

MINHOT, Leticia Olga. Causalidad, semántica y ontologización del mal. *In*: MARTINS, R. A.; MARTINS, L. A. C., P.; SILVA, C. C.; FERREIRA, J. M. H. (eds.). *Filosofia e história da ciência no Cone Sul: 3º Encontro*. Campinas: AFHIC, 2004. Pp. 274-280. (ISBN 85-904198-1-9)

CAUSALIDAD, SEMÁNTICA Y ONTOLOGIZACIÓN DEL MAL

Leticia Olga Minhot *

Resumen – En La etiología de la histeria (1896) Freud establece una analogía entre la etiología de la tuberculosis y aquella de las psiconeurosis, que utilizaré para analizar la causalidad, la semántica y la concepción de enfermedad psíquica a que adhiere en el período 1896-1900. En ambas enfermedades aparece una amenaza que viene del exterior (causa específica) y que según la teoría del trauma es una representación cuyo referente es una cosa del mundo. El realismo requerido del objeto hostil es coherente con una conceptualización de las enfermedades mentales que, a diferencia de conceptualizaciones posteriores del propio Freud, resulta solidaria con un modelo de enfermedad construido a partir de una ontologización del mal, propia de los modelos de las enfermedades infecciosas: lucha del organismo contra un ser extraño. Característico de este período es el uso de analogías con enfermedades como la tuberculosis: representación ontológica de la enfermedad donde el mal es algo externo.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo pretendo mostrar la conexión entre estructura causal, tratamiento del significado de los síntomas y concepción de la enfermedad en dos teorías freudianas, la teoría del trauma y la psicoanalítica, esta última tal como Freud la presento a partir de *La interpretación de los sueños*. Ambas teorías explican el psiquismo de modo diferente, una siguiendo la heurística del dolor y la otra la del deseo. Las leyes causales que envuelven se asocian a diferentes modelos de significado. El significado de un síntoma puede considerarse desde un modelo semántico según el cual lo significativo depende de la presencia de un referente externo. Desde un modelo hermenéutico, en cambio, el significado emerge de los síntomas mismos, sin postular objetos denotados. De la conjunción de la etiología con el modelo de significado que se adopta se desprende una concepción determinada de la enfermedad.

La etiología es la parte de la medicina que estudia las causas de las enfermedades. Según Hacking

* Universidad Nacional de Córdoba; Universidad Siglo XXI, Córdoba, Argentina. E-mail: leminhot@hotmail.com

(HACKING, 1995, pp 81-82), cuando conocemos las causas de una enfermedad creemos tener razones suficientes para pensar que estamos ante una entidad patológica, esto es, algo más que un mero grupo de síntomas. Cuando Freud establece la etiología de un grupo de enfermedades mentales está trascendiendo el juicio clínico. La ecuación etiológica que formula en *A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"* [1895] no hace referencia a hechos que causan otros hechos, sino a toda una estructura causal general. La causalidad tiene así un poder constitutivo ya que las causas que se establecen pasan a formar parte de los rasgos destacados de la entidad patológica. Pasar de un grupo de síntomas a una entidad patológica implica el paso de una descripción de los hechos a una teoría de ellos. Y esa teoría reúne el modelo de significado que se utilizará para poder leer los síntomas y supone una concepción de la enfermedad.

LA TEORÍA DEL TRAUMA Y SU ESTRUCTURA CAUSAL

En *La etiología de la histeria* Freud establece una analogía entre la etiología de la tuberculosis y la de las psiconeurosis. A partir de esta analogía analizaremos la causalidad, la semántica y la concepción de la enfermedad psíquica a que adhiere en el período que va desde 1893 hasta 1900. Analogar la tuberculosis con las psiconeurosis es analogar la estructura etiológica de las enfermedades. Esta estructura etiológica, si se analizase como una relación entre antecedente y coneciente, mostraría la necesidad lógica de la misma, la cual está constituida por la causa específica, y los factores componentes: condición, causa concurrente y causa desencadenante. La *condición* son aquellos factores que, a diferencia de los considerados como causa concurrente, deben estar presentes. La *causa desencadenante* es un factor temporal, es el que precede inmediatamente al efecto y por eso muchas veces es confundido con la *causa específica*. Esta última es aquella que no puede estar ausente cuando se presenta el efecto y es la verdaderamente determinante. La diferencia entre causa específica y condición es que la primera no se encuentra en otras ecuaciones etiológicas o en muy pocas. Además, la condición es un estado que existe desde antes, poco mudable. La causa específica, en cambio, ha operado de modo más inmediato con respecto al efecto.

