

**El surgimiento de la psicoterapia en relación a la ciencia:  
una indagación histórico-discursiva.**

Céline Pinet Vincent

Facultad de Psicología, Universidad de la República del Uruguay

Tutor: Prof. Agdo. Dr. J. Guillermo Milán (Udelar)

Revisor: As. Mag. Gonzalo Grau (Udelar)

Uruguay, Montevideo

Abril 2021

<b>Índice</b>	
<b>Resumen</b>	<b>2</b>
<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo 1: Marco Teórico</b>	<b>8</b>
<b>Cura</b>	<b>9</b>
<b>Clínica</b>	<b>10</b>
<b>Psicoterapia</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 2: Antepasados de la Psicoterapia Moderna</b>	<b>12</b>
<b>Teorías de la Enfermedad, Creencias Mágico-Religiosas</b>	<b>13</b>
<b>Tradición Filosófica</b>	<b>14</b>
<i>Platón</i>	<b>14</b>
<i>Hipócrates</i>	<b>15</b>
<i>Empédocles</i>	<b>16</b>
<b>Tradición Médica: Pinel y Tratamiento Moral.</b>	<b>17</b>
<b>Descartes y el surgimiento de la ciencia moderna</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo 3: Los Primeros</b>	<b>20</b>
<b>Gassner- Mesmer</b>	<b>21</b>
<i>Johann Joseph Gassner (1727-1779)</i>	<b>21</b>
<i>Franz Anton Mesmer (1734-1815)</i>	<b>22</b>
<b>Liébeault- Bernheim: Escuela de Nancy</b>	<b>26</b>
<i>Ambroise Liébeault (1823-1904)</i>	<b>26</b>
<i>Hippolite Marie Bernheim (1840-1919)</i>	<b>28</b>
<b>Charcot- Freud</b>	<b>29</b>
<i>Jean-Martin Charcot (1825-1893)</i>	<b>29</b>
<i>Sigmund Freud (1856-1939)</i>	<b>31</b>
<b>Reflexiones Finales</b>	<b>38</b>
<b>Referencias</b>	<b>42</b>

## Resumen

En el siguiente trabajo realizaré una indagación histórico-discursiva sobre el surgimiento de la psicoterapia en relación a la ciencia. En un primer momento, presentaremos el marco teórico en el cual se incluyen las nociones de cura, psicoterapia y clínica según los planteos de Dunker (2011). Estas nociones serán fundamentales para esta indagación, en especial para establecer una relación entre psicoterapia y ciencia. En un segundo momento, expondremos algunos de los principales antecedentes de la psicoterapia. En un tercer momento, presentaremos, en formato de duplas, algunos de los principales iniciadores de la psicoterapia moderna, con el objetivo de discernir cuál fue su relación con el discurso científico. Para finalizar, realizaré una reflexión final de lo constatado en este primer acercamiento al tema, procurando discernir la relación del surgimiento de la psicoterapia moderna y la ciencia.

**Palabras clave:** psicoterapia, ciencia, moderna, cura, clínica, tratamiento, sugestión.

## Introducción

El interés por investigar sobre esta temática surge a partir de dos situaciones experimentadas en el transcurso de actividades curriculares. A continuación, expondré un breve resumen de dichos disparadores con el objetivo de introducir el tema y las principales inquietudes que motivan la elaboración de este trabajo.

A partir de la realización de la actividad curricular denominada: “Proyecto: Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay”, organizada por el grupo de investigación homónimo,<sup>1</sup> surge el primer disparador para la elaboración de este trabajo. La referida actividad, realizada anualmente por dicho grupo, en esta ocasión abordó el proceso de surgimiento e implantación de la clínica psicoanalítica en el Uruguay en el período de 1930 a 1970. Como estudiante, participé en la búsqueda de información relacionada a esta temática. En esta, pude constatar la presencia de textos, en revistas científicas y en la prensa, condenando a “curanderos”, “charlatanes” o practicantes de curas alternativas a las declaradas oficiales y legales. Para el trabajo final de Proyecto, realicé una búsqueda sobre el contexto socio-histórico cultural que daba lugar a estas prácticas y a su correlativa condena. En esa búsqueda encontré importantes materiales en relación a la historia del surgimiento de la medicina oficial y sus consecuencias en el ámbito de estas prácticas populares. Debido a la amplitud del tema y las limitaciones en la elaboración del trabajo escrito, se postergó, para un tiempo posterior, la profundización de esta indagación.

El segundo disparador es una experiencia clínica durante la realización de un Practicantado en Servicios de Salud del Estado, en una sala de internación de Salud Mental de corta estadía. Esta sala propone la remisión de los síntomas agudos, evaluando la posibilidad de derivación a otros centros. A continuación, expondré brevemente el caso, que retomaremos en la conclusión.

En lo que respecta a quien aquí llamaremos María, estuvo más de un mes en dicha sala porque su sintomatología no remitía. Su diagnóstico: “Esquizofrenia paranoide”. Tenía el pelo rosado y una mirada negra. Cuando hablaba planteaba un montón de ideas al mismo tiempo, de una forma querellante y reivindicativa. Todo era una persecución, no le gustaban los médicos, decía: “*todos los de túnica blanca son mentirosos*”. Durante su internación, al referirse a su enojo, hablaba de macumbas, gualichos y curanderos. Su historia de vida estaba atravesada por la magia y la religión. Ella decía que quería estar en la Iglesia y no en un hospital. Todo lo que ella

---

<sup>1</sup> Grupo de investigación: Formación de la Clínica Psicoanalítica en el Uruguay (FCPU), Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Udelar. ID-CSIC 881876. Coordinación: J. G. Milán; M.M. Moraes; G. Delgado; M. Gambini; G. Grau.

revelaba, de alguna forma, había pasado. En una de las entrevistas realizadas a su madre, se indagó acerca de las ideas de la paciente y su historia personal. La madre confirmó la veracidad de muchas de estas ideas: una vida desbordada de situaciones de desamparo, abandonos y abusos. Al principio no parecía contactar con el sufrimiento, todo lo que contaba se presentaba teñido de enojo y rabia. Luego de un mes de internación, habiendo ya probado toda la medicación y a grandes dosis, seguía presentando la misma sintomatología.

Una tarde, María forzó la puerta de la sala y se escapó. Salió corriendo por los pasillos del hospital y luego atravesó la oscuridad de las calles gritando: *“¡Atrápenme!”*. La médica de guardia, psiquiatra en formación, salió tras ella muy exaltada: *“¡Atrápenla! ¡Atrápenla! ¡Que no se escape, no puede salir! ¡Es una paciente psiquiátrica!”*. Las personas que estaban en otras salas se quedaron quietas y en silencio, observando la situación, en especial a la médica que se presentaba completamente desbordada. Ante la quietud de las personas y la mirada inquisidora, la médica reaccionó con furia: *“¡Yo no soy la loca, no me miren a mi, se acaba de escapar una paciente psiquiátrica, tiene que estar encerrada!”*. Por las características de esta escena, entre el drama y la comedia, refleja una realidad que es construida y atravesada por lógicas de poder-saber. Lo cual puede llevarnos a la pregunta: ¿Quién es el loco?

Cuando lograron “atrapar” a la paciente, volvió a la sala escoltada. Al otro día, el enojo había cedido lugar a la angustia. Con el maquillaje corrido y ojos rojos repletos de lágrimas, se sentó a hablar con la psicóloga, a quien le contó que se había escapado para entregarse a la policía, porque ella sentía que la estaban persiguiendo. Durante toda la entrevista, repetía una y otra vez *“¿Dónde están los jueces? ¿Dónde está la justicia?”*.

Esta experiencia reflejaría el lugar que ocupa la medicina en la construcción de realidades, vidas, decisiones, y el poder que se le atribuye desde la sociedad. En este caso, la psicología le ofrecía un lugar a la palabra de esta paciente. Muchos pacientes develan problemáticas relacionadas a la religión, la magia y la espiritualidad. Según la experiencia de esta práctica, se constata que la medicina tiende a dar respuesta a estas problemáticas con diagnósticos y terapéuticas cada vez más científicas y especializadas. En este caso, se categoriza la problemática de esta paciente con la frase: *“Está delirando”*.

Antes del siglo XVII, las “teorías” de la enfermedad predominantes suponían la intrusión de algún objeto o diablo, o debido a la extracción del alma. Las terapéuticas debían devolver el alma al cuerpo, o extraer del cuerpo el diablo/espíritu/objeto intrusivo. A su vez, se teorizaba principalmente sobre el influjo del cuerpo sobre el alma, y se desvalorizaba todo lo relacionado a lo anímico. Este lado de la relación era relegado a curanderos, charlatanes, filósofos, entre otros. A partir de la Ilustración y del auge de la ciencia moderna, la experimentación y la razón

se convirtieron en los principales pilares y todo lo extra-científico, que no pudiese ser demostrado según el método científico, quedó relegado a un plano de magia y superstición. Este plano se presenta como paralelo al científico, como un “mundo subterráneo” debajo de la ciencia.

A partir de este caso, nos preguntamos ¿Por qué se ha construido un corte, una separación, entre lo científico y lo mágico-religioso? ¿Qué implicaría abordar la realidad más allá de un corte entre un presente de científicidad y un pasado místico-religioso? ¿Sería posible pensar más allá de una dualidad? ¿Acaso no pertenecen a racionalidades distintas? ¿Qué consecuencias/efectos genera esta dualidad? ¿Cómo integramos el pasado místico-religioso a nuestras prácticas actuales contextualizadas en un ámbito científico y técnico? ¿Cómo considerar bajo una nueva óptica que no implique un corte absoluto entre un presente de científicidad y un pasado místico-religioso? ¿Cómo ver a la persona más allá de los lentes de la ciencia? ¿Qué lugar se le da? ¿Qué genera en las personas esta dualidad: magia-ciencia, religión-ciencia? ¿Qué pasa si nos sacamos los lentes de la ciencia, de los diagnósticos, de las etiquetas? ¿Qué vemos? Recordemos la idea de Kuhn (1971) al plantear que “el científico que acepta un nuevo paradigma es como el hombre que lleva lentes inversores” (p. 191) ¿Qué consecuencias trae aparejado la aceptación de un paradigma?

### **Delimitación del Tema, Preguntas Iniciales**

En este trabajo, indagaremos sobre el proceso de *surgimiento de la psicoterapia y su relación con el discurso científico*. ¿Cómo surge la psicoterapia? ¿Cuál es su relación con la ciencia? ¿Cómo afectó el discurso de la ciencia en el surgimiento de la psicoterapia? Plantearemos a continuación dos definiciones de las palabras psicoterapia y ciencia.

En primer lugar, Laplanche y Pontalis (2004) definen a la psicoterapia como “todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc.” (p. 324). Notemos los términos empleados: *método, tratamiento, desórdenes psíquicos o corporales, medios, relación, terapeuta, enfermo, hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión*. ¿Qué es un método? ¿Qué es un tratamiento? ¿Cuál es el campo de acción de la psicoterapia? ¿La psiquis, el cuerpo, o ambos? ¿A qué se refieren con dichos conceptos? ¿Qué relación tienen estos con la ciencia?

En segundo lugar, considérese una definición de ciencia. Se entiende que la elección de una definición implica una determinada posición ideológica (Nuñez, 1977). En esta indagación nos apoyaremos en la siguiente definición:

Por ciencia, se entenderá aquí una configuración discursiva que tomó forma con Galileo y que no ha cesado de funcionar desde entonces. De A. Koyré en adelante, se la caracteriza por la combinación de dos rasgos: (I) la matematización de lo empírico (...) y (II) el establecimiento de una relación con la técnica, de modo que la técnica se defina como la aplicación práctica de la ciencia (...) y que la ciencia se defina como la teoría de la técnica (...) (Milner, 2000, p. 24)

Cuando nos referimos a ciencia en este trabajo, hacemos alusión a la ciencia moderna, es decir, aquella que surge de Galileo, Newton y Descartes. Sobre esto, Koyré (1977) plantea que “sobre la base de la física galileana, de su interpretación cartesiana, se construirá la ciencia tal como la conocemos, nuestra ciencia, y podrá construir la gran y extensa síntesis del siglo XVII, la que fue realizada por Newton” (p. 50). Es en este contexto cientificista, que surge la "psicoterapia moderna", vale decir, en un contexto cultural que comienza a ser dominado y determinado por el cientificismo, el racionalismo y el iluminismo.

Para nuestro propósito basta con describirla caracterizando la actitud mental o intelectual de la ciencia moderna a través de dos rasgos solidarios: 1.º, la destrucción del cosmos y, por consiguiente, la desaparición en la ciencia de todas las consideraciones fundamentadas en esta noción; 2.º, la geometrización del espacio, es decir, la sustitución de la concepción de un espacio cósmico cualitativamente diferenciado y concreto, el de la física pregalileana por el espacio homogéneo y abstracto de la geometría euclidiana. Se pueden resumir y expresar del siguiente modo estas dos características: la matematización (geometrización) de la naturaleza y, por consiguiente, la matematización (geometrización) de la ciencia. (Koyré, 1977, p. 154)

Por lo cual, intentaremos revisar la influencia del pensamiento científico y de la visión del mundo que determina. Nos referiremos a la ciencia como una representación social, es decir, aquella que se utiliza para legitimar y diferenciar lo que es científico de lo que no es. El interés no estará puesto en el debate epistemológico sino en los efectos de cierta representación de la ciencia y en especial, aquella que interviene en el desarrollo de la psicoterapia moderna. Entendemos que este “cientificismo”, concebido como ideología, sería el motivo por el cual, en el propio inicio de las psicoterapias modernas, podemos localizar la búsqueda de un fundamento

científico para la terapia. Es la misma orientación de búsqueda que, en la segunda mitad del siglo XIX, logrará aislar-identificar el principio fundamental de la eficacia psicoterapéutica: la “influencia” del médico sobre el paciente (Liébeault-Bernheim) y la misma corriente que en 1872 Tuke denominará “psicoterapia”.

