

Sabemos lo que son los acontecimientos traumáticos, las experiencias traumáticas: golpes psicológicos, heridas del espíritu. Un trauma grave a una edad temprana puede dañar irrevocablemente el desarrollo de un niño. El trauma es una herida psíquica. La palabra se ha convertido en una metáfora para casi cualquier cosa desagradable: “¡Eso fue realmente traumático!”. Antes, “trauma” era una palabra usada por los cirujanos. Se refería a una herida en el cuerpo, casi siempre como resultado de una batalla. Aún tiene ese significado antiguo. Un departamento de urgencias [*trauma center*] atiende los efectos inmediatos de los accidentes. Intenta detener hemorragias, se ocupa de los sesos o huesos destrozados; su anhelo es ponerle parches a la gente y volver a armarla. Pero, en las conversaciones cotidianas, no son muchos los que conciben el trauma en ese sentido. El trauma dio el salto del cuerpo a la mente hace poco más de un siglo, justo cuando la personalidad múltiple surgía en Francia, y durante la época en que las ciencias de la memoria comenzaban a nacer.

Escogeré un único hilo dentro de una historia compleja: la conexión entre el trauma y la memoria. Sólo se refiere a una parte de lo que Esther Fischer-Homberg llama, en su estudio histórico señero sobre la neurosis traumática, la “psicologización” del trauma.² Ella tenía en mente la psicologización *total* realizada por Freud y su escuela después de 1897. Luego de ese año, Freud aceptó que ciertos acontecimientos puramente psíquicos, las fantasías sexuales infantiles, podían producir neurosis. En cambio, Mark Micale habla de “la psicologización progresiva del concepto de trauma a fines del siglo XIX”.³ El trauma ya estaba muy psicologizado en la teoría de Freud de 1893-97, según la cual la histeria era causada por recuerdos sepultados relativos a seducciones o agresiones sexuales ocurridas durante la niñez. El trauma era la seducción, un acontecimiento que no dejaba cicatriz o herida física, y cuyas consecuencias eran completamente psicológicas. Pero Freud no estuvo en el origen de esa idea de trauma psicológico. Ésta ya circulaba en 1885, a veces con el nombre de trauma moral –*traumatisme moral*–, cuando Freud llegó a París para estudiar con Charcot.

¿De dónde provino la idea de trauma moral? En retrospectiva, podemos construir muy fácilmente una cadena de ideas que nos lleve del daño cerebral –el trauma francamente neurológico y físico– a la idea del trauma psicológico que produce síntomas histéricos y que debe encontrar alivio gracias a la rememoración de recuerdos perdidos. Comencemos por el hecho de que las lesiones de la cabeza pueden producir amnesia y otras discapacidades como parálisis. Un impacto* en una cabeza, con daño manifiesto –ya sea neurológico o externo–, produce pérdida de la memoria y otros síntomas como parálisis parcial o insensibilidad de la piel. Un impacto en otra cabeza, sin daño detectable, también puede producir pérdida de la memoria y otros síntomas. En el caso de un tercer impacto en una tercera cabeza, que dio como resultado una amnesia, la autopsia no reveló

* Fuente: Hacking, I. (1995). Trauma. The Sciences of Memory En *Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory* (pp. 183-197). Princeton, New Jersey: Princeton University Press. Trad. de Agustín Kripper. Rev. de Alejandro Dagfal. Cát. I de Historia de la Psicología. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.

² Fischer-Homberg 1975, 79.

³ Micale 1990a, 389n.112.

* [En inglés, *shock*. Dada la imposibilidad de mantener una traducción unívoca de este término, se ha adoptado la solución siguiente: en lo que atañe a lo físico, se traducirá como “impacto”; en lo que atañe a lo psíquico o moral, se verterá como “*shock*”, siendo que para este caso el anglicismo se ha impuesto en nuestra lengua. Pero téngase en cuenta siempre que se trata del mismo término en inglés. N. del T.]

ningún daño discernible en el cerebro o la médula espinal. Por lo tanto, un impacto en la cabeza puede producir amnesia sin trauma físico detectable.

Siguiente paso: a menudo la histeria se acompaña de amnesia –la doble personalidad es una forma extrema de amnesia histórica–. ¿Puede un impacto en la cabeza, que no daña el cerebro, producir amnesia histórica? Si la amnesia y los otros síntomas son signos de un estado mental, entonces los vínculos causales que llevan a la amnesia pueden ser mentales en vez de físicos. La idea o el recuerdo del impacto, en vez del impacto físico real, podría producir los efectos. Por ende, un *shock* psicológico o una idea dolorosa podrían causar histeria.

De lo anterior se sigue que el daño en el cuerpo requiere reparación fisiológica. ¿Pero cómo curar una mente dañada? Cuando el impacto físico produce amnesia, a menudo el paciente no lo recuerda. Por lo tanto, el *shock* psicológico que produce histeria puede no ser recordado por un paciente histérico. La amnesia puede estudiarse experimentalmente, a través de la hipnosis. Los recuerdos de lo que sucedió o de lo que el sujeto hizo durante el trance hipnótico pueden ser restituidos por el hipnotismo. De modo que, si proseguimos esta cadena de analogías, sería lícito tratar de hipnotizar a los histéricos para recuperar los recuerdos perdidos en los *shocks* psicológicos. Las parálisis y los otros síntomas desaparecen cuando se restituyen los recuerdos.

Así, a través de una cadena de ideas, hemos sido catapultados de la amnesia y otros síntomas neurológicos causados por lesiones accidentales en la cabeza al descubrimiento de Janet de que el trabajo con los recuerdos del trauma psicológico puede servir para tratar la histeria. Los ingredientes esenciales de esta secuencia flotante de asociaciones son el trauma, el *shock*, la amnesia, la histeria, la personalidad múltiple y la hipnosis. Proporcionan un andamiaje sobre el cual montar una interpretación de una historia muy compleja.

