

I. Sobre el mecanismo psíquico
de fenómenos histéricos:
comunicación preliminar¹
(Breuer y Freud)
(1893)

Movidos por una observación casual, desde hace una serie de años investigamos, en las más diversas formas y síntomas de la histeria, su ocasionamiento: el proceso en virtud del cual el fenómeno en cuestión se produjo la primera vez, hecho este que suele remontarse muy atrás en el tiempo. En la gran mayoría de los casos no se consigue aclarar ese punto inicial mediante el simple examen clínico, por exhaustivo que sea; ello se debe en parte a que suele tratarse de vivencias que al enfermo le resulta desagradable comentar, pero, principalmente, a que en realidad no las recuerda, y hartas veces ni vislumbra el nexo causal entre el proceso ocasionador y el fenómeno patológico. Casi siempre es preciso hipnotizar a los enfermos y, en ese estado, despertarles los recuerdos de aquel tiempo en que el síntoma afloró la primera vez; así se consigue evidenciar el mencionado nexo de la manera más nítida y convincente.

Este método de indagación nos deparó en gran número de casos unos resultados que parecen valiosos tanto en el aspecto teórico como en el práctico.

En el aspecto *teórico*, porque nos han probado que el factor accidental comanda la patología de la histeria en una medida que rebasa en mucho la notoria y admitida. En el caso de la histeria *«traumática»* es evidente que fue el accidente el que provocó el síndrome; y si en unos ataques hísticos se infiere, de las exteriorizaciones de los enfermos,

¹ [Corresponde a la llamada que aparece en el título, *supra*, pág. 27.] Según lo explicita la nota al pie del «Prólogo a la primera edición», este primer capítulo había aparecido primitivamente, en 1893, como trabajo separado. Fue reimpresso no sólo en el presente libro, sino también en el primer volumen de la recopilación de escritos breves de Freud titulada *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre* (1906); en este último caso se añadió la siguiente nota al pie: «Impreso también como introducción a *Estudios sobre la histeria*, 1895, obra en la cual Josef Breuer y yo desarrollamos las concepciones aquí expuestas y las ilustramos mediante historiales clínicos.»]

que en cada ataque ellos alucinan siempre el mismo proceso que provocó al primero, también en este caso es patente el nexo causal. Más oscuro es el estado de cosas respecto de otros fenómenos.

Ahora bien, nuestras experiencias nos han mostrado que *los síntomas más diferentes, tenidos por operaciones espontáneas, por así decir idiopáticas, de la histeria mantienen con el trauma ocasionador un nexo tan estricto como aquellos otros fenómenos más transparentes en este sentido*. Hemos podido reconducir a unos tales traumas ocasionadores tanto neuralgias como anestias de la más diversa índole, y que a menudo databan de años atrás; también, contracturas y parálisis, ataques histéricos y convulsiones epileptoides que según todos los observadores eran epilepsias genuinas, *petit mal* y afecciones del tipo de los tics, vómitos permanentes y anorexia hasta llegar al rehusamiento de toda comida, las más diferentes perturbaciones de la visión, alucinaciones visuales recurrentes, etc. La desproporción entre los años que dura el síntoma histérico y su ocasionamiento único es la misma que estamos habituados a ver de una manera regular en la neurosis traumática; con harta frecuencia son sucesos de la infancia los que han producido para todos los años subsiguientes un fenómeno patológico más o menos grave.

El nexo suele ser tan claro que es bien visible cómo el suceso ocasionador produjo justamente este fenómeno y no otro. Este último, entonces, está determinado (*determinieren*) de manera totalmente nítida por su ocasionamiento. Así, para tomar el ejemplo más trivial: un afecto dolorido, generado en el curso de una comida, pero sofocado, produce luego náuseas y vómitos, y estos últimos duran meses como vómitos histéricos. Una muchacha que en martirizadora angustia vela ante el lecho de un enfermo, cae en un estado crepuscular y tiene una alucinación horrorosa en el momento en que se le adormece el brazo derecho, pendiente del respaldo de la silla: desde ahí se le desarrolla una parestesia de ese brazo con contractura y anestesia. Quiere rezar y no encuentra las palabras; por fin consigue pronunciar una oración infantil en inglés. Cuando más tarde se le desarrolla una histeria grave, en extremo compleja, habla, escribe y comprende sólo inglés, mientras que su lengua materna le resulta ininteligible durante un año y medio.² — Un niño gravemente enfermo se duerme al fin; la madre tiende toda