En este sentido, surgen una serie de preguntas, que se caracterizan por ser impulsoras y problematizantes de algunos puntos que componen esta indagación. No intentaremos responderlas, porque quizás algunas no encuentren respuesta. Nos interesa hacer uso de estas para iniciar la indagación, el pensamiento. Podemos caracterizarlas como motor de búsqueda, impulso, energía, si se quiere.

¿Existe un inicio de la psicoterapia? ¿Cuándo se considera el inicio de la psicoterapia? ¿Dónde los autores ubican el inicio? Antes de denominarse psicoterapia, ¿qué formas de cura existían para el tratamiento de “*desórdenes psíquicos o corporales*”? ¿En qué contexto se plantea el surgimiento de la psicoterapia? ¿Cuándo comienza a diferenciarse la psicoterapia como “*método de tratamiento*”?

¿Quiénes son considerados los principales precursores de la psicoterapia? ¿Por qué? ¿Cuáles fueron sus principales aportes en la relación de la psicoterapia y la ciencia? ¿Qué relación hay entre ellos y sus conceptualizaciones? ¿Cómo fueron atravesados por el discurso de la ciencia? ¿Por qué y en qué se alejaron de la ciencia? ¿Por qué discrepan entre ellos? ¿Por qué Mesmer puede ser reconocido como el primer terapeuta? ¿Por qué no entra el curanderismo en la ciencia? ¿el chamanismo?

¿Cuáles son los conceptos o fundamentos que se sostienen en el tiempo y en las distintas formas de psicoterapia? ¿Existe un criterio o basamento común a todas las corrientes de psicoterapia? ¿Qué es lo que define a la psicoterapia? ¿Qué es lo que la diferencia de otras formas de terapia? ¿Desde qué lugar y cómo se trabaja? ¿Cuál es el método y cuáles son las herramientas? En la definición planteada por Laplanche y Pontalis (2004), se destacan los siguientes términos: *sugestión, influencia, hipnotismo, transferencia*. ¿A qué refiere cada concepto? ¿Qué tienen en común? ¿Qué lugar ocupan en el surgimiento de la psicoterapia? ¿Cómo se relacionan en el tiempo y la historia de la psicoterapia? ¿Qué lugar tienen en la ciencia moderna?

El interés por abordar la historia de sus antepasados, y de sus principales precursores, tiene como cometido poder indagar sobre la relación entre la psicoterapia y la ciencia moderna. Se intentará construir un acercamiento al tema con el objetivo de discernir los antepasados de la psicoterapia para luego considerar cuándo y cómo se comienza a considerar a una práctica como psicoterapéutica y cuál es su relación con la ciencia.

Se trabajará en base a tres autores: Ellenberger (1970), Dunker (2011) y López Piñero (2002); quienes construyen la historia de la psicoterapia a través de sus propias perspectivas, atravesadas por el contexto histórico cultural, y describen implícita o explícitamente la relación entre psicoterapia y ciencia. En concreto, el *triángulo topológico* propuesto por Dunker (2011) constituirá nuestro marco teórico para pensar el tema. El presente trabajo, entonces, constituye una indagación histórica-discursiva sobre la relación entre la psicoterapia y el discurso científico moderno. Contaremos también con el apoyo teórico de otros autores que puedan aportar a esta indagación.

### **Capítulo 1: Marco Teórico**

En el libro *Estructura y constitución de la clínica psicoanalítica*, Dunker (2011) se propone realizar una arqueología del psicoanálisis a través de tres narrativas. Según expone el autor, el campo del psicoanálisis se presenta delimitado por tres superficies: clínica, cura y psicoterapia. Cada una de estas superficies está abierta a múltiples articulaciones discursivas. Esto quiere decir que no son propiamente discursos, sino narrativas, esquemas de interpretación, de lectura, estrategias y tácticas, que encuentran su terminación final y su visibilidad en la medida en que su bidimensionalidad es desplazada en un espacio de múltiples dimensiones.

Dicho autor presenta estas narrativas a través de la figura de un *triángulo topológico*, en el que cada vértice representa una vertiente. No son rectas o líneas que componen este triángulo, sino superficies que podemos entender como lugares de predominio de un discurso, pero no de exclusividad. Según Dunker (2011), es en la mutua limitación y compromiso entre las diferentes estrategias que se puede discernir a cada una en particular. Cada superficie se forma por la negación interna, y por aquel que precisa suprimir para existir como tal, la negación externa.

A través de estas tres vertientes podemos pensar todas las terapéuticas, desde las más antiguas hasta las más actuales. Nos resulta oportuno poder pensar este trabajo a partir de estas tres vertientes que pueden ser abordadas de diversas formas y aparecer implícitas o explícitas en una práctica, teoría o discurso. Teniendo en cuenta la diversidad de conceptualizaciones que existen sobre estos tres términos, nos limitaremos a realizar una breve exposición de cada narrativa refiriéndonos exclusivamente a lo planteado por Dunker (2011), con la excepción de algún aporte de Freud que pueda resultar ilustrativo.

## Cura

*Cura* es una palabra que admite extensa connotación en latín. En sentido propio designa *cuidado* (Dunker, 2011). Tiene connotaciones psicoterapéuticas, mágicas y religiosas, además de hacer alusión al tratamiento médico. Su antigua práctica se refería a la cura por el reposo, que consistía en retirarse a lugares aislados para recuperar las fuerzas perdidas o dispersas en la vida cotidiana. Esta forma de cura está ligada a la noción de ambiente y de contacto con la naturaleza. Además, esta se aparecía así como un viaje o una peregrinación, un aislamiento de la cultura.

Asimismo, esta noción desarrollada por Dunker (2011), tiene por objeto al malestar en la medida en que este remite a las nociones de angustia, desesperación o desamparo. La idea de malestar nos remite a la noción de un lugar o de una posición. En este sentido es que se toma la acepción de cura como *Sorge*, en latín. ¿Qué plantea Dunker sobre dicho concepto? *Sorge*, entendido como *cuidado*, sugiere al mismo tiempo pequeñas intervenciones, asociadas a un régimen especial y continuado de atención, como el que se debe de practicar en el arte de la jardinería. Indica al mismo tiempo pasividad y actividad, incluyendo la importancia del pasaje del tiempo, tal como se verifica en la fabricación del queso o del vino, que debe de esperar un tiempo de “cura” para que el proceso se complete. La cura brinda una experiencia adicional, que se suma a lo anterior, que no estaba antes. Por lo cual, no implica un restablecimiento (Dunker, 2011). Sobre esto, Freud (1930) plantea:

Es cierto que no podemos suprimir todo padecimiento, pero sí mucho de él, y mitigar otra parte; una experiencia milenaria nos convence de esto. (...) gran parte de la culpa por nuestra miseria la tiene lo que se llama nuestra cultura; seríamos mucho más felices si la resignáramos y volviéramos a encontrarnos en condiciones primitivas. (p. 85)

El autor, en la primera frase de este fragmento, distingue de manera implícita distintos tipos de padecimiento. Aclara que no podemos eliminar todo el padecimiento. Podríamos interpretar este fragmento de la siguiente forma: hay una parte del padecer que es inherente al ser humano, otra que podría ser suprimida, y otra mitigada. Esta forma de concebir el padecimiento nos recuerda a las tres expresiones planteadas por Dunker (2011): malestar, síntoma y sufrimiento. Según este autor, el malestar expresa la verdad incurable de un síntoma y es inherente al ser humano por estar en la cultura. Por su parte, la cura se presenta como una posición posible dentro de este. Es un dispositivo, entre filosófico y clínico, que apunta a la transformación del sujeto y de su relación con la verdad. En definitiva, la cura busca habilitar el

poder amar y trabajar. Para ello, sugiere que esto pueda ser realizado de acuerdo a una nueva forma de estar en el mundo, que invite a la creación y a la invención de otras formas de satisfacción (Dunker, 2011). La cura puede involucrar tanto la transformación de la persona como la remoción de una enfermedad. Es por esta razón que el cuidado de si forma una experiencia radicalmente nueva.

## **Clínica**

Clinicar es doblarse, inclinarse delante del lecho del paciente e interpretar las señales significativas de su cuerpo. En otras palabras, aplicar sobre ese cuerpo determinada mirada y derivar de ésta un conjunto de operaciones (Dunker, 2011). La noción de *clinamen* reúne dos connotaciones importantes: por un lado, inclinarse delante del paciente, aproximar la mirada, respetar su condición, y por otro, captar la lógica del desvío, percibir las declinaciones, integrar intelectivamente la oportunidad y la necesidad.

Por consiguiente, el clínico es un especialista en métodos de investigación. Somete su práctica a la primacía del método para hacer corresponder las reglas de la investigación científica a las reglas de conducción del tratamiento. El método es un mediador que establece un objeto o un campo de experiencia con el objetivo de delimitar sus condiciones de aplicabilidad y sus fines. Por lo cual, se limita a la descripción universal de las formas de enfermar, al código común de sus descripciones, y a la búsqueda de sus causas para la remisión de sus efectos. El clínico es un lector de signos que forman el campo de una semiología y organiza una diagnóstica para justificar los tratamientos escogidos, es decir, la terapéutica (Dunker, 2011).

Ahora bien, a finales del siglo XVIII se establece la formación del *dispositivo clínico moderno*. El saber proveniente de la experiencia se incorpora a una nueva forma de racionalidad (Dunker, 2011). Esta mutación de la estructura del saber permitió que la pregunta inicial hecha al enfermo: “¿qué tiene?”, se transforme en: “¿dónde le duele?”. La medicina antigua asimilaba el proceso de cura al saber que el sujeto tenía sobre su enfermedad. El médico conversaba con la enfermedad a modo de un traductor. A partir de este momento, este saber es sustituido por la relación con un informante que describe, pero no conjetura y nada debe suponer sobre su malestar (Dunker, 2011). Las impresiones subjetivas del paciente sobre su propio estado, su origen o causalidad se convierten en irrelevantes y perturbadoras. El médico es el encargado de interpretar los hechos. Su historia clínica debe ser traducida en forma de signos, síntomas y síndromes según un vocabulario convencional y de pretensión universal. Según plantea Dunker (2011) el clínico oye al paciente, pero no escucha. Por lo tanto, el trabajo clínico se refiere al paciente y metódico ejercicio de la observación, descripción y comparación de fenómenos. Tiene

como objetivo establecer algún orden, inferir cierta regularidad en el curso y la aparición de los síntomas, diferenciarlos del malestar y del sufrimiento, y conducirlos a sus causas. Cuando decimos que la clínica se propone separar el síntoma del malestar y del sufrimiento, nos referimos a una discriminación que no existe a priori. En un primer momento, estas formas se presentan como narrativas mezcladas. Es a partir de su inscripción en un discurso y de la observación, a través de cierta mirada, que podemos discriminar formas de sufrimiento. Entonces, la operación de la mirada del médico, es decir de la captura en su discurso, transforma una queja genérica en síntoma. Con este movimiento, se convierte un signo en un síntoma en sentido clínico. A partir del *triángulo de vertientes* planteado por Dunker (2011), entendemos que el malestar es objeto de la cura, el sufrimiento de la psicoterapia y el síntoma es objeto de la clínica. El síntoma pide ser mitigado mediante un tratamiento.

En último término, destáquese una diferencia entre la noción de terapéutica en la clínica y la de psicoterapia planteada como vertiente autónoma, o como uno de los vértices del *triángulo*. Según Dunker (2011) la cuarta y última operación de la clínica clásica: la terapéutica, corresponde a todas las estrategias que buscan interferir y transformar la red causal que constituye la etiología, confirmar la diagnóstica y verificar el valor semiológico de los signos y síntomas. Freud distinguía el psicoanálisis como terapéutica de las causas, frente a los métodos hipnóticos sugestivos, o sea, terapéutica de los efectos (Dunker, 2011).

## **Psicoterapia**

El término *psicoterapia* habría sido utilizado por primera vez por Daniel Tuke en 1872 y popularizado por Bernheim en un texto de 1888 (citado en Dunker, 2011). Sin embargo, la definición de psicoterapia todavía hoy es objeto de una clasificación confusa (por su orientación teórica, criterio de habilitación, fines o eficacia diferencial). Su afinidad circunstancial con las prácticas mágico-religiosas, con estrategias científicas o visiones del mundo particulares, se combinan con un amplio repertorio de técnicas. En contraste con el énfasis puesto en la noción de ambiente, presente en la cura, la práctica de la terapia se desarrolla en relación a la noción de *instrumento* y de *técnica*. Según Dunker (2011), una técnica se caracteriza por la reproductibilidad y eficacia de los medios, por lo cual es un instrumento indiferente a su contexto de origen. La psicoterapia comprende un campo difuso de prácticas curativas, que van desde el tratamiento moral al magnetismo animal, de la metaloterapia a las prácticas de purificación, incluyendo un abanico de compromisos con discursos religiosos, pedagógicos y místicos (Dunker, 2011). Freud (en Freud y Breuer, 1895) alude al principal rasgo distintivo de la

psicoterapia, que sería la inclusión del elemento histórico, es decir la historia del sufrimiento del paciente.

