



Sigmund Freud

La Etiología De La Histeria

Comentario [LT1]:

1896

I

Cuando queremos formarnos una idea de la causación de un estado patológico como la histeria, emprendemos primero una investigación anamnésica, preguntando al enfermo a sus familiares a qué influencias patógenas atribuyen la emergencia de los síntomas neuróticos. Lo que así averiguamos surge, naturalmente, falseado por todos aquellos factores que suelen encubrir a un enfermo el conocimiento de su estado, o sea, por su falta de comprensión científica de las influencias etiológicas, por falsa conclusión de post hoc ergo propter hoc, y por el displacer de recordar determinados traumas y sucesos sexuales o de comunicarlos. Observamos, por tanto, en esta investigación anamnésica la conducta de no aceptar las opiniones del enfermo sin antes someterlas a un penetrante examen crítico, no consintiendo que los pacientes desvíen nuestra opinión científica sobre la etiología de la neurosis. Reconocemos, desde luego, la verdad de ciertos datos que retornan constantemente en las manifestaciones de los enfermos, tales como el de que su estado histérico es una prolongada consecuencia de una emoción pretérita; pero, por otro lado, hemos introducido en la etiología de la histeria un factor que el enfermo no menciona nunca y sólo a disgusto acepta: la disposición hereditaria. La escuela de Charcot, tan influyente en estas cuestiones, ve en la herencia la única causa verdadera de la histeria, y considera como meras causas ocasionales o «agentes provocadores» todos los demás factores dañosos, de tan diversa naturaleza e intensidad.

No se me negará que sería hartamente deseable la existencia de un segundo medio de llegar a la etiología de la histeria con mayor independencia de los datos del enfermo. Así, el dermatólogo puede reconocer la naturaleza lúética de una lesión por sus características visibles y sin que le haga vacilar la oposición del paciente, que niega la existencia de una fuente de infección. Igualmente, el médico forense posee medios de precisar la causación de una herida sin tener que recurrir a la declaración del lesionado. Pues bien: en la histeria existe asimismo tal posibilidad de llegar al conocimiento de las causas etiológicas

partiendo de los síntomas. Para esclarecer lo que este nuevo método es con respecto a la investigación anamnésica habitual, nos serviremos de una comparación basada en un progreso real alcanzado en un distinto sector científico.

Supongamos que un explorador llega a una comarca poco conocida, en la que despiertan su interés unas ruinas consistentes en restos de muros y fragmentos de columnas y de lápidas con inscripciones borrosas e ilegibles. Puede contentarse con examinar la parte visible, interrogar a los habitantes, quizá semisalvajes, de las cercanías sobre las tradiciones referentes a la historia y la significación de aquellos restos monumentales, tomar nota de sus respuestas... y proseguir su viaje. Pero también puede hacer otra cosa: puede haber traído consigo útiles de trabajo, decidir a los indígenas a auxiliarle en su labor investigadora, atacar con ellos el campo en ruinas, practicar excavaciones y descubrir, partiendo de los restos visibles, la parte sepultada. Si el éxito corona sus esfuerzos, los descubrimientos se explicarán por sí mismos; los restos de muros se demostrarán pertenecientes al recinto de un palacio; por los fragmentos de columnas podrá reconstituirse un templo y las numerosas inscripciones halladas, bilingües en el caso más afortunado, descubrirán un alfabeto y un idioma, proporcionando su traducción insospechados datos sobre los sucesos pretéritos, en conmemoración de los cuales fueron erigidos tales monumentos. Saxa loquuntur.

Si queremos que los síntomas de un histeria nos revelen de un modo aproximadamente análogo la génesis de la enfermedad, habremos de tomar como punto de partida el importante descubrimiento de Breuer de que los síntomas de la histeria (con excepción de los estigmas) derivan su determinación de ciertos sucesos de efecto traumático vividos por el enfermo y reproducidos como símbolos mnémicos en la vida anímica del mismo. Ha de emplearse su método -u otro de naturaleza análoga- para dirigir retroactivamente la atención del sujeto desde el síntoma a la escena en la cual y por la cual surgió, y una vez establecida una relación entre ambos elementos, se consigue hacer desaparecer el síntoma, llevando a cabo en la reproducción de la escena traumática una rectificación póstuma del proceso psíquico en ella desarrollado.

No me propongo exponer aquí la complicada técnica de este método terapéutico ni los esclarecimientos psicológicos que su aplicación nos procura. Había de enlazar al descubrimiento de Breuer mi punto de partida, porque los análisis de este investigador parecen facilitarnos simultáneamente el acceso a las causas de la histeria. Sometiendo a este análisis series enteras de síntomas en numerosos sujetos, llegamos al conocimiento de una serie correlativa de escenas traumáticas en las cuales han entrado en acción las causas de la histeria. Habremos, pues, de esperar que el estudio de las escenas traumáticas nos descubra cuáles son las influencias que generan síntomas histéricos y en qué forma.

Esta esperanza ha de cumplirse necesariamente, puesto que los principios de Breuer se han demostrado exactos en un gran número de casos. Pero el camino que va desde los síntomas de la histeria a su etiología es más largo y menos directo de lo que podíamos figurarnos.

Ha de saberse, en efecto, que la referencia de un síntoma histérico a una escena traumática sólo trae consigo un progreso de nuestra comprensión etiológica cuando tal escena cumple dos condiciones esenciales. Ha de poseer adecuación determinante y fuerza traumática suficientes. Un ejemplo nos aclarará mejor que toda explicación estos conceptos. En un caso de vómitos histéricos creemos haber descubierto la cuasación del síntoma (excepto para un cierto residuo) cuando el análisis lo refiere a un suceso que hubo

de provocar justificadamente en el paciente una intensa repugnancia; por ejemplo, en un accidente ferroviario, habremos de preguntarnos, insatisfechos, cómo un sobresalto puede producir precisamente vómitos. Falta aquí toda adecuación determinante. Otro caso de explicación insatisfactoria será, por ejemplo, la referencia de los vómitos al hecho de haber mordido el sujeto una fruta podrida. Los vómitos aparecen entonces determinados desde luego, por la repugnancia, pero no comprendemos que ésta haya podido ser tan poderosa como para eternizarse en un síntoma histérico. Falta en este caso la fuerza traumática.

Veamos ahora en qué proporción cumplen las escenas traumáticas descubiertas por el análisis de numerosos síntomas y casos histéricos las dos condiciones señaladas. Nos espera aquí un primer desengaño. Sucede, desde luego, algunas veces que la escena traumática en la que por vez primera surgió el síntoma posee, efectivamente, las dos cualidades de que precisamos para la comprensión del mismo: adecuación determinante y fuerza traumática. Pero lo más frecuente es tropezar con alguna de las tres posibilidades restantes, tan desfavorables para la comprensión del síntoma. La escena a la cual nos conduce el análisis, y en la que el síntoma apareció por primera vez, se nos muestra inadecuada para la determinación del síntoma, no ofreciendo su contenido relación alguna con la naturaleza del mismo. O bien el suceso, supuestamente traumático, ofrece dicha relación con el síntoma, pero se nos presenta como una impresión normalmente inofensiva y generalmente incapaz de tal efecto. O, por último, se trata de una «escena traumática» tan inocente como ajena al carácter del síntoma histérico analizado.

