



SIGMUND FREUD

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA
1895**

A) PRÓLOGO DE LA PRIMERA EDICIÓN (Breuer y Freud)

NUESTRAS experiencias recogidas con un nuevo método de exploración y tratamiento de los fenómenos histéricos las publicamos en 1893 en forma de una «Comunicación preliminar», agregándoles de la manera más concisa todas las concepciones teóricas que a la sazón habíamos alcanzado. Dicha «Comunicación» vuelve a ser impresa aquí a manera de tesis, que habrá de ser ilustrada y ampliada.

Ahora continuamos esa exposición con una serie de observaciones clínicas en cuya selección no pudimos, por desgracia, dejarnos gobernar exclusivamente por razones científicas. En efecto, nuestras experiencias han sido recogidas en la práctica profesional privada, en el seno de una clase social culta e ilustrada, y su contenido roza en múltiples sentidos la vida y los destinos más íntimos de nuestros pacientes.

Significaría cometer un grave abuso de confianza publicar tales revelaciones, a riesgo de que los pacientes sean identificados y de que en sus círculos se difundan hechos que sólo pudieron ser confiados al médico. De ahí que hayamos tenido que renunciar a las observaciones más instructivas y demostrativas, que en primer lugar conciernen, naturalmente, a aquellos casos en los cuales las condiciones sexuales y

matrimoniales tuvieron importancia etiológica. Tal es el motivo de que sólo hayamos podido demostrar muy fragmentariamente nuestro concepto de que la sexualidad, en tanto que fuente de traumas psíquicos y motivo de la «defensa», de la represión de ideas fuera de la consciencia, desempeña un papel cardinal en la patogenia de la histeria. Simplemente hemos tenido que excluir de esta publicación las observaciones más crudamente sexuales.

A las historias clínicas les sigue una serie de consideraciones teóricas, y en un capítulo final de índole terapéutica exponemos la técnica del «método catártico» tal como se ha desarrollado en manos del neurólogo.

Si en algunos pasajes aparecen opiniones dispares y aun contradictorias, ello no debe interpretarse como indicio de una concepción vacilante, sino que corresponde a las legítimas diferencias de opinión entre dos observadores que, si bien concuerdan fundamentalmente en cuanto a los hechos y los principios básicos, no coinciden siempre en sus interpretaciones y en sus presunciones.

Abril de 1895. J. BREUER S.FREUD

B) PRÓLOGOS DE LA SEGUNDA EDICIÓN (de Breuer y de Freud) 1908

EL creciente interés que se le viene dedicando al psicoanálisis parece orientarse ahora también a los Estudios sobre la histeria. El editor desea publicar una nueva edición de este volumen, actualmente agotado. He lo aquí reimpresso sin modificaciones, a pesar de que las concepciones y los métodos expuestos en la primera edición han experimentado en el ínterin amplias y profundas modificaciones. En lo que a mí respecta, desde entonces no he vuelto a ocuparme activamente con el tema, no he tenido parte alguna en su importante desarrollo y nada podría agregar a lo dicho en 1895. Así, sólo me cabe desear que mis dos trabajos incluidos en dicha obra vuelvan a aparecer en su forma original al reeditarse la misma.

J. BREUER

La producción inalterada del texto de la primera edición es también la única posibilidad que veo para la parte que me corresponde en el presente libro. La evolución y las modificaciones que mis conceptos han experimentado en el curso de trece años de labor son demasiado vastas como para incorporarlas a la exposición que de ellas hice entonces, sin desvirtuar totalmente el carácter que ésta posee. Por otra parte, carezco de todo motivo que pudiera inducirme a suprimir este testimonio de mis opiniones iniciales. Aún hoy no puedo considerarlas erróneas, sino merecedoras de aprecio como primeras aproximaciones a conocimientos que sólo un esfuerzo continuado durante largo tiempo permitió captar con mayor integridad. De cuanto posteriormente se agregó a la teoría de la catarsis -el papel de los factores psicosexuales, el del infantilismo,

la importancia de los sueños y del simbolismo inconsciente, entre otras cosas-, el lector atento sabrá encontrar los gérmenes ya en este libro. Finalmente, a quien se interese por la evolución que condujo de la catarsis al psicoanálisis, no podría darle mejor consejo que el de comenzar con los Estudios sobre la histeria, recorriendo así el mismo camino que yo hube de seguir.