La analogía de las neurosis con la tuberculosis nos muestra que una vez establecida una causa específica, el enunciado general que la describe es falsable sólo si se encuentra un efecto en que no intervenga tal causa. Esta analogía es usada por Freud en el momento en que adhería a la teoría del trauma, según la cual la causa eficiente de la enfermedad proviene de la realidad material externa al aparato psíquico: pues ella radica en las vivencias sexuales infantiles. La objeción que presentaron los críticos a esta hipótesis se basa en la gran frecuencia con que muchas personas que han pasado por las mismas experiencias no se han tornado histéricas. Objeción a la cual Freud pretende refutar recurriendo a la analogía.

¿Acaso el bacilo de la tuberculosis no es omnipresente y no lo contraen muchos más hombres de los que se muestran enfermos de tuberculosis? (FREUD, 1999, p. 208)

Para que el bacilo sea considerado causa específica basta que la tuberculosis no se produzca sin su presencia, y este rasgo es el que quiere destacar también en su modelo explicativo. En el caso de las psiconeurosis hay una amenaza que viene del exterior y penetra en el aparato psíquico en forma de representación y esta última constituye la auténtica causa específica. El trauma es el resultado de una vivencia efectiva que desencadenó un afecto y por un mecanismo psíquico generó representaciones patológicas. Esas vivencias, en general, por tratarse de experiencias sexuales infantiles el sujeto desea olvidarlas.

El trauma es así consignado como un estímulo externo al sistema nervioso, que actúa mecánicamente aumentando el nivel de excitación del sistema. Este rasgo lo lleva a Freud a seguir la

heurística del dolor físico. Puesto que se está hablando de un trauma psíquico, la vivencia que lo desencadena tiene que cumplir ciertos requisitos para tener tal poder. El suceso desencadenante del trauma debió haber estado acompañado del sentimiento de horror y ser experimentado como inesperado, y, por estos afectos asociados, el individuo no quiere recordar lo acontecido reemplazándolo por la circunstancia colateral. Es en este reemplazo que se descubre el proceso primario de desplazamiento. Esto permite explicar por qué, cada vez que surgen reproducciones de lo que acompañó al hecho traumático, emerge un sufrimiento incomprensible. Justamente lo que se olvidó es el nexa entre el hecho asociado y el hecho concomitante que lo desencadena. La imagen mnémica de la vivencia fue reprimida y la del hecho asociado se transformó en hiperintensa. Lo *hiperintenso* se refiere a los caracteres cuantitativos, desproporcionados, de la representación. La represión es así un concepto económico, que explica el proceso de despojamiento de una cierta *cantidad de energía* de la huella mnémica que corresponde a la vivencia y que se desplaza a la huella mnémica que representa la vivencia colateral. Este desplazamiento es un proceso primario y relaciona la compulsión con la represión. Esta representación hiperintensa emerge en la conciencia de modo compulsivo e injustificado, dando lugar a múltiples síntomas y desencadenando todo el *pathos* del enfermo.

Las condiciones específicas relativas al suceso desencadenante recaen en el modo en que se reaccionó ante la vivencia hostil. Uno de los sentimientos que acompaña a la vivencia es el horror, y éste provoca normalmente una serie de actos reflejos, tales como gritos, llantos, palabras, etc. Es lo que se llama *reacción* ante el suceso. Por ella se descarga el horror, pero cuando éste es sofocado el afecto entra en el recuerdo, y, para evitar ese displacer, es que actúa la defensa del recuerdo provocando el olvido de la vivencia traumática. La fuerza del afecto exige la descarga y, cada vez que éste es reactivado, la persona decide olvidarlo. Pero una vez que la representación de la vivencia, junto al afecto que la acompaña, se instalan, no pueden ser eliminados y, por medio de procesos yoicos, se intenta debilitar la intensidad de tales recuerdos vivenciales quitándoles el componente afectivo, pero con ello el *yo*

ha echado sobre sí el lastre de un símbolo mnémico que habita la conciencia al modo de un parásito [...] que de continuo retorna [...] (FREUD, 1999, p. 51)

