

Sigmund Freud

Obras completas

comentarios y notas
de James Strachey,
traducción de Anna Freud

Primeras publicaciones
psicoanalíticas
(1893-1899)

III

Amorrortu editores

La etiología de la histeria (1896)

Nota introductoria

«Zur Ätiologie der Hysterie»

Ediciones en alemán

- 1896 *Wien. klin. Rdsch.*, **10**, nº 22, págs. 379-81; nº 23, págs. 395-7; nº 24, págs. 413-5; nº 25, págs. 432-3, y nº 26, págs. 450-2. (31 de mayo; 7, 14, 21 y 28 de junio.)
1906 *SKSN*, **1**, págs. 149-80. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 404-38.
1952 *GW*, **1**, págs. 425-59.
1972 *SA*, **6**, págs. 51-81.

*Traducciones en castellano **

- 1928 «La etiología de la histeria». *BN* (17 vols.), **12**, págs. 201-37. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **12**, págs. 205-38. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 131-48. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **12**, págs. 158-83. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 131-45. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 299-316. El mismo traductor.

Este trabajo fue resumido por Freud bajo el número XXXVI en el sumario de sus primeros escritos científicos (1897b), *infra*, pág. 247.

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

Según una nota a pie de página que apareció en *Wiener klinische Rundschau* en su número del 31 de mayo de 1896, este artículo tuvo como base una conferencia pronunciada por Freud ante la Verein für Psychiatrie und Neurologie {Sociedad de Psiquiatría y Neurología} el día 2 de mayo. La exactitud de ese dato es, empero, cuestionable. En una carta inédita a Fliess del jueves 16 de abril, Freud le dice que el martes siguiente, 21 de abril, estaba comprometido para pronunciar una conferencia ante la Psychiatrischer Verein. No aclara cuál sería el tema de la charla, pero en otra carta inédita, fechada el 26 y 28 de abril de 1896, informa haber hablado en esa sociedad sobre la etiología de la histeria. Continúa diciendo que «los borricos le dieron una fría acogida» y que Krafft-Ebing, quien presidía la reunión, afirmó que sonaba como un cuento de hadas científico. Y en otra carta, datada el 30 de mayo y que fue incluida en la correspondencia con Fliess (Freud, 1950a, Carta 46), acota: «Desafiando a mis colegas, acabo de redactar para Paschkis [director de *Wiener klinische Rundschau*] mi conferencia sobre la etiología de la histeria, completa». La publicación comenzó de hecho en esa revista al día siguiente.

De todo lo anterior parece desprenderse que la verdadera fecha de la conferencia fue el 21 de abril de 1896.

El presente trabajo puede considerarse una reproducción ampliada de la primera sección del que lo antecedió, el segundo artículo sobre las neuropsicosis de defensa (1896b). Aquí se ofrecen con más detalle los hallazgos de Freud en torno de las causas de la histeria, con algún comentario acerca de las dificultades que tuvo que superar para llegar a ellos. Dedicar mucho más espacio (especialmente en la sección II) a las vivencias sexuales infantiles que, según suponía, se hallaban detrás de los síntomas posteriores. Lo mismo que en los trabajos previos, opina que esas experiencias son invariablemente provocadas por adultos; la existencia de la sexualidad infantil era todavía cosa del futuro. Hay, sin embargo, una insinuación (en págs. 212-3) de lo que en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905d), AE, 7, pág. 173, llamaría el carácter «perverso polimorfo» de la sexualidad infantil.

Entre otros puntos de interés para el estudioso, señalemos la creciente tendencia a preferir las elucidaciones psicológicas a las neurológicas (pág. 202) y una primera tentativa de resolver el problema de la «elección de neurosis» (págs. 217-8), tema este que retornaría constantemente a la palestra. Las variables concepciones de Freud al respecto se

reseñan en mi «Nota introductoria» a «La predisposición a la neurosis obsesiva» (1913*i*), *AE*, 12, págs. 331-5; en verdad, ya se había hecho una aproximación a él en los dos artículos precedentes: (1896*a*), *supra*, pág. 155, y (1896*b*), *supra*, págs. 168-9.

James Strachey

I

Señores: Si nos proponemos formarnos una opinión sobre la causación de un estado patológico como la histeria, emprendemos primero el camino de la investigación anamnésica, prestando oídos a los enfermos o a sus allegados sobre los influjos nocivos a los cuales ellos mismos reconducen la contracción de aquellos síntomas neuróticos. Desde luego, lo que así averiguamos está falseado por todos aquellos factores que suelen encubrirle a un enfermo el discernimiento de su propio estado: su falta de inteligencia científica para unos efectos etiológicos, la falacia de «*post hoc, ergo propter hoc*»,* el displacer en considerar o ponderar ciertas noxas y traumas. Por eso en aquella investigación anamnésica nos atenemos al designio de no admitir sin profundo examen crítico la creencia de los enfermos, ni dejar que los pacientes rectifiquen nuestra opinión científica sobre la etiología de la neurosis. Si por una parte reconocemos ciertos indicios de retorno constante (p. ej., que el estado histérico sería el efecto retardado {*Nachwirkung*}, de larga permanencia, de la emoción que una vez sobrevino), por la otra hemos introducido en la etiología de la histeria un factor que el enfermo mismo nunca aduce y sólo admite de mala gana, a saber, la disposición hereditaria que ha recibido de sus progenitores. Saben ustedes que según la opinión de la influyente escuela de Charcot, sólo la herencia merece ser reconocida como causa eficiente de la histeria, en tanto que todos los otros influjos nocivos, de la naturaleza e intensidad más diversa, no están destinados a desempeñar sino el papel de unas causas ocasionales, de unos «*agents provocateurs*».

Sería deseable, me concederán ustedes sin vacilar, que existiera un segundo camino para alcanzar la etiología de la

* {«Después de esto, entonces a causa de esto»; vale decir, la falacia de tomar como causa lo que no es más que mero antecedente en el tiempo.}

histeria, gracias al cual uno se supiera menos dependiente de lo que indican los enfermos. El dermatólogo, por ejemplo, sabe discernir una ulceración como luética por la complejión de sus bordes, de su costra y su contorno, sin dejarse desconcertar por el veto del paciente que niega una fuente de infección. El médico forense se arregla para esclarecer las causas de una lesión aunque deba renunciar a las comunicaciones del lesionado. Y bien, hay para la histeria una posibilidad así, de avanzar desde los síntomas hasta la noticia sobre las causas. Me gustaría figurarles mediante un símil, que tiene por contenido un progreso alcanzado de hecho en otro campo de trabajo, la comparación entre el método de que es preciso valerse para conseguir aquella noticia y los métodos más antiguos del relevamiento anamnésico.

Supongan que un investigador viajero llega a una comarca poco conocida, donde despierta su interés un yacimiento arqueológico en el que hay unas paredes derruidas, unos restos de columnas y de tablillas con unos signos de escritura borrados e ilegibles. Puede limitarse a contemplar lo exhumado e inquirir luego a los moradores de las cercanías, gentes acaso semibárbaras, sobre lo que su tradición les dice acerca de la historia y el significado de esos restos de monumentos; anotaría entonces los informes... y seguiría viaje. Pero puede seguir otro procedimiento; acaso llevó consigo palas, picos y azadas, y entonces contratará a los lugareños para que trabajen con esos instrumentos, abordará con ellos el yacimiento, removerá el cascajo y por los restos visibles descubrirá lo enterrado. Si el éxito premia su trabajo, los hallazgos se ilustran por sí solos: los restos de muros pertenecen a los que rodeaban el recinto de un palacio o una casa del tesoro; un templo se completa desde las ruinas de columnatas; las numerosas inscripciones halladas, bilingües en el mejor de los casos, revelan un alfabeto y una lengua cuyo desciframiento y traducción brindan insospechadas noticias sobre los sucesos de la prehistoria, para guardar memoria de la cual se habían edificado aquellos monumentos. *«Saxa loquuntur!»*.*

Si de manera más o menos parecida uno quiere hacer hablar a los síntomas de una histeria como testigos de la historia genética de la enfermedad, deberá partir del sustantivo descubrimiento de Josef Breuer: *los síntomas de la histeria* (dejando de lado los estigmas)¹ *derivan su deter-*

* {«¡Las piedras hablan!».}

¹ [Los estigmas, definidos por Charcot (1887, pág. 255) como «los síntomas permanentes de la histeria», fueron considerados no

minismo de ciertas vivencias de eficacia traumática que el enfermo ha tenido, como símbolos mnémicos de las cuales ellos son reproducidos en su vida psíquica.² Uno deberá aplicar el procedimiento de Breuer —u otro en esencia de la misma índole— para reorientar la atención del enfermo desde el síntoma hasta la escena en la cual y por la cual el síntoma se engendró; y, tras la indicación del enfermo, uno elimina ese síntoma estableciendo, a raíz de la reproducción de la escena traumática, una rectificación de efecto retardado {*nachträglich*} del decurso psíquico de entonces.