Viena, en julio de 1908. FREUD

C) EL MECANISMO PSÍQUICO DE LOS FENÓMENOS HISTÉRICOS

(COMUNICACIÓN PRELIMINAR) (Breuer y Freud) 1893

I

Estimulados por una observación casual, venimos dedicándonos hace ya tiempo a investigar la motivación de los diversos síntomas y formas de la histeria, o sea aquel proceso que hizo surgir por vez primera, con frecuencia muchos años atrás, el fenómeno de que se trate. En la mayoría de los casos, el simple examen del enfermo no basta, por penetrante que sea, para descubrirnos tal punto de partida; resultado negativo, debido en parte a tratarse muchas veces de sucesos que al enfermo desagradan recordar; pero, sobre todo, a que el sujeto no recuerda realmente lo buscado, e incluso ni sospecha siquiera la conexión causal del proceso motivador con el fenómeno patológico. Casi siempre es necesario hipnotizar al paciente y despertar en él durante la hipnosis los recuerdos de la época en la que el síntoma apareció por vez primera; procedimiento que nos permite ya establecer del modo más preciso y convincente la conexión buscada.

Con este método de investigación hemos obtenido en un gran número de casos resultados valiosísimos, tanto desde el punto de vista teórico como desde el práctico.

Por lo que respecta a la teoría, nos han demostrado, en efecto, dichos resultados que el factor accidental posee en la patología de la histeria un valor determinante, mucho más elevado de lo que generalmente se acepta y reconoce. En la histeria «traumática» está fuera de duda que es el accidente lo que ha provocado el síndrome, y cuando de las manifestaciones de los enfermos de ataques histéricos nos es posible deducir que en todos y cada uno de sus ataques vive de nuevo por alucinación aquel mismo proceso que provocó el primero que padecieron, también se nos muestra de una manera evidente la conexión causal. No así en otros distintos fenómenos.

Pero nuestros experimentos nos han demostrado que síntomas muy diversos, considerados como productos espontáneos -«idiopáticos», podríamos decir- de la histeria, poseen con el trauma causal una conexión tan estrecha como la de los fenómenos antes mencionados, transparentes en este sentido. Hemos podido referir a tales factores causales neuralgias y anestias de formas muy distintas, que en algunos casos venían

persistiendo a través de años enteros; contracturas y parálisis; ataque histéricos y convulsiones epileptoides, diagnosticadas de epilepsia por todos los observadores; petit mal y afecciones de la naturaleza de los «tics»; vómitos persistentes y anorexia, llevada hasta la repulsa de todo alimento, perturbaciones de la visión, alucinaciones visuales continuas, etc., etcétera. La desproporción entre el síntoma histérico, persistente a través de años enteros, y su motivación, aislada y momentánea, es la misma que estamos habituados a observar en la neurosis traumática. Con frecuencia, la causa de los fenómenos patológicos, más o menos graves, que el paciente presenta, está en sucesos de su infancia.

En muchas ocasiones es tan perceptible la conexión, que vemos con toda evidencia cómo el suceso causal ha dado origen precisamente al fenómeno de que se trata y no a otro distinto. Dicho fenómeno aparece entonces transparentemente determinado por su motivación. Así sucede -para elegir un ejemplo vulgarísimo-cuando un afecto doloroso, surgido en ocasión de hallarse comiendo el sujeto, y retenido por el mismo, produce después malestar y vómitos, que luego perduran a través de meses enteros en calidad de vómitos histéricos. Una muchacha, que llevaba varias noches velando angustiada a su padre, enfermo, cayó una de ellas en un estado de obnubilación, durante el cual se le durmió el brazo derecho, que tenía colgando por encima del respaldo de la silla, y sufrió una terrible alucinación. Todo ello originó una «pereza» de dicho brazo, con anestesia y contractura. Además, habiendo querido rezar, no encontró palabras hasta que, por fin, consiguió pronunciar una pequeña oración infantil en inglés; y cuando algún tiempo después se vio aquejada por una grave y complicada histeria, olvidó por completo durante año y medio su idioma natal, no pudiendo hablar, escribir ni comprender sino el inglés. Una señora, cuya hija se hallaba gravemente enferma, puso toda su voluntad, al verla conciliar el sueño, en evitar cualquier ruido que pudiera despertarla; pero precisamente a causa de tal propósito («voluntad contraria histérica») acabó produciendo un singular chasquido con la lengua. Posteriormente, en otra ocasión, en la que deseaba también guardar un absoluto silencio, volvió a dejar escapar dicho ruido, el cual pasó ya a constituirse en un «tic», que durante años enteros acompañó toda excitación. Un sujeto de gran inteligencia hubo de asistir a un hermano suyo en una operación quirúrgica, encaminada a corregir una anquilosis de la articulación de cadera. En el momento en que la articulación cedió, crujiendo a los esfuerzos del operador, sintió en igual lugar de su cuerpo un agudo dolor, que persistió luego cerca de un año.

