), especialmente en la última parte redactada después de la “Comunicación preliminar”. Y lo argumenta haciendo una diferencia entre dos modelos de explicación: las parálisis orgánicas bajo el marco anatomo-patológico, y las parálisis histéricas bajo el modelo funcionalista del principio de constancia. Tomando como ejemplo de análisis la parálisis del brazo señala: “[...] el órgano paralizado o la función abolida están envueltos en una asociación subconsciente provista de un gran valor afectivo, y se puede mostrar que el brazo se libera tan pronto como ese valor afectivo se borra” (Freud, 1893/1992, t1, p.209). Strachey (1992) subraya en el comentario citado, que se trata de una de las primeras veces que Freud menciona el concepto de inconsciente, lo cual es congruente con el rol central del principio de constancia en las elaboraciones de origen del psicoanálisis, en la medida que todo “exceso” se aloja en un área no accesible al sujeto que padece y desconoce la etiología de su síntoma. El “exceso” fija el recuerdo y se mantiene activo inconscientemente produciendo síntomas. En este caso, los motivos de la parálisis del brazo. En el mismo texto, Freud extrapola este mecanismo a casos de histeria no traumática. De manera tal, que se trata de pensar una teoría general de la etiología de la neurosis: una huella portadora inscribe un “plus” de excitación que buscará ser



descargada hasta volver a equilibrar la constancia del sistema nervioso. Ante la imposibilidad de abreacción o trabajo asociativo de la idea concomitante, surge el síntoma.

Así también lo explica en la tercera parte de los “Bosquejos de la comunicación preliminar”: “El recuerdo que forma el contenido del ataque histérico no es arbitrario, sino que es el retorno de aquella vivencia causante del estallido histérico – del trauma psíquico” (Freud, 1893/1992, T.1, p.188). Magnitud de excitación (causa cuantitativa) y especificidad del recuerdo traumático (causa cualitativa) se enlazan en la argumentación de la histeria, y por extensión, de la neurosis. Respecto a la “cualidad” de las impresiones capaces de suscitar un exceso no-tramitable, Freud (1893) enumera las siguientes: conflictos anímicos originados por el pudor y circunstancias sociales asociadas a la sexualidad. “Histeria de las monjas, de las mujeres abstinentes, de los muchachos bien criados [...]” (p.190). Una casuística breve, claro está, pero articulada profanamente alrededor de la sexualidad y los estratos sociales.

Freud desarrolla progresivamente el diagrama del principio de constancia, reafirmando la idea del sistema nervioso como un campo de tensiones o excitaciones que se convierten en una exigencia de elaboración para el sujeto. Un aspecto que se desprende de estas formulaciones surge cuando Freud equipara la capacidad de tramitación de las sumas de excitaciones con un modelo de salud psíquica. Una salud entendida en dos aspectos. En primera instancia, indagar qué cualidad tienen las afecciones para generar estados de constancia o inconstancia. En este punto, la sexualidad y el pudor social funcionan acoplados como causa eficiente del “exceso”. En segunda instancia, a nivel económico, el principio de constancia es descrito como carente de contenido: una función biológica neutral axiológicamente. Presentado en términos de un mecanismo regulatorio con dos umbrales – grado cero de excitación en el polo menor, y exceso en el otro extremo - resulta complejo y ambiguo situarlo, en estos términos, como un principio orientado a la higiene social. Freud solo habla de una modalidad de tramitación capaz de albergar las variaciones excitatorias. La idea de una finalidad vinculada a la salud también es señalada en “Las neuropsicosis de defensa”:

Aquí se puede partir de la siguiente tesis: Si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo que por el momento llamaremos la «suma de excitación». Ahora bien, en todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de volver a empujarse esa suma de excitación (Freud,1894/1992; T.3, p.37).

Si una de las funciones del discurso psiquiátrico es marcar y solidificar una línea demarcatoria entre la salud y la enfermedad, diferenciando la razón de la locura bajo el paradigma de la alienación mental (Pinel,1797), de la anormalidad (Baillarger,1855) la degeneración (Morel, 1857) o la anomalía física (ovariectomía; Battey,1886), resulta claro que Freud no lo plantea en esas coordenadas. Al afirmar el “principio de constancia”, en un lenguaje energético similar a un mecanismo procesual, se desplaza del diagrama que asignaba valores estables para definir lo sano y lo enfermo, lo normal y lo anormal. Si la “enfermedad” es una perturbación del equilibrio de fuerzas suscitado por afecciones que exceden la capacidad de abreacción o enlace asociativo, se trata de una diferencia sustancial en la concepción médica-psicológica del ser humano. Ya no hay “locos” o “enfermos mentales en sí”, asignados como entidades fijas cosificadas, sino procesos fallidos en tramitar las afecciones. La “locura” es privada de la consistencia que le otorgaba la psiquiatría. A diferencia de ella, aparecen afecciones variables, estados de equilibrios o inconstancias en los excesos de excitaciones. A partir de los desequilibrios, se plantea una nueva etiología y nosografía donde el diálogo con la sinrazón y los síntomas se resignifica, abriendo el camino a un horizonte clínico distinto en sus objetivos y técnicas. Volveremos sobre este tema en la siguiente sección.

Por tanto, aquello que se visibiliza en la decisión freudiana de postular el “principio de constancia”, es un concepto que se disemina cuestionando las diferentes áreas que abarcaba la episteme del siglo XIX: etiología y causalidad de la neurosis, debate entre lo anatómico y lo funcional, relación normativa entre enfermedad y salud y modelos clínicos de intervención.

Strachey (1992) le otorga un amplio espacio de reflexión en el “Apéndice. Surgimiento de las hipótesis fundamentales de Freud”; incluso delinea una trayectoria donde lo relaciona con el “principio de inercia neuronal” (Proyecto de psicología,1895),

el “principio de placer”, hasta ubicarlo en los estratos que moldearon la formulación de la “pulsión de muerte” (1920). Una postura similar se encuentra en el Diccionario de Psicoanálisis, donde los autores afirman que “El principio de constancia se halla en la base de la teoría económica freudiana. Se encuentra presente desde los primeros trabajos, y nunca deja de suponerse implícitamente su influencia regulando el funcionamiento del aparato psíquico [...] (Laplanche y Pontalis, 1981, p. 287).

Solms y Sailing (1986) también le asignan una valoración primordial en los dilemas freudianos dirigidos a la búsqueda de un soporte neurológico a la psiquis, y también sostienen que el principio de constancia continuó como un sustrato en el edificio teórico psicoanalítico. Por otra parte, a nivel del rastreo histórico de fuentes que originaron este concepto, tanto Ellenberger (1976) como Makari (2009) encuentran en la obra de Gustav Fechner un antecedente genérico, apenas descriptivo, en el denominado “principio de estabilidad”.

Anzieu (1988) lo señala como un concepto clave en las primeras elaboraciones freudianas; Breger (2000), Gay (2010), Roudinesco (2016) se encuentran entre quienes no se pronuncian al respecto. La multiplicidad de posturas acerca del “principio de constancia”, al interior de la historiografía psicoanalítica, revela la problemática de la discusión, y al mismo tiempo, la necesidad de re-pensar su importancia con argumentos que no solo precisen su rol en el desarrollo de los eslabones que fueron configurando al psicoanálisis, sino contextualizándolo con la historia del discurso psiquiátrico del siglo XIX.

La idea central que proponemos es pensar la necesidad de esta elaboración en los siguientes términos: el “principio de constancia” es un emergente de las tensiones freudianas frente al discurso psiquiátrico del siglo XIX. Un concepto que se desprende de la fricción teórica en el campo social, práctico y discursivo de los enunciados sobre la psicopatología de las neurosis, la terapéutica hipnótica frente a los tratamientos y una respuesta a la pregunta de cómo generar una intersección entre el positivismo orgánico y la subjetividad psicológica. Es una elaboración frente a las aporías clínicas y teóricas que planteaba la episteme de la época. Si a partir de Ribot (1881), Charcot (1883) y el texto sobre la Afasia enmarcado en las posturas de Jackson (Solms, 2000), Freud había

logrado una salida a la episteme anatómo-patológica, privilegiando lo funcional del sistema nervioso sobre la localización, ahora le resultaba factible redefinir el campo de una psicología a partir de otros estratos teóricos. El “principio de constancia” se constituyó en un concepto que cumplía dos funciones: por un lado, exhibía una aceptabilidad crítica frente al discurso materialista propio de la ilustración, pero sin adherir al requisito de la evidencia (Comte,1830; Griesinger,1845; Meynert,1884); por otro lado, abría la posibilidad de construir un espacio psíquico subjetivo, que permitiera una comprensión del ser humano, sin aludir a hipótesis metafísicas ni al misticismo del magnetismo animal ni al reduccionismo anatómico mecanicista. Se trataba de un apuesta que podía sostener la siguiente paradoja: psicologizar al sistema nervioso, y en paralelo, materializar la mente sin pretender una localización específica. Lo psicologiza planteando el lugar de las “afecciones” que cumplen el aspecto cualitativo, como ya ha sido señalado. Lo materializa, subrayando un modelo del sistema nervioso compuesto por “excitaciones” que le dan una corporalidad, un movimiento de lo orgánico que busca una regulación procesual.

En retrospectiva, el principio de constancia discute conceptos que estaban sedimentados en el discurso y la práctica psiquiátrica. A nivel de la problemática de género, que establecía diferencias en la sensibilidad como causa de la etiología de la histeria, se grafica en Freud una crítica significativa. La lógica cuantitativa del sistema nervioso, semejante a un esfuerzo por lidiar con ese equilibrio móvil de excitaciones, no está supeditada a la diferencia biológica sexual. A nivel de la influyente teoría de la degeneración (Morel,1857) que planteaba una marca de herencia irreductible al tratamiento, anticipando conceptos como el de eugenesia y que implicaba el estatuto humano de lo incurable (Foucault,1973-1974/2001); la postura de Freud era radicalmente opuesta. Así lo expresa en el Manuscrito F/2 dirigido a Fliess en agosto de 1894: “Esto da que pensar sobre la herencia. Es probable que en la familia K. solo esté presente la <predisposición>, la aptitud para enfermar con más seguridad y más gravemente con la etiología típica, no la <degeneración>” (Freud, 1986, p.87). Incluso en los comentarios a pie de página sobre la traducción que hizo de Charcot sobre los casos de histeria, Freud se pronuncia sobre una variante atenuada de la teoría de la degeneración: “La concepción de la <familia neuropática> [...] difícilmente resista una crítica seria” (Freud:

1892-94, T.1, p, 177). El lazo entre incurabilidad y degeneración, no es un hecho menor, ya que derivó en la inserción de la psiquiatría en el ámbito legal, como soporte científico de las conductas desviadas y criminales (Roith, 2008). Por estos motivos, el principio de constancia emerge también como una respuesta destinada a modificar las concepciones de aquello que en el ser humano, se denominaba irreductible a la clínica y por extensión, al orden social. La solidez hermética del discurso de la degeneración, haciendo de la herencia un factor de división social entre normales y anormales, es problematizada por Freud desde una nueva formulación del sistema nervioso y de una causalidad psicológica. El “exceso” de excitaciones incapaz de tramitarse no equivale a un destino genético, sino a una dificultad en la abreacción o en los mecanismos psicológicos de enlace de asociaciones.

Como signo de esta ampliación de la comprensión del funcionamiento psíquico-físico, se puede mencionar el Manuscrito D, escrito por Freud en mayo de 1894, dirigido a Fliess, que lleva como título “Sobre etiología y teoría de las grandes neurosis”. Allí son centrales las referencias a la constancia como principio explicativo: “el proceso sexual en el sentido de la teoría de la constancia”; “mecanismos de la neurosis”: “las neurosis como perturbaciones del equilibrio por descarga”; “síntesis de la teoría de la constancia, teoría sexual y de las neurosis” (Freud, 1986, pp.71-72). Enlazado con la clínica, el principio de constancia resignifica la concepción de la neurosis. Circunscripta a una “perturbación del equilibrio” como modo de funcionamiento, se libera del obstáculo de las tipologías de carácter donde el razonamiento psiquiátrico se adhería a prejuicios y descripciones que cerraban las puertas a la intervención terapéutica y justificaban el destino asilar disciplinario. Aquello que sedimentaba a la neurosis como un cuadro estable, adquiere visos de movimiento en la lógica funcional de las afecciones, que conducen a una racionalidad distinta.

Complementando la idea de interacciones de equilibrios y desequilibrios, se halla en el texto titulado “Cerebro” de 1888, una formulación congruente con lo señalado. Freud (1888) describía al sistema nervioso compuesto por fuerzas centrípetas y centrífugas: una tendencia biológica de excitaciones donde se alojaba la idea de un conflicto entre la estabilidad y las oscilaciones. Si en esa definición se respira un campo



de inestabilidades orgánicas, es posible intuir que en el proceso freudiano de dar forma a una comprensión divergente de la problemática que lo circundaba, era necesario complejizar la fijeza anatómica del cerebro perteneciente al modelo locacionalista. Había que aplicar una dinámica disruptiva al interior del organismo que no sea homologable a las posturas de la herencia, degeneración o a la idea de cuño rousseauiana de una naturaleza armónica que había sido interferida por las costumbres y las transformaciones de la modernidad económica y social.

Por estos motivos, la discusión alrededor del “Freud-neurólogo” en contraposición al “Freud-clínico” no permite avanzar en la singularidad del origen del psicoanálisis. Han sido ambos modelos de trabajo y pensamiento, funcionando en paralelo, los que han provisto el material con el cual se empezó a dar forma y contenido a una nueva teoría y clínica del ser humano. Pensar el “principio de constancia” como una traducción en lenguaje físico de una pregunta psicológica, implicaría la discutible idea de pensar que las actas freudianas de fundación del psicoanálisis se originaron como una oposición con el discurso psiquiátrico. Esa posición desconoce la dialéctica de tensiones presentes en la episteme de la época. Sostenemos que el gesto freudiano es asumir esa fricción, elaborarla, pensar sobre sus componentes para transformarla, y abrir instancias de entendimiento sobre la dinámica funcional del sistema nervioso en paralelo a la indagación psicológica-clínica de la neurosis.

Dentro del campo de estas fricciones epistémicas alrededor de la neurología y psicología, concentradas en el principio de constancia, la posición de Laplanche y Pontalis (1981), aborda la complejidad y contradicciones que se presentaban. En un análisis detallado del concepto, ponen en evidencia la polisemia de las lecturas posibles que suscita. Se permiten especular, asociando el principio de constancia a leyes de la física lo siguiente:

En una transposición de este tipo, es preciso definir el sistema que se considera: ¿se trata del aparato psíquico y de la energía que circula por su interior?, ¿se trata del sistema constituido por el conjunto: aparato psíquico-organismo, o incluso: organismo-medio? (Laplanche y Pontalis, 1981, p.288).

Las tres preguntas van al núcleo de la problemática y la elaboración freudiana. Si se trata del aparato psíquico pensado en términos energéticos-económicos, como una zona de desplazamiento de cargas, resulta claro que la respuesta es afirmativa, aunque parcialmente. Las razones residen en que se privilegia en este enfoque al “Freud-clínico” sobre el “Freud-neurólogo”, y estarían enmarcadas en la idea de ruptura del psicoanálisis con la episteme circundante. La lectura que estamos sosteniendo va en la dirección de afirmar, en primera instancia, un “aparato psíquico-organismo” donde convergen lo psicológico y lo orgánico-funcional, lo cualitativo y lo cuantitativo en un proceso continuo de equilibrios y desequilibrios. Es ahí donde se visibiliza el conjunto de ideas-fuerza de la elaboración freudiana. Respecto al tercer interrogante que plantean sobre el principio de constancia como una explicación de los vínculos organismo-medio, se introduce un término nuevo que es necesario recoger y sumar a la definición: la interacción basada en la economía de excitaciones entre el sujeto y el ambiente. Ya no se trataría solo de un “aparato psíquico-organismo” lidiando con cargas y afecciones endógenas sino de un equilibrio que requiere la presencia de un medio y una alteridad para su funcionamiento. Indudable que la formulación de Freud implicaba esta condición. Todos los casos clínicos de “Estudios sobre la histeria” (1895) comprueban que los factores del “medio” ejercen una influencia en el nivel de las afecciones que es necesario equilibrar. El “principio de constancia” no es elaborado como un sistema cerrado en busca de una autosuficiencia hipotética que excluya al entorno afectivo y social. Ya desde la reseña al libro de Morel sobre hipnotismo, se puede encontrar formulaciones en esa dirección: “Como ya se ha explicado tantas veces, toda la educación social del hombre descansa en una sofocación de representaciones y de motivos inviables y en su sustitución por otras mejor adaptadas [...] (Freud, 1889/1992, T1, pp.102-03). El “medio” aparece en esta referencia como obstáculo y normatividad para asegurar la cohesión social. El otro rostro del “medio”, se grafica en que resulta una condición necesaria para hallar el equilibrio, ya que hay necesidades endógenas – alimenticias, sexuales – que solo pueden descargarse mediante una “acción específica” y requieren evidentemente, salvo prácticas alucinatorias, al otro para su objetivo. Este movimiento, lo denomina “apremio de la vida” (Freud, 1895/1992, p.341). La alteridad del “medio” es concebida como un retrato de dos caras: normativa-obstáculo y necesaria e ineludible (“ananké”, según Strachey, idea que

será retomada por Freud en “El malestar en la cultura”). Por tanto, condensando las preguntas formuladas por Laplanche y Pontalis, se puede asignar al principio de constancia la función de un aparato psíquico-orgánico en interacción regulatoria/desregulatoria con el medio.