Hoy es por completo ajeno a mi propósito ocuparme de la difícil técnica de este procedimiento terapéutico o de los esclarecimientos psicológicos con él adquiridos. Sólo me vi precisado a traerlo a consideración en este lugar porque los análisis emprendidos siguiendo a Breuer parecen abrir al mismo tiempo el acceso hacia las causas de la histeria. Si aplicamos este análisis a una gran serie de síntomas en numerosas personas, tomaremos noticia de una correspondiente gran serie de escenas de eficacia traumática. En estas vivencias estuvieron en vigor las causas eficientes de la histeria; tenemos derecho a esperar, entonces, que por el estudio de las escenas traumáticas averiguaremos qué influjos produjeron los síntomas histéricos, y de qué modo lo hicieron.

Esa expectativa se cumple necesariamente, pues las tesis de Breuer han probado ser correctas en el examen de muchísimos casos. Sin embargo, el camino que va de los síntomas de la histeria a la etiología de esta es arduo y pasa por unas conexiones diversas de las que uno se habría imaginado.

Debemos tener en claro que la reconducción de un síntoma histérico a una escena traumática sólo conlleva una ganancia para nuestro entendimiento si esa escena satisface dos condiciones: que posea la pertinente *idoneidad determinadora* y que se deba reconocerle la necesaria *fuerza traumática*. Daré un ejemplo en vez de la explicación verbal. Consideremos el síntoma del vómito histérico; y bien, creemos poder penetrar su causación (salvo cierto resto) si el análisis reconduce el síntoma a una vivencia que *justifica-*

psicógenos por Freud en *Estudios sobre la histeria* (1895d), AE, 2, pág. 272. También Breuer los hizo objeto de examen (*ibid.*, pág. 254). (Se los menciona, asimismo, en la «Comunicación preliminar» (1893a), *ibid.*, pág. 40.) En su carta a Breuer del 29 de junio de 1892, Freud (1941a) le decía que su génesis era «bastante oscura» (AE, 1, pág. 184).]

² [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894a), *supra*, pág. 51, n. 13.]

damente produjo un alto grado de asco (p. ej., la visión del cadáver corrompido de un ser humano). Pero si en lugar de esto el análisis averigua que el vómito proviene de un terror grande, acaso producido por un accidente ferroviario, uno no podrá menos que preguntarse, insatisfecho, cómo es que el terror ha llevado justamente al vómito. A esa derivación le falta la *idoneidad para el determinismo*. Otro caso de esclarecimiento insuficiente se presentaría si el vómito proviniera de haber probado un fruto que tenía una parte podrida. En efecto, aquí el vómito está determinado por el asco, pero no se comprende cómo el asco en este caso pudo volverse tan intenso que se eternizó como síntoma histérico; esta vivencia carece de *fuerza traumática*.

Consideremos ahora, para un gran número de síntomas y de casos, en qué grado cumplen las dos exigencias mencionadas las escenas traumáticas de la histeria, descubiertas por el análisis. Tropezamos aquí con nuestra primera gran desilusión. Por cierto, algunas veces ocurre que la escena traumática en que el síntoma se engendró reúne las dos cosas, idoneidad determinadora y fuerza traumática, que nos hacen falta para entender el síntoma. Pero con más frecuencia, con una frecuencia incomparablemente mayor, hallamos realizada una de las otras tres posibilidades que tan desfavorables son para nuestro entendimiento: la escena a la cual nos lleva el análisis, y en que el síntoma apareció por primera vez, no resulta idónea para determinar el síntoma, pues su contenido carece de todo nexo con la índole de este; o bien la vivencia supuestamente traumática, aun poseyendo un nexo de contenido, resulta ser una impresión de ordinario inofensiva, que no suele poseer eficacia; o, por último, la «escena traumática» nos desconcierta en ambos sentidos: aparece inofensiva y también carente de nexo con la especificidad del síntoma histérico.

(Hago notar de paso que la concepción de Breuer sobre la génesis de síntomas histéricos no sufre mengua por el hecho de que se descubran escenas traumáticas correspondientes a vivencias en sí insustanciales. Es que él —siguiendo a Charcot— suponía que también una vivencia inofensiva puede llegar a ser un trauma y desplegar fuerza determinadora si afecta a la persona en una particular complejidad psíquica, el llamado *estado hipnoide*.³ No obstante, yo hallo que a menudo falta todo asidero para presuponer tales estados hipnoides. Y lo decisivo es que la doctrina de los estados hipnoides no ayuda en nada para solucionar las

³ [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894a), *supra*, pág. 48.]

otras dificultades, a saber, la tan común falta de idoneidad determinante en las escenas traumáticas.)

Agreguemos, señores, que esta primera desilusión recibida en la observancia del método de Breuer es sobrepujada enseguida por otra que el médico, en particular, sentirá muy dolorosa. Reconducciones de la índole descrita, que no conforman a nuestro entendimiento con relación al determinismo ni a la eficacia traumática, tampoco brindan ganancia terapéutica alguna; el enfermo conserva intactos sus síntomas, en desafío al primer resultado que nos proporcionó el análisis. Bien comprenderán ustedes cuán grande es entonces la tentación de renunciar a proseguir este trabajo siempre arduo.

Pero quizá sólo haga falta una ocurrencia nueva que nos saque del atolladero y nos conduzca a resultados valiosos. Hela aquí: Sabemos ya, por Breuer, que los síntomas histéricos se solucionan cuando desde ellos podemos hallar el camino hasta el recuerdo de una vivencia traumática. Si ahora el recuerdo descubierto no responde a nuestras expectativas, ¿no será que es preciso seguir un trecho más por el mismo camino? ¿No será que tras la primera escena traumática se esconde una segunda que acaso cumplirá mejor nuestras exigencias y cuya reproducción desplegará mayor efecto terapéutico, de suerte que la escena hallada primero sólo poseería el significado de un eslabón dentro del encadenamiento asociativo? ¿Y no podrá ocurrir que se repita varias veces esta situación, o sea, que se intercalen muchas escenas ineficaces como unas transiciones necesarias en la reproducción, hasta que uno, desde el síntoma histérico, alcance por fin la escena de genuina eficacia traumática, la escena satisfactoria en los dos órdenes, el terapéutico y el analítico? Y bien, señores, esta conjetura es correcta. Toda vez que la escena hallada primero es insatisfactoria, decimos nosotros al enfermo que esta vivencia no explica nada, pero es fuerza que tras ella se esconda una vivencia anterior más sustantiva; y siguiendo la misma técnica, guiamos su atención hacia los hilos asociativos que enlazan ambos recuerdos, el hallado y el por hallar.⁴ La continuación del análisis lleva entonces, siempre, a la reproducción de nuevas escenas del carácter esperado. Retomando, por ejemplo, el caso antes escogido de vómito histérico, primero recon-

⁴ Deliberadamente dejo sin elucidar en esto el rango de la asociación entre ambos recuerdos (si es por simultaneidad, o de índole causal, o sigue una semejanza de contenido, etc.) y la característica psicológica (conciente o inconciente) que debe atribuirse a cada uno de los «recuerdos».

ducido por el análisis a un terror que un accidente ferroviario produjo, carente de idoneidad determinadora, si prosigo el análisis averiguo que ese accidente ha despertado el recuerdo de otro, ocurrido antes, por cierto no vivenciado por el propio enfermo, pero a raíz del cual se le ofreció la visión de un cadáver, excitadora de horror y de asco. Es como si la acción conjugada de ambas escenas posibilitara el cumplimiento de nuestros postulados, a saber: la primera proporciona la fuerza traumática por el terror, y la otra, por su contenido, el efecto determinador. En cuanto al caso en que el vómito es reconducido a haber probado una manzana que tenía una parte podrida, quizás el análisis lo complete del siguiente modo: La manzana podrida trae el recuerdo de una vivencia anterior en que el enfermo juntaba manzanas caídas en un huerto, y en eso tropezó por azar con el cadáver asqueroso de un animal.

No volveré más sobre estos ejemplos, pues debo confesar que no provienen de caso alguno de mi experiencia; han sido inventados por mí. Y además, muy probablemente fueron mal inventados: es que yo mismo considero imposibles tales resoluciones de síntomas histéricos. Pero la compulsión a fingir unos ejemplos me nace de varios factores, entre los que puedo citar uno ahora mismo. Todos los ejemplos reales son incomparablemente más complicados: una sola comunicación prolija demandaría todo el tiempo de esta conferencia. La cadena asociativa siempre consta de más de dos eslabones; las escenas traumáticas no forman unos nexos simples, como las cuentas de un collar, sino unos nexos ramificados, al modo de un árbol genealógico, pues a raíz de cada nueva vivencia entran en vigor dos o más vivencias tempranas, como recuerdos; en resumen: comunicar la resolución de un solo síntoma en verdad coincide con la tarea de exponer un historial clínico completo.

Pero no omitamos señalar de manera expresa en este punto una tesis que el trabajo analítico a lo largo de estas cadenas de recuerdos ha proporcionado inesperadamente. Hemos averiguado que *ningún síntoma histérico puede surgir de una vivencia real sola, sino que todas las veces el recuerdo de vivencias anteriores, despertado por vía asociativa, coopera en la causación del síntoma*. Si esta tesis —como yo creo— es válida *sin excepción*, nos señala al mismo tiempo el fundamento sobre el cual se ha de edificar una teoría psicológica de la histeria.