(Hacemos observar, accesoriamente, que la teoría de Breuer sobre la génesis de los síntomas histéricos no queda rebatida por el hallazgo de escenas traumáticas de contenido nimio. Supone Breuer, en efecto, siguiendo aquí a Charcot, que también un suceso insignificante puede constituir un trauma y desplegar fuerza determinante suficiente cuando el sujeto se encuentra en un estado psíquico especial, el llamado estado hipnoide. Por mi parte, opino que en muchas ocasiones carecemos de todo punto de apoyo para suponer la existencia de tal estado. Además, la teoría de los estados hipnoides no nos presta auxilio ninguno para resolver las dificultades que plantea la frecuencia con que las escenas traumáticas carecen de adecuación determinante).

Añádase ahora que a este primer desengaño que nos proporciona la práctica del método de Breuer viene a agregarse en seguida otro, especialmente doloroso para el médico. Cuando el análisis de un síntoma lo refiere a una escena traumática, carente de las condiciones antes señaladas, el efecto terapéutico es nulo. Fácilmente se comprenderá cuán grande se hace entonces para el médico la tentación de renunciar a proseguir una labor penosa.

Pero quizá una nueva idea pueda sacarnos de este atolladero y aportarnos valiosos resultados. Hela aquí: sabemos por Breuer que existe la posibilidad de resolver los síntomas histéricos cuando nos es dado hallar, partiendo de ellos, el camino que conduce al recuerdo de un suceso traumático. Ahora bien: si el recuerdo descubierto no responde a nuestras esperanzas, deberemos, quizá, continuar avanzando por el mismo camino, pues quién sabe si detrás de la primera escena traumática no se esconderá el recuerdo de otra que satisfaga mejor nuestras aspiraciones, y cuya reproducción aporte un mayor efecto terapéutico, no habiendo sido la primeramente hallada sino un anillo de la concatenación asociativa. Y es también posible que esta interpolación de escenas inocuas, como transiciones necesarias, se repita varias veces en la reproducción, hasta que consigamos llegar, por fin, desde el síntoma histérico a la auténtica escena traumática, satisfactoria ya

por todos conceptos, y tanto desde el punto de vista terapéutico como desde el analítico. Pues bien: estas hipótesis quedan totalmente confirmadas. Cuando la primera escena descubierta es insatisfactoria decimos al enfermo que tal suceso no explica nada, pero que detrás de él tiene que esconderse otro anterior más importante, y siguiendo la misma técnica le hacemos concentrar su atención sobre la cadena de asociaciones que enlaza ambos recuerdos: el hallado y el buscado. La continuación del análisis conduce siempre a la reproducción de nuevas escenas, que muestran ya los caracteres esperados. Así, tomando de nuevo como ejemplo el caso antes elegido de vómitos histéricos, que el análisis refirió primero al sobresalto sufrido por el enfermo en un accidente ferroviario, suceso desprovisto de toda adecuación determinante, y continuando la investigación analítica, descubriremos que dicho accidente despertó en el sujeto el recuerdo de otro anterior, del que fue mero espectador, pero en el que la vista de los cadáveres destrozados de las víctimas le inspiró horror y repugnancia. Resulta aquí como si la acción conjunta de ambas escenas hiciera posible el cumplimiento de nuestros postulados, aportando la primera, con el sobresalto, la fuerza traumática, y la segunda, por su contenido, el efecto determinante. El otro caso antes citado, en el que los vómitos fueron referidos por el análisis al hecho de haber mordido el sujeto una manzana podrida, quedará quizá completado por la ulterior labor analítica en el sentido de que la fruta podrida recordó al enfermo una ocasión en la que se hallaba recogiendo las manzanas caídas del árbol y tropezó con una carroña pestilente.

No he de volver ya más sobre estos ejemplos, pues he de confesar que no corresponden a mi experiencia real, sino que han sido inventados por mi, y probablemente mal inventados, pues yo mismo tengo por imposibles las soluciones de síntomas histéricos en ellos expuestas. Pero me veo obligado a fingir ejemplos por varias causas, una de las cuales puedo exponerla inmediatamente.

Los ejemplos verdaderos son todos muchísimo más complicados, y la exposición detallada de uno solo agotaría todo el espacio disponible. La cadena de asociaciones posee siempre más de dos elementos, y las escenas traumáticas no forman series simples, como las perlas de un collar, sino conjuntos ramificados, de estructura arbórea, pues en cada nuevo suceso actúan como recuerdos dos o más anteriores. En resumen: comunicar la solución de un único síntoma equivale a exponer un historial clínico completo.

En cambio, queremos hacer resaltar un principio que la labor analítica nos ha descubierto inesperadamente. Hemos comprobado que ningún síntoma histérico puede surgir de un solo suceso real, pues siempre coadyuva a la causación del síntoma el recuerdo de sucesos anteriores, asociativamente despertado. Si este principio se confirma, como yo creo, en todo caso y sin excepción alguna, tendremos en él la base de una teoría psicológica de la histeria.

Pudiera creerse que aquellos raros casos en los que el análisis refiere en seguida el síntoma a un a escena traumática de adecuación determinante y fuerza traumática suficientes, y con tal referencia lo suprime, como se nos relata en el historial clínico de Anna O., expuesto por Breuer, contradicen la validez general del principio antes desarrollado. Así parece, en efecto; mas por mi parte tengo poderosas razones para suponer que también en estos casos actúa una concatenación de recuerdos que va mucho más allá de la primera escena traumática, aunque la reproducción de esta última pueda producir por sí sola la supresión del síntoma.

A mi juicio, es algo muy sorprendente que sólo mediante la colaboración de recuerdos puedan surgir síntomas histéricos, sobre todo cuando se reflexiona que, según

las manifestaciones de los enfermos, en el momento en que el síntoma hizo su primera aparición no tenían la menor consciencia de tales recuerdos. Hay aquí materia para muchas reflexiones, pero estos problemas no han de inducirnos por ahora a desviar nuestro punto de mira, orientado hacia la etiología de la histeria. Lo que habremos de preguntarnos será, más bien, adónde llegaremos siguiendo las concatenaciones de recuerdos asociados que el análisis nos descubre, hasta dónde alcanzan tales concatenaciones y si tienen en algún punto su fin natural, y habrán, quizá, de conducirnos a sucesos de cierta uniformidad, bien por su contenido, bien por su fecha en la vida del sujeto, de suerte que podamos ver en estos factores siempre uniformes la buscada etiología de la histeria.

Mi experiencia clínica me permite contestar ya a estas interrogaciones. Cuando partimos de un caso que ofrece varios síntomas, llegamos por medio del análisis, desde cada uno de ellos, a una serie de sucesos cuyos recuerdos se hallan asociativamente enlazados. Las diversas concatenaciones asociativas siguen, al principio, cursos retrógrados independientes; pero, como ya antes indicamos, presentan múltiples ramificaciones. Partiendo de una escena, concatenaciones simultáneamente dos o tres recuerdos, de los cuales surgen, a su vez, concatenaciones laterales, cuyos distintos elementos pueden también hallarse enlazados asociativamente con elementos de la cadena principal. Fórmase, de este modo, un esquema comparable al árbol genealógico de una familia cuyos miembros hubiesen contraído también enlaces entre sí.

Otras distintas complicaciones de la concatenación resultan de que una sola escena puede ser despertada varias veces en la misma cadena, presentando así múltiples relaciones con otra escena posterior y mostrando con ella un enlace directo y otro por elementos intermedios. En resumen: la conexión no es, en modo alguno simple, y el descubrimiento de las escenas en una sucesión cronológica inversa (circunstancia que justifica nuestra comparación con la excavación de un campo de ruinas) no coadyuva ciertamente a la rápida impresión del proceso.

