

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2016.

Notas sobre el caso «Anna O.». ¿Histeria o psicosis maníaco-depresiva?.

Iglesias Colillas, Ignacio G.

Cita:

Iglesias Colillas, Ignacio G. (2016). *Notas sobre el caso «Anna O.». ¿Histeria o psicosis maníaco-depresiva?.* VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/736>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATH/Y3S>

NOTAS SOBRE EL CASO «ANNA O.». ¿HISTERIA O PSICOSIS MANÍACO-DEPRESIVA?

Iglesias Colillas, Ignacio G.

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El presente artículo propone realizar una reflexión crítica en torno al caso clínico de «Anna O.», inventora –se sabe- de la “talking cure”. Tanto Breuer como Freud no dudan en referirse al caso como a una “histeria”, aguda o psicótica, pero algunos fenómenos referidos exigen revisar dicha apreciación diagnóstica. Nos ocuparemos aquí especialmente de aquellos elementos del historial que describen el curso, los ciclos, la alternancia entre estados y la evolución de la enfermedad como un conjunto. La metodología utilizada consistió en revisar detalladamente todos los fragmentos de la observación clínica que describen los patrones cílicos y alternantes, poniendo entre paréntesis –al modo de la epoché fenomenológica del método de Husserl- todas las demás consideraciones que podrían extraerse de los Estudios sobre la histeria, para así poder reflexionar sobre dichos patrones evolutivos que podrían sugerir que no se trata de una “histeria” sino de una “melancolía” –desde la perspectiva psicoanalítica- o de una “psicosis maníaco-depresiva” –tal como es descripta por algunos autores de la psiquiatría clásica, especialmente Griesinger-. Por otra parte, nos apoyaremos en conceptos freudianos y lacanianos elaborados posteriormente para examinar ciertos elementos clínicos que podrían exhibir algunos rasgos característicos de esas posiciones subjetivas.

Palabras clave

Anna O., Revisión diagnóstica, Psicosis Maníaco-Depresiva

ABSTRACT

HINTS ABOUT «ANNA O. S» CASE. HYSTERIA OR MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS?

The following paper propounds a critical consideration regarding «Anna O. s» clinical case, founder, as it is known, of the «talking cure». Both Breuer and Freud had no doubt in referring to the case as “hysteria”, acute or psychotic, but some phenomena mentioned demands to review that diagnostic statement. We will especially concern here to those characteristics of the case that describe the progress, the cycles, the alternations between states and the evolution as a whole. The methodology used consisted in a detailed review of all the fragments of the clinical report that describe the cyclic and alternating patterns, undertaking –as Husserl’s phenomenological method of epoché does- any other considerations that can be extracted of the Studies on hysteria, so as to be able to consider those evolving patterns that may suggest that, instead of an hysteria, maybe it could be a “melancholia” –from the psychoanalytic point of view- or a “manic-depressive psychosis” –as it is conceived by many psychiatry’s classical authors, especially by Griesinger-. On the other hand, we will ground in Freudian and Lacanian concepts elaborated subsequently to examine certain clinical elements that may show some characteristic features of those subjective positions.

Key words

Anna O., Diagnostic revision, Manic-Depressive Psychosis

I. Introducción

El presente artículo propone realizar una reflexión crítica en torno al caso clínico de «Anna O.», inventora de la “talking cure”. Tanto Breuer como Freud no dudan en referirse al caso como a una “histeria”, aguda o psicótica, pero algunos fenómenos referidos exigen revisar dicha apreciación diagnóstica. Nos ocuparemos aquí especialmente de aquellos elementos del historial que describen el *curso*, los *ciclos*, la *alternancia* entre estados y la *evolución* de la enfermedad como un conjunto, así como también del proceso de duelo y de los trastornos del lenguaje.