La importancia de la relación con el entorno es susceptible también de ampliarse más allá de los equilibrios o inestabilidades puntuales donde el marco y los vínculos sociales se hacen presentes como un ámbito relacional de negociación de afecciones. Nos referimos a precisar el “medio” socio-político en el cual se producen las elaboraciones freudianas y en qué medida constituyen una variable que impregna los orígenes del psicoanálisis y las formulaciones que venimos desarrollando sobre la búsqueda de un principio de constancia y sus atravesamientos y destinos bio-psico-sociales.

En esa línea, el trabajo de Schorske (1981) es una de las propuestas nodulares, ya que congrega un análisis histórico de las dinámicas culturales que se sucedieron en Viena durante el epílogo del siglo XIX. La amplitud de la tesis del autor integra con hondura teórica, diferentes ramas del saber y la práctica – psicoanálisis, arquitectura, literatura, urbanismo – en el marco del devenir político de la modernidad austríaca. La tesis del autor se ancla en las particularidades y sinuosidades que sucedieron en Austria entre dos corrientes políticas, propias de la Ilustración europea: por un lado, los liberales, adeptos a la idea de progreso y racionalidad, expresados en el crecimiento de la burguesía a nivel económico y cultural; por otro lado, los conservadores, representados por la monarquía, la aristocracia y la tradición estética. Ese conflicto que atravesó los diferentes países y reinos de Europa se realizó con matices y gradientes. En el caso de Austria, según la argumentación del autor, resultó fallido. No se alcanzó a consolidar el empuje liberal-moderno y sus ambiciones de reforma social frente al pasado. La presencia de los grupos conservadores opacó la actualización en el diagrama social de los ideales modernos. En ese contexto, los sectores liberales experimentaron el “fin de siglo” como un momento de decadencia y desilusión del proyecto de progreso.

No solo los mejores escritores de Viena, sino sus pintores y psicólogos, incluso los historiadores de arte, estaban preocupados por el problema de la naturaleza

individual en una sociedad que se estaba desintegrando. De esta preocupación, surgió la contribución de Austria a una visión del hombre (Schorske, 1981, p. 4).

Si el impulso moderno en Berlín, Londres y París, se produjo a partir de los desafíos y promesas políticas de progreso; “irónicamente, en Viena, fue la frustración política que incitó al descubrimiento del [...] hombre psicológico” (Schorske, 1981, p.5). Se trata, en términos de la tesis del autor, de un movimiento opuesto, nacido de una prematura conciencia de las fisuras de la modernidad como proyecto transformador. Aquello que sucede en Viena a nivel de la creación científica y artística en el fin de siglo, es un acto de repliegue de lo colectivo a lo individual, de la política como esfera pública de discusión e intercambio de diferencias, a un retiro hacia el mundo privado. Desde ese espacio originado en el escepticismo cultural, del divorcio de la política y la psiquis, efecto de la disyunción de lo colectivo y lo personal, se elaboraron las construcciones teóricas y estéticas que dieron la materia para las creaciones vienesas en música, pintura, literatura y psicología. Ante las vacilaciones, contradicciones e irresoluciones, de una sociedad donde el retorno y la permanencia de la religiosidad católica, esteticismo romántico y la jerarquía política tradicional contra-ilustrada, opuestas al ideal moderno laico - de aspiración democrática e igualdad de derechos-, surgen respuestas creadoras en los fueros internos de intelectuales que solo encontraron asilo en el retiro y la sospecha del presente y el futuro.

Por esos motivos, el autor ubica al psicoanálisis como una teoría científica nacida de una crisis, de un retiro al pensamiento de lo individual en busca de una definición de la psiquis capaz de albergar un nuevo fundamento frente a un marco social que no lo proveía. En ese sentido, el psicoanálisis es entendido como una reflexión a-histórica (Schorske, 1981). Sin duda, habría que enmarcar esa definición: no se trata de un aislamiento de la historia, sino de un efecto, una formación de compromiso, incluso de un síntoma en el sentido extenso, donde las transacciones dispares entre lo individual y lo colectivo no pudieron tramitarse ni en una acción específica ni en un trabajo de ideas asociativas. Nacido de tensiones imposibilitadas de resolver en el ecosistema cultural, el psicoanálisis halló en el terreno de la construcción una subjetividad asediada por el constante desequilibrio de las afecciones, el lugar de un pensamiento de resistencia y

elaboración, inevitablemente en las márgenes al replegarse del clima de desintegración de lo colectivo, para hallar una base segura en un trayecto similar a un éxodo mosaico privado (Sloterdijk, 2020).

En este contexto de oscilaciones e incertidumbres de materialización del ideal moderno, es factible comprender el “principio de constancia” no solo como una elaboración frente a la racionalidad del discurso psiquiátrico, sino también como un punto de apoyo clínico-teórico de cara a una realidad incapaz de asegurar el contrato social. Las ideas que componen su definición – tendencia al equilibrio, tensiones cuantitativas y cualitativas de excitación afectiva, cargas, sobrecargas, abreacción, enlace de representaciones, síntomas – pueden leerse también como atravesadas por el entorno de fin de siglo vienes. Ideas que lo representaban, lo problematizaron y lo elaboraron.

En una sociedad donde las coordenadas que componen la estabilidad política, destinadas a garantizar el orden y la predictibilidad de un proyecto común, se encuentran fisuradas, el “principio de constancia” freudiano emerge como una respuesta y una necesidad: eje dinámico portador del conflicto emergente entre los desequilibrios de la política y la psiquis. Desde esta perspectiva, la equivalencia especulativa de un “aparato psíquico-organismo-medio” que proponen Laplanche y Pontalis (1981), al contextualizarla y resignificarla desde las tesis de Schorske (1981), adquiere el valor de una afirmación.

Es claro que en el análisis de Schorske (1981), el foco se centra en los conflictos del campo socio-político moderno, sin ingresar a la problemática de la construcción del discurso médico-psiquiátrico-neurológico. Esa no es su discusión. Pero sus señalamientos ofrecen luces puntuales sobre el ethos de emergencia de la apuesta freudiana. Por ello, resulta necesario plantearse una hipotética intersección de las tesis de Schorske (1981), organizadas en la crisis de fin de siglo vienes, y las tesis de Foucault (1973-1974), articuladas en las relaciones de poder-saber del discurso y la práctica psiquiátrica, de manera tal, que pueda hallarse un campo mayor de entendimiento de las variables sociales que moldearon la inteligencia y sensibilidad de las elaboraciones freudianas. En esa línea puede entenderse el proyecto freudiano como un campo elaborativo de las tensiones que convergieron en el epílogo fallido del siglo vienes entre



liberales y conservadores, y al mismo tiempo, como una divergencia crítica - no una ruptura- nacida a partir de la asimilación y cuestionamiento del discurso médico y la terapéutica de la neurosis del siglo XIX, del desplazamiento de la frontera que diferenciaba entre salud y enfermedad, racionalidad y locura, y así proponer un nuevo modelo de la psiquis condensado en el principio de constancia y una práctica clínica específica.

### 3.2. Clínica de la neurosis: Técnica.

El complejo diagrama de variables que componen la clínica psiquiátrica-hospitalaria, será problematizado y reelaborado por Freud. Relaciones médico-paciente, modelos de intervención, dirección de la cura, concepción del vínculo entre enfermedad mental y salud, congruencias y vacíos entre la teoría y práctica, distribución del saber sobre el síntoma y condiciones del espacio donde el tratamiento se realiza.

El trabajo freudiano sobre la recepción y crítica del dispositivo psiquiátrico puede ser sintetizado de la siguiente manera: “Freud ha puesto en claro todas las estructuras del asilo: ha hecho desaparecer el silencio y la consideración, ha acabado con el reconocimiento de la locura por ella misma en el espejo de su propio espectáculo y ha hecho que se callen las instancias de condenación. Pero ha explotado, en cambio, la estructura que envuelve al personaje del médico” (Foucault, 1961/2015, T.2, 261-262). El análisis de Foucault contiene dos líneas de análisis: por un lado, el proceso de separación-individuación freudiano frente al sistema asilar, subrayando la acción de convertir en “audible” al “silencio” de la locura, y otorgarle un espacio de existencia a esa alteridad que no era admitida en la racionalidad ilustrada; y por otro lado, situar a la práctica clínica freudiana como una heredera de la relación de poder instaurada desde la mirada y la intervención del médico.

Se puede leer la crítica foucaultiana como una síntesis y un punto de partida para ubicar la especificidad de la elaboración freudiana. Sin embargo, no es suficiente señalar una ambivalencia, sino es necesario indagar qué hilos la componen, cómo se intersectan, y finalmente evaluar en qué medida representa los orígenes clínicos del psicoanálisis. Por ese motivo, en esta sección trabajaremos los textos freudianos producidos en el siguiente intervalo fundacional: desde el “Informe del viaje a Paris y Berlin” (1886) hasta

la publicación de “Estudios sobre la histeria” (1895), escrito junto a Josef Breuer. En dicho periodo, se elaboraron las problemáticas, dilemas y posiciones epistémicas que configuraron el andamiaje teórico-clínico sobre el cual se construyó el psicoanálisis.

Analizando la tesis citada de Foucault (1961/2015), es claro que la institución asilar construye el marco inaugural de trabajo clínico de la “enfermedad mental” y la “anormalidad” en el siglo XIX: es el espacio disciplinario moderno que establece las coordenadas de un abordaje clínico, expresando en forma y contenido al discurso psiquiátrico. Sostenido por el imperativo moderno de “higiene social”, se ocupa de delinear la frontera entre los ciudadanos adaptados a las reglas y exigencias del sistema socio-político, y aquellos que resultan excluidos por ser portadores de esa marca que es la locura o la anomalía, representando un peligro para los ideales de convivencia.

La particularidad de la institución asilar, se inscribe en una historia cultural. Occidente ha construido dos grandes sistemas del tratamiento de las amenazas de las epidemias sociales: el “modelo de la lepra”, que expulsaba a los individuos enfermos bajo la premisa de purificar a la comunidad; y el “modelo de la peste”, que procedía de manera inversa, mediante el encierro, gestionando la enfermedad en una cuadrícula espacial amurallada, aislada de la sociedad (Foucault, 1978/2017). El asilo del siglo XIX es heredero de esta última lógica occidental del tratamiento de las enfermedades. Emplazamiento de administración y disciplina de las asimetrías sociales, el asilo establece los fundamentos de una clínica a partir de una relación de poder que asignará al conocimiento y la voluntad del médico, toda la autoridad para dirimir las condiciones de vida de los enfermos mentales. Se trata de un mecanismo, en palabras de Foucault (1973-1974/2014), que busca “imponer una realidad” mediante el saber científico y procedimientos técnicos – disciplina, distribución en pabellones, trabajos, castigos, reglamentos – dirigidos a doblegar el carácter irreductible atribuido a la locura. Ese proceso terapéutico-asilar consistía en inscribir la realidad del médico, bajo el primado de la razón instrumental, sobre el cuerpo y las palabras del enfermo, de manera tal, que “entre el médico y el paciente la verdad nunca está en juego” (Foucault, 1973-1974/2014, p. 191). La “verdad” de la enfermedad se encuentra homologada y circunscripta al territorio y ejercicio del médico, único en la potestad de formularla, el cual se encuentra

asignado y validado a ser el principio ordenador y garante de un ideal de objetividad, no sujeto a contrastación por el paciente. El rol, identidad y palabra del individuo-asilar medicalizado, se hallaba restringido a un objeto de verificación de una determinada nosografía, a ampliarla o redescubirla, según los casos, o a ser instrumento de pedagogía para el grupo de pares médicos.

Extendiendo este argumento, se puede afirmar que estrictamente que en el encuadre-asilar:

no hubo verdaderas teorías de la curación y ni siquiera tentativas de explicación de esta; no hubo sino un corpus de maniobras, tácticas, gestos por hacer, acciones y reacciones por desencadenar, cuya tradición se perpetuó a través de la vida asilar (Foucault, 1973-1974/2014, p. 195).

Si bien, pueden hallarse dentro de los diversos “Tratados de la neurosis” (Briquet, 1853; Axenfeld, 1863) y otras enfermedades, indicaciones de apariencia clínica, sean “consejos” o “prescripciones de conducta”, no constituían un modelo terapéutico propiamente dicho, sino procedimientos disciplinarios cimentados en una objetivación del enfermo mental que funcionaban como herramientas de control y saturación de la alteridad. Se trataba de un conjunto de “indicaciones” que no pueden ser entendidas como un procedimiento terapéutico. Es por eso, que la afirmación citada de Foucault donde señalaba no “estar en juego la verdad” en la relación asilar médico-paciente, es una descripción exacta de la modalidad psiquiátrica de intervención: no buscaba “saber” nada de la biografía del paciente, ya que se lo concebía como invalidado de ejercer una narración “verdadera” sobre su enfermedad. Disociado de la “verdad” y de lo real de sí mismo, por los síntomas de la locura, el enfermo “[...] es preciso que advierta que cada una de sus respuestas es significativa dentro de un campo de saber ya constituido por completo en la mente del médico” (Foucault: 1973-1974/2014, p. 217).

Frente a este contexto clínico de “encuadre asilar”, empieza a delinearse progresivamente la elaboración freudiana. El primer texto donde Freud empieza a esbozar su postura crítica se titula “Tratamiento psíquico” (1891). Contemporáneo al trabajo sobre la Afasia (1891), y en diálogo con sus tesis, el escrito desarrolla una

defensa de los tratamientos psicológicos, privilegiando en la argumentación dos aspectos: causalidad psicológica y función de la palabra.

En primer lugar, haciendo un balance de los descubrimientos médicos sobre el conocimiento del cuerpo, Freud rescata la importancia de lo psíquico como una realidad que ha sido omitida dentro del campo de conocimiento psiquiátrico. Su posición la expresa en los siguientes términos:

La relación entre lo corporal y lo anímico (en el animal tanto como en el hombre) es de acción recíproca; pero en el pasado el otro costado de la relación, la acción de lo anímico sobre el cuerpo, halló poco favor a los ojos de los médicos. Parecieron temer que, si concedían cierta autonomía a la vida psíquica, dejarían de pisar el seguro terreno de la ciencia (Freud, 1891/1992, T.1, p.116).

Argumentando desde una posición cuestionadora hacia lo anatómico-patológico como única explicación y fundamento de la ciencia de las enfermedades mentales, Freud se apoya en los estados “funcionales” (neurosis, neurastenia) del cerebro para sostener y habilitar la posibilidad de una clínica psicológica. No se trata entonces de una crítica generalizada al modelo científico, sino de una ampliación de su capacidad explicativa. La idea subyacente de Freud, como ya ha sido señalado, es incorporar dentro del discurso de la ciencia psiquiátrica, la causalidad psicológica en la neurosis, amparada en la “evidencia” de los desórdenes funcionales patológicos.

Por estos motivos, es necesario sostener que la clínica freudiana se construye legitimando las patologías funcionales como campo de investigación y tratamiento:

Yo afirmo, por el contrario, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella (Freud: 1893; T.1; p,206).

Esa cesura entre anatomía y funcionamiento del cuerpo de la histeria, marca el origen de la comprensión freudiana de la clínica. Es a partir de ella, abandonando las aporías que planteaba el modelo anatómico-patológico, que Freud se plantea la necesidad de una estrategia terapéutica congruente con esta crítica.

En segundo lugar, con relación al lenguaje, Freud había empezado a desarrollar en “Tratamiento psíquico”, una postura divergente con los usos médicos:

Las palabras son, sin duda, los principales mediadores del influjo que un hombre pretende ejercer sobre los otros; las palabras son buenos medios para provocar alteraciones anímicas a quien van dirigidas y por eso ya no suena enigmático aseverar que el ensalmo de la palabra puede eliminar fenómenos patológicos, tanto más aquellos que, a su vez, tienen su raíz en estados anímicos (Freud,1890/1992, T.1, p.123-124).