Aquellos raros casos en que el análisis reconduce enseguida el síntoma a una escena traumática de buena idoneidad determinadora y fuerza traumática, y al tiempo que así

lo reconduce lo elimina (tal como lo describe Breuer en el historial clínico de Anna O.),⁵ constituirían —se dirán ustedes— unas poderosas objeciones contra la validez universal de la tesis que acabo de formular. Y de hecho así lo parece; no obstante, tengo las más fundadas razones para suponer que aun en esos casos está presente un encadenamiento de recuerdos eficaces que se remonta mucho más atrás de la escena traumática, *por más que* únicamente la reproducción de esta última pueda tener por consecuencia la cancelación del síntoma.

Es realmente sorprendente, opino, que unos síntomas histéricos sólo puedan generarse bajo cooperación de unos recuerdos, sobre todo si se considera que estos últimos, según todos los enunciados de los enfermos, no habían entrado en la conciencia en el momento en que el síntoma se presentó por vez primera. Aquí hay tela para muchísimas reflexiones, pero estos problemas no deben inducirnos a apartarnos de nuestro rumbo hacia la etiología de la histeria.⁶ Más bien tendríamos que preguntarnos: ¿Adónde llegamos si seguimos las cadenas de recuerdos asociados que el análisis nos descubre? ¿Hasta dónde llegan ellas? ¿Tienen un término natural en alguna parte? ¿Acaso nos llevan hasta unas vivencias de algún modo homogéneas, por su contenido o por el período de la vida, de suerte que en estos factores siempre homogéneos pudiéramos ver la busca-da etiología de la histeria?

Ya con la experiencia que tengo hecha puedo responder estas preguntas. Si se parte de un caso que ofrece varios síntomas, por medio del análisis se llega, a partir de cada síntoma, a una serie de vivencias cuyos recuerdos están recíprocamente encadenados en la asociación. Al comienzo, las diversas cadenas de recuerdos presentan, hacia atrás, unas trayectorias distintas, pero, como ya se indicó, están ramificadas; desde una escena se alcanzan al mismo tiempo dos o más recuerdos, y, a su vez, de estos parten cadenas colaterales cuyos distintos eslabones acaso están asociativamente enlazados con eslabones de la cadena principal. Realmente no viene mal aquí la comparación con el árbol genealógico de una familia cuyos miembros, además, se han casado entre sí. Otras complicaciones del encadenamiento se deben

⁵ [Cf. «Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos» (1893b), *supra*, págs. 31-2.]

⁶ [El problema aquí pospuesto es retomado por Freud *infra*, págs. 210 y sigs. Ya lo había rozado en una nota a pie de página de su segundo trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1896b), *supra*, págs. 167-8, n. 12.]

a que una escena singular puede ser evocada varias veces dentro de una misma cadena, de suerte que posea nexos múltiples con una escena posterior, muestre un enlace directo con esta y otro establecido por eslabones intermedios. En resumen, la trama no es en modo alguno simple, y bien se comprende que el descubrimiento de las escenas en una secuencia cronológica invertida (que justifica, precisamente, la comparación con un yacimiento arqueológico estratificado que se exhuma) en nada contribuye a una inteligencia más rápida del proceso.

Nuevas complicaciones aparecen cuando uno prosigue el análisis. Y es que las cadenas asociativas para los diversos síntomas empiezan a entrar luego en recíprocos vínculos; los árboles genealógicos se entretajan. A raíz de cierta vivencia de la cadena mnémica, para el vómito por ejemplo, además de los eslabones retrocedentes de esta cadena fue despertado un recuerdo de otra cadena, que es el fundamento de otro síntoma, por ejemplo un dolor de cabeza. Por eso aquella vivencia pertenece a las dos series, constituyendo así un *punto nodal*;⁷ y en todo análisis se descubren varios de estos. Su correlato clínico acaso sea que a partir de cierto momento ambos síntomas aparezcan juntos, de manera simbiótica, en verdad sin una recíproca dependencia interna. Y más hacia atrás se encuentran todavía unos puntos nodales de otra índole. Ahí convergen las cadenas asociativas singulares;⁸ se hallan vivencias de las que han partido dos o más síntomas. A un detalle de la escena se anudó una cadena, a otro detalle la segunda cadena.

Ahora bien, he aquí el resultado más importante con que se tropieza a raíz de esa consecuente persecución analítica: No importa el caso o el síntoma del cual uno haya partido, *infaliblemente se termina por llegar al ámbito del vivenciar sexual*. Así se habría descubierto, por vez primera, una condición etiológica de síntomas histéricos.

Yo puedo prever, por experiencias anteriores, que a esta tesis, o a su validez universal, señores, irá dirigida la con-

⁷ [Los «puntos nodales» fueron descritos por Freud en su contribución técnica a *Estudios sobre la histeria* (1895d), AE, 2, págs. 295 y 299. Vale la pena comparar las elucidaciones que allí ofrece sobre las cadenas asociativas (*ibid.*, págs. 293 y sigs.) con estas, mucho más breves. Se menciona un ejemplo de «punto nodal» —la palabra «mojadura»— en el análisis del primer sueño del caso «Dora» (1905e), AE, 7, págs. 78-80.]

⁸ [El hecho de que regularmente se produzca primero una divergencia y luego una convergencia de las cadenas asociativas es también mencionado por Freud como una característica del análisis de sueños. Cf. «Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños» (1923c), AE, 19, pág. 112.]

tradición de ustedes. Acaso debería decir mejor: su *inclinación* a contradecir, pues ninguno de ustedes dispone todavía de indagaciones que, realizadas con el mismo procedimiento, hubieran arrojado diverso resultado. Sobre el asunto litigioso como tal, sólo señalaré que la singularización del factor sexual dentro de la etiología de la histeria en modo alguno proviene en mi caso de una opinión preconcebida. Los dos investigadores con quienes yo inicié como discípulo mis trabajos sobre la histeria, Charcot y Breuer, estaban lejos de una premisa así; más aún, le tenían una aversión personal de la que yo participaba al comienzo. Sólo las más laboriosas indagaciones de detalle me han llevado —con mucha lentitud— a abrazar la opinión que hoy sustento. Si someten al más riguroso examen mi tesis según la cual también la etiología de la histeria residiría en la vida sexual, ella sale airosa de la prueba, como lo indica el hecho de que en unos dieciocho casos de histeria⁹ pude discernir ese nexo para cada síntoma singular y, toda vez que las circunstancias lo permitieron, corroborarlo con el éxito terapéutico. Me objetarán, por cierto, que el decimonoveno y el vigésimo análisis acaso muestren una derivación de síntomas histéricos también desde otras fuentes, y así limitarían la validez de la etiología sexual, que ya no sería universal sino de un ochenta por ciento *{sic}*. Y bien, aguardaremos a que ello ocurra, pero como aquellos dieciocho casos son, al mismo tiempo, todos cuantos pude someter al trabajo del análisis, y como nadie los escogió a mi gusto, comprenderán que yo no comparta aquella expectativa, sino que esté preparado para salir adelante con mi creencia sobre la fuerza probatoria de las experiencias que he obtenido hasta aquí. Y a ello me mueve, además, otro motivo cuya validez es por ahora enteramente subjetiva. En el único intento explicativo para el mecanismo fisiológico y psíquico de la histeria que yo me he podido plasmar como resumen de mis observaciones, la injerencia de unas fuerzas pulsionales sexuales se me ha convertido en una premisa indispensable.

Entonces, se llega finalmente, luego de que las cadenas mnémicas han convergido, al ámbito sexual y a unas pocas vivencias que las más de las veces corresponden a un mismo período de la vida, la pubertad. A partir de estas vivencias uno debe inferir la etiología de la histeria, y com-

⁹ [Anteriormente había declarado trece casos; cf. «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896a), *supra*, pág. 151, y «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896b), *supra*, pág. 164.]

prender por medio de ellas la génesis de síntomas histéricos. Sin embargo, aquí se sufre una nueva y grave desilusión. Las vivencias tan laboriosamente halladas, destiladas de todo el material mnémico, esas vivencias traumáticas que parecen últimas, tienen sin duda en común aquellos dos caracteres —sexualidad y período de la pubertad—, pero en lo demás son *muy heterogéneas y de valor dispar*. En algunos casos, ciertamente, son unas vivencias que es preciso reconocer como traumas graves: un intento de forzamiento que a la muchacha no madura le revela de un golpe toda la brutalidad del placer sexual; haber sido involuntario testigo de actos sexuales entre los progenitores, lo que descubre una fealdad insospechada y, a la vez, lastima el sentimiento infantil así como el moral, etc. En otros casos, tales vivencias son de una asombrosa nimiedad. Una de mis pacientes mostró en la base de su neurosis la vivencia de acariciarle tiernamente la mano un muchacho amigo, y otra vez de apretarle la pierna contra su falda, mientras ambos estaban sentados a la mesa uno al lado del otro, y la expresión de él al hacerlo le dejó colegir que se trataba de algo no permitido. En el caso de otra dama joven, bastó que ella oyese un acertijo en chanza, que dejaba adivinar una respuesta obscena, para provocar el primer ataque de angustia y así inaugurar la enfermedad. Es evidente que tales resultados no son propicios para entender la causación de síntomas histéricos. Si las vivencias tanto son graves como banales, si lo que se deja discernir como los traumas últimos de la histeria tanto son experiencias en el cuerpo propio como impresiones visuales y comunicaciones oídas, acaso nos tienta la interpretación de que las histéricas son unas criaturas de una constitución particular —probablemente a consecuencia de una disposición heredada o de una atrofia degenerativa—, en quienes el horror a la sexualidad, que en las personas normales desempeña cierto papel en la pubertad, se acrecienta hasta lo patológico y se vuelve duradero; serían, en cierta medida, personas que no pueden responder de manera suficiente en lo psíquico a las demandas de la sexualidad. Es cierto que en esa tesis se descuidaría la histeria de los varones, pero aun si no mediaran objeciones gruesas como esta, la solución no parece muy tentadora por sí misma. Con demasiada nitidez se tiene aquí la sensación intelectual de estar frente a algo entendido a medias, algo que permanece todavía oscuro e incompleto.