La *metodología* utilizada consistió en revisar detenidamente todos los fragmentos de la observación clínica que describen este punto, poniendo entre paréntesis –al modo de la *epoché* fenomenológica del método de Husserl- todas las demás consideraciones que podrían extraerse de los *Estudios sobre la histeria*, para así poder reflexionar sobre dichos patrones evolutivos que podrían sugerir que no se trata de una “histeria” sino de una “melancolía” –desde la perspectiva psicoanalítica- o de una “psicosis maníaco-depresiva” –tal como es descripta por algunos autores de la psiquiatría clásica, especialmente por Baillarger, Falret, Griesinger y Kraepelin. Por otra parte, nos apoyaremos en conceptos freudianos y lacanianos elaborados posteriormente para examinar, al menos sucintamente, ciertos elementos clínicos que podrían exhibir algunos elementos característicos de esas posiciones subjetivas.

Nos detendremos en primer lugar en algunos párrafos del punto 3 del Capítulo I de *Estudios sobre la histeria* (1893-1895), “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar” (Breuer y Freud, 1893), donde Breuer y Freud realizan una descripción de algunos “fenómenos básicos de esta neurosis”; dicen en relación a esto último:

“mientras más nos ocupábamos de estos fenómenos, más seguro se volvía nuestro convencimiento de que *aquella escisión de la conciencia*, tan llamativa como *double conscience* en los casos clásicos consabidos, *existe de manera rudimentaria en toda histeria; entonces, la inclinación a disociar y, con ello, al surgimiento de estados anormales de conciencia, que resumiremos bajo el nombre de «hipnoides»*, sería el fenómeno básico de esta neurosis. En esta opinión coincidimos con Binet y con los dos Janet (...)” (Freud, 2003: 37).

Estos llamados «estados hipnoides» coinciden entre sí –según los autores- en un punto: “las representaciones que en ellos afloran son muy intensas, pero tienen bloqueado el comercio asociativo con el restante contenido de la conciencia” (*Ibídem*: 38). Pareciera ser a simple vista que lo esencial de este tipo de clasificación es precisamente este *estado* llamado «*hipnóide*»; ahora bien, ¿podemos acaso afirmar que dicho estado es un fenómeno *exclusivo* de la «histeria» así definida? Los mismos autores responden negativamente esta pregunta.

Luego Breuer describe la “trayectoria típica” de una histeria grave: “primero se forma en estados hipnoides un contenido de representación que luego, cuando ha tomado el suficiente incremento, se apodera, durante un período de «histeria aguda», de la inervación

corporal y de la existencia del enfermo, crea síntomas permanentes y ataques, y luego sana, salvo algunos restos (...); lo que ha sobrevivido de aquél contenido de representación hipnoide retorna en ataques histéricos (...). Ataques y vida normal se suceden los unos a la otra, sin influirse entre sí (...)" (*Ibidem*: 41).

¿Pero qué son exactamente esos «estados hipnoides»? Pasemos ahora sí al estudio del caso.

II. Anna y su «poderoso intelecto»

Bertha tiene 21 años cuando contrae la enfermedad y parece tener un «moderado lastre neuropático» (*Ibidem*: 47); «ella fue siempre sana antes, sin mostrar nerviosismo alguno en su período de desarrollo» (*Ibid.*); posee una «inteligencia sobresaliente, un poder de combinación asombrosamente agudo e intuición penetrante» (*Ibid.*). Pero nos cuenta que su «poderoso intelecto» (*Ibid.*) cesa tras abandonar la escuela. «Ricas dotes poéticas y fantasía, controladas por un intelecto tajante y crítico» (*Ibid.*), que además la volvían *insugestionable*. «Sólo argumentos, nunca afirmaciones, influían sobre ella» (*Ibid.*). Presentaba además una voluntad enérgica, tenaz y persistente. Y también –dice Breuer– llegaba a cierto grado de testarudez que sólo resignaba por amor y bondad.

Llama la atención la cantidad de líneas que Breuer le dedica a la descripción de su *poderoso intelecto*. Contrastemos estas afirmaciones con otros casos de *histeria*: en muchos de ellos de cierta gravedad, entendiendo aquí por «gravedad» lo impenetrable que puede ser la *belle indifférence*, parecemos encontrar habitualmente el fenómeno opuesto: una inteligencia empobrecida por la potencia de la represión, un intelecto debilitado por la falta de implicación subjetiva. Hay un marcado contraste entre Bertha y la *opacidad de la conciencia* histérica, tal como podría apreciarse en Dora, por ejemplo (Freud, 2001; Iglesias Colillas, 2013: 67-86).