² [Sobre el caso de esta paciente versa el primer historial clínico; cf. *infra*, págs. 47 y sigs.]

su fuerza de voluntad para mantenerse silenciosa y no despertarlo; y justamente a causa de este designio produce un chasquido con la lengua (¡voluntad contraria histérica!). Ese chasquido se le repite luego en otra oportunidad en la que de igual modo quiere mantenerse completamente en silencio, y desde ahí se le desarrolla un tic: durante muchos años, a raíz de cada emoción se le produce un chasquido de lengua.³ — Un hombre de elevada inteligencia asiste a la operación a que es sometido su hermano: en estado de narcosis le estiran la articulación anquilosada de la cadera. En el momento en que esta cede con un crujido, siente un dolor violento en su propia articulación de la cadera, dolor que le persiste casi un año; etc.

En otros casos, el nexa no es tan simple; sólo consiste en un vínculo por así decir simbólico entre el ocasionamiento y el fenómeno patológico, como el que también las personas sanas forman en el sueño: por ejemplo, si a un dolor anímico se acopla una neuralgia, o vómitos al afecto del asco moral. Hemos estudiado enfermos que solían hacer el más amplio uso de una simbolización así.⁴ — Y en otros casos, un determinismo de esa índole no se ofrece al entendimiento de primera intención; entre ellos se cuentan justamente los síntomas histéricos típicos, como hemianestesia y estrechamiento del campo visual, convulsiones epileptiformes, etc. Nos vemos precisados a reservar para un comentario más detallado sobre el tema la exposición de nuestras opiniones sobre este grupo.

Tales observaciones parecen demostrarnos *la analogía patógena entre la histeria corriente y la neurosis traumática*, y justificar una *extensión del concepto de «histeria traumática»*. En el caso de la neurosis traumática, la causa eficiente de la enfermedad no es la ínfima lesión corporal; lo es, en cambio, el afecto de horror, el *trauma psíquico*. Análogamente, nuestras pesquisas averiguaron para muchos síntomas histéricos, si no para los más, unas ocasiones que es preciso designar «traumas psíquicos». En calidad de tal obrará toda vivencia que suscite los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico; y, desde luego, de la sensibilidad de la persona afectada (así como de otra condición, que mencionaremos más adelante) dependerá que la

³ [Véase el segundo historial clínico, *infra*, págs. 71 y sigs. Estos episodios fueron mencionados con cierta extensión en «Un caso de curación por hipnosis...» (Freud, 1892-93), *AE*, 1, págs. 157-8, donde se examina asimismo el concepto de «voluntad contraria histérica».]

⁴ [Véase la descripción del caso de Cécilie M., *infra*, págs. 189 y sigs.]

vivencia se haga valer como trauma. No es raro que en la histeria corriente hallemos, en lugar de un gran trauma, varios traumas parciales, unas ocasiones agrupadas que sólo en su sumación pudieron exteriorizar efecto traumático y forman una trama en la medida en que constituyen los capítulos de una historia de padecimiento. En otros casos, en cambio, son circunstancias al parecer indiferentes en sí mismas las que por su conjugación con el suceso de genuina eficacia, o con un momento temporal, particularmente sensible, han adquirido la dignidad de traumas, que de otro modo no les correspondería, pero que conservan desde entonces.

Sin embargo, el nexo causal del trauma psíquico ocasionador con el fenómeno histérico no es tal que el trauma, como *agent provocateur* {agente provocador}, desencadenaría al síntoma, el cual subsistiría luego, ya devenido autónomo. Antes bien, debemos aseverar que el trauma psíquico, o bien el recuerdo de él, obra al modo de un cuerpo extraño que aún mucho tiempo después de su intrusión tiene que ser considerado como de eficacia presente; y vemos la prueba de ello en un fenómeno en grado sumo asombroso que, a la vez, confiere a nuestro hallazgo un significativo interés *práctico*.