En síntesis, *defensa del recuerdo* significa amnesia y siempre corresponde a un trauma que no fue abreaccionado. La defensa surge a raíz del displacer que esos recuerdos le despiertan al *yo*, y el conflicto es resultado de la lucha del *yo* para evitar el displacer. Para que conserven la fuerza traumática tienen que haber sido traumas no abreaccionados por la propia naturaleza de la vivencia. La clínica le indicó que esos recuerdos rechazados deben contener situaciones que provienen de la vida sexual. Ahora es necesario explicar el carácter de la representación sexual para explicar por qué sólo éstas sucumben a la represión.

Llegamos así a postular el rasgo principal de la sexualidad, fundamental para explicar la represión. Este rasgo se refiere al retardo de la pubertad en el *desarrollo* del individuo.

Las representaciones sexuales tienen una particularidad que las diferencia de las otras. Llegada la pubertad se comprenden recuerdos que antes no se sabía de qué se trataba. Si previamente a esta etapa el individuo fue excitado sexualmente, de esa experiencia se tiene un recuerdo que sólo se torna comprensible cuando surgen las propias excitaciones sexuales. La sexualidad entra en la etiología de las neurosis como recuerdo de una vivencia prematura de la sexualidad, y el trauma constituye su efecto retardado. Esta experiencia sexual prematura, posibilitado por una sexualidad que no está desde el comienzo en el desarrollo del individuo, es la que provoca los movimientos de defensa del *yo*.

El recuerdo de una vivencia de dolor provoca displacer, lo que refuerza a la huella mnémica. Es un recuerdo y no una percepción la que sorprendió al *yo* provocando displacer de modo inesperado. En el

caso del trauma, el recuerdo sorprende al *yo* porque la atención que se dirigió a la vivencia no la comprendió debido al retardo de la pubertad. Por ello, el efecto retardado del trauma. Esto significa que no hubo patología cuando la vivencia tuvo lugar. Fue este retraso de la sexualidad la condición de posibilidad de los efectos traumáticos.

La llegada de la pubertad, al comprender la vivencia del pasado, provoca el displacer del recuerdo y moviliza la defensa del *yo*, que, para reprimir a esa altura la huella mnémica que corresponde a la vivencia, sólo puede conseguirlo mediante el proceso primario del desplazamiento. Este proceso no tuvo lugar en el momento de la vivencia, sino que en ese momento la defensa normal ni siquiera se activó, porque no sabía el *yo* lo que estaba sucediendo.

Siendo el dispositivo de la memoria el rasgo que caracteriza la enfermedad, ya que el sufrimiento está desencadenado por recuerdos que se quieren sepultar, pero no se puede, debido al afecto que en su momento la acompañó, ahora, por enlaces falsos, provoca representaciones hiperintensas.

El método terapéutico adecuado es aquel que lo libere de tales recuerdos haciendo consciente el vínculo entre la vivencia y el afecto, consiguiendo abreaccionar el trauma. Con el recuerdo el afecto deja de estar sofocado. Este método debe ser capaz de superar la defensa que impide que el enfermo tome noticia de tales reminiscencias. Ese método es el catártico, el cual es un arte del recuerdo y la memoria es su fundamento metafísico. La eficacia del recuerdo se mide por la capacidad de conseguir descargar la excitación que fue sofocada en el momento de la vivencia, por lo que es fundamental el recuerdo del afecto (FREUD, 1996, p. 33).