Aquello que formula Freud, puede entenderse como una noción de palabra que no es solo un instrumento comunicativo, sino una acción sobre el otro, capaz de desplazar la estabilidad del síntoma y recuperar el equilibrio psíquico. Lo propio de este enfoque se encuentra aún enmarcado en las coordenadas dentro del tratamiento hipnótico. Allí la palabra es una herramienta de intervención clínica bajo el modelo de la “sugestión”. Se trata de un lazo particular entre palabra y síntoma, que configura una labor donde la voz del médico dirige el proceso de curación, mediante la inserción de un significado que se opone a la idea del paciente que sostiene el malestar físico-psíquico. En este procedimiento, si bien hay un desplazamiento con relación al encuadre asilar, aún no está en “juego la verdad” del síntoma del paciente. Solo se refuta la idea, o se la niega, haciendo uso de la palabra como un medio que se superpone, en estado hipnótico o sonambulismo, a la creencia que causa el síntoma. La “sugestión” es situada conceptualmente como una técnica verbal de inscripción, sin relación con la subjetividad o historicidad del síntoma en la vida del paciente.

“El médico pone al enfermo en el estado hipnótico, le imparte la sugestión, modificada según las circunstancias, de que no está enfermo, que tras despertar no registrará los signos de su dolencia; lo despierta después [...] (Freud,1890/1992,T1,p.129). Es un procedimiento en el cual, según las metáforas de Freud, el enfermo se halla ubicado en un sitio de recepción y sujeción, similar al hijo que es amamantado por su madre o con la misma “credulidad” de los niños frente a sus padres. Si la sugestión, en tanto palabra emitida hacia el paciente en estado de hipnosis, aparece como una posibilidad clínica de intervención psicológica, al mismo tiempo,



implica una relación de autoridad del médico que posiciona al otro en un lugar de pasividad o dependencia infantil, según palabras de Freud.

En este marco, se requiere una docilidad del paciente para que el efecto terapéutico suceda, la cual se sustenta en la premisa que solo el médico “sabe” la realidad del síntoma y cómo curarlo. Credulidad, infantilización del paciente, dependencia, son modos vinculares implícitos en este modelo de la cura. De igual modo, se ignora el valor de “verdad” que ocupa la sintomatología en la historia del paciente. “Esta sugestión consiste en la enérgica negación del malestar de los que el paciente se ha quejado, o en el aseguramiento de que él es capaz de hacer cierta cosa, o en la orden de ejecutarla” (Freud,1891/1992, T1,p.143).

Si la hipnosis abre un horizonte de trabajo clínico sobre los malestares del paciente, utilizando la suspensión de la conciencia como requisito para que la palabra-sugestión se transforme en una intervención efectiva, también es cierto que implica un vínculo terapéutico anclado en un principio médico vertical. En paralelo a esta condición vincular, se produce un desplazamiento en la hipnosis con relación a las técnicas del discurso psiquiátrico-asilar: habilita la posibilidad de una causalidad psicológica en el tratamiento por la palabra.

Sin duda, Freud no estaba solo en esta vía de trabajo. Médicos pertenecientes a la esfera charcotiana, se encontraban en la misma dirección: Delbouef (1887), Pierre Janet (1888), entre otros, realizan tratamientos con este modelo (Ellenberger,1976; Borch-Jacobsen: 2017). A los cuales, se sumaba Bernheim, de la Escuela de Nancy, quien influenció a Albert Moll en Zurich, Mobius en Leipzig. Obersteiner (1887) Krafft-Ebing (1888), en Viena, también se hallaban dentro de los practicantes de la hipnosis.

Son varios los textos en los cuales Freud, argumenta sobre las debilidades del tratamiento hipnótico vía sugestión: Tratamiento psíquico (1890), Hipnosis (1891), Un caso de curación por hipnosis (1892-93). Críticas que atañen a diferentes motivos: la resistencia de pacientes a ser hipnotizados, el variable alcance en la “profundidad” de la sugestión para suprimir los síntomas, la “duración” del tratamiento difícil de especificar, el breve lapso de “curación” que produce y la consecuente repetición del malestar, y finalmente, la dependencia del paciente al médico. En el epílogo del fundamental

“Tratamiento psíquico”, se señalaba la conciencia de estos límites y la necesidad de una revisión y ampliación de la clínica: “Los medios y los caminos para conseguirlo estarán signados por una intelección más honda de los procesos de la vida anímica misma, intelección cuyos primeros pasos se basan justamente en las experiencias hipnóticas” (Freud, 1890/1992,T1,p.132). Al subrayar la importancia de una comprensión “más honda” del funcionamiento de la psiquis, situando a la “hipnosis-sugestión” como un “primer paso” en una dirección clínica aún por descubrir, Freud marca una objeción a la eficacia de este modelo de trabajo y a la concepción implícita del homo psychologicus.

Todas estas razones, sumadas al variable talento para practicar hipnosis por parte del médico – Freud, por ejemplo – conducen a un reencuentro con la técnica que realizó Josef Breuer entre 1880 y 1882 con la paciente Anna O: el método catártico. Freud conocía el caso Anna O, previamente a su viaje a Paris, sin embargo, aún no había realizado el proceso de duelo con el enfoque anatomo-patológico de la psiquiatría germánica, en la cual se había formado. La experiencia con Charcot, cumple una función de separación y crítica frente a la episteme aprendida. Por ello, a pesar de haber comunicado en su estancia parisina a Charcot sobre el método-Breuer, refiere que “[...] el maestro no demostró interés alguno ante mis primeras referencias, de suerte que nunca volví sobre el asunto y aun yo mismo lo abandoné” (Freud, 1925/1992, T.XX, p. 20). Ese “abandono” será reencontrado. Se tratará para Freud, de un proceso de comprensión clínica que solo pudo emerger, cuando pudo elaborar una distancia no solo con la psiquiatría germánica sino con la huella de Charcot. Tal vez la tarea de Breuer en el origen de la técnica psicoanalítica, pueda interpretarse como un mediador teórico-clínico entre las tradiciones psiquiátricas germánicas y francesa, un espacio seguro de transición entre la sugestión hipnótica y un método catártico que se alejaba de las premisas terapéuticas asilares del siglo XIX. Breuer plantea el método, pero es Freud quien extrae y elabora las implicancias clínicas.

“Aquello que Breuer aprendió del caso [Anna.O.], y que Freud eventualmente elabora – el trabajo que llega a su primera conclusión en Estudios sobre la Histeria – era el valor de un tratamiento esencialmente colaborativo” (Phillips, 2014, p. 96). La puntualización de Phillips rescata uno de los aspectos centrales de la elaboración

freudiana a partir de método catártico: la modificación de la relación médico-paciente. Si en el encuadre asilar, el vínculo estaba ceñido a la división entre normalidad (médico) y enfermedad (paciente), ubicando a este último en posición disciplinaria y silenciosa; si en el modelo de la hipnosis-sugestión, se generaba una dependencia metaforizada en el modelo padre-madre e hijo; en el enfoque catártico, la palabra del paciente, y por tanto, su historicidad y subjetividad, aparecían como requisitos para la cura.

La idea de un “tratamiento colaborativo” en “Estudios sobre la histeria”, construye un nuevo modelo clínico que implica necesariamente una modificación de la estructura vincular terapéutica. Bajo esa premisa, no hay cura sin una alteridad en ambos sentidos: reconocimiento del rol del paciente y reconocimiento del rol del terapeuta. Una dinámica de identidad y diferencia en el vínculo se establece en el “método catártico”. Chertok y de Saussure (1980) postulan la existencia de un atributo en el método que dio origen al psicoanálisis: lo denominan proceso de “personalización”. Hay un desplazamiento de un paciente-objetivado (técnica asilar) a un paciente-dependiente (sugestión-hipnosis), hasta la creación de las condiciones a una nueva tipología: paciente-sujeto, portador de un relato biográfico que debe ser audible por el médico, para alcanzar el significado de sus núcleos patógenos, y producir la abreacción terapéutica. “Personalización” se refiere a las condiciones de una cercanía individualizante del vínculo terapéutico, en el cual el lazo clínico implica dos aspectos: asimetría en la labor de cada uno de los miembros de la pareja, y al mismo tiempo, la creación de una zona de proximidad afectiva, como instrumento para alcanzar los fines del tratamiento.

“Uno necesita de la plena aquiescencia, la plena atención de los enfermos, pero sobre todo de su confianza, puesto que el análisis por regla general lleva hasta los procesos psíquicos más íntimos y sobre los cuales se guarda mayor secreto” (Freud, 1895/1992, T.2, p.272). La inclusión de aspectos subjetivos emocionales de ambos miembros de la pareja terapéutica responde a diferentes intelecciones que van emergiendo en la estructura del proceso clínico. Strachey (1992), señala en el prólogo a “Estudios sobre la histeria”, que el libro puede comprenderse como una historia del descubrimiento de una serie de obstáculos que deben ser vencidos. Obstáculos que remiten al carácter de “ensayo” clínico que se halla presente en los casos. “Estudios

sobre la histeria” (1895) es una plataforma donde se elaboran las tensiones del discurso psiquiátrico, a nivel teórico y práctico. Su escritura revela el carácter de “laboratorio” de investigación donde los vaivenes en las formas de intervención, las contradicciones, la constatación del eclecticismo clínico, no son aspectos incongruentes sino un proceso de búsqueda articulado en diálogo con las pacientes y con la episteme de la época. Si hay una constante en los diversos relatos que conforman el texto, no es otra que la evidencia de un aprendizaje terapéutico. En esa línea, retomando la idea de Phillips (2014), del tratamiento catártico-colaborativo como signo de una nueva clínica, también podemos sostener que la elaboración de la técnica freudiana se configura a partir de la escucha de las pacientes, quienes van indicando, orientando y resignificando, el curso del tratamiento de la histeria. Appignasi y Forrester (1992), subrayan la importancia de la asimilación de la evidencia clínica en las formulaciones freudianas y en el progresivo abandono del modelo de la sugestión-hipnótica, que ubicaba al médico en una posición de “taumaturgo” y al paciente en una mera superficie de inscripción de palabras.

Respecto a la “asimetría” del vínculo médico-paciente, Freud (1895) afirma: “Uno actúa como mejor pueda, en calidad de esclarecedor, si la ignorancia ha producido miedos; de maestro, de exponente de una concepción del mundo más libre y superior; de confesor, que por así decir imparte la absolución [...] (p.288). Las tres funciones médicas que Freud describe – esclarecedor, modelo humanista ilustrado y confesor – sintetizan el marco de la posición clínica. Una superposición de roles donde se transparenta una teoría de la cura y el diagrama de una relación con el paciente. Si la expresión “tratamiento colaborativo” aparece como una elaboración distinta al modelo-asilar y al enfoque-hipnótico de la sugestión, también resulta claro que no se trata de una neutralidad vincular que hace audible la alteridad absoluta del paciente. Hay un reconocimiento del otro pero situado siempre en el perímetro del “enfermo”: aquel que desconoce las causas de sus síntomas y se encuentra desprovisto de los medios para curarse. Sea por las nociones de “defensa” y “resistencia” del paciente, que aparecen como obstáculos al modelo de la psiquis de la racionalidad médica freudiana; sea porque aún, permanecen en la relación terapéutica, las resonancias de esa relación de poder-saber que Foucault (1974) señalaba como inherente en la estructura del discurso

psiquiátrico. Sostenemos que ambas explicaciones son válidas y resulta necesario no disociarlas, para pensar el origen del psicoanálisis como técnica.

A lo largo de “Estudios sobre la histeria” (1895) se encuentran presentes en las partes teóricas – “Comunicación preliminar”, el capítulo 3 redactado por Breuer, y el epílogo “Sobre la psicoterapia de la histeria” - y en los cinco historiales clínicos principales, intelecciones que grafican esta asimetría en el vínculo médico-paciente. Resistencia del paciente al tratamiento y relación de poder-saber, funcionan en paralelo, en el abordaje clínico.

El trayecto de Freud explorando técnicas de intervención expresa esa afirmación: desde las “contrasugestiones”, el método catártico con hipnosis (Emmy von N. y Cacilie M.) o sin ella (caso Katharina) y finalmente, el método de apremio o “concentración” (caso Elisabeth y Lucy R.). Todos los casos son testimonios de técnicas orientadas a sortear las defensas del paciente. Todos implican un modelo de la psiquis organizado por el principio de constancia, por un conflicto suscitado cuando emerge una representación que no puede ser elaborada o abreaccionada, y por el consecuente desplazamiento de esa carga excesiva no tramitada, sea al cuerpo mediante la conversión o a los estratos inconscientes inaccesibles del paciente. Bajo este prisma, la terapia deviene en un procedimiento que debe construir un escenario clínico de intervención a partir de la voluntad del médico contra la “voluntad del síntoma” del paciente. Si Freud alude al mito de Sísifo, como figura que condensa el trabajo clínico, es porque discierne un conflicto de fuerzas en el paciente que se opone al logro de los objetivos, y que exige una acción de perseverancia inversamente proporcional al síntoma. Las razones por las cuales el paciente se halla desligado del saber de su enfermedad, las sitúa en uno de los conceptos claves de la nueva clínica: la “resistencia a la asociación” psicológica (Freud, 1895/1992, T.2, p. 277). La lógica del surgimiento de la enfermedad es la siguiente: una representación inconciliable emerge en la conciencia, posteriormente es reprimida y alojada en los estratos inconscientes. Por tanto, se produce una sustracción en el flujo consciente de asociaciones, un eslabón perdido, que conduce al paciente a ignorar las causas de su síntoma y a resistir, evitando experimentar el dolor del conflicto psíquico.



El camino de la terapia se define como un proceso vincular por medio de las palabras frente a las resistencias del paciente. Pero no se trata de aquella batalla de voluntades propia del modelo psiquiátrico, en la cual la “enfermedad” o la “anormalidad” eran refractarias a la autoridad médica por hallarse desde su definición, ajenas a la razón. La propuesta freudiana no deshabilita la posibilidad de acceso a la “verdad” en el paciente, siempre que se adhiera a la dinámica procesual del vínculo con el médico. Por estos motivos, la “resistencia asociativa” requiere de un tratamiento colaborativo para acceder, en un encuadre clínico nuevo, a los núcleos patógenos desalojados de la conciencia para mantener el umbral tolerable energético exigido por el principio de constancia. Ni el médico ni el paciente individualmente pueden hallar la causa del malestar. La “verdad” del síntoma emerge como un efecto de un proceso colaborativo. Incluso Freud se plantea la siguiente hipótesis:

Es totalmente infructuoso avanzar en forma directa hasta el núcleo de la organización patógena. Y aunque uno fuera capaz de colegirla, el enfermo no sabría qué hacer con el esclarecimiento que se le obsequia, ni sería alterado psíquicamente por este último (Freud, 1895/1992, T.2, p.297).

En el caso que el médico comprendiera el origen de la sintomatología desde un inicio, y lo comunicara al paciente, no se alcanzaría el efecto terapéutico. Lo colaborativo en este marco de trabajo, sostenemos, apunta a otra de las variables que se desprende de la clínica que se está elaborando: la necesidad de un proceso en busca del eslabón de significado reprimido. La comunicación intelectual del origen del síntoma, en la eventualidad que sea asida por el médico, no resulta suficiente para la curación. Las razones de esta propiedad de la terapia, residen en el necesario trayecto temporal conjunto que deben realizar el médico y el paciente; recorrido donde el vínculo deviene primordial para acceder a la representación reprimida y que pueda ser abreaccionada afectivamente. Sin esa temporalidad constitutiva del proceso terapéutico, y con el progresivo acercamiento a los estratos subyacentes de la psiquis, no hay connotación afectiva en la cura, es decir, no se produce la descarga energética de la representación reprimida.

Dentro de este modelo clínico, la terapia deviene para Freud, en una investigación que se asemeja a un procedimiento de descubrimiento conjunto de las causas de la enfermedad, guiado por las palabras del paciente en consonancia con el sentido que se va desplegando en la escucha médica. La “pérdida” de los enlaces asociativos, originada por la represión, exige un tratamiento dirigido hacia la detección de significados en las verbalizaciones del paciente que a veces emergen con claridad, y en otras ocasiones, de manera opaca similar a “enmascaramientos”. “Los esclarecimientos más importantes suelen venir anunciados como unos superfluos adornos cual los príncipes disfrazados en la ópera: <Ahora se me ha ocurrido algo, pero no vale para nada. Solo se lo digo porque usted pide saberlo todo>” (Freud: 1895; p.285).

