LIBROdot.com

Segmund Freud

XXXVIII GENERALIDADES SOBRE EL ATAQUE HISTÉRICO (*)

1908 [1909]

A

Al someter al psicoanálisis a una histérica cuya enfermedad se exterioriza en ataques, llegamos fácilmente a la convicción de que tales ataques no son sino fantasías, traducidas en actos motores, proyectadas sobre la motilidad y mímicamente representadas. Estas fantasías son, desde luego, inconscientes; pero, fuera de esto, de naturaleza idéntica a aquellas que podemos aprehender inmediatamente en los ensueños diurnos o desentrañar por medio de la interpretación analítica en los sueños propiamente dichos. Un sueño sustituye muchas veces a un ataque o, más frecuentemente aún, lo explica, presentando una distinta manifestación de la misma fantasía representada en el ataque. Pudiera así esperarse que la observación del ataque revelara la fantasía en él representada, pero es muy raro que así suceda. Por lo general, la representación mímica de la fantasía ha sufrido bajo la influencia de la censura deformaciones análogas a la alucinatoria del sueño, ocultándose así tanto a la consciencia del sujeto como a la comprensión del observador.

El ataque histérico requiere, por tanto, una elaboración interpretadora, como la que emprendemos con los sueños. Pero tanto los fines a que tiende esta deformación como los poderes que la imponen y la técnica que desarrolla son los mismos que hemos conocido en la interpretación onírica.

1) El ataque se hace incomprensible por representar simultáneamente con un mismo material varias fantasías, o sea por condensación. Los elementos comunes de las distintas fantasías forman, como en el sueño, el nódulo de la representación. Las fantasías así encubiertas son frecuentemente de muy distinto género; por ejemplo, un deseo reciente y la reviviscencia de una impresión infantil; las mismas inervaciones sirven entonces a ambas intenciones, con frecuencia en forma habilísima. Aquellos histéricos que hacen un amplio uso de la condensación llegan a tener suficiente con una única forma de ataque. Otros, en cambio, expresan una multiplicidad de fantasías patógenas por una multiplicación correlativa de las formas del ataque.

2) El ataque se hace ininteligible por encargarse el enfermo de desarrollar las actividades de las dos personas emergentes en la fantasía, o sea por identificación múltiple. Recuérdese, por ejemplo, el caso citado en nuestro anterior ensayo sobre «Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad»; caso en el cual la enferma trataba de desnudarse con una mano (como hombre) y sujetaba sus vestidos con la otra (como mujer).

3) La inversión antagónica de las inervaciones, proceso análogo a la transformación de un elemento en su contrario, habitual en la elaboración de los sueños, produce también máxima deformación. Así, el sujeto representará en sus ataques el acto de abrazar extendiendo sus brazos convulsivamente hacia atrás, hasta anudar sus manos sobre la columna vertebral. El conocido «arco de círculo» del gran ataque histérico no es, probablemente, sino tal negación por inervación antagónica de una posición apropiada al comercio sexual.

4) Por último, también coadyuva a desorientar al observador la inversión del orden temporal de la fantasía representada; proceso comprobable también en algunos sueños, que comienzan con el final de la acción para terminar por su principio. Ejemplo: una histérica fantasea la siguiente escena de seducción: está sentada en un parque, leyendo, y su falda, un poco levantada, deja ver el pie, pequeño y bien formado. Un caballero se acerca a ella, entabla conversación y se trasladan a otro lugar, donde se entregan a tiernos transportes. Al representar la sujeto en el ataque esta fantasía comienza por una fase de convulsiones correspondientes al coito, y a continuación se levanta, se traslada a otro cuarto, se sienta, se pone a leer y responde luego a un interlocutor imaginario.

Las dos deformaciones últimamente descritas nos dejan entrever la intensidad de las resistencias que aún se oponen a lo reprimido en su emergencia en el ataque histérico.

B

LA emergencia de los ataques histéricos sigue normas fácilmente comprensibles. Dado que el complejo reprimido está formado por una carga de libido y un contenido ideológico (fantasía), el ataque puede ser provocado como sigue: 1º. Asociativamente, cuando el contenido del complejo (suficientemente cargado) es aludido por un suceso de la vida consciente. 2º. Orgánicamente, cuando, por causas internas somáticas y por algún influjo psíquico externo, sobrepasa la carga de libido determinado nivel. 3º. En servicio de propósitos primarios, como expresión del «refugio en la enfermedad», cuando la realidad se hace penosa o temible, o sea como consuelo; y 4º. En servicio de propósitos secundarios, con los que se ha aliado la enfermedad, en cuanto la producción del ataque facilita el logro de un fin conveniente al enfermo. En este último caso, en ciertos individuos, el ataque da la impresión de una simulación consciente; puede prefijarse el momento de su aparición e incluso aplazarse su emergencia.

C

LA investigación de la infancia de los histéricos muestra que el ataque histérico está destinado a constituir la sustitución de una satisfacción autoerótica, habitual en dicha época de su vida y abandonada después. En muchos casos esta satisfacción (masturbación manual o por presión de los muslos, movimientos de la lengua, etc.) retorna en el ataque mismo, sin que el sujeto tenga consciencia de ello. La emergencia del ataque por incremento de la libido y en servicio de la tendencia primaria como consuelo repite también exactamente las condiciones en las cuales era intencionadamente buscada en su tiempo por el sujeto la citada satisfacción autoerótica. La anamnesis del enfermo descubre los estadios siguientes: a) Satisfacción autoerótica, no acompañada de representación alguna. b) Satisfacción autoerótica que unida a una fantasía conduce al acto satisfaciente. c) Renunciación del acto conservando la fantasía. d) Represión de esta fantasía, la cual se impone luego