Descubrimos, en efecto, al comienzo para nuestra máxima sorpresa, que *los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto*. Un recordar no acompañado de afecto es casi siempre totalmente ineficaz; el decurso del proceso psíquico originario tiene que ser repetido con la mayor vividez posible, puesto en *status nascendi* y luego «declarado» {«*Aussprechen*»}. En tal caso, cuando los fenómenos respectivos son de estimulación, como convulsiones, neuralgias, alucinaciones, ellos afloran una vez más con intensidad total y luego desaparecen para siempre. Deficiencias funcionales, parálisis y anestias, desaparecen de igual modo, desde luego sin que sea nítida su agudización momentánea.⁵

⁵ La posibilidad de esta terapia ha sido claramente reconocida por Delboeuf y Binet, como lo muestran las siguientes citas: «*On s'expliquerait dès lors comment le magnétiseur aide à la guérison. Il remet le sujet dans l'état où le mal s'est manifesté et combat par la parole le même mal, mais renaissant*» {«Ahora se explicaría de qué manera el hipnotizador promueve la curación. El vuelve a colocar al

Aquí surge la sospecha de que pudiera tratarse de una sugestión involuntaria; el enfermo esperaba ser librado de su padecer mediante aquel procedimiento, y esa expectativa, no el declarar como tal, sería el factor eficiente. Sin embargo, no es así: la primera observación en que se analizó de esta manera un caso de histeria en extremo complicado (cuyos síntomas, de causación separada, se resolvieron también separadamente) data de 1881, vale decir, de una época «presugestiva»; fue posibilitado por autohipnosis espontáneas de la enferma y deparó al observador la máxima sorpresa.⁶

Por inversión del apotegma «*cessante causa cessat effectus*»,* tenemos derecho a concluir de estas observaciones que el proceso ocasionador produce efectos de algún modo durante años todavía, no indirectamente por mediación de una cadena de eslabones causales intermedios, sino de manera inmediata como causa desencadenante, al modo en que un dolor psíquico recordado en la conciencia despierta suscita en un momento posterior la secreción lacrimal: *el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias*.⁷

2

A primera vista parece asombroso que vivencias hace tiempo transcurridas puedan producir efectos tan intensos, que los recuerdos de ellas no sucumban al desgaste en que vemos

sujo en el estado en que el mal se manifestó, y combate mediante la palabra ese mal, pero en su reemergencia»} (Delboeuf, 1889). — «...peut-être verra-t-on qu'en reportant le malade par un artifice mental au moment même où le symptôme a apparu pour la première fois, on rend ce malade plus docile à une suggestion curative» {«...quizá se compruebe que reconduciendo al enfermo, mediante un artificio mental, al momento mismo en que el síntoma apareció por primera vez, se vuelva a ese enfermo más dócil a una sugestión curativa»} (Binet, 1892, pág. 243). — En el interesante estudio de Pierre Janet sobre el automatismo psicológico (1889) hallamos descrita una curación de una muchacha histérica, obtenida por aplicación de un procedimiento análogo al nuestro.

⁶ [En pág. 58 se informa sobre el primer suceso de esta índole.]

* «cuando cesa la causa, cesa el efecto».]

⁷ No nos resulta posible distinguir, en el contenido de esta comunicación preliminar, qué parte es nueva y cuál se encuentra en otros autores, como Moëbius y Strümpell, que han sustentado parecidos puntos de vista respecto de la histeria. Hemos hallado la máxima aproximación a nuestros desarrollos en materia de teoría y de terapia en algunas puntualizaciones de Benedikt, publicadas en forma esporádica. [Cf. Andersson, 1962, pág. 114, n. 3.] Nos ocuparemos de ellas en otro lugar [cf. *infra*, pág. 221, n. 14].

caducar a todos nuestros recuerdos. Acaso mediante las elucidaciones que siguen estos hechos nos resulten algo inteligibles.

