

Sobre el mecanismo psíquico
de fenómenos histéricos¹
(1893)

Nota introductoria

«Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene»

Ediciones en alemán

- 1893 *Wien. med. Presse*, 34, nº 4, págs. 121-6, y nº 5, págs. 165-7. (22 y 29 de enero.)
1972 *SA*, 6, págs. 9-24.

*Traducción en castellano**

- 1956 «Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos». *RP*, 13, nº 3, págs. 266-76.

Aparentemente, este texto no tuvo hasta la fecha ninguna reimpresión en su idioma original.

Aunque encabezan el manuscrito las palabras «Por el Dr. Josef Breuer y el Dr. Sigmund Freud, de Viena», se trata en verdad de la versión taquigráfica de una conferencia pronunciada por Freud, versión que él revisó después. Se ocupa del mismo tema (y a menudo en términos semejantes) que la célebre «Comunicación preliminar» (1893a) de ambos, que ha hallado apropiado lugar en el volumen 2 de la *Standard Edition*, al comienzo de *Estudios sobre la histeria* (1895d); sin embargo, esta conferencia presenta todos los signos de ser obra exclusiva de Freud.

La «Comunicación preliminar» fue publicada en una revista de Berlín, *Neurologisches Zentralblatt*, en las entregas del 1º y el 15 de enero de 1893. (Fue de inmediato reimpresa en *Wiener medizinische Blätter*, de Viena, el 19 y 26 de enero.) Freud pronunció su conferencia en una reunión del Club Médico de Viena el 11 de enero, vale decir,

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y n. 6.}

antes de que apareciese la segunda parte de la «Comunicación preliminar».

Tal vez lo más digno de nota en esta conferencia es la preponderancia que se da en ella al factor traumático entre las causas supuestas para la histeria. Esto prueba, desde luego, la fuerte gravitación de Charcot en las ideas de Freud. La intelección del papel desempeñado por las «mociones pulsionales» aún era cosa del futuro.

James Strachey

Señores: Hoy me presento ante ustedes con el propósito de reseñarles un trabajo cuya primera parte ya se ha publicado en *Zentralblatt für Neurologie* con las firmas de Josef Breuer y mía. Su título ya les advierte que se trata de la patogénesis de los síntomas histéricos, y que los fundamentos más directos para la génesis de síntomas histéricos han de buscarse en el ámbito de la vida psíquica.

Pero antes de adentrarme en el contenido de este trabajo escrito en colaboración, me veo precisado a situarlo y a mencionarles el autor y el descubrimiento que tomamos como punto de partida, al menos en cuanto al asunto, pues el desarrollo de nuestro aporte fue por entero independiente.

Saben ustedes, señores, que todos nuestros recientes progresos en la inteligencia y el discernimiento de la histeria se remontan a los trabajos de Charcot. En la primera mitad de la década de 1880, Charcot empezó a dedicar su atención a la «gran neurosis», como denominan los franceses a la histeria. En una serie de investigaciones consiguió demostrar una regularidad y una ley donde la observación clínica deficiente o desatenta de otros sólo había visto simulación o enigmática arbitrariedad. Puede decirse que a la incitación de él se remonta, de manera directa o indirecta, todo lo nuevo que en el último tiempo hemos averiguado sobre la histeria. Pero entre los múltiples trabajos de Charcot, el que yo más estimo es aquel en que nos enseñó a comprender las parálisis traumáticas que aparecen en la histeria; y puesto que de este trabajo, justamente, se presenta el nuestro como una continuación, me dispensarán si vuelvo a tratar con detalle este tema ante ustedes.

¹ {Corresponde a la llamada que aparece en el título, *supra*, pág. 25.} Conferencia pronunciada por el Dr. Sigm. Freud en una reunión del Wiener medizinischer Club {Club Médico de Viena}, el 11 de enero de 1893. Versión taquigráfica especial de *Wiener medizinische Presse*, revisada por el conferencista. [Esta nota apareció en la publicación original.]

