

Sigmund Freud

# Escritos sobre la histeria



**Alianza** editorial  
El libro de bolsillo

Título original: *Bruchstück einer Hysterie-Analyse - Zur Ätiologie der Hysterie - Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques - Vorworte zur ersten und zweiten Auflage von «Studien über Hysterie». Zusatz (1924) zu «Frau Emmy v. N...» in «Krankengeschichten». Studien über Hysterie: Zusatz (1924) zu «Katharina...» in «Krankengeschichten». Studien über Hysterie-Beiträge zu den «Studien über Hysterie».*

Traducción de: Luis López-Ballesteros y de Torres y Ramón Rey Ardid

Primera edición: 1973

Tercera edición: 2018

Diseño de colección: Estudio de Manuel Estrada con la colaboración de Roberto Turégano y Lydia Bozarth

Diseño de cubierta: Manuel Estrada

Fotografía de Toya Legido

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

© Sigmund Freud Copyrights Ltd.

© Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1973, 2018

Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15

28027 Madrid

[www.alianzaeditorial.es](http://www.alianzaeditorial.es)

ISBN: 978-84-9181-191-6

Depósito legal: M-15.669-2018

Printed in Spain

Si quiere recibir información periódica sobre las novedades de Alianza Editorial, envíe un correo electrónico a la dirección: [alianzaeditorial@anaya.es](mailto:alianzaeditorial@anaya.es)

# Índice

- 9 Análisis fragmentario de una histeria
- 135 La etiología de la histeria
- 175 Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas
- 195 Agregados a «Estudios sobre la histeria»
- 201 Aportaciones a los «Estudios sobre la histeria» (1892)
  
- 211 Notas



# Análisis fragmentario de una histeria

## 1. El estado patológico

Después de haber mostrado en mi *Interpretación de los sueños* (1900) que los sueños son, en general, interpretables y que, una vez llevada a término la labor interpretadora, pueden ser reemplazados por ideas irreprochablemente estructuradas, susceptibles de ser interpoladas en un lugar determinado y conocido de la continuidad anímica, quisiera presentar, en las páginas que siguen, un ejemplo de aquella única aplicación práctica de que hasta ahora parece susceptible el arte onirocrítico. En mi obra antes citada expuse ya cómo llegué a encontrarme ante el problema de los sueños. Se alzó de pronto en mi camino, cuando intentaba lograr la curación de las psiconeurosis por medio de un procedimiento psicoterápico especial, y los enfermos comenzaron a comunicarme, entre otros procesos de su vida anímica, sueños por ellos

soñados que parecían demandar un lugar entre las relaciones del síntoma patológico con la idea patógena. Aprendí por entonces a traducir al lenguaje vulgar el idioma de los sueños, y actualmente puedo afirmar que tal conocimiento es indispensable para el psicoanalítico, pues los sueños nos muestran el camino por el que puede llegar a la conciencia aquel material psíquico que, a causa de la resistencia provocada por su contenido, ha quedado reprimido y confinado fuera de la conciencia, haciéndose con ello patógeno. O más brevemente, los sueños son uno de los rodeos que permiten eludir la represión; uno de los medios principales de la llamada representación psíquica indirecta. La presente comunicación fragmentaria del historial clínico de una muchacha histérica intenta mostrar cómo la interpretación de los sueños interviene en la labor analítica. Me procura, además, una ocasión de propugnar públicamente y por vez primera, con toda la amplitud necesaria para su mejor comprensión, una parte de mis opiniones sobre los procesos psíquicos y sobre las condiciones orgánicas de la histeria. Reconocido ya, en general, que para aproximarse a la solución de los grandes problemas que la histeria plantea al médico y al investigador es preciso un fervoroso y profundo estudio y errónea la anterior actitud de despreciativa ligereza, no creo tener que disculparme de la amplitud con que he tratado el tema.