El empaldecimiento o pérdida de afectividad de un recuerdo depende de varios factores. Lo que sobre todo importa es *si frente al suceso afectante se reaccionó energicamente o no*. Por «reacción» entendemos aquí toda la serie de reflejos voluntarios e involuntarios en que, según lo sabemos por experiencia, se descargan los afectos: desde el llanto hasta la venganza. Si esta reacción se produce en la escala suficiente, desaparece buena parte del afecto; nuestra lengua testimonia este hecho de observación cotidiana mediante las expresiones «*sich austoben*» {«desfogarse»}, «*sich ausweinen*» {«desahogarse llorando»}, etc. Si la reacción es sofocada, el afecto permanece conectado con el recuerdo. Un ultraje devuelto, aunque sólo sea de palabra, es recordado de otro modo que un ultraje que fue preciso tragarse. El lenguaje reconoce también ese distingo en las consecuencias psíquicas y corporales, y de manera en extremo característica designa «*Kränkung*» {«afrenta»; en el sentido de «mortificación»} al sufrimiento tolerado en silencio. — La reacción del dañado frente al trauma sólo tiene en verdad un efecto plenamente «*catártico*» si es una reacción adecuada, como la venganza. Pero el ser humano encuentra en el lenguaje un sustituto de la acción; con su auxilio el afecto puede ser «*abreaccionado*» casi de igual modo.⁸ En otros casos, el decir mismo es el reflejo adecuado, como queja y como declaración en el caso de un secreto que atormenta (¡la confesión!). Cuando no se produce esa reacción de obra, de palabra, o mediante el llanto en los casos más leves, el recuerdo del hecho conserva en principio su tinte afectivo.

La «*abreacción*» no es, empero, el único modo de tramitación de que dispone el mecanismo psíquico normal de la persona sana cuando ha experimentado un trauma psíquico. Su recuerdo, aunque no se lo abreccione, entra en el gran complejo de la asociación, se inserta junto a otras vivencias que acaso lo contradicen, es rectificado por otras representaciones. Por ejemplo, tras un accidente, al recuerdo del peligro y a la repetición (debilitada) del terror se acopla el recuerdo de lo que luego sobrevino, el rescate, la conciencia de la actual seguridad. El recuerdo de una afrenta es rectificado poniendo en su sitio los hechos, ponderando

⁸ [En este pasaje, los términos «*catarsis*» y «*abreacción*» hacen su primera aparición en una obra impresa. Freud había empleado «*abreacción*» anteriormente, en una carta a Fliess del 28 de junio de 1892 en la que hacía referencia al presente trabajo (Freud, 1950a, Carta 9).]

la propia dignidad, etc. Así, por medio de unas operaciones asociativas, el hombre normal consigue hacer desaparecer el afecto concomitante.

A esto se suma esa universal borradura de las impresiones, ese empaldecimiento de los recuerdos que llamamos «olvido», y que desgasta sobre todo a las representaciones ya *ineficaces afectivamente*.

Ahora bien, de nuestras observaciones se sigue que los recuerdos que han devenido ocasionamientos de fenómenos histéricos se han conservado durante largo tiempo con asombrosa frescura y con su plena afectividad. Aquí debemos mencionar otro hecho llamativo, que hemos de valorizar luego: los enfermos no disponen de estos recuerdos como disponen del resto de su vida. Al contrario, *estas vivencias están completamente ausentes de la memoria de los enfermos en su estado psíquico habitual, o están ahí presentes sólo de una manera en extremo sumaria*. Únicamente si se indaga a los enfermos en estado de hipnosis, esos recuerdos acuden con la vividez intacta de unos acontecimientos frescos.

Así, una de nuestras enfermas reprodujo durante medio año en estado de hipnosis, con vividez alucinatoria, todo cuanto la había excitado esos mismos días del año anterior (en el curso de una histeria aguda); un diario íntimo de su madre, diario cuya existencia la enferma desconocía, demostró que la reproducción era fiel. [Cf. pág. 57.] Otra paciente revivió, en parte en la hipnosis, en parte en ataques espontáneos, y con nitidez alucinatoria, todos los sucesos de una psicosis histérica que había pasado diez años antes y sobre la cual, hasta ese reaflorescimiento, había padecido amnesia casi completa. También algunos recuerdos, de importancia etiológica, de entre quince y veinticinco años de antigüedad, se demostraron en ella asombrosamente intactos y provistos de intensidad sensorial, poseyendo a su retorno la plena fuerza afectiva de unas vivencias nuevas. [Cf. págs. 190-3.]

Sólo podemos buscar el fundamento de ello en que tales recuerdos han de estar eximidos de las absorciones desgastadoras antes elucidadas. En efecto, se demuestra que *esos recuerdos corresponden a traumas que no han sido suficientemente «abreaccionados»*, y a poco que ahondemos en las razones que impidieron esto último descubriremos al menos dos series de condiciones bajo las cuales es interceptada la reacción frente al trauma.