Pero lo que nos resulta más llamativo aún es que, siendo los «padres sanos» (*Ibid.*) y habiendo transitado una adolescencia calma y sin ningún fenómeno llamativo, Berta pasó aparentemente de un momento al otro, sin *historia previa* digamos, a padecer de estas graves crisis. Y al lado de este poderoso intelecto, Breuer nos relata que Anna «mostraba siempre una *ligera tendencia a la desmesura en sus talantes de alegría y de duelo*» (*Ibid.*), y que además «el elemento sexual estaba asombrosamente no desarrollado» (*Ibid.*). También es cierto que en muchos historiales freudianos de histeria hallamos la vivencia repetida de la histérica *dejando de lado su propia vida para cuidar al padre*. En Berta, la cuestión del cuidado y del amparo hacia los pobres satisfacía –según Breuer– una «intensa pulsión», ¿quizás le otorgaba ciertas *coordinadas simbólicas* muy precisas sobre cómo relacionarse con el Otro? Se trata exactamente de la misma actividad que ella mantendrá luego de re establecerse de su enfermedad, sin que la enfermedad siquiera cuestione aquél deseo.

Por otro lado, Breuer nos aclara que Berta «no había conocido el amor y en las masivas alucinaciones de su enfermedad no afloró nunca ese elemento de la vida anímica» (*Ibid.* Cursivas añadidas). ¿Histeria? La conflictiva temática de la *sexualidad* no es una mera ocurrencia tangencial, es más bien el núcleo temático de la histeria. Nuevamente, los términos no dejan de no coincidir.

La pregunta que asedia permanentemente este tramo de nuestra reflexión es la siguiente: ¿dónde podemos ubicar concretamente, en el análisis de este material clínico, los «mecanismos de formación de síntoma» (*Syntombildung*) propios de la subjetividad histérica? Así se describe el ciclo completo: A. Incubación latente; B. Contracción manifiesta de la enfermedad: parafasias, contracturas, alteraciones de la visión, paresias, etc. Es en este período donde Breuer

ubica un «trauma psíquico», la muerte del padre, tras lo cual sigue un C. Sonambulismo persistente, «que luego alterna con estados más normales» (*Ibidem*: 48) y, por último, D. Progresiva involución de estos estados y fenómenos hasta junio de 1882. Esta es la *primera versión* con la cual hace referencia a la *evolución* del caso.

III. Los dos estados de conciencia

Breuer pronto se convence de estar ante una grave alteración psíquica. ¿Pero de cuál se trata?:

«Existían dos estados de conciencia enteramente separados; alternaban entre sí muy a menudo y sin transición, y fueron divorciándose cada vez más en el curso de la enfermedad. En uno de ellos conocía a su entorno, estaba triste y angustiada pero relativamente normal; en el otro alucinaba, se «portaba mal», vale decir insultaba, arrojaba las almohadas a la gente toda vez que se lo permitía su contractura (...). Si durante esa fase se alteraba algo dentro de la habitación, entraba o salía alguien, ella se quejaba después de que le faltaba tiempo, e indicaba las lagunas en el recorrido de sus representaciones conscientes» (*Ibidem*: 49). [Se quejaba, por otro lado, de que «se volvía loca» (*Ibid.*)]. Esas ausencias ya se habían observado cuando aún no había caído en cama; entonces se atascaba en mitad de lo que iba diciendo, repetía las últimas palabras y tras breve lapso retomaba el hilo (...); rapidísima alternancia de talantes extremos, fugacísima alegría, de ordinario sentimientos de angustia grave, oposición empecinada a todas las prescripciones terapéuticas, angustiosas alucinaciones sobre unas serpientes negras, que tal le parecían sus cabellos, cintas, etc. (...). En momentos de claridad total, se quejaba de las profundas tinieblas que invadían su cabeza, de que no podía pensar (...)" (*Ibidem*: 50). Por ende, lo que alternan son estados de *angustia hiperintensa* y *estados de irritabilidad*.