Por estas razones, las metáforas freudianas utilizadas para describir la técnica de abordaje del proceso, hacen referencia a la búsqueda de “hilos”, “tejidos”, “abrir puertas”, “escrituras figurales” y “rompecabezas”. Un conjunto de imágenes que se justifican porque hay un enlace asociativo que se ha sustraído en la subjetividad del pacientes: “[...] estas vivencias están completamente ausentes de la memoria de los enfermos en su estado psíquico habitual, o están ahí presentes solo de una manera en extremo sumaria” (Freud, 1895/1992, T.2, p.35). Inaccesibilidad, secreto, desconocimiento de sí mismo, son los signos de la enfermedad y la constatación clínica del enlace perdido. Aquello que va a doblegar la “resistencia”, es la sucesión de palabras del paciente, y el despliegue de esas huellas e hilos que conducen, vía el esclarecimiento humanista del médico, hacia la representación reprimida.

Carlo Ginzburg (2008) define este modelo de trabajo como una comprensión alternativa a la ciencia positivista. Lo denomina “paradigma de los indicios” y lo define como una estrategia de conocimiento donde se jerarquiza lo individual-subjetivo sobre lo cuantitativo-objetivo. Si este modelo “indicial” es asumido por las “ciencias humanas”, entre las cuales incluye, claro está, a la medicina, es porque obedece a la búsqueda de asir una especificidad en el ser humano, y al mismo tiempo, revela una tensión propia generada por la episteme objetivista en su pretensión de localización objetiva de la verdad. “A mediados del siglo XIX, vemos perfilarse una alternativa: por un lado, el modelo anatómico; por el otro, el sintomático” (Ginzburg, 2008, p. 212). El dilema entre

locacionalismo y funcionalismo de la psiquis, puede reconocerse en la diferencia que subraya el autor. Lo “sintomático” se expresa mediante indicios en la clínica.

Vinculando este paradigma, orientado a la lectura y pesquisa de los síntomas, con la práctica e investigación médica, Guinzburg (2008) afirma que “[...] no bastaba catalogar las distintas enfermedades de manera de integrarlas a un esquema ordenado: en cada individuo, la enfermedad asumía caracteres diferentes” (p.208). El conflicto epistemológico de la medicina, según el autor, y por extensión de la psiquiatría y la nascente psicología, lo ubica entre la aspiración de postular “nosografías” generales que engloben la diversidad patológica en un constructo (la “neurosis”, por ejemplo), y la necesidad de captar lo individual, la expresión en cada sujeto de esa categoría diagnóstica.

Sostenemos, siguiendo a Ginzburg, que la técnica de “Estudios sobre la histeria” (1895) se encuentra articulada por el paradigma indicial. Es claro que el procedimiento freudiano se despliega temporalmente, a través de los indicios-verbales que el paciente va enunciando, y el médico va hilando y componiendo, hasta alcanzar esa “verdad” reprimida. Los indicios son un resto y un efecto del quiebre de asociaciones suscitado en el paciente por la representación desalojada de la conciencia.

Superando de continuo resistencias, uno esfuerza el ingreso a estratos internos, obtiene noticia sobre los temas almacenados en ese estrato y sobre los hilos que lo recorren, tienta hasta donde puede avanzar [...] abandona los hilos y vuelve a retomarlos, los persigue hasta los puntos nodales, de continuo los enhebra de nuevo (Freud, 1895/1992, T.2, p.299).

En ese sentido, el paradigma indicial, en un marco de trabajo colaborativo, es el método para acceder a la “verdad” subjetiva del síntoma. La idea de un “proceso” terapéutico adquiere validez ya que implica la necesidad de un tiempo para enhebrar los “hilos” de sentido conductores al saber que es opaco a la conciencia. De igual modo, la técnica freudiana del trabajo indicial resulta consistente con el enfoque de la neurosis como una enfermedad funcional. Al no existir una localización orgánica en este cuadro, la labor clínica consiste en asir y componer los hilos de significados que indican la ruta hacia la escena fundante de la enfermedad.

La estrategia de enhebrar el “sentido”, en la interacción médico-paciente, conlleva una nueva proposición entre lenguaje y síntoma. Sostenemos que la noción de “investidura” es el articulador que explica esta concepción e intervención clínica. Pensada como la carga energética de las representaciones, la investidura subjetiviza de sentido el principio de constancia, otorgando una huella afectiva donde lo individual y lo biográfico atraviesan el plano económico en el cual estaba formulado. La investidura es la marca afectiva de las representaciones. Por tanto, aquello que se reprime es una representación investida excesivamente que resulta conflictiva para la subjetividad. Las consecuencias de esta noción dentro de la técnica freudiana son centrales. Si el objetivo terapéutico consiste en abreaccionar el “exceso” afectivo que subyace a la experiencia del malestar sintomático, a partir de los indicios verbales que surgen en la interacción médico-paciente, es inevitable situar a las palabras como las herramientas capaces de des-investir al núcleo patógeno. Las palabras son los medios para descargar el exceso afectivo de la representación conflictiva desalojada de la conciencia. Así lo expresa en el caso Elisabeth von R: “[...] cuando ella enmudecía, pero todavía acusaba dolores, yo sabía que no lo había dicho todo y la instaba a continuar la confesión hasta que el dolor fuera removido por la palabra” (Freud, 1895/1992, T.2,163).

Por ello sostenemos, la existencia de dos funciones que explican la relación entre lenguaje y síntoma: por un lado, la palabra-indicial que señala la dirección en el relato del proceso hacia el centro patógeno donde se mantiene la causa sintomática; por otro lado, la palabra-desinvestidura, capaz de liberar la carga afectiva de la escena que dio origen al malestar. Continuando con esta línea de análisis, afirmamos que la definición de “talking cure”, enunciada en el caso Anna O., puede ser entendida como una cura que contiene estas dos funciones de la palabra.

El tratamiento “cancela la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, porque permite a su afecto estrangulado el decurso a través del decir [...]” (Freud y Breuer, 1895/1992, T.2, p. 42). Si el “decir” del paciente tiene la propiedad de una catarsis afectiva, es porque la palabra adquiere el valor de una acción terapéutica englobando la representación reprimida y dirigiéndola hacia la descarga. La propuesta freudiana se centra, por tanto, en definir a las palabras como un compuesto de sentido y

afecto (carga energética). Se trata en la cura de una técnica vincular por medio de la acción-verbal que transforma la concepción clínica psiquiátrica. Distante del lenguaje del “interrogatorio”, esta elaboración freudiana abre un territorio donde puede elaborarse ahora aquella “verdad”, en la relación terapéutica, que se encontraba cancelada en el discurso psiquiátrico. Palabra que requiere para alcanzar su incidencia en la clínica, de un encuadre distinto al establecido en el modelo asilar y de la sugestión-hipnosis.

Si los indicios-verbales en el marco del método catártico o de la técnica del apremio, son la vía hacia lo inconsciente en “Estudios sobre la histeria”, también es necesario pensar, dentro del esquema planteado por Freud, cuáles son las condiciones espaciales para que el tratamiento colaborativo pueda ejercer su influjo sobre aquellas “reminiscencias” de las cuales sufren las pacientes. Cuando Foucault (1973-1974/2014) sostiene que el psicoanálisis es la primera teoría que “despsiquiatiza”, aludiendo que problematiza los fundamentos teóricos-clínicos del discurso que atraviesa el siglo XIX, lo hace dirigiendo su atención hacia el desplazamiento del encuadre-asilar que se produce en la práctica freudiana. Puntualmente, los casos clínicos de los historiales – los cinco que abren cada capítulo, y los seis intercalados en las notas a pie de página – no fueron realizados en el espacio asilar. Hay un traslado del modelo-encuadre público institucional hacia el consultorio privado o a los lugares de residencia, en algunos casos, de las pacientes. Esta modificación responde a diferentes causas. Se puede argumentar que obedece a una perspectiva donde el vínculo terapéutico se disocia de lo institucional, para obtener eficacia. De igual modo, es factible que el nuevo esquema de la mente freudiano, opuesto al modelo anatómo-patológico, condujera a la creación de otros escenarios para realizar el proceso terapéutico, distintos al hospital y al laboratorio. Ambas serían formulaciones válidas al interior del desarrollo del texto freudiano. Sin embargo, sin desconocerlas, es necesario afirmar en la creación de un nuevo encuadre, la relevancia del estatus socio-económico de las pacientes que conforman los “Estudios sobre la histeria”. A diferencia de la Salpêtrière, donde las pacientes correspondían a las clases proletarias; en la consulta freudiana, las “histéricas” pertenecían a la esfera burguesa o a la órbita de influencia de ese estrato (Lucy R. y Katharina). La condición social de las pacientes exigía un tratamiento “privado”, distante de las coordenadas disciplinarias de la población de las capas sociales bajas que residía en los asilos y



hospitales. Aspecto en absoluto menor que enmarca el origen del encuadre psicoanalítico, ya que produce una “privatización” clínica del tratamiento, respondiendo a los hábitos y aspiraciones de una esfera social burguesa que exigía valores como la discreción e intimidad, y consecuentemente un foco en la “singularidad” en el vínculo clínico, a diferencia de la impersonalidad del hospital. Asignar un nombre a cada caso en “Estudios sobre la histeria”, aunque sea de manera retórica, es reflejo de esta postura.

Por estos motivos, si bien es indudable que la técnica psicoanalítica se origina en una des-institucionalización del encuadre terapéutico, no puede ser atribuible, al menos no exclusivamente, a una postura crítica hacia al modelo asilar. Razones económicas y sociales, se hallan presentes en esta decisión que implica efectos en el abordaje terapéutico y en la relación “colaborativa”. De la escenografía de Blanche Whitman frente a Charcot en la Salpêtrière, a la baronesa Anna Von Lieben (Cacilie M, en “Estudios de la histeria”), no solo hay un cambio en la espacialidad del encuadre sino en la modalidad de la relación médico y paciente, donde la palabra y la voluntad de esta última no se halla subordinada a la autoridad del médico. Si bien hay una asimetría en la dirección de la cura, en la medida que es el médico quien la dirige, ésta no parece implicar un consentimiento mudo del paciente a las indicaciones médicas. El caso de Katharina (Aurelia Kronich) también grafica otro ángulo de esta problemática social que es necesario analizar. La terapia se realiza en un hospedaje en los “Alpes” y es la única en la cual Freud no practica la hipnosis-catártica ni el método del apremio. Exclusivamente verbal, realizada durante un día, ocupa un lugar diferenciado en la serie de casos de histeria trabajados. La fluidez del vínculo médico-paciente, el despliegue de palabras en la dirección de la cura más exitosa del libro, se justifican en palabras del autor, por lo siguiente: “[...] solo me resta agradecerle que resulte tanto más fácil hablar con ella que con las mojigatas damas de mi práctica urbana, para quienes todas las cosas naturales son obscenas” (Freud, 1895/1992, T.2, p.147).

Por consiguiente, los principios y hallazgos del trabajo freudiano sobre la clínica se encuentran circunscritos a un espacio más amplio: el contexto social. El repliegue de lo público a lo privado en la intelectualidad burguesa que señalaban las tesis de Schorske (1981), como producto de la crisis del modelo liberal político vienés, también es un

argumento que se suma al desplazamiento del encuadre freudiano hacia el consultorio particular. De igual manera, el estrato social de las pacientes de Freud, marca una modificación en la estructura vincular: asimétrica, ya que la dirección de la cura corresponde al médico, pero otorgándole un rol a las pacientes que dista de situarse en la jerarquía histórica y vertical del modelo asilar o de la sugestión. Todo este entorno en el origen de la técnica elaborada por Freud, permite entender las creaciones terapéuticas dentro de una historia y una episteme, producto de las dialécticas sociales y económicas que se encuentran presentes más allá de la individualidad innovadora en sus escritos y las diferencias frente al discurso psiquiátrico.

Sintetizando los aspectos de la elaboración freudiana de la técnica, se puede afirmar que el método catártico, eje que atraviesa los “Estudios sobre la histeria”, plantea un abordaje que es congruente con los principios de la psiquis a nivel teórico que Freud postula, en colaboración con Breuer. De igual modo, pueden resumirse técnicamente los siguientes postulados: eficacia terapéutica de una concepción nueva de la acción de la palabra, relación médico-paciente en un espacio des-institucionalizado, y un modelo estratificado de los procesos mentales conscientes-inconscientes, articulados bajo el principio de constancia, donde lo energético y el significado del síntoma se encuentran entrelazados.

### 3.3. Escritura clínica

El lugar de la escritura de los relatos clínicos en “Estudios sobre la histeria” concentra preguntas relevantes acerca de la problematización y elaboración freudiana. En la presente sección, nos guiará determinar la especificidad de la “escritura clínica” en Freud, sus funciones y mecanismos articulatorios, convirtiéndola en un método de conocimiento de la subjetividad. Sostendremos que ocupa una posición necesaria en la comprensión del origen del psicoanálisis.

Una de las primeras cuestiones que se revelan en esta problemática, concierne al vínculo de la “escritura clínica” freudiana con la “historia de casos” generada en el discurso psiquiátrico. Mahony (1987), sitúa una diferencia en los siguientes términos: “En *Estudios sobre la histeria*, él produce no *Krankheitgeschichten* (historias de enfermedades), sino *Krankengeschichten* (historia de pacientes) [...]” (Mahony,1987,

p.120). El “objeto” de la escritura psiquiátrica era la enumeración de los síntomas, su relación con la etiología y la contrastación con la nosografía. La “enfermedad” subsumía y recubría al paciente, asignándole una función de superficie a ser leída; funcionaba como una técnica con solo un código de entendimiento: lo patológico. Entre el paciente y el médico, habitaba exclusivamente la enfermedad, poblando y estabilizando el vínculo en un diagrama de examen y verificación, actualizando la frontera entre racionalidad y anormalidad. Las “historias de enfermedades” son el dispositivo de escritura del discurso psiquiátrico y neurológico. Procedimientos como la anamnesis, la investigación de antecedentes familiares patológicos, el ordenamiento bajo el prisma de la nosografía, dan cuerpo y contenido a la redacción del texto. Aquello que se desprende de este modelo, reside en pensar a la escritura como un componente primordial de la episteme psiquiátrica. Depositario de un sistema de pensamiento, el historial psiquiátrico cumple la finalidad de instituir un conocimiento, de adjudicarse un uso legitimador y pedagógico dentro de la comunidad científica. Como signo de pertenencia, también es una “técnica” que permite el acceso a un estatus médico, a una inserción en el grupo de pares. Sostenemos que el “historial de enfermedades” corresponde a una escritura anatomo-patológica, es decir, a un procedimiento inseparable de una comprensión del homo psychologicus, destinado a dejar constancia de la localización de los síntomas y la etiología. Trazando una línea científica sobre la verdad y el error, lo normal y lo anormal, “[...] a partir del siglo XIX, una proposición dejaba de ser médica, caía <fuera de la medicina> y cobraba el valor de un fantasma individual o de imaginería popular si empleaba nociones a la vez metafóricas, cualitativas y sustanciales” (Foucault, 2011b, p: 35). En este marco, la escritura-clínica psiquiátrica debía estipular las condiciones de lenguaje pasible de ingresar al cuerpo de saberes instituidos. Marcando una línea de diferencia con los usos de la palabra que no representaban lo técnico-científico, proscribía a nivel de la escritura, figuras retóricas y narrativas subjetivas, que podían aludir a un campo externo de la objetividad anhelada. Una disciplina positivista del texto se instala, donde lo real de la constatación patológica estructura el orden y la producción del “historial de enfermedades”, excluyendo al lenguaje de caer “[...] en la quimera, en la ensoñación, en la pura y simple monstruosidad lingüística” (Foucault, 2011b, p. 35). Indudable que la frontera en el orden de lo escrito, apuntaba a una diferenciación, e

incluso a una depuración, del lenguaje literario. La crítica a la “ensoñación”, la “imaginación” y las “metáforas”, adquiriría el carácter de una necesidad científica, de una higiene lingüística que apuntaba a privar a los “historiales” de lo especulativo y lo ficticio, asociado a una concepción de lo literario en contraposición a lo científico.

Forrester (2017), atribuye al texto de Foucault “Vigilar y castigar” (1976), la primera comprensión de esta problemática, en la medida que no concibe a la escritura como un artificio secundario en la construcción del discurso médico-psiquiátrico, sino como una herramienta de clasificación, descripción, seguimiento y vigilancia de los individuos.

La vida cuidadosamente cotejada de los enfermos mentales o de los delincuentes corresponde, como la crónica de los reyes o la epopeya de los grandes bandidos populares, a cierta función política de la escritura; pero en otra técnica completamente distinta del poder (Foucault, 1976, p. 196).

Memoria, registro de las desviaciones conductuales, estadística de lo anormal, documentos para la “salud pública”, devienen en los componentes de una política de la escritura. La relación entre la “mirada-médica” y la producción de un determinado formato de textos, aparece claramente en los “historiales de enfermedades”. La “mirada” de la evidencia, es el móvil en forma y contenido de este dispositivo científico.