En el primer grupo incluimos los casos en que los enfermos no han reaccionado frente a traumas psíquicos porque la naturaleza misma del trauma excluía una reacción (como por ejemplo la pérdida, que se presentó irreparable, de una

persona amada), o porque circunstancias sociales la imposibilitaron, o porque se trataba de cosas que el enfermo quería olvidar y por eso adrede las reprimió {desalojó}⁹ de su pensar conciente, las inhibió y sofocó. A esas cosas penosas, justamente, se las halla luego en la hipnosis como base de fenómenos histéricos (delirios histéricos de monjes y religiosas, de mujeres abstinentes, de niños bien educados).

La segunda serie de condiciones no están comandadas por el contenido de los recuerdos, sino por los estados psíquicos en que sobrevinieron las vivencias en cuestión: en la hipnosis, uno halla como ocasionamiento de síntomas histéricos también representaciones que, sin ser significativas en sí mismas, deben su conservación a la circunstancia de haberse generado en afectos graves y paralizantes, como el terror, o directamente en estados psíquicos anormales, como el estado crepuscular semihipnótico del soñar despierto, los estados de autohipnosis y fenómenos similares. Aquí fue la naturaleza de esos estados lo que imposibilitó reaccionar frente a lo que sucedía.

Ambas clases de condiciones pueden desde luego conjugarse, y de hecho lo hacen a menudo. Es ese el caso cuando

⁹ [Es esta la primera vez que aparece el verbo «reprimir» (*verdrängen*) con el sentido que luego tendría en psicoanálisis. El concepto, aunque no el término, ya había sido utilizado por Breuer y Freud en su bosquejo póstumo (1940d) escrito en noviembre de 1892, apenas un mes antes que el presente trabajo. En obras de Freud, la palabra aparece por primera vez en «Las neuropsicosis de defensa» (1894a), *AE*, 3, pág. 51, y luego varias veces en sus contribuciones de fecha más tardía para el presente volumen (v. gr., *infra*, pág. 133). En este período, «represión» era empleada como equivalente de «defensa» (*Abwehr*), como lo muestra, por ejemplo, el prólogo conjunto a la primera edición (*supra*, pág. 23). No obstante, en la «Comunicación preliminar» no figura la palabra «defensa». Ella apareció por primera vez en el ya citado trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1894a), *AE*, 3, pág. 49, y, lo mismo que «represión», es generosamente utilizada en fragmentos posteriores de los *Estudios* (v. gr., *infra*, pág. 162). Breuer recurre a ambos términos en su capítulo teórico (v. gr., *infra*, págs. 225 y 255). — En algunas de sus apariciones previas a esta, el verbo «reprimir» iba acompañado, como aquí, por un adverbio con el sentido de «adrede», «intencionalmente» (*absichtlich*, «*willkürlich*»). Freud explicita esto en uno de sus escritos (1894a), al aseverar que el acto de la represión «es introducido por un empeño voluntario, cuyo motivo es posible señalar». Así pues, la palabra «intencionalmente» no hace sino indicar la existencia de un motivo, y no implica que haya una intención conciente. En verdad, al comienzo de sus «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896a), *AE*, 3, pág. 163, califica expresamente de «inconciente» al mecanismo psíquico de la defensa. — En mi «Introducción» al presente volumen (*supra*, pág. 16) se hallarán algunos comentarios con respecto al origen del concepto de represión.]

un trauma en sí eficiente sobreviene en un estado de afecto grave y paralizante, o de conciencia alterada. Pero parece también que en virtud del trauma psíquico en muchas personas se suscita uno de esos estados anormales, el cual a su vez imposibilita la reacción.

Ahora bien, ambos grupos de condiciones tienen en común que los traumas psíquicos no tramitados por vía de reacción no lo son tampoco mediante procesamiento asociativo. En el primer grupo es el designio del enfermo el que quiere olvidar las vivencias penosas y excluirlas en lo posible de la asociación; en el segundo, ese procesamiento asociativo no se produce por falta de un vasto enlace asociativo entre el estado de conciencia normal y el patológico en que se generaron aquellas representaciones. Enseguida tendremos ocasión de considerar con más detalle estas constelaciones.