Supongan un individuo hasta cierto momento sano, quizá libre de toda tara hereditaria, que es sorprendido por un trauma. Este trauma debe cumplir ciertas condiciones; tiene que ser grave, o sea, de tal índole que a él se conecte la representación de un peligro mortal, una amenaza para la existencia; empero, no ha de serlo en el sentido de que a raíz de él cese la actividad psíquica, pues en tal caso no sobrevendrá el efecto que de él esperamos; por ejemplo, no debe ir acompañado de una conmoción cerebral ni de una lesión real grave. Además, ese trauma debe tener una relación particular con una parte del cuerpo. Supongan ustedes que un pesado madero cae sobre la espalda de un obrero. El golpe lo arroja al suelo, pero pronto él se convence de que no fue nada y regresa a su casa con una leve magulladura. Pasadas unas semanas o unos meses, despierta una mañana y nota que el brazo donde recibió el trauma está dormido, pende paralizado, siendo que en el período intermedio, en el período de incubación por así decir, lo había usado perfectamente. Si es un caso típico, puede suceder que le sobrevengan unos peculiares ataques, que el individuo, luego de un aura,² de pronto se quebrante, rabie, delire, y si en ese delirio habla, de lo que dice se deduce que en su interior se repite la escena del accidente, tal vez adornada con diversos fantasmas {*Phantasme*}. ¿Qué ha ocurrido aquí, cómo se explica este fenómeno?

Charcot aclara este proceso reproduciéndolo, produciendo artificialmente la parálisis en un enfermo. Para ello hacen falta un enfermo que ya se encuentre en un estado histérico, la condición de la hipnosis y el recurso de la sugestión. Charcot pone en hipnosis profunda a uno de estos enfermos, le da un golpecito en el brazo, el brazo se cae, queda paralizado, y muestra exactamente los mismos síntomas que en la parálisis traumática espontánea. El golpe también puede ser sustituido por una sugestión verbal directa: «Oye, tu brazo está paralizado»; y también en este caso muestra la parálisis idéntico carácter.

Intentemos establecer una analogía entre los dos casos. Aquí el trauma, allí la sugestión traumática; el efecto último, la parálisis, es el mismo en ambos. Si el trauma de un caso puede ser sustituido, en otro, por la sugestión verbal, ello conduce a suponer que también en la parálisis traumática espontánea una representación semejante fue responsable de su génesis, y de hecho cierto número de enfermos

² [Las sensaciones premonitorias que preceden a un ataque epiléptico o histérico.]

informan que en el momento del trauma tuvieron realmente la sensación de que se les había destrozado el brazo. Entonces realmente el trauma sería de todo punto equiparable a la sugestión verbal. Pero falta todavía una tercera cosa para completar la analogía. A fin de que la representación «el brazo está paralizado» pudiera provocar realmente una parálisis en el enfermo, sería necesario que este se encontrara en el estado de la hipnosis. Ahora bien, el obrero no se encontraba en ese estado; no obstante, podemos suponer que durante el trauma era el suyo un particular estado mental, y Charcot se inclina a equiparar este afecto al estado hipnótico artificialmente provocado. Así la parálisis traumática espontánea queda explicada completamente, y establecida su analogía con la parálisis producida por sugestión; la génesis del síntoma está determinada de manera unívoca por las circunstancias del trauma.

Además, Charcot repitió este mismo experimento para explicar las contracturas y dolores que aparecen en una histeria traumática, y yo diría que difícilmente en otro punto haya penetrado en la inteligencia de la histeria tan hondo como aquí. Pero su análisis termina con esto; no averiguamos cómo se generan otros síntomas, ni, sobre todo, cómo se producen los síntomas histéricos en la histeria común, no traumática.