En la búsqueda de una mirada exacta capaz de transcribir sin pérdida subjetiva a lo patológico, ocupa un sitio relevante la incorporación del registro fotográfico, dentro del discurso médico (Didi-Huberman, 2007). La instalación de un laboratorio fotográfico en la Salpêtrière, destinado a construir una memoria médica de las pacientes histéricas, puede ser leído como uno de los puntos altos de esta tecnología de la clasificación. Auspiciado por Charcot, se publicó “Iconografía fotográfica de la Salpêtrière” a cargo de Bourneville y Regnard, en 1876.

Una “política de la imagen”, pensada en los mismos términos que una “política de la escritura”, surge con la misma ambición documental: focalizar lo patológico, captar al detalle capilar la acción de la histeria, enmarcarla en una imagen o en un retrato verbal, como evidencia de la objetividad de una episteme.

Retomando la diferencia planteada por Mahony (1987) y Assoun (1993) entre “historias de enfermedades” e “historia de pacientes”, se pueden aplicar sus alcances a otros ámbitos de la problemática: cómo pensar la correspondencia entre práctica clínica y escritura. Si lo empírico es aquello que sucede en el encuadre o el laboratorio – diagnóstico y tratamiento –, cuál es la lógica que dirige los procesos de escritura que buscan dar cuenta de dicha experiencia.

Assoun (1993) señala el empleo realista de los historiales de Charcot, compuestos bajo la perspectiva pictórica de “ilustración”. En esa línea de análisis, los “historiales de la enfermedad” son elaborados, bajo la idea una objetividad neutral que representa de manera fidedigna las condiciones del paciente y el tratamiento. Por tanto, son concebidos en el registro de una hipotética equivalencia entre representación (palabra, fotografía, pintura) y objeto-paciente. La finalidad del historial es planteada como una práctica de traducción entre el original (diagnóstico-tratamiento) y la representación, orientada a ser una herramienta de prueba documental de las intervenciones clínicas.

A partir de este marco de comprensión de los “historiales de enfermedades”, de sus alcances e implicancias a nivel epistémico, es necesario indagar cómo elabora Freud la herencia de esta tecnología de la escritura y la representación. “Estudios sobre la histeria” es el campo donde se problematiza esta temática.

Sostenemos que el modelo de escritura freudiana se halla en consonancia con los conceptos elaborados a nivel teórico y práctica. Extendiendo la tesis planteada por Ginzburg (2008), situamos la elaboración de casos clínicos bajo el paradigma indicial. La premisa de este esquema de pensamiento es congruente con la propuesta de Freud: hay una representación reprimida, un enlace asociativo que se ha sustraído a la conciencia, y por tanto, el tratamiento se convierte en una búsqueda de aquello que es opaco al paciente, a través de los indicios. Planteamos la idea de una concepción de la palabra-indicial como herramienta del trabajo colaborativo. Desde este modelo, a diferencia del esquema escritural-psiquiátrico del “documento”, que asumía la posibilidad de una totalidad en el orden de la representación, encontramos en Freud tanto a nivel de la práctica como en la elaboración de los historiales, una estrategia distinta: indicial.



Se trata de un proceso de lenguaje donde las descripciones de rasgos, huellas, detalles, donde se subrayan e intercalan aspectos en apariencia “menor” de la subjetividad de cada paciente y del tratamiento. A veces haciendo énfasis en el discernimiento de los síntomas, otras en los modos de vida: “Con esto yo podría causar la impresión que atribuyo excesivo peso al detalle de los síntomas y me pierdo en una superflua manía de interpretar signos” (Freud, 1895/1992, T.2, p. 112). Ginzburg (2008) asocia lo indicial no solo con la metodología de Freud, sino con el crítico de arte Morelli y la obra del médico-literato Conan Doyle. Consecuentemente, se produce una escritura clínica-indicial que se asemeja al desarrollo de una pesquisa policial indagando a los testigos, restos verbales, enumerando las piezas contradictorias, reconstruyendo los hechos, recopilando las partes de un rompecabezas subjetivo hasta poder hallar la causa del malestar. El caso Emmy von N., resulta un ejemplo de esta perspectiva. Freud (1895/1992) plantea desde el inicio, un requerimiento metodológico: “Para que pueda visualizarse el estado de la enferma y mi proceder médico, acaso lo mejor será que reproduzca las notas que noche tras noche redacté durante las tres semanas del tratamiento” (p.71). Historial estructurado como un diario, donde el texto recoge la suma de impresiones e intervenciones, creando un modo de registro temporal del proceso, donde se entreteteje una narrativa no solo de la historia de la enfermedad sino de los sucesos y escenas de una vida particular. En este aspecto, el historial freudiano se desmarca del modelo psiquiátrico, en la medida que la extensión exigida para la comprensión de la paciente, excede y modifica los parámetros consignados previamente en la redacción. El recorrido que hace Freud mediante la estructura del “diario”, se centra en dar cuenta de la temporalidad tratamiento: visibilizar el curso de acceder, vía lo indicial, a la causa de la patología. Asumiendo una determinación de los síntomas neuróticos desde una perspectiva “funcional” opuesta a lo anatómo-patológico, las páginas de los historiales deben dejar constancia de la determinación psicológica de cada paciente, de los mecanismos de enmascaramientos, las resistencias, las lagunas de significado y del progresivo hallazgo de pistas subjetivas para asir la escena traumática. Proceso terapéutico y proceso de escritura se homologan

El historial de Emmy von N., como todos los de Freud en “Estudios sobre la histeria”, consta de dos partes: el relato clínico-indicial y la epicrisis. Ambos configuran

modos de reflexión que se enhebran y dialogan entre sí. El primero, haciendo foco en la historia de la paciente y el tratamiento; el segundo, en la reflexión teórica para los fines de postular una concepción de la histeria. La secuencia en la cual están presentados – primero el historial, después la epicrisis- obedece a motivaciones epistemológicas. La clínica se convierte en el organizador de la teoría: lugar de un aprendizaje en la práctica, a partir del “trabajo colaborativo”, que también se trasluce en los historiales.

Son múltiples las referencias de Freud que aluden en el texto a un proceso de búsqueda de un entendimiento de la singularidad de cada paciente, y cómo se contrastan, reestructuran o abandonan, modos de intervención. La escritura de los historiales grafica este modo de acercamiento de Freud (1895/1992): “Solo al día siguiente entendí esta pequeña escena” (p.83); “Por eso, este caso, no serviría para la demostración rigurosa de la eficacia terapéutica del método catártico” (p.119); “No me contenté con el esclarecimiento así obtenido. Todo sonaba muy verosímil, pero me faltaba algo, una razón aceptable para que esa serie de excitaciones y esa queja de los afectos tuviera que llevar justamente a la histeria” ( p. 133). Por ello, los historiales son elaborados como un terreno de develamiento y especulación clínica-teórica. No son piezas acabadas, sino retratos en continua construcción, donde los significados de los síntomas aparecen esquivos, aplazados, y pendientes de una labor para ser precisados. La inclusión de las vacilaciones y dudas de Freud en el tratamiento con las pacientes, son otro rasgo diferencial de esta escritura-clínica. Los historiales implican una presencia del médico en un rol más cercano al “ensayo” elaborativo que a una comunicación de un saber definitivo. De igual modo, se constata un desdoblamiento de la función de Freud. Por un lado, aparece en los diálogos con las pacientes orientando el tratamiento, y por otro, se distancia, semejante a una voz y una mirada que observa a-posteriori el proceso, haciendo autocríticas, en un “tercer lugar”, semejante a un supervisor de sí mismo, revelando en el texto otras intelecciones sobre lo ocurrido.

Carácter de apertura del historial a una terceridad, hilvanado como un sistema en continua revisión, a medio camino entre lo científico y el ensayo, portavoz de las contradicciones que emergen en la indagación de los mecanismos de la histeria, apuntando a una narración que recoge no solo lo sucedido en el campo clínico, sino la

subjetividad del médico en el proceso y posterior a él. Mahony (2005) denomina “discurso expresivo” a este atributo de la escritura clínica freudiana, propio de los géneros autobiográfico y diarios, donde se da relevancia en la enunciación al uso de la primera persona en la narrativa. “Gracias a la recolección de memorias perdidas, regresiones emocionales, abreacciones sobredeterminadas, y otros, el discurso expresivo adquiere nuevas dimensiones en el psicoanálisis. Pero no está constituido en su totalidad por la asociación libre (Mahony, 2005, p.49). Aquello que se discierne en esta lectura, es pensar a la escritura-clínica de “Estudios sobre la histeria”, articulada con un “ritmo asociativo” (Mahony, 2005), es decir, con una forma de elaboración donde se traducen las huellas de los enlaces mentales del autor. No equivalente a una “asociación libre”, pero lo suficientemente distante de la cuadrícula científica del siglo XIX. Sin duda, se trata de gradaciones “expresivas”, de intervalos y desplazamientos frente al modelo de la objetividad y transcripción del discurso psiquiátrico de casos. El “ritmo asociativo” de la escritura en Freud, conlleva necesariamente la incorporación de elementos personales en el texto: impresiones, citas y asociaciones, que no cumplen con la exigencia de la rigurosidad médica. Si en el texto del modelo-psiquiátrico, el médico solo está presente para ofrecer una validación de los saberes, excluyendo anécdotas o metáforas que privarían de claridad a la comunicación del caso; en Freud, se pone de manifiesto no solo la subjetividad del paciente sino de él mismo, más allá de la tarea clínica. Con relación al caso Elisabeth von.R, Freud le escribe en una carta a Fliess del 22 de junio de 1894:

Hoy te envió el último historial clínico, por su estilo notarás que estaba enfermo. Entre la cuarta y quinta página se inserta la confesión de mi prolongado malestar secreto. La cosa misma es sin duda muy instructiva; fue para mi decisiva (Freud,1986, p.78).

Párrafo enigmático, difícil de rastrear en el historial, pero que revela, más allá del contenido específico, una modalidad de pensamiento donde la existencia y percepción subjetiva cumple una labor metodológica.

Forrester (2017) en una aguda lectura de los historiales, señala que el modelo de escritura de Freud, incluye la dinámica de la transferencia y contratransferencia. “La

escritura psicoanalítica no es solamente escribir *acerca* del psicoanálisis; es escribir sujetado a las mismas leyes y procesos de la situación psicoanalíticas en sí misma” (p. 65). Dentro de esta lógica, habría una réplica en el historial de los vínculos y actualizaciones que emergen en la pareja analítica. Tesis que pueda corroborarse en los historiales, pero con matices ya que implicaría la posibilidad de convertir a la escritura en un símil de lo empírico: una transcripción. O tal vez pueda entenderse en términos de dejar constancia de la incorporación de la dinámica intersubjetiva que surge en el proceso terapéutico.

Con relación a la problemática epistemológica de los historiales, Forrester (2017) propone definirlos como una modalidad de reflexión científica, donde lo particular alcanza el valor de conocimiento. Acuña el nombre de “pensamiento de casos” para dar cuenta de la singularidad metodológica que conllevan. En esa línea, señala que los casos de “Estudios sobre la histeria” son reflejo de una forma de investigación que generan un “puente” narrativo entre lo individual y lo general.

Otro de los aspectos que se suman a la elaboración freudiana, se halla en el último de los historiales. Ahí se leen párrafos confesionales-expresivos donde Freud lleva a cabo una autorreflexión de central importancia para la problemática que estamos elaborando.

No he sido psicoterapeuta siempre, sino que me he educado, como otros neuropatólogos, en diagnósticos locales y electroprognosis, y por eso a mí mismo me resulta singular que los historiales clínicos por mí escritos se lean como unas novelas breves, y de ellos esté ausente, por así decir, el sello de seriedad que lleva estampado lo científico (Freud, 1895/1992, T.2, p. 174).

El lugar que ocupa este párrafo dentro de los historiales, puede ser uno de los puntos de partida para su análisis. Después de haber redactado los cuatro anteriores, y en la sección de “epicrisis” de Elisabeth von R, Freud comunica al lector, previo aviso de un repaso de su formación en el positivismo médico, un cuestionamiento sobre la modalidad de escritura que ha realizado. Deteniéndose en el final del camino, se justifica de haberse separado de la “seriedad” del formato médico – léase de la exactitud disciplinaria del “historial de enfermedades” -, advierte al lector que no es indiferente o

ajeno a este ejercicio del lenguaje. Agregaré que no ha sido una decisión voluntaria, sino que ha sido forzado por la naturaleza de los casos tratados:

[...] es que el diagnóstico local y las reacciones eléctricas no cumplen mayor papel en el estudio de la histeria, mientras que una exposición en profundidad de los procesos anímicos como la que estamos acostumbrados a recibir del poeta me permite, mediando la aplicación de unas pocas fórmulas psicológicas, obtener una suerte de intelección sobre la marcha de la histeria (Freud: 1895; pp.174-175).

Hay una equivalencia subyacente en el párrafo entre “profundidad psicológica” y el género literario, que emerge como una condición para la comprensión de la histeria.

Mahony (1987) analiza dos lecturas tradicionales sobre la relación de Freud con la literatura: por un lado, aquellos que conciben el estilo estético como una herramienta persuasiva al servicio de lo científico; por otro lado, los que ven una antítesis entre el lenguaje ficcional y la racionalidad objetiva médica, señalando una ambivalencia irresuelta con efectos en la construcción del psicoanálisis. Sin embargo, ambas posturas son difíciles de sostener: no hay esteticismo ornamental en Freud ni vacilaciones epistémicas que lo exilian del conocimiento científico. Sostenemos que es una escritura que amplía el marco de los sistemas de composición de ideas médicas-psicológicas, incorporando estratos de sentido que no podrían lograrse en el perímetro heredado de los historiales de enfermedades del siglo XIX. Por esos motivos, coincidimos con una tercera postura sostenida por Mahony (1987): la escritura de Freud no es un envoltura ficcional ni un signo de inconsistencia en su concepción médica, sino una región nueva y diferenciada en la comprensión del homo psychologicus.

Siguiendo el párrafo previamente citado de Freud, los historiales clínicos permiten “obtener una intelección” sobre la problemática de la histeria, definidos no solo como instrumentos que trasladan las experiencias del tratamiento al lenguaje, sino como una práctica en sí misma, capaz de originar comprensiones clínicas que no estaban dadas en el campo del tratamiento. A distancia del régimen representativo de lo documental o lo ilustrativo, el texto es un territorio de articulación y fabricación de conceptos que solo se desprenden en el acto de escritura. Por eso, la alusión de Freud a las “novelas breves” como un símil de los “historiales” debe ser entendida en el contexto de los referentes de



la época. No concibe a la literatura como una zona disociada de la realidad, sino como una práctica del lenguaje capaz de dar cuenta de una “profundidad psicológica” que los usos y marcos de la psiquiatría no podían asir.

Sostenemos que Freud incorpora lo literario en la “escritura-clínica”, a partir de la multiplicidad de aspectos emocionales que se revelan en el proceso terapéutico, frente a los cuales el modelo psiquiátrico del lenguaje, focalizado en el registro científico de la evidencia resultaba insuficiente y restringido. Por tanto, puede aseverarse que lo literario es un elemento para resolver los impasses del “historial de enfermedades” y marca de una identidad a la escritura freudiana que nunca será abandonada. El vínculo de la literatura y el psicoanálisis, encuentra en estos historiales su partida de nacimiento y legitimidad: un área de intercambio e inseminación mutua que atravesará toda la obra freudiana.

Recapitulando lo trabajado en esta sección, sostenemos que la escritura-clínica freudiana, configura un espacio de elaboración de conceptos donde conviven diferentes géneros y estrategias de producción. Partiendo de lo “indicial”, de la prevalencia del “historial de pacientes” sobre el “historial de enfermedades”, hasta alcanzar la gramática de la “expresividad” del yo-narrativo a modo de ensayo y diario, en la composición del caso. De igual modo, se hacen visibles dos aspectos complementarios: por una parte, es un territorio que busca reproducir variables subjetivas del vínculo médico-paciente; por otra parte, consideramos que la escritura en Freud implica un acto de creación en sí misma, un laboratorio de ideas que resignifica los hallazgos del proceso terapéutico, alojando nuevas preguntas, autocríticas y orientaciones tanto a nivel teórico como práctico.