Ofrecer al lector un historial clínico acabadamente preciso y sin la menor laguna supondría situarle, desde un principio, en condiciones muy distintas a las del observador médico. Los informes de los familiares del

enfermo –en este caso, los suministrados por el padre de la paciente– suelen no procurar sino una imagen muy poco fiel del curso de la enfermedad. Naturalmente, yo inicio luego el tratamiento haciendo que el sujeto me relate su historia y la de su enfermedad; pero lo que así consigo averiguar no llega tampoco a proporcionarme orientación suficiente. Este primer relato puede compararse a un río no navegable, cuyo curso es desviado unas veces por masas de rocas y dividido otras por bancos de arena que le quitan profundidad. No puede menos de producirme asombro encontrar en los autores médicos historias clínicas minuciosamente precisos y coherentes de casos de histeria. En realidad, los enfermos son incapaces de proporcionar sobre sí mismos informes tan exactos; pueden ilustrar al médico con amplitud y coherencia suficientes sobre alguna época de su vida; pero a estos períodos siguen otros en los que sus informes se agotan, presentan lagunas y plantean enigmas hasta situarnos ante épocas totalmente oscuras faltas de toda aclaración aprovechable. No existe entre los sucesos relatados la debida conexión, y su orden de sucesión aparece inseguro. En el curso mismo del relato, el enfermo rectifica repetidamente algunos datos o una fecha, volviendo luego, muchas veces, a su primera versión. La incapacidad de los enfermos para desarrollar una exposición ordenada de la historia de su vida en cuanto la misma coincide con la de su enfermedad no es sólo característica de la neurosis<sup>1</sup>, sino que integra, además, una gran importancia teórica. Depende de varias causas: en primer lugar, el enfermo silencia, conscientemente y con toda intención, una parte de lo que sabe y debía relatar, fundándose para ello en

impedimentos que aún no ha logrado superar: la repugnancia a comunicar sus intimidades, el pudor o la discreción cuando se trata de otras personas. Tal sería la parte de insinceridad consciente. En segundo lugar, una parte de los conocimientos anamnésicos del paciente, sobre la cual dispone éste en toda otra ocasión sin dificultad alguna, escapa a su dominio durante su relato, sin que el enfermo se proponga conscientemente silenciarla. Por último, no faltan nunca amnesias verdaderas, lagunas mnémicas, en las que se hunden no sólo recuerdos antiguos, sino también recuerdos muy recientes. Ni tampoco falsos recuerdos formados secundariamente para cegar tales lagunas<sup>2</sup>. Cuando los sucesos se han conservado en la memoria la intención en que la amnesia se basa queda conseguida con idéntica seguridad por la alteración de la continuidad, y el medio más seguro de desgarrar la continuidad es trastornar el orden de sucesión temporal de los acontecimientos. Este orden es siempre el elemento más vulnerable del acervo mnémico y el que antes sucumbe a la represión. Hay incluso algunos recuerdos que se nos presentan ya, por decirlo así, en un primer estadio de represión, pues se nos muestran penetrados de dudas. Cierta tiempo después, esta duda quedaría sustituida por el olvido o por un recuerdo falso<sup>3</sup>.

Esta condición de los recuerdos relativos a la enfermedad es la correlación necesaria, teóricamente exigida, de los síntomas patológicos. En el curso del tratamiento va luego exponiendo el enfermo aquello que ha silenciado antes o que no acudió a su pensamiento. Los recuerdos falsos se demuestran insostenibles y quedan cegadas las lagunas mnémicas. Sólo hacia el final de la cura se ofrece

ya a nuestra vista un historial patológico consecuente, inteligible y sin soluciones de continuidad. Si el fin práctico del tratamiento está en suprimir todos los síntomas posibles y sustituirlos por ideas conscientes, el fin teórico estará en curar todos los fallos de la memoria del enfermo. Ambos fines coinciden. Alcanzado uno de ellos, queda conseguido el otro. Un mismo camino conduce hasta los dos.

De la naturaleza misma del material del psicoanálisis resulta que en nuestros historiales patológicos deberemos dedicar tanta atención a las circunstancias puramente humanas y sociales de los enfermos como a los datos somáticos y a los síntomas patológicos. Ante todo, dedicaremos interés preferentemente a las circunstancias familiares de los enfermos, y ello, como luego veremos, también por razones distintas de la herencia.