Señores: Más o menos por la misma época en que Charcot iluminaba de esta manera las parálisis histero-traumáticas, el doctor Breuer, en 1880-82, prestaba asistencia médica a una joven dama que, mientras cuidaba a su padre enfermo, y por una etiología no traumática, había contraído una histeria grave y complicada, con parálisis, contracturas, perturbaciones del lenguaje y de la visión y toda clase de particularidades psíquicas.³ Este caso conservará su significación para el historial de la histeria, pues fue el primero en que el médico consiguió iluminar todos los síntomas del estado histérico, averiguar el origen de cada uno de ellos y al mismo tiempo hallar el camino para que ese síntoma tornara a desaparecer; fue, por así decir, el primer caso de histeria que se volvió trasparente. El doctor Breuer se reservó para sí las conclusiones que de ese caso se podían extraer hasta que tuvo la certidumbre de no estar aislado. Después que en 1886 yo hube regresado de mi período de estudio junto

³ [Se trata, por supuesto, de la señorita «Anna O.», el primero de los historiales clínicos de *Estudios sobre la histeria* (1895d).]

a Charcot,⁴ empecé, en permanente acuerdo con Breuer, a hacer observaciones exactas en una gran serie de enfermos histéricos y a examinarlos en el sentido dicho. Hallé que la conducta de aquella primera paciente era, de hecho, típica, y se estaba autorizado a transferir a un número elevado de histéricos, si no a la totalidad de ellos, las conclusiones que ese caso legitimaba.

Nuestro material se componía de casos de neurosis común, o sea, no traumática; procedíamos averiguando para cada síntoma las circunstancias bajo las cuales había aparecido la primera vez, y así procurábamos aclararnos también el ocasionamiento que pudo ser decisivo para ese síntoma. Pero no crean ustedes que es un trabajo simple. Si se indaga a los pacientes en este aspecto, las más de las veces no se recibe al comienzo respuesta alguna; en una pequeña serie de casos los enfermos tienen sus razones para no decir lo que saben, pero en un número mayor no tienen de hecho vislumbre alguna sobre la entramadura de los síntomas. Es fragoso el camino que lleva a averiguar algo; helo aquí: es preciso poner a los enfermos en estado de hipnosis y entonces inquirirles por el origen de cierto síntoma, cuándo apareció por primera vez y qué recuerdan a raíz de ello. En este estado regresa el recuerdo que no poseen en el estado de vigilia. De esta manera hemos conseguido averiguar que tras los fenómenos de la histeria —la mayoría de ellos, si no todos— se esconde una vivencia teñida de afecto, y que además esa vivencia es de tal índole que permite comprender sin más el síntoma a ella referido; que, por tanto, también este síntoma está unívocamente determinado. Ahora ya puedo formular la primera tesis a que hemos arribado, si es que ustedes me permiten equiparar esta vivencia teñida de afecto a aquella gran vivencia traumática que está en la base de la histeria traumática: *Existe una total analogía entre la parálisis traumática y la histeria común, no traumática.* La única diferencia es que allí intervino un gran trauma, mientras que aquí rara vez se comprueba un solo gran suceso, sino que se asiste a una serie de sucesos plenos de afecto: toda una historia de padecimiento. Ahora bien, no tiene nada de forzado equiparar esa historia de padecimiento que en ciertos histéricos se averigua como factor ocasionador, con aquel accidente de la histeria traumática; en efecto, hoy ya nadie duda de que tampoco en el gran trauma mecánico de la histeria traumática es el factor mecánico el eficaz, sino

⁴ [Durante el invierno de 1885-86, Freud trabajó en la Salpêtrière de París.]

que lo es el afecto de terror, el trauma psíquico. Nuestro primer resultado, pues, es que el esquema de la histeria traumática, como Charcot lo formuló para las parálisis histéricas, vale universalmente para todos los fenómenos histéricos, o, al menos, para la mayoría de ellos; dondequiera, se trata del efecto de unos traumas psíquicos que comandan de manera unívoca la naturaleza de los síntomas así generados.