Cabe decir, pues, que *las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y con tanto vigor afectivo porque les es denegado el desgaste normal por abreacción y por reproducción en estados de asociación desinhibida.*

3

Ya cuando comunicamos las condiciones que según nuestras experiencias son decisivas para que desde traumas psíquicos se desarrollen fenómenos histéricos, nos vimos precisados a hablar de unos estados anormales de conciencia en que se generan esas representaciones patógenas, y a destacar el hecho de que el recuerdo del trauma psíquico eficiente no se halla en la memoria normal del enfermo, sino en la memoria del hipnotizado. Pues bien; 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,¹⁰ acerca de cuyo descubrimiento, en extremo notable, hecho en pacientes anestésicos, carecemos por otra parte de experiencia propia.

Por eso, a la tesis a menudo enunciada: «La hipnosis es

¹⁰ [Pierre y Jules.]

una histeria artificial», nos gustaría adjuntar esta otra: «Base y condición de la histeria es la existencia de estados hipnoides». Estos últimos, a pesar de su diversidad, coinciden entre sí y con la hipnosis 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. Esos estados hipnoides son asociables entre sí, y su contenido de representación puede alcanzar por este camino grados más o menos elevados de organización psíquica. Por lo demás, la naturaleza de esos estados y el grado de su segregación de los restantes procesos de conciencia pueden variar de un modo semejante al que vemos en la hipnosis, que se extiende desde la somnolencia ligera al sonambulismo, del recuerdo pleno a la amnesia absoluta.

Si tales estados hipnoides existen antes que se contraiga la enfermedad manifiesta, ofrecen el terreno sobre el cual el afecto instalará al recuerdo patógeno junto con los fenómenos somáticos que son su consecuencia. Este comportamiento corresponde a la histeria de predisposición. Pero de nuestras observaciones se sigue que un trauma grave (como el de la neurosis traumática), una sofocación trabajosa (p. ej., del afecto sexual), pueden producir una escisión de grupos de representaciones aun en quienes ese fenómeno no preexistía, y este sería el mecanismo de la histeria adquirida psíquicamente. Entre los extremos de ambas formas es preciso admitir una serie, dentro de la cual la proclividad a la disociación en el individuo considerado, por una parte, y la magnitud afectiva del trauma, por la otra, varían en sentidos contrapuestos.

No sabemos decir nada nuevo acerca del fundamento de los estados hipnoides predisponentes. Nos inclinamos a creer que se desarrollan a menudo desde los «sueños diurnos», tan frecuentes también en personas sanas, y a los que tanta ocasión ofrecen, por ejemplo, las labores manuales de la mujer. El problema de averiguar por qué las «asociaciones patológicas» que se forman en esos estados son tan sólidas e influyen sobre los procesos somáticos con esa intensidad, mucho mayor de la que solemos hallar en las representaciones, coincide con el problema de la eficacia de las sugerencias hipnóticas en general. Nuestras experiencias no aportan nada nuevo sobre esto; en cambio, echan luz sobre la contradicción entre la tesis «La histeria es una psicosis» y el hecho de que entre los histéricos uno encuentra a los seres humanos de más claro intelecto, voluntad más vigorosa, mayor carácter y espíritu crítico. En tales casos, esta última caracterización es correcta para el pensar despierto de estas per-

sonas; pero en sus estados hipnóticos son alienados, como todos nosotros lo somos en el sueño. Nuestras psicosis oníricas no influyen sobre nuestro estado de vigilia, mientras que los productos de los estados hipnóticos penetran en la vida de vigilia como fenómenos histéricos.¹¹

4

Respecto de los ataques histéricos podemos repetir casi las mismas aseveraciones que hemos formulado para los síntomas histéricos permanentes. Como es sabido, poseemos una descripción esquemática, dada por Charcot, del «gran» ataque histérico, que en la secuencia de un ataque completo permite discernir cuatro fases: 1) la epileptoide; 2) la de los grandes movimientos; 3) la de las *attitudes passionnelles* (la fase alucinatoria), y 4) la del delirio terminal. De la abreviación y alargamiento, de la falta y el aislamiento de cada una de esas fases hace surgir Charcot todas aquellas formas del ataque histérico que de hecho se observan con mayor frecuencia que el *grande attaque* completo.¹²

Nuestro intento de explicación se refiere a la tercera fase, la de las *attitudes passionnelles*. Toda vez que ella aparece de manera marcada, contiene meramente la reproducción alucinatoria de un recuerdo sustantivo para el estallido de la histeria: el recuerdo del gran trauma único de la histeria llamada *κατ' ἔξοχὴν* {por excelencia} traumática, o de una serie de traumas parciales afines, como los que están en la base de la histeria corriente. O, por último, el ataque espeja aquellos sucesos que se elevaron a la condición de traumas en virtud de haber sobrevenido en un momento de particular predisposición.