#### 3.4. Encuadres sexuales

En el proceso de elaboración que configura el origen del psicoanálisis, hemos desarrollado tres conceptos que consideramos decisivos: fundamentos de la psiquis y principio de constancia (teoría); clínica de la neurosis (técnica) y escritura-clínica (método). La idea que va a guiar la presente sección es incorporar dentro de las

elaboraciones freudianas, a la sexualidad, entendida en los siguientes términos: como un encuadre y articulador del modelo de la mente, una respuesta a las tensiones de la práctica clínica y un concepto que circunscribe y explica la experiencia humana, otorgándole un lugar rector a nivel de los significados etiológicos, trazando la diferencia entre lo normal y lo patológico.

Un aspecto que es necesario despejar en la comprensión de la sexualidad, se refiere al tópico que ha ido atravesando la historiografía psicoanalítica, basado en la idea de “ruptura” freudiana, al haber develado críticamente los hábitos pudorosos de una sociedad “victoriana”. En síntesis: la imagen de un inmenso silencio sobre la sexualidad en la cultura del siglo XIX como telón de fondo del descubrimiento psicoanalítico. La postura de Ellenberger (1976), a la cual adherimos, va en una dirección contraria:

Otro de los mayores rasgos del espíritu de *fin de siècle* fue su culto del erotismo. El llamado espíritu Victoriano, que reinó mayormente en Inglaterra hasta mediados de siglo, había declinado en todas partes, y solo permaneció sucintamente en la Europa continental” (Ellenberger, 1976, p.282).

Una idea similar pero aplicada a la especificidad urbana y los vínculos del cuerpo, es planteada por Anzieu: “[...] era célebre entonces el relajamiento de las costumbres sexuales en otros ambientes, en particular de Viena y París” (Anzieu, 1988, p.119).

En la misma línea, pero con argumentos centrados en la episteme, Foucault (1977), afirmará que, en el siglo XIX, se desarrolló una multiplicación de los discursos sobre la sexualidad. Ni mutismo ni represión. Aquello que sucedió fue la incorporación de la sexualidad al ámbito de lo científico, estableciendo nosografías, exigiendo una racionalización del cuerpo, de sus prácticas, trazando una normatividad médica que borraba la línea de lo privado y lo público. La sexualidad estuvo en el foco de la higiene social y los procesos económicos. Se trató de un recorrido donde el impulso y la incesante ambición moderna de diferenciarse del pasado, produce una secularización de la sexualidad. Lo central es pensar bajo qué mecanismos lo hace, qué funciones cumple, qué lógica la sostiene y qué requisitos plantea para que sea definida como un espacio congruente con la integración social y el aparato económico, y qué frontera se establece entre lo normal y lo patológico.

Al igual que el discurso psiquiátrico construyó una tipología de los desvíos del hombre racional y le asignó el nombre del “enfermo” o “anormal”, disciplinando los modos de vida; el mismo procedimiento sucedió con la sexualidad, “lugar donde lo social y lo individual” (Foucault, 1977) se entrecruzan, enhebran y también se dispersan, creando un margen susceptible de resistencia a la cuadrícula normativa moderna. Aquello que ocurre es definido por Foucault (1977) como una “epistemologización de la sexualidad”. Proceso donde el saber-poder no la expulsa del ideal de transparencia de la razón, sino la

[...] incluye en el cuerpo como modo de especificación de los individuos; no intenta esquivarla; atrae sus variedades mediante espirales donde placer y poder se refuerzan; no establece barreras; dispone lugares de máxima saturación. Produce y fija a la disparidad sexual (Foucault, 1977, pp: 61-62).

Por tanto, se instauraron modalidades científicas que establecieron diversos focos de trabajo sobre la sexualidad. En primer lugar, haciendo una fusión entre la “biología de la reproducción” (Foucault, 1977) y las demandas de crecimiento de la población que se requería en el marco de la revolución industrial. La continua necesidad de una fuerza de trabajo “saludable” conducía a la elaboración de reglas y patrones reproductivos. El contrapunto era la teoría de la degeneración (Morel, 1857) que funcionaba como el aval científico de una “buena reproducción” a partir de la vigilancia de conductas desviadas y sus efectos en la herencia. Política poblacional de la sexualidad que urdía los hábitos del trabajo, la moralidad y la sexualidad, en busca de una disciplina del cuerpo con valor de profilaxis, anticipándose al horizonte de la posible anormalidad.

En segundo lugar, y en paralelo, el modelo darwiniano ofrecía fundamentos científicos al postular un instinto sexual reproductivo (Makari, 2008) en la teoría de la evolución. Las contradicciones entre el modelo de la degeneración, de impronta lamarckiana (Sulloway, 1992) y el darwinismo, no se problematizaban en el terreno de la sexualidad. Convivieron en el contexto del siglo XIX, y marcaron con diferentes prismas naturales, la construcción de la temática que venimos desarrollando. Es por ello necesario tener presente que la “episteme” sexual es un conjunto heterogéneo de

afuentes donde se superponen ideas, prácticas, normatividades y aspiraciones del ideal social moderno de conocimiento.

En tercer lugar, las perversiones, los desvíos, los márgenes de las conductas que correspondían, en ciertos casos, al territorio jurídico de la criminalidad, se trasladan a la ciencia. Aspecto donde convergen historiadores dispares (Foucault, 1977; Sulloway, 1992; Makari, 2008): el ingreso de la sexualidad al discurso médico emerge en la construcción del campo de las perversiones. Las razones por las cuales se pensó a la sexualidad desde la transgresión, son diversas y obedecen a causas sociales: el crepúsculo de lo religioso como matriz de prescripciones exigía formulaciones científicas que pudieran explicar los “desvíos” sin apelar a la grilla de los pecados; la creciente necesidad de vigilar el desarrollo evolutivo de las poblaciones, desde la infancia hasta la senectud, observando las posibles desviaciones, en el marco de una “higiene social”; el progresivo avance de instituciones – educativas, salud, laborales – que buscaban abarcar la mayor cantidad de personas en su espacio de influencia con fines de integración al proyecto moderno. Heinrich Kaan (1844) y Krafft-Ebing (1886) constituyen en dos tiempos, la fundación de una “ciencia sexual”, la sexología, y el diseño de un léxico nosográfico que se extenderá como punto de referencia y latitud de lo normal y lo patológico.

A Alfred Binet (1887) le corresponde haber acuñado el término de fetichismo en un estudio exhaustivo sobre la relación entre afectos, objetos y desviaciones. Si la psicología, se establece como una ciencia de las enfermedades y lo anormal; la sexología, hará lo propio, delineando una ciencia de las perversiones.

La trama de la clasificación sexual de Krafft-Ebing (1886), quien es el referente central en esta temática, se divide en cuatro variables: anestesia (ausencia de sentimiento sexual), hiperestesia (deseo sexual anormalmente intenso), paradojas (manifestaciones sexuales en la infancia y la vejez) y parestesias (perversiones sexuales). Las dos primeras corresponden a los extremos de un intervalo: carencia o exceso de presencia. La tercera propone una línea evolutiva, es decir, una psicología sexual del desarrollo, donde la infancia y la vejez se encuentran excluidas. Respecto a las perversiones, señala el sadismo, masoquismo, homosexualidad, hermafroditismo

psicológico, entre otros. Postulados organizados bajo la lógica de un código que responden al imperativo normativo de extender el discurso médico hasta la saturación de su objeto de conocimiento: la sexualidad. Discurso que crea relaciones entre variables que no estaban dadas en los modos de vida, sanciona la ausencia y el exceso de deseo, estipulando un hipotético justo medio donde lo sexual sería admisible y tolerable. En síntesis: una medida de lo sexual, una temporalidad específica (juventud y adultez) y una sanción a prácticas dispares que no respondan a lo heteronormativo o que impliquen un más allá del instinto reproductivo, donde el placer se erige como principio y finalidad.

En cuarto lugar, la “histerización del cuerpo de la mujer” (Foucault, 1977). Como hemos señalado en el capítulo anterior, el desarrollo de tratados psiquiátricos con relación a la etiología, tratamiento y profilaxis de la histeria, ocupó uno de los centros del dominio médico. Pluralidad de enfoques y explicaciones, pero centrados en el vínculo entre género y sintomatología del exceso (imaginación, convulsiones, zonas histerógenas, volubilidad emocional y física).

Recapitulando los componentes de la “epistemología de lo sexual” en el siglo XIX, ella se encuentra configurada por: biología de la reproducción destinada a la higiene de las poblaciones para asegurar los procesos económicos, la presencia del instinto sexual secularizando el cuerpo desde un punto de vista evolutivo, la psicopatologización de lo sexual vía las perversiones, y la histeria corporal femenina.

Por tanto, la ciencia de lo sexual construye una nueva interrogación para el hombre moderno: pensarse secularmente a través de las modulaciones del cuerpo, preferencias, vacíos, transgresiones, variaciones o monotonías. Ahí hallará respuestas a la “verdad” de sí mismo. Solo a partir de la ciencia sexual, las prácticas eróticas devienen en una matriz de significados para explicar la experiencia humana. “Lo propio de las sociedades modernas no es que hayan obligado al sexo a permanecer en la sombra, sino que ellas se hayan destinado a hablar del sexo siempre, haciéndolo valer, poniéndolo de relieve como *el secreto*” (Foucault, 1977; p. 47).

Desde otra práctica del lenguaje, también la literatura del siglo XIX produjo obras que hicieron de la sexualidad un tema privilegiado de la escritura, análisis psicológicos y sociales, creando personajes e historias que atravesaron, modificaron y visibilizaron los



hábitos de los vínculos corporales y afectivos de los seres humanos. Desde Anatole France (Thais) a Arthur Schnitzler (La ronda), amigo de Freud, y en retrospectiva las obras de Emile Zola (Naná), Flaubert (Madame Bovary), Schroeder-Devrient (Memorias de una cantante alemana), hasta la dupla de Sade y Sacher-Masoch, que darán nombre a la tipología sexual de Krafft-Ebing. En el discurso literario del siglo XIX, se tematizaron preguntas sobre el “secreto” de lo sexual, se representaron formas de los encuentros entre las normas y el deseo, emergieron retratos femeninos que anunciaban una crítica a los roles asignados socialmente, y se complejizó no solo con fines estéticos, la pluralidad de la sensibilidad y la imaginación física. Si la psiquiatría construyó una “ciencia de lo sexual”, la literatura configuró en otro margen del lenguaje, un estudio del erotismo distante de la nosografía y la disciplina del cuerpo. Ambas formas de pensamiento, evidencian que el supuesto pudor sobre lo sexual en el siglo XIX, no fue homogéneo ni se extendió opacando a la producción científica o a la publicación de novelas.

El ingreso de Freud en esta historia científica y literaria de tematizaciones sexuales, se puede comprender como una elaboración en un campo que ya estaba poblado de conceptos y especificaciones, atravesados por exigencias contextuales que marcaban desde dónde podía pensarse la relación de los cuerpos y el deseo, y hacia qué “objetos” de conocimiento – el perverso, la histérica, entre otros – que ya se habían sedimentado entre la sexología y la psiquiatría, habría que dirigir la mirada.

Arnold Davidson (2003) en un texto de impronta foucaultiana, titulado “La aparición de la sexualidad”, señala que existen dos tópicos de lectura, del surgimiento freudiano con relación a esta temática. El primero, concibe la empresa freudiana como la investigación “solitaria” de un genio individual, en contrapunto con las corrientes teóricas de la época. En esta línea, se supone que la “sexualidad” es un descubrimiento privativo que solo el psicoanálisis ha dado partida de nacimiento. La segunda interpretación, asume que las ideas de Freud, son “préstamos” de otros autores, frente a los cuales, el psicoanálisis habría realizado una síntesis creando modelos de la experiencia humana del cuerpo y la mente, pero omitiendo las huellas teóricas de los otros. Ambas posturas, adolecen de una rigurosidad crítica, y por tanto, metodológica. La del “genio” aislado,

descontextualiza y des-historiza el nacimiento del psicoanálisis. Sulloway (1992) la denomina irónicamente “el mito del héroe en el movimiento psicoanalítico”, en clara referencia a la idea del creador inspirado que propugnó el romanticismo. La segunda posición, no capta la relevancia del trabajo colaborativo freudiano, dando por sentado implícitamente que la creación de conceptos no se realiza vía un intercambio científico entre autores con intereses comunes, con las cuales se dialoga, discute o problematiza.

Por estos motivos, con relación a la sexualidad, resulta indispensable clarificar la forma de aproximación que tuvo Freud, sus efectos en la práctica clínica y cómo se fue enhebrando su posición frente a la historia de la psiquiatría del siglo XIX. El campo de análisis que adoptaremos se centra en cómo entendía y pensaba la sexualidad Freud en “Estudios sobre la histeria”, la correspondencia con Fliess y en los textos redactados hasta 1895.

Uno de los puntos de partida se encuentra en “A propósito de las críticas a las neurosis de angustia”, publicado en 1895. El escrito es una defensa frente al psiquiatra Leopold Lowenfeld de Munich, quien había publicado en una revista científica de neurología, un texto donde objetaba a Freud la relación necesaria a nivel de la causalidad, entre neurosis y sexualidad. Diálogo académico entre dos médicos, que grafica la posición freudiana de cara al discurso psiquiátrico.

Sé muy bien que con la «etiología sexual» de las neurosis no he producido nada nuevo; que en la bibliografía médica nunca faltaron corrientes subterráneas que dieran razón de estos hechos, y aun la medicina oficial de las academias tuvo noticia de ellos. Sólo que esta última hizo como si nada supiera; no dio empleo alguno a esa noticia, no extrajo de ella ninguna conclusión (Freud, 1895/1992, T.3, p.124).

El párrafo es una síntesis de los desarrollos freudianos y un reconocimiento del lazo histórico de sus conceptos acerca de la sexualidad. Lo medular, en palabras de Freud, reside en la última frase: nadie extrajo consecuencias clínicas ni teóricas con relación al vínculo entre los estados neuróticos y la sexualidad. Es ahí, donde podemos situar la singularidad de la elaboración psicoanalítica. No solo en haber revelado el nex

de los síntomas con la sexualidad, sino en construir una técnica y un encuadre, capaz de escuchar y trabajar esas experiencias humanas terapéuticamente.

Sostenemos que las “conclusiones” que Freud elaboró de la etiología sexual, se sitúan en un modelo de la mente donde la sexualidad no era concebida como una “conducta” sino como elemento central de los procesos psicológicos. A diferencia de la sexología (Krafft-Ebing, 1888) que formaba un saber a partir de la enumeración nosográfica de actos sexuales sin establecer una correspondencia con el funcionamiento psíquico, la elaboración freudiana construye en ese terreno un enlace necesario. Por tanto, se inserta a la sexualidad en el campo de la interioridad psicológica, buscando hacer inteligible sus procesos y se le otorga una lógica “funcional” en la formación de síntomas.

Dentro de este análisis, el “Manuscrito D” de la correspondencia con Fliess, titulado “Sobre etiología y teoría de las grandes neurosis” (mayo 1894), constituye el argumento nodular. Dos subtítulos en el acápite de “Teoría”, así lo evidencian: “El proceso sexual en el sentido de la teoría de la constancia”, “Síntesis de la teoría de la constancia, teoría sexual y de las neurosis”. Freud delinea los tres componentes de una articulación que se distancia de la sexología, iniciando una comprensión teórica y clínica de la psicología humana. El “principio de constancia” como mecanismo del proceder psíquico, provee las herramientas de una explicación, a mitad de camino entre lo cuantitativo y lo cualitativo, lo económico y lo subjetivo, que hace de la sexualidad una experiencia susceptible de ser elaborada por medio de la palabra, pensada clínicamente en una relación colaborativa médico-paciente, donde se produce en el espacio terapéutico, una alianza entre los significados y el cuerpo. La sexualidad adquiere un sentido biográfico, revelando una trama hasta entonces opaca, para el discurso médico, de la vivencia humana.

Afirmamos que el “principio de constancia” es el encuadre sexual que se halla en el origen de las formulaciones psicoanalíticas. No se trataría, por lo tanto, de asumir que Freud “libera” a la sexualidad de la normatividad prescriptiva de la episteme médica y la sexología. Freud piensa inevitablemente a través de ella, de sus sedimentaciones sociales, de una organización conceptual constituida para hacer visible desde la

psicopatología sus “secretos”, pero que al mismo tiempo, ofrecía lagunas y vacíos en su anhelo de producción científica. Detectar las fisuras de la cuadrícula disciplinaria, formular alternativas de entendimiento, captar las correlaciones entre cuerpo y síntoma no solo como una anomalía, sino como un “mecanismo” defensivo para sostener el equilibrio psíquico. Ahí se encuentran las actas que dieron luz a la creación del psicoanálisis: la psicologización de la sexualidad.