En el caso cuyo historial nos disponemos a comunicar, el círculo familiar de la paciente —una muchacha de dieciocho años— comprendía a sus padres y a un único hermano, año y medio mayor que ella. La persona dominante era el padre, tanto por su inteligencia y sus condiciones de carácter como por las circunstancias externas de su vida, las cuales marcaron el curso de la historia infantil y patológica de la sujeto. Gran industrial, de infatigable actividad y dotes intelectuales poco vulgares, se hallaba en excelente situación económica, y su edad, al encargarme yo del tratamiento de su hija, pasaba ya de los cuarenta y cinco años. La muchacha le profesaba intenso cariño, y su espíritu crítico, tempranamente despierto, condenaba tanto más dolorosamente ciertos actos y singularidades de su progenitor.

Las muchas y graves enfermedades que el padre había padecido a partir de la época en que su hija llegó a los seis años habían coadyuvado a intensificar tal ternura. Por dicha época enfermó el padre de tuberculosis, trasladándose toda la familia a la pequeña ciudad de B., situada en nuestras provincias del Sur y favorecida por un clima benigno y seco. La infección tuberculosa mejoró allí rápidamente, pero la familia continuó residiendo en B. durante cerca de diez años. El padre hacía de cuando en cuando un viaje para visitar sus fábricas, y sólo en verano se trasladaban todos a un balneario de altura. Al cumplir la muchacha los diez años, el padre sufrió un desprendimiento de retina que le impuso una cura de oscuridad y le dejó como huella una gran debilitación de la vista. Pero su enfermedad más grave le atacó, aproximadamente, dos años después, y consistió en un acceso de confusión mental, al que se agregaron síntomas de parálisis y ligeros trastornos psíquicos. Un amigo del enfermo, del que más adelante habremos de ocuparnos ampliamente, movió a aquél a venir a Viena con su médico de cabecera para consultarme. En un principio dudé de diagnosticar una taboparálisis, pero no tardé en decidirme a admitir una afección vascular difusa; y una vez que el enfermo me confesó haber padecido, antes de su matrimonio, una infección específica, le sometí a una enérgica cura antiluética, que hizo desaparecer todos los trastornos que aún le aquejaban. A esta afortunada intervención médica debo, sin duda, que el padre acudiera a mí cuatro años después con su hija, aquejada de claros síntomas neuróticos, y resolviera luego, al cabo de otros dos años, confiármela para

intentar su curación por medio del tratamiento psicoterápico.

En el intervalo había yo conocido a una hermana del padre, poco mayor que él, que padecía una grave psiconeurosis desprovista de síntomas histéricos característicos. Esta mujer murió, después de una vida atormentada por un matrimonio desgraciado, consumida por los fenómenos, no del todo explicables, de un rápido marasmo.

Otro de sus hermanos, al que conocí por casualidad, era un solterón hipocondríaco.

La muchacha, que al serme confiada para su tratamiento acababa de cumplir los dieciocho años, había orientado siempre sus simpatías hacia la familia de su padre, y desde que había enfermado veía su modelo y el ejemplo de su destino en aquella tía suya antes mencionada. Tanto sus dones intelectuales, prematuramente desarrollados, como su disposición a la enfermedad demostraban que predominaba en ella la herencia de la rama paterna. No llegué a conocer a su madre; pero de los informes que sobre ella hubieron de proporcionarme el padre y la hija hube de deducir que se trataba de una mujer poco ilustrada y, sobre todo, poco inteligente, que, al enfermar su marido, había concentrado todos sus intereses en el gobierno del hogar, ofreciendo una imagen completa de aquello que podemos calificar de «psicosis del ama de casa». Falta de toda comprensión para los intereses espirituales de sus hijos, se pasaba el día velando por la limpieza de las habitaciones, los muebles y los utensilios con una exageración tal que hacía casi imposible servirse de ellos. Este estado, del cual

encontramos con bastante frecuencia claros indicios en mujeres normales, se aproxima a ciertas formas de la obsesión patológica de limpieza. Pero tanto en estas mujeres como en la madre de nuestra paciente falta todo conocimiento de la enfermedad; y con ello, uno de los caracteres más esenciales de la neurosis obsesiva. Las relaciones entre madre e hija eran muy poco amistosas desde hacía ya bastantes años. La hija no se ocupaba de su madre, la criticaba duramente y había escapado por completo a su influencia<sup>4</sup>.