De hecho, el psicoterapeuta es alguien principalmente interesado en la eficacia de su acción. Esta es regulada por la evaluación subjetiva del propio paciente, y también del público que lo acompaña. Las hipótesis causales y la descripción de los síntomas, le llegan a interesar en la medida en que pueden contribuir a que se produzca el efecto en el ámbito de la aprobación del paciente y/o del incremento de su fama de terapeuta (Dunker, 2011). Según plantea Dunker (2011), lo terapéutico tiene su objeto en la noción de sufrimiento, y como tal, pide alivio. Es necesario considerar la posición de aquel que sufre, el modo particular como este sufrimiento se articula con su vida, con los sistemas simbólicos en los cuales participa y con las estrategias discursivas que legitiman, reconocen e individualizan aquella experiencia como una ruptura tratable. En el fondo, el sufrimiento es una función de quien lo designa y de cómo lo hace. La forma de presentación del sufrimiento por el paciente, en su sentido popular y local, es el tamiz de la expectativa de la cura. El psicoterapeuta actúa transformando la teoría de la cura y de la enfermedad, que el paciente trae consigo, absorbiéndola en una narrativa plausible para el paciente (Dunker, 2011).

Al fin y al cabo, las psicoterapias son tratamientos basados en la influencia de la relación entre paciente y terapeuta. En esta vertiente, se enfatiza la recuperación del individuo por la vía de su reintegración narrativa. Como tal, supone la noción de retorno a un estado anterior, en el sentido del restablecimiento de una condición previa de armonía o de una recomposición entre los elementos según un orden natural anterior. El criterio de eficacia está basado en la reducción del sufrimiento en la forma y lenguaje en que es puesto por el paciente (Dunker, 2011).

## **Capítulo 2: Antepasados de la Psicoterapia Moderna**

Si por tratamiento anímico entendemos el empeño por provocar en el enfermo los estados y condiciones anímicos más favorables para su curación, esta clase de tratamiento médico es históricamente la más antigua. Los pueblos de la antigüedad apenas disponían de otro tratamiento que el psíquico; jamás dejaban de reforzar el efecto de pócimas y medidas terapéuticas mediante un enérgico tratamiento anímico. (Freud, 1890, p. 123)

Antes de que se estableciera la psicoterapia como disciplina y vertiente autónoma, existían distintas formas de "*tratamiento psíquico*" que podrían ser agrupadas en tres grandes líneas históricas: "las curaciones basadas en las creencias mágico-religiosas, la tradición de la

antropología filosófica y la trayectoria de la medicina racional anterior a la constitución de la psicoterapia” (López Piñero, 2002, p. 11). En un primer momento, realizaremos un recorrido de estas líneas que podrían ser consideradas como antecedentes históricos de la psicoterapia moderna. Para finalizar, dedicaremos un apartado a Descartes y al surgimiento de la ciencia moderna.

### **Teorías de la Enfermedad, Creencias Mágico-Religiosas**

Salud y enfermedad han sido, históricamente, conceptos abiertos que cada época ha llenado con distintos contenidos. (...) Se puede afirmar, entonces, que la salud y la enfermedad tienen y han tenido fronteras móviles. (...) estas fronteras o contornos han sido social e históricamente determinados. (Aguilar Fleitas, 2015, p. 127)

En todas las épocas se ha teorizado sobre las causas de la enfermedad y se han implementado distintas terapéuticas. Por eso, para entender el significado de una teoría o de una terapéutica tendremos que remitirnos a la estructura sociológica de la comunidad (Ellenberger, 1970). Sobre esto, Foucault (2016) sostiene que “la enfermedad sólo tiene su realidad y su valor de enfermedad dentro de una cultura que la reconoce como tal” (p. 18).

En un período anterior al avance de la ciencia médica y la mirada racionalista, la etiología era atribuida a causas sobrenaturales y el protagonismo terapéutico era concebido a los sacerdotes, brujos y chamanes con sus ritos mágicos y mandatos divinos (Aguilar Fleitas, 2015). Por otro lado, Clements (1932) categoriza las teorías etiológicas de la enfermedad en un período que ubica como prehistórico, haciendo alusión a un tiempo anterior al surgimiento del paradigma científico. Según estos planteos, Ellenberger (1970) expone un cuadro en el que presenta estas teorías. La enfermedad podía ser contraída por “posesión del demonio o de espíritus malignos (...) incumplimiento de un tabú (...) presencia en el cuerpo de una sustancia extraña y dañina (...) causa de deseos frustrados (...) cuando el alma- de forma espontánea o accidental- abandona el cuerpo o es robada por fantasmas o hechiceros” (p. 23).

Ahora, revisemos estas teorías, a través de las tres vertientes planteadas por Dunker (2011). En el caso de la posesión y de la presencia de una sustancia en el cuerpo, la cura consistía en la extracción y en el *restablecimiento*. Por otra parte, en la pérdida del alma, la cura consistía en el *restablecimiento* del alma en el cuerpo, mediante la intrusión. Sin embargo, si pensamos en el caso de la enfermedad causada por el incumplimiento de un tabú o por deseos frustrados, podemos asociarlo a la vertiente de la *cura*, y de una búsqueda de *transformación*.

De alguna manera, se sostiene la imposibilidad de volver el tiempo atrás, y la posibilidad de construir una nueva forma de estar. En suma, ¿qué lugar tienen estas concepciones de la enfermedad en el surgimiento de la psicoterapia y en su relación con la ciencia?

### **Tradición Filosófica**

Hasta el siglo XVII, los filósofos fueron los principales encargados de teorizar acerca de lo anímico: “los médicos restringieron su interés a lo corporal y dejaron que los filósofos, a quienes despreciaban, se ocuparan de lo anímico” (Freud, 1890, p 116). Dunker (2011) plantea tres vertientes filosóficas, que se dedicaron al estudio y abordaje de cuerpo y alma en la Antigüedad, encabezadas por Empédocles, Platón e Hipócrates. ¿Cómo pensaba cada uno de estos filósofos al sujeto, la enfermedad y su tratamiento?

#### ***Platón***

De acuerdo a lo planteado por Dunker (2011), Platón sostuvo que la filosofía y la retórica eran las principales terapéuticas del alma. La cura debía involucrar un modo de relación con la verdad, que incluía cuerpo y alma. Para el *tratamiento* del cuerpo, Platón proponía la medicina. A través de esta se buscaba restaurar, restablecer o retornar a un estado anterior por medios artificiales. Aquí vemos la diferencia entre la cura para el alma y el tratamiento o la clínica, para el cuerpo. La *cura* aspira a la *transformación* del sujeto y de su relación con la verdad. La *clínica* busca el *restablecimiento* del sujeto mediante el tratamiento de los síntomas.

Destáquese el concepto de sugestión aportado por Platón (citado en López Piñero, 2002) como condición para la eficacia del tratamiento:

La sugestión puede producir una “armoniosa y justa ordenación” de todos los elementos de la vida psíquica (creencia, sentimientos, impulsos, saberes, etc.) y (...) esta armonía (...) es condición previa para que sea máximamente eficaz la acción de los fármacos, por lo que estimaba que la terapéutica no es completa si no es capaz de conseguirla en los enfermos. (p. 12)

En definitiva, podemos ubicar en Platón la presencia de conceptos que luego se convertirán en fundamentales para el surgimiento de la psicoterapia moderna. ¿A qué se refería con *sugestión*, *eficacia* y *terapéutica*? ¿Qué lugar tienen estos conceptos en el surgimiento de la psicoterapia?

## **Hipócrates**

Otra fuente que permite conocer los comienzos de la medicina clásica griega son los planteos de Hipócrates de Cos. Fue considerado el padre de la medicina, inventó una forma de acción que limitó la autoridad del curador y fijó los principios del poder a través del juramento (Dunker, 2011). Este constituyó el modelo de la denuncia negativa de los tratamientos psíquicos basados en creencias mágico-religiosas. Supuso que la causa de las enfermedades se debía a “una mezcla defectuosa de los humores con repercusión sobre el cerebro” (Kriz, 1990, p. 25).

Los hipocráticos tuvieron una concepción estrictamente somática del ser humano y sus enfermedades que les impidió interesarse por los planteos de Platón sobre la importancia terapéutica de la palabra sugestiva (López Piñero, 2002). Además, alentaban al médico a cultivar el pronóstico porque, de esta manera, se lograba una mayor inclinación del paciente hacia el médico. El pronóstico debía ser realizado ante el enfermo, pero sin su colaboración (Dunker, 2011). ¿Qué relación podemos establecer entre inclinación y sugestión? A partir de la idea de *inclinación* de Hipócrates, podemos apreciar la presencia implícita del concepto de *sugestión* y de modo explícito en los planteos de Platón, lo que, de cierto modo, nos indica la presencia de la vertiente *psicoterapéutica*.

Nos interesa destacar lo planteado por Dunker (2011) sobre los tres objetivos del médico presentados por Hipócrates: aliviar el sufrimiento del paciente, reducir la gravedad de la enfermedad, así como reconocer y abstenerse de tratar lo intratable. En estos objetivos podríamos ubicar las tres vertientes: la *clínica* que busca reducir la gravedad y reconocer lo tratable de lo intratable; la *psicoterapéutica* que busca aliviar el sufrimiento del paciente; y la *cura* aparece implícita, de alguna forma, en la idea de abstenerse de tratar lo intratable. Si pensamos en la idea de que el malestar es inherente al ser humano, este se presenta como intratable.

En definitiva, Hipócrates planteaba que la enfermedad tenía dos fuentes etiológicas: la intrusión de un objeto invasivo en el cuerpo y la desregulación del sistema. Asimismo, le dió especial énfasis al ambiente de la persona para el análisis de su enfermedad. El médico debía oficiar como auxiliar de la naturaleza, ya que esta contenía en sí misma la causa y cura de la enfermedad (Dunker, 2011). A raíz de esta mirada puesta en el ambiente y en la naturaleza, Hipócrates consideraba que los ciclos de las enfermedades podían ser comparadas a las estaciones del año. La terapéutica de las enfermedades suponía la cura por el contrario. ¿Qué lugar tiene la consideración del ambiente y la naturaleza en el tratamiento, la cura o la psicoterapia?

## ***Empédocles***

Dunker (2011) plantea que existe una proximidad entre lo desarrollado por Empédocles y el psicoanálisis. Para Empédocles el ser no es uno, sino que está dividido en principios o raíces que son organizados en diversas proporciones que componen el cosmos. La medicina de Empédocles enfatiza la etiología y la terapéutica. La enfermedad debe entenderse en el cuadro de intercambios, relaciones o contratos, y su etiología debe ser ubicada en el desequilibrio de los principios o raíces. Esto ocurría en función de la naturaleza de los poros u orificios existentes en el cuerpo, por los cuales el alma circulaba para dentro y para afuera de sí. De acuerdo a este planteo, los poros se alteran por la relación de contacto entre las personas y de éstas con los objetos sensibles. Empédocles ofrece la primera concepción etiológica basada en las relaciones entre seres según una teoría del contacto y de la influencia directa de un ser sobre otro en la determinación de lo patológico (Dunker, 2011).

En efecto, la *cura* suponía el retorno a la correcta proporción. Nótese la relación entre cura y restablecimiento, de alguna manera se esperaba que a través de la cura el individuo retomara una proporción anterior. Empédocles propuso un proyecto de cura y tratamiento a través del reencuentro de proporciones cuantitativas (Dunker, 2011). Por su parte, Hipócrates estableció un programa con el objetivo de aliviar, mitigar, reducir el sufrimiento, es decir, un proyecto de cuidado y restablecimiento cualitativo. Nace aquí una distinción importante entre sufrimiento y síntoma. Tanto para Empédocles como para Hipócrates, se forma la conciencia de que la medicina debe tratar la enfermedad por sus síntomas y, al mismo tiempo, aliviar el sufrimiento del paciente; pero esas son tareas relativamente distintas. El sufrimiento se cura con palabras; los síntomas, con una alteración de las condiciones de vida del paciente. La enfermedad es una alteración cualitativa, el sufrimiento una transformación cuantitativa (Dunker, 2011).

Empédocles representa, no un nuevo, sino un antiquísimo tipo de personalidad, el del chamán, que combina las funciones todavía indiferenciadas de mago y naturalista, poeta y filósofo, predicador, curandero y consejero público. Después de él, estas funciones se separan; los filósofos, de aquí en adelante, no serán ni poetas ni magos; de hecho, tal tipo de hombre era ya un anacronismo en el siglo V. (Dodds, 1986, p. 143)

### **Tradición Médica: Pinel y Tratamiento Moral.**

El tratamiento moral, desarrollado en la Ilustración, fue considerado como una tendencia terapéutica de la psiquiatría francesa que tuvo lugar a partir de la reforma psiquiátrica tras la liberación de las cadenas de Pinel y de una concepción de las enfermedades mentales que ubicaba en las pasiones una de las causas más importantes (López Piñero, 2002). Esta tendencia terapéutica se proponía normalizar al enfermo según los criterios y medios del médico (Postel, 2000). Podríamos entenderlo como parte de la vertiente *clínica* (Dunker, 2011), que busca normalizar, restablecer y volver a un estado anterior. Postel (2000) hace referencia al tratamiento moral dentro de la historia de la psiquiatría y destaca ciertas características del abordaje que tilda como psicoterapéutico:

Lo que Pinel cree haber descubierto es una actitud que todo médico podría haber adoptado, desde el nacimiento de la medicina, ante su enfermo: hablarle con amabilidad, compadecerse de él y darle esperanzas. ... Vemos en esto los elementos fundamentales de toda psicoterapia, tanto el Siglo de las Luces como en estos últimos años del siglo XX. “Hablarle con amabilidad” constituye la base de todo mejoramiento terapéutico y la condición para que se establezca con el paciente una relación que le dé confianza y seguridad. (p. 156)

De lo planteado podríamos destacar conceptos como *relación, confianza, clima, escucha empática*, propios de la psicoterapia. Sin embargo, el autor hace hincapié en “hablarle con amabilidad” como principal característica de lo terapéutico y como condición para el establecimiento de una relación. Entendemos que el tratamiento moral forma parte de la historia de la psiquiatría, pero puede ser incluido en este trabajo como antecedente de las terapias anteriores al surgimiento de la psicoterapia moderna.