En otros casos no es tan sencilla la conexión; entre la motivación y el fenómeno patológico no existe sino una relación simbólica, semejante a la que el hombre sano constituye en el sueño cuando, por ejemplo, viene a unirse una neuralgia a un dolor anímico, a náuseas al efecto de repugnancia moral. Hemos observado enfermos que acostumbran hacer amplio uso de un tal simbolismo. En una tercera serie de casos no logramos descubrir al principio una semejante determinación. A esta serie pertenecen precisamente los síntomas histéricos típicos, tales como la

hemianestesia, la disminución del campo visual, las convulsiones epileptiformes, etc. Más adelante, al entrar ya de lleno en la discusión de la materia, expondremos nuestra opinión sobre este grupo de fenómenos.

Estas observaciones no parecen demostrar la analogía patógena de la histeria común con la neurosis traumática y justificar una extensión del concepto de «histeria traumática». En la neurosis traumática, la verdadera causa de la enfermedad no es la leve lesión corporal, sino el sobresalto, o sea el trauma psíquico. También con relación a muchos síntomas histéricos nos han revelado análogamente nuestras investigaciones causas que hemos de calificar de traumas psíquicos. Cualquier afecto que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico puede actuar como tal trauma. De la sensibilidad del sujeto (y de otra condición, que más adelante indicaremos) depende que el suceso adquiera o no importancia traumática. En la histeria común hallamos muchas veces, sustituyendo el intenso trauma único, varios traumas parciales, o sea un grupo de motivaciones, que sólo por su acumulación podían llegar a exteriorizar un efecto traumático, y cuya única conexión está en constituir fragmentos de un mismo historial patológico. En otros casos son circunstancias aparentemente indiferentes las que por su coincidencia con el suceso, realmente eficaz, o con un instante de gran excitabilidad, pero que conservan ya a partir de ese momento.

Pero la conexión causal del trauma psíquico con el fenómeno histérico no consiste en que el trauma actúe de «agente provocador», haciendo surgir el síntoma, el cual continuaría subsistiendo independientemente. Hemos de afirmar más bien que el trauma psíquico, o su recuerdo, actúa a modo de un cuerpo extraño; que continúa ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente, por mucho tiempo que haya transcurrido desde su penetración en él. Esta actuación del trauma psíquico queda demostrada por un singularísimo fenómeno, que confiere además a nuestros descubrimientos un alto interés práctico.

Hemos hallado, en efecto, y para sorpresa nuestra, al principio, que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto. El recuerdo desprovisto de afecto carece casi siempre de eficacia. El proceso psíquico primitivo ha de ser repetido lo más vivamente posible, retrotraído al status nascendi, y «expresado» después. En esta reproducción del proceso primitivo, alucinaciones, etc. -nuevamente con toda intensidad, para luego desaparecer de un modo definitivo. Las parálisis y anestias desaparecen también, aunque, naturalmente, no resulte perceptible su momentánea intensificación.

No parece muy aventurado sospechar que de lo que en estos casos se trata es de una sugestión inintencionada. El enfermo esperaría verse libertado

de su dolencia por el procedimiento descrito, y esta esperanza, y no el hecho mismo de dar expresión verbal al recuerdo del proceso provocador y a su efecto concomitante, sería el verdadero factor terapéutico. Pero no es así. La primera observación de este género en la cual fue analizado en la forma indicada un complicadísimo caso de histeria, siendo suprimidos por separado los síntomas separadamente originados, procede del año 1881, o sea de la época «presugestiva»; fue facilitada por autohipnosis espontánea del enfermo y causó al observador la mayor sorpresa.

Invirtiendo el principio de *cessante causa, cessat effectus*, podemos muy bien deducir de estas observaciones que el proceso causal actúa de algún modo después de largos años y no indirectamente, por mediación de una cadena de elementos causales intermedios, sino inmediatamente como causa inicial, del mismo modo que un antiguo dolor psíquico, recordado en estado de vigilia, provoca todavía las lágrimas. Así, pues, el histérico padecería principalmente de reminiscencias.