La sujeto tenía un único hermano, año y medio mayor que ella, en el cual había visto, durante su infancia, el modelo conforme al cual debiera forjar su personalidad. Las relaciones entre ambos hermanos se habían enfriado mucho en los últimos años. El muchacho procuraba sustraerse, en lo posible, a las complicaciones familiares; y cuando no tenía más remedio que tomar partido, se colocaba siempre al lado de la madre. De este modo, la atracción sexual habitual había aproximado afectivamente, de un lado, al padre y a la hija, y de otro, a la madre y al hijo.

Nuestra paciente, a la que llamaremos Dora en lo sucesivo, mostró ya a la edad de ocho años síntomas nerviosos. Por esta época enfermó de disnea permanente, con accesos periódicos, a veces, muy intensos. Esta dolencia la atacó por vez primera después de una pequeña excursión a la montaña y fue atribuida, al principio, a un exceso de fatiga. Seis meses de reposo y cuidados consiguieron mitigarla y hacerla desaparecer. El médico de la familia no vaciló en diagnosticar una afección puramente nerviosa, excluyendo, desde el primer momento, la

posibilidad de una causación orgánica de la disnea, aunque, por lo visto, creía conciliable tal diagnóstico con la etiología de la fatiga<sup>5</sup>.

La niña sufrió, sin daño permanente, las habituales enfermedades infantiles. Durante el tratamiento me contó, con intención simbolizante, que su hermano contraía, regularmente en primer lugar y de un modo muy leve, tales enfermedades, siguiéndole ella luego, siempre con mayor gravedad. Al llegar a los doce años comenzó a padecer frecuentes jaquecas y ataques de tos nerviosa, síntomas que, al principio, aparecían siempre unidos, separándose luego para seguir un distinto desarrollo. La jaqueca fue haciéndose cada vez menos frecuente, hasta desaparecer por completo al cumplir la sujeta dieciséis años. En cambio, los ataques de tos nerviosa, cuya primera aparición fue quizá provocada por un catarro vulgar, siguieron atormentándola. Cuando, a los dieciocho años, me fue confiada para su tratamiento, tosía de nuevo en forma característica. No fue posible fijar el número de tales ataques; su duración oscilaba entre tres y cinco semanas, llegando una vez a varios meses. En su primera fase, el síntoma más penoso había sido, por lo menos en los últimos años, una afonía completa. Se había fijado, nuevamente y con plena seguridad, el diagnóstico de neurosis; pero ninguno de los tratamientos usuales, incluso la hidroterapia y la electroterapia local, logró el menor resultado positivo. La muchacha, que, a través de estos estados patológicos, había llegado a ser ya casi una mujer de inteligencia clara y juicio muy independiente, acabó por acostumbrarse a despreciar los esfuerzos de los médicos, hasta el punto de renunciar por completo a

su auxilio; y aunque la persona del médico de su familia no le inspiraba disgusto ni antipatía, eludía, en lo posible, acudir a él, resistiéndose, también tenazmente, a consultar a cualquier otro desconocido. Así, para que acudiera a mi clínica fue necesario que su padre se lo impusiera.

La vi por vez primera a principios del verano en que cumplía sus dieciséis años, aquejada de tos y ronquera, y ya por entonces propuse una cura psíquica que no llegó a iniciarse porque también este acceso, que le había durado ya más de lo acostumbrado, acabó por desaparecer espontáneamente. Al invierno siguiente, hallándose pasando una temporada en casa de su tío, a raíz de la muerte de la mujer de éste, a la cual tanto quería la sujeto, enfermó de pronto y con fiebre alta, diagnosticándose su estado como un ataque de apendicitis<sup>6</sup>. Al otoño siguiente, la familia abandonó definitivamente la ciudad de B., pues la salud del padre parecía ya consentirlo, trasladándose primero al lugar donde aquél tenía su fábrica, y apenas un año después a Viena.