Permítanme presentarles ahora ejemplos. Primero, uno para la aparición de contracturas. La ya mencionada paciente de Breuer registró durante todo el tiempo de su enfermedad una contractura en el brazo derecho. En la hipnosis se averiguó que en la época en que aún no había caído enferma sufrió cierta vez el siguiente trauma: Estaba sentada en duermela junto al lecho de su padre enfermo, pendiente su brazo derecho sobre el respaldo de la silla, a raíz de lo cual este se le durmió. En ese momento tuvo una terrorífica alucinación que quiso apartar con su brazo, sin conseguirlo. Esto la espantó mucho, pero el asunto quedó cerrado por el momento. Sólo con el estallido de la histeria sobrevino la contractura de ese brazo.⁵ En otra enferma yo observé un peculiar chasquido de la lengua, semejante al que produce el urogallo en celo, que ella hacía mientras hablaba.⁶ Yo había tomado noticia de ese síntoma desde hacía meses, pero lo consideraba un mero tic. Sólo cuando de manera casual en la hipnosis inquirí por su origen, se supo que el ruido había aparecido, las primeras veces, en dos oportunidades en que ella había concebido el firme designio de guardar estricto silencio. Una vez, cuidaba a su hija gravemente enferma —el cuidado de enfermos es de presencia frecuente en la etiología de la histeria—, que acababa de conciliar el sueño, y se propuso no despertarla mediante ruido alguno. Pero el miedo al hecho se volcó en la acción (¡voluntad contraria histórica!)⁷ y, apretando los labios uno con otro, produjo aquel chasquido de lengua. El mismo sín-

⁵ [Se encontrará un relato más circunstanciado en *Estudios sobre la histeria* (1895d), *AE*, 2, págs. 62-3.]

⁶ [Se refiere a Emmy von N., segundo de los historiales clínicos de *Estudios sobre la histeria*. — Un ornitólogo describe el canto del urogallo diciendo que termina «en un tictic acompañado de un restallido y siseo» (Fisher, 1955, 3, pág. 46). — Se informa más extensamente sobre este peculiar síntoma en *Estudios sobre la histeria* (1895d), *AE*, 2, págs. 72, 76 y 80.]

⁷ [Poco tiempo atrás, Freud había publicado un artículo en que analizaba este fenómeno, con idéntico ejemplo: «Un caso de curación por hipnosis» (1892-93). — En ese mismo artículo se encontrarán, en una nota mía al pie (*AE*, 1, pág. 159), algunos comentarios sobre el uso por parte de Freud del término «fijar», que aparece a continuación en el presente texto.]

toma le nació por segunda vez muchos años después, cuando de igual modo se había propuesto guardar estricto silencio, y desde entonces le quedó. A menudo, un ocasionamiento solo no alcanza para fijar un síntoma, pero si este mismo síntoma se presenta varias veces con un cierto afecto, luego se fija y permanece.

Uno de los síntomas más frecuentes de la histeria es la anorexia y el vómito. Conozco toda una serie de casos que explican de manera simple el surgimiento de ese síntoma. Así, una enferma, que había leído una carta mortificante inmediatamente antes de comer, después de hacerlo vomitó todo, y el vómito persistió luego. En otros casos, el asco a la comida se puede referir con toda exactitud al hecho de que la persona, obligada por la institución de la mesa compartida, come con otras a quienes aborrece. El asco se trasfiere luego de la persona a la comida. Particularmente interesante en este sentido fue aquella dama del tic, ya mencionada; esta señora comía poquísimo, y sólo forzada; en la hipnosis me enteré de que una serie de traumas psíquicos habían terminado por producirle este síntoma, el asco a la comida.⁸ Ya de niña, su madre, muy severa, cuando ella rechazaba la carne en el almuerzo la obligaba a comerla dos horas después de levantada la mesa, fría, con la grasa endurecida; lo hacía con gran asco, y conservó el recuerdo de ello, de suerte que más tarde, cuando ya no estaba sujeta a ese castigo, seguía yendo a la mesa con asco. Unos diez años después, compartía la mesa con un familiar que estaba tuberculoso y mientras comía escupía de continuo en la salivadera por encima de los platos; trascurrido algún tiempo, estuvo forzada a comer con un familiar que, según ella sabía, padecía una enfermedad contagiosa. La paciente de Breuer se comportó durante un lapso como una hidrofóbica; en la hipnosis se averiguó, como fundamento de ello, que una vez impensadamente había visto a un perro beber de su vaso de agua.⁹