### **Descartes y el surgimiento de la ciencia moderna**

Desde la civilización griega hasta Descartes, han pasado más de dos mil años. Como vimos, en esa época se establecieron las bases de la “*episteme antigua*” (Koyré, 1977). Es en la relación que podemos establecer entre esta y la ciencia moderna, así como en los aportes de los griegos al *tratamiento del alma* que consideramos fundamental incluir ambos períodos de la historia del pensamiento científico en este trabajo.

En el siglo XVI, la teoría del heliocentrismo de Copérnico supuso la destrucción de un mundo de estructura finita, jerárquicamente ordenado, cualitativamente diferenciado para dar lugar a la idea de un universo abierto, indefinido e infinito (Koyré, 1977). Esta visión rompió con el geocentrismo sostenido hasta ese momento: el hombre dejó de ser el centro del universo y la tierra pasó a ser uno de los planetas que giran en torno al sol. La disolución del cosmos significó “la revolución más profunda realizada o padecida por el espíritu humano desde la invención del cosmos por los griegos” (Koyré, 1977, p. 155). A partir de ese momento, los fundadores de la ciencia moderna, herederos de esta visión, quedaron encargados de destruir un mundo y sustituirlo por otro, lo cual suponía reformular la inteligencia y la estructura del pensamiento, las formas de concebir al ser humano, elaborando a la vez, nuevos conceptos acerca del conocimiento y la ciencia (Koyré, 1977). Según Milner (1996), a partir del siglo XVII se produce un “*corte moderno*” que supuso una afectación de todos los discursos en relación al advenimiento del discurso de la ciencia moderna.

Aquí es donde entran en escena los fundadores de la ciencia moderna: Galileo, Descartes y Newton. Según Koyré (1977), “el nombre de Galileo Galilei está indisolublemente ligado a la revolución científica del siglo XVI, (...): una revolución que implica una “mutación” intelectual radical de la que la ciencia física moderna es a la vez expresión y fruto” (p. 150). Galileo es considerado el padre de la ciencia moderna, fue el primero en utilizar la experimentación científica y el lenguaje matemático para formular leyes naturales (Capra, 2004). A su vez, Koyré (1977) destaca que Galileo fue el primero en construir el verdadero instrumento científico que suponía una encarnación de la teoría. Dicho autor, establece una distinción entre experiencia y experimentación.

La experimentación consiste en interrogar metódicamente a la naturaleza; esta interrogación presupone e implica un lenguaje en el que formular las preguntas, así como un diccionario que nos permita leer e interpretar las respuestas. Para Galileo, como sabemos, es en curvas, círculos y triángulos, en lenguaje matemático e incluso, de un modo más preciso, en *lenguaje geométrico*- no en el sentido común o de los puros símbolos- como debemos hablar a la naturaleza y recibir sus respuestas.” (Koyré, 1977, p. 153)

Galileo se propuso estudiar las propiedades esenciales de los cuerpos materiales, con lo cual, todas las otras propiedades quedaron desterradas del reino del discurso científico (Capra, 2004). De esta forma, se establece el pasaje de lo cualitativo a lo cuantitativo:

Haciendo así de la matemática el fondo de la realidad física, Galileo es llevado necesariamente a abandonar el mundo cualitativo y a relegar a una esfera subjetiva, o relativa al ser vivo, todas las cualidades sensibles de las que está hecho el mundo aristotélico. La ruptura es, pues, extremadamente profunda. Antes del advenimiento de la ciencia galileana, aceptamos con más o menos acomodación e interpretación, sin duda, el mundo que nos ofrece a nuestros sentidos como el mundo real. Con Galileo y después de Galileo tenemos una ruptura entre el mundo que se ofrece a los sentidos y el mundo real, el de la ciencia. Este mundo real es la geometría hecha cuerpo, la geometría realizada. (Koyré, 1977, p. 50)

Como fue mencionado en la Introducción, es a partir de la base de la física galileana, de su interpretación cartesiana y su síntesis newtoniana que se construye la ciencia moderna (Koyré, 1977). En efecto, Descartes fue el padre fundador de la filosofía moderna. Nacido del contexto de apogeo de la ciencia moderna, de los descubrimientos de la física, las matemáticas y la astronomía, se propuso crear un sistema de pensamiento nuevo, una nueva ciencia de la naturaleza apoyada en principios evidentes, como las matemáticas (Capra, 2004). Este criterio surge de la siguiente proposición que entiende la existencia de una verdad científica absoluta: “si en las otras ciencias deseamos llegar a una certeza en la que no quede ninguna duda, y a una verdad sin error posible, debemos fundar el conocimiento en las matemáticas” (Bacon, s/f, citado en Koyré, 1977, p. 59).

En el *Discurso del Método*, Descartes (1637) se propone distinguir lo verdadero de lo falso. Para ello, plantea la necesidad de un método inspirado en tres artes o ciencias: la filosofía, la lógica y las matemáticas. A través de este, procura asegurar el dominio de la razón y la voluntad sobre las pasiones. El método cartesiano, la duda, es analítico y se caracteriza por establecer los siguientes cuatro supuestos básicos: no admitir como verdadero nada que hubiese ocasión para ponerlo en duda, dividir las dificultades en cuantas partes sea posible, conducir el pensamiento de forma ordenada para ir de lo más simple a lo más compuesto, y por último, hacer revisiones que no omitan nada (Descartes, 1637). Por lo cual, para comenzar a indagar sobre la verdad de las cosas, Descartes se propuso fingir que todo lo que hasta ahora suponía verdadero era falso. Este supuesto le permitió acceder a la primera verdad que luego convertiría en el primer principio de su filosofía “*pienso, luego existo*”. Luego se propuso examinar la relación entre cuerpo y alma. De esta manera, constató que eran dos entidades distintas y separadas,

conectadas en un punto: la glándula pineal. Según Capra (2004), la imagen mecanicista de la naturaleza delimitó una estructura en el pensamiento científico y se convirtió en el paradigma que determinó las pautas de las investigaciones científicas y estableció la necesidad de formular teorías. Por su parte, Newton sintetizó las obras de sus precursores y construyó “una teoría matemática del mundo que se convirtió en la base del pensamiento científico hasta mediados del siglo XX” (Capra, 2004, p. 66).

En definitiva, el pensamiento cartesiano estableció la primacía de la razón sobre la ignorancia, la superstición y la tradición. En ese entonces, los científicos aún se mantenían arraigados a las creencias religiosas o a la autoridad de Dios, este desencantamiento demoró en establecerse. Recordemos que Descartes comenzó la elaboración de su filosofía luego de una revelación de inspiración divina (Capra, 2004) y que una de sus meditaciones pretende probar la existencia de Dios por medio de la razón (Descartes, 1637).

Sin ir más lejos, la ciencia, considerada conocimiento de la totalidad, supuso la unificación del conocimiento humano así como la promoción del desprecio y la devaluación de la curación extracientífica y de todos los otros tipos de tratamientos, medicinas “populares” y/o “primitivas” (Ellenberger, 1970). No obstante, aparecieron ya en esta época, aunque de forma inicial e inconexa, la mayoría de los saberes y puntos de vista cuya maduración y confluencia posibilitarían la psicoterapia propiamente dicha (López Piñero, 2002). ¿Qué repercusiones tuvo el surgimiento de la ciencia moderna en los inicios de la psicoterapia? “El *Discurso del Método* puede leerse, de este modo, como el acta de nacimiento del sujeto, el sujeto de la ciencia moderna” (Sampson, 2000, p. 237).

### Capítulo 3: Los Primeros

Luego de haber presentado algunos antecedentes de la psicoterapia moderna y de haber descrito el contexto histórico-cultural en el que surge la ciencia moderna, presentaremos a los primeros psicoterapeutas según lo planteado por Ellenberger<sup>2</sup>(1970). Este autor tiende a construir una rivalidad, choque o conflicto entre precursores, que entendemos debe ser atribuido a los objetivos del autor y a las necesidades de la época. Expondremos el surgimiento de la psicoterapia moderna desde Mesmer a Freud, a través de duplas, con el objetivo de pensar este corte epistemológico que se ha construido en relación a la ciencia y lo otro, el “resto” que queda

---

<sup>2</sup> Entendemos que Ellenberger (1970) habla de psiquiatría dinámica para referirse a la psiquiatría que surge a partir del siglo XVII que implica una concepción del sujeto más cercana a la vertiente psicoterapéutica, y que incluye a la psicoterapia moderna.

por fuera. Seguiremos el recorrido presentado por Ellenberger (1970) a través de las siguientes duplas: Gassner-Mesmer, Liébault-Bernheim y Charcot-Freud.

### **Gassner- Mesmer**

“La aparición de la psiquiatría dinámica se puede datar en 1775, en un choque entre el médico Mesmer y el exorcista Gassner” (Ellenberger, 1970, p. 71).

#### ***Johann Joseph Gassner (1727-1779)***

Gassner fue un sacerdote y curandero que exorcizaba a sus pacientes para curarlos de las enfermedades causadas por el diablo. Distinguía dos grupos de enfermedades que debían ser abordadas por distintos tratamientos: las enfermedades pre-naturales (provenientes de brujería, posesión diabólica, imitación de una enfermedad causada por el demonio) y las naturales que debían ser tratadas por los médicos. Gassner no pretendía curar a todo el mundo, sino que asumía que las enfermedades naturales debían ser tratadas por médicos. De esta forma, establecía una distinción en relación a las aspiraciones científicas de abarcar todo a través de un mismo método. No suponía tener la verdad sobre las enfermedades y la cura, sino que entendía que ese saber era compartido. Se limitaba a acceder sólo a aquellas enfermedades sobrenaturales.

Para poder discernir ante qué enfermedad estaba, realizaba un exorcismo de prueba, para el cual exigía el consentimiento y la fe en Jesús. El acto o ceremonia de discernimiento de la enfermedad era presenciado por testigos, quienes realizaban registros oficiales. Uno de ellos, registró en una carta lo que planteaba Gassner en latín al inicio de la ceremonia: “De haber algo prenatal en esta enfermedad, ordeno en el nombre de Jesús que se manifieste inmediatamente” (Abbé Bourgeois, s/f, citado en Ellenberger, 1970, p. 75). El autor describe el método de Gassner a la hora de invocar al diablo.

Después conjuraba solemnemente al demonio a que hiciera manifiestos los síntomas de la enfermedad: si estos se producían, Gassner consideraba probado que la enfermedad estaba causada por el demonio, entonces procedía a realizar el exorcismo. Si no aparecían los síntomas, enviaba al enfermo a un médico. De esta manera su posición era inatacable, tanto desde el punto de vista de la ortodoxia católica como desde el de la medicina. (Ellenberger, 1970, p. 76)

La manifestación de las crisis dejaría en evidencia la presencia de la enfermedad pre-natural, la presencia del diablo. ¿Podríamos pensar en esta “manifestación de la crisis” como una “materialización de la enfermedad”? Si pensamos la manifestación de la crisis en términos de la vertiente *clínica*, podríamos suponer que esta servía para construir el “diagnóstico” y “etiología” de la enfermedad. ¿Qué se esperaba obtener con el exorcismo? A pesar de que el exorcismo fuera una práctica común de la Iglesia considerada curativa, los ideales de la Ilustración fueron tomando cada vez más fuerza logrando paulatinamente la caída de Gassner.

Por desgracia para él, había llegado demasiado tarde y las controversias que se suscitaron a su alrededor tenían un objetivo mucho más importante: la lucha entre la nueva Ilustración y las fuerzas de la tradición. La caída de Gassner preparó el terreno para la implantación de un método curativo sin relación alguna con la religión y que satisfacía los requerimientos de una era ‘ilustrada’. No es suficiente curar la enfermedad; hay que hacerlo con métodos aceptados por la comunidad. (Ellenberger, 1970, p. 79)

Con la llegada de la Ilustración y el establecimiento de la ciencia moderna, la “cura” no sería suficiente. ¿Por qué? A partir de entonces, los procedimientos debían ser realizados de acuerdo a un método legitimado por la comunidad científica. De esta forma, se deslegitimaron todas aquellas formas de cura no científicas que no demostraran, mediante los criterios de la ciencia, su veracidad. Por su parte, Roudinesco (2005) sostiene que la psicoterapia se vincula en su principio al registro de lo religioso. Sobre esto, Pagès (1979) afirma que se va a ver al psicoterapeuta como antes se iba a misa, y en épocas más lejanas aún, como se iba a ver al hechicero de la aldea. Se esperan y se obtienen los mismos efectos, esto es, un alivio provisorio de las angustias y miserias cotidianas y la identificación con líderes carismáticos. Aquí nos reencontramos con el objetivo de la vertiente *psicoterapéutica*: el alivio del sufrimiento (Dunker, 2011). Sin embargo, podríamos preguntarnos: ¿es el mismo tratamiento el que da un sacerdote, un hechicero o un psicoterapeuta? ¿Qué supone colocar a la psicoterapia en un registro de lo religioso?