Las ideas no se asocian por sí mismas. El contexto de estas asociaciones es una rica mezcla de elementos de la historia médica y social. Un modo de contar la historia es comenzando por el ferrocarril, el instrumento más potente del mundo en un siglo XIX en vías de industrialización. Para algunos, era un símbolo del progreso y el bien; para otros, significaba el desastre moral. La red ferroviaria llegó más tarde a Francia que a Inglaterra, pero produjo en aquélla la representación literaria más sorprendente de todas. Como afirma Gilles Deleuze sobre *La Bête humaine* de Émile Zola, “la locomotora no es un objeto, sino evidentemente un símbolo épico”, de los que siempre se encuentran en Zola, “que refleja todos los temas y las situaciones del libro”, incluyendo los desastres que acechan al héroe loco por causa de la máquina.⁵ El ferrocarril también es un símbolo épico de la psicologización del trauma. Donde Zola había hecho aparecer las catástrofes físicas como si fueran morales, el ferrocarril mismo transformaba los traumas físicos en lesiones psicológicas. Fischer-Homberg sugiere que la historia oficial de las neurosis traumáticas, que las remite a los accidentes ferroviarios, es de por sí una especie de metamito sobre el poder del ferrocarril para cambiar la concepción que el siglo XIX tenía tanto del mundo material como de la vida mental.⁶

El ferrocarril creó el accidente. Las zanjas se derrumbaban, las calderas explotaban y los trenes se descarrilaban. No sólo había una clase de accidentes totalmente nueva, el accidente ferroviario. El ferrocarril fijó la mismísima idea de accidente en su sentido moderno. La palabra siempre ha significado, entre otras cosas, algo que sucede por casualidad o que carece de causa. En la filosofía medieval, los accidentes eran las propiedades de una cosa que no necesariamente estaban contenidas en su esencia. Pero el sentido específico que tiene para nosotros en el presente –algo repentino, *malo*, perjudicial y destructivo– deriva casi por completo del accidente ferroviario. Casi todo el derecho relativo a la responsabilidad civil por los accidentes se desarrolló en relación con los ferrocarriles. La gente ha tenido “accidentes” desde siempre, pero no los llamaron así hasta la era industrial: accidentes de minería, accidentes ferroviarios. En 1840, había una Comisión Real Británica de accidentes. Cuanto más rápido una nación desarrollaba nuevas tecnologías, más pronto

⁵ Gilles Deleuze, “Zola et la fêlure” (1969, prefacio a Émile Zola, *La Bête humaine* (1889) (París: Gallimard, 1977), 21 [Deleuze, G. (2005). Zola y la grieta. En *Lógica del sentido*. Buenos Aires: Paidós].

⁶ Fischer-Homberg 1972.

surgía su preocupación por los accidentes, las leyes sobre negligencia y responsabilidad, y los nuevos tipos de lesiones que se experimentaban.⁷

Algunas lesiones eran manifiestas: huesos rotos, mejillas perforadas, piel desgarrada; en suma, el trauma físico tradicional. Sin embargo, sucedía algo más. A pesar de que salían ilesos, algunos pasajeros se quejaban de un dolor terrible, digamos, en la espalda, pocos días más tarde. Hoy hablamos de lesión por latigazo cervical. Algunas veces, un problema físico podía ser reconocido fácilmente por la fisiología y la neurología de la época. Pero otras veces, los síntomas no parecían corresponderse con ninguna lesión física discernible. En 1866, un distinguido médico londinense, John Eric Erichsen (1818-1896), dio unas conferencias sobre esta enfermedad.⁸ Su estudio de las lesiones provocadas por accidentes ferroviarios fue uno de los tres que se publicaron durante ese año en Inglaterra; sorprendentemente, estas obras simultáneas fueron las primeras en tratar el tema por escrito. Erichsen se refería a la columna vertebral ferroviaria [*railway spine*], una expresión que sin duda no inventó, pero que hizo famosa. La lesión de la cabeza, junto con lo que él llamaba “conmoción vertebral”, estaba en el meollo del problema; el daño no era exclusivo de los ferrocarriles, pero los ferrocarriles lo habían transformado en una cuestión prevalente.

Las víctimas de columna vertebral ferroviaria no tenían lesiones, esto es, ningún trauma evidente. En ese aspecto, eran como los histéricos. A Erichsen no le interesaba esa comparación. No podía afirmarse que un hombre de cuarenta y cinco años, afectado por una “calamidad repentina y abrumadora”, “de repente se vuelve ‘histérico’, como una muchacha con mal de amores”.⁹ Erichsen estaba del lado de los demandantes que entablaban juicios contra las compañías ferroviarias. Comparar a un hombre herido psicológicamente con una mujer histérica le habría garantizado no obtener casi nada en concepto de daños. Por ende, hacía falta un nuevo trastorno. Pero desde el punto de vista médico, en contraposición con el legal, la comparación seguía en pie. Tres años después de las conferencias de Erichsen, Russell Reynolds, otro influyente médico londinense, retomó el tema. Su objeto “era mostrar que algunos de los trastornos más graves del sistema nervioso, como las parálisis, los espasmos, y otras sensaciones alteradas, pueden depender del estado mórbido de la idea, o de la idea y la emoción juntas”.¹⁰ Sugería que la “idea” o el origen psicológico podía surgir de varias formas, aunque el recuerdo o la emoción conectada con un accidente ferroviario era lo principal en la discusión de ese momento.

En la discusión que seguía a su artículo, Reynolds hacía una convincente comparación con la histeria. Pero insistía en el hecho de que la parálisis “producida por Ideas” no era la locura. La mente de los pacientes típicos, aparte de los síntomas, estaba perfectamente sana. Su tratamiento parece bueno aún hoy. Lo llamaba esperanza. Primero, “un abordaje realmente serio del caso, como si fuera grave, aunque no del tipo esperado”. Había que alentar al paciente para que caminara, había que ayudarlo todos los días. Había que aplicar pequeñas estimulaciones eléctricas en el músculo, “en parte como un agente moral y mental, y en parte como un motivo físico de contracción muscular”. Y eran necesarios algunos masajes.¹¹ El artículo de Reynolds produjo una buena discusión. Se describieron otros ejemplos de la eficacia del tratamiento de la esperanza; “no podrían darse mejores pruebas del poder de la mente sobre la discapacidad corporal”. Un doctor pensó que “histeria” no era un término útil; tenía que definirse mejor. El presidente de la Asociación Médica Británica pensó que al asimilar los efectos de los accidentes ferroviarios “a la clase de mujer histérica, [Reynolds] había dado con la idea correcta”. Otro doctor pensó que la “histeria” planteaba el controvertido tema del fraude. Mencionó el caso de una indemnización ferroviaria donde todos los síntomas desaparecieron en cuanto el hombre paralizado recibió un cheque por dos mil libras.

Los ferrocarriles desembolsaban millones de libras y los abogados estaban muy ocupados. Aunque esas batallas legales forman parte de otra historia.¹² Los médicos que oficiaban de peritos

⁷ Schivelbush 1986, 134-149.