Dora había llegado a ser entre tanto una gallarda adolescente de fisonomía inteligente y atractiva, pero constituía un motivo constante de preocupación para sus padres. El signo capital de su enfermedad consistía ahora en una constante depresión de ánimo y una alteración del carácter. Se veía que no estaba satisfecha de sí misma ni de los suyos; trataba secamente a su padre y no se entendía ya, ni poco ni mucho, con su madre, que quería a toda costa hacerla participar en los cuidados de la casa. Evitaba el trato social, alegando fatiga constante, y ocupaba su tiempo con serios estudios y asistiendo a cursos y conferencias para señoras. Un día, sus padres

se quedaron aterrados al encontrar encima de su escritorio una carta en la que Dora se despedía de ellos para siempre, alegando que no podía soportar la vida por más tiempo<sup>7</sup>. La aguda penetración del padre le hizo suponer desde el primer momento que no se trataba de un propósito serio de quitarse la vida, pero quedó consternado, y cuando más tarde, después de una ligera discusión con su hija, tuvo ésta un primer acceso de inconsciencia, del cual no quedó luego en su memoria recuerdo alguno, decidió, a pesar de la franca resistencia de la muchacha, confiarme su tratamiento<sup>8</sup>.

El historial clínico hasta ahora esbozado no parece, ciertamente, entrañar un gran interés. Presenta todas las características de una *petite hystérie* con los síntomas somáticos y psíquicos más vulgares: disnea, tos nerviosa, afonía, jaquecas, depresión de ánimo, excitabilidad histérica y un pretendido *taedium vitae*. Se han publicado, desde luego, historiales clínicos mucho más interesantes y más cuidadosamente estructurados de sujetos histéricos; así, pues, tampoco en la continuación de éste hallaremos nada de estigmas de la sensibilidad cutánea, limitación del campo visual, etc. Me permitiré tan sólo la observación de que todas las colecciones de fenómenos histéricos singulares y extraños no nos han proporcionado gran cosa en el conocimiento de esta enfermedad, tan enigmática aún. Lo que precisamente necesitamos es la aclaración de los casos más vulgares y de los síntomas típicos más frecuentes.

Por mi parte, me bastaría que las circunstancias me hubiesen permitido hallar una explicación completa de este caso de pequeña histeria. Por mi experiencia con

otros enfermos, no dudo de que mis medios analíticos hubieran sido suficientes para conseguir tal resultado.

En 1896, poco después de la publicación de mis *Estudios sobre la histeria*, en colaboración con el doctor J. Breuer, rogué a uno de mis colegas más sobresalientes que me expusiera su juicio sobre la teoría psicológica de la histeria, que en dichos estudios propugnábamos. El colega así consultado me respondió sinceramente que la consideraba una generalización injustificada de conclusiones que podían ser exactas en algunos casos aislados. Desde entonces he visto numerosos casos de histeria, cuyo análisis me ha ocupado meses e incluso años enteros, y en ninguno de ellos he echado de menos las condiciones psíquicas postuladas en dicha obra: el trauma psíquico, el conflicto de los afectos y, como hube de añadir en publicaciones ulteriores, la intervención de la esfera sexual. Tratándose de cosas que han llegado a hacerse patógenas por su tendencia a ocultarse, no se debe esperar que los enfermos las confíen espontáneamente al médico, el cual tampoco debe contentarse con el primer «no» que los pacientes opongan a su investigación<sup>9</sup>.