También el síntoma del insomnio y la perturbación del dormir encuentran las más de las veces una exactísima explicación. Por ejemplo, una señora durante años sólo podía dormirse hacia las seis de la mañana. Por mucho tiempo había dormido puerta por medio con su marido enfermo, que se levantaba a las seis. Después de ese momento hallaba sosiego para dormir, y siguió comportándose de ese modo

⁸ [Cf. *AE*, 2, págs. 100-2.]

⁹ [Fue esta la primera vez que se suprimió un síntoma mediante catarsis; el procedimiento fue propuesto por la misma paciente de manera espontánea. (Cf. *ibid.*, págs. 58-9.)]

muchos años más tarde, en el curso de una afección histérica.

Otro caso se refiere a un hombre. Cierta histérico duerme muy mal desde hace doce años; pero su insomnio es de índole muy peculiar: duerme notablemente bien en verano, pero lo hace muy mal en invierno, sobre todo en noviembre. No tiene vislumbre alguna de la trama en que esto pueda insertarse. Por el examen se averigua que doce años atrás, en noviembre, pasó en vela muchas noches junto a su hijo enfermo de difteria.

Un ejemplo de perturbación del lenguaje nos lo ofrece la ya varias veces mencionada paciente de Breuer. Durante un largo período de su enfermedad, ella sólo hablaba inglés; al alemán no lo hablaba ni lo comprendía. Este síntoma se pudo reconducir a un suceso todavía anterior al estallido de su enfermedad. En un estado de gran angustia, intentaba orar, pero no hallaba palabras. Por fin se le ocurrieron algunas palabras de una plegaria infantil inglesa. Cuando luego enfermó, sólo dispuso de la lengua inglesa.¹⁰

No en todos los casos es tan trasparente la determinación del síntoma por el trauma psíquico. A menudo, ella sólo consiste en una referencia simbólica, digamos así, entre el ocasionamiento y el síntoma histérico. Esto es particularmente válido para los dolores. Así, una enferma¹¹ padecía de penetrantes dolores en el entrecejo. La razón era que una vez, de niña, su abuela la escudriñó «penetrándola» con la mirada. Esta misma paciente sufrió algún tiempo de unos fuertes dolores, totalmente inmotivados, en el talón derecho. Se averiguó que esos dolores estaban referidos a una representación que la paciente tuvo cuando la presentaban en sociedad; la sobrecogió en ese momento la angustia de no «entrar con el pie derecho» o de no «andar derecha». A tales simbolizaciones han recurrido muchos pacientes en toda una serie de sedicentes neuralgias y dolores. Existe, por así decir, un propósito de expresar el estado psíquico mediante uno corporal, para lo cual el uso lingüístico ofrece los puentes. Precisamente para los síntomas histéricos típicos, como hemianestesia, estrechamiento del campo visual, convulsiones epileptiformes, etc., no es posible comprobar un mecanismo psíquico de esta índole. En cambio, a menudo lo hemos conseguido en el caso de las zonas histerógenas.

Con estos ejemplos, que yo he espigado de una serie de observaciones, quedaría aportada la prueba de que es lícito

¹⁰ [Cf. *ibid.*, pág. 62.]

¹¹ [La señora Cécilie M., cuyos síntomas «simbólicos» se examinan en los *Estudios*, *ibid.*, págs. 189-93.]

concebir los fenómenos de la histeria común, sin vacilaciones, siguiendo el mismo esquema válido para la histeria traumática; que, por tanto, toda histeria puede concebirse como una histeria traumática en el sentido del trauma psíquico, y que todo fenómeno está determinado con arreglo a la índole del trauma.