Por suerte para nuestro esclarecimiento, algunas de las vivencias sexuales de la pubertad muestran luego una insu-

ficiencia apta para incitarnos a proseguir el trabajo analítico. Porque sucede que también estas vivencias pueden carecer de idoneidad determinante, si bien esto es mucho más raro que en el caso de vivencias traumáticas de períodos posteriores de la vida. Así, en las dos pacientes que antes cité para ejemplificar casos con vivencias de pubertad en sí mismas inocentes, como secuela de esas vivencias se habían instalado unas peculiares, dolorosas sensaciones en los genitales que se consolidaron como síntomas principales de la neurosis, y cuyo determinismo no derivaba ni de las escenas de la pubertad ni de otras posteriores, pero que seguramente no pertenecían a las sensaciones normales de órgano ni a los signos de una irritación sexual. ¿Qué tal si se dijera que uno debe buscar el determinismo de estos síntomas en otras vivencias, que se remontan todavía más atrás, y entonces obedecer aquí por segunda vez a aquella ocurrencia salvadora que antes nos guió desde las primeras escenas traumáticas hasta las cadenas mnémicas que había tras ellas? Es cierto que así se llega a la época de la niñez temprana, la época anterior al desarrollo de la vida sexual, lo que parece entrañar una renuncia a la etiología sexual. Pero, ¿no se tiene derecho a suponer que tampoco en la infancia faltan unas excitaciones sexuales leves, y, más aún, que acaso el posterior desarrollo sexual está influido de la manera más decisiva por vivencias infantiles? Es que unos influjos nocivos que afectan al órgano todavía no evolucionado, a la función en proceso de desarrollo, causan asaz a menudo efectos más serios y duros que los que podrían desplegar en la edad madura. ¿Quizás en la base de la reacción anormal frente a impresiones sexuales, con la cual los histéricos nos sorprenden en la época de la pubertad, se hallen de manera universal unas vivencias sexuales de la niñez que tendrían que ser de índole uniforme y sustantiva? Así se ganaría cierta perspectiva de esclarecer como algo adquirido tempranamente lo que hasta ahora era preciso poner en la cuenta de una predisposición que, empero, la herencia no volvía inteligible. Y como unas vivencias infantiles de contenido sexual sólo podrían exteriorizar un efecto psíquico a través de sus *huellas mnémicas*, ¿no sería este un bienvenido complemento a aquel resultado del análisis según el cual un *síntoma histérico sólo puede nacer con la cooperación de recuerdos?* [pág. 197].

II

Ustedes bien coligen, señores, que yo no habría prolongado tanto mi última ilación de pensamiento de no haber querido prepararlos para enterarse de que es la única que nos lleva a la meta, luego de tantísimas demoras. Y es que realmente estamos al cabo de nuestro largo y dificultoso trabajo analítico, y hallamos aquí realizadas todas las demandas y expectativas hasta aquí formuladas. Si tenemos la perseverancia de llegar con el análisis hasta la niñez temprana, hasta el máximo donde llegue la capacidad de recordar de un ser humano, en todos los casos moveremos a los enfermos a reproducir unas vivencias que por sus particularidades, así como por sus vínculos con los posteriores síntomas patológicos, deberán considerarse la etiología buscada de la neurosis. Estas vivencias *infantiles* son a su vez de contenido *sexual*, pero de índole mucho más uniforme que las escenas de pubertad anteriormente halladas; en ellas ya no se trata del despertar del tema sexual por una impresión sensorial cualquiera, sino de unas experiencias sexuales en el cuerpo propio, de un *comercio sexual* (en sentido lato). Me concederán ustedes que la *sustantividad* de estas escenas no ha menester de ulterior fundamentación; agreguen todavía que en el detalle de ellas todas las veces pueden descubrir los factores *determinadores* que acaso echarían de menos en las otras escenas, ocurridas después y reproducidas antes. [Cf. pág. 193.]

Formulo entonces esta tesis: en la base de todo caso de histeria se encuentran *una o varias vivencias* —reproducibles por el trabajo analítico, no obstante que el intervalo pueda alcanzar decenios—¹⁰ *de experiencia sexual prematura*, y pertenecientes a la tempranísima niñez. Estimo que esta es una revelación importante, el descubrimiento de un *caput Nili* {origen del Nilo} de la neuropatología, pero no sé bien por dónde reanudar para proseguir la elucidación de estas constelaciones. No sé si debo exhibirles a ustedes mi material fáctico obtenido en los análisis, o bien tratar de salir al paso primero de toda la masa de objeciones y dudas que se habrán apoderado de su atención, según tengo derecho a conjeturarlo. Escojo esto último; quizá luego podamos demorarnos con más tranquilidad en los hechos.

a. Quien se oponga a toda concepción psicológica de la histeria y prefiera no resignar la esperanza de que algún día

¹⁰ [Nota agregada en 1924:] Véase mi acotación en pág. 203.

se conseguirá reconducir sus síntomas a unas «alteraciones anatómicas más finas», y quien haya rechazado la inteligencia de que las bases materiales de las afecciones histéricas no pueden ser heterogéneas respecto de las que sustentan nuestros procesos anímicos normales; quien tal piense, digo, ya no podrá confiar, desde luego, en los resultados de nuestros análisis. Ahora bien, la diversidad de principio entre sus premisas y las nuestras nos dispensa de la obligación de convencerlo sobre cada punto en particular.

Pero aun quien rechace menos las teorías psicológicas sobre la histeria estará tentado de preguntar, en vista de nuestros resultados analíticos, qué grado de certeza conllevaría la aplicación del psicoanálisis, si no sería muy posible que el médico instilara estas escenas como un presunto recuerdo al enfermo complaciente, o que el enfermo le presentara unas deliberadas invenciones y unas fantasías libres, que aquel aceptaría como genuinas. A esto tengo para replicar que los reparos generales a la confiabilidad del método psicoanalítico sólo se podrán apreciar y descartar cuando se disponga de una exposición completa de su técnica y sus resultados; pero en cuanto a los reparos dirigidos a la autenticidad de las escenas sexuales infantiles, ya hoy se los puede aventar con más de un argumento. En primer lugar, el comportamiento de los enfermos mientras reproducen estas vivencias infantiles es en todos sus aspectos inconciliable con el supuesto de que las escenas serían algo diverso de una realidad que se siente penosa y se recuerda muy a disgusto. Antes de la aplicación del análisis, los enfermos nada saben de estas escenas; suelen indignarse si uno les anuncia el afloramiento de ellas, y sólo en virtud de la más intensa compulsión del tratamiento pueden ser movidos a embarcarse en su reproducción, padecen las más violentas sensaciones, que los avergüenzan y procuran ocultar, mientras evocan a la conciencia estas vivencias infantiles, y aun después que tornaron a recorrerlas de tan convincente modo intentan denegarles creencia, insistiendo en que respecto de ellas no les sobrevino un sentimiento mnémico, como sí les ocurriera respecto de otras partes de lo olvidado.¹¹

Y bien, esta última conducta parece ser absolutamente probatoria. ¿Por qué me irían a asegurar los enfermos tan terminantemente su incredulidad si por cualquier motivo

¹¹ [Nota agregada en 1924:] Todo esto es correcto, pero debe considerarse que en aquella época yo todavía no me había librado de la sobrestimación de la realidad y el menosprecio por la fantasía. [Véase la nota agregada en la misma fecha a «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896b), *supra*, pág. 168.]

ellos mismos hubieran inventado las cosas que pretenden desvalorizar?

Menos cómodo para refutar, si bien me parece igualmente insostenible, es que el médico imponga al enfermo unas reminiscencias de esa índole, se las sugiera para su representación y reproducción. Yo nunca he conseguido imponer a un enfermo cierta escena que yo esperaba, de tal suerte que él pareciera revivirla con todas las sensaciones a ella correspondientes; puede que otros tengan más éxito en ello.