Ahora bien, existen también ataques que en apariencia consisten sólo en fenómenos motores, y a los que les falta una *phase passionnelle*. Si en uno de esos ataques de convulsiones generales, rigidez cataléptica, o en un *attaque de sommeil*, se consigue establecer un *rapport* con el enfermo, o, todavía mejor, si se logra suscitar el ataque en estado de hipnosis, se descubre que también le subyace el recuerdo del trauma psíquico o de una serie de traumas, el mismo que de ordinario cobra relieve en una fase alucinatoria.

Una niña sufre hace años de ataques de convulsiones gene-

¹¹ [Un borrador previo de esta sección del trabajo ha sobrevivido en el bosquejo póstumo titulado «III» (Freud, 1941b [1892]).]

¹² [Cf. Charcot, 1887, pág. 261.]

rales que podían creerse epilépticos, y de hecho se los tuvo por tales. A fin de establecer el diagnóstico diferencial se la hipnotiza y enseguida sufre su ataque. Ahora bien, preguntada: «¿Qué ves ahora?», responde: «¡El perro, viene el perro!»; y efectivamente se averiguó que el primer ataque de esta índole le sobrevino cierta vez tras ser perseguida por un perro salvaje. Después, el éxito de la terapia perfeccionó la decisión diagnóstica.

Un empleado, que se ha vuelto histérico a consecuencia de maltratos que le infligió su jefe, padece de ataques de descontrol en los que rabia y se enfurece sin pronunciar palabra ni dejar traslucir alucinaciones. Se logra provocar el ataque en estado de hipnosis, y el enfermo manifiesta que revive esta escena: su jefe lo insulta por la calle y lo golpea con un bastón. Pocos días después regresa con la queja de que ha vuelto a tener el mismo ataque, y esta vez se averigua en la hipnosis que ha revivido la escena a la que en verdad se anudó el estallido de la enfermedad; es la escena ocurrida en el tribunal cuando no consiguió satisfacción por el maltrato, etc.

Por otra parte, los recuerdos que afloran en los ataques histéricos, o que pueden ser evocados en medio de ellos, se corresponden en sus restantes aspectos con las ocasiones que dilucidamos como los fundamentos de síntomas histéricos permanentes. Igual que estos, atañen a traumas psíquicos que no se tramitaron por vía de abreacción ni por un trabajo asociativo del pensar; e igual que ellos, se sustraen enteramente, o en sus partes esenciales, a la capacidad mnémica de la conciencia normal y muestran pertenecer al contenido de representación de estados de conciencia hipnoides con asociación restringida. Por último, admiten también la prueba terapéutica. Según nos lo enseñaron a menudo nuestras observaciones, un recuerdo de esta clase que había provocado ataques queda inhabilitado de hacerlo si en la hipnosis se lo lleva hasta la reacción y rectificación asociativa.

Los fenómenos motores del ataque histérico se pueden interpretar en parte como unas formas de reacción generales para el afecto acompañante del recuerdo (como la agitación de todos los miembros, de la cual ya el lactante se sirve), en parte como unos movimientos expresivos directos de ese recuerdo; pero en otra parte se sustraen de esta explicación, iguales en esto a los estigmas histéricos¹³ en el caso de los síntomas permanentes.

¹³ [Nombre que dio Charcot (1887, pág. 255) a «los síntomas permanentes de la histeria». Breuer hace algunas consideraciones sobre ellos *infra*, págs. 254-5.]

Una particular apreciación del ataque histérico se obtiene, además, si uno toma en cuenta la teoría antes indicada, a saber, que en la histeria están presentes grupos de representaciones generadas en estados hipnoides, excluidas del comercio asociativo con los restantes grupos pero asociables entre sí, y que de ese modo constituyen, con una organización más o menos alta, el rudimento de una conciencia segunda, de una «*condition seconde*». Según eso, un síntoma histérico permanente corresponde a una penetración de ese estado segundo en la inervación corporal gobernada de ordinario por la conciencia normal; en cambio, un ataque histérico atestigua una organización más alta de ese estado segundo, e indica, cuando nace, un momento en que esa conciencia hipnoide se ha apoderado de la existencia total, vale decir, una histeria aguda; pero, cuando es un ataque recurrente en el que está contenido un recuerdo, indica un retorno de este último. Charcot ya ha formulado la idea de que el ataque histérico acaso sea el rudimento de una «*condition seconde*». En el curso del ataque, el gobierno sobre el conjunto de la inervación corporal ha traspasado hacia la conciencia hipnoide. En tales casos, como lo muestran consabidas experiencias, la conciencia normal no siempre está por completo reprimida {suplantada}; ella puede percibir los fenómenos motores del ataque, en tanto los procesos psíquicos de este se sustraen de su noticia.