### ***Franz Anton Mesmer (1734-1815)***

Según López Piñero (2002) “el antecedente inmediato de la psicoterapia en sentido estricto fue el ‘magnetismo animal’, (...) sus bases creenciales y especulativas fueron presentadas como un saber sistemático, asociando elementos empíricos y deformaciones de importantes teorías científicas” (p. 29).

Mesmer fue un médico, defensor de la Ilustración, con nuevas ideas y técnicas a partir de las cuales fundó su propia doctrina: el *magnetismo animal*. Buscaba explicaciones racionales, se apoyaba en los descubrimientos contemporáneos en el campo de la electricidad y, a la hora de pensar al sujeto, rechazaba cualquier teoría mística. ¿Cómo concebía al sujeto? ¿la enfermedad? ¿la cura? ¿el método? Ellenberger (1970) expone un resumen de los principales principios que propone Mesmer, en su sistema de 27 puntos, expuesto en 1779:

1) Existe un fluido físico sutil que llena el universo y forma un medio de unión entre el hombre, la tierra y los cuerpos celestiales, y también entre hombre y hombre. 2) La enfermedad se origina por la desigual distribución de este fluido en el cuerpo humano; la recuperación se logra cuando se restaura el equilibrio. 3) Con la ayuda de ciertas técnicas, este fluido puede ser canalizado, almacenado y transmitido a otras personas. 4) De esta manera, se pueden provocar “crisis” en los pacientes y curar las enfermedades. (Ellenberger, 1970, p. 85)

En el primer punto, Mesmer plantea la existencia de un fluido magnético que da unión al hombre con el universo y a los hombres entre ellos. Cabe mencionar que, a lo largo de la historia, se ha querido conceptualizar aquello que une lo anímico y lo corporal. Según Descartes (1637) el alma y el cuerpo son dos realidades distintas, las pasiones ocuparían el lugar de una zona intermedia, una especie de terreno de confluencia de los fenómenos del cuerpo y el alma (López Piñero, 2002). ¿Qué relación podemos establecer entre la dualidad cartesiana y el fluido magnético? ¿Qué relación se puede establecer entre este concepto y el de pulsión? Recordemos el término pulsión propuesto por Freud:

La “pulsión” nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. (Freud, 1914-1916, p. 117)

En el segundo punto se hace referencia a la distribución desigual del fluido magnético como causa de la enfermedad. Podríamos comparar esta teoría con la de Empédocles sobre el desequilibrio de las raíces o con la desregulación del sistema planteada por Hipócrates. Como vemos, ciertas teorías de las enfermedades se sostienen en el tiempo, pero se modifica el

vocabulario y la forma de describirlo. En este caso, se sostiene la idea de una desregulación o un desequilibrio que busca ser retornado a su estado anterior.

En el tercer punto se hace alusión al uso de técnicas para lograr los objetivos. En un primer momento, las técnicas eran variadas, incluían desde láminas, anillos magnéticos, imanes, pases, tocamientos, así como el uso del árbol, espejos, instrumentos en el caso de los tratamientos colectivos. De su visita a Gassner, tomó los tocamientos y los pases. Todos estos eran utilizados como medios auxiliares para conseguir el equilibrio de los humores. Ellenberger (1970) describe el método de Mesmer:

Mesmer no utilizaba otra medicación que el agua magnética. Se sentaba enfrente del paciente manteniendo las rodillas en contacto con las de él, le aprisionaba los pulgares con las manos, y le miraba fijamente a los ojos; luego le tocaba los hipocondrios y realizaba pases sobre sus miembros. Muchos pacientes sentían sensaciones peculiares o entraban en crisis. Esto suponía que traía consigo la curación. (p. 86)

Vemos en las palabras *contacto* y *tocaba* que el tacto ocupaba un lugar central en la terapéutica. Suponemos que, en una fase más avanzada de su teoría, Mesmer constató que las herramientas utilizadas no eran imprescindibles y ubicó al principal agente terapéutico en el magnetizador: “El magnetizador, proclamaba Mesmer, es el agente terapéutico de sus curaciones: su poder descansa en sí mismo. Para hacer posible la curación, debe establecer primero una relación, es decir, una especie de ‘sintonía’ con su paciente” (Ellenberger, 1970, p. 94). Destáquese que utiliza el término “*curación*” y plantea una condición para que esta se produzca: establecer una relación de “*sintonía*” entre magnetizador y paciente. ¿Qué implica la curación en el magnetismo animal? ¿Qué relación podemos establecer entre la *cura* como cuidado y la cura planteada por Mesmer? ¿A qué se refiere con la necesidad de establecer una relación de sintonía con el paciente?

El último punto introduce la teoría de la crisis como evidencia artificial de la enfermedad y medio de curación. Mediante la estimulación repetida de las crisis, estas remitían o se volvían menos graves. Podemos comparar esta teoría con la que sostenía Gassner. Según el sacerdote, las crisis demostraban la presencia de la posesión, por lo cual, podrían ser entendidas como una forma de realizar un diagnóstico. En un primer momento realizaba un exorcismo de prueba para constatar si la crisis tenía lugar y, si así sucedía, recurría al exorcismo. Si no ocurría, entonces la enfermedad era natural, y el paciente era enviado al médico. Para Mesmer, “[la] curación se logra por medio de crisis, esto es, manifestaciones de enfermedades latentes producidas

artificialmente por el magnetizador y que están bajo su control” (citado en Ellenberger, 1970, p. 94). A diferencia de Gassner, Mesmer pretendía que su método se convirtiera en un medio universal de cura y prevención de las enfermedades, con la pretensión de anular todos los descubrimientos anteriores.

‘Sólo hay una enfermedad y una curación’ Ninguna medicación o procedimiento terapéutico curaban al paciente por sí mismas; la curación sólo se obtenía por efecto del magnetismo, aunque los médicos todavía no eran conscientes de ello. El magnetismo animal proporcionaría a la humanidad un medio universal de curar y prevenir todas las enfermedades, llevando así la medicina ‘a su más alto grado de perfección’. (Ellenberger, 1970, p. 86)

La medicina rechazaba firmemente al magnetismo, eran pocos los seguidores de Mesmer pertenecientes al ámbito académico, estos corrían el riesgo de ser destituidos de sus cargos al declararse como tales. En 1784, se designaron dos comisiones científicas encargadas de rendir informes sobre el fenómeno del magnetismo animal. Una comisión se planteó como objetivo demostrar la existencia del fluido y verificar su acción sobre los seres humanos. Se llegó a la conclusión de que “nada prueba la existencia del fluido magnético animal” y se atribuyeron los efectos observados a la imaginación (Ellenberger, 1970, p. 89). La otra comisión se propuso observar los resultados terapéuticos del método. Para esta tarea se separaron a los enfermos en grupos según afecciones. Se atribuyó a la imaginación y a fenómenos subjetivos “imposibles de controlar” los efectos observados en el tratamiento mesmérico.

Posteriormente, los discípulos de Mesmer reformularon y ampliaron el magnetismo animal hacia otras teorías, incluyendo el sonambulismo artificial, pero también simplificando la técnica propuesta por Mesmer. Uno de los discípulos que contribuyó al crecimiento del magnetismo fue Puységur, quien sostuvo que el principal agente curativo era la voluntad del magnetizador (Ellenberger, 1970). Debido a las limitaciones en la extensión de este trabajo no podremos ahondar más en el magnetismo y sus herederos. Se espera poder seguir esta indagación en un futuro trabajo teniendo en cuenta la importancia del magnetismo animal en el surgimiento de la psicoterapia.

### **Liébeault- Bernheim: Escuela de Nancy<sup>3</sup>**

Según Etchegoyen (2014) “La psicoterapia empieza a ser científica en la Francia del siglo XIX, cuando se desarrollan dos grandes escuelas sobre la sugestión, en Nancy con Liébeault y Bernheim y en la Salpêtrière con Jean-Martin Charcot en París” (p. 27).

#### ***Ambroise Liébeault (1823-1904)***

Liébeault fue un médico, en sus inicios agricultor y aspirante a sacerdote. Siempre vivió al margen de las instituciones, ya sea religiosa o científica y se caracterizó por tener muchos admiradores. Escribió libros y relató casos al modo de un literario (Dunker, 2011, p 556). Podemos considerar a Liébeault como uno de los primeros psicoterapeutas de la era moderna. Siendo estudiante de medicina se interesó por el magnetismo y no obteniendo respuesta por parte de sus profesores, se propuso realizar un análisis de sus posibilidades terapéuticas y supuestos teóricos. Los principales referentes de Liébeault fueron Georget, Rostan, Faria y Braid (López Piñero, 2002). Teniendo en cuenta el rechazo y la desconfianza de la población en relación a estas prácticas que habían quedado, en mano de los curanderos, comenzó a atender como magnetizador, de forma gratuita o con honorarios voluntarios, y mantuvo sus honorarios habituales en tanto médico. “Durante más de veinte años, Liébeault fue considerado por sus colegas como un charlatán (porque hipnotizaba) tonto (porque no cobraba)” (Ellenberger, 1970, p. 116).

Trataba a cada uno en público y sin hacer caso del ruido circundante. Le hipnotizaba ordenándole que le mirara a los ojos y sugiriéndole que estaba cada vez más dormido. Una vez el paciente hipnotizado levemente, Liébeault le aseguraba que habían desaparecido los síntomas. La mayoría de sus enfermos eran pobres de la ciudad y campesinos de los alrededores, a los que trataba sin discriminación con el mismo método, cualquiera que fuese la enfermedad que padecieran: artritis, úlceras, ictericia, o tuberculosis pulmonar. (Ellenberger, 1970, p. 116)

Liébeault utilizaba el mismo método con cualquier enfermo y para cualquier enfermedad. ¿En qué consistía el método? Según Liébeault (1891) consistía “en la contemplación con la ayuda de la mirada, en la sugestión verbal y en el instinto de imitación” (p. 287). Fue a raíz del

---

<sup>3</sup> López Piñero (2002) dedica un capítulo a esta dupla titulada “*Liébeault y Bernheim: la psicoterapia sugestiva*” (p. 62). Ellenberger (1970) dedica un apartado titulado “*Escuela de Nancy*”.

análisis de los procedimientos de magnetizadores e hipnotizadores, que constató la importancia de la sugestión verbal y más adelante la convirtió en piedra angular de su tratamiento. Llegó a la conclusión de que podían ser hipnotizadas personas psíquicamente normales (Ellenberger, 1970). “Después de haber empleado los métodos más comunes, insuflaciones, pases, consultas a los sonámbulos, tratamientos por ellos prescritos y, finalmente, la sugestión, me he quedado con este último, que los comprende a todos y que resume su quintaesencia” (Liébeault, 1891, p. 290-293). Destáquese el lugar que le atribuye a la sugestión.

Liébeault se dedicó a explicar cómo ciertas enfermedades nacen moralmente y cuál es su mecanismo dinámico de formación y mantenimiento. Constató que estos mecanismos psicogénicos dependen de la predisposición individual, hereditaria y adquirida. Dedujo entonces la necesidad de una prevención, es decir, una ‘higiene mental’, para conseguir la fortaleza frente a las sugestiónes propias y ajenas (López Piñero, 2002). Según Liébeault (1891), la enfermedad dependía de la formación de una ‘idea fija persistente’ en ‘estados pasivos’ de la mente. A su vez, planteó que este mecanismo era aplicable tanto a las enfermedades nerviosas como a las orgánicas (López Piñero, 2002). ¿Cómo se producía la cura?

Por un mecanismo inverso al que da lugar a la aparición de alteración patológicas, mediante la ‘sustitución de una idea fija morbosa por una idea fija de la curación’. (...) Si se prueba que se pueden reproducir artificialmente con finalidad terapéutica las mismas reacciones mentales en sentido inverso que las que favorecen la formación de un gran número de enfermedades, situándose por consiguiente en las condiciones de la naturaleza curativa por influencia psíquica, el método racional de curar por medio de la mente no puede tardar en entrar en la ciencia. (López Piñero, 2002, p. 67)

Podríamos comparar la idea de un mecanismo inverso para la cura como la *cura por el contrario* planteada por Hipócrates o la reproducción artificial en sentido inverso con la materialización de la enfermedad de la neurosis de transferencia.

Finalmente, fue recién a partir de la visita de Bernheim en 1886 y del enfrentamiento teórico entre Charcot y Bernheim que Liébeault adquirió fama de médico y que sus libros fueron rescatados del olvido (López Piñero, 2002). Sobre esto Dunker (2011) plantea que Liébeault representa el psicoterapeuta y Bernheim al profesor que universaliza y confirma la experiencia de la cura en el discurso de la clínica.

### ***Hippolite Marie Bernheim (1840-1919)***

Bernheim fue un médico de gran reputación y un profesor universitario de renombre. En 1882 visitó a Liébeault a raíz de los rumores de los “milagros” realizados. A partir de ese momento, “se convirtió públicamente en admirador, alumno y amigo devoto de Liébeault, e introdujo los métodos de este en su clínica médica universitaria” (Ellenberger, 1970, p. 116).

A partir de la obra de Liébeault, Bernheim formuló tres fundamentos conceptuales de la psicoterapia sugestiva: “el carácter relativo de los métodos de hipnotización, la peculiar individualidad de cada hipnotizado y la sugestión en estado de vigilia” (López Piñero, 2002, p. 69). A diferencia de Liébeault, Bernheim utilizaba el método del hipnotismo sólo cuando creía contar con bastantes probabilidades de éxito. Destacó que existían tantos procedimientos como hipnotizadores ya que cada uno tiene su propio método (López Piñero, 2002). A su vez, enseñaba que la hipnosis era más fácil de inducir en las personas acostumbradas a la obediencia pasiva que en las personas de las clases altas y adineradas, con quienes se obtenían peores resultados (Ellenberger, 1970).