Por eso, la sexualidad se articula en términos freudianos, bajo el idioma de un encuadre, como una “cantidad” física que se presenta en el psiquismo exigiendo un trabajo elaborativo o una acción específica. Perímetro que hace viable la técnica y la posibilidad de ser pensada sin las coordenadas conductuales de la sexología. El diagrama freudiano sexual se ancla en una racionalidad física no anatómica, sino funcional. Aquí es donde se desprende del organicismo reduccionista y de la matriz hereditaria del discurso de la “degeneración”. Freud aporta un lenguaje de tensiones – “el apremio de la vida”-, de barreras internas que son atravesadas hasta alcanzar la vida psíquica y convertirse en representaciones sexuales. Si la sexualidad ingresa a la psicología, es por la vía de ser concebida como una dirección que responde a un proceso causal, el cual la encuadra asignándole una lógica de funcionamiento. La apuesta freudiana se encuentra en dos diferenciaciones: des-romantiza la sexualidad, al definirla como un proceso corporal mensurable en un lenguaje psicológico que no se legitima con la evidencia anatómica, y en paralelo, la distingue del catálogo psicopatológico-conductual de pretensiones objetivas que proponía Krafft-Ebing (1888).

En una carta a Fliess, en 1894, Freud (1896) señala: “Uno puede concebir aquí que la tensión endógena crezca de manera continua o de manera discontinua, en cualquier caso, cuando ha alcanzado cierto umbral” (p. 75). Umbral que funciona como una frontera permeable entre el cuerpo y la psiquis: cuando la cantidad supera cierto monto de excitación “despierta libido psíquica”. Este mecanismo equivale a plantear una “economía psíquica”: cantidad y cualidad se fusionan en la conciencia, y a partir de esta ligazón emerge un “afecto sexual” que podrá ser tramitado por el individuo. No emerge como un instinto hipotéticamente natural, sino como un tejido de excitación y sentido. Empuje y significado se encuadran dentro de ese sustrato regulador que es la

constancia. Los destinos de esa excitación ligada podrán dirigirse hacia la satisfacción (acción específica), a la elaboración psíquica (postergación, ensoñación diurna), o devenir en síntomas de la neurosis (mudanza de afecto hacia el cuerpo, en la histeria; mudanza de afecto hacia el pensamiento, en la neurosis obsesiva; traslado hacia un objeto externo, en las fobias).

Dentro de este marco, Freud postula un nuevo cuadro psicológico: la neurosis de angustia. Afecto que surge cuando una tensión endógena atraviesa cuantitativamente el umbral, pero no alcanza “anudamiento psíquico”, es decir, no se configura una representación. “La tensión física no ligada psíquicamente se muda en angustia” (Freud: 1894/1986; p.75). La importancia de la teorización de la angustia permite intelegir lo siguiente: no hay una sexualidad indómita en la formulación freudiana. La experiencia humana de una tensión endógena sexual no elaborada psíquicamente, se torna en angustia, no en una hipotética inmediatez placentera. El encuadre sexual que implica el principio de constancia, establece los límites en los cuales se vivencia el cuerpo, los fundamentos de la etiología y en qué condiciones son pensados sus destinos en el trabajo colaborativo de la clínica.

Phillips (2014) define a la sexualidad en el momento fundacional del psicoanálisis como el “emblema de lo inasimilable”. Terreno del exceso, de la amenaza de la imposibilidad elaborativa, huella de la fragilidad no solo en el procesamiento interno de las tensiones sino también en las barreras sociales que impiden llevar a cabo la acción específica: el acto sexual. Hasta qué punto lo “inasimilable” se encuentra adherido a las sujeciones morales de la época, a las determinaciones de género, a las clases sociales, a los procesos económicos que se hacían indistinguibles de la “higiene” corporal con fines productivos. Los casos de “Estudios sobre la histeria” (1895) pueden responder a esa interrogante.

En un trazado acerca de las nociones implícitas de la sexualidad en los historiales clínicos, se puede discernir la existencia de dos constantes: la represión-inhibición y la transgresión. Ambos definen los vectores de la concepción freudiana de la sexualidad. Y se ubican como modelos explicativos, con las particularidades y matices de cada historial, de la etiología y el tratamiento. En Anna O, redactado por Breuer, se constata



la inhibición-represión: “El elemento sexual estaba asombrosamente no desarrollado; la enferma, cuya vida se volvió transparente para mí como es raro que ocurra entre seres humanos, no había conocido el amor, y las masivas alucinaciones de su enfermedad no afloró nunca ese elemento de la vida anímica (Breuer, 1895/1992, T.2, p.47). La misma etiología sucede con el destino prematuro de viudez de Emmy von N:

También me llamó la atención que en todas las comunicaciones íntimas que me hizo la paciente faltara por completo el elemento sexual, que, empero, como ningún otro da ocasión a traumas. No es posible que las excitaciones de esta esfera hayan quedado sin dejar algún resto; es probable que la biografía que yo escuché fuera una *editio in usum delphini* (Freud, 1895/1992, T.2, p.120).

El otro prisma freudiano de la sexualidad, la transgresión, ocupará la explicación del caso Katharina, donde el relato narra dos episodios: de intento incestuoso del tío (Freud agregará en una nota a pie de página del año 1924, que el abuso había sido realizado por el padre) y de la relación sexual entre el tío y su prima. La seducción como acto sexual transgresor de las normas familiares es el foco de la tematización freudiana. Uno de los casos anónimos del texto apunta en la misma dirección:

Al poco tiempo la anciana señora estuvo en condiciones de informarle que la gobernanta solía hacer a la niña visitas nocturnas en la cama, y con toda regularidad, tras esas noches, la hallaban con el ataque. No vacilaron en alejar discretamente, a esta corruptora de niño (Freud, 1895/1992, T.2, p. 281).

La vida privada y la endogamia, también son narradas, en otro caso anónimo femenino, donde Freud señala: “La necia muchacha trabajaba con tan desmedido celo en su embellecimiento porque...quería gustarle a un joven primo” (Freud, 1895/1992, T.2, p.113). En Lucy R, la gobernanta inglesa que labora cuidando a las hijas de un viudo vienés de estrato económico alto, de quien se enamora, la sexualidad emerge como síntoma de la transgresión de las fronteras de la clase social. A Elisabeth von R, lo inconciliable se le presenta en el deseo hacia su cuñado, sumado a la culpa del fallecimiento de su hermana: “De nuevo, era un círculo de representaciones eróticas el que entraba en conflicto con todas sus representaciones morales [...]” (Freud, 1895/1992, T.2, p. 178).

Inhibición-represión y transgresión, en tanto matrices de la elaboración freudiana del marco sexual de la histeria, también son susceptibles de interpretarse en una trama social más amplia. En esa línea, Foucault (1990) realiza una lectura crítica sobre la función normativa de la sexualidad burguesa, a la cual pertenecían en sentido extenso – incluso Lucy R, por ejemplo, en sentido laboral - las pacientes de Freud. Interrogándose sobre las regulaciones y el carácter represivo del deseo, aunque indudablemente fallido en la práctica, señala lo siguiente: “La aristocracia nobiliaria también había afirmado la especificidad de su cuerpo, pero por medio de la sangre, es decir por la antigüedad de las ascendencias y el valor de las alianzas; la burguesía para darse un cuerpo, miró en cambio hacia la descendencia y la salud de su organismo. El sexo fue la “sangre” de la burguesía (Foucault, 1976, p.151). Lugar de protección de un estrato económico-social, signo de diferenciación e higiene corporal, las prohibiciones que adoptó la burguesía, parecen generarse no como interiorización de la moral cultural, sino como preservación de los emblemas que visibilizaban su hegemonía. La ecuación cuerpo, sangre y sexualidad, en la crítica de Foucault, es central en la forma de elección de vínculos, en las vacilaciones “neuróticas” femeninas para la “acción específica”, en el sentido de las transgresiones, inhibiciones y angustias. Endogamia familiar y endogamia de clase, cohabitaban también como un encuadre, protegiendo la herencia simbólica y física, de las “contaminaciones” de los demás sectores de la sociedad.

Sostenemos que en “Estudios sobre la histeria” (1895) se desplazaron las cuadrículas sexuales del siglo XIX hacia un nuevo encuadre, psicologizando sus tensiones bajo el principio de constancia, elaborando un esquema de entendimiento de sus procesos, umbrales y defensas, en suma, creando una racionalidad distinta de las causas y significaciones que condujo a habilitar espacios hasta entonces clausurados para el tratamiento clínico. Si ese encuadre dialogó y se impregnó de la episteme de la época, las determinaciones socio-económicas y el contexto de incertidumbre del *fin de siècle* (Schorske, 1981) resulta indudable.

Si Freud supuso haber descubierto la “esencia” de la sexualidad en los procesos psíquicos, es una conjetura que tal vez no sea necesaria responder literalmente. Todo acto fundacional de una teoría implica un nivel de certeza en cada formulación y una

ambición que sitúa sus “descubrimientos” como insignias de ruptura del curso de una historia. Sin ese impulso de saber, la invención del psicoanálisis no habría tenido lugar.

Lo cual no implica, que al revisar críticamente los componentes de sus fundamentos, se comprendan los atravesamientos de una episteme psiquiátrica disciplinaria, de una sexología normativa y del tejido socio-político de la modernidad, los cuales no fueron causas laterales en el origen de los escritos y elaboraciones freudianas, sino que constituyeron el terreno donde se crearon las bases conceptuales psicoanalíticas.



## Conclusiones

El proceso de construcción de una historia crítica del psicoanálisis ha implicado abordar la heterogeneidad de causas que fueron configurando el tejido de la racionalidad médica-psiquiátrica del siglo XIX. Toda pregunta sobre el origen se sitúa ante los desafíos metodológicos de cómo realizar la tarea de desplegarla conceptualmente, evitando los puntos ciegos, los caminos ya transitados y el anhelo de clausurar la discusión proponiendo una verdad única. En esa línea, hemos propuesto “una” historia posible, fundamentando las razones que la sostienen en una metodología de clara herencia foucaultiana, la cual consideramos que permite elaborar un pensamiento donde las intersecciones, las contradicciones y las relaciones de poder entre campos diversos de los discursos y las prácticas, habilitan lecturas y trazados de sentidos capaces de dar cuenta de los procesos históricos de formación de las ciencias.

La historiografía psicoanalítica con la cual hemos dialogado constituye la evidencia de la pluralidad de enfoques realizados para pensar el origen del proyecto freudiano. Consideramos que el énfasis biográfico (Jones, 1970; Anzieu, 1959; Roudinesco, 2016) en la interpretación de la creación del modelo freudiano, revela un problema que es necesario discutir: la idealización del genio creador como causa única de una teoría y la denegación de las determinaciones sociales y colectivas en la configuración de la experiencia humana. En suma, pretende historizar pero des-historiza. Asume que el sujeto es una categoría independiente y lo social un matiz que da contexto a una identidad ya constituida. Dentro de esta lógica, por más exhaustiva que se presente, se omite uno de los objetivos que hemos buscado subrayar en la tesis: las relaciones de poder que cada época establece, configuran la forma de pensamiento y modos de vida de las personas, aquello que validan como verdadero o falso, diferencias en los criterios de cohesión social y criterios de normalización de las conductas.

De igual modo, en la revisión crítica de la historiografía que busca explicar las razones del origen del psicoanálisis, se encuentran aquellas basados en el estudio exclusivo de la evolución científica médica-psiquiátrica-psicológica. En este enfoque, la elaboración del discurso queda subsumida a una historia del ideal de progreso de la

razón, sin cuestionar las filiaciones y determinaciones socio-políticas que proveen el marco de producción del saber. La importancia de la revolución industrial y la revolución francesa, en tanto procesos que imprimen un movimiento al campo de las ciencias, quedan soslayados. Valores como la productividad, el rendimiento, la caída y debilitamiento de la monarquía, el surgimiento de la burguesía y la conciencia progresiva del proletariado, son variables que constituyeron el tejido del siglo XIX. Por ello, sostenemos que el concepto de “sociedad disciplinaria” (Foucault, 1975) es indispensable para pensar el ethos de la problemática médica-psiquiátrica-psicológica, ya que atraviesa las dimensiones del espacio público y privado: fábrica, colegio, cárcel, hospital psiquiátrico.

En ese sentido, la secularización política y la industrialización conducen a la tentativa de la unificación social (Hobsbawn, 2011), la cual requiere de una racionalidad disciplinaria e instrumental para llevarse a cabo. Toda revolución, en tanto caída de un orden antiguo, conlleva la necesidad de un nuevo sistema de equilibrio social: la disciplina corporal, mental, laboral y jurídica fue la del siglo XIX.

Dentro de este proyecto moderno, la psiquiatría ocupó un espacio privilegiado relevando al discurso religioso para definir al ser humano, trazando los límites de lo normal y lo anómalo, aquello que debía excluirse en tanto peligro y amenaza capaz de fisurar la integración social. La figura del “enfermo mental”, pensada fuera de las coordenadas religiosas y la medicina del equilibrio de humores hipocrática (aún en el siglo XIX, se pueden rastrear las últimas resonancias de ambos enfoques), habilita una forma de pensamiento de lo humano, inédita en la civilización occidental. La locura ya no se trata de un rasgo o una conducta o de la opacidad momentánea de la razón, sino de una identidad social, una anomalía jurídica, un estigma conflictivo, que exige un lugar diferenciado de tratamiento: el hospital.

Aquello que se revela en la presente investigación, es el movimiento del humanismo médico nacido con Pinel (1800), en tanto efecto de la revolución política (1789), donde se condensa la escena fundante de la psiquiatría: liberación de las cadenas de los “insanos” y construcción en simultáneo de una metodología clínica en la lógica del encierro del hospital. Una ambivalencia necesaria de visibilizar compone la



racionalidad médica: se plantea la “higiene social” (Foucault, 1973-1974) como eje articulador de su recorrido. Proteger a los sanos de la locura; excluir a la locura de la vida colectiva. Ambivalencia política también, señalada por Castel (2009), en la medida que la creación y la pérdida de ciudadanía al interior del hospital, implicaba un claro retroceso en el orden de los derechos individuales.

El hospital psiquiátrico constituye el encuadre y marco de trabajo fundante del tratamiento. Los tratados de Pinel (1800), Esquirol (1819), son los testimonios de una racionalidad donde se intercalan la mirada clínica, el ensayo de terapéuticas, las relaciones de autoridad médico-paciente, la vigilancia sobre el cuerpo y la producción de una arquitectura reclusiva que dialoga sin dificultades con la lógica de control panóptica de la prisión o la fábrica, en más de un sentido.

La disparidad de tratamientos evidencia el carácter de laboratorio experimental del hospital. Aquello que Pinel (1800) denominó “tratamiento moral”, en alusión a modos de intervención clínicos, abarcan técnicas de “interrogatorio” que buscaban la aceptación sumisa del paciente de una enfermedad; la hidroterapia; las duchas frías para los episodios de “manía” o “furor”; la silla rotatoria; opiáceos y castigos físicos. El médico Falret (1864) describe estos procedimientos como propios de un “eclecticismo terapéutico”, en la medida que no constituían una orientación uniforme del tratamiento, sino que albergaban una diversidad vecina del ensayo/error frente a una población de pacientes, desprovista de palabra, derechos y elección.

En paralelo a la prevalencia de la dimensión clínica de la psiquiatría francesa, se halla el modelo organicista de la psiquiatría germánica, sintetizado en la definición del médico Griesinger (1845) quien afirmaba que toda enfermedad mental es una enfermedad del cerebro. Localizar post-mortem la “anomalía” en la estructura del cerebro se convirtió en el centro de la actividad médica. En ese sentido, aquella “verdad” que se revelaba en el cerebro, implicaba un corolario: la subjetividad del paciente no constituía un “objeto” de conocimiento ni una factor de importancia para la ciencia. El positivismo en su vertiente orgánica dominaba el estatuto científico y la legitimidad de esta escuela psiquiátrica. En el mismo sentido, podemos encontrar la teoría de la degeneración de Morel (1857), quien propugnaba que la determinación biológica de la enfermedad mental

era irreductible que se generaba por efecto de los hábitos desviados de las familias. Partiendo de esa premisa, enuncia la eugenesia como una necesidad de “higiene social” y protección de la colectividad racional. En un marco similar, las prácticas de “ovariotomías” y extirpación de úteros iniciadas en 1872 a pacientes diagnosticadas con cuadros de histeria, revelan la problemática relación entre la política de género de la época y el poder médico (Veith, 1965).

Sin duda, ambos enfoques constituyen acentos de la misma problemática: pensar, curar, disciplinar y suprimir la enfermedad mental, en tanto signo de lo disruptivo de lo humano. Solms (2000) ubica en esta tensión de modelos psiquiátricos de ambas escuelas de la psiquiatría, el campo central de la discusión que atravesó el siglo XIX: énfasis en lo clínico (francesa) y en lo anatómico-patológico (germánica).