IV. Los trastornos del lenguaje

Agreguemos además que dichos fenómenos eran acompañados por severos *trastornos del lenguaje*, bastante específicos incluso: interrupciones en la cadena asociativa (¿los «blockings» de Bleuler?) y ecolalias. Luego Breuer agrega que esta serie de síntomas se agravan hasta llegar a una *desorganización funcional completa*, donde la sintaxis, la gramática y la conjugación se ven comprometidas. Le faltan palabras, habla en otras lenguas y llega a veces a un mutismo completo, que dura dos semanas completas (Freud, 2003: 50).

Pero aún con «la conciencia clara», es decir, por fuera del *estado hipnoide*, se da una «rapidísima alternancia de talantes extremos, fugacísima alegría, de ordinario sentimientos de angustia grave, oposición empecinada a todas las prescripciones terapéuticas, angustiosas alucinaciones sobre unas serpientes negras». Aclaremos que dichas *alucinaciones* son angustiosas, es decir que están en *concordancia con el estado de ánimo* –el «talante»– de la paciente. Más aún, técnicamente no son alucinaciones sino *ilusiones*. Pero en los momentos de claridad total, Anna se queja de las tinieblas que invaden su mente y que le impiden pensar. ¿La *inhibición de las cadenas asociativas* característica de la melancolía? No lo sabemos. En todo caso, sí podemos aseverar que aquél «otro yo malo» se le presenta como completamente ajeno, xenopático. Y cuando no, desmiente (*Verleugnen*) el asunto. ¿Qué decir de la repetición del infinitivo «*martirizar*»? ¿Se trata acaso de un neologismo?

V. La muerte del padre

Durante el tratamiento muere el padre de Anna O., y según Breuer éste era «endiosado por ella» (*Ibidem*: 51). Era «el más grave trau-

ma psíquico que pudiera afectarla. A una emoción violenta siguió un *profundo estupor*, que duró cerca de dos días y del que salió en un estado muy alterado" (*Ibid.* Cursivas añadidas). Ahora bien, lo cierto es que no sabemos qué significa exactamente "endiosado", y quizás sea desafortunado hacer equivaler "endiosado" a "idealizado" en el sentido neurótico del término.

Es interesante cotejar esta frase en paralelo al examen de si hubo o no un *proceso de duelo* posterior a esta pérdida. Es decir, preguntarnos si se trató de una *pérdida simbólica* o de una fractura en la dimensión de lo espectral, propia de la pérdida de superficie de la *identificación imaginaria*. No solamente todo indica que no podemos verificar la presencia del *trabajo del duelo*, sino que al afirmar que "la gente se le convirtiera en figuras de cera sin relación con ella" (*Ibid.*) hace pensar incluso en el brusco retiro de la libido a las inmediaciones del Yo, propia de la regresión característica de las psicosis. Es el Yo el que aquí queda empobrecido, además de dividido. El profundo *estupor* de dos días de duración así como también el estado de alteración posterior, parecen dar cuenta de un yo colapsado, implosionado, incapaz de desprenderse libidinalmente de un objeto de amor tan importante como el padre.

Dicha pérdida necesariamente impulsará un movimiento en la economía libidinal, y en Anna no hay nada que indique que ella tenía la posibilidad de *simbolizar* algo de esto. Esa corriente regrediente de libido parece más bien arrasar las fronteras de su Ego, dejándola literalmente muda y desparramada en la cama, para ajusticiar el cuadro que el «estupor» nos exige pintar.