Un año más tarde de comenzar a utilizar el método, publicó su primer trabajo sobre hipnotismo y sugestión desencadenando así el inicio de sus comunicaciones al mundo científico. En 1886 se convirtió en la principal figura de la Escuela de Nancy y Liébeault en su padre espiritual, “(...) la Escuela de Nancy era un grupo indefinido de psiquiatras que habían adoptado los principios y métodos de Bernheim” (Ellenberger, 1970, p. 118).

Bernheim se opuso a los planteos de Charcot, director de la Escuela de la Salpêtrière. “Sus puntos de vista (...) fueron duramente criticados por los miembros de la Escuela de Salpêtrière, dando lugar a una célebre polémica durante cerca de diez años” (López Piñero, 2002, p. 68). Bernheim se opuso a la teoría de Charcot acerca de los tres estados de presentación de la histeria, considerándolos artificiales: “creo que el ataque de gran histeria que la Salpêtrière da como clásico, desarrollándose en fases netas y precisas como un rosario histórico, es una histeria de cultivo” (Bernheim, s/f, citado en López Piñero, 2002, p. 69).

A su vez, se opuso al planteo realizado por Charcot que colocaba a la hipnosis como una condición patológica de los histéricos, utilizando el argumento de Liébeault para contrarrestar esa idea: la hipnosis era un “estado de sugestibilidad aumentada inducido por la sugestión” (Ellenberger, 1970, p. 117). Propuso el término “*sugestibilidad*” para referirse a la aptitud para transformar una idea en un acto y sostuvo que esta era una característica que cada ser humano poseía en diferente grado (Ellenberger, 1970). Bernheim limitó su uso del hipnotismo paulatinamente hasta que teorizó que los efectos que se pudieran obtener por este método se conseguían igual mediante sugestión en estado de vigilia, procedimiento que la Escuela de

Nancy denominó “*psicoterapia*” (Ellenberger, 1970). Bernheim (1891) afirmó que el medio más simple y el mejor para impresionar al sujeto es la palabra.

En suma, luego de haber sido discípulo de Liébeault, Bernheim se convirtió en el verdadero fundador de la psicoterapia. En 1900 era considerado el psicoterapeuta más importante de Europa (Ellenberger, 1970).

### **Charcot- Freud**

El siglo XIX estuvo dominado por la revolución científico-técnica, cuyo progreso visible justificaba y promovía una cosmovisión materialista; por eso se negó la existencia a lo que no se pudiera demostrar con métodos físico-químicos; y en los modelos explicativos y clasificatorios de enfermedades mentales, que se empezaron a elaborar, se recurrió al esquema somatogénico con toda naturalidad. (Kriz, 1990, p. 26)

### **Jean-Martin Charcot (1825-1893)<sup>4</sup>**

Charcot personificaba (...) el ‘prince de la science’; no sólo tenía una alta reputación científica, sino que era también un hombre poderoso y rico. (...) Era conocido como el médico y a veces el confidente de reyes y príncipes. (...) A los ojos de la gente, Charcot era el hombre que había explorado los abismos de la mente humana. De ahí su sobrenombre de “Napoleón de las neurosis”. Llegó a ser identificado con el descubrimiento de la histeria, el hipnotismo, la doble personalidad, la catalepsia y el sonambulismo. (Ellenberger, 1970, p. 125)

Charcot fue representante, antes que nada, de la figura del *clínico* (Dunker, 2011). Fue anatómo-patólogo, neurólogo e investigador de la histeria y del hipnotismo. A finales del siglo XIX era el neurólogo más reconocido de su tiempo. La mayor parte de su ejercicio profesional fue realizado en la Escuela de la Salpêtrière, donde estuvo desde los inicios de su carrera como médico internista hasta convertirse en su gran maestro, promoviendo enormes cambios y

---

<sup>4</sup> Valga la siguiente aclaración: Consideramos a Charcot como un gran investigador de la mente humana que representó la figura del científico de la época. Se entiende que el surgimiento de la psicoterapia moderna, nace de este contexto. Quizás, es en la relación que podamos establecer entre Charcot y Freud que este se pueda convertir en un precursor.

convirtiendo esta escuela en el Templo de la Ciencia. Como clínico moderno empleaba el método anatomo-clínico de investigación, basado en el estudio, descripción e intervención controlada sobre la génesis y la transformación de los fenómenos patológicos (Dunker, 2011).

En 1870 estuvo encargado de una sala especial reservada para enfermas aquejadas de convulsiones, por crisis epilépticas y por histeria: “Charcot se esforzó por hallar el medio de distinguir unas convulsiones de otras. Comenzó también a estudiar la histeria utilizando el mismo método que empleaba en las enfermedades neurológicas orgánicas” (Ellenberger, 1970, p. 121). Allí comenzó su indagación sobre la histeria y las crisis epilépticas, que se convertiría luego en su tercera profesión (Dunker, 2011). A través de esta cita podemos ver que, en los inicios de su carrera, Charcot ya operaba como un clínico. Ante la presencia de una enfermedad, Charcot se proponía discernir, diagnosticar y someter su clínica a un método, el mismo que utilizó para sus otras profesiones. Consistía en describir cuadros típicos y regulares, invariables y constantes.

Del estudio de las histéricas halló la existencia de la condición hipnótica en tres estados sucesivos: letárgico, cataléptico y sonambúlico (Ellenberger, 1970). Cada etapa se presentaría con síntomas muy definidos y característicos. A través de estos hallazgos, Charcot redefinió al hipnotismo y a la sugestión: el primero como una neurosis artificial provocada, propia de la histeria, y el segundo como un síntoma más del hipnotismo. Esta idea provocó enemigos, especialmente en la Escuela de Nancy (Ellenberger, 1970). Sin embargo, cuando presentó sus ideas a la Academia de Ciencias en 1882 sus hallazgos fueron aceptados. Ellenberger (1970) presenta la reacción de Janet frente a esta insólita aceptación: “Era, dijo Janet, un *tour de force* el que el hipnotismo fuera aceptado por la misma Academia que lo había condenado en tres ocasiones en el siglo anterior bajo en el nombre de magnetismo” (p. 121).

Según Dunker (2011), la utilización que hace Charcot del hipnotismo no es terapéutica, como en la Escuela de Nancy, sino metodológica. La hipnosis aparece como un método de investigación y no un método de cura. Se enfatiza la posibilidad de simular los síntomas histéricos, pero no de curarlos. Está interesado en producir artificialmente los síntomas histéricos mostrando la autonomía de este cuadro clínico en relación a la epilepsia. Charcot no era un teórico, era un visual y un fotógrafo, un clínico interesado en descripciones dispuesto a cruzar la frontera entre las imágenes del cuerpo y las palabras del alma (Dunker, 2011). Bernheim sostuvo que la histeria presentada de esta forma es una histeria de cultivo, ya que está hecha a medida para que Charcot pueda demostrar su teoría. Charcot buscaba simular los síntomas, según él característicos de la histeria, a tal punto que, con sólo ver la fotografía, se pudiera reconocer las fases de la histeria (Ellenberger, 1970). Por eso, se lo representa con la idea de un visual o de un fotógrafo y no de un terapeuta o curador (Dunker, 2011).

Charcot presentaba a los pacientes con una finalidad didáctica que suponía la posición de la mirada de los alumnos (Dunker, 2011). En el caso de la presentación de la histeria, Charcot traslada la simulación de la histérica del ámbito moral al ámbito investigativo como una estrategia de experimentación, control y semiología de fenómenos (Dunker, 2011, p. 559). En una de sus presentaciones afirma: “Esta enferma servirá para demostrar lo que propongo (...) No es raro afirmar que las experiencias con animales hechas en público no son tan bien sucedidas como en los laboratorios” (Charcot, 1887-1888, p. 39).

Charcot nunca sospechó de la sugestión; nunca percibió la desastrosa influencia que las sugestioniones involuntarias pueden producir en un experimento sobre hipnotismo o durante la observación de un histérico. Lejos de tomar la menor precaución, hablaba constantemente en voz alta ante los enfermos, anunciando lo que iba a suceder. (...) No es de extrañar que sus oponentes le reprocharan tan a menudo que sus histéricos y su gran hipnotismo eran productos artificiales. Para los que han vivido un poco el ambiente de la Salpêtrière, es indudable que este reproche está bien fundado. (Binet y Simon, 1910, p. 60)

### ***Sigmund Freud (1856-1939)***

Etchegoyen (1970) plantea que “es mérito de Freud llevar la psicoterapia al nivel científica, con la introducción al psicoanálisis” (p. 28). A continuación, expondremos un breve recorrido histórico desde los inicios de Freud como neurólogo hasta la fundación del psicoanálisis. Describiremos algunos de los conceptos fundamentales del método psicoanalítico que puedan resultar ilustrativos a la hora de pensar en los cambios en su técnica o de comparar el método de Freud con tratamientos psíquicos anteriores. Freud fue un médico neurólogo, considerado el padre del psicoanálisis y el principal representante del surgimiento de la “psicoterapia científica”. Freud desarrolló toda su carrera en Viena, en un contexto social y cultural de apogeo de la clínica moderna.

La época en que Freud estudió medicina en Viena e inició sus primeros trabajos se situaba, entonces, en el extremo de una oscilación intelectual: de una época de fe (eclesiástica), ya superada, se había pasado a una imagen del mundo en extremo determinista, mecanicista, materialista y somatogenética. (Kriz, 1990, p. 25).

Freud fue, antes que nada, un clínico y un científico, pero se diferenció del resto al introducir una perspectiva enteramente diferente. Centró su interés en el punto débil del sistema: la terapéutica. De esta forma, convirtió el método de investigación semiológica de Charcot en un método de tratamiento (Dunker, 2011). En 1885, obtuvo una beca para finalizar sus estudios como neurólogo en la Escuela de la Salpêtrière. Durante su estadía, se interesó particularmente en los estudios de Charcot sobre la neurosis, el hipnotismo y la histeria. Bajo la influencia de Charcot decidió abandonar la neurología, Ellenberger (1970) sostiene que “desde el comienzo Freud había estado bajo su hechizo (...)” (p. 496). El resultado esencial del viaje a París fue el descubrimiento de la clínica (Assoun, 1982).

Freud sigue estando imbuido del tipo de práctica que lo formó. Parece estar plantado fuera del campo institucional en que esa práctica está oficializada, pero conserva de ella más que los tic: la forma posicional de objetividad científica que se desgastará y se especificará desde dentro más bien que estallará bruscamente. (Assoun, 1982, p. 117)

Cuando regresó de París, Freud comenzó a atender en su consultorio a pacientes con enfermedades nerviosas. En 1887, constató la ineficacia de los métodos físicos en el tratamiento de la histeria y comenzó a utilizar la sugestión hipnótica según el método de Bernheim (Ellenberger, 1970). Luego de traducir algunos trabajos de Bernheim sobre hipnotismo y sugestión e impulsado por su creciente interés por este tema, Freud decidió visitar a Bernheim, en la Escuela de Nancy, para perfeccionar su técnica (López Piñero, 2002). Fue gracias a su relación con Bernheim y con Charcot que Freud constató las posibilidades del método hipnótico como método diagnóstico y de tratamiento. A partir de ese momento, se convirtió en un destacado defensor del hipnotismo en el mundo médico. En 1893 colaboró en un artículo con Breuer, destacado científico con gran experiencia y reputación en Viena. En 1895 publicaron juntos *Estudios sobre la histeria*, en el que denominaron “catártico” a su método terapéutico. Este libro se convertiría en el primer título del psicoanálisis (López Piñero, 2002).

Freud (1890) definió el tratamiento psíquico como tratamiento “desde el alma” y sostuvo que la palabra era su principal instrumento. Concibió la relación entre lo corporal y lo anímico como de acción recíproca, y le otorgó especial atención al influjo de lo anímico sobre lo corporal (Freud, 1890). Hasta ese entonces, este lado de la relación había sido desatendido, delegado a los filósofos, curanderos u otros curadores del alma. Sobre esto Freud (1890) afirma que: “en el pasado (...) 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 anímica, dejarían de pisar el

seguro terreno de la ciencia” (p. 116). ¿Cuándo podríamos ubicar este cambio de mirada puesta en lo anímico? ¿Qué lugar tuvo Freud en este cambio?

Braier (1998), propone una división en dos grandes periodos para fundamentar el surgimiento del psicoanálisis: el período preanalítico y el analítico. Haremos uso de esta división para ilustrar el recorrido teórico-técnico realizado por Freud desde la psicoterapia hasta la fundación del psicoanálisis.

**Período Preanalítico.** Este período comienza con el uso de la hipnosis y culmina con el abandono del método catártico. Podríamos ubicarlo en el tiempo entre los años 1886 y 1896 aproximadamente (Braier, 1998). Se podrían ubicar dos momentos técnicos: el primero en el que Freud hace uso de la sugestión hipnótica y el segundo en el que abandona la hipnosis “recordar y abreaccionar eran en aquel tiempo las metas que se procuraba alcanzar con auxilio del estado hipnótico” (Freud, 1911-1913, p. 149). Este método fue denominado ‘talking cure’ por la paciente Anna O. como cura por la palabra (Freud, 1893-1895, p. 95)

A través del empleo del hipnotismo Freud constató el poder de la sugestión así como el poder de una idea sobre el cuerpo y elaboró los peligros y debilidades de la hipnosis: el hipnotizado puede volverse dependiente de su hipnotizador y habituarse al uso de la hipnosis, entre otras consecuencias (Freud, 1890). Además, constató que el grado de hipnosis depende de la reacción del paciente y no del procedimiento del médico, por lo que llegó a la conclusión de que no todos los enfermos son hipnotizables (Freud, 1891). Finalmente afirmó que la hipnosis encubría la resistencia y volvía inaccesible un sector de lo anímico (Freud, 1910-1909).