⁸ Las conferencias fueron publicadas como Erichsen 1866.

⁹ *Ibid.*, 127. En trabajos posteriores se volvió más favorable a la comparación con la histeria.

¹⁰ Reynolds 1869a, 378. Resumen de los contenidos de la conferencia y la discusión.

¹¹ Reynolds 1869b. Una versión más completa del artículo.

¹² Trimble 1981.

para quienes demandaban a los ferrocarriles, difícilmente podían decir que la columna vertebral ferroviaria fuese una queja histórica, análoga a los males de la mujer. Pero la columna vertebral ferroviaria, y en especial la breve discusión que le dedicó Reynolds en 1869, fue un regalo para Charcot, no porque feminizara a los hombres, sino porque hizo que la histeria, potencialmente, pudiera ser masculina.¹³ Durante el período de 1872-1878, Charcot se había convertido en el experto mundial en histerias floridas. No obstante, seguía librándose una gran lucha intestina, ya que los ginecólogos y obstetras, los amos del útero, reclamaban la histeria como su territorio. La idea central de Charcot consistía en que la histeria era un trastorno neurológico. Era hereditaria –es decir, sólo podían desarrollarla quienes tuviesen tal disposición por sus ancestros–. El mejor modo de arrancar la histeria a los ginecólogos era declarar que consistía en una enfermedad de ambos sexos.¹⁴ La histeria masculina había sido reconocida desde siempre, pero por lo general con una connotación de afeminamiento. Charcot halló a sus histéricos masculinos entre obreros fornidos, que no eran para nada afeminados.¹⁵ La histeria todavía tenía que ser heredada –una tesis sobre la que Charcot se mantuvo firme hasta el día de su muerte–. Pero podía ser producida por traumas, como ocurría en los accidentes, o también podía ser inducida por sustancias tóxicas, desde los químicos industriales hasta el alcohol. Siguiendo el camino inverso, en una de sus demostraciones clásicas, Charcot comenzaba por los síntomas descritos por Russell Reynolds, y mostraba cómo todos ellos podían ser producidos por hipnosis en un sujeto masculino adecuado.¹⁶ De este modo, en las clases de Charcot, la memoria, la histeria, la hipnosis y el trauma físico se encontraban estrechamente imbricados.

Charcot fue el gran maestro del uso del caso, especialmente de un tipo ideal que ejemplifica un trastorno en un estado intensificado. De Charcot aprendemos casos, pero no estadísticas. Uno de sus acólitos en Burdeos resumió una serie de cien casos de pacientes analizados según los preceptos charcotianos.¹⁷ La histeria era menos florida en Burdeos que en la sala de Charcot: “La histeria del hospital Saint-André es, en general, en relación con la *grande hystérie* de la Salpêtrière, *une petite hystérie*”.¹⁸ En esta tabla, relativa a una serie de pacientes observados alrededor de 1885, utilicé términos franceses como recordatorio de que el trauma implica daño físico, y de que las intoxicaciones incluyen tanto el envenenamiento industrial como el alcohol.

Las causas ocasionantes de la histeria			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
<i>Émotions morales</i>	8	54	62
<i>Traumatismes</i>	12	4	16
<i>Intoxications</i>	9	0	9
Desconocidas	2	11	13
	31	69	100

Nuestra teoría moderna de la personalidad múltiple requiere que ésta tenga una capacidad innata para disociarse durante la niñez, además del trauma infantil reiterado. Es lo que postula la doctrina de Charcot según la cual la histeria requiere una predisposición heredada, a la cual se suma una causa ocasionante. Uno de los estudiantes de Charcot escribió una tesis titulada *Les Agents*

¹³ Charcot 1886-1887, lecciones 18-22 y apéndice 1.

¹⁴ En éste y muchos otros detalles explicativos sigo a Micale 1990a.

¹⁵ Pero fueron mancillados con la generación, de por sí una condición heredada. La *degénérescence* era una noción multiuso, entre cuyas connotaciones primarias estaba la declinación de Francia en comparación con Gran Bretaña y Alemania. Durante todo el siglo, estuvo relacionada con las bajas tasas de natalidad, y luego con el suicidio, la prostitución, la homosexualidad, el alcoholismo, la locura, el vagabundeo, y, después de 1880, a instancias de Charcot, con la histeria. Véase Nye 1984.

¹⁶ Charcot 1886-1887, 335ss.

¹⁷ Pitres 1891, 28. En la p. 15 se proporciona una tabla sobre la edad al comienzo, clasificada por sexo. Las clases originales fueron impartidas durante el semestre estival del año académico 1884-1885. Las notas tomadas por J. Davezac fueron publicadas en serie, comenzando por el 4 de abril de 1886, en el *Journal de médecine de Bordeaux*.

¹⁸ J. Davezac en su reseña-homenaje a Pitres en el *Journal de médecine de Bordeaux* 20 (1891): 443.

provocateurs de l'hystérie. Esta frase incluso fue recogida por Freud –pero de modo cada vez más crítico– para referirse a las causas ocasionantes que sacaban a relucir nuestra disposición a la neurosis.¹⁹ A partir de la tabla, vemos que, para un buen charcotiano, la mayoría de las histerias femeninas son provocadas por un estado psicológico, mientras que la mayoría de las histerias masculinas son provocadas por trauma físico o envenenamiento.

Uno piensa que Charcot podría haber dado un paso más hacia el final de la década: el paso hacia la comprensión del *shock* psicológico como causa de la histeria tanto en hombres como en mujeres. Algunos estudiosos han sostenido que sí dio ese paso, pero eso más bien parece una expresión de deseo.²⁰ Charcot era un neurólogo que creía que la histeria era un trastorno hereditario del sistema nervioso. Particularmente en el caso de los hombres, se suscitaba por trauma físico y envenenamiento, no por acontecimientos psicológicos, aunque era posible imitar los efectos del trauma a través de la hipnosis.