II

En un principio parece extraño que sucesos tan pretéritos puedan actuar con tal intensidad; esto es, que su recuerdo no sucumba al desgaste, al que vemos sucumbir todos nuestros demás recuerdos. Las consideraciones siguientes nos facilitarán quizá la comprensión de estos hechos.

La debilitación o pérdida de afecto de un recuerdo depende de varios factores y, sobre todo, de que el sujeto reaccione o no enérgicamente al suceso estimulante. Entendemos aquí por reacción toda la serie de reflejos, voluntarios e involuntarios -desde el llanto hasta el acto de venganza-, en los que, según sabemos por experiencia, se descargan los afectos. Cuando esta reacción sobreviene con intensidad suficiente, desaparece con ella gran parte del afecto. En cambio, si se reprime la reacción, queda el afecto ligado al recuerdo. El recuerdo de una ofensa castigada, aunque sólo fuese con palabras, es muy distinto del de otra que hubo de ser tolerada sin protesta.

La reacción del sujeto al trauma sólo alcanza un efecto «catártico» cuando es adecuado; por ejemplo, la venganza. Pero el hombre encuentra en la palabra un subrogado del hecho, con cuyo auxilio puede el afecto ser también casi igualmente descargado por reacción (*Abreagiert*). En otros casos es la palabra misma el reflejo adecuado a título de lamentación o de alivio del peso de un secreto (la confesión). Cuando no llega a producirse tal reacción por medio de actos o palabras, y en los casos más leales, por medio de llanto, el recuerdo del suceso conserva al principio la acentuación afectiva.

La «descarga por reacción» no es, sin embargo, el único medio de que dispone el mecanismo psíquico normal del individuo sano para anular los efectos de un trauma psíquico. El recuerdo del trauma entra, aunque no haya sido descargado por reacción, en el gran complejo de la asociación, yuxtaponiéndose a otros sucesos, opuestos, quizá, a él, y siendo

corregido por otras representaciones. Así después de un accidente, se unen al recuerdo del peligro y a la reproducción (atenuada) del sobresalto el recuerdo del curso ulterior del suceso, o sea el de la salvación, y la consciencia de la seguridad presente. El recuerdo de una ofensa no castigada es corregido por la rectificación de los hechos, por reflexiones sobre la propia dignidad, etc., y de este modo logra el hombre normal de desaparición del afecto, concomitante al trauma, por medio de funciones de la asociación.

A esto se añaden luego aquella debilitación general de las impresiones y aquel empalidecer de los recuerdos, que constituyen lo que llamamos «olvidos», el cual desgasta, ante todo, las representaciones, carentes ya de eficacia afectiva.

Ahora bien: de nuestras observaciones resulta que aquellos recuerdos que han llegado a constituirse en causas de fenómenos histéricos se han conservado con maravillosa nitidez y con toda su acentuación afectiva a través de largos espacios de tiempo. Hemos de advertir, sin embargo, que los enfermos no disponen de estos recuerdos como de otros de su vida; hecho singularísimo que más adelante utilizaremos para nuevas deducciones. Por el contrario, tales sucesos faltan totalmente en la memoria de los enfermos, hallándose éstos en su estado psíquico ordinario, o sólo aparecen contenidos en ella de un modo muy sumario. Ahora bien: sumido el sujeto en la hipnosis, y sometido durante ella a un interrogatorio, emergen de nuevo dichos recuerdos con toda la intacta vitalidad de sucesos recientes.

Una de nuestras pacientes reprodujo así en una serie de sesiones de hipnotismo, que duró medio año, todo aquello que en iguales días del año anterior (durante una histeria aguda) había constituido para ella motivo de excitación. Un «Diario», que su madre llevaba, ignorado por ella, confirmó la absoluta exactitud de la reproducción. Otra enferma vivió de nuevo con alucinante precisión, parte en el sueño hipnótico y parte por medio de ocurrencias espontáneas, todos los sucesos de una psicosis histérica padecida diez años antes, sucesos con respecto a los cuales presentaba una total amnesia hasta el momento mismo de su nueva emergencia. También algunos recuerdos etiológicamente importantes, de quince a veinte años de fecha, demostraron haberse conservado asombrosamente intactos y precisos, actuando a su retorno con toda la fuerza afectiva de sucesos nuevos.

La razón de esta singularidad no puede estar sino en que tales recuerdos constituyen una excepción de la regla general de desgaste, a la que antes nos referimos. Se demuestra, en efecto, que tales recuerdos corresponden a traumas que no han sido suficientemente «descargados por reacción», y examinando con detención las razones que lo han impedido, llegamos a descubrir, por lo menos, dos series de condiciones en las cuales no ha existido reacción alguna al trauma.