La hipnosis pronto empezó a desagradarme, como un recurso tornadizo y por así decir místico; (...) 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 oriente a trabajar en su estado normal. (Freud, 1910-1909, p. 19)

Freud (1891) constató que el principal elemento terapéutico de la hipnosis era la sugestión por lo cual siguió aplicando la sugestión sin hipnosis. Este cambio fue justificado a través de los supuestos de Bernheim: “el autor recordó aquella demostración de Bernheim: lo vivenciado en estado de sonambulismo sólo en apariencia se había olvidado y en cualquier momento podía emerger su recuerdo si el médico aseguraba con insistencia al sujeto que él lo sabía” (Freud, 1920, p. 234). Freud hizo uso del “método de presión” como un artificio técnico de sugestión para convencer al paciente: “Ahora, bajo la presión de mi mano, se le ocurrirá. En el instante en que cese la presión, usted verá ante sí algo, o algo se le pasará por la mente como súbita ocurrencia, y debe capturarlo. Es lo que buscamos” (Freud, 1893-1895, p. 127).

Paulatinamente Freud fue abandonando el método catártico como recurso técnico justificando esta decisión con argumentos clínicos que contrastaron con los cuatro elementos principales de la clínica (Dunker, 2011). Por un lado, constató que era un método sintomático, que no se interesaba por las causas, y que promovía recaídas constantes. Afirmó que dependía del vínculo del médico con el paciente, elemento que no podía ser considerado estable ya que no siempre se daba o no siempre se sostenía en el tiempo. Por último, constató que no existía correlación diagnóstica estable ya que no todo el mundo podía ser hipnotizado ni tampoco existía una clara distinción entre síntomas y quejas (Dunker, 2011).

Se tiene la impresión de que hay que dar un salto arbitrario para pasar del origen de Freud a su realización. Se pasa (...) de un Freud profundamente sumido en los problemas de su tiempo, hijo dócil de ese saber, al Freud emancipado convertido en sí mismo, 'fundador del psicoanálisis'. (Assoun, 1982, p. 13)

**Período Analítico.** Este pasaje de Freud, de la clínica médica a la clínica psicoanalítica, se trasluce principalmente en la correspondencia con Fliess la cual toma una verdadera función epistemológica: como relato y confesión. Se devela el pasaje de una identidad aprendida a una identidad en suspenso y en construcción (Assoun, 1982, p. 120-121).

Freud utiliza el término psicoanálisis por primera vez en el artículo *L'hérédité et l'étiologie des névroses* en 1896: "Debo mis resultados al empleo de un nuevo método de psicoanálisis, al procedimiento explorador de J. Breuer, un tanto sutil, pero insustituible por su eficacia para iluminar los oscuros caminos de la ideación inconsciente" (Freud, 1896, p. 7). Nótese como diferencia su nuevo método del procedimiento de Breuer. Según Freud (1920), este método "introdujo al médico en vínculos tan nuevos con el enfermo y brindó tantos y tan sorprendentes resultados que pareció justificado distinguir este procedimiento, mediante un nombre, del método catártico" (p. 234). En un artículo que fue realizado para la *Encyclopédie*, en 1922, Freud propone una definición breve y concisa del psicoanálisis.

Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han coligado en una nueva disciplina científica. (Freud, 1923-1922, p. 231)

Freud (1924-1925) plantea que el psicoanálisis, antes de convertirse en una disciplina científica nueva, en su origen y en sus períodos iniciales, conoció una sola meta: “comprender algo acerca de la naturaleza de las enfermedades nerviosas llamadas ‘funcionales’, a fin de remediar la impotencia en que hasta entonces se encontraban los médicos para su tratamiento” (p. 203). Destáquese que, siguiendo lo planteado, el psicoanálisis surge de un vacío de la medicina, de la superficie de oscuridad que la medicina no puede aclarar con sus técnicas y métodos. Freud (1913) define al psicoanálisis como “un procedimiento médico que aspira a curar ciertas formas de afección nerviosa (neurosis) por medio de una técnica psicológica” (p. 169). Nótese el concepto de *técnica psicológica* utilizado. Entonces, ¿cuándo podríamos ubicar el inicio del psicoanálisis como disciplina autónoma?

Dunker (2011) plantea que la clínica psicoanalítica comienza cuando Freud decide “retirar las manos”, el toque, de sus pacientes para dar lugar a la escucha. La escucha se convierte en la esencia de este nuevo proyecto clínico, coloca en el centro de la escena clínica aquello que la mirada médica deja en la sombra (Dunker, 2011). Freud hace alusión a la historia del paciente como factor distintivo de esta clínica (Freud, 1893- 1895).

Adosado, por un lado, a una clínica de la escucha- heredada de la clínica de la observación propia de la medicina científica- y, por otro, a un sistema de pensamiento surgido de la tradición griega y alemana de la filosofía, el psicoanálisis, dejó de ser una psicoterapia en sentido estricto. Disolvió, sin hacerlos desaparecer, los dos grandes principios de creencia y sugestión que anidan en el centro del dispositivo de la cura que caracteriza a la psicoterapia. A este respecto, y considerando una rama de la psiquiatría dinámica, se acerca más a la psicología clínica y a la medicina (psiquiatría) que a la psicoterapia. (Roudinesco, 2005, p. 47)

Nótese que la autora delimita los principios de creencia y sugestión como propios de la psicoterapia y con ello, diferencia al psicoanálisis de la psicoterapia. ¿Cómo aparece el término psicoterapia en el psicoanálisis freudiano? Cuando se trata de textos especialmente dirigidos a la comunidad médica, como notas enciclopédicas, prólogos y presentaciones en manuales, Freud no duda en caracterizar al psicoanálisis como un tipo de *psicoterapia* (Dunker, 2011): una psicoterapia distinta del hipnotismo catártico y de la terapia moral de inspiración psiquiátrica. Según Roudinesco (2005), “el psicoanálisis no es una mitología ni una psicoterapia, sino una disciplina racional que deja subsistir en su seno rastros de chamanismo y pensamiento mágico,

sin que ello signifique que dependa de estos” (p. 47). Sobre la relación del psicoanálisis y la psicoterapia, Freud (1917-1918) sostiene que “el psicoanálisis constituye el término y culminación de toda psicoterapia. En efecto, comparado con todos los otros sistemas, el psicoanálisis es el más apropiado para transmitir al estudiante un conocimiento cabal de la psicología” (p. 170).

A lo largo de sus obras, Freud nunca dejó de reconocer la importancia de su pasaje por las técnicas sugestivas en la elaboración de su propia técnica. Es en el fracaso de las técnicas anteriores que surge la asociación libre (Dunker, 2011): “así asociación libre y arte de la interpretación brindaron lo mismo que antes brindara el recurso a la hipnosis” (Freud, 1924-1925, p. 208). ¿En qué se diferencia la técnica sugestiva de la analítica? Freud (1904) realiza una comparación, para representar esta diferencia, a través de las fórmulas *per vía di porre* y *per vía di levare*, expuestas por Leonardo Da Vinci. La técnica sugestiva “no hace caso del origen, de la fuerza y la significación de los síntomas patológicos, sino que deposita algo, la sugestión, que, según se espera, será suficientemente poderosa para impedir la exteriorización de la idea patógena” (p. 250). La terapia analítica, por su parte, “no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, y con ese fin se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y la trama psíquica de la idea patógena, cuya eliminación se propone como meta” (Freud, 1904, p. 250). Entendemos que con esta distinción se separa de la psicoterapia, teniendo en cuenta que caracteriza a la sugestión como un elemento propio de la psicoterapia.

Si realizamos un seguimiento de las técnicas utilizadas por Freud notamos que, hasta el empleo de la asociación libre, todas sus técnicas suponían un esfuerzo de parte del médico para que el paciente recordara: la sugestión aparecía con todos sus instrumentos y herramientas. Años más tarde, Freud constata: “ese esforzar no era necesario, pues en el paciente casi siempre emergían copiosas ocurrencias, sólo que las apartaba de la comunicación, y aún de la conciencia, en virtud de determinadas objeciones que él mismo se hacía” (Freud, 1920, p. 234). A partir de ese momento, Freud edifica su método analítico y desautoriza todo recurso auxiliar que pueda ser utilizado por el médico.

Podemos ubicar el surgimiento o la construcción de este método entre 1892 y 1898 (Braier, 1998). Este método se convertirá en la regla fundamental para el paciente: “se invita al analizado a decir lo que piensa y siente, sin seleccionar nada y sin omitir nada de lo que le venga a la mente, aunque le resulte desagradable comunicarlo o le parezca ridículo, carente de interés o inoportuno” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 335). También se fijaron recomendaciones para la escucha del médico. Era necesario que se entregase con una atención parejamente flotante “a su propia actividad mental inconciente, evitase en lo posible la reflexión y la formación de

expectativas concientes, y no pretendiese fijar particularmente en su memoria nada de lo escuchado; así capturaría lo inconciente del paciente con su propio inconciente” (Freud, 1920, p. 235). Con este nuevo método, Freud se propone como objetivo vencer las resistencias, elemento que no se contemplaba en tratamientos anteriores, por medio de la *influencia humana*.

El centro de gravedad recayó en las resistencias de aquel; el arte consistía ahora en descubrirlas a la brevedad, en mostrárselas y, por medio de la influencia humana (este era el lugar de la sugestión, que actuaba como “transferencia”), moverlo a que las resignase. (Freud, 1920, p. 18)

Destáquese la relación que establece entre: *influencia, sugestión y transferencia*. Según Freud (1912) “la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia, y tenemos derecho a concluir que la intensidad y tenacidad de aquella son un efecto y una expresión de esta” (p. 102). En el psicoanálisis se le concede un lugar para ser desplegada: “le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado” (Freud, 1912, p. 156). Esto es lo que Freud (1914) luego teoriza como ‘neurosis de transferencia’, como enfermedad artificial producida en el marco de la cura analítica, en esta se manifiesta la enfermedad del paciente en un ambiente controlado y contenido.

El objetivo que se propone este nuevo método parte de la constatación de que “[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” (Freud, 1910-1909, p. 20). Freud (1912) plantea que la resistencia “se constituye como un compromiso entre las fuerzas cuya meta es la salud y aquellas, ya mencionadas, que las contrarían” (p. 101). Según Freud (1904-1903) “salud y enfermedad no se diferencian por principio, sino que sólo están separadas por umbrales de sumación determinables en la práctica” (p. 240). ¿Cuáles son las metas del tratamiento psicoanalítico?

No puede postularse para el tratamiento ninguna otra meta que una curación práctica del enfermo, el *restablecimiento* de su capacidad de rendimiento y de goce. En caso de que la cura o sus resultados sean incompletos, se obtiene básicamente una importante mejoría del estado psíquico general, mientras que los síntomas pueden persistir, aunque

su importancia habrá disminuido para el enfermo y no le pondrán el marbete de tal.  
(Freud, 1904-1903, p. 240)

En este fragmento Freud expone su forma de concebir la salud y la enfermedad, así como las posibilidades de tratamiento: una “curación práctica”, un “restablecimiento”, “mejoría”, disminución de los síntomas. Posteriormente, postula como metas del tratamiento:

Producir, por la cancelación de las resistencias y la pesquisa de las represiones, la unificación y el fortalecimiento más vastos del yo del enfermo, ahorrándole el gasto psíquico que suponen los conflictos interiores, dándole la mejor formación que admitan sus disposiciones y capacidades y haciéndolo así, en todo lo posible, capaz de producir y de gozar. La eliminación de los síntomas patológicos no se persigue como meta especial, sino que se obtiene, digamos, como una ganancia colateral si el análisis se ejerce de acuerdo con las reglas. (Freud, 1920, p. 246)

Las ideas de Freud no fueron aceptadas inmediatamente, pero con el tiempo, muchos de sus planteos fueron demostrados en la práctica clínica.

En efecto, si bien esta científicidad se produce en Freud y en ninguna otra parte, Freud nunca la teoriza en sí misma. En este sentido, puede decirse que no necesita para nada un discurso epistemológico *sui generis*. Pero, en ciertos momentos clave, experimenta la necesidad de formular una especie de plataforma epistemológica a la vez notablemente explícita y excesivamente concisa. Por otra parte, teoriza esa práctica en una “disciplina” específica *sui generis* para la cual produce un neologismo: la “metapsicología”. (...) la epistemología freudiana no podría ser una ficción: basta con hacerla explícita. (Assoun, 1982, p. 10)

### **Reflexiones Finales**

Para concluir, volvamos a nuestra pregunta inicial, ¿cuál es la relación del surgimiento de la psicoterapia con la ciencia? Por un lado, cabe aclarar que las prácticas psicoterapéuticas elementales son tan antiguas como la humanidad (Kriz, 1990). Por lo cual, podemos delimitar un primer tiempo, antes de la psicoterapia moderna, como el tiempo del “tratamiento psíquico” o

“tratamiento del alma”. Nos referimos a este primer período en el segundo capítulo de nuestro trabajo. Entendemos que el surgimiento de la ciencia moderna, a través del pensamiento galileano, cartesiano y newtoniano, construyó la representación, el fondo, sobre el cual los primeros psicoterapeutas comenzaron a pensar en la psicoterapia moderna. Nos preguntamos entonces, ¿cuándo surge la psicoterapia propiamente dicha? Cuando hablamos de psicoterapia moderna, nos referimos a la psicoterapia que es denominada como tal en 1872 por Daniel Tuke y popularizada por Bernheim en 1888. Siguiendo la indagación realizada, podríamos ubicar el inicio de la psicoterapia moderna a través de tres períodos delimitados por las duplas de actores presentadas en el capítulo 3.