Este método no sólo es terapéutico sino que también es un método de investigación de la patogénesis, pues su aplicación enfrentó al médico con la misma fuerza psíquica que desencadenó los procesos primarios y que ahora le impiden al enfermo recordar. Hay así una identidad de fuerzas que operan en la resistencia y en la represión. El *yo* del enfermo se continua defendiendo con repulsión de la representación que le provoca displacer impidiendo el devenir conciente de ésta. Con el método catártico se vuelve a enfrentar al *yo* con lo reprimido que resiste al recuerdo (FREUD, 1996, pp. 275-276), y se lo fuerza a drenar la excitación por medio del habla. El método catártico es un tratamiento cuyo objetivo es eliminar los síntomas eliminando las causas y su efectividad pretendida se desprende, justamente de este trato con las causas.

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL MODELO DENOTATIVO

El realismo del objeto hostil es coherente con una conceptualización de las enfermedades mentales que, a diferencia de conceptualizaciones posteriores del propio Freud, va a ser solidaria con un modelo de enfermedad construido a partir de una ontologización del mal. Georges Canguilhem (CANGUILHEM, 1995, pp. 19-23) señala que esta concepción del mal es propia de los modelos de las enfermedades infecciosas donde hay una lucha del organismo contra un ser extraño. Es muy común, en el período en que Freud adhiere a esta teoría, el uso de analogías con este tipo de enfermedad. Se trata de una representación ontológica de la enfermedad, donde el mal es algo externo.

El recuerdo del trauma psíquico, - afirma Freud- *al modo de un cuerpo extraño* (FREUD, 1996, 232)

continúa operando después que sobrevino. Esta referencia muestra la analogía de la teoría psíquica de la histeria con las teorías de los microbios. Si bien la comparación es de Breuer, Freud la retoma en *Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos* (1893). En *Estudios sobre la histeria* (1893-95), compara la aplicación del método catártico con la terapia del médico frente a una enfermedad infecciosa aguda. El método terapéutico catártico es como una lente que permite ver la representación patológica, pero que no permite modificar la constitución histérica sino que elimina los síntomas. La conclusión a la que extraemos es que la ontologización del mal pide un modelo denotativo del

significado de los síntomas, esto es, la necesidad de que el referente último esté en el mundo externo, en las vivencias y reacciones que lo desencadenan.

Para la teoría del trauma, el postulado de la causa específica de las psiconeurosis de defensa supone una realidad material externa al aparato psíquico de donde proviene la causa eficiente de la enfermedad. Si bien ésta es una representación, ella tiene como referente una *cosa del mundo* hacia la cual se dirige el método catártico: es la realidad material determinando la realidad psíquica.

Si por semántica entendemos la necesidad de un referente como algo externo a lo interpretado, la pintura que estamos exponiendo se basa en una concepción denotativa del significado, pues éste debía buscarse en la realidad material, en las vivencias que dieron el contenido a las representaciones. El significado de un síntoma reside en representaciones de vivencias efectivas y el método catártico las busca en la memoria para actualizar su recuerdo. La interpretación semántica es solidaria con una casuística de los síntomas en la que éstos son efectos de un trauma. El modelo denotativo se enlaza así con una ontologización del mal.

LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Cuando las enfermedades mentales son conceptualizadas, tal como vimos arriba, según el modelo de aparato mental construido en el *Proyecto de psicología*, la heurística que se sigue es la del dolor y lo mental es determinado por la realidad física. Cuando abandona la teoría del trauma además de modificar la etiología de las psiconeurosis adopta una nueva concepción de la sexualidad, ésta está desde los primeros momentos en la ontogénesis del individuo. A partir de la pintura teórica que representa el aparato mental en *La interpretación de los sueños -1900-*, la enfermedad sigue la heurística de los fenómenos oníricos. La realidad psíquica se independiza de la material y en eso reside la importancia fundamental de analogar sueños y síntomas. Ambos pertenecen a la misma realidad y como el primero es un fenómeno de la normalidad y el segundo es de las patologías, lo que en definitiva se establece es el continuo entre salud y enfermedad (Freud, 1996b,19; Freud, 1997,167). El sueño y los disturbios mentales permiten conocer los fenómenos psicológicos mejor que los estados de la vida normal de la vigilia. En consecuencia, lo que aquí se está colocando es una homogeneidad entre lo patológico y lo normal, lo patológico no es un mal externo que se introduce en el organismo, ni una fuerza que lucha en su interior contra el equilibrio de la salud. La diferencia entre lo normal y lo patológico es una diferencia de cantidad. Nietzsche consideraba la enfermedad como un lente de aumento a través del cual se conseguía ver lo que en los estados normales no se conseguía (Canguilhem,1995,25). La enfermedad como disfunción muestra la función del aparato anímico. Los mismos principios rigen a la salud y a la enfermedad, hay una continuidad entre ambos estados.