Pero sucedían muchas otras cosas fuera de los límites de las salas de Charcot y de sus famosas clases. Francia había sufrido una guerra desastrosa; París había sido comunista breve y violentamente. Aparte de las verdaderas lesiones cerebrales, había muchos *shocks* psicológicos dando vuelta. El fenómeno de “estar en estado de *shock*”, y lo que el *DSM-IV* llama trastorno por estrés agudo, son universales humanos. El trastorno por estrés postraumático, como consecuencia del combate, recibió un nombre recientemente, pero Heródoto nos dejó un magnífico ejemplo, como hizo con casi todas las características de la condición humana. Los estudios de las neurosis de guerra [*shell shock*] (Gran Bretaña) y las neurosis traumáticas (Alemania) se agravaron durante la guerra de 1914-1918, pero, naturalmente, dichos efectos ya eran bien conocidos. Después de la guerra con Prusia, los estadísticos franceses prepararon informes sobre los efectos psicológicos de 1870-1871. Un grueso volumen, *De la influencia de las conmociones intensas sobre el desarrollo de la enfermedad mental*, presentaba a 386 civiles que experimentaron una angustia prolongada por algún acontecimiento de la guerra.²¹ El significado original de una conmoción, según el lenguaje médico francés, era “el impacto experimentado por ciertas partes del cuerpo por causa de caídas o al ser golpeadas”.²² Al igual que el trauma, las conmociones fueron psicologizadas. En el informe estadístico de 1874, la conmoción no implicaba daño físico literal, aunque en casi todos los casos la víctima estaba aterrada o hizo algo que la horrorizaba. De ahí que poseamos un catálogo extraordinario de las enfermedades mentales producidas por el *shock* emocional.

Brindamos aquí cuatro ejemplos de cómo el terror o la repugnancia producían amnesia, entre otros síntomas.²³ En 1871, un rico agricultor de cuarenta años mató a tres personas por fervor patriótico. Posteriormente, sufrió delirios de grandeza, alucinaciones visuales y sentimientos de persecución. En 1874, no recordaba para nada los asesinatos que había cometido tres años antes. Un hombre de cincuenta y cinco años perdió su negocio durante la invasión. Después sufría de insomnio, delirio general y pérdida de la memoria. En 1873, ya estaba demente. Un ex policía de cuarenta años fue capturado por los *communards** quienes amenazaron con dispararle. En 1873, padecía de una depresión grave, ansiedad y amnesia total desde el momento de su captura. Una mujer en una pequeña granja familiar estaba aterrada por una batalla que había tenido lugar a algunos metros de su casa. Había perdido gran parte de su memoria y sólo con dificultad podía responder a las preguntas más simples. No sabía su nombre ni la cantidad de hijos que tenía. Pero salió del asilo curada a fines de febrero de 1871. Considero que se trata de casos en los que un trauma psicológico produce enfermedad mental. No estoy siendo anacrónico. Cada uno de estos casos fue descrito, en una tesis médica defendida en París en 1885, como un ejemplo de amnesia producida por “trauma moral”.²⁴

¹⁹ Guinon 1889. Freud, *S.E.* 3, véase el índice.

²⁰ Fischer-Homberg 1971. Cf. Micale 1990a, 391n.118.

²¹ Lunier 1874.

²² De una tesis médica francesa de 1834, citada por Schivelbush 1986, 137.

²³ Lunier 1874, casos 12, 111, 288 y 300.

* [Participantes de los acontecimientos de la Comuna de París en 1871. N. del T.]

²⁴ Rouillard 1885, 87.

De modo que había una gran mezcla de ideas. Charcot enseñaba que la histeria podía producirse por trauma físico. Había ejemplos de traumas morales que producían amnesia y otros síntomas. Un objeto de estudio mucho más importante era la amnesia causada por un trauma físico directo, a saber, una lesión de la cabeza. Dado que las lesiones de la cabeza, indudablemente, han producido amnesias desde que existen los seres humanos, resulta sorprendente que el estudio sistemático de esa afección sólo comenzara después de 1870, aproximadamente. De nuevo, ésta no es una precepción anacrónica. Los doctores de esa época decían que estaban inaugurando, para su propia sorpresa, un nuevo campo de estudio. Ya podíamos figurárnoslo a partir de la ficción. Las amnesias producidas por un golpe en la cabeza se convirtieron en un argumento genérico para las malas novelas y obras de teatro a fines de 1870. Las amnesias producidas por hechizos y drogas son más viejas que la sarna, pero las amnesias producidas por *shock* eran un nuevo tema de libros y revistas escabrosos.* Quizá se encuentre un caso intermedio en la primera (además de la mejor) novela detectivesca inglesa, *La piedra lunar* (1868), de Wilkie Collins. Fue publicada justo cuando la memoria estaba a punto de convertirse en objeto de la ciencia. En toda la novela hay una cantidad de referencias a las autoridades destacadas en el tema. Pero la amnesia sobre la que gira la trama era inducida por el opio, un problema que le resultaba familiar al propio Collins, quien era un adicto. El personaje recuperaba la memoria recreando la intoxicación. Poco tiempo después de la novela de Collins, no tardaron en aparecer las amnesias ficticias producida por una caída o un golpe, a raíz del incipiente entusiasmo médico por el tema.

En 1885 se publicó la investigación francesa más importante sobre la amnesia y sus consecuencias. No fue obra de un clínico de renombre, sino de un estudiante de medicina, A.-M.-P. Rouillard. Era muy consciente de que “la cuestión de la amnesia es una cuestión amplia, muy amplia. Toca temas elevados y muy delicados, como la patología general, la patología mental, la filosofía, e incluso la sociología. Para abordarlo rigurosamente, dicho objeto requiere cabellos grises, experiencia, erudición y talento, que apenas si pueden hallarse en un hombre de mi edad”.²⁵ Según su punto de vista, investigó toda la literatura relevante en su enorme tesis –enorme para los criterios de su época: *thèse volumineux*, se observaba en una reseña de 1886–.²⁶ Rouillard decía al principio que el estudio de la amnesia *pur et simple* (opuesta a la afasia, o pérdida de la memoria para las palabras) no hacía más que comenzar. Aparte de un artículo notable escrito por Falret en la *Enciclopedia de Ciencias Médicas*, no había gran cosa sobre la amnesia hasta hacía pocos años. ¿Y a qué autores citaba? A Legrand du Saulle, que acababa de publicar un estudio sinóptico sobre la amnesia en la *Gazette des Hôpitaux* de 1883. Aparte de eso, Rouillard recurría a Azam, la figura central del capítulo 11, y Ribot, la figura central del capítulo 14.