La trayectoria típica de una histeria grave es, como sabemos, la siguiente: 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. Si la persona normal consigue cobrar de nuevo el gobierno, lo que ha sobrevivido de aquel contenido de representación hipnoide retorna en ataques histéricos y de tiempo en tiempo devuelve a la persona a esos estados, que a su vez son influibles y receptivos para eventuales traumas. Luego es frecuente que se establezca una suerte de equilibrio entre los grupos psíquicos que se encuentran reunidos en la misma persona; ataques y vida normal se suceden los unos a la otra, sin influirse entre sí. El ataque sobreviene entonces de manera espontánea, como a nosotros mismos suelen acudirnos los recuerdos. Pero también puede ser provocado, al modo en que los recuerdos despiertan siguiendo las leyes de la asociación. La provocación del ataque se produce por la estimulación de una zona

histerógena¹⁴ o por una vivencia nueva que hace resonar a la vivencia patógena en virtud de su semejanza con ella. Esperamos poder mostrar que no hay una diferencia esencial entre esas dos condiciones tan diversas en apariencia, pues en ambas es tocado un recuerdo hiperestésico.

En otros casos, aquel equilibrio es muy lábil, y el ataque aparece como una exteriorización del resto de conciencia hipnoide todas las veces que la persona normal se agota y pierde capacidad de operación. Tampoco cabe desechar que en tales casos el ataque pueda desvestirse de su significado originario y retornar como una reacción motriz carente de contenido.

Quede como tarea para una ulterior indagación averiguar las condiciones que deciden si una individualidad histérica ha de exteriorizarse en ataques, en síntomas permanentes o en una mezcla de ambos.¹⁵

5

Ahora se entiende el modo en que produce efectos curativos el método de psicoterapia por nosotros expuesto. *Cancela la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, porque permite a su afecto estrangulado el decurso a través del decir, y la lleva hasta su rectificación asociativa al introducirla en la conciencia normal (en estado de hipnosis ligera) o al cancelarla por sugestión médica, como ocurre en el sonambulismo con amnesia.*

Consideramos sustantiva la ganancia terapéutica que se logra aplicando este procedimiento. Desde luego, no curamos la histeria en tanto ella es predisposición; tampoco conseguimos nada contra el retorno de estados hipnoides. Y aun, durante el estadio productivo de una histeria aguda, nuestro procedimiento no puede prevenir que los fenómenos laboriosamente eliminados sean sustituidos enseguida por otros nuevos. Pero trascurrido ese estadio agudo, y cuando quedan pendientes los restos de él como síntomas permanentes y ataques histéricos, nuestro método los elimina a menudo y para siempre, porque lo hace radicalmente; creemos que en esto lleva mucha ventaja, por su eficacia, a la cancelación sugestiva directa como hoy la ejercitan los psicoterapeutas.

¹⁴ [Expresión usual en Charcot (v. gr., 1887, págs. 85 y sigs.).]

¹⁵ [Un borrador de este examen de los ataques histéricos, escrito en noviembre de 1892, se publicó en forma póstuma (Freud, 1940d). Freud se ocupó del tema, mucho más tarde, en «Apreciaciones generales sobre el ataque histérico» (1909a).]

Si con el descubrimiento del mecanismo psíquico de fenómenos histéricos hemos avanzado un paso por la vía que Charcot inauguró tan fecundamente al explicar y obtener la imitación experimental de parálisis histerotraumáticas, no se nos escapa, empero, que así sólo nos hemos acercado al conocimiento del mecanismo de síntomas histéricos, y no al de las causas internas de la histeria. No hemos rozado más que la etiología de la histeria, y en verdad podemos iluminar únicamente las causas de las formas adquiridas, el valor del factor accidental para la neurosis.

Viena, diciembre de 1892