En el primer grupo de estas condiciones incluimos aquellos casos en los

que los enfermos no han reaccionado a traumas psíquicos porque la naturaleza misma del trauma excluía una reacción, como sucede en la pérdida irreparable de una persona amada; porque las circunstancias sociales hacían imposible la reacción o porque, tratándose de cosas que el enfermo quería olvidar, las reprimía del pensamiento consciente y las inhibía y suprimía. Tales sucesos penosos se encuentran luego en la hipnosis como fundamento de fenómenos histéricos (delirios histéricos de los santos y las monjas, de las mujeres continentales y de los niños severamente educados).

La segunda serie de condiciones no aparece determinada por el contenido de los recuerdos, sino por los estados psíquicos con los cuales han coincidido en el enfermo los sucesos correspondientes. En la hipnosis hallamos también, efectivamente, como causa de síntomas histéricos, representaciones carentes en sí de importancia, que deben su conservación a la circunstancia de haber surgido en graves afectos paralizantes (por ejemplo, el sobresalto) o directamente en estados psíquicos anormales, como el estado semihipnótico del ensueño diurno, la autohipnosis, etc. En estos casos es la naturaleza de estos estados la que impidió toda reacción al suceso.

Ambas condiciones pueden también coincidir, y de hecho coinciden muchas veces. Tal sucede cuando un trauma eficaz en sí sobreviene en un estado de afecto grave y paralizante o en un estado de alteración de la consciencia. Pero también parece suceder que el trauma psíquico provoca en muchas personas algunos de los estados anormales antes mencionados, el cual impide entonces, a su vez, toda reacción.

Por otra parte, es común a ambos grupos de condiciones el hecho de que en los traumas no descargados por reacción se ve también negada la descarga por elaboración asociativa. En el primer grupo el propósito del enfermo de olvidar los sucesos penosos excluye a éstos, en la mayor medida posible, de la asociación; en el segundo, la elaboración asociativa fracasa porque entre el estado normal de la consciencia y el estado patológico en el que surgieron tales representaciones no existe una amplia conexión asociativa. En páginas inmediatas tendremos ocasión de volver más detenidamente sobre estas circunstancias.

Podemos, pues, decir que las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y plenas de afecto porque les está negado el desgaste normal mediante la descarga por reacción o la reproducción en estados de asociación no cohibida.

III

Al indicar las condiciones de las cuales depende, según nuestras observaciones, que los traumas psíquicos originen fenómenos histéricos, hubimos de hablar ya de estados anormales de consciencia, en los que surgen tales representaciones patógenas, y tuvimos que hacer resaltar el hecho de que el recuerdo del trauma psíquico eficaz no aparece contenido en la memoria del enfermo hallándose éste en su estado normal, y sólo

surge en ella cuando se le hipnotiza. Cuando más detenidamente fuimos estudiando estos fenómenos, más firme se hizo nuestra convicción de que aquella disociación de la consciencia, que tan singular se nos muestra como «double conscience» en los conocidos casos clásicos, exista de un modo rudimentario en toda histeria, siendo la tendencia a esta disociación, y con ella a la aparición de estados anormales de consciencia, que reuniremos bajo el calificativo de «hipnoides», el fenómeno fundamental de esta neurosis. En esta opinión coincidimos con Binet y con los dos Janet, sobre cuyas singularísimas observaciones en sujetos anestésicos carecemos, por lo demás, de experiencia.

A la conocida afirmación de que «la hipnosis es una histeria artificial» agregaremos, pues, nosotros la de que la existencia de estados hipnoides es base y condición de la histeria. Tales estados hipnoides, muy diversos, coinciden, sin embargo, entre sí y con la hipnosis en la circunstancia de que las representaciones en ellos emergentes son muy intensas, pero se hallan excluidas del comercio asociativo con el restante contenido de la consciencia. Pero entre sí pueden dichos estados asociarse, y su contenido de representaciones puede alcanzar por este camino grados diferentemente elevados de organización psíquica. Por lo demás, la naturaleza de estos estados y el grado de su exclusión de los demás procesos de la consciencia podría variar, análogamente a como varía la hipnosis, la cual se extiende desde la más ligera somnolencia hasta el sonambulismo, y desde el recuerdo total hasta la amnesia absoluta.