Para Freud, en cualquiera de las construcciones del psiquismo que propone, los neuróticos son considerados normales, en oposición a Janet para quien el histérico padecía de una especie de degeneración orgánica en el cerebro sumado a cierta incapacidad psíquica. Colocar a los procesos oníricos como paradigma de los procesos formadores de síntomas neuróticos es un camino para probar la homogeneidad entre salud y enfermedad. El sueño es un camino para conocer el inconciente lo mismo que las enfermedades psíquicas. Los procesos normales y los patológicos son regidos por los mismos principios.

La nueva etiología conecta libido, deseo y alucinación, y se trata de una conexión de contenidos, el deseo es una conjunción de representaciones y que tiene como modelo vivencias de satisfacción, pero la tensión que genera es psíquica. Las vivencias no cumplen una función explicativa, por que lo que interesa es el destino de la pulsión a través de un trabajo propio y no el referente de las representaciones, posibilitando así una hermenéutica. Es el deseo y no la vivencia primaria de satisfacción lo que desencadena contenidos oníricos y síntomas. No es la representación del objeto que satisface el deseo lo que actúa como causa, que en ese caso sería una causa final. Es la energía

libre que fluye a través de cadenas asociativas lo que permite que el contenido del deseo sea transmitido al contenido del sueño. El contenido del deseo que produce la casuística es el que representa la pulsión. Entendidos así, este enlace causal de contenidos nos coloca frente a problemas relativos a lo que, en el campo del psicoanálisis, se considera significativo. La tesis principal según la cual todo sueño es la realización de un deseo nos coloca frente a un nuevo lenguaje, el del inconciente en su modalidad dinámica que nos habla a través de los fenómenos oníricos y de síntomas psiconeuróticos. Para descubrir el significado de ese lenguaje precisamos de una hermenéutica, esto es, un arte de leer que reestablece los motivos que los provoca.

En la metáfora de la *Interpretación de los sueños* no hay algo externo a lo interpretado que provea de significado a los sueños y a los síntomas. Se parece mucho con una interpretación filológica, que trabaja al modo de una exégesis, por eso hablamos de una hermenéutica. Mientras una semántica nos remite a la unicidad de una verdad, una hermenéutica realza el carácter polisémico de aquello que interpreta. Cuando se ha hallado una interpretación nunca se puede asegurar si ella es completa, pues una de las características de los sueños y síntomas es su polisemia. Esto no se debe a una deficiencia del trabajo de interpretación; se trata de un rasgo inherente de los pensamientos inconcientes. Cada uno de ellos no forma parte de una única cadena de pensamientos sino de varias, y eso es lo que abre un abanico de significados que demandan una exégesis hermenéutica que saque a luz la polisemia que esconde y determina un síntoma. Una gama incompatible de significados en la que se resuelve un síntoma. En una hermenéutica la comprensión no es un acto definitivo, pues no se puede alcanzar el sentido total de lo interpretado.

En *Mi tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis* (1906) Freud abandona explícitamente la ecuación que coloca a los traumas como causa específica y conjuntamente aumenta el valor de las fantasías. Ellas son construidas a partir de recuerdos infantiles, pero éstos son distorsionados y con ese contenido pasan a los síntomas. Los traumas fueron reemplazados por un *infantilismo de la sexualidad* y éste con su anarquía de pulsiones parciales nos permite articular un continuo entre salud y enfermedad, en el que perversión y psiconeurosis son las dos desviaciones posibles de la normalidad.