No era de extrañar que Azam estuviese allí, tanto porque era un cirujano que atendía pacientes con daño cerebral en un asilo mental, como porque el desdoblamiento y las personalidades múltiples eran enfermedades de la memoria. En 1881, mientras proseguían sus observaciones de Félida, presentó un catálogo de cincuenta y nueve casos de lesiones de la cabeza que producían varios tipos de *troubles intellectuels*.²⁷ Como estudio sobre las lesiones de la cabeza, esta obra carece de importancia; ya se había publicado una vasta literatura sobre ese tema. Pero el interés de Azam era la amnesia, que era bastante nueva. Veinte de esos casos presentaban amnesias sorprendentes, y había déficits de memoria menores en la mayoría de los otros. Azam aclaraba que había dos tipos básicos de amnesias, y su nueva terminología fue adoptada ampliamente.²⁸ La amnesia *anterograde* implicaba olvidar los acontecimientos del momento del accidente y los

* [*Penny dreadfuls*. Fueron un tipo de publicación de ficción de la Gran Bretaña de fines del siglo XIX; historias morbosas (*dreadful*) en entregas semanales a un valor de un penique (*penny*). N. del T.]

²⁵ *Ibid.*, 10.

²⁶ Reseña de Camuset, *Annales médico-psychologiques* 44 (1886): 478-490. La *thèse* tenía 252 pp. de extensión; la mayoría de las *thèses* de la Facultad de Medicina de París sólo tenían poco más de 100 pp. de extensión.

²⁷ Azam 1881. Azam 1839, 157-197.

²⁸ Incluso Charcot, quien usualmente prefería sus propios neologismos, utiliza la terminología de Azam, 1886-1887, 442.

posteriores. La amnesia *retrograde* implicaba olvidar los acontecimientos anteriores al accidente. Entre los casos más claros de Azam, catorce eran retrógrados, y cuatro anterógrados.

La exposición de Azam impresionaría a un clínico actual que trabajase con lesiones de la cabeza por su sutileza, su precisión y su minuciosidad. Pero, para nosotros, su interés radica en el hecho de que, hacia 1881, la amnesia se había convertido en un objeto de estudio plenamente desarrollado. En el próximo capítulo, distinguiré el conocimiento “profundo” del “superficial”, donde el conocimiento profundo implica las clases de objetos que pueden investigarse, los tipos de preguntas que pueden abordarse, los géneros de proposiciones que pueden ser verdaderos o falsos, y los tipos de distinciones que tienen sentido. La distinción de Azam entre dos tipos de amnesias es, según esta terminología, un conocimiento superficial que indica un entramado subyacente de ideas sobre la memoria y el olvido.

Azam tenía tres años más que Charcot, así que en 1881 ya tenía cincuenta y ocho años. Era un provinciano emprendedor, conservador y respetuoso de París. Psicologizar el concepto de trauma no era algo apropiado para un hombre de su edad y su condición. Hoy, cuando leemos sus casos, podemos preguntarnos si la naturaleza de algunas de las amnesias y enfermedades intelectuales que describe podría haber sido psicogenética en vez de neurológica. Pero no le tocaba a él notar esa diferencia. ¿Qué se necesitó para dar paso a la psicologización completa del trauma? La idea del trauma moral como causa de la amnesia estaba instaurada. El ingrediente esencial que restaba era un psicólogo que no estuviera casado con la teoría neurológica de la histeria, pero que estuviera familiarizado con la histeria, la amnesia, el desdoblamiento de la personalidad y el hipnotismo. Pierre Janet reunía todas las condiciones. Se había formado primero como filósofo, lo que le permitía abarcar la psicología experimental y patológica. Su tesis doctoral, *El automatismo psicológico*, fue la primera obra sistemática que estudió las causas traumáticas de la histeria. Su hermano Jules usó la hipnosis para estudiar a una de las famosas pacientes del propio Charcot – Blanche Wittman –, compartía la concepción de Pierre sobre el trauma psicológico como causa de la histeria, y le asignaba el mismo papel en el tratamiento.²⁹ Freud y Breuer reconocían que “los Janet” les llevaban la delantera, aunque expresaban cierto escepticismo respecto del trabajo de los dos hermanos con las anestias histéricas.³⁰

Jules Janet terminó convirtiéndose en un urólogo distinguido, mientras que Pierre hizo del trauma psicológico la piedra angular de su práctica clínica. Al final de su vida, hizo destruir a conciencia sus innumerables registros de casos. Por ende, debemos juzgar su entusiasmo por el trauma sólo a partir de su obra publicada. En *El automatismo psicológico* (1889), describió 19 casos, en 10 de los cuales el trauma desempeñaba un papel preponderante. En *Neurosis e ideas fijas* (1892), el trauma figuraba en 73 casos de 199. En *El estado mental de los histéricos* (1893-1894), estaba en 26 de 48. Y en *Obsesiones y psicastenia* (1903), el trauma era central en 148 de los 325 informes de casos.³¹ ¿Pero de qué traumas se trataba? Freud y Janet reflejan un contraste interesante. Durante la década de 1890, cada uno estaba fascinado por el trauma, pero los traumas que elegían enfatizar diferían profundamente en su carácter.

Janet criticaba a Freud por poner el énfasis en el sexo, e insistía en que una gran parte de sus propios pacientes histéricos padecían un trauma no sexual. No obstante, lo que considero como la diferencia crucial entre los dos hombres tiene poco que ver con el sexo directamente. Los primeros ejemplos de experiencias traumáticas mencionados por Janet se referían a hechos tales como el ser sumergido en agua helada en el momento de la menstruación, o el dormir al lado de una niña con una enfermedad facial repugnante. El trauma no es en sí mismo una acción humana. No es el hecho de que alguien te haga algo a ti o a cualquier otro. Es un acontecimiento o un estado. Por supuesto, la joven entró en la bañera con agua helada; la niña fue obligada a dormir al lado de otra niña enferma. Pero el verdadero trauma fue el agua fría o la piel de un rostro infectado. La acción humana, lo que los filósofos llaman la acción bajo descripción, aparece con poquísima frecuencia

²⁹ J. Janet 1888.

³⁰ “Preliminary Communication” (1893), *S.E.* 2:12.

³¹ Crocq y de Verbizier 1989.

en los relatos del trauma elaborados por Janet. Según Freud, en cambio, los traumas casi siempre involucraban a alguien que hacía algo, una acción intencional. La gente y sus actos eran fundamentales para los traumas de Freud; el mundo en general era el meollo de Janet. Era como si Janet pintara paisajes holandeses del trauma, en donde la gente la gente aparece, como mucho, en el horizonte, mientras que Freud pintaba interiores holandeses, llenos de gente en acción, riendo, negociando, seduciendo.