En el primer periodo, ubicamos a la dupla Gassner-Mesmer. Ambos teorizaron sobre la importancia de las crisis: para el diagnóstico en el caso de Gassner y para la cura en el caso de Mesmer. En ese entonces, se le asignó el lugar de agente terapéutico al magnetizador y se comenzó a teorizar sobre la importancia de la relación entre magnetizador y paciente (Ellenberger, 1970). Según Ellenberger (1970), la relación entre Mesmer y Gassner simboliza el choque entre la tradición y la Ilustración. Entendemos que Mesmer con sus ambiciones de cientificidad intentó demostrar la existencia del magnetismo animal para desligarse del campo de lo extra-científico y cumplir con las expectativas científicas de la época. El rechazo de las Academias Científicas y la ubicación de sus fundamentos en el orden de la imaginación, devela el lugar que terminó ocupando Mesmer frente a la ciencia: un “delirante”.

En un segundo momento, ubicamos a la dupla Bernheim-Liébeault en la Escuela de Nancy. Estos médicos se declararon capaces de aliviar el sufrimiento por el poder de la relación personal, de la sugestión y el hipnotismo (Dunker, 2011). Con ellos se depura el principio psicoterapéutico: la *sugestión*. Podríamos decir que es a partir de entonces que la psicoterapia toma conciencia de sí y comienza a hacer uso técnico de la sugestión. Es decir, a partir de este momento, el criterio de *eficacia* se incorpora a la escena y el psicoterapeuta se diferencia del clínico por el dominio de la técnica. Ahora, al definir la sugestión como principio psicoterapéutico, parecería presentarse un obstáculo para la fundamentación científica de la psicoterapia. Recordemos que el discurso científico excluye lo subjetivo del campo de la ciencia.

En un tercer tiempo ubicamos a Charcot y a Freud. Interesa destacar que es en la relación que podemos hilvanar entre Charcot y Freud que se reconoce a Charcot como un precursor de la psicoterapia. Charcot representa la figura del clínico, investigador y científico. Freud, fue antes que nada un clínico y luego un psicoanalista. Al dedicar especial atención a la *terapéutica*, Freud se descentra de la *clínica* y se dedica a construir su propia técnica, en base a la influencia de los psicoterapeutas de la Escuela de Nancy, que más adelante se convertirá en el método

psicoanalítico. Recordemos que la vertiente *clínica* se define por el método, el cual tiene la condición de adecuarse al objeto. Por lo cual, Freud crea un método psicoanalítico basado en la asociación libre y la transferencia. Con lo cual no excluye la fuerza curativa del médico, pero la somete al dominio del método y de la ciencia en general (Dunker, 2011).

Consideramos lo presentado por dichos autores como una serie de fenómenos y conceptualizaciones que pueden ser colocados en serie, constituyéndose en el mismo espacio delimitado por el vínculo/relación entre médico y paciente. Podemos observar numerosos puntos en común entre los distintos planteos, conceptos que se retoman y se reformulan, que trascienden épocas, lo cual podríamos entender como aquello que se sostiene y caracteriza a la psicoterapia. Dichos conceptos fueron reformulados por distintos autores, adaptándose a las exigencias de la época. El lugar que se le ha otorgado a cada autor en la historia de la psicoterapia parece estribar en la posición que cada uno ocupa en relación a la ciencia, en la época en la que se plantean ciertas ideas, y en la forma de conceptualizarlas. Freud como médico científico le ofreció a la psicoterapia el lenguaje de la ciencia pero no fue lo único, porque otros también lo hicieron antes. La diferencia que establece Freud, con respecto a las anteriores formas de psicoterapia, es la creación de un método psicoanalítico adaptado al objeto de estudio.

Consideramos que cuando Freud introduce el método y la dimensión de la *cura*, se descentra de la técnica psicoterapéutica, es decir de la “eficacia” buscada a través de la técnica. Más allá de los resultados obtenidos, no se propone la eliminación de los síntomas, ni el restablecimiento del sujeto, sino que pretende que el sujeto obtenga una ganancia colateral del tratamiento (Freud, 1920). De acuerdo a lo planteado, podríamos considerar al psicoanálisis como algo más que una psicoterapia (Roudinesco, 2005). Más allá de la posibilidad de establecer una diferencia o integrar al psicoanálisis dentro de las múltiples formas de psicoterapias, debemos reconocer el papel fundador e inaugural de Freud en la epopeya moderna de las psicoterapias (Dunker, 2011). Roudinesco (2005) plantea que “Freud inventó el único método moderno de psicoterapia” (p. 47) y Etchegoyen (2014), por su parte, afirma que “es mérito de Freud llevar la psicoterapia al nivel científica, con la introducción al psicoanálisis” (p. 28). ¿Podemos decir que el psicoanálisis lleva a la psicoterapia a nivel científico? ¿Acaso puede considerarse a la psicoterapia como científica? ¿y al psicoanálisis? Entendemos que el psicoanálisis supone el entrecruzamiento de las tres vertientes planteadas por Dunker (2011): *clínica, cura y psicoterapia*.

En definitiva, lo que se ha buscado destacar a lo largo de la historia del surgimiento de la psicoterapia es la necesidad de establecer una relación terapeuta-paciente, o al decir de Mesmer (citado en Ellenberger, 1970, p. 94): una “sintonía”, en la que se habilite un espacio para el

despliegue de la palabra y de la escucha. Roudinesco (2005) plantea: “predecir, evaluar, calcular, redactar pericias, validar, contar, medir: ¿qué quieren decir todas estas palabras tratándose del sufrimiento psíquico y de las terapias que deberían curarlo, y más aún de la clínica que debería describirlo? (p. 89). Este planteo nos devela la importancia de ser conscientes de los efectos que puede provocar el abuso del cientificismo: “cuanto más se acostumbra el espíritu a la precisión y rigidez del pensamiento geométrico, menos capaz será de captar la diversidad móvil, cambiante, cualitativamente determinada del ser” (Koyré, 1977, p. 173).

Ahora, recordemos el caso clínico presentado en la Introducción: ¿qué pasa cuando intentamos ponerle nombre, atribuirle un diagnóstico y aplicar una mirada clínica, al sufrimiento? Entendemos que se establece una brecha entre la persona y el médico que imposibilita una relación donde pueda desplegarse la palabra, es decir, el marco donde el sufrimiento pueda tener un lugar y ser escuchado. En el caso presentado, en el momento de mayor vulnerabilidad luego de que María se escapara de la sala, la relación psicoterapeuta-paciente habilitó un lugar en el que pudo ser escuchada y contactar, finalmente, con su sufrimiento.

Por último, más allá del avance de la ciencia y del predominio de este discurso sobre todos los demás, la psicoterapia sostiene el mismo principio terapéutico que teorizaron los antiguos y los primeros psicoterapeutas: la sugestión, la relación y la influencia. En un mundo cada vez más tecnológico, científico y especializado, donde los rótulos se convierten en las formas de aprehender la realidad, donde predomina la necesidad de discernir, delimitar y establecer teorías, la psicoterapia se torna una alternativa posible en la búsqueda de rescatar el encuentro, los vínculos, la palabra y la escucha entre tanto ruido y rapidez. Quizás se vuelva cada vez más importante tomar distancia, pensarse, reformularse, para no caer en las lógicas de poder-saber instituidas y habilitar una relación que disponga de un espacio para el sujeto y su sufrimiento.

## Referencias

- Aguilar Fleitas, B. (2015). *Los contornos de la enfermedad*. Revista uruguaya de cardiología. Volumen 30, nº2 (pp. 127-130).
- Assoun, P. L. (1982) *Introducción a la epistemología freudiana*. Siglo Veintiuno Editores.
- Barrán, J. P. (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. La invención del cuerpo. Tomo 3. Ediciones de la Banda Oriental. Introducción: Saber médico y orden mental establecido.
- Bernheim, H. (1891) *Hypnotisme, suggestion, psychotérapie*. Études Nouvelles. París: O. Doin.
- Binet, A. y Simon, T. (1910). Hystérie. L'année Psychologique, 16, 67-122.
- Braier, E. (1998) *La sugestión en el psicoanálisis*. Revista Intercambios. Papeles de psicoanálisis- Intercanvis. Papers de psicoanàlisis. Barcelona, Nº 1, pp 18-27. Versión modificada del trabajo de igual título publicado en la Revista Argentina de Psicopatología, vol. II, Nº3, Bs. As., 1991. (Con algunos agregados, fue publicado además en E. Braier, Hacer camino con Freud, Bs. As., Lugar, 2009, cap. 7).
- Capra, F. (2004) *El punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente*. La máquina newtoniana del mundo. La Psicología Newtoniana. Bs Aires: Editorial Troquel.
- Charcot, J-M. (1887-1888). Parálisis histérico-traumática masculina. En Conti, N. y Stagnaro, J.C. (2007) Historia de la ansiedad. Textos escogidos. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Clements, F. (1932) *Primitive concepts of disease*. Los Angeles: University of California Publications in American Archaeology and Ethnology, 32, 2.
- Descartes, R. (1637) *Discours de la méthode*. Editorial Fayard. Corpus des Oeuvres de philosophie en langue française.
- Dodds, E. R. (1986). *Los griegos y lo irracional*. Madrid: Alianza Editorial.

- Dunker, C. (2011) *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica. Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume. Coleção Ato Psicanalítico. Brasil.
- Ellenberger, H. F. (1970) *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid: Editorial Gredos. Versión española de Pedro López Onega. Biblioteca de psicología y psicoterapia (1976).
- Etchegoyen, R. H. (2014). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Ferrater Mora, J. (2000). *Diccionario de filosofía*. Madrid: Ariel.
- Feyerand, P. K. (1986). *Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Editorial Tecnos. Madrid.
- Foucault, M. (2016). *Enfermedad mental y psicología*. Buenos Aires. Editorial Paidós: Espacios del saber. Traducción de Alcira Bixio.
- Freud (1886-1899). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de* Vol I, Bs As: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1887-1904) *Cartas a Wilhelm Fliess*. Bs As: Amorrortu Editores.
- Freud, S., Breuer, J. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. Vol II, Bs As: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1896). *La herencia y la etiología de las neurosis* (pp. 1-11) Biblioteca Virtual Universal - Editorial del Cardo. Argentina. Recuperado de:  
<https://biblioteca.org.ar/libros/211757.pdf>
- Freud, S. (1901-1905). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Tomo VII, Bs As: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1910). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci y otras obras*. Vol XI, Bs As: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1911-1913). *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras*. Vol XII, Bs As: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1913-1914). *Tótem y tabú y otras obras*. Tomo XIII, Bs As: Amorrortu Editores. El interés por el psicoanálisis, 1913.
- Freud, S. (1914-1916). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras*. Pulsiones y destinos de pulsiones. (p. 113-133) Vol XIV, Bs As: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917-1919). *De la historia de una neurosis infantil (el "Hombre de los Lobos") y otras obras*. Tomo XVII, Bs As: Amorrortu Editores. ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad? (p. 165-171)
- Freud, S. (1920-1922). *Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. Tomo XVIII, Bs As: Amorrortu Editores. Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". 1923-1922.
- Freud, S. (1923-1925) *El yo y el ello y otras obras*. Vol XIX, Bs As: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925-1926) *Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras*. Vol XX, Bs As: Amorrortu Editores,
- Freud, S. (1927-1931). *El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras obras*. Vol XXI, Bs As: Amorrortu Editores.
- Kriz, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Koyré, A. (1977) *Estudios de historia del pensamiento científico*. Siglo XXI Editores.
- Kunh, T. S. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de cultura económica. México. Traducción de Agustín Contín. Primera edición en inglés en 1962.
- Laplanche, J. y Pontalis J.B. (2004) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Liébeault, A.A. (1891). *Thérapeutique suggestive: son mécanisme. Propriétés diverses du sommeil provoqué et des états analogues*. París: O. Doin.
- López Piñero, J. M. (2002). *Del Hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Milner, J. C. (1996). *La obra clara*. Buenos Aires: Manantial.

Milner, J. C. (2000) *Introducción a una ciencia del lenguaje*. En: I. Agoff (Trad.). Buenos Aires: Manantial.

Nuñez, J. R. (1977) *Introducción a la ciencia. Filosofía, ciencia y método científico*. Vadell Hnos Editorial Valencia.

Pagès, M. (1979). Une nouvelle religion: la psychotérapie. Le Monde. Recuperado de: [https://www.lemonde.fr/archives/article/1979/10/01/une-nouvelle-religion-la-psychotherapie\\_2792476\\_1819218.html](https://www.lemonde.fr/archives/article/1979/10/01/une-nouvelle-religion-la-psychotherapie_2792476_1819218.html)

Pinel, P. (1801) *Traité médico-philosophique*. (pp. 59-61) Recuperado de: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k432033/f151.planchecontact#>

Postel, J, y Quérel, C. (coordinadores) (2000). *Nueva historia de la psiquiatría* (Traducción de Francisco González Aramburo). Fondo de cultura económica: Biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoanálisis. México. (Primera edición en 1983, Nouvelle histoire de la psychiatrie). (pp. 154- 162)

Roudinesco, E. (2005) *El paciente, el terapeuta y el Estado*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Sampson, Anthony (2000). *Del alma al sujeto: Episteme antigua y ciencia moderna en psiquiatría*. Revista Colombiana de Psiquiatría, XXIX,231-241. ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629303>