La continuación del análisis nos aporta nuevas complicaciones. Las cadenas asociativas de los distintos síntomas comienzan a enlazarse entre sí. En determinado suceso de la cadena de recuerdos correspondiente, por ejemplo, a los vómitos, es despertado, a más de los elementos regresivos de estas escenas, un recuerdo perteneciente a otra distinta, que fundamenta otro síntoma diferente; por ejemplo, el dolor de cabeza. Tal suceso pertenece, así, a ambas series y constituye, por tanto, uno de los varios nudos existentes en todo análisis. Esta circunstancia tiene su correlación clínica en el hecho de que a partir de cierto momento surgen juntos los dos síntomas, en simbiosis, pero sin dependencia interior entre sí. Todavía más hacia atrás hallamos nudos de naturaleza diferente. Convergen en ellos las distintas cadenas asociativas y hallamos escenas de las cuales han partido dos o más síntomas. A uno de los detalles de la escena se ha enlazado la primera cadena, a otro la segunda, y así sucesivamente.

El resultado principal de esta consecuente prosecución del análisis consiste en descubrirnos que en todo caso, y cualquiera que sea el síntoma que tenemos como punto de partida, llegamos indefectiblemente al terreno de la vida sexual. Quedaría así descubierta una de las condiciones etiológicas de los síntomas histéricos. La experiencia hasta hoy adquirida me hace prever que precisamente esta afirmación, o por lo menos su validez general, ha de despertar vivas contradicciones. O, mejor dicho, la tendencia a la contradicción, pues nadie puede aún apoyar su oposición en investigaciones llevadas a cabo por igual procedimiento y que hayan proporcionado resultados distintos. Por mi

parte, sólo he de observar que la acentuación del factor sexual en la etiología de la histeria no corresponde, desde luego, en mí, a una opinión preconcebida. Los dos investigadores que me iniciaron en el estudio de la histeria, Charcot y Breuer, se hallaban muy lejos de tal hipótesis e incluso sentían hacia ella cierta repulsión personal, de la que yo participé en un principio. Sólo laboriosas investigaciones, llevadas a cabo con la más extremada minuciosidad, han podido convertirme -y muy lentamente, por cierto- a la opinión que hoy sustento. Mi afirmación de que la etiología de la histeria ha de buscarse en la vida sexual se basa en la comprobación de tal hecho den dieciocho casos de histeria y con respecto a cada uno de los síntomas; comprobación robustecida, allí donde las circunstancias lo han permitido, por el éxito terapéutico alcanzado. Se me puede objetar, desde luego, que los análisis diecinueve y veinte demostrarán, quizá, la existencia de fuentes distintas para los síntomas histéricos, limitando a un 80 por 100 la amplitud de la etiología sexual. Ya lo veremos. Mas, por lo pronto, como los dieciocho casos citados son también todos los que hasta ahora he podido someter al análisis, y como nadie hubo de molestarse en elegirlos para favorecerme, no extrañaré que no comparta aquella esperanza y esté, en cambio, dispuesto a ir más allá de la fuerza probatoria de mi actual experiencia. A ello me mueve, además, otro motivo de carácter meramente subjetivo hasta ahora. Al tratar de sintetizar mis observaciones en una tentativa de explicación de los mecanismos fisiológico y psicológico de la histeria se me ha impuesto la intervención de fuerzas sexuales motivacionales como una hipótesis indispensables.

Así, pues, una vez alcanzada la convergencia de las cadenas mnémicas llegamos al terreno sexual y a algunos pocos sucesos acaecidos, casi siempre, en un mismo período de la vida; esto es, en la pubertad. De estos sucesos hemos de extraer la etiología de la histeria y la comprensión de la génesis de los síntomas histéricos. Mas aquí nos espera un nuevo y más grave desengaño. Tales sucesos traumáticos aparentemente últimos, con tanto trabajo descubiertos y extraídos de la totalidad del material mnémico, son, desde luego, de carácter sexual y acaecieron en la pubertad del sujeto; pero fuera de estos caracteres comunes, presentan gran disparidad y valores muy diferentes. En algunos casos se trata, efectivamente, de sucesos que hemos de reconocer como intensos traumas; una tentativa de violación, que revela, de un golpe, a una muchacha aún inmadura toda la brutalidad del placer sexual; sorprender involuntariamente actos sexuales realizados por los padres, que descubren al sujeto algo insospechado y hiere sus sentimientos filiales y morales, etc. Otras veces se trata, en cambio, de sucesos nimios.

Una de mis pacientes mostraba como base de su neurosis el hecho de que un muchachito, amigo suyo, le había acariciado una vez tiernamente la mano y había apretado en otra, una de sus piernas contra las suyas, hallándose sentado junto a ella, mientras se revelaba en su expresión que estaba haciendo algo prohibido. En otra joven señora, la audición de una pregunta de doble sentido, que dejaba sospechar una contestación obscena, había bastado para provocar un primer ataque de angustia e iniciar con él la enfermedad. Tales resultados no son ciertamente favorables a una comprensión de la causación de los síntomas histéricos. Si lo que descubrimos como últimos traumas de la histeria son tanto sucesos graves como insignificantes y tanto sensaciones de contacto como impresiones visuales o auditivas, no nos inclinaremos, quizá, a suponer que los histéricos son -por disposición hereditaria o por degeneración- seres especiales en los que el horror a la sexualidad, que en la pubertad desempeña normalmente cierto papel, aparece intensificado hasta lo patológico y subsiste duramente, o sea, en cierto modo personas que no pueden satisfacer psíquicamente las exigencias de la sexualidad. Pero esta interpretación deja inexplicable la histeria masculina, y aunque no pudiésemos oponerle

una objeción tan grave, no habría de ser muy grande la tentación de satisfacernos con ella, pues de una franca impresión de incomprendibilidad, oscuridad e insuficiencia.

Por fortuna para nuestro esclarecimiento, algunos de los sucesos sexuales de la pubertad muestran una nueva insuficiencia que nos impulsa a seguir la labor analítica. Resulta, en efecto, que también tales sucesos carecen de adecuación determinante, aunque con mucha menor frecuencia que las escenas traumáticas de épocas posteriores. Así, las dos pacientes citadas antes como casos de sucesos de pubertad realmente nimios comenzaron a padecer, consiguientemente a tales, singulares sensaciones dolorosas en los genitales, que se constituyeron en síntoma principal de la neurosis, y cuya determinación no pudo derivarse de las escenas de la pubertad ni de otras posteriores, pero que no admitían ser incluidas entre las sensaciones orgánicas normales ni entre los signos de excitación sexual. Habíamos, pues, de decidirnos a buscar la determinación de estos síntomas en otras escenas anteriores, siguiendo de nuevo aquella idea salvadora que antes nos había conducido desde las primeras escenas traumáticas a las concatenaciones asociativas existentes detrás de ellas.

Ahora bien: obrando así, se llegaba a la primera infancia; esto es, a una edad anterior al desarrollo de la vida sexual, circunstancia a la cual parecía enlazarse una renuncia a la etiología sexual. Pero ¿no hay, acaso, derecho a suponer que tampoco a la infancia le faltan leves excitaciones sexuales y que quizá el ulterior desarrollo sexual es influido de un modo decisivo por sucesos infantiles? Aquellos daños que recaen sobre un órgano aún imperfecto y una función en vías de desarrollo suelen causar efectos más graves y duraderos que los sobrevenidos en edad más madura. Y quizá aquellas reacciones anormales a impresiones de orden sexual con las que nos sorprenden los histéricos en su pubertad tenga, en general, como base tales sucesos sexuales de la infancia, que habrían de ser, entonces, de naturaleza uniforme e importante. Llegaríamos así a la posibilidad de explicar como tempranamente adquirido aquello que hasta ahora achacamos a una predisposición, inexplicable, sin embargo, por la herencia. Y dado que los sucesos infantiles de contenido sexual sólo por medio de sus huellas mnémicas pueden manifestar una acción psíquica, tendríamos aquí un complemento de aquel resultado del análisis, según el cual sólo mediante la cooperación de los recuerdos pueden surgir síntomas histéricos.