Debido a que los traumas, para Janet, eran impersonales, no invitaban a la reinterpretación, especialmente cuando se trataba del trabajo de la memoria. Como los traumas, para Freud, involucraban acciones humanas, invitaban a la reinterpretación en la memoria. En el capítulo 17, sostengo que la posibilidad de volver a describir la acción humana, de transformarla en una acción descripta de un modo novedoso, es central para nuestros problemas actuales ligados a la memoria. Así como estos problemas automáticamente se le planteaban a Freud eran excluidos de los estudios de Janet, por la elección misma de los traumas a recordar.

El propio Freud pasó de ser un discípulo leal a una independencia a rajatabla. Cuando escribió una exposición sobre la histeria para un manual médico alemán de 1888, era discípulo de Charcot.³² Cuando agregó notas al pie en su traducción de las clases de Charcot de 1892, ya se había convertido en su compañero –un compañero edípico, además, si se está de acuerdo con Toby Gelfand y se ve en Charcot una figura paterna para Freud–.³³ Mucho más tarde, Freud diría que en esas notas al pie “realmente había infringido los derechos de propiedad que rigen las publicaciones”.³⁴ Ésta es una de las autodescripciones equivocadas (y/o uno de los *insights* profundos) típicos de Freud. Él no violó los derechos de propiedad (a menos que, en broma, consideremos que la histeria era la esposa de Charcot y la madre de Freud). Aunque sí contradujo a su maestro de modo rotundo, pero secreto, en las notas de una traducción.

En 1888, Freud escribió que la disposición a la histeria es heredada. La enfermedad carece de definición clara y sólo puede caracterizarse en términos de sus síntomas. El tipo ideal de la histeria es la *grande hystérie* de Charcot. ¿Qué causa la histeria? De seguro, el sexo tiene un papel –ante todo para las mujeres, “a causa de la elevada significatividad psíquica de esta función, en particular en el sexo femenino”–. El trauma físico es una causa frecuente de la histeria: “en primer lugar, un fuerte trauma corporal, acompañado de terror y parálisis momentánea de la conciencia, despierta una predisposición histérica inadvertida hasta entonces; y, en segundo lugar, por convertirse la parte de cuerpo afectada por el trauma en sede de una histeria local”. Los estados provocados por un trauma generalizado, “conocidos como ‘*railway spine*’ y ‘*railway brain*’, son concebidos por Charcot como histeria, en lo cual concuerdan los autores norteamericanos cuya autoridad en esta materia es indiscutible”. Sólo al final del artículo de 1888 Freud daba una pista de lo que aparecería en su propia obra. Los síntomas pueden aliviarse con la sugestión hipnótica. “Más eficaz todavía es un método que Josef Breuer fue el primero en practicar en Viena; consiste en reconducir al enfermo, hipnotizado, a la prehistoria psíquica del padecer, constreñirlo a confesar la ocasión psíquica a raíz de la cual se generó la perturbación correspondiente”. Estas frases deben leerse en su contexto. Aún estamos en el nivel de los síntomas físicos producidos por, para utilizar la palabra de Russell Reynolds, “Ideas” –la idea del trauma físico–. Con la hipnosis (en 1888) llevamos al paciente de vuelta al entorno psíquico del trauma físico. Ésa era una de las muchas formas en que podían usarse trucos psíquicos para eliminar síntomas histéricos. A renglón seguido nos enteramos de que se puede hacer que una persona paralizada empiece a mover un miembro infundiéndole una necesidad muy grande de pegarle a alguien.

En 1888, Janet ya había publicado casos de histeria producidos por traumas psicológicos pasados, pero olvidados, y ya había descrito curaciones a través de la rememoración inducida bajo hipnosis. Freud aún estaba abriéndose paso hacia esas ideas. Finalmente llegaría a ellas al terminar

³² “Hysteria” (1888), *S.E.* 1:41-57.

³³ Gelfand 1992; cf. Gelfand 1989.

³⁴ “The Psychopathology of Everyday Life”, *S.E.* 6:161 [Freud, S. (1986), *Obras completas*, t. 6, Buenos Aires: Amorrortu, p. 158 (traducción parcialmente modificada). De ahora en más: *A.E.* 6:158].

de traducir las clases de Charcot, en 1892. Sus notas al pie presentan su “punto de vista personal sobre el ataque histérico”.

El núcleo del ataque histérico, cualquiera sea la forma en que se manifieste, es un *recuerdo*, la revivencia alucinatoria de una escena significativa para la contracción de la enfermedad... el *contenido del recuerdo* es por regla general un *trauma* psíquico apto por su intensidad para provocar el estallido histérico en el enfermo, o bien es el suceso que por su ocurrencia en un momento determinado se convirtió en traumático.³⁵

El resultado es bien conocido, desde 1893, pasando por la teoría de la seducción, hasta su abandono en 1897. Actualmente, muchos lectores de Freud le prestan menos atención a lo que a él más le interesaba como teórico, a saber, la causa. En 1888, la histeria y las otras neurosis sólo podían definirse a partir de sus síntomas. Seis años más tarde, Freud pensaba que podía definir las distintas neurosis a través de sus etiologías específicas. Ésa era la moda en la medicina alemana, incluyendo la psiquiatría, gracias al éxito impresionante de la teoría microbiana de la enfermedad. Muchas enfermedades que previamente habían sido definidas sólo a través de sus síntomas, ahora podrían ser definidas a través de los microbios que las causaban –agentes provocadores literales, no metafóricos–. La doctrina freudiana del inconsciente y la de las causas específicas ocultas implican, en parte, una analogía con el área más exitosa de la medicina de la época. El psicoanálisis habría de ser la microscopía de la psique.³⁶ Recientemente, ha habido una discusión un tanto ociosa sobre cómo debe considerarse a Freud: sobre todo como un científico que constantemente generaba conjeturas audaces, por lo general falsas, o como un científico que, cuidadosamente, hizo extensivas las explicaciones psicológicas tradicionales a nuevas áreas, como el inconsciente y el trabajo del sueño. Ambas posiciones parecen ser correctas. Las etiologías freudianas de la histeria, las neurosis de angustia y la neurastenia buscaban establecer una clara distinción entre estos tipos de enfermedades, además de proporcionar una causa específica –y, por ende, un tratamiento específico– para cada uno de ellos. Sus etiologías eran brillantes saltos al vacío, y en su correspondencia lo vemos regodearse con lo que él consideraba como sus grandes descubrimientos.