Pero, insistimos, notemos la *ausencia del dolor* y del trabajo de elaboración subsiguiente –*continuo, obstaculizado o patológico*– que esperaríamos encontrar en una neurótica. Tampoco hallamos, en ningún rincón del historial, ningún elemento que nos permita pensar en el uso imaginario del narcisismo que permite la «fantasía», siendo que entendemos a la *fantasía* no como un *contenido* –sea el «ensueño diurno» o el «teatro privado»–, sino que la concebimos como una *función libidinal* del Ego que permite, ante una privación (*Versagung*) de la libido, desviar dicha catexia hacia un *objeto ideal* (de la fantasía) para que el Yo pueda amortiguar la pérdida, lo que llevaría posteriormente a efectivamente simbolizarla, si es que se pudo desprender, punto por punto, una y otra vez, la *libido de sus representaciones*, archivando todas esas vivencias en recuerdos y creando además nuevas identificaciones. Pero nada de esto ocurre con Anna. Recordemos que, según Freud y Lacan, *el duelo es el reverso de la «Verwerfung»*.

En otro fragmento posterior Breuer detalla la siguiente ilusión: "visión de una calavera en vez del padre" (*Ibidem*: 59). Este fenómeno es similar al acaecido en otro episodio: al entrar en la habitación donde había estado el padre, Anna alucina haberlo visto, pero con una *calavera*, nuevamente. Tras abrir la puerta cae desmayada, y luego Breuer reconstruye esta secuencia diciendo que "al entrar había divisado su pálido rostro en el espejo próximo a la puerta, pero no se vio a sí misma, sino a su padre con una calavera" (*Ibidem*: 61). ¿Identificación imaginaria? ¿Pegoteo imaginario? Quizás; todo indica que su Yo puede desdoblarse en el del padre, habiendo ciertos *puntos de continuidad espectral* entre uno y otro, es decir, como si se tratara del mismo narcisismo que por momentos se observa desde afuera a sí mismo, por así decir.

Luego de la muerte del padre Anna sólo habla en inglés y *deja de alimentarse*, a excepción de que Breuer lo hiciera por ella. Diez días después de la muerte del padre, se llama a un médico para una interconsulta y Anna lo ignora completamente, actitud ante la cual éste opta por soplarle el humo de su tabaco en la cara, y esto da lugar al siguiente relato: "de pronto ella vio a un extraño, se preci-

pitó sobre la puerta para quitar la llave, y cayó al piso desmayada; siguió un breve ataque de cólera y luego uno de fuerte angustia, que pude apaciguar con gran trabajo" (*Ibidem*: 52). Nuevamente hallamos aquí la alternancia entre cólera y angustia.

Luego Breuer se va de viaje y a su regreso encuentra que Anna se había abstenido totalmente de comer y "sentimientos de angustia la anegaban, en sus ausencias alucinatorias proliferaban figuras terroríficas, calaveras, esqueletos. Como al vivir estas cosas las teatralizaba diciéndolas en parte, sus allegados las más de las veces conocían el contenido de estas alucinaciones" (*Ibid.*).

En este episodio podemos constatar, por un lado, que *en lugar de simbolizar y poder inscribir psíquicamente la muerte del padre, ella alucina precisamente con calaveras y esqueletos*, es decir alucina la muerte *en lugar de simbolizarla*. Por el otro, constatamos lo aseverado por Griesinger (Iglesias Colillas, 2016: 123) en sus clásicas descripciones de la «melancolía»: la concordancia entre el contenido de sus alucinaciones y el sentimiento de terror y angustia que la embargaba y anegaba; Breuer afirma que el sentimiento de angustia es constante (*Ibidem*: 63).

Sigue Breuer:

"era en extremo llamativa esa oposición entre la enferma diurna enajenada, asediada por alucinaciones, y la muchacha con plena claridad espiritual por las noches. A pesar de esta euforia nocturna, su estado psíquico siguió empeorando cada vez más; sobrevinieron intensos impulsos suicidas, que volvieron imposible que siguiera residendo en un tercer piso. Por eso se la trasladó contra su voluntad a una casa de campo de las cercanías de Viena (...). También con esta ocasión se volvió patente el dominio que sobre su perturbación psíquica ejercía el afecto de angustia. Así como tras la muerte de su padre le sobrevino un estado calmo, también se tranquilizó ahora, después que se produjo lo que temía. No, en verdad, sin que los primeros tres días con sus noches, siguientes a la mudanza, los pasara sin dormir ni probar bocado, con repetidos intentos de suicidio (que en el jardín no eran peligrosos), rotura de ventanas, etc., alucinaciones sin ausencia, lo cual las diferenciaba enteramente de las otras. Después se tranquilizó (...)" (*Ibid.*: 53).