Pero he aquí, entonces, la siguiente cuestión que se debería responder: ¿De qué índole es el nexo causal entre aquella ocasión que hemos averiguado en la hipnosis y el fenómeno que permanece luego como síntoma histérico duradero? Ese nexo podría ser múltiple. ¿Acaso del tipo que llamaríamos de «desencadenamiento»? Por ejemplo, si alguien predispuesto a la tuberculosis recibe un golpe en la rodilla, a consecuencia del cual se le desarrolla una inflamación articular tuberculosa, se tratará de un desencadenamiento simple. Ahora bien, en la histeria las cosas no se producen así. Existe además otra modalidad de causación, y es la directa. Ilustrémosla mediante la imagen del cuerpo extraño. Un cuerpo tal opera como causa estimuladora patológica, y lo hace de continuo hasta que es removido. «*Cessante causa cessat effectus*».* La observación de Breuer enseña que entre el trauma psíquico y el fenómeno histérico existe un nexo de esta última clase. En efecto, con su primera paciente él hizo esta experiencia: El intento de averiguar el ocasionamiento de un síntoma es al mismo tiempo una maniobra terapéutica. El momento en que el médico se entera de la oportunidad en que cierto síntoma apareció por primera vez, y de aquello por lo cual estuvo condicionado, es también el momento en que este síntoma desaparece. Si, por ejemplo, un enfermo ofrece el síntoma de unos dolores, y en la hipnosis rastreamos de dónde le vienen estos, le acudirán una serie de recuerdos. Si se consigue llevar al enfermo hasta un recuerdo bien vívido, él verá las cosas ante sí con su realidad efectiva originaria; uno nota entonces que el enfermo está totalmente gobernado por un afecto, y si se lo constriñe a expresar en palabras ese afecto, se verá que, al par que él produce un afecto violento, vuelve a aparecerle muy acusado aquel fenómeno de los dolores, y desde ese preciso instante el síntoma desaparece como síntoma permanente. Así se plasmó el proceso en todos los ejemplos citados. Así se averiguó el interesante hecho de que el recuerdo de aquel suceso era mucho, muchísimo más vivo que el de otros, y que el afecto a él conectado era tan grande como acaso lo fue al producirse la vivencia real y

* {«Cuando cesa la causa, cesa el efecto».}

efectiva. Es preciso suponer que ese trauma psíquico sigue produciendo efectos en el individuo en cuestión, da sustento al fenómeno histérico, y llega a su término tan pronto como el paciente se ha declarado sobre él.

Acabo de señalar que, tras dar con el trauma psíquico mediante nuestro procedimiento de exploración hipnótica, uno halla que el recuerdo en cuestión posee una intensidad desacostumbrada y ha conservado su pleno afecto. Se nos plantea ahora saber por qué un suceso ocurrido hace tanto tiempo, quizá diez o veinte años antes, sigue exteriorizando de manera continua su imperio sobre el individuo, por qué tales recuerdos no se van disipando por desgaste, no sucumben al olvido. Para responder a este problema anticiparé algunas reflexiones sobre las condiciones bajo las cuales se desgasta el contenido de nuestro representar.

Aquí se puede partir de la siguiente tesis: Si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo que por el momento llamaremos la «suma de excitación».¹² Ahora bien, en todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de volver a empequeñecer esa suma de excitación.¹³ El acrecentamiento de la suma de excitación acontece por vías sensoriales, su empequeñecimiento por vías motrices. Se puede entonces decir que si a alguien le sobreviene algo, reacciona a ello por vía motriz. Y es posible aseverar sin titubeos que de esta reacción depende cuánto restará de la impresión psíquica inicial. Elucidemos esto con un ejemplo. Un hombre experimenta una ofensa, le dan una bofetada o algo así; entonces, el trauma psíquico se conecta con un acrecentamiento de la suma de excitación del sistema nervioso. Así las cosas, instintivamente le nace la inclinación a aminorar enseguida esta excitación acrecentada; devuelve, pues, la bofetada, y de ese modo queda más aliviado; quizá reaccionó de la manera adecuada, o sea, descargó {*abführen*} tanto como le fue cargado {*zuführen*}. Ahora bien, hay distintas modalidades para esta reacción. Para levísimos acrecentamientos de excitación quizá basten unas alteraciones del cuerpo propio: llorar, insultar, rabiarse, etc. Y mientras más intenso el trauma psíquico, tanto más grande la reacción adecuada. Pero la reacción adecuada es siempre la acción. Sin embargo, un autor inglés lo señala con chispa: el pri-