Pero existe, además, toda una serie de otras garantías sobre la realidad objetiva de las escenas sexuales infantiles. Primero, su uniformidad en ciertos detalles, resultado forzoso de ser recurrentes y homogéneas las premisas de esas vivencias, y en la otra hipótesis, habría que creer que entre los diversos enfermos hay unos secretos convenios. Segundo, que en ocasiones los enfermos describen como inocentes unos procesos cuyo significado evidentemente no comprenden, pues de lo contrario por fuerza los espantarían; o bien tocan, sin atribuirles valor, detalles que sólo alguien experimentado en la vida conoce y sabe apreciar como unos sutiles rasgos de carácter de lo real-objetivo.

Si tales caecimientos refuerzan la impresión de que los enfermos tienen que haber vivenciado realmente lo que bajo la compulsión del análisis reproducen como una escena de la infancia, hay otra y más fuerte prueba, que brota del vínculo de las escenas infantiles con el conjunto del historial clínico restante. Así como en los rompecabezas infantiles se establece, tras mucho ensayar, una certeza absoluta sobre la pieza que corresponde a cada uno de los espacios que quedan libres —porque sólo esa pieza completa la imagen, al par que su irregular contorno ajusta perfectamente con los contornos de las otras, pues no resta ningún espacio libre ni se vuelve necesaria superposición ninguna—,¹² también las escenas infantiles prueban ser por su contenido unos irrecusables complementos para la ensambladura asociativa y lógica de la neurosis, y sólo tras su inserción se vuelve el proceso inteligible {*verständlich*} —las más de las veces uno preferiría decir: evidente por sí mismo {*selbstverständlich*}—.

Agrego que en una serie de casos se puede aportar también la prueba terapéutica de la autenticidad de las escenas infantiles, pero no quiero situar esto en el primer plano.

¹² [Freud apeló otra vez a esta analogía más de un cuarto de siglo después, cuando los rompecabezas ya habían llegado a ser un pasatiempo de adultos. Cf. «Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños» (1923c), *AE*, 19, pág. 118.]

Hay casos en que se obtiene un éxito terapéutico total o parcial sin que se haya debido descender hasta las vivencias infantiles, y otros en que no se obtiene éxito alguno hasta que el análisis no alcanza su término natural con el descubrimiento de los traumas más tempranos. Yo opino que en el primer caso no se está a salvo de recidivas; mi expectativa es que un psicoanálisis completo ha de significar la curación radical de una histeria.¹³ Sin embargo, ¡no anticipemos en este punto las doctrinas a la experiencia!

Habría además una prueba, pero una realmente inatacable, sobre la autenticidad de las vivencias sexuales infantiles, a saber: que las indicaciones de una persona en el análisis fueran corroboradas por la comunicación de otra persona dentro de un tratamiento o fuera de él. Para ello sería preciso que ambas hubieran participado en su infancia de la misma vivencia; por ejemplo, que hubieran mantenido una recíproca relación sexual. Y tales relaciones infantiles, como enseguida lo oirán ustedes, en modo alguno son raras; muy a menudo sucede que ambos copartícipes contraen después una neurosis, a pesar de lo cual creo que fue una gran suerte haber conseguido yo una corroboración objetiva tal en dos casos sobre dieciocho. Una vez fue el hermano varón (que se había mantenido sano) quien, sin que yo lo exhortara a ello, corroboró, cierto que no las más tempranas vivencias sexuales con su hermana enferma, pero al menos escenas de esa índole durante la niñez más tardía de ellos, y el hecho de haber mantenido unas relaciones sexuales que se remontaban más atrás. Y otra vez ocurrió que dos mujeres bajo tratamiento habían mantenido de niñas comercio sexual con la misma persona masculina, a raíz de lo cual se habían producido algunas escenas *à trois*. Ciertamente un síntoma que se derivaba de estas vivencias infantiles había conseguido plasmarse en los dos casos como testimonio de esta comunidad.

b. Entonces, en experiencias sexuales de la infancia, consistentes en estimulaciones de los genitales, acciones semejantes al coito, etc., deben reconocerse en último análisis aquellos traumas de los cuales arrancan tanto la reacción histérica frente a unas vivencias de la pubertad como el desarrollo de síntomas histéricos. Seguramente se elevarán, desde dos lados diferentes, dos objeciones opuestas entre sí contra esta tesis. Unos dirán que abusos sexuales de

¹³ [Es interesante comparar estas opiniones con las menos vehementes que manifestó en uno de sus últimos trabajos, «Análisis terminable e interminable» (1937c).]

esa índole, perpetrados contra niños o por niños entre sí, son demasiado raros para que se pudiera abarcar con ellos el condicionamiento de una neurosis tan frecuente como la histeria. Otros aducirán quizá que tales vivencias son, por el contrario, muy frecuentes, demasiado como para atribuirles un significado etiológico a su comprobación; sostendrán también que, a poco que se lo investigue, fácilmente se descubrirán personas que recuerdan escenas de seducción sexual y de abusos sexuales en su niñez, a pesar de lo cual nunca han sido histéricas. Por último se nos dirá, como poderoso argumento, que en los estratos inferiores de la población la histeria no es sin duda más frecuente que en los superiores, no obstante indicar todo que el mandamiento de invulnerabilidad sexual de la niñez se infringe con frecuencia incomparablemente mayor en el caso de los niños proletarios.

Empecemos nuestra defensa por lo más fácil. Paréceme cierto que nuestros niños están expuestos a ataques sexuales mucho más a menudo de lo que uno supondría por los escasos desvelos que ello causa a los padres. En mis primeras averiguaciones acerca de lo que sobre este tema se sabía, me enteré por algunos colegas de la existencia de varias publicaciones de pediatras que se quejan por la frecuencia de prácticas sexuales perpetradas por nodrizas y niñeras aun en lactantes, y en estas últimas semanas ha llegado a mis manos un tocante trabajo del doctor Stekel, de Viena, que se ocupa del «Coito en la infancia».¹⁴ No he tenido tiempo de recopilar otros testimonios bibliográficos, pero aun si estos fueran los únicos, habría derecho a esperar que, incrementada la atención hacia este tema, muy pronto se corroboraría la gran frecuencia de vivencias sexuales y quehacer sexual en la niñez.

Por último, los resultados de mis análisis se bastan para hablar por sí solos. En los dieciocho casos sin excepción (de histeria pura, y de histeria combinada con representaciones obsesivas, seis hombres y doce mujeres), tomé noticia, como ya he consignado, de tales vivencias sexuales de la infancia. Puedo clasificar mis casos en tres grupos, de acuerdo con el origen de la estimulación sexual. En el primer grupo se trata de atentados únicos o al menos de abusos aislados, las más de las veces perpetrados en niñas por adultos extraños a ellas (que en ese acto atinaron a evitar

¹⁴ Stekel, 1895. [La fecha aparece erróneamente como «1896» en las ediciones en alemán. Digamos, de paso, que Stekel sólo llegó a tener conocimiento de la obra de Freud unos cinco años después del presente trabajo. (Cf. Jones, 1955, pág. 8.)]

un daño mecánico groscero); en tales casos no contó para nada la aquiescencia de los niños, y como secuela inmediata de la vivencia prevaleció el terror. Un segundo grupo lo forman aquellos casos, mucho más numerosos, en que una persona adulta cuidadora del niño —niñera, aya, gobernanta, maestro, y por desdicha también, con harta frecuencia, un pariente próximo—¹⁵ introdujo al niño en el comercio sexual y mantuvo con él una relación amorosa formal —plasmada también en el aspecto anímico— a menudo durante años. Finalmente, al tercer grupo pertenecen las relaciones infantiles genuinas, vínculos sexuales entre dos niños de sexo diferente, la mayoría de las veces entre hermanitos, que a menudo continuaron hasta pasada la pubertad y conllevaron las más persistentes consecuencias para la pareja en cuestión. En la mayoría de mis casos se averiguó un efecto combinado de dos o más de estas etiologías; en algunos, la acumulación de vivencias sexuales de diferente origen era directamente asombrosa. Pero ustedes comprenderán con facilidad esta característica de mis observaciones si consideran que todos los casos que debí tratar eran de afección neurótica grave, que amenazaba con incapacitar al individuo para la existencia.

Ahora bien, cuando había una relación entre dos niños, en ciertos casos se consiguió probar que el varón —que por cierto desempeña aquí el papel agresivo— había sido seducido antes por una persona adulta del sexo femenino, y luego, bajo la presión de su libido prematuramente despertada y a consecuencia de la compulsión mnémica, buscó repetir en la niña justamente las mismas prácticas que había aprendido del adulto, sin emprender él mismo una modificación autónoma en la variedad del quehacer sexual.