VI. Síntesis y conclusiones

a) *Alternancia de sus estados afectivos*. Rapidísima y brusca alternancia de talantes extremos, fugacísima alegría, sentimientos de angustia grave, oposición empecinada a todas las prescripciones terapéuticas. Corroboramós además que casi siempre lo que alternan son estados de *angustia hiperintensa* y *estados de irritabilidad*.

b) *Trastornos del lenguaje*: interrupciones e inhibiciones en la cadena asociativa. Ecolalias. El estado avanza hasta llegar a una desorganización funcional completa, donde la sintaxis, la gramática y la conjugación se ven comprometidas. Llega a veces a un mutismo completo, que dura dos semanas completas. Fórmulas estereotipadas. Postulemos ahora que, además, «martirizar» se trata de un neologismo psicótico. Resaltemos además la *temática* de las tramas e historias que Anna contaba, en concordancia además con el talante doloroso y cargado siempre de altas dosis de angustia –que además no se presentaban con los otros síntomas clásicos de las *crisis de angustia* como fenómeno agudo de las «neurosis de angustia». El martirio, el dolor y la angustia parecen insertarse sin esfuerzo en el campo semántico del melancólico. Ubicamos que para Griesinger era fundamental el hecho de que las ideas y juicios –es decir las *representaciones*– giren en torno de un tema triste y doloroso, si es que se pretende hablar de «melancolía». «Martirizar» parece resonar en esta frecuencia. Podía, en medio de una conversación, alucinar o salir corriendo, quizás intentar treparse a un árbol.

c) *Ilusiones y alucinaciones*. Casi siempre son angustiosas, es decir que están en concordancia con el estado de ánimo –el “talante”– de la paciente. La “calavera” y la “serpiente” son las que más insisten. Tiene la visión de una calavera en lugar del padre, siendo éste un fenómeno similar al que le sucede al entrar a la habitación del padre ya fallecido: *al entrar había divisado su pálido rostro en el espejo próximo a la puerta, pero no se vio a sí misma, sino a su padre con una calavera*. Todo indica que se trata de la existencia de ciertos puntos de continuidad entre su Yo y el de su padre, fenómeno típicamente psicótico.

d) *Ausencia de trabajo de duelo*. Verificamos que no es posible hallar a lo largo de toda la observación clínica algún indicio de este proceso, central en la determinación de la posición subjetiva. *Depresión pasajera, temores y autoacusaciones infantiles*, pero ningún trabajo de elaboración de la pérdida.

e) *Fragmentación del Yo*. Según Breuer tenía *dos yoes*, dónde aquél “otro yo malo” se le presenta como completamente xenopático. Y cuando no, desmiente (*Verleugnen*) las representaciones atinentes al caso. Anna estaba *fragmentada en dos personalidades*. Pero llama la atención la permanente presencia del *observador agudo y calmo que contemplaba los locos desvaríos*, descripción típica y regular tanto de los pacientes melancólicos como de sus familiares y terapeutas.

Dejamos así abierta la pregunta diagnóstica, esperando que futuras investigaciones corroboren o rechacen estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (2001). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). *Obras Completas*. Vol. VII. Bs. As.: Amorrortu. (Orig. 1905).
- Freud, S. (2003). Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud). *Obras completas*. Tomo II. Bs. As: Amorrortu (Orig. 1893-1895).
- Iglesias Colillas, I. (2013). ¿Qué significa analizar? Estéticas de la interpretación. Bs. As: Letra Viva.
- Iglesias Colillas, I. (2016). Los trastornos bipolares: una revisión crítica. *Psicopatología, historia y epistemología*. Bs. As: Letra Viva.