Cuando tales estados hipnoides existen ya antes de la aparición manifiesta de la enfermedad, constituyen el terreno en el que el afecto instala el recuerdo patógeno, con sus fenómenos somáticos consecutivos. Esta circunstancia corresponde a la predisposición a la histeria. Ahora bien: resulta de nuestras observaciones que un trauma grave (como el de la neurosis traumática) o una penosa represión (por ejemplo, la del afecto sexual) pueden también producir en el hombre no predispuesto una disociación de grupos de representaciones. Este sería el mecanismo de la histeria psíquicamente adquirida. Entre los extremos de estas dos formas hemos de suponer existente una serie, dentro de la cual varían en sentido contrario la facilidad de disociación en el sujeto y la magnitud afectiva del trauma.

Nada nuevo podemos decir sobre el fundamento de los estados hipnoides de predisposición. Únicamente indicaremos que con frecuencia se desarrollarían partiendo de los «sueños diurnos», tan frecuentes incluso en los individuos sanos, y a los que, por ejemplo, ofrecen tan amplia ocasión las labores manuales femeninas. La cuestión de por qué las «asociaciones patológicas» que en tales estados se forman son tan firmes, y ejercen sobre los procesos somáticos una influencia mucho más energética que la que en general ejercen las representaciones, coincide con el problema del afecto de las sugerencias hipnóticas. Nuestras observaciones no nos han proporcionado ningún dato nuevo sobre este punto; en cambio, nos han descubierto la existencia de una contradicción

entre el principio de que «la histeria es una psicosis» y el hecho de que entre los histéricos nos es dado hallar individuos de clarísima inteligencia, gran fuerza de voluntad, enérgico carácter y sutil juicio crítico. En estos casos, tales caracteres corresponden al pensamiento despierto del individuo, el cual sólo en sus estados hipnoides aparece enajenado, como todos lo somos en el fenómeno onírico. Pero mientras que nuestras psicosis oníricas no ejercen influencia alguna sobre nuestro estado de vigilia, los productos de los estados hipnoides se extienden a la vida despierta en calidad de fenómenos histéricos.

IV

Con respecto a los ataques histéricos podemos repetir casi las mismas observaciones que dedicamos a los síntomas histéricos duraderos. Conocida es la descripción esquemática, hecha por Charcot, del «gran» ataque histérico, según la cual el ataque completo mostraría cuatro fases: primera, la epileptoide; segunda, la de los grandes movimientos; tercera, la de las actitudes pasionales (la fase alucinatoria), y cuarta, la del delirio final. Las diversas formas del ataque histérico, más frecuentes que el gran ataque completo, se caracterizarían por la falta de alguna de estas fases, su aparición aislada o su mayor o menor duración.

Nuestra tentativa de aclaración viene a enlazarse a la tercera fase, o sea a la de las actitudes pasionales. En los casos en que esta fase aparece con suficiente intensidad entraña la reproducción alucinatoria de un recuerdo importante para la explosión de la histeria; esto es, del recuerdo del único gran trauma de la llamada histeria traumática o de una serie de traumas parciales conexos, tales como los que constituyen el fundamento de la histeria común. O, por último, hace el ataque retornar aquellos sucesos que por su coincidencia con un momento de especial disposición quedaron elevados a la categoría de traumas.

Pero hay también ataques que aparentemente sólo consisten en fenómenos motores, faltando en ellos la fase pasional. Cuando durante uno de estos ataques, compuesto de contracciones generales o rigidez cataléptica, o en un ataque de *sommeil* conseguimos ponernos en rapport con el enfermo, o, mejor aún, cuando logramos provocar el ataque durante la hipnosis, hallamos que también estos casos entrañan, en su base, el recuerdo del trauma psíquico o de una serie de traumas, recuerdo que en otras ocasiones se hacía visible en la fase alucinatoria. Una niña venía sufriendo desde varios años atrás ataques de convulsiones generales, que se suponían epilépticas. Hipnotizada con el fin de establecer un diagnóstico diferencial, sufrió en el acto uno de tales ataques, e interrogada sobre lo que en aquel momento veía, contestó: «El perro. ¡Que viene el perro!», resultando luego, efectivamente, que el primero de sus ataques lo padeció a raíz de haber sido perseguida por un perro rabioso. El éxito de la terapia confirmó después nuestro diagnóstico.