El salto de Freud en busca de las causas específicas de cada neurosis puede leerse incluso en sus notas al pie de 1892. Allí contradujo la afirmación de Charcot según la cual la fobia tenía una base hereditaria; la causa más frecuente “no reside en la herencia, sino en anormalidades de la vida sexual. Además, se puede especificar la modalidad de abuso de la función sexual que cuenta en cada caso”.³⁷ La mayoría de los lectores, con toda razón, se detendrá en la palabra *sexo*; pero yo también veo la palabra *especificar*. En una serie de artículos (1895-1896), Freud formuló la pregunta: “¿Es posible establecer una relación etiológica constante entre una causa particular y un efecto neurótico particular, de modo tal que cada una de las principales neurosis pueda atribuirse a una etiología específica?”. Su respuesta fue un *¡Sí!* categórico. La neurastenia era causada por la masturbación desmedida o la eyaculación espontánea. Las neurosis de angustia eran causadas por el coito interrumpido o las frustraciones relacionadas. La histeria en las mujeres y la obsesión en los varones eran causadas por traumas sexuales que “*deben corresponder a la niñez temprana (el período de la vida anterior a la pubertad), y su contenido tiene que consistir en una efectiva irritación de los genitales (procesos semejantes al coito)*”.³⁸ Ésta es la llamada teoría de la seducción en la histeria, que es una parte, y sólo una parte, de una teoría general sobre las neurosis. Freud no se sintió abrumado en 1897 porque tuviera que abandonar la teoría de la seducción, sino porque tenía que renunciar a lo que habría de ser su mayor contribución a la ciencia psicológica moderna, comparable a la teoría microbiana de la enfermedad.

³⁵ S.E. 1:137 (en cursivas en el original) [A.E. 1:171].

³⁶ Una afirmación más cauta de esta analogía puede hallarse en Carter 1980.

³⁷ S.E. 1:139 [A.E. 1:173; como en la edición de Amorrortu en lugar de la palabra “especificar” figura “indicar”, se ha modificado la cita para mantener coherencia con el resto del texto. N. del T.].

³⁸ “Further Remarks on the Neuro-psychoses of Defence” (1896), S.E. 3:162-190, 163 (en cursivas en el original) [A.E. 3:164].

El famoso y certero ataque* a Freud de Jeffrey Masson se titula *El asalto a la verdad*. Masson expresaba que Freud había asaltado la verdad al abandonar una teoría verdadera, la teoría de la seducción en la histeria. Además, Freud negaba así la verdad de que el abuso sexual infantil proliferaba en la Viena burguesa (y en todas partes). Tengo una pequeña discrepancia con la versión que Masson da de los hechos, pero no es más que una versión. Pasa por alto a Freud, el teórico, el científico, el hombre que, en opinión de Patricia Kitcher, quería una gran teoría unificada que lo explicara todo.³⁹ A *ese* Freud, sencillamente, no le importaba la incidencia del abuso sexual en su comunidad. La teoría de la seducción no era parte de una crítica de la moral occidental, como sí lo fue el movimiento posterior contra el abuso infantil. Era parte de una etiología sistemática de las neurosis. A Freud, a lo sumo, los niños abusados le importaban incidentalmente. Sí le importaban la Verdad y su compañera, la Causa; no las verdades y los niños pequeños.

Veo a Freud como a alguien que hubiera sido impulsado por una terrible Voluntad de Saber, que podría ilustrarse con un segundo contraste con Janet. Ellenberger escribe que los valores de Freud eran los de la época romántica, y que Janet era un racionalista de la Ilustración. Esa apreciación, como mucho, es parcial. Janet era flexible y pragmático, mientras Freud sí era un teórico dedicado y bastante rígido, en consonancia con el espíritu de la Ilustración. Su teoría temprana sobre las etiologías específicas de las neurosis habría fascinado a la intelectualidad del siglo XVII; a Leibniz le habría encantado. Freud iba a perseguir ese tipo de teorías toda su vida y, como muchos teóricos dedicados, es probable que presentara la evidencia de forma tal que favoreciese su teoría. Tenía un compromiso apasionado con la Verdad, la Verdad que subyace en lo profundo, como un valor. El compromiso ideológico es absolutamente compatible con mentir descaradamente –incluso puede exigirlo–. El objetivo sentido emocionalmente es alcanzar la Verdad sin importar el medio.

Janet no tenía una Voluntad de Verdad semejante. Era un hombre honorable y (podríamos decir *por ende*) no tenía un sentido exagerado de la Verdad. Trataba las neurosis causadas traumáticamente convenciendo al paciente de que el trauma nunca había ocurrido. Lo hacía, en la medida de lo posible, a través de la sugestión y la hipnosis. Tomemos, por ejemplo, a una de sus primeras pacientes, a quien a los seis años se le había hecho dormir al lado de una niña que sufría terriblemente de impétigo de un lado del rostro. A esa paciente le brotaron rasgos histéricos, experimentando pérdida de sensibilidad, e incluso ceguera, de ese lado del rostro. De modo que Janet utilizó la hipnosis para sugestionar a su paciente, haciéndole creer que estaba acariciando el rostro suave y hermoso de la niña al lado de la cual había estado acostada a los seis años. Todos los síntomas, incluyendo la ceguera parcial, desaparecieron. Janet curó a su paciente diciéndole una mentira y convenciéndola de ella. Lo hacía todo el tiempo: a sus pacientes les hacía creer cosas a sabiendas de que eran mentira.

Los admiradores de Janet, pertenecientes a los movimientos de trastornos traumáticos y trastornos de personalidad múltiple, ponen de relieve su profundo compromiso (el de Janet) con los orígenes traumáticos de la mayoría de las histerias. Se valen de eufemismos para la mentira, como “imágenes sustitutivas positivas”: “si recordar el trauma y contar los detalles que lo acompañaban resultaba imposible, o no aportaba alivio, Janet, al igual que Milton Erickson, utilizaba la hipnosis para sustituir los recuerdos traumáticos por imágenes neutras o positivas. Por ejemplo, le pidió a una mujer con ceguera histérica en su ojo izquierdo que imaginara que estaba durmiendo en la misma cama con una ‘niña muy agradable que no estaba enferma’”.⁴⁰

Freud era la antítesis de Janet. Desde su punto de vista, sus pacientes tenían que asumir la verdad. En retrospectiva, no podemos abrigar ninguna duda de que Freud se engañaba a sí mismo muy a menudo, debido a su resuelta dedicación a la teoría. Medio siglo de erudición freudiana nos

* [En inglés, *assault* es una acción violenta que puede ser tanto un “asalto” o “ataque” físico o militar como un “acoso” o “agresión” sexual. Masson juega con esta polisemia en el título de su libro, como se da por supuesto en lo que sigue de la exposición de Hacking. N. del T.]