En el caso de Dora debí a la aguda comprensión del padre, ya varias veces reconocida, la facilidad de no tener que buscar por mí mismo el enlace de la enfermedad, por lo menos en su última estructura, con la historia externa de la paciente. El padre me informó de que tanto él como su familia habían hecho en B. íntima amistad con un matrimonio residente allí desde varios años atrás: los señores de K. La señora de K. le había cuidado durante su última más grave enfermedad, adquiriendo con ello un derecho a su reconocimiento, y su

marido se había mostrado siempre muy amable con Dora, acompañándola en sus paseos y haciéndole pequeños regalos, sin que nadie hubiera hallado nunca el menor mal propósito en su conducta. Dora había cuidado cariñosamente de los dos niños pequeños de aquel matrimonio, mostrándose con ellos verdaderamente maternal. Cuando, dos años antes, el padre y la hija vinieron a visitarme, a principios de verano, estaban de paso en Viena y se proponían continuar su viaje para reunirse con los señores de K. en un lugar de veraneo situado a orillas de uno de nuestros lagos alpinos. El padre se proponía regresar al cabo de pocos días, dejando a Dora en casa de sus amigos por unas cuantas semanas. Pero cuando se dispuso a retornar a Viena, Dora declaró resueltamente su deseo de acompañarle, y así lo hizo. Días después explicó su singular conducta, contando a su madre, para que ésta a su vez lo pusiese en conocimiento del padre, que el señor K. se había atrevido a hacerle proposiciones amorosas durante un paseo que dieron a solas.

El acusado, al que en la primera ocasión pidieron explicaciones el padre y el tío de la muchacha, negó categóricamente el hecho, y a su vez acusó a Dora diciendo que su mujer le había llamado la atención sobre el interés que la muchacha sentía hacia todo lo relacionado con la cuestión sexual, hasta el punto de que, durante los días que había pasado en su casa, sus lecturas habían sido obras tales como *Fisiología del amor*, de Mantegazza. Acalorada, sin duda, por semejantes lecturas, había fantaseado la escena amorosa de la que ahora le acusaban.

«No dudo —dijo el padre— que este incidente es el que ha provocado la depresión de ánimo de Dora, su excitabilidad

y sus ideas de suicidio. Ahora me exige que rompa toda relación con el matrimonio K., y muy especialmente con la mujer, a la que adoraba. Pero yo no puedo complacerla, pues, en primer lugar, creo también que la acusación que Dora ha lanzado sobre K. no es más que una fantasía suya, y en segundo, me enlaza a la señora K. una honrada amistad y no quiero causarle disgusto alguno. La pobre mujer es ya bastante desdichada con su marido, del cual no tengo, por lo demás, la mejor opinión; ha estado también gravemente enfermo de los nervios y ve en mí su único apoyo moral. No necesito decirle a usted que, dado mi mal estado de salud, estas relaciones mías con la señora de K. no entrañan nada ilícito. Somos dos desgraciados para quienes nuestra amistad constituye un consuelo. Ya sabe usted que mi mujer no es nada para mí. Pero Dora, que ha heredado mi testarudez, no consiente en deponer su hostilidad contra el matrimonio K. Su último acceso nervioso fue consecutivo a una conversación conmigo en la que volvió a plantearme la exigencia de ruptura. Espero que usted consiga llevarla ahora a un mejor camino.»

No acababan de coincidir estas confidencias con otras manifestaciones anteriores del padre atribuyendo a la madre, cuyas manías perturbaban la vida del hogar, la culpa principal del carácter insoportable de su hija. Pero yo me había propuesto, desde el principio, aplazar mi juicio sobre la cuestión hasta haber escuchado a la otra parte interesada.

Así, pues, la aventura con K. –sus proposiciones amorosas y su ulterior acusación ofensiva– habría constituido, para nuestra paciente, el trauma psíquico que Breuer

y yo hubimos de considerar indispensable para la génesis de una enfermedad histérica. Pero este caso presenta ya todas aquellas dificultades que acabaron por decidirme a ir más allá de tal teoría<sup>10</sup>, agravada por otra de un orden distinto. En efecto, como en tantos otros historiales patológicos de sujetos histéricos, el trauma descubierto en la vida de la enferma no explica la peculiaridad de los síntomas; esto es, no demuestra hallarse con ellos en una relación determinada de su especial naturaleza. No aprehendemos así del enlace causal buscado ni más ni menos que si los síntomas resultantes del trauma no hubiesen sido la tos nerviosa, la afonía, la depresión de ánimo y el *taedium vitae*, sino otros totalmente distintos. Pero, además, ha de tenerse en cuenta, en este caso, que algunos de estos síntomas –la tos y la afonía– aquejaban ya a la sujeto años antes del trauma y que los primeros fenómenos nerviosos pertenecen a su infancia, pues aparecieron cuando Dora acababa de cumplir los ocho años.