Un empleado que había enfermado de histeria a consecuencia de haber sido

maltratado por su jefe, padecía ataques en los que caía redondo al suelo, presa de furiosas convulsiones, pero sin hablar palabra ni delatar alucinación alguna. Provocado el ataque durante la hipnosis, se reveló que volvía a vivir en su curso la escena en que el jefe se le acercó en la calle, insultándole y golpeándole con un bastón. Pocos días después acudió de nuevo a la consulta, quejándose de haber sufrido otro ataque, y esta vez se comprobó, en la hipnosis, que había reproducido la escena a la cual se enlazaba realmente el principio de su enfermedad; esto es, la que se desarrolló ante el tribunal de justicia, que le negó satisfacciones por los malos tratos recibidos.

Los resultados que surgen en los ataques histéricos o pueden ser despertados durante éstos corresponden también, en todos sus demás componentes, a los sucesos que se nos han revelado como fundamentos de síntomas histéricos duraderos. Como ellos se refieren a traumas psíquicos que han eludido la anulación mediante la descarga de reacción o la labor intelectual asociativa, faltan por completo, o en sus componentes esenciales, en el acervo mnémico de la consciencia normal y se muestran pertenecientes al contenido de representaciones de los estados hipnoides de consciencia con asociación restringida. Además, admiten la prueba terapéutica. Nuestras observaciones nos han mostrado muchas veces que un tal recuerdo que venía provocando ataques queda incapacitado para ello cuando se le lleva en la hipnosis a la reacción y a la rectificación asociativa.

Los fenómenos motores del ataque histérico pueden ser interpretados, unos, como normas generales de reacción del afecto concomitante al recuerdo (análogamente al pataleo del niño de pecho), y en parte, como movimientos expresivos, directos de dicho recuerdo. Una tercera parte elude, como los estigmas histéricos entre los síntomas permanentes, esta explicación.

Atendiendo ahora a la teoría antes indicada de que en la histeria existen grupos de representaciones nacidos en estados hipnoides y excluidos del comercio asociativo con los demás, pero asociables entre sí, que representan un rudimento más o menos organizado de una segunda consciencia o de una *condition seconde*, llegamos a una especial concepción del ataque histérico. El síntoma histérico permanente corresponderá entonces a una extensión de este segundo estado a la inervación somática, regida en cualquier otro momento por la consciencia normal, y el ataque histérico testimoniará de una superior organización de este segundo estado y significará, siendo aislado, un momento en el que dicha consciencia hipnoide se ha apoderado de toda existencia, o sea una histeria aguda. Cuando se trate de un ataque repetido, que contiene un recuerdo, significará el retorno de tal momento. Charcot ha expresado ya el pensamiento de que el ataque histérico sería el rudimento de una *condition seconde*. Durante el ataque, el dominio sobre la inervación somática aparece transferido a la consciencia hipnoide. Sin embargo, la consciencia normal no queda anulada totalmente mientras tanto, y puede incluso percibir los fenómenos motores del ataque, al paso que los

procesos psíquicos del mismo escapan a su percatación.

El curso típico de una grave histeria es el de formarse primero, en estados hipnoides, un contenido de representaciones, que luego, suficientemente crecido, se apodera de la inervación somática y de la existencia del enfermo; durante un período de «histeria aguda» crea síntomas duraderos y ataques, y desaparece luego, dejando algunos restos. Si el sujeto logra recobrar el dominio de sí mismo, tales restos supervivientes del contenido hipnoide de representaciones retornan en ataques histéricos y le hacen volver temporalmente a estados análogos, susceptibles nuevamente de influencia y capaces de acoger nuevos traumas. En esta situación se establece con frecuencia una especie de equilibrio entre los grupos psíquicos reunidos en el mismo individuo. El ataque y la vida normal caminan paralelamente, sin influirse entre sí. El ataque surge entonces espontáneamente, como suelen también surgir en nosotros los recuerdos; pero puede también ser provocado del mismo modo que, según las leyes de la asociación, nos es dado despertar cualquier recuerdo. La provocación del ataque puede resultar de la excitación de una zona histerógena o de un nuevo suceso análogo al patógeno. Esperamos poder demostrar que entre ambas condiciones, aparentemente tan diversas, no existe diferencia alguna esencial, y que en ambos casos es herido un recuerdo hiperestético. En otras ocasiones, el equilibrio indicado es muy estable, y el ataque aparece, como manifestación del resto de consciencia hipnoide, en cuanto el sujeto sufre, por fatiga u otra causa cualquiera, una disminución de su capacidad funcional. El ataque puede también surgir en estos casos, despojado de significación primitiva, como una simple reacción motora.