Sin embargo, al analizar el campo de creación de la psiquiatría, pueden hallarse modelos de comprensión e intervención que se ubicaban en un terreno distinto. El caso del “magnetismo animal” (Mesmer, 1798) resulta emblemático, ya que construyó una teoría signada por la asimetría conceptual donde se yuxtaponían el romanticismo alemán, la idea de una energía física que componía los cuerpos y una técnica de curación a partir de los imanes. Ellenberger (1970) le otorga el lugar de punto de inicio de la psiquiatría dinámica. Lo central del modelo de Mesmer, reside en haber generado una corriente de comprensión psicológica que recorre todo el siglo XIX, disputando las nociones de verdad científica de la psiquiatría. No hay criterios de verificación en este modelo ni el diseño de una nosografía. Su influencia se extiende a la práctica clínica de Puysegur (1807) y del médico británico Braid (1843), quien le otorga una legitimidad dentro del campo de la ciencia, redefiniéndola con un concepto nuevo: la hipnosis. La importancia de la hipnosis abre las puertas a un tratamiento que se halla en la periferia del saber médico, continuando como una línea a veces subterránea, a veces visible, durante el curso del siglo XIX.

Tratamiento moral, modelos organicistas de la enfermedad mental, teoría de la degeneración, hipnosis y extirpaciones de ovarios y úteros, componen el campo heterogéneo y voluble de la “episteme” moderna médico-psiquiátrica. Sostenemos que la divergencia de criterios, fundamentos y validez de cada una de estas concepciones de

la experiencia humana, testimonian la complejidad de situar en un terreno unívoco a la racionalidad y las relaciones de poder-saber que les dieron origen. La serie multiforme de principios que las articulan, conduce a discutir la idea de un progreso escalonado en el orden del conocimiento psicológico en el curso del siglo XIX.

El planteamiento de una “episteme” donde confluyen modelos teóricos, prácticas e instituciones, lo consideramos relevante para la finalidad del presente proyecto. A diferencia de la noción de “paradigma” que estipula y cristaliza el conocimiento legítimo en términos de validez científica, la “episteme” permite albergar las contradicciones inherentes en la construcción del conocimiento. El hecho que la “hipnosis” adquiriera en el último tercio del siglo XIX un estatuto científico mayor, vía la obra de Charcot (Escuela de Paris) y Bernheim (Escuela de Nancy) es una evidencia que el saber médico se organizó produciendo “recortes” de una episteme lo suficientemente permeable y dispar en su representación del ser humano.

Esa disparidad epistémica atraviesa las clasificaciones nosográficas que se fueron generando en las diversas tradiciones psiquiátricas. La afirmación de Foucault (1961) que la psicología es deudora desde su partida de nacimiento del constructo de “enfermedad mental”, es decir, que se origina en un campo donde el objeto de conocimiento es una determinada concepción de la locura, puede ser corroborada sin dificultad, al examinar los tratados nodulares del siglo XIX. En ese sentido, pensar la relación de la psicología con los procesos históricos-sociales, resulta imprescindible para la comprensión del modelo del humano que busca conocer, interpretar e intervenir clínicamente. Relación de fuerzas sociales que componen una trama psicológica donde lo jurídico (la normatividad), lo disciplinario y lo político-económico (revolución industrial y proyecto de Estado nación) se superponen en su definición y corpus teórico.

Después de plantear el conjunto asimétrico teórico-clínico del discurso psiquiátrico, ha sido necesario desarrollar la problematización freudiana frente a ese espacio teórico. Propusimos el concepto de “episteme freudiana” para situar el marco de pensamiento que se asimiló en su formación médica. Lo consideramos como el conjunto de saberes específicos que generaron una relación de filiación, identidad y posterior cuestionamiento. Partiendo de la tesis de Solms (2000), planteamos que la tensión entre

escuelas psiquiátricas germánicas y francesas (y la influencia británica de Jackson sobre la Afasia), es problematizada por Freud, logrando construir un mapa de pensamiento donde pueden convivir: la agudeza de la mirada clínica personificada en Charcot y el privilegio del funcionalismo de los procesos cerebrales en detrimento del modelo positivista anatómico-patológico. Desde estas premisas, sostenemos que la identidad y disidencia freudiana con relación al discurso psiquiátrico, derivó en un proceso elaborativo compuesto por cuatro conceptos que dan origen al psicoanálisis.

En primer lugar, un modelo de la psiquis basado en el “principio de constancia”, donde convergen lo cuantitativo-orgánico y lo cualitativo-individual. En segundo lugar, una nueva clínica de la neurosis donde el vínculo de autoridad con el paciente es redefinido en un encuadre “privado” a diferencia del hospitalario, y donde la palabra-indicial (Ginzburg, 2008) deviene en instrumento de traducción del síntoma con fines terapéuticos. Se trata de una clínica que instaure dos características: requiere de un trabajo colaborativo entre médico y paciente e implica un proceso temporal para alcanzar el objetivo del tratamiento.

En tercer lugar, hemos sostenido que el método de pensamiento de Freud se encuentra basado en la escritura clínica, articulada como un espacio de reflexión, revisión crítica del proceso terapéutico y especulación teórica, donde la voz subjetiva del científico se hace visible en la redacción de los historiales. Escritura distante del modelo documental positivista, la cual estaba basada en la pretensión de un modelo de representación mimética entre palabras y hechos. Freud utiliza otra lógica: concibe la escritura clínica semejante a “novelas breves” (1895) y le otorga legitimidad al “caso” único, en una zona donde literatura y ciencia se enlazan en la producción del conocimiento psicológico.

Finalmente, planteamos la noción de “encuadres sexuales” para definir el núcleo central de su concepción de una de las formas de neurosis: la histeria. Afirmamos que el discurso psiquiátrico de la sexualidad se origina en Kaan (1844) y Kraft-Ebing (1886), quienes abordaron la experiencia erógena fundamentalmente bajo el idioma de las perversiones. Una “ciencia sexual” secular donde la transgresión constituía el foco de trabajo, derivando en un análisis médico congruente con el discurso psiquiátrico:

normalizar y disciplinar las conductas. Freud desplaza ese marco de comprensión, psicologizando la sexualidad, inscribiéndola como un proceso cuantitativo-cualitativo bajo el “principio de constancia”, el cual constituía un nuevo encuadre regulador de las tensiones erógenas, de manera tal, que era factible otorgarle un lenguaje y un tratamiento clínico capaz de revelar una verdad subjetiva.





## Referencias Bibliográficas

- Anzieu, D. (1959/1988). *El autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis*. Siglo XXI Editores.
- Appignasi, L. & Forrester, J. (1992). *Freud's woman*. Basic Books.
- Assoun, P. L. (1993). *Introduction à la métapsychologie freudienne*. Presses Universitaires de France.
- Axenfeld, A. (1863). *Traité des Nevroses* (2.<sup>a</sup> ed.). Librairie Bailliere.
- Beard, G. (1869). Neurasthenia or nervous exhaustion. *The Boston medical and surgical journal*, 3(9), 217-221. <https://10.1056/NEJM186904290801301>
- Bernheim, H. (1884). *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Bailly-Baillière.
- Bing, F. (2000). La teoría de la degenerescencia. En J. Postel y C. Quételet (Eds.) *Nueva historia de la psiquiatría* (pp. 225-229). Fondo de Cultura Económica
- Braid, J. (1843). *Neurypnology, or, The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*. A & C Black.
- Breger, L. (2000). *Freud. Darkness in the midst of vision*. John Wiley and Sons.
- Bonomi, C. (2009). The relevance of castration and circumcision to the origins of psychoanalysis: 1. The medical context. *International Journal of Psychoanalysis*, 90(3), 551-80. <https://10.1111/j.1745-8315.2009.00134.x>
- Brémaud, N. (2015). Panorama historique des définitions de l'hystérie. *L'information psychiatrique*, 91, 485-498. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1348>
- Canguilhem, G. (1966/2009). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores.
- Canguilhem, G. (1988/2005). *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida: nuevos estudios de historia y filosofía de la ciencia*. Amorrortu Editores.
- Caparros, N. (1997). *Correspondencia de Freud (1871-1886)*. Biblioteca Nueva.
- Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Nueva Visión.
- Castro, E. (2014) *Introducción a Foucault*. Siglo XXI Editores.
- Charcot, J-M. (1892). *Leçons du mardi à la Salpêtrière, professeur Charcot*. Librairie-Editeurs
- Charcot, J-M. (1883). *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière; recueillies et publiées par Bourneville*. A. Delahaye

- Chertok, L. y de Saussure, R. (1973) *Nacimiento del psicoanalista, vicisitudes de la relación terapéutica de Mesmer a Freud*. Gedisa.
- Comte, A. (1830). *Curso de filosofía positiva. Discurso sobre el espíritu positivo*. Editorial Claridad.
- Cullen, W. (1808). *A methodical system of nosology*. Stockbridge: Cornelius Sturtevant
- Davidson, A. (2004). *La aparición de la sexualidad*. Alpha Decay.
- Didi-Huberman, G. (2017). *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Anaya.
- Edelman, N. (2000). Représentation de la maladie et construction de la différence des sexes. Des maladies de femmes aux maladies nerveuses, l'hystérie comme exemple. *Romantisme*, 110, 73-87. <https://10.3406/roman.2000.955>
- Ellenberger, H. (1970) *The Discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*. Basic books.
- Esquirol, E. (1819). *Des établissements des aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*. De la imprimerie de Madame Huzard.
- Falret, J-P. (1864). *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés: leçons cliniques et considérations générales*. J.-B. Bailliere et fils.
- Forrester, J. (1980). *Language and the origins of psychoanalysis*. Columbia University Press
- Forrester, J. (2017). *Thinking in cases*. Polity Press
- Foucault, M. (1969). *La arqueología del saber*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1966) *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas* (3.ª ed.). Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1961) *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica
- Foucault, M. (1963) *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2003). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1999). *Los anormales*. Ediciones Akal.
- Foucault, M. (1975) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores
- Foucault, M. (1962) *Enfermedad mental y psicología*. Paidós.

- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2004). *Seguridad, territorio y población*. Fondo de Cultura Económica
- Foucault, M. (2001). *Dits et écrits. I. 1954-1975*. Quarto Gallimard.
- Foucault, M. (2001). *Dits et écrits. II. 1976-1988*. Quarto Gallimard.
- Foucault, M. (2018). *¿Qué es la crítica? seguido de Cultura de sí*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2012). *Obrar mal, decir la verdad. Función de la confesión en la justicia*. Siglo XXI Editores.
- Freud, S. (2017). *La hipnosis: textos (1886-1893) Introducción y presentación de Mikkel Borch-Jacobsen*. Editorial Ariel.
- Freud, S. (1986) *Cartas a Wilhem Fliess (1887-1904)*. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1886). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud* (2.<sup>a</sup> ed.). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2013). *Sigmund Freud Obras Completas* (2.<sup>a</sup> ed., Vol. 2). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2013). *Sigmund Freud Obras Completas* (2.<sup>a</sup> ed., Vol. 3). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2013). *Sigmund Freud Obras Completas* (2.<sup>a</sup> ed., Vol. 14). Amorrortu Editores.
- Gay, P. (2010). *Freud, una vida de nuestro tiempo*. Paidós Iberica.
- Georget, E. (1821). *De la Physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau, recherches sur les maladies nerveuses en général et en particulier sur le siège, la nature et le traitement de l'hystérie, de l'hypochondrie, de l'épilepsie et de l'asthme convulsif*. Chez J. B. Bailliere Libraire.
- Ginzburg, C. (2008). *Mitos, emblemas e indicios. Morfología e historia*. Gedisa
- Gros, F. (2007) *Michel Foucault*. Amorrortu Editores.
- Guillin, V. (2004). Théodule Ribot's ambiguous positivism: philosophical and epistemological strategies in the founding of french scientific psychology. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 40(2), 165–181.
- Hobsbawm, E. (2007) *La era del capital 1848-1875* (6.<sup>a</sup> ed.). Editorial Crítica.
- Hobsbawm, E. (1974) *En torno a la revolución industrial*. Siglo XXI Editores.
- Hudemann-Simon, C. (2017). *La conquista de la salud en Europa 1750-1900*. Siglo XXI Editores.

- Jarrel, J. y Stahnisch, F. (2021). Contextualizing ovarian pain in the late 19th century — Part 2: Ovarian-based treatments of “hysteria”. *Journal of the History of the Neurosciences*, 30(6), 1-15. <https://10.1080/0964704X.2021.1902065>
- Jones. E. (1970). *Vida y Obra de Sigmund Freud 3*. Anagrama.
- Kaan, H., (2016). *Heinrich Kaan’s “Psychopathia sexualis” (1844): a classic text in the history of sexuality*. Cornell University Press.
- Knoff, W. (1970). A History of the Concept of Neurosis, with a Memoir of William Cullen. *American Journal of Psychiatry*, 127(1), 80-84. <https://10.1176/ajp.127.1.80>
- Krafft-Ebing (1895). *Psychopathia sexualis* (A, Laurent, Trad., 8.<sup>a</sup> ed.). Carré Editeur.
- Laplanche, J. & Pontalis, B. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.
- Landouzy, H. (1846). *Traité complet de l’hysterie*. Bailliere.
- Laqueur, T. (2007). *Sexo solitario. Una historia cultural de la masturbación*. Fondo de Cultura Económica.
- Le Blanc, G. (2008). *El pensamiento Foucault*. Amorrortu Editores.
- Louyer-Villermay, (1802). *Recherches historiques et médicales sur la hypocondrie isolée par observation et analyse de hystérie et de la mélancholie*. Mequignon Librairie.
- Macherey, P. (2011). *De Canguilhem a Foucault: la fuerza de las normas*. Amorrortu Editores.
- Makari, G. (2008). *Revolution in mind: The creation of psychoanalysis*. Harper Perennial.
- Mahony, P. (1987). *Freud as a writer*. Yale University Press.
- Mahony, P. (2005). *Psychoanalysis and discourse*. Brunner-Routledge.
- Micale, M. (1989). [Review of the book *A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders*, by G. Berrios & R. Porter]. *Medical History*, 41(1), 104–105.
- Micale, M. (1995). *Approaching hysteria: disease and its interpretations*. Princeton University Press.
- Mesmer, F. (1798). *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*. A Genève; et se trouve à Paris, chez P. Fr. Didot le jeune. M. DCC. LXXIX
- Morel, B. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*. Bailliere.



- Phillips, A. (2014). *Becoming Freud. The making of a psychoanalyst*. Yale University Press.
- Pinel, P. (1800). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale o La manie*. Chez Richard, Caille et Ravier
- Pinel, P. (1797). *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* (2 v). De l'imprimerie de crapelet.
- Pinel, P. (1809). *Traité Medico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Brosson.
- Postel, J. y Quetel, C. (1983/2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. Fondo de Cultura Económica.
- Puysegur, Ch. (1807). *Du magnétisme animal*. De l'imp de Cellot chez Desenne.
- Revel, J. (2014). *Foucault, un pensamiento de lo discontinuo*. Amorrortu Editores.
- Ribot, T. (1881). *La psicología inglesa contemporánea (école expérimentale)*. Bailliere.
- Rieff, D. (1959/1979) *Freud: the mind of the moralist*. University of Chicago Press.
- Roith, E. (2008) Hysteria, Heredity and Anti-Semitism: Freud's Quiet Rebellion. *Psychoanalysis and History*, 10(2), 149-168.
- Roudinesco, E. (2016). *Freud en su tiempo y en el nuestro*. Debate.
- Sailing, M. & Solms, M. (1990). *A moment of transition. Two neuroscientific articles by Sigmund Freud*. Karnac Books.
- Sauquillo, J. (2017). *Michel Foucault: poder, saber y subjetivación*. Alianza Editorial.
- Schaffner, A. (2012). *Modernism and perversion. Sexual deviance in sexology and literatura, 1850-1930*. Palgrave Macmillan.
- Schorske, C. (1981). *Fin de siècle Vienna. Politics and culture*. Vintage Books.
- Sloterdijk, P. (2020). *La herencia del dios perdido*. Siruela.
- Solms, M. (2000). Preliminaries for an integration of psychoanalysis and neuroscience. *Annual of Psychoanalysis*, 28, 179-200.
- Solms, M. & Gamwell, L. (2002). *De la neurología al psicoanálisis. Los dibujos neurológicos y esquemas de la mente de Sigmund Freud*. Paradiso Editores.
- Sulloway, F. (1992). *Freud, Biologist of the mind. Beyond the psychoanalytic legend*. Harvard University Press.



Veith, I. (1965). *Hysteria. The history of a disease*. The university of Chicago press.

Zaretsky, E. (2012). *Secretos del alma: historia social y cultural del psicoanálisis*. Siglo XXI Editores.