³⁹ Kitcher 1992.

⁴⁰ Van der Kolk y van der Hart 1989, 1537-1538.

ha enseñado que Freud les hacía creer a los pacientes cosas sobre sí mismos que eran falsas, cosas que a menudo eran tan bizarras que, en primer lugar, sólo el más devoto teorizador podía proponerlas. Pero no hay evidencias de que Freud, sistemáticamente, como método terapéutico, les hiciera creer a sus pacientes cosas que él mismo sabía que eran mentira. Janet engañaba a sus pacientes; Freud se engañaba a sí mismo.

Por lo tanto, tenemos una extraña paradoja. Janet no era, como afirmó Ellenberger, un hombre de la Ilustración. Era un hombre honorable de la Tercera República, amoldado a lo que los anglosajones llaman las virtudes victorianas. No hay ninguna razón para pensar que mintiera a sus colegas, pares honorables en la profesión. Le parecía la cosa más natural del mundo ayudar a sus pacientes, a menudo mujeres y pobres, haciéndoles creer mentiras. La Verdad abstracta no era importante para Janet, ni tampoco lo era que sus pacientes supiesen la verdad sobre sí mismos. Él era un médico, un sanador, y, según todos los testimonios, un excelente sanador. La mujer con ceguera histérica que lo había consultado en un hospital público, aparentemente, fue curada. Podemos pensar que tuvo suerte de no ser vienesa ni lo bastante adinerada para consultar a Freud.

Llegamos a una conclusión inquietante. La doctrina del trauma psicológico, la recuperación del recuerdo y la abreacción crearon una crisis de la verdad. Freud y Janet, los más memorables pioneros en esa doctrina, enfrentaron la crisis de modos opuestos. Janet no tenía ningún reparo en mentirles a sus pacientes, creándoles falsos recuerdos con los que pudiesen soportar su aflicción. La verdad no era para él un valor absoluto. Para Freud, sí lo era. Es decir que apuntaba a la Teoría verdadera, a la que todo lo demás debía someterse, y creía que sus pacientes debían enfrentarse con la verdad sobre sí mismos. Cuando llegó a dudar de la veracidad de los recuerdos obtenidos en análisis, desarrolló una teoría que funcionaba igualmente bien cuando se consideraba que esos recuerdos no eran más que fantasías. Puede que haya tomado una decisión completamente equivocada. Puede que se haya engañado sobre las razones para abandonar la teoría de la seducción. Quizá lo haya hecho porque estaba horrorizado. Pero, en otro nivel, la motivación de Freud era el ideal de la verdad, no la verdad de la vida de tal o cual paciente, no la verdad de la vida familiar de la Viena del siglo XIX, sino una Verdad teórica, más elevada, sobre la psique. Tenía una concepción iluminista de lo que Kitcher llama “una ciencia interdisciplinaria y completa de la mente”. Y, en su práctica, creía firmemente que era obligación del analista llevar a cada paciente a un conocimiento de sí mismo que cuadrara con la teoría.

¿Pero es importante que un paciente llegue o no a tener un conocimiento sobre sí mismo? ¿Por qué no seguir a Janet, e hipnotizar al paciente para que se autoengañe? Creo que el verdadero autoconocimiento sí importa, pero que de allí se desprenden problemas difíciles. Expongo mi propio punto de vista en el capítulo final de este libro. Sin embargo, una cosa resulta evidente. Con respecto a los recuerdos perdidos y recuperados, somos herederos de Freud y Janet. Uno vivía para la Verdad, y muy probablemente se engañaba gran parte del tiempo, incluso a sabiendas. El otro, un hombre mucho más honorable, ayudaba a sus pacientes mintiéndoles, y no se engañaba creyendo estar haciendo algo más que eso. Los debates sobre la verdad en la memoria que nos acosan a fines del siglo XX pueden parecer, en comparación con la agonía de Freud y la complacencia de Janet, recapitulaciones infructuosas de batallas de antaño. La razón que nos damos a nosotros mismos es que quizá estemos atrapados en una estructura subyacente, creada en esos doce años, 1874-1886, en los que el saber sobre la memoria sustituyó la comprensión espiritual del alma. La psicologización del trauma es una parte esencial de esa estructura, porque el penoso trabajo espiritual del alma, que durante tanto tiempo sirvió a una ontología previa, ahora podía convertirse en dolor psicológico oculto. No era el resultado del pecado, que nos seduce desde adentro, sino que había sido causado por el pecador, que nos sedujo desde afuera. El trauma fue el eje en torno al cual se produjo esta revolución.

El trauma se había psicologizado cuando Janet publicó sus primeras apreciaciones sobre el trauma psicológico en la *Revue philosophique* de 1887. Ese mismo año, en otra parte de Europa, un hombre de una clase muy distinta estaba terminando *Genealogía de la moral*. Por lo general, uno puede contar con Nietzsche como un observador y un analista preclaro:

El “dolor psicológico” no me parece ser un hecho definido sino, por el contrario, sólo una interpretación –una interpretación causal– de una colección de fenómenos que no pueden formularse con exactitud [...]. En realidad, se trata apenas de una expresión grandilocuente ubicada en el lugar de un tímido signo de pregunta.⁴¹

¿Acaso no estaba Nietzsche en un mundo diferente –cultural, lingüística, intelectual y moralmente– de aquél que habitaban quienes labraban el modesto campo de la memoria en París? En absoluto. Es muy probable que haya leído los ensayos de Janet, que se publicaron en la revista de Ribot, la *Revue philosophique*. No hay duda de que había leído al propio Ribot, pues parafraseaba, casi palabra por palabra, fragmentos de *Les Maladies de la mémoire* en *La genealogía de la moral*.⁴²

⁴¹ Friedrich Nietzsche, *Zur Genealogie der Moral* (1887), parte 3, párrafo 16. Traduzco *seelische Schmerz* como “dolor psicológico”, y, más libremente, *eines sogar spindeldüren Fragezeichen* como “un tímido signo de pregunta”.

⁴² Lampl 1988.