¹² [Véase una nota mía a pie de página en «Las neuropsicosis de defensa» (1894a), *infra*, pág. 50, n. 10.]

¹³ [Enunciación provisional del «principio de constancia»; véase el «Apéndice» que agregué a *ibid.*, *infra*, pág. 65.]

mero que en vez de arrojar una flecha al enemigo le lanzó un insulto fue el fundador de la civilización;¹⁴ de ese modo, la palabra es el sustituto de la acción, y en ciertas circunstancias (confesión) el único sustituto. Por tanto, junto a la reacción adecuada hay una menos adecuada. Y si la reacción a un trauma psíquico está totalmente interceptada, el recuerdo de él conserva el afecto¹⁵ que en su origen tuvo. Si un ofendido no puede devolver la afrenta, ni dando a su vez una bofetada ni por medio de un insulto, se crea la posibilidad de que el recuerdo de ese suceso vuelva a convocarle el mismo afecto que estuvo presente al comienzo. Una afrenta devuelta, aunque sólo sea de palabra, se recuerda de otro modo que una que se debió tolerar, y es característico que la lengua llame «mortificación» * a este padecer tolerado calladamente. Así las cosas, si la reacción frente al trauma psíquico tuvo que ser interrumpida por alguna razón, aquel conserva su afecto originario, y toda vez que el ser humano no puede aligerarse del aumento de estímulo mediante «abreacción»¹⁶ está dada la posibilidad de que el suceso en cuestión se convierta en un trauma psíquico. El mecanismo psíquico sano tiene por cierto otros medios para tramitar el afecto de un trauma psíquico, por más que le sean denegadas la reacción motriz y la reacción mediante palabras: el procesamiento asociativo, la tramitación por medio de representaciones contrastantes. Si el ofendido no devuelve la bofetada ni insulta, puede sin embargo aminorar el afecto de la ofensa evocando en su interior unas representaciones contrastantes sobre su propia dignidad y la nula valía del ofensor, etc. Ahora bien, ya sea que la persona sana tramite la ofensa de una manera o de la otra, siempre llega al resultado de que el afecto que en el origen estaba intensamente adherido al recuerdo pierda al fin intensidad, y el recuerdo mismo, ahora despojado de afecto, sucumba con el tiempo al olvido, al desgaste.¹⁷

¹⁴ [Como ha apuntado Andersson (1962, págs. 109-10), alude aquí a una frase de Hughlings Jackson. Una acotación semejante de Lichtenberg es citada por Freud en su libro sobre el chiste (1905c), *AE*, 8, págs. 96-7.]

¹⁵ [Aquí y algunas líneas más abajo, la publicación original en alemán reza «*Effekt*» {«efecto»}, casi con certeza una errata.]

* {«*Kränkung*»; de la misma raíz que «*Krankheit*», «enfermedad».]

¹⁶ [El término fue introducido en la «Comunicación preliminar» (1893a), *AE*, 2, pág. 34.]