Por lo dicho, me inclino a suponer que sin seducción previa los niños no podrían hallar el camino hacia unos actos de agresión sexual. Según eso, el fundamento para la neurosis sería establecido en la infancia siempre por adultos, y los niños mismos se transferirían entre sí la predisposición a contraer luego una histeria. Les pido que consideremos por un momento la particular frecuencia con que los vínculos sexuales de la infancia se producen justamente entre hermanitos y primos, por la oportunidad que a ello brinda el habitual estar juntos; imaginen ahora que diez o quince años después se hallara enfermos en esa familia a varios individuos de la generación joven, y pregun-

¹⁵ [Véase una nota mía en «Nuevas puntualizaciones sobre las neropsicosis de defensa» (1896b), *supra*, pág. 165, n. 8.]

tense si esta presencia familiar de la neurosis no es apta para inducirnos a suponer erróneamente una predisposición hereditaria donde sólo hay una *seudoberencia*, y en realidad ha sobrevenido una trasfencia, una infección en la niñez.

Ahora pasemos a la otra objeción, que se basa en la admitida gran difusión de las vivencias sexuales infantiles y en la experiencia de que muchas personas que no se han vuelto histéricas recuerdan escenas de esta índole. Contra esto digamos, en primer término, que la enorme frecuencia de un factor etiológico no podría utilizarse como argumento para desestimar su significado etiológico.¹⁶ ¿Acaso el bacilo de la tuberculosis no es omnipresente y no lo contraen muchos más hombres de los que se muestran enfermos de tuberculosis? ¿E importa menos para su significación etiológica el hecho de que, evidentemente, ha menester de la cooperación de otros factores para producir su efecto específico, la tuberculosis? Para ser apreciado como etiología específica basta que la tuberculosis no sea posible sin su cooperación. Y lo mismo vale para nuestro problema. No interesa que muchos seres humanos vivencien escenas sexuales infantiles sin volverse histéricos, con tal de que todos los que se han vuelto histéricos hayan vivenciado esas escenas. El círculo de ocurrencia de un factor etiológico puede ser mucho más extenso que el de su efecto, pero no puede ser nunca más reducido. No contrajeron viruelas todos los que tocaron o se acercaron a alguien con esa enfermedad, y sin embargo el contagio (*Übertragung*) por un enfermo de viruelas es casi la única etiología que conocemos para esta.

Es verdad que si un quehacer infantil de la sexualidad fuera de ocurrencia casi universal, su comprobación en todos los casos carecería de todo peso. Pero, en primer lugar, semejante afirmación sería sin duda muy exagerada y, en segundo lugar, los títulos etiológicos de las escenas infantiles no descansan sólo en la constancia de su aparición en la anamnesis de los histéricos, sino, sobre todo, en la comprobación de los lazos asociativos y lógicos entre ellas y los síntomas histéricos, prueba que les resultaría a ustedes evidente como la luz del día si hiciéramos la comunicación completa de un historial clínico.

¿Cuáles serán esos otros factores de que ha menester aún la «etiología específica» de la histeria para producir real-

¹⁶ [La cuestión de la «etiología específica» fue analizada por Freud más ampliamente en su segundo trabajo sobre la neurosis de angustia (1895f), *supra*, págs. 134 y sigs.]

mente la neurosis? Éste, señores, constituye en sí mismo un tema, que no me propongo tratar; por hoy sólo necesito mostrar el punto de contacto donde se articulan ambas partes del tema —etiología específica y auxiliar—. Sin duda entrará en cuenta un número considerable de factores: la constitución heredada y personal, la sustantividad interior de las vivencias sexuales infantiles, sobre todo su frecuencia; una relación breve con un muchacho extraño, luego indiferente, quedará muy a la zaga de unos vínculos sexuales íntimos, mantenidos durante años, con un hermano varón. En la etiología de las neurosis tienen tanto peso las condiciones cuantitativas como las cualitativas; para que la enfermedad devenga manifiesta es preciso que sean rebasados ciertos valores de umbral. Por lo demás, yo mismo no considero exhaustiva la serie etiológica antes consignada, ni ha despejado ella el enigma de saber por qué la histeria no es más frecuente en los estamentos inferiores. (Recuerden, sin embargo, la difusión sorprendentemente grande que, según afirmó Charcot, tiene la histeria masculina entre los obreros.) Empero, puedo recordarles que hace algunos años señalé un factor hasta ahora poco apreciado, para el cual reclamé el papel principal en la provocación de la histeria después de la pubertad. Consigné entonces¹⁷ que el estallido de la histeria se deja reconducir, de manera casi regular, a un *conflicto psíquico*: una representación inconciliable pone en movimiento la *defensa* del yo e invita a la represión. Pero en aquel momento no supe indicar las condiciones bajo las cuales ese afán defensivo tiene el efecto patológico de esforzar de manera efectiva hacia lo inconciente el recuerdo penoso para el yo, y crear en su lugar un síntoma histérico. Hoy lo complemento: *La defensa alcanza ese propósito suyo de esforzar fuera de la conciencia la representación inconciliable cuando en la persona en cuestión, hasta ese momento sana, están presentes unas escenas sexuales infantiles como recuerdos inconcientes, y cuando la representación que se ha de reprimir puede entrar en un nexo lógico o asociativo con una de tales vivencias infantiles.*

Puesto que el afán defensivo del yo depende de toda la formación moral e intelectual de la persona, no estamos ya privados de toda inteligencia para el hecho de que la histeria sea entre el pueblo bajo mucho más rara de lo que su etiología específica consentiría.

Señores, reconsideremos otra vez aquel último grupo de

¹⁷ [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894a), *supra*, págs. 49-50.]

objecciones, cuya respuesta nos ha llevado tan lejos. Tenemos sabido y admitido que numerosas personas recuerdan con gran nitidez unas vivencias sexuales infantiles, no obstante lo cual no son histéricas. Esta objeción carece de todo peso, pero a raíz de ella podemos hacer una valiosa puntualización. Y es que, según nuestra inteligencia de las neurosis, personas de este tipo *en modo alguno podrían* ser histéricas; al menos, no como consecuencia de las escenas que concientemente recuerdan. En nuestros enfermos esos recuerdos nunca son concientes; y más aún, los curamos de su histeria mudando en concientes sus recuerdos inconcipientes de las escenas infantiles. En cuanto al hecho de haber tenido ellos tales vivencias, no podríamos modificarlo, ni nos hace falta. Lo advierten ustedes: no importa la sola existencia de las vivencias sexuales infantiles; cuenta también una condición psicológica. Estas escenas tienen que estar presentes como *recuerdos inconcipientes*; sólo en la medida misma en que son inconcipientes pueden producir y sustentar síntomas histéricos. En cuanto a saber de qué depende que estas vivencias arrojen como resultado unos recuerdos concientes o inconcipientes, si la condición para ello se sitúa en el contenido de las vivencias, en la época en que sobrevinieron o en influjos posteriores, he ahí un nuevo problema que precavidamente dejaremos de lado. Permítanme indicarles sólo la tesis que el análisis nos ha proporcionado como un primer resultado: *Los síntomas histéricos son re-
toños de unos recuerdos de eficiencia inconciente.*

c. Si sostenemos que unas vivencias sexuales infantiles son la condición básica, la *predisposición*, por así decir, para la histeria; que ellas producen los síntomas histéricos, pero no de una manera inmediata, sino que al principio permanecen ineficientes y sólo cobran eficiencia patógena luego, cuando pasada la pubertad son despertadas como unos recuerdos inconcipientes; si tal sostenemos, pues, estamos obligados a dar razón de las numerosas observaciones que comprueban la emergencia de una afección histérica ya en la niñez y antes de la pubertad. Pero también esta dificultad se disipa si consideramos más ceñidamente los datos, obtenidos mediante los análisis, sobre las circunstancias temporales de las vivencias sexuales infantiles. Es que entonces uno averigua que en nuestros casos graves la formación de síntomas histéricos empieza, no de manera excepcional, sino más bien regularmente, con el octavo año, y que las vivencias sexuales, que no exteriorizan ningún efecto inmediato, todas las veces se remontan más

atrás, hasta el tercero o cuarto, o hasta el segundo año de vida. Como en ningún caso la cadena de las vivencias eficientes se interrumpe con el octavo año, yo tengo que suponer que ese período de la vida en que se produce el empuje de crecimiento de la segunda dentición forma para la histeria una frontera, traspuesta la cual su causación se vuelve imposible. Si alguien no tiene unas vivencias sexuales más tempranas, a partir de ese momento ya no puede quedar predispuesto a la histeria; y quien las tenga, puede desarrollar ya unos síntomas histéricos. En cuanto a la aparición de histeria aun más allá de esta frontera de edad (o sea, antes de los ocho años), se puede interpretar como un fenómeno de madurez prematura. La existencia de esa frontera se entrama, muy probablemente, con unos procesos de desarrollo dentro del sistema sexual. A menudo se observa un precoz desarrollo sexual somático, y hasta es concebible que una estimulación sexual prematura pueda promoverlo.¹⁸

Así obtenemos una indicación de que cierto estado *infantil* de las funciones psíquicas, así como del sistema sexual, es indispensable para que una experiencia sexual sobrevenida en ese período despliegue luego, como recuerdo, un efecto patógeno. Sin embargo, no me atrevo a pronunciarme con más precisión sobre la naturaleza de este infantilismo psíquico y su deslinde temporal.