En consecuencia, si no queremos abandonar la teoría traumática, habremos de retroceder hasta la infancia de la sujeto para buscar en ella influjos e impresiones que puedan haber ejercido acción análoga a la de un trauma, retroceso tanto más obligado cuanto que, incluso en la investigación de casos cuyos primeros síntomas no habían surgido en época infantil, he hallado siempre algo que me ha impulsado a perseguir hasta dicha época temprana la historia de los pacientes<sup>11</sup>.

Una vez vencidas las primeras dificultades de la cura, la sujeto me comunicó un incidente anterior con K., mucho más apropiado para haber ejercido sobre ella una acción traumática. Dora tenía por entonces catorce años.

K. había convenido con ella y con su mujer en que ambas acudirían por la tarde a su comercio, situado en la plaza principal de B., para presenciar desde él una fiesta religiosa. Pero luego hizo que su mujer se quedase en casa, despidió a los dependientes y esperó solo en la tienda la llegada de Dora. Próximo ya el momento en que la procesión iba a llegar ante la casa, indicó a la muchacha que le esperase junto a la escalera que conducía al piso superior, mientras él cerraba la puerta exterior y bajaba los cierres metálicos. Pero luego, en lugar de subir con ella la escalera, se detuvo al llegar a su lado, la estrechó entre sus brazos y le dio un beso en la boca. Esta situación sí era apropiada para provocar en una muchacha virgen, de catorce años, una clara sensación de excitación sexual. Pero Dora sintió en aquel momento una violenta repugnancia: se desprendió de los brazos de K. y salió corriendo a la calle por la puerta interior. Este incidente no originó, sin embargo, una ruptura de sus relaciones de amistad con K. Ninguno de ellos volvió a mencionarlo, y Dora aseguraba haberlo mantenido secreto hasta su relato en la cura. De todos modos, evitó durante algún tiempo permanecer a solas con K. Éste y su mujer habían proyectado por entonces una excursión de varios días, en la que debía participar Dora; pero la muchacha se negó a ello después del incidente relatado, aunque sin explicar el verdadero motivo de su negativa.

En esta escena, segunda en cuanto a su comunicación en la cura, pero primera en cuanto a su situación en el tiempo, la conducta de Dora, muchacha entonces de catorce años, es ya totalmente histérica. Ante toda persona que en una ocasión favorable a la excitación sexual

desarrolla predominante o exclusivamente sensaciones de repugnancia no vacilaré ni un momento en diagnosticar una histeria, existan o no síntomas somáticos. La explicación de esta subversión de los afectos es uno de los puntos más importantes, pero también más arduos, de la psicología de las neurosis. Por mi parte, me creo aún muy lejos de haber hallado tal explicación; pero he de advertir que tampoco este historial clínico me ofrece ocasión favorable para exponer los progresos realizados en mi camino hacia ella.

El caso de nuestra paciente no queda aún bastante caracterizado acentuando esta subversión afectiva; ha de tenerse en cuenta también que nos encontramos ante un desplazamiento de la sensación. En lugar de la sensación genital que una muchacha sana no hubiera dejado de experimentar en tales circunstancias<sup>12</sup>, aparece en ella una sensación de displacer adscrita a las mucosas correspondientes a la entrada del tubo digestivo, o sea la repugnancia y la náusea. En esta localización hubo de influir, desde luego, la excitación de la mucosa labial por el beso, pero también, y muy significativamente, otro factor distinto<sup>13</sup>.

El asco entonces sentido no llegó a convertirse en un síntoma permanente, y tampoco en la época del tratamiento existía sino en potencia, manifestándose, quizá, tan sólo en una leve repugnancia a los alimentos. En cambio, la escena citada había dejado tras de sí una huella distinta: una alucinación sensorial que se hacía sentir de tiempo en tiempo y apareció también durante el relato. La sujeto decía sentir aún en el busto la presión de aquel brazo. Determinadas reglas de la formación de