II

No es difícil adivinar que si he expuesto tan detalladamente el proceso mental que antecede es por ser el que después de tantas dilaciones ha de llevarnos, por fin, a la meta. Llegamos, en efecto, al término de nuestra penosa labor analítica y hallamos ya cumplidas todas las aspiraciones y esperanzas mantenidas en nuestro largo camino. Al penetrar con el análisis hasta la más temprana infancia, estos es, hasta el límite de la capacidad mnémica del hombre, damos ocasión al enfermo en todos los casos para la reproducción de sucesos que por sus peculiaridades y por sus relaciones con los síntomas patológicos ulteriores han de ser considerados como la buscada etiología de la neurosis. Estos sucesos infantiles son, nuevamente, de contenido sexual, pero de naturaleza mucho más uniforme que las escenas de la pubertad últimamente halladas. No se trata ya en ellos de la evocación del tema

sexual por una impresión sensorial cualquiera, sino de experiencias sexuales en el propio cuerpo de relaciones sexuales (en un amplio sentido). Se me confesará que la importancia de tales escenas no precisa de más amplia fundamentación. Nos limitaremos a añadir que sus detalles nos revelan siempre aquellos factores determinantes que en las otras, posteriormente acaecidas y reproducidas con anterioridad, habíamos echado aún de menos.

Sentamos, pues, la afirmación de que en el fondo de todo caso de histeria se ocultan -pudiendo ser reproducidos por el análisis, no obstante el tiempo transcurrido, que supone, a veces, decenios enteros- uno o varios sucesos de precoz experiencia sexual, pertenecientes a la más temprana infancia. Tengo este resultado por un importante hallazgo: por el descubrimiento de una *caput Nili* de la Neuropatología; pero al emprender su discusión vacilo entre iniciarla con la exposición del material de hechos reunido en mis análisis o con el examen de la multitud de objeciones y de dudas que, estoy seguro, comenzarán a posesionarse de vuestra atención. Escogeré eso último, con lo cual podremos, quizá, examinar luego más tranquilamente los hechos.

a) Aquellos que se muestran hostiles a una concepción psicológica de la histeria y no quisieran renunciar a la esperanza de ver referidos un día los síntomas de esta enfermedad a «sutiles modificaciones anatómicas», habiendo rechazado la hipótesis de que las bases materiales de las modificaciones histéricas han de ser de igual naturaleza que las de nuestros procesos anímicos normales; éstos, repetimos, no podrán abrigar, naturalmente, confianza alguna en los resultados de nuestros análisis. La diferencia fundamental entre sus premisas y las nuestras nos desliga de la obligación de convencerlos en una cuestión aislada.

Pero también otros, menos enemigos de las teorías psicológicas de la histeria, se inclinarán a preguntar, ante nuestros resultados analíticos, qué seguridades ofrece el empleo del psicoanálisis y si no es muy posible que tales escenas, expuestas por el paciente como recuerdos, no sean sino sugerencias del médico o puras invenciones y fantasías del enfermo. A esta objeción habré de replicar que los reparos de orden general, opuestos a la seguridad del método psicoanalítico, podrán ser examinados y desvanecidos una vez que realicemos una exposición completa de su técnica y de sus resultados. En cambio, los relativos a la autenticidad de las escenas sexuales infantiles pueden ya ser rebatidos hoy con más de un argumento. En primer lugar, la conducta de los enfermos mientras reproducen estos sucesos infantiles resulta inconciliable con la suposición de que dichas escenas no sean una realidad penosamente sentida y sólo muy a disgusto recordada. Antes del empleo del análisis no saben los pacientes nada de tales escenas y suelen rebelarse cuando se les anuncia su emergencia. Sólo la intensa coerción del tratamiento llega a moverlos a su reproducción; mientras atraen a su consciencia tales sucesos infantiles, sufren bajo las más violentas sensaciones, avergonzándose de ellas y tratando de ocultarlas, y aun después de haberlos vivido de nuevo, de modo tan convincente, intentan negarles crédito, haciendo constar que en su reproducción no han experimentado, como en la de otros elementos olvidados, la sensación de recordar.

Este último detalle me parece decisivo, pues no es aceptable que los enfermos aseguren tan resueltamente su incredulidad si por un motivo cualquiera hubiesen inventado ellos mismos aquello a lo que así quieren despojar de todo valor.

La sospecha de que el médico impone al enfermo tales reminiscencias, sugiriéndole su representación y su relato, es más difícil de rebatir, pero me parece

igualmente insostenible. No he conseguido jamás imponer a un enfermo una escena por mí esperada, de manera que pareciese revivirla con todas sus sensaciones correspondientes. Quizá a otros les sea posible.

Existe, en cambio, toda una serie de garantías de la realidad en las escenas sexuales infantiles. En primer lugar, su uniformidad en ciertos detalles, consecuencia necesaria de las premisas uniformemente repetidas de estos sucesos, si no hemos de atribuirla a un previo acuerdo secreto entre los distintos enfermos, y, además, el hecho de describir a veces los pacientes, como cosa inocente, sucesos cuya significación se ve que no comprenden, pues si no, quedarían espantados, o tocar, sin concederles valor, detalles que sólo un hombre experimentado conoce y sabe estimar como sutiles rasgos característicos de la realidad.

Tales circunstancias robustecen, desde luego, la impresión de que los enfermos han tenido que vivir realmente aquellas escenas infantiles que reproducen bajo la coerción del análisis. Pero la prueba más poderosa de la realidad de dichos sucesos nos es ofrecida por su relación con el contenido total del historial del enfermo. Del mismo modo que en los rompecabezas de los niños se obtiene, después de algunas tentativas la absoluta seguridad de qué trozo corresponde a determinado hueco, pues sólo él completa la imagen y puede simultáneamente adaptar sus entrantes y salientes a los de los trozos ya colocados, cubriendo por completo el espacio libre; de este mismo modo demuestran las escenas infantiles ser, por su contenido, complementos forzosos del conjunto asociativo y lógico de la neurosis, cuya génesis nos resulta comprensible -y a veces, añadiríamos, natural- una vez adaptados estos complementos.

Aunque sin intención de situar este hecho en primer término, he de añadir que toda una serie de casos resulta posible también una demostración terapéutica de la autenticidad de las escenas infantiles. Hay casos en los que se obtiene una curación total o parcial sin tener que descender a los sucesos infantiles, y otros, en los que no se consigue resultado alguno terapéutico hasta alcanzar el análisis su fin natural con el descubrimiento de los traumas más tempranos. A mi juicio, los primeros ofrecen el peligro de una recaída. Espero, en cambio, que un análisis completo signifique la curación radical de una histeria. Pero no nos adelantemos a las enseñanzas de la experiencia.