d. A una ulterior objeción acaso podría chocarle que el recuerdo de las vivencias sexuales infantiles hubiera de exteriorizar un efecto patógeno tan grandioso, cuando el vivenciarlas como tal ha permanecido ineficaz. Es que de hecho no estamos habituados a que de una imagen mnémica partan unas fuerzas que faltaron a la impresión real. Echan de ver ustedes aquí, por otra parte, con cuánta consecuencia se cumple en la histeria la tesis de que unos síntomas sólo de recuerdos pueden proceder. Ninguna de las escenas posteriores en que se generan los síntomas es la eficiente, y las vivencias genuinamente eficientes no producen al principio efecto alguno. Ahora bien, aquí estamos frente a un problema que con buen derecho podemos separar de nuestro tema. Es cierto que uno se siente invitado a una síntesis si pasa revista a la serie de llamativas condiciones de las que hemos llegado a tomar noticia, a saber: para formar un síntoma histérico tiene que estar presente

¹⁸ [Véase la larga nota a pie de página en «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896b), *supra*, pags. 167-8, n. 12.]

un afán defensivo contra una representación penosa; además, esta tiene que mostrar un enlace lógico o asociativo con un recuerdo inconciente a través de pocos o muchos eslabones, que en ese momento permanecen por igual inconcientes; por otra parte, aquel recuerdo inconciente sólo puede ser de contenido sexual, y su contenido es una vivencia sobrevinida en cierto período infantil; así las cosas, uno no puede dejar de preguntarse: ¿cómo es posible que este recuerdo de una vivencia en su momento inofensiva exteriorice póstumamente {*posthum*} el efecto anormal de guiar un proceso psíquico, como lo es la defensa, hasta un resultado patológico, mientras a todo esto el recuerdo mismo permanece inconciente?

Pues bien, uno no podrá menos que decirse que este es un problema puramente psicológico, cuya solución quizá reclame determinados supuestos sobre los procesos psíquicos normales y sobre el papel que en ellos cumple la conciencia; no obstante, por el momento puede permanecer irresuelto sin desvalorizar nuestra intelección, ya obtenida, sobre la etiología de los fenómenos histéricos.

III

Señores, el problema cuyo planteo acabo de formular atañe al *mecanismo* de la formación de síntoma histérico. Pero nos vemos constreñidos a exponer la causación de estos síntomas sin considerar este mecanismo, lo cual conlleva inevitable menoscabo para el redondeo y la transparencia de nuestra elucidación. Volvamos al papel de las escenas sexuales infantiles. Me temía que pudiera haberlos inducido a sobrestimar su fuerza formadora de síntomas. Por eso destaco otra vez que todo caso de histeria muestra unos síntomas cuyo determinismo no proviene de vivencias infantiles, sino de vivencias posteriores, a menudo recientes. Es cierto que otra parte de los síntomas se remonta a las más tempranas vivencias; son, por así decir, de la más vieja alcurnia. Entre ellos se cuentan, sobre todo, las tan numerosas y múltiples sensaciones y parestesias en los genitales y otras partes del cuerpo que simplemente corresponden al contenido de sensación de las escenas infantiles en una reproducción alucinatoria, a menudo también con doloroso refuerzo.

Otra serie de fenómenos histéricos frequentísimos (el tenesmo vesical, la sensación de defecar, perturbaciones de

La actividad intestinal, atragantamientos y vómitos, indisposiciones de estómago y asco a los alimentos) se pudieron *descubrir* en mis análisis igualmente —y por cierto con una sorprendente regularidad— como derivados {*Derivat*} de esas mismas vivencias infantiles, y se explicaron sin trabajo a partir de unas propiedades constantes de ellas. En efecto, las escenas sexuales infantiles son enojosas propuestas para el sentimiento de un ser humano sexualmente normal; contienen todos los excesos consabidos entre libertinos e impotentes, en que se llega al empleo sexual abusivo de la cavidad bucal y el recto. El asombro que provocan deja sitio enseguida en el médico a una cabal inteligencia. De personas que no tienen reparos en satisfacer con niños sus necesidades sexuales no se puede esperar que se escandalicen por unos matices en la manera de esa satisfacción, y la impotencia que es propia de la niñez esfuerza infaltablemente a las mismas acciones subrogadoras a que el adulto se degrada en caso de impotencia adquirida. Todas las raras condiciones bajo las cuales la desigual pareja lleva adelante su relación amorosa —el adulto, que no puede sustraerse de participar en la recíproca dependencia que necesariamente surge de un vínculo sexual, pese a lo cual sigue armado de toda su autoridad y su derecho de reprimenda, y para la satisfacción desinhibida de sus caprichos permuta un papel por el otro; el niño, librado en su desvalimiento a esa voluntad arbitraria, desperdido prematuramente a toda clase de sensibilidades y expuesto a todos los engaños, a menudo interrumpido en el ejercicio de las operaciones sexuales a él impuestas por su imperfecto dominio sobre las necesidades naturales—, todas estas desproporciones grotescas, y al mismo tiempo trágicas, se imprimen sobre el futuro desarrollo del individuo y de su neurosis en un sinnúmero de efectos duraderos que merecerían el más exhaustivo estudio. Toda vez que la relación se juega entre dos niños, el carácter de las escenas sexuales sigue siendo empero repelente, pues en todos los casos supone una seducción previa de uno de los niños por un adulto. Las consecuencias psíquicas de tales relaciones infantiles son extraordinariamente profundas; las dos personas permanecen para el resto de su vida enlazadas entre sí por una atadura invisible.

En ocasiones, son circunstancias colaterales de estas escenas sexuales infantiles las que en años posteriores cobran poder determinante sobre los síntomas de la neurosis. Así, en uno de mis casos, la circunstancia de haber sido adiestrado el niño para excitar con su pie los genitales de la mujer adulta fue suficiente para fijar durante años la atención

neurótica sobre las piernas y su función, y producir, en definitiva, una paraplejía histérica. En otro caso, habría permanecido enigmático por qué en sus ataques de angustia, que solían producirse en ciertas horas del día, la enferma no quería dejar que se fuera de su lado una determinada entre sus muchas hermanas, que así la tranquilizaba, si el análisis no hubiera averiguado que el perpetrador de los atentados preguntaba, en cada una de sus visitas de aquella época, si estaba en casa esa hermana, de quien no podía menos que temer ser estorbado.

Suele suceder que la fuerza determinante de las escenas infantiles se esconde tanto que inevitablemente se la descuidará en un análisis superficial. En ese caso, uno cree haber hallado la explicación de cierto síntoma en el contenido de una de las escenas posteriores, y luego, en la trayectoria del trabajo, choca con el mismo contenido en una de las escenas infantiles, de suerte que en definitiva se ve precisado a decirse que la escena posterior debe su fuerza determinante de síntomas a su concordancia con las escenas tempranas. No por eso supondré insignificantes las escenas posteriores; si mi tarea fuera elucidar ante ustedes las reglas de la formación de síntomas histéricos, tendría que reconocer como una de esas reglas la siguiente: se escoge como síntoma aquella representación cuyo realce es el efecto conjugado de varios factores, que es evocada simultáneamente desde diversos lados; es lo que en otro lugar he intentado formular mediante esta tesis: *los síntomas histéricos son sobredeterminados*.¹⁹

Una cosa aún, señores; antes dejé de lado, como un tema especial, la relación entre la etiología reciente y la infantil; no puedo, sin embargo, dar por terminado mi tratamiento de este asunto sin infringir ese designio siquiera con una puntualización. Me concederán que hay sobre todo un hecho capaz de desorientarnos en la inteligencia psicológica de los fenómenos histéricos, un hecho que parece advertirnos que no hemos de medir con el mismo rasero los actos psíquicos de histéricos y normales. Y es la desproporción que hallamos en los histéricos entre estímulo psíquicamente excitador y reacción psíquica; procuramos dar razón de ella mediante el supuesto de una irritabilidad anormal general y solemos empeñarnos en explicarla fisiológicamente, como si ciertos órganos cerebrales que sirven a la transferencia se encontraran en los enfermos en cierto estado químico (como los centros espinales de la rana a la que se

¹⁹ [Véase la contribución técnica de Freud a *Estudios sobre la histeria* (1895d), AE, 2, págs. 270 y 295.]

ha inyectado estriquina) o se hubieran sustraído del influjo de centros inhibidores superiores (como en el experimento con animales bajo vivisección). Ambas concepciones pueden estar por entero justificadas aquí y allí para explicar los fenómenos histéricos; yo no lo pongo en entredicho. Sin embargo, lo principal del fenómeno, la reacción histérica anormal, hipertrofica, admite una explicación diversa, que es sustentada por numerosos ejemplos tomados del análisis. Y esta explicación reza: *La reacción de los histéricos es exagerada sólo en apariencia; tiene que aparecérsenos así porque nosotros sólo tenemos noticia de una pequeña parte de los motivos de los cuales brota.*

En realidad, esta reacción es proporcional al estímulo excitador, vale decir, normal, y psicológicamente entendible. Lo inteligimos tan pronto como el análisis agrega a los motivos manifiestos, concientes para el enfermo, aquellos otros que obraban sin que el enfermo supiera nada de ellos y, por tanto, sin que nos los pudiera comunicar.