Como tema de subsiguientes investigaciones queda aún el referente a las condiciones de las cuales pueda depender el que una individualidad histérica se manifieste en ataques, en síntomas permanentes o en una mezcla de ambos fenómenos.

V

Resulta ya comprensible cómo el método psicoterápico que aquí exponemos actúa curativamente. Anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio, dando salida, por medio de la expresión verbal, al afecto concomitante, que había quedado estancado, y llevándola a la corrección asociativa por medio de su atracción a la consciencia normal (en una ligera hipnosis) o de su supresión por sugestión médica, como sucede en los casos de sonambulismo con amnesia.

La aplicación de este procedimiento nos parece constituir un importante progreso terapéutico. Naturalmente no curamos la histeria, en tanto es disposición, ni conseguimos nada contra el retorno de estados hipnoides. Tampoco, durante el estado productivo de una histeria aguda, puede evitar nuestro procedimiento que los fenómenos trabajosamente suprimidos queden sustituidos enseguida por otros. Pero cuando, pasado este estado, sólo quedan algunos restos del mismo, en calidad de síntomas permanentes

y ataques histéricos, nuestro método, actuando radicalmente, logra suprimirlos con frecuencia para siempre y nos parece superar en mucho la eficacia de la supresión sugestiva directa, tal y como hoy es empleada por los psicoterapeutas.

Si bien tenemos consciencia de haber avanzado algunos pasos hacia el descubrimiento del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos por el camino que Charcot fue el primero en iniciar con la explicación e imitación experimental de las parálisis histerotraumáticas, no se nos oculta, sin embargo, que nuestros trabajos no nos han acercado sino al conocimiento del mecanismo de los síntomas histéricos y no al de las causas internas de la histeria. No hemos hecho sino rozar la etiología de la histeria y sólo hemos podido aclarar, en realidad, las causas de las formas adquiridas, o sea la importancia del factor accidental en la neurosis.

D) APORTACIONES A LA COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS «ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA»

1) CARTA A JOSEF BREUER 1892 [1941]

29-6-1892

MI estimado Breuer:

La inocente satisfacción con que le entregué esas pocas páginas más ha cedido el lugar a la inquietud que tan a menudo acompaña los incesantes dolores de la reflexión. Me atormenta, en efecto, el problema de cómo será posible dar una imagen bidimensional de algo tan corpóreo como nuestra teoría de la histeria. Sin duda alguna, la cuestión decisiva es si habremos de darle una exposición histórica, comenzando con todas las historias clínicas, o con las dos mejores entre ellas, o si no convendría más bien empezar con una enunciación dogmática de las teorías que hemos elaborado a modo de explicación. Por mi parte, me inclino más a esto último, y optaría por distribuir el material de la siguiente manera:

1) Nuestras teorías:

- a) El teorema de la constancia de las sumas de excitación.
- b) La teoría de la memoria.
- c) El teorema según el cual los contenidos de diferentes estados de consciencia pueden ser asociados entre sí.

2) La génesis de los síntomas histéricos crónicos: sueños, autohipnosis, afecto y acción del trauma absoluto. Los tres primeros factores se relacionan con la disposición; el último con la etiología. Los síntomas crónicos corresponderían al mecanismo normal; representan [intentos de reacción, en parte por vías anormales; su carácter histérico reside en su persistencia. La razón de su persistencia radica en el teorema c)]

desplazamientos en parte por vías anormales (modificación interna) de sumas de excitación [tema subsidiario] que no han sido liberadas. Motivo del desplazamiento: intento de reacción; motivo de la persistencia: teorema c) del aislamiento asociativo. -Comparación con hipnosis- Tema subsidiario: Sobre la índole del desplazamiento: Localización de los síntomas histéricos crónicos.

3) El ataque histérico: también es un intento de reacción por la vía del recuerdo, etc.

4) La génesis de los estigmas histéricos: sumamente oscura, sólo insinuaciones.

5) La fórmula patológica de la histeria: histeria disposicional e histeria accidental. La serie [complementaria] que yo he establecido. La magnitud de las sumas de excitación, concepto del trauma, el estado segundo de consciencia.

2010 - Reservados todos los derechos

Permitido el uso sin fines comerciales

Súmesese como [voluntario](#) o [donante](#) , para promover el crecimiento y la difusión de la [Biblioteca Virtual Universal](#). www.biblioteca.org.ar

Si se advierte algún tipo de error, o desea realizar alguna sugerencia le solicitamos visite el siguiente [enlace](http://www.biblioteca.org.ar/comentario). www.biblioteca.org.ar/comentario