Constituiría también una prueba inatacable de la autenticidad de los sucesos infantiles sexuales en que los datos suministrados en el análisis por una persona fueran confirmados por otra, sometida también al tratamiento o ajena a él. Tales dos personas habrían tomado parte, por ejemplo, en el mismo suceso infantil, habiendo mantenido, quizá, de niños relaciones sexuales. Semejantes relaciones infantiles no son como en seguida veremos, nada raras, y es también bastante frecuente que ambos protagonistas enfermen luego de neurosis; pero; no obstante, considero como una casualidad, singularmente afortunada, el que de los dieciocho casos me haya sido posible encontrar en dos una tal confirmación objetiva. En uno de ellos fue el hermano mismo de la paciente, exento de todo trastorno neurótico, quien, sin yo pedírselo, me refirió escenas sexuales desarrolladas entre él y su hermana, no perteneciendo, desde luego, a su más temprana infancia, pero sí a una época posterior de su niñez, y robusteció mi sospecha de que tales relaciones podían haberse iniciado en períodos anteriores. Otra vez resultó que dos de las enfermas sometidas a tratamiento habían tenido en su infancia relaciones sexuales con una misma tercera persona masculina, habiéndose desarrollado algunas escenas á trois. En

ambas pacientes había surgido luego un mismo síntoma, que se derivaba de aquellos sucesos infantiles y testimoniaba de la indicada comunidad.

b) Las experiencias sexuales infantiles, consistentes en la estimulación de los genitales, actos análogos al coito, etc., han de ser, pues, consideradas en un último análisis, como aquellos traumas de los cuales parten la reacción histérica contra los sucesos de la pubertad y el desarrollo de síntomas histéricos. Contra esta afirmación se alzarán, seguramente, desde distintos sectores, dos objeciones contrarias entre sí. Dirán unos que tales abusos sexuales, realizados por adultos con niños o por niños entre sí, son muy raros para poder cubrir con ellos la condicionalidad de una neurosis tan frecuente como la histeria. Observarán, en cambio, otros, que estos sucesos son, por el contrario, muy frecuentes, demasiado frecuentes para poder adscribirles una significación etiológica. Objetarán, además, que no resultaría difícil hallar multitud de personas que recuerdan haber sido objeto en su niñez de abusos sexuales y no han enfermado jamás de histeria. Por último, se nos opondrá como más poderoso argumento el de que en las capas sociales inferiores no surge, ciertamente, la histeria con mayor frecuencia que en las superiores, mientras que todo hace suponer que el precepto de la interdicción sexual de la infancia es transgredido con mucha mayor frecuencia entre los proletarios.

Comenzaremos nuestra defensa por su parte más fácil. Me parece indudable que nuestros hijos se hallan más expuestos a ataques sexuales de lo que la escasa previsión de los padres hace suponer. Al tratar de documentarme sobre este tema se me indicó, por aquellos colegas a los que acudí en busca de datos, la existencia de varias publicaciones de pediatría en las que se denunciaban la frecuencia con que las nodrizas y niñeras hacían objeto de prácticas sexuales a los niños a ellas confiados, y recientemente ha llegado a mi poder un estudio del doctor Stekel, de Viena, en el que se trata del «coito infantil» (*Wiener Medizinische Blätter*, 18 de abril de 1896). No he tenido tiempo de reunir otros testimonios literarios; pero aunque su número ha sido hasta aquí muy limitado, sería de esperar que una mayor atención literaria respecto al tema confirmase muy pronto la gran frecuencia de experiencias y actividades sexuales infantiles.

Por último, los resultados de mis análisis pueden también hablar ya por sí mismos. En cada uno de los dieciocho casos por mí tratados (histeria pura e histeria combinada con representaciones obsesivas, seis hombres y doce mujeres) he llegado, sin excepción alguna, al descubrimiento de tales sucesos sexuales infantiles. Según el origen del estímulo sexual, pueden dividirse estos casos en tres grupos. En el primer grupo se trata de atentados cometidos una sola vez o veces aisladas en sujetos infantiles, femeninos en su mayor parte, por individuos adultos ajenos a ellos, que obraron disimuladamente y sin violencia, pero sin que pudiera hablarse de un consentimiento por parte del infantil sujeto, y siendo para éste un intenso sobresalto la primera y principal consecuencia del suceso. El segundo grupo aparece formado por aquellos casos, mucho más numerosos, en los que una persona adulta dedicada al cuidado del niño -niñera, institutriz preceptor o pariente cercano- hubo de iniciarle en el comercio sexual y mantuvo con él, a veces durante años enteros, verdaderas relaciones amorosas, desarrolladas también en dirección anímica. Por último, reunimos en el tercer grupo las relaciones infantiles propiamente dichas, o sea, las relaciones sexuales entre dos niños de sexo distinto, por lo general hermanos, continuadas muchas veces más allá de la pubertad, y origen de las más graves y persistentes consecuencias para la pareja amorosa. En la mayor parte de mis casos se descubrió la acción combinada de dos o más de estas etiologías, resultando en algunos verdaderamente asombrosa la acumulación de sucesos sexuales de distintos órdenes. Esta singularidad

resulta fácilmente comprensible si se tiene en cuenta que todos los casos por mí analizados constituían neurosis muy graves, que amenazaban incapacitar totalmente al sujeto.

Cuando se trata de relaciones sexuales entre dos niños, conseguimos alcanzar algunas veces la prueba de que el niño -que desempeña también aquí el papel agresivo- había sido antes seducido por una persona adulta de sexo femenino, e intentaba repetir luego con su pareja infantil, bajo la presión de su libido, prematuramente despertada, y a consecuencia de la obsesión mnémica, aquellas mismas prácticas que le habían sido enseñadas, sin introducir por su parte modificación alguna personal en las mismas.

Me inclino, por tanto, a creer que sin una previa seducción no es posible para el niño emprender el camino de la agresión sexual. De este modo, las bases de las neurosis serían constituidas siempre por personas adultas, durante la infancia del sujeto, transmitiéndose luego los niños entre sí la disposición a enfermar más tarde de histeria. Si tenemos en cuenta que las relaciones sexuales infantiles, favorecidas pos la vida en común, son especialmente frecuentes entre hermanos o primos, y suponemos que doce o quince años más tarde surgen entre los jóvenes miembros de la familia varios casos de enfermedad, habremos de reconocer que esta emergencia familiar de la neurosis resulta muy apropiada para inducirnos a error, haciéndonos ver una disposición hereditaria donde no existe más que una pseudo-herencia y, en realidad, una infección transmitida en la infancia.

Examinemos ahora la otra objeción, basada precisamente en el reconocimiento de la frecuencia de los sucesos sexuales infantiles y en la existencia de muchas personas que recuerdan tales escenas y no han enfermado de histeria. A esta objeción habremos de replicar, en primer lugar, que la extraordinaria frecuencia de un factor etiológico no puede ser empleada como argumento contra su importancia etiológica. El bacilo de la tuberculosis flota en todas partes y es aspirado por muchos más hombres de los que luego enferman, sin que su importancia etiológica quede disminuida por el hecho de precisar de la cooperación de otros factores para provocar su efecto específico. Para concederle la categoría de etiología específica basta con que la tuberculosis no sea posible sin su colaboración. Lo mismo sucede en nuestro problema. Nada importa la existencia de muchos hombres que han vivido en su infancia escenas sexuales y no han enfermado luego de histeria; sí, en cambio, todos aquellos que padecen esta enfermedad han vivido tales escenas. El círculo de difusión de un factor etiológico puede muy bien ser más extenso que el de su efecto; lo que no puede ser más restringido. No todos los que entran en contacto con un enfermo de viruela o se aproximan a él contraen su enfermedad, y, sin embargo, la única etiología conocida de la viruela es el contacto.

Si la actividad sexual infantil fuese un suceso casi general, no podría concederse valor alguno a su descubrimiento en todos los casos examinados. Pero, en primer lugar semejante afirmación habría de ser muy exagerada, y, en segundo, la aspiración etiológica de las escenas infantiles no se basa tan sólo en la regularidad de su aparición en la anamnesis de los histéricos, sino principalmente en el descubrimiento de enlaces asociativos y lógicos entre ellas y los síntomas histéricos enlaces que la exposición de un historial clínico completo evidencia con meridiana claridad.

¿Cuáles pueden ser, entonces, los factores que la «etiología específica» de la histeria necesita para producir realmente la neurosis? Es éste un tema que deberá ser tratado aparte y por sí solo. De momento me limitaré a señalar el punto de contacto en el

que engranan los dos elementos de la cuestión: la etiología específica y la auxiliar. Habrá de tenerse en cuenta cierto número de factores: la constitución hereditaria y personal, la importancia interna de los sucesos sexuales infantiles y, sobre todo, su acumulación. Unas breves relaciones sexuales con un niño cualquiera, luego indiferente, serán mucho menos eficaces que las sostenidas durante varios años con un hermano. En la etiología de las neurosis, las condiciones cuantitativas alcanzan igual importancia que las cualitativas, constituyendo valores liminares, que han de ser traspasados para que la enfermedad llegue a hacerse manifiesta. De todos modos, no tengo por completa la anterior serie etiológica, ni creo resuelto con ella el problema de cómo no es más frecuente la histeria entre las clases inferiores. (Recuérdese, además, la extraordinaria difusión de la histeria masculina en la clase obrera, afirmada por Charcot.) Pero debo también advertir que yo mismo señalé hace pocos años un factor, hasta entonces poco atendido, al que atribuyo el papel principal en la provocación de la histeria después de la pubertad. Expuse en tal ocasión que la explosión de la histeria puede ser atribuida casi siempre a un conflicto psíquico, en el que una representación intolerable provoca la defensa del yo e induce a la represión. Por entonces no pude indicar en qué circunstancias logra esta tendencia defensiva del yo el efecto patológico de rechazar a lo inconsciente el recuerdo penoso para el yo y crear en su lugar un síntoma histérico. Hoy puedo yo completar mis afirmaciones añadiendo que la defensa consigue su intención de expulsar de la consciencia la representación intolerable cuando la persona de que se trata, sana hasta entonces, integra, en calidad de recuerdos inconscientes, escenas sexuales infantiles, y cuando la representación que ha de ser expulsada puede ser enlazada, lógica o asociativamente, a tal suceso infantil.

Teniendo en cuenta que la tendencia defensiva del yo depende del desarrollo moral e intelectual de la persona, comprendemos ya perfectamente que en las clases populares sea la histeria mucho menos frecuente de lo que habría de permitir su etiología específica.

Volvamos ahora a aquel último grupo de objeciones, cuya réplica nos ha llevado tan lejos. Hemos oído y reconocido que existen muchas personas que recuerdan claramente sucesos sexuales infantiles y, sin embargo, no han enfermado de histeria. Este argumento es de por sí muy poco consistente, pero nos da pretexto para una importante observación. Las personas de este orden no pueden, según nuestra comprensión de la neurosis, enfermarse de histeria, o, por lo menos, enfermarse a consecuencia de las escenas conscientemente recordadas. En nuestros enfermos, dichos recuerdos no son nunca consistentes y los curamos precisamente de su histeria haciendo conscientes sus recuerdos inconscientes de las escenas infantiles. En el hecho mismo de haber vivido tales sucesos no podíamos ni precisábamos modificar nada. Vemos, pues, que no se trata tan sólo de la existencia de los sucesos sexuales infantiles, sino también de determinada condición psicológica. Tales escenas han de existir en calidad de recuerdos inconscientes, y sólo en cuanto y mientras lo son pueden crear y mantener síntomas histéricos. De qué depende el que estos sucesos dejan tras de sí recuerdos conscientes o inconscientes, si de su contenido, de la época de su acaecimiento o de influencias posteriores, son interrogaciones que plantean un nuevo problema, en el cual nos guardaremos muy bien de entrar por ahora. Haremos constar únicamente que el análisis nos ha aportado, como primer resultado, el principio de que los síntomas histéricos son derivados de recuerdos inconscientemente activos.

c) Para mantener nuestras afirmaciones de que los sucesos sexuales infantiles constituyen la condición fundamental, o, por decirlo así, la disposición de la histeria, si bien no crean inmediatamente los síntomas histéricos, sino que permanecen en un principio inactivos, y sólo actúan de un modo patógeno ulteriormente, al ser despertados

como recuerdos inconscientes en la época posterior a la pubertad; para mantener estas afirmaciones, repetimos, hemos de contrastarlas con las numerosas observaciones que señalan ya la aparición de la histeria en la infancia anterior a la pubertad. Las dificultades que aquí pudieran surgir quedan resueltas al examinar con algún detenimiento los datos conseguidos en el análisis sobre las circunstancias temporales de los sucesos sexuales infantiles. Vemos entonces que la eclosión de síntomas histéricos comienza, no por excepción, sino regularmente, en los graves casos por nosotros analizados, hacia los ocho años, y que los sucesos sexuales que no muestran un efecto inmediato se extienden cada vez más atrás, hasta los cuatro, los tres e incluso los dos años de la vida del sujeto. Dado que la cadena formada por los sucesos patógenos no aparece interrumpida, en ninguno de los casos examinados, al cumplir ocho años el sujeto, hemos de suponer que esta edad, en la que tiene efecto la segunda dentición, forma para la histeria un límite, a partir del cual se hace imposible su causación. Aquellos que no han vivido anteriormente sucesos sexuales no pueden ya adquirir disposición alguna a la histeria. En cambio, quienes los han vivido pueden ya comenzar a desarrollar síntomas histéricos. La aparición aislada de la histeria anterior a este límite de edad (anterior a los ocho años) habría de interpretarse como un signo de madurez precoz. La existencia de dicho límite se halla probablemente enlazada a los procesos evolutivos del sistema sexual. El adelantamiento del desarrollo sexual somático es un fenómeno frecuente, y puede incluso pensarse en su impulsión por prematuros estímulos sexuales.

Observamos así la necesidad de cierto infantilismo, tanto en las funciones psíquicas como del sistema sexual, para que una experiencia sexual acaecida en este período desarrolle luego, como recuerdo, un efecto patógeno. Sin embargo, no me atrevo a sentar afirmaciones más precisas sobre la naturaleza de este infantilismo psíquico ni sobre su limitación cronológica.

d) Pudiera también preguntársenos cómo es posible que el recuerdo de los sucesos sexuales infantiles desarrolle tan magnos efectos patógenos cuando el hecho mismo de vivirlos no provocó trastorno alguno. Realmente, no estamos habituados a observar que de una imagen mnémica emanen fuerzas de las que careció la impresión real. Se advertirá, además, con cuánta consistencia se mantiene en la histeria el principio de que sólo los recuerdos pueden producir síntomas. Todas las escenas posteriores, en las cuales nacen los síntomas, no son verdaderamente eficaces, y los sucesos a los que corresponde eficacia auténtica no producen en un principio efecto alguno. Pero nos hallamos aquí ante una cuestión que podemos muy bien desglosar de nuestro tema. Sentimos, ciertamente, la necesidad de llevar a cabo una síntesis de toda la serie de singulares condiciones a cuyo conocimiento hemos llegado. Para la producción de un síntoma histérico es necesario que exista una tendencia defensiva contra una representación penosa; esta representación ha de hallarse enlazada lógicamente y asociativamente con un recuerdo inconsciente, por conducto de elementos intermedios más o menos numerosos, que por el momento permanecen también inconscientes; el contenido de dicho recuerdo inconsciente ha de ser necesariamente sexual y consistir en un suceso acaecido en determinado período infantil, y no podemos menos de preguntarnos cómo es posible que este recuerdo de un suceso inocuo en su día tenga a posteriori el efecto anormal de llevar a un resultado patológico un proceso psíquico como el de la defensa, permaneciendo por sí mismo inconsciente en todo ello.

No obstante, habremos de decirnos que se trata de un problema puramente psicológico, cuya solución hace necesarias ciertas hipótesis sobre los procesos psíquicos normales y sobre el papel que en ellos desempeña la consciencia, pero que de momento

puede quedar insolucionado, sin que ello disminuya el valor de nuestros descubrimientos sobre la etiología de los fenómenos histéricos.

III

El problema antes planteado se refiere al mecanismo de la producción de síntomas histéricos. Pero nos vemos obligados a exponer la causación de estos síntomas sin atender a aquel mecanismo, circunstancia que ha de disminuir la claridad de nuestra exposición. Volvamos al papel desempeñado por las escenas sexuales infantiles. Temo haber hecho formar un concepto exagerado de su fuerza productora de síntomas. Haré, pues, resaltar de nuevo que todo caso de histeria presenta síntomas cuya determinación no procede de sucesos infantiles, sino de otros ulteriores y a veces recientes, si bien otra parte de los síntomas depende, desde luego, de sucesos de las épocas más tempranas. A ella pertenecen principalmente las tan numerosas y diversas sensaciones y parestesias genitales y de otras partes del cuerpo, síndromes que corresponden simplemente al contenido sensorial de las escenas infantiles, alucinatoriamente reproducido y muchas veces dolorosamente intensificado.

Otra serie de fenómenos histéricos mucho más corrientes -deseo doloroso de orinar, dolor al defecar, trastornos de la actividad intestinal, espasmos laríngeos y vómitos, perturbaciones digestivas y repugnancia a los alimentos- demostró ser también en el análisis, y con sorprendente regularidad, derivación de los mismos sucesos infantiles, quedando fácilmente explicada por peculiaridades constantes de los mismos. Las escenas sexuales infantiles son difícilmente imaginables para un hombre de sensibilidad sexual normal, pues contienen todas aquellas transgresiones conocidas por los libertinos o los impotentes, alcanzando en ellas un impropio empleo sexual la cavidad bucal y la terminación del intestino. El asombro que este descubrimiento produce queda pronto reemplazado en el médico por una comprensión total. De personas que no reparan en satisfacer en sujetos infantiles sus necesidades sexuales no puede esperarse que se detengan ante ciertas formas de tal satisfacción; pero, además, la impotencia sexual de la infancia impone irremisiblemente aquellos actos subrogados a los que el adulto se rebaja en los casos de impotencia adquirida. Todas las extrañas condiciones en que la desigual pareja prosigue sus relaciones amorosas: el adulto que no puede sustraerse a la mutua dependencia concomitante a toda relación sexual, pero que al mismo tiempo se halla investido de máxima autoridad y del derecho de castigo, y cambia constantemente de papel para conseguir la satisfacción de sus caprichos; el niño indefenso y abandonado a tal arbitrio, precozmente despertada su sensibilidad y expuesto a todos los desengaños, interrumpido con frecuencia en el ejercicio de las funciones sexuales que le son encomendadas por su incompleto dominio de las necesidades naturales, todas estas incongruencias, tan grotescas como trágicas, quedan impresas en el desarrollo ulterior del individuo y en su neurosis, provocando un infinito número de afectos duraderos, que merecería la pena examinar minuciosamente. En aquellos casos en los cuales la reacción erótica se ha desarrollado entre dos sujetos infantiles, el carácter de las escenas sexuales continúa siendo repulsivo, puesto que toda relación infantil de este orden supone la previa

iniciación de uno de los protagonistas por un adulto. Las consecuencias psíquicas de tales relaciones infantiles son extraordinariamente hondas. Los dos protagonistas quedan unidos para toda su vida por un lazo invisible.

En ocasiones son detalles accesorios de estas escenas sexuales infantiles los que en años posteriores alcanzan un poder determinante con respecto a los síntomas de la neurosis. Así, en uno de los casos por mí examinados, la circunstancia de haberse enseñado al niño a excitar con sus pies los genitales de una persona adulta bastó para fijar a través de años enteros la atención neurótica del sujeto en sus extremidades inferiores y su función, provocando finalmente una paraplejía. En otro caso se trataba de una enferma cuyos ataques de angustia, que solían presentarse a determinadas horas del día, sólo se calmaban con la presencia de una de sus hermanas, careciendo de tal eficacia el auxilio de las demás. La razón de esta preferencia hubiera permanecido en el misterio si el análisis no hubiese descubierto que la persona que en su infancia le había hecho objeto de atentados sexuales preguntaba siempre si se hallaba en casa dicha hermana, por la que temía, sin duda, ser sorprendida.

La fuerza determinante de las escenas infantiles se oculta a veces tanto, que un análisis superficial no logra descubrirla. Creemos entonces haber hallado la explicación de cierto síntoma en el contenido de alguna de las escenas posteriores; pero al tropezar luego, en el curso de nuestra labor, con una escena infantil de idéntico contenido, reconocemos que la escena ulterior debe exclusivamente su capacidad de determinar síntomas a su coincidencia con la anterior. No queremos, por tanto, negar toda importancia a las escenas posteriores. Si se me planteara la labor de exponer aquí las reglas de la producción de síntomas histéricos, habría de reconocer como una de ellas la de ser elegida para síntoma aquella representación que es hecha resaltar por la acción conjunta de varios factores y despertada simultáneamente desde diversos lados, regla que en otro lugar he tratado de expresar con el aserto de que los síntomas histéricos se hallan superdeterminados.

Hemos dejado antes aparte, como tema especial, la relación entre la etiología reciente y la infantil. Pero no queremos abandonar la cuestión sin transgredir, por lo menos con una observación nuestro anterior propósito. Ha de reconocerse la existencia de un hecho que desorienta nuestra comprensión psicológica de los fenómenos histéricos y parece advertirnos que nos guardemos de aplicar una misma medida a los actos psíquicos de los histéricos y de los normales. Nos referimos a la desproporción comprobada en el histérico entre el estímulo psíquicamente excitante y la reacción psíquica, desproporción que tratamos de explicar con la hipótesis de una excitabilidad general anormal o, en un sentido fisiológico, suponiendo que los órganos cerebrales dedicados a la transmisión presentan en el enfermo un especial estado psíquico o se han sustraído a la influencia coercitiva de otros centros superiores. No quiero negar que ambas teorías pueden proporcionarnos en algunos casos una explicación exacta de los fenómenos histéricos. Pero la parte principal del fenómeno, la reacción histérica anormal y exagerada a los estímulos psíquicos, permite una distinta explicación, en cuyo apoyo pueden aducirse infinitos ejemplos extraídos del análisis. Esta explicación es como sigue: La reacción de los histéricos sólo aparentemente es exagerada; tiene que parecernoslo porque no conocemos sino una pequeña parte de los motivos a que obedece.

En realidad esta reacción es proporcional al estímulo excitante y, por tanto, normal y psicológicamente comprensible. Así lo descubrimos en cuando el análisis agrega a los

motivos manifiestos, conscientes en el enfermo, aquellos otros motivos que han actuado sin que el enfermo los conociese ni pudiera, por tanto, comunicarlos.

Podría llenar página tras página con la demostración del importante principio antes enunciado en todos y cada uno de los elementos de la actividad psíquica total de los histéricos, pero habré de limitarme a exponer algunos ejemplos. Recuérdese la frecuente susceptibilidad psíquica de los histéricos, que ante la menor desatención reaccionan como si de una mortal ofensa se tratase. ¿Qué pensaríamos si observásemos una tan elevada susceptibilidad ante motivos insignificantes entre dos personas normales; por ejemplo, en un matrimonio? Deduciríamos que la escena conyugal presenciada no era únicamente el resultado del último motivo insignificante y que en el ánimo de los protagonistas habían ido acumulándose poco a poco materias detonantes que el último pretexto había hecho estallar en su totalidad.

En la histeria sucede lo mismo. No es la última insignificante molestia la que produce el llanto convulsivo, el ataque de desesperación y el intento de suicidio, contradiciendo el principio de la proporcionalidad entre el efecto y la causa. Lo que pasa es que dicha mínima mortificación actual ha despertado los recuerdos de múltiples e intensas ofensas anteriores, detrás de las cuales se esconde aún el recuerdo de una grave ofensa jamás cicatrizada, recibida en la infancia. Igualmente cuando una joven se dirige los más espantosos reproches por haber permitido que un muchacho acariciase secretamente su mano y contrae a partir de aquel momento una neurosis, puede pensarse en un principio que se trata de una persona anormal, excéntrica e hipersensitiva, pero no tardaremos en cambiar de idea al mostrarnos el análisis que aquel contacto recordó a la sujeto otro análogo experimentado en su niñez y enlazado con circunstancias menos inocentes, de manera que sus reproches se refieren en realidad a aquella antigua historia. Por último, el enigma de los puntos histerógenos encuentra también aquí su explicación. Al tocar uno de tales puntos realizamos algo que no nos proponíamos. Despertamos un recuerdo que puede provocar un ataque de convulsiones, y cuando se ignora la existencia de tal elemento psíquico intermedio se ve en el ataque un efecto directo del contacto. Los enfermos comparten tal ignorancia y caen, por tanto, en errores análogos, estableciendo constantemente falsos enlaces entre el último motivo consciente y el efecto dependiente de tantos elementos intermedios. Pero cuando se ha hecho posible al médico reunir para la explicación de una reacción histérica los motivos conscientes y los inconscientes, se ve obligado a reconocer que la reacción del enfermo, aparentemente exagerada, es casi siempre proporcionada y sólo anormal en su forma.

Contra esta justificación de la reacción histérica a estímulos psíquicos se objetará con razón que de todos modos no se trata de una reacción normal, pues los hombres sanos se conducen de muy distinto modo, sin que actúen en ellos todas las excitaciones pasadas cada vez que se presenta un nuevo estímulo. Se experimenta así la impresión de que en los histéricos conservan su eficacia todos los sucesos pretéritos a los que ya han reaccionado con tanta frecuencia y tan violentamente, pareciendo estos enfermos incapaces de llevar a cabo una descarga de los estímulos psíquicos. Hay en esto algo de verdad. Pero no debe olvidarse que los antiguos sucesos vividos por los enfermos actúan al ser estimulados por un motivo actual como recuerdos inconscientes. Parece así como si la dificultad de descarga y la imposibilidad de transformar una impresión actual en un recuerdo inofensivo dependieran precisamente de los caracteres peculiares de lo psíquico inconsciente. Como se ve, el resto del problema es nuevamente psicología, y psicología de un orden muy distinto al estudiado hasta ahora por los filósofos.

A esta psicología que hemos de crear para nuestras necesidades -a la futura psicología de las neurosis- de remitirme también al exponer como final algo en lo que se verá, quizá, al principio, un obstáculo a nuestra iniciada comprensión de la etiología de la histeria. He de afirmar, en efecto, que la importancia etiológica de los sucesos sexuales infantiles no aparece limitada al terreno de la histeria, extendiéndose también a la singular neurosis obsesiva e incluso, quizá, a la paranoia crónica y a otras psicosis funcionales. No puedo hablar aquí con la precisión deseable, porque el número de mis análisis de neurosis obsesivas es aún muy inferior al de histeria. Con respecto a la paranoia, sólo dispongo de un único análisis suficiente y algunos otros fragmentarios. Pero lo que en estos casos he hallado me ofrece garantías de exactitud y me promete resultados positivos en futuros análisis. Se recordará, quizá, que en ocasiones anteriores he sostenido ya la síntesis de la histeria y la neurosis obsesiva bajo el título de neurosis de defensa, aunque no había llegado aún al descubrimiento de su común etiología infantil. Añadiré ahora que todos mis casos de representaciones obsesivas me han revelado un fondo de síntomas histéricos, en su mayoría sensaciones y dolores, que podían ser referidos precisamente a los más antiguos sucesos infantiles. ¿Qué es lo que determina que de las escenas sexuales infantiles haya de surgir luego, al sobrevenir los demás factores patógenos, bien la histeria, bien la neurosis obsesiva o incluso la paranoia? Esta extensión de nuestros conocimientos parece disminuir el valor etiológico de dichas escenas, despojando de su especialidad a la relación etiológica.

No me es posible dar todavía una respuesta precisa a esta interrogación, pues no cuento aún con datos suficientes. He observado, hasta ahora, que las representaciones obsesivas se revelan siempre en el análisis como reproches, disfrazados y deformados, correspondientes a agresiones sexuales infantiles, siendo, por tanto, más frecuentes en los hombres que en las mujeres, y desarrollándose en aquéllos con mayor frecuencia que la histeria. De este hecho puede deducirse que el carácter activo o pasivo del papel desempeñado por el sujeto en las escenas sexuales infantiles ejerce una influencia determinante sobre la elección de la neurosis ulterior.

De todos modos, no quisiera disminuir con esto la influencia correspondiente a la edad en que el sujeto vive dichas escenas infantiles y a otros distintos factores. Sobre este punto habrán de decidir nuestros futuros análisis. Pero una vez descubiertos los factores que rigen la elección entre las diversas formas posibles de las neuropsicosis de defensa, se nos planteará de nuevo un problema, puramente psicológico: el relativo al mecanismo que estructura la forma elegida.

Llego aquí al final de mi trabajo. Preparado a la contradicción, quisiera dar aún a mis afirmaciones un nuevo apoyo antes de abandonarlas a su camino. Cualquiera que sea el valor que se conceda a mis resultados, he de rogar no se vea en ellos el fruto de una cómoda especulación. Reposan en una laboriosa investigación individual de cada enfermo, que en la mayoría de los casos ha exigido cien o más horas de penosa labor. Más importante aún que la aceptación de mis resultados es para mí la del método del que me he servido, totalmente nuevo, difícil de desarrollar, y, sin embargo, insustituible para nuestros fines científicos y terapéuticos. No es posible contradecir los resultados de esta modificación mía del método de Breuer, dejando a un lado este método y sirviéndose tan sólo de los hasta aquí habituales. Ello equivaldría a querer rebatir los descubrimientos de la técnica histológica por medio de los datos logrados en la investigación macroscópica. Al abrimos este nuevo método de investigación, el acceso a un nuevo elemento del suceder psíquico, a los procesos mentales inconscientes, o, según la expresión de Breuer,

incapaces de consciencia, nos ofrece la esperanza de una nueva y mejor comprensión de todas las perturbaciones psíquicas funcionales. No puedo creer que la psiquiatría dilate por más tiempo el servirse de él.

Libros Tauro

<http://www.LibrosTauro.com.ar>