Podría pasar horas probando a ustedes esta importante tesis para todo el ámbito de la actividad psíquica de los histéricos, pero debo limitarme aquí a unos pocos ejemplos. Ustedes se acordarán de la «quisquillosidad» anímica, tan frecuente en los histéricos, que, al menor indicio de menosprecio, reaccionan como si se los hubiera afrentado mortalmente. Y bien, ¿qué pensarían si observaran esa extremada susceptibilidad a raíz de ocasiones nimias entre dos personas sanas, por ejemplo unos cónyuges? Sin duda inferirían que la escena conyugal de que han sido testigos no es el mero resultado de la última, ínfima ocasión, sino que durante largo tiempo se ha acumulado un material inflamable que ahora explota en toda su masa en virtud del último choque.

Les pido que trasfieran idéntica ilación de pensamiento a los histéricos. No es la última mortificación, mínima en sí, la que produce el ataque de llanto, el estallido de desesperación, el intento de suicidio, con desprecio por el principio de la proporcionalidad entre el efecto y la causa, sino que esta pequeña mortificación actual ha despertado y otorgado vigencia a los recuerdos de muchas otras mortificaciones, más tempranas e intensas, tras las cuales se esconde todavía el recuerdo de una mortificación grave, nunca restañada, que se recibió en la niñez. O bien: si una joven se hace los más terribles reproches por haber consentido que un muchacho le acariciara en secreto tiernamente la mano, y desde entonces es aquejada por la neurosis, bien pueden ustedes enfrentar ese enigma con el juicio de que ella es una persona hipersensible, de disposición excéntrica,

anormal; pero cambiarán de parecer si el análisis les muestra que aquel contacto trajo a la memoria otro, semejante, ocurrido a muy temprana edad y que era un fragmento de un todo menos inocente, de modo que en verdad los reproches son válidos para aquella ocasión antigua. Y no es otro, en definitiva, el enigma de los puntos histerógenos;²⁰ si ustedes tocan uno de esos lugares singularizados, hacen algo que no se proponían: despiertan un recuerdo capaz de desencadenar un ataque convulsivo, y como ustedes nada saben de ese eslabón psíquico intermedio, referirán el ataque, como efecto, directamente al contacto de ustedes como causa. Los enfermos se encuentran en esa misma ignorancia y por eso caen en errores semejantes: de continuo establecen «enlaces falsos»²¹ entre la ocasión última conciente y el efecto que depende de tantos eslabones intermedios. Pero si al médico se le ha vuelto posible compaginar, para la explicación de una reacción histérica, los motivos concientes y los inconcientes, casi siempre tiene que reconocer esa reacción en apariencia desmedida como una reacción proporcionada, sólo que anormal por su forma.

Ahora objetarán ustedes, y con razón, a este modo de justificar la reacción histérica frente a un estímulo psíquico, que ella no es, empero, normal; preguntarán: ¿por qué los sanos se comportan de otro modo?; ¿por qué en ellos no todas las excitaciones hace tiempo trascurridas vuelven a cooperar con su efecto cuando es actual una excitación nueva? Es que se recibe la impresión de que en los histéricos guardan su virtud eficiente todas las vivencias antiguas frente a las cuales ya a menudo se reaccionó, y se reaccionó tormentosamente; como si estas personas fueran incapaces de tramitar estímulos psíquicos. Y es así, señores; de hecho es preciso suponer verdadero algo de esa índole. No olviden que las vivencias antiguas de los histéricos exteriorizan su efecto en una ocasión actual como *recuerdos inconcientes*. Parece como si la dificultad para la tramitación, la imposibilidad de mudar una impresión actual en un recuerdo despotenciado, dependiera justamente del carácter de lo inconciente psíquico.²² Como ustedes ven, el resto del problema es también aquí psicología, y una psi-

²⁰ [La frase empleada por Charcot (p. ej., en 1887, págs. 85 y sigs.) es «zonas histerógenas», pero en la contribución de Freud a *Estudios sobre la histeria* (1895d), AE, 2, pág. 268, se habla, asimismo, de «puntos histerógenos».]

²¹ [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894a), *supra*, pág. 53.]

²² [Temprana vislumbre de la concepción posterior de Freud sobre la «atemporalidad» de lo inconciente. Cf. «Lo inconciente» (1915e), AE, 14, pág. 184, n. 4.]

colopía para la cual los filósofos nos han preparado poco.

A esa psicología que debemos crear en todas sus piezas para nuestras necesidades —a la futura *psicología de las neurosis*— me veo precisado a remitirlos si, para concluir, les hago una comunicación de la que ustedes al principio temerán que perturbe nuestra incipiente inteligencia sobre la etiología de la histeria. Debo declarar que el papel etiológico de las vivencias sexuales infantiles no se limita al campo de la histeria, sino que de igual manera rige para la asombrosa neurosis de las representaciones obsesivas, y aun quizá para las formas de la paranoia crónica y otras psicosis funcionales. En este punto mi pronunciamiento es menos terminante, porque el número de mis análisis de neurosis obsesivas aún es mucho menor que el de histerias; en cuanto a la paranoia, sólo dispongo de un único análisis completo y de algunos fragmentarios. Pero lo que ahí hallé me pareció confiable y me ha llenado de expectativas ciertas para otros casos. Quizá recuerden que aun antes de serme consabida la comunidad de la etiología infantil yo abagué por la reunión de histeria y representaciones obsesivas bajo el título de «*neurosis de defensa*».²³ Ahora es preciso agregar —cosa que en verdad no se habría esperado de manera general— que todos mis casos de neurosis obsesiva permitieron discernir un trasfondo de síntomas histéricos,²⁴ las más de las veces sensaciones y dolores, que se remontaban justamente a las más antiguas vivencias infantiles. Y entonces, ¿cómo se decide que de las escenas infantiles que permanecieron inconcientes haya de surgir luego una histeria o una neurosis obsesiva, o aun una paranoia, cuando se sumen los otros factores patógenos? Es que esta multiplicación de nuestros discernimientos parece menoscabar el valor etiológico de tales escenas, cancelando la especificidad de la relación etiológica.

Yo no estoy todavía en condiciones, señores, de dar una respuesta confiable a este problema. No son suficientes para ello el número de mis casos analizados, ni la diversidad de las condiciones presentes en ellos. Hasta ahora llevo observado que, ante el análisis, las representaciones obsesivas por lo general *se desenmascaran* como unos encubiertos y mudados *reproches a causa de agresiones sexuales en la infancia*; por eso se las encuentra más a menudo en varones que en mujeres, y en los varones las representaciones obsesivas son más frecuentes que la histeria. Yo podría

²³ [En «Las neuropsicosis de defensa» (1894a).]

²⁴ [Cf. «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896b), *supra*, pág. 169.]

inferir de ahí que el carácter de las escenas infantiles, a saber, que se las haya vivenciado con placer o sólo pasivamente, tiene un influjo que comanda la elección de la posterior neurosis. Pero no me gustaría subestimar el influjo de la edad a que sobrevienen esas acciones infantiles, y otros factores. Sólo podrá esclarecernos sobre esto el examen de ulteriores análisis; ahora bien, si se llegan a averiguar los factores que gobiernan la decisión entre las formas posibles de las neuropsicosis de defensa, otra vez será un problema puramente psicológico conocer el mecanismo en virtud del cual se plasma cada forma singular.

He llegado por hoy al término de mis elucidaciones. Preparado como estoy a la contradicción y la incredulidad, me gustaría aducir un último argumento en defensa de mi causa. Comoquiera que tomen ustedes mis resultados, estoy autorizado a pedirles que no los consideren el fruto de una especulación fútil. Descansan en una laboriosa investigación de detalle en los enfermos, que en el caso más favorable me ha demandado cien y más horas de trabajo. Más aún que la apreciación que hagan ustedes de los resultados, me importa la atención que presten al procedimiento de que me he valido, procedimiento novedoso, de difícil manejo y, no obstante, indispensable para fines científicos y terapéuticos. Sin duda inteligen ustedes que no será lícito contradecir los resultados que arroja este método de Breuer modificado si, pasándolo por alto, se recurre a los métodos habituales para el examen clínico. Sería como si se pretendiera refutar los hallazgos de la técnica histológica invocando la indagación macroscópica. Este nuevo método de investigación, en la medida en que nos abre amplio acceso a un elemento nuevo del acontecer psíquico, a saber, los procesos del pensar que han permanecido inconcientes —según la expresión de Breuer: «*insusceptibles de conciencia*»—,²⁵ nos infunde la esperanza de obtener una nueva y mejor inteligencia de todas las perturbaciones psíquicas funcionales. No puedo creer que la psiquiatría demore mucho en servirse de esta nueva vía de conocimiento.

²⁵ [Cf. *Estudios sobre la histeria* (1895d), AE, 2, pág. 235.]