¹⁷ [En el «Proyecto de psicología» escrito poco después, en 1895, Freud hizo una descripción muy pormenorizada del mecanismo por el cual el recuerdo «no domeñado», como allí lo llamó, se vuelve

Pues bien: hemos descubierto que en el histérico, simplemente, hay unas impresiones que no se despojaron de afecto y cuyo recuerdo ha permanecido vívido. Así llegamos a la conclusión de que estos recuerdos devenidos patógenos ocupan en el histérico una posición excepcional frente al desgaste, y la observación muestra que todas las ocasiones que han devenido causas de fenómenos histéricos son unos traumas psíquicos que no fueron abreaccionados por completo, no fueron por completo tramitados. Podemos decir entonces que *el histérico padece de unos traumas psíquicos incompletamente abreaccionados.*

Hallamos dos grupos de condiciones bajo las cuales ciertos recuerdos devienen patógenos.¹⁸ En uno de ellos, descubrimos como contenido de los recuerdos a que los fenómenos histéricos se remontan unas representaciones de índole tal que el trauma fue demasiado grande, y tanto que el sistema nervioso no tuvo poder para tramitarlo de ninguna manera; además, representaciones frente a las cuales razones sociales imposibilitan la reacción (como es tan frecuente en la vida conyugal); por último, es posible que la persona afectada rehúse simplemente la reacción, no *quiera* reaccionar frente a un trauma psíquico. Así, a menudo se encuentra como contenido de los delirios histéricos justamente aquel círculo de representación que los enfermos en el estado normal han arrojado de sí, inhibido y sofocado con toda violencia (p. ej., blasfemias y erotismo en los delirios histéricos de las monjas). Pero en otro grupo de casos el motivo de que falte la reacción motriz no reside en el contenido del trauma psíquico, sino en otras circunstancias. Muchas veces descubrimos como contenido y causa de fenómenos histéricos unas vivencias que en sí y por sí son del todo ínfimas, pero han cobrado una alta significatividad por sobrevenir en momentos particularmente importante de una predisposición patológicamente acrecentada. Por ejemplo, el afecto del terror se ha producido dentro de otro afecto grave, y así alcanzó aquella significatividad. Tales estados son efímeros y están, por así decir, fuera de comercio con la restante vida psíquica del individuo. En un estado tal, de autohipnosis, el individuo

«domeñado» (Freud, 1950a), *AE*, 1, págs. 429-31. Véase también una nota a pie de página agregada en 1907 al último capítulo de *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901b), *AE*, 6, pág. 266.]

¹⁸ [Estos dos grupos darían origen a la principal divergencia entre las concepciones de Breuer y las de Freud. El primero de ellos entrañaba la idea de «defensa», base de toda la obra posterior de Freud, quien muy pronto habría de rechazar la hipótesis de los «estados hipnoides» postulada por Breuer.]

no puede dar trámite asociativo como en el estado vigil a una representación que le sobrevenga. El asiduo estudio de estos fenómenos nos ha llevado a considerar probable que en toda histeria esté en juego un rudimento de la llamada «*double conscience*», conciencia doble, y que la inclinación a esta disociación y, con ella, al surgimiento de estados anormales de conciencia, que designaríamos «hipnoides», es el fenómeno fundamental de la histeria.

Consideremos ahora el modo en que opera nuestra terapia. Ella solicita {*entgegenkommen*} uno de los más ardientes deseos de la humanidad, a saber, el deseo de tener permitido hacer algo por segunda vez. Alguien ha experimentado un trauma psíquico sin reaccionar suficientemente frente a él; uno se lo hace vivenciar por segunda vez, pero en la hipnosis, y ahora lo constriñe a completar la reacción. Entonces él se aligera del afecto de la representación, que antes estaba por así decir estrangulado, y con ello se cancela el efecto de esa representación. Vale decir que consumando la reacción no tramitada no curamos la histeria, sino síntomas singulares de ella.

No crean, pues, que con esto hemos ganado mucho para la terapia de la histeria. Al igual que las neurosis,¹⁹ también la histeria tiene sus fundamentos más profundos, y son estos los que imponen a la terapia un cierto límite, que con frecuencia es muy sensible.

¹⁹ [En este período, Freud solía emplear el término «neurosis» para designar la neurastenia y lo que luego denominaría «neurosis de angustia».]