Lo que se modifica en la ecuación etiológica es el factor accidental a favor de factores constitucionales, pero ellos son referidos a la constitución sexual y no a la disposición neuropática. La represión es el otro elemento que entra en la ecuación, no se trata de defensa psíquica de recuerdos, sino de una represión sexual orgánica que fue el modo como se reaccionó ante la práctica sexual infantil, por lo que el neurótico cuando llega a la madurez ya trae algo sexual infantil, ya trae algo de represión y la manifiesta ante la tensión sexual de la pubertad. Los síntomas son compromisos entre los reclamos de la sexualidad y los de la represión. Con la represión nuestro continuo enfermedad-salud se resuelve en una normalidad que reprime ciertas disposiciones sexuales infantiles e integra las pulsiones parciales en la de reproducción, en una perversión que consiste en la no represión, y en un aumento hiperpotente de las metas de alguna de las pulsiones parciales, y, por último, en una neurosis que es el resultado de una elevada represión de esas metas.

La estructura causal nueva pone como causa eficiente de las psiconeurosis al conflicto entre las aspiraciones sexuales y la represión. Nuestra ecuación se expresaría en los siguientes términos: si estamos ante una psiconeurosis, entonces estamos necesariamente ante un conflicto entre deseos sexuales y fuerzas de la represión. La causa eficiente es la que provoca el movimiento de una fuerza que es, en esencia, pasiva. La fuerza de la represión es la que la obliga a tomar caminos diferentes para alcanzar el drenaje. La fuerza activa surge para disminuir el displacer que la emergencia de un deseo sexual infantil, inconciliable con el orden ético actual del individuo, provoca. La estructura causal nueva tiene entonces como causa eficiente una pulsión que busca la descarga y otra que se lo impide hacerlo directamente, esto es, un conflicto pulsional. La explicación mecánica se centra en los destinos que la tensión sexual debió cumplir ante el conflicto. La interpretación se centra en el modo

en que trabaja el significado, el deseo se constituyó a partir de modos de satisfacción previos, lo que está supuesto en el concepto de fijación, la exégesis busca extraer el contenido ontogénico y filogenético que, como realización de deseo, se figura en síntomas. El contenido del deseo desencadena el accionar de otra fuerza, pero él mismo se basa en la historia de lo que le dió satisfacción en otro momento y desde allí ejerce su atracción.

El método terapéutico ya no puede ser el catártico, ya no se busca algo en el pasado que desde allí produce el *pathos* psiconeurótico, porque no es el pasado traumático el que provoca la enfermedad. La interpretación freudiana no busca el momento de formación de los síntomas, lo que busca es vencer las resistencias de la represión en el momento presente, las cuales son la misma fuerza que provocó la regresión de la pulsión sexual. El individuo se refugió en el mundo de sus fijaciones porque la realidad se presentó como algo desagradable, lo que el psicoanálisis tiene como tarea es vencer la atracción que ejercen los lugares de fijación, tiene que cancelar la represión para que esos puntos a los que regresó dejen de ser inconcientes. Se pasó de una etiología que buscó las causas en el pasado a una etiología que se basa en una fuerza actual que se enlaza con el pasado, y esa diferencia se revela en el arte interpretativo. Se pasó de la heurística del dolor a la del deseo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. *Estudios sobre la histeria* [1893-95]. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Trad. J. L. Echeverry. Buenos Aires: Amorrortu, 1996. Vol. 2.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FREUD, Sigmund. La neuropsicosis de defensa [1894]. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Trad. J. L. Echeverry. Buenos Aires: Amorrortu, 1999. Vol. 3, pp. 41-68.
- . La etiología de la histeria [1896]. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Trad. J. L. Echeverry. Buenos Aires: Amorrortu, 1999. Vol. 3, pp. 185-218.
- . Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico [1914]. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Trad. J. L. Echeverry. Buenos Aires: Amorrortu, 1996. Vol. 14, pp. 1-64.
- . Conferencias de introducción al psicoanálisis [1915-1916]. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Trad. J. L. Echeverry. Buenos Aires: Amorrortu, 1997. Vol. 15.
- HACKING, Ian. *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press, 1995.