

Cinco conferencias
sobre psicoanálisis
(1910 [1909])

II

Señoras y señores: Más o menos por la misma época en que Breuer ejercía con su paciente la *«talking cure»*, el maestro Charcot había iniciado en París aquellas indagaciones sobre las histéricas de la Salpêtrière que darían por resultado una comprensión novedosa de la enfermedad. Era imposible que esas conclusiones ya se conocieran por entonces en Viena. Pero cuando una década más tarde Breuer y yo publicamos la comunicación preliminar sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos [1893a], que tomaba como punto de partida el tratamiento catártico de la primera paciente de Breuer, nos encontrábamos enteramente bajo el sortilegio de las investigaciones de Charcot. Equiparamos las vivencias patógenas de nuestros enfermos, en calidad de traumas psíquicos, a aquellos traumas corporales cuyo influjo sobre parálisis histéricas Charcot había establecido; y la tesis de Breuer sobre los estados hipnoides no es en verdad sino un reflejo del hecho de que Charcot hubiera reproducido artificialmente en la hipnosis aquellas parálisis traumáticas.

El gran observador francés, de quien fui discípulo entre 1885 y 1886, no se inclinaba a las concepciones psicológicas; sólo su discípulo Pierre Janet intentó penetrar con mayor profundidad en los particulares procesos psíquicos de la histeria, y nosotros seguimos su ejemplo cuando situamos la escisión anímica y la fragmentación de la personalidad en el centro de nuestra concepción. Hallan ustedes en Janet una teoría de la histeria que toma en cuenta las doctrinas prevalecientes en Francia acerca del papel de la herencia y de la degeneración. Según él, la histeria es una forma de la alteración degenerativa del sistema nervioso que se da a conocer mediante una endeblez innata de la síntesis psíquica. Sostiene que los enfermos de histeria son desde el comienzo incapaces de cohesionar en una unidad la diversidad de los procesos anímicos, y por eso se inclinan a la disociación anímica. Si me permiten ustedes un símil trivial, pero nítido, la histérica de Janet recuerda a una débil señora que ha salido de compras y vuelve a casa cargada

con una montaña de cajas y paquetes. Sus dos brazos y los diez dedos de las manos no le bastan para dominar todo el cúmulo y entonces se le cae primero un paquete. Se agacha para recogerlo, y ahora es otro el que se le escapa, etc. No armoniza bien con esa supuesta endeblesz anímica de las histéricas el hecho de que entre ellas puede observarse, junto a los fenómenos de un rendimiento disminuido, también ejemplos de un incremento parcial de su productividad, como a modo de un resarcimiento. En la época en que la paciente de Breuer había olvidado su lengua materna y todas las otras salvo el inglés, su dominio de esta última llegó a tanto que era capaz, si se le presentaba un libro escrito en alemán, de producir de primer intento una traducción intachable y fluida al inglés leyendo en voz alta.

Cuando luego me apliqué a continuar por mi cuenta las indagaciones iniciadas por Breuer, pronto llegué a otro punto de vista acerca de la génesis de la disociación histérica (escisión de conciencia). Semejante divergencia, decisiva para todo lo que había de seguir, era forzoso que se produjese, pues yo no partía, como Janet, de experimentos de laboratorio, sino de empeños terapéuticos.

Sobre todo me animaba la necesidad práctica. El tratamiento catártico, como lo había ejercitado Breuer, implicaba poner al enfermo en estado de hipnosis profunda, pues sólo en el estado hipnótico hallaba este la noticia de aquellos nexos patógenos, noticia que le faltaba en su estado normal. Ahora bien, la hipnosis pronto empezó a desagradarme, como un recurso tornadizo y por así decir místico; y cuando hice la experiencia de que a pesar de todos mis empeños sólo conseguía poner en el estado hipnótico a una fracción de mis enfermos, me resolví a resignar la hipnosis e independizar de ella al tratamiento catártico. Puesto que no podía alterar a voluntad el estado psíquico de la mayoría de mis pacientes, me orienté a trabajar con su estado normal. Es cierto que al comienzo esto parecía una empresa sin sentido ni perspectivas. Se planteaba la tarea de averiguar del enfermo algo que uno no sabía y que ni él mismo sabía; ¿cómo podía esperarse averiguarlo no obstante? Entonces acudí en mi auxilio el recuerdo de un experimento muy asombroso e instructivo que yo había presenciado junto a Bernheim en Nancy [en 1889]. Bernheim nos demostró por entonces que las personas a quienes él había puesto en sonambulismo hipnótico, haciéndoles vivenciar en ese estado toda clase de cosas, sólo en apariencia habían perdido el recuerdo de lo

que vivenciaron sonámbulas y era posible despertarles tales recuerdos aun en el estado normal. Cuando les inquiría por sus vivencias sonámbulas, al comienzo aseveraban por cierto no saber nada; pero si él no desistía, si las esforzaba, si les aseguraba que empero lo sabían, en todos los casos volvían a acudirles esos recuerdos olvidados.

Fue lo que hice también yo con mis pacientes. Cuando había llegado con ellos a un punto en que aseveraban no saber nada más, les aseguraba que empero lo sabían, que sólo debían decirlo y me atrevía a sostenerles que el recuerdo justo sería el que les acudiese en el momento en que yo les pusiese mi mano sobre su frente. De esa manera conseguía, sin emplear la hipnosis, averiguar de los enfermos todo lo requerido para restablecer el nexo entre las escenas patógenas olvidadas y los síntomas que estas habían dejado como secuela. Pero era un procedimiento trabajoso, agotador a la larga, que no podía ser el apropiado para una técnica definitiva.

Mas no lo abandoné sin extraer de las percepciones que él procuraba las conclusiones decisivas. Así, pues, yo había corroborado que los recuerdos olvidados no estaban perdidos. Se encontraban en posesión del enfermo y prontos a aflorar en asociación con lo todavía sabido por él, pero alguna fuerza les impedía devenir concientes y los constreñía a permanecer inconcientes. Era posible suponer con certeza la existencia de esa fuerza, pues uno registraba un esfuerzo (*Anstrengung*) correspondiente a ella cuando se empeñaba, oponiéndosele, en introducir los recuerdos inconcientes en la conciencia del enfermo. Uno sentía como *resistencia* del enfermo esa fuerza que mantenía en pie al estado patológico.

Ahora bien, sobre esa idea de la resistencia he fundado mi concepción de los procesos psíquicos de la histeria. Cancelar esas resistencias se había demostrado necesario para el restablecimiento; y ahora, a partir del mecanismo de la curación, uno podía formarse representaciones muy precisas acerca de lo acontecido al contraerse la enfermedad. Las mismas fuerzas que hoy, como resistencia, se oponían al empeño de hacer conciente lo olvidado tenían que ser las que en su momento produjeron ese olvido y esforzaron (*drängen*) afuera de la conciencia las vivencias patógenas en cuestión. Llamé *represión* {esfuerzo de desalojo} a este proceso por mí supuesto, y lo consideré probado por la indiscutible existencia de la resistencia.

Desde luego, cabía preguntarse cuáles eran esas fuerzas y cuáles las condiciones de la represión en la que ahora discerníamos el mecanismo patógeno de la histeria. Una

indagación comparativa de las situaciones patógenas de que se había tenido noticia mediante el tratamiento catártico permitía ofrecer una respuesta. En todas esas vivencias había estado en juego el afloramiento de una moción de deseo que se encontraba en aguda oposición a los demás deseos del individuo, probando ser inconciliable con las exigencias éticas y estéticas de la personalidad. Había sobrevenido un breve conflicto, y el final de esta lucha interna fue que la representación que aparecía ante la conciencia como la portadora de aquel deseo inconciliable sucumbió a la represión {esfuerzo de desalojo} y fue olvidada y esforzada afuera de la conciencia junto con los recuerdos relativos a ella. Entonces, la inconciliabilidad de esa representación con el yo del enfermo era el motivo {*Motiv*, «la fuerza impulsora»} de la represión; y las fuerzas represoras eran los reclamos éticos, y otros, del individuo. La aceptación de la moción de deseo inconciliable, o la persistencia del conflicto, habrían provocado un alto grado de displacer; este displacer era ahorrado por la represión, que de esa manera probaba ser uno de los dispositivos protectores de la personalidad anímica.

Les referiré, entre muchos, uno solo de mis casos, en el que se disciernen con bastante nitidez tanto las condiciones como la utilidad de la represión. Por cierto que para mis fines me veré obligado a abreviar este historial clínico, dejando de lado importantes premisas de él. Una joven¹ que poco tiempo antes había perdido a su amado padre, de cuyo cuidado fue partícipe —situación análoga a la de la paciente de Breuer—, sintió, al casarse su hermana mayor, una particular simpatía hacia su cuñado, que fácilmente pudo enmascararse como una ternura natural entre parientes. Esta hermana pronto cayó enferma y murió cuando la paciente se encontraba ausente junto con su madre. Las ausentes fueron llamadas con urgencia sin que se les proporcionase noticia cierta del doloroso suceso. Cuando la muchacha hubo llegado ante el lecho de su hermana muerta, por un breve instante afloró en ella una idea que podía expresarse aproximadamente en estas palabras: «*Ahora él está libre y puede casarse conmigo*». Estamos autorizados a dar por cierto que esa idea, delatora de su intenso amor por el cuñado, y no conciente para ella misma, fue entregada de inmediato a la represión por la revuelta de sus sentimientos. La muchacha contrajo graves síntomas histéricos y cuando yo la tomé bajo tratamiento resultó que había olvidado por completo la

¹ [Se trata de Elisabeth von R., el quinto de los casos expuestos en *Estudios sobre la histeria* (1895d), *AE*, 2, págs. 151 y sigs.]

escena junto al lecho de su hermana, así como la moción odiosa y egoísta que emergiera en ella. La recordó en el tratamiento, reprodujo el factor patógeno en medio de los indicios de la más violenta emoción, y sanó así.

Acaso me sea lícito ilustrarles el proceso de la represión y su necesario nexo con la resistencia mediante un grosero símil que tomaré, justamente, de la situación en que ahora nos encontramos. Supongan que aquí, dentro de esta sala y entre este auditorio cuya calma y atención ejemplares yo no sabría alabar bastante, se encontrara empero un individuo revoltoso que me distrajera de mi tarea con sus impertinentes risas, charla, golpeteo con los pies. Y que yo declarara que así no puedo proseguir la conferencia, tras lo cual se levantarán algunos hombres vigorosos entre ustedes y luego de breve lucha pusieran al barullero en la puerta. Ahora él está «desalojado» {reprimido} y yo puedo continuar mi exposición. Ahora bien, para que la perturbación no se repita si el expulsado intenta volver a ingresar en la sala, los señores que ejecutaron mi voluntad colocan sus sillas contra la puerta y así se establecen como una «resistencia» tras un esfuerzo de desalojo {represión} consumado. Si ustedes trasfieren las dos localidades a lo psíquico como lo «conciente» y lo «inconciente», obtendrán una imagen bastante buena del proceso de la represión.

Ahora ven ustedes en qué radica la diferencia entre nuestra concepción y la de Janet. No derivamos la escisión psíquica de una insuficiencia innata que el aparato anímico tuviera para la síntesis, sino que la explicamos dinámicamente por el conflicto de fuerzas anímicas en lucha, discernimos en ella el resultado de una renuencia activa de cada uno de los dos agrupamientos psíquicos respecto del otro. Ahora bien, nuestra concepción engendra un gran número de nuevas cuestiones. La situación del conflicto psíquico es sin duda frecuentísima; un afán del yo por defenderse de recuerdos penosos se observa con total regularidad, y ello sin que el resultado sea una escisión anímica. Uno no puede rechazar la idea de que hacen falta todavía otras condiciones para que el conflicto tenga por consecuencia la disociación. También les concedo que con la hipótesis de la represión no nos encontramos al final, sino sólo al comienzo, de una teoría psicológica, pero no tenemos otra alternativa que avanzar paso a paso y confiar a un trabajo progresivo en anchura y profundidad la obtención de un conocimiento acabado.

Desistan, por otra parte, del intento de situar el caso de la paciente de Breuer bajo los puntos de vista de la repre-

sión. Ese historial clínico no se presta a ello porque se lo obtuvo con el auxilio del influjo hipnótico. Solo si ustedes desechan la hipnosis pueden notar las resistencias y represiones y formarse una representación certera del proceso patógeno efectivo. La hipnosis encubre a la resistencia; vuelve expedito un cierto ámbito anímico, pero en cambio acumula la resistencia en las fronteras de ese ámbito al modo de una muralla que vuelve inaccesible todo lo demás.

Lo más valioso que aprendimos de la observación de Breuer fueron las noticias acerca de los nexos entre los síntomas y las vivencias patógenas o traumas psíquicos, y ahora no podemos omitir el apreciar esas intelecciones desde el punto de vista de la doctrina de la represión. Al comienzo no se ve bien cómo desde la represión puede llegarse a la formación de síntoma. En lugar de proporcionar una compleja deducción teórica, retomaré en este punto la imagen que antes usamos para ilustrar la represión (esfuerzo de desalojo). Consideren que con el distanciamiento del miembro perturbador y la colocación de los guardianes ante la puerta el asunto no necesariamente queda resuelto. Muy bien puede suceder que el expulsado, ahora enconado y despojado de todo miramiento, siga dándonos qué hacer. Es verdad que ya no está entre nosotros; nos hemos librado de su presencia, de su risa irónica, de sus observaciones a media voz, pero en cierto sentido el esfuerzo de desalojo no ha tenido éxito, pues ahora da ahí afuera un espectáculo insoportable, y sus gritos y los golpes de puño que aplica contra la puerta estorban mi conferencia más que antes su impertinente conducta. En tales circunstancias no podríamos menos que alegrarnos si, por ejemplo, nuestro estimado presidente, el doctor Stanley Hall, quisiera asumir el papel de mediador y apaciguador. Hablaría con el miembro revoltoso ahí afuera y acudiría a nosotros con la exhortación de que lo dejáramos reingresar, ofreciéndose él como garante de su buen comportamiento. Obedeciendo a la autoridad del doctor Hall, nos decidimos entonces a cancelar de nuevo el desalojo, y así vuelven a reinar la calma y la paz. En realidad, no es esta una figuración inadecuada de la tarea que compete al médico en la terapia psicoanalítica de las neurosis.

Para decirlo ahora más directamente: mediante la indagación de los histéricos y otros neuróticos llegamos a convencernos de que en ellos ha fracasado la represión de la idea entramada con el deseo insoportable. Es cierto que la han pulsionado afuera de la conciencia y del recuerdo, ahorrándose en apariencia una gran suma de displacer, *pero la moción de deseo reprimida perdura en lo inconciente, al*

acecho de la oportunidad de ser activada; y luego se las arregla para enviar dentro de la conciencia una *formación sustitutiva*, desfigurada y vuelta irreconocible, de lo reprimido, a la que pronto se anudan las mismas sensaciones de displacer que uno creyó ahorrarse mediante la represión. Esa formación sustitutiva de la idea reprimida —el *síntoma*— es inmune a los ataques del yo defensor, y en vez de un breve conflicto surge ahora un padecer sin término en el tiempo. En el síntoma cabe comprobar, junto a los indicios de la desfiguración, un resto de semejanza, procurada de alguna manera, con la idea originariamente reprimida; los caminos por los cuales se consumó la formación sustitutiva pueden descubrirse en el curso del tratamiento psicoanalítico del enfermo, y para su restablecimiento es necesario que el síntoma sea trasportado de nuevo por esos mismos caminos hasta la idea reprimida. Si lo reprimido es devuelto a la actividad anímica conciente, lo cual presupone la superación de considerables resistencias, el conflicto psíquico así generado y que el enfermo quiso evitar puede hallar, con la guía del médico, un desenlace mejor que el que le procuró la represión. De tales tramitaciones adecuadas al fin, que llevan conflicto y neurosis a un feliz término, las hay varias, y en algunos casos es posible alcanzarlas combinadas entre sí. La personalidad del enfermo puede ser convencida de que rechazó el deseo patógeno sin razón y movida a aceptarlo total o parcialmente, o este mismo deseo ser guiado hacia una meta superior y por eso exenta de objeción (lo que se llama su *sublimación*), o bien admitirse que su desestimación es justa, pero sustituirse el mecanismo automático y por eso deficiente de la represión por un juicio adverso (*Verurteilung*) con ayuda de las supremas operaciones espirituales del ser humano; así se logra su gobierno conciente.

Discúlpenme ustedes si no he logrado exponerles de una manera claramente aprehensible estos puntos capitales del método de tratamiento ahora llamado *psicoanálisis*. Las dificultades no se deben sólo a la novedad del asunto. Sobre la índole de los deseos inconciliables que a pesar de la represión saben hacerse oír desde lo inconciente, y sobre las condiciones subjetivas o constitucionales que deben darse en cierta persona para que se produzca ese fracaso de la represión y una *formación sustitutiva* o de *síntoma*, daremos noticia luego, con algunas puntualizaciones.

IV

Señoras y señores: Ahora demandarán ustedes saber lo que con ayuda del ya descrito medio técnico hemos averiguado acerca de los complejos patógenos y mociones de deseo reprimidas de los neuróticos.

Pues bien; una cosa sobre todas: La investigación psicoanalítica reconduce con una regularidad asombrosa los síntomas patológicos a impresiones de la vida amorosa de los enfermos; nos muestra que las mociones de deseo patógenas son de la naturaleza de unos componentes pulsionales eróticos, y nos constriñe a suponer que debe atribuirse a las perturbaciones del erotismo la máxima significación entre los influjos que llevan a la enfermedad, y ello, además, en los dos sexos.

Sé que esta aseveración no se me creará fácilmente. Aun investigadores que siguen con simpatía mis trabajos psicológicos se inclinan a opinar que yo sobrestimo la contribución etiológica de los factores sexuales, y me preguntan por qué excitaciones anímicas de otra índole no habrían de dar ocasión también a los descritos fenómenos de la represión y la formación sustitutiva. Ahora bien, yo puedo responder: No sé por qué no habrían de hacerlo, y no tengo nada que oponer a ello; pero la experiencia muestra que no poseen esa significación, que a lo sumo respaldan el efecto de los factores sexuales, mas sin poder sustituirlos nunca. Es que yo no he postulado teóricamente ese estado de las cosas; en los *Estudios sobre la histeria*, que en colaboración con el doctor Josef Breuer publiqué en 1895, yo aún no sostenía ese punto de vista: debí abrazarlo cuando mis experiencias se multiplicaron y penetraron con mayor profundidad en el asunto. Señores: Aquí, entre ustedes, se encuentran algunos de mis más cercanos amigos y seguidores, que me han acompañado en este viaje a Worcester. Indáguenlos, y se enterarán de que todos ellos descreyeron al comienzo por completo de esta tesis sobre la significación decisiva de la etiología sexual, hasta que sus propios empeños analíticos los compelieron a hacerla suya.

El convencimiento acerca de la justeza de la tesis en cues-

tión no es en verdad facilitado por el comportamiento de los pacientes. En vez de ofrecer de buena gana las noticias sobre su vida sexual, por todos los medios procuran ocultarlas. Los hombres no son en general sinceros en asuntos sexuales. No muestran con franqueza su sexualidad, sino que gastan una espesa bata hecha de . . . tejido de embuste para esconderla, como si hiciera mal tiempo en el mundo de la sexualidad. Y no andan descaminados; en nuestro universo cultural ni el sol ni el viento son propicios para el quehacer sexual; en verdad, ninguno de nosotros puede revelar francamente su erotismo a los otros. Pero una vez que los pacientes de ustedes reparan en que pueden hacerlo sin embarazo en el tratamiento, se quitan esa cáscara de embuste y sólo entonces están ustedes en condiciones de formarse un juicio sobre el problema en debate. Por desdicha, tampoco los médicos gozan de ningún privilegio sobre las demás criaturas en su personal relación con las cuestiones de la vida sexual, y muchos de ellos se encuentran prisioneros de esa unión de gazmoñería y concupiscencia que gobierna la conducta de la mayoría de los «hombres de cultura» en materia de sexualidad.

Permítanme proseguir ahora con la comunicación de nuestros resultados. En otra serie de casos, la exploración psicoanalítica no reconduce los síntomas, es cierto, a vivencias sexuales, sino a unas traumáticas, triviales. Pero esta diferenciación pierde valor por otra circunstancia. El trabajo de análisis requerido para el radical esclarecimiento y la curación definitiva de un caso clínico nunca se detiene en las vivencias de la época en que se contrajo la enfermedad, sino que se remonta siempre hasta la pubertad y la primera infancia del enfermo, para tropezar, sólo allí, con las impresiones y sucesos que comandaron la posterior contracción de la enfermedad. Únicamente las vivencias de la infancia explican la susceptibilidad para posteriores traumas, y sólo descubriendo y haciendo concientes estas huellas mnémicas por lo común olvidadas conseguimos el poder para eliminar los síntomas. Llegamos aquí al mismo resultado que en la exploración de los sueños, a saber, que las reprimidas, imperecederas mociones de deseo de la infancia son las que han prestado su poder a la formación de síntoma, sin lo cual la reacción frente a traumas posteriores habría discurrido por caminos normales. Pues bien, estamos autorizados a calificar de sexuales a todas esas poderosas mociones de deseo de la infancia.

Ahora con mayor razón estoy seguro de que se habrán asombrado ustedes. «¿Acaso existe una sexualidad infantil?», preguntarán; «¿No es la niñez más bien el período de la vida caracterizado por la ausencia de la pulsión sexual?». No, señores míos; ciertamente no ocurre que la pulsión sexual descienda sobre los niños en la pubertad como, según el Evangelio, el Demonio lo hace sobre las marranas. El niño tiene sus pulsiones y quehaceres sexuales desde el comienzo mismo, los trae consigo al mundo, y desde ahí, a través de un significativo desarrollo, rico en etapas, surge la llamada sexualidad normal del adulto. Ni siquiera es difícil observar las exteriorizaciones de ese quehacer sexual infantil; más bien hace falta un cierto arte para omitirlas o interpretarlas erradamente.

Por un favor del destino estoy en condiciones de invocar para mis tesis un testimonio originario del medio de ustedes. Aquí les muestro el trabajo de un doctor Sanford Bell, publicado en la *American Journal of Psychology* en 1902. El autor es miembro de la Clark University, el mismo instituto en cuyo salón de conferencias nos encontramos. En este trabajo, titulado «A Preliminary Study of the Emotion of Love between the Sexes» y aparecido tres años antes de mis *Tres ensayos de teoría sexual* [1905d], el autor dice exactamente lo que acabo de exponerles: «*The emotion of sex-love (. . .) does not make its appearance for the first time at the period of adolescence, as has been thought*».* Como diríamos en Europa, él trabajó al estilo norteamericano, reuniendo no menos de 2.500 observaciones positivas en el curso de 15 años, de las que 800 son propias. Acerca de los signos por los que se dan a conocer esos enamoramientos, expresa: «*The unprejudiced mind, in observing these manifestations in hundreds of couples of children, cannot escape referring them to sex origin. The most exacting mind is satisfied when to these observations are added the confessions of those who have, as children, experienced the emotion to a marked degree of intensity, and whose memories of childhood are relatively distinct*».** Pero lo que más sorprenderá a aquellos de ustedes que no quieran creer en la sexualidad infantil será enterarse de que, entre

* {«La emoción del amor sexual (. . .) no hace su aparición por primera vez en el período de la adolescencia, como se ha pensado».

** {«La mente sin prejuicios, al observar estas manifestaciones en centenares de parejas de niños, no puede evitar referirlas a los orígenes de la vida sexual. La mente más exigente se satisface cuando a estas observaciones se agregan las confesiones de aquellos que, cuando niños, experimentaron la emoción con marcada intensidad, y cuyos recuerdos de la infancia son comparativamente nitidos».

estos niños tempranamente enamorados, no pocos se encuentran en la tierna edad de tres, cuatro y cinco años.

No me extrañaría que creyeran ustedes más en estas observaciones de su compatriota que en las mías. Hace poco yo mismo he tenido la suerte de obtener un cuadro bastante completo de las exteriorizaciones pulsionales somáticas y de las producciones anímicas en un estadio temprano de la vida amorosa infantil, por el análisis de un varoncito de cinco años, aquejado de angustia, que su propio padre emprendió con él siguiendo las reglas del arte.¹ Y puedo recordarles que hace pocas horas mi amigo, el doctor Carl G. Jung, les expuso en esta misma sala la observación de una niña aún más pequeña, que a raíz de igual ocasión que mi paciente —el nacimiento de un hermanito— permitió colegir con certeza casi las mismas mociones sensuales, formaciones de deseo y de complejo.² No desespere, pues, de que se reconcilien ustedes con esta idea, al comienzo extraña, de la sexualidad infantil; quiero ponerles aún por delante el ejemplo de Eugen Bleuler, psiquiatra de Zurich, quien hace apenas unos años manifestaba públicamente «no entender mis teorías sexuales», y desde entonces ha corroborado la sexualidad infantil en todo su alcance por sus propias observaciones.³

Es fácil de explicar el hecho de que la mayoría de los hombres, observadores médicos u otros, no quieran saber nada de la vida sexual del niño. Bajo la presión de la educación para la cultura han olvidado su propio quehacer sexual infantil y ahora no quieren que se les recuerde lo reprimido. Obtendrían otros convencimientos si iniciaran la indagación con un autoanálisis, una revisión e interpretación de sus recuerdos infantiles.

Abandonen la duda y procedan conmigo a una apreciación de la sexualidad infantil desde los primeros años de vida.⁴ La pulsión sexual del niño prueba ser en extremo compuesta, admite una descomposición en muchos elementos que provienen de diversas fuentes. Sobre todo, es aún independiente de la función de la reproducción, a cuyo servicio se pondrá más tarde. Obedece a la ganancia de diversas clases de sensación placentera, que, de acuerdo con ciertas analogías y nexos, reunimos bajo el título de *placer sexual*. La

¹ «Análisis de la fobia de un niño de cinco años» [Freud (1909b)].

² [Cf. Jung, 1910c.]

³ Cf. Bleuler, 1908.

⁴ Cf. *Tres ensayos de teoría sexual* (1905d).

principal fuente del placer sexual infantil es la apropiada excitación de ciertos lugares del cuerpo particularmente estimulables: además de los genitales, las aberturas de la boca, el ano y la uretra, pero también la piel y otras superficies sensibles. Como en esta primera fase de la vida sexual infantil la satisfacción se halla en el cuerpo propio y prescinde de un objeto ajeno, la llamamos, siguiendo una expresión acuñada por Havelock Ellis, la fase del *autoerotismo*. Y denominamos «zonas erógenas» a todos los lugares significativos para la ganancia de placer sexual. El chupetear o mamar con fruición de los pequeñitos es un buen ejemplo de una satisfacción autoerótica de esa índole, proveniente de una zona erógena; el primer observador científico de este fenómeno, un pediatra de Budapest de nombre Lindner, ya lo interpretó correctamente como una satisfacción sexual y describió de manera exhaustiva su paso a otras formas, superiores, del quehacer sexual.⁵ Otra satisfacción sexual de esta época de la vida es la excitación masturbatoria de los genitales, que tan grande significación adquiere para la vida posterior y que muchísimos individuos nunca superan del todo. Junto a estos y otros quehaceres autoeróticos, desde muy temprano se exteriorizan en el niño aquellos componentes pulsionales del placer sexual, o, como preferiríamos decir, de la libido, que tienen por premisa una persona ajena en calidad de objeto. Estas pulsiones se presentan en pares de opuestos, como activas y pasivas; les menciono los exponentes más importantes de este grupo: el placer de infligir dolor (sadismo) con su correspondiente {*Gegenspiel*} pasivo (masoquismo), y el placer de ver activo y pasivo; del primero de estos últimos se ramifica más tarde el apetito de saber, y del segundo, el esfuerzo que lleva a la exhibición artística y actoral. Otros quehaceres sexuales del niño caen ya bajo el punto de vista de la *elección de objeto*, cuyo asunto principal es una persona ajena que debe su originario valor a unos miramientos de la pulsión de autoconservación. Ahora bien, la diferencia de los sexos no desempeña todavía, en este período infantil, ningún papel decisivo; así, pueden ustedes atribuir a todo niño, sin hacerle injusticia, una cierta dotación homosexual.

Esta vida sexual del niño, abigarrada, rica, pero disociada, en que cada una de las pulsiones se procura su placer con independencia de todas las otras, experimenta una síntesis y una organización siguiendo dos direcciones principales, de suerte que al concluir la época de la pubertad las más de las

⁵ Lindner, 1879.

veces queda listo, plasmado, el carácter sexual definitivo del individuo. Por una parte, las pulsiones singulares se subordinan al imperio de la zona genital, por cuya vía toda la vida sexual entra al servicio de la reproducción, y la satisfacción de aquellas conserva un valor sólo como preparadora y favorecedora del acto sexual en sentido estricto. Por otra parte, la elección de objeto esfuerza hacia atrás al autoerotismo, de modo que ahora en la vida amorosa todos los componentes de la pulsión sexual quieren satisfacerse en la persona amada. Pero no a todos los componentes pulsionales originarios se les permite participar en esta conformación definitiva de la vida sexual. Aún antes de la pubertad se imponen, bajo el influjo de la educación, represiones en extremo enérgicas de ciertas pulsiones, y se establecen poderes anímicos, como la vergüenza, el asco, la moral, que las mantienen a modo de unos guardianes. Cuando luego, en la pubertad, sobreviene la marea de la necesidad sexual, halla en esas formaciones anímicas reactivas o de resistencia unos diques que le prescriben su discurrir por los caminos llamados normales y le imposibilitan reanimar las pulsiones sometidas a la represión. Son sobre todo las mociones placenteras *coprófilas* de la infancia, vale decir las que tienen que ver con los excrementos, las afectadas de la manera más radical por la represión; además, la fijación a las personas de la elección primitiva de objeto.

Señores: Una proposición de la patología general nos dice que todo proceso de desarrollo conlleva los gérmenes de la predisposición patológica, pues puede ser inhibido, retardado, o discurrir de manera incompleta. Lo mismo es válido para el tan complejo desarrollo de la función sexual. No todos los individuos lo recorren de una manera tersa, y entonces deja como secuela o bien anomalías o unas predisposiciones a contraer enfermedad más tarde por el camino de la involución (regresión). Puede suceder que no todas las pulsiones parciales se sometan al imperio de la zona genital; si una de aquellas pulsiones ha permanecido independiente, se produce luego lo que llamamos una *perversión* y que puede sustituir la meta sexual normal por la suya propia. Dijimos ya que es harto frecuente que el autoerotismo no se supere del todo, de lo cual son testimonio después las más diversas perturbaciones. La igual valencia originaria de ambos sexos como objetos sexuales puede conservarse, de lo cual resulta en la vida adulta una inclinación al quehacer homosexual, que en ciertas circunstancias puede acrecentarse

hasta la homosexualidad exclusiva. Esta serie de perturbaciones corresponde a las inhibiciones directas en el desarrollo de la función sexual; comprende las *perversiones* y el no raro *infantilismo* general de la vida sexual.

La predisposición a las neurosis deriva de diverso modo de un deterioro en el desarrollo sexual. Las neurosis son a las perversiones como lo negativo a lo positivo: en ellas se rastrean, como portadores de los complejos y formadores de síntoma, los mismos componentes pulsionales que en las perversiones, pero producen sus efectos desde lo inconciente; por tanto, han experimentado una represión, pero, desafiándola, pudieron afirmarse en lo inconciente. El psicoanálisis nos permite discernir que una exteriorización hiperintensa de estas pulsiones en épocas muy tempranas lleva a una suerte de *fijación* parcial que en lo sucesivo constituye un punto débil dentro de la ensambladura de la función sexual. Si el ejercicio de la función sexual normal en la madurez tropieza con obstáculos, se abrirán brechas en la represión [esfuerzo de desalojo y suplantación] de esa época de desarrollo justamente por los lugares en que ocurrieron las fijaciones infantiles.

Ahora quizá objeten ustedes: Pero no todo eso es sexualidad. Yo uso esa expresión en un sentido mucho más lato que aquel al que ustedes están habituados a entenderla. Se los concedo. Pero cabe preguntar si no sucede más bien que ustedes la emplean en un sentido demasiado estrecho cuando la limitan al ámbito de la reproducción. Así sacrifican la comprensión de las perversiones, el nexo entre perversión, neurosis y vida sexual normal, y se incapacitan para discernir en su verdadero significado los comienzos, fáciles de observar, de la vida amorosa somática y anímica de los niños. Pero cualquiera que sea la decisión de ustedes sobre el uso de esa palabra, retengan que el psicoanalista entiende la sexualidad en aquel sentido pleno al que uno se ve llevado por la apreciación de la sexualidad infantil.

Volvamos otra vez sobre el desarrollo sexual del niño. Nos resta mucho por pesquisar porque habíamos dirigido nuestra atención más a las exteriorizaciones somáticas que a las anímicas de la vida sexual. La primitiva elección de objeto del niño, que deriva de su necesidad de asistencia, reclama nuestro ulterior interés. Primero apunta a todas las personas encargadas de su crianza, pero ellas pronto son relegadas por los progenitores. El vínculo del niño con ambos en modo alguno está exento de elementos de coexcita-

ción sexual, según el testimonio coincidente de la observación directa del niño y de la posterior exploración analítica. El niño toma a ambos miembros de la pareja parental, y sobre todo a uno de ellos, como objeto de sus deseos eróticos. Por lo común obedece en ello a una incitación de los padres mismos, cuya ternura presenta los más nítidos caracteres de un quehacer sexual, si bien inhibido en sus metas. El padre prefiere por regla general a la hija, y la madre, al hijo varón; el niño reacciona a ello deseando, el hijo, reemplazar al padre, y la hija, a la madre. Los sentimientos que despiertan en estos vínculos entre progenitores e hijos, y en los recíprocos vínculos entre hermanos y hermanas, apuntalados en aquellos, no son sólo de naturaleza positiva y tierna, sino también negativa y hostil. El complejo así formado está destinado a una pronta represión, pero sigue ejerciendo desde lo inconciente un efecto grandioso y duradero. Estamos autorizados a formular la conjetura de que con sus ramificaciones constituye el *complejo nuclear* de toda neurosis, y estamos preparados para tropezar con su presencia, no menos eficaz, en otros campos de la vida anímica. El mito del rey Edipo, que mata a su padre y toma por esposa a su madre, es una revelación, muy poco modificada todavía, del deseo infantil, al que se le contrapone luego el rechazo de la barrera del *incesto*. El *Hamlet* de Shakespeare se basa en el mismo terreno del complejo incestuoso, mejor encubierto.⁶

Hacia la época en que el niño es gobernado por el complejo nuclear no reprimido todavía, una parte significativa de su quehacer intelectual se pone al servicio de los intereses sexuales. Empieza a investigar de dónde vienen los niños y, valorando los indicios que se le ofrecen, colige sobre las circunstancias efectivas más de lo que los adultos sospecharían. Por lo común, la amenaza material que le significa un hermanito, en el que ve al comienzo sólo al competidor, despierta su interés de investigación. Bajo el influjo de las pulsiones parciales activas dentro de él mismo, alcanza cierto número de *teorías sexuales infantiles*. Por ejemplo, que ambos sexos poseen el mismo genital masculino, que los niños se conciben por el comer y se paren por el recto, y que el comercio entre los sexos es un acto hostil, una suerte de sometimiento. Pero justamente la inmadurez de su constitución sexual y la laguna en sus noticias que le provoca la latencia del canal sexual femenino constriñen al

⁶ [La frase «complejo de Edipo» fue acuñada por Freud poco después de pronunciar estas conferencias, en «Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre» (1910*h*); cf. *infra*, pág. 164.]

investigador infantil a suspender su trabajo por infructuoso. El hecho de esta investigación infantil, así como las diversas teorías sexuales que produce, conservan valor determinante para la formación de carácter del niño y el contenido de su eventual neurosis posterior.

Es inevitable y enteramente normal que el niño convierta a sus progenitores en objetos de su primera elección amorosa. Pero su libido no debe permanecer fijada a esos objetos primeros, sino tomarlos luego como unos meros arquetipos y deslizarse hacia personas ajenas en la época de la elección definitiva de objeto. El *desasimiento* del niño respecto de sus padres se convierte así en una tarea insoslayable si es que no ha de peligrar la aptitud social del joven. Durante la época en que la represión selecciona entre las pulsiones parciales, y luego, cuando debe ser mitigado el influjo de los padres, que había costado lo sustancial del gasto de esas represiones, incumben al trabajo pedagógico unas tareas que en el presente no siempre se tramitan de manera inteligente e inobjetable.

Señoras y señores: No juzguen que con estas elucidaciones sobre la vida sexual y el desarrollo psicosexual del niño nos hemos alejado demasiado del psicoanálisis y su tarea de eliminar perturbaciones neuróticas. Si ustedes quieren, pueden caracterizar al tratamiento psicoanalítico sólo como una educación retomada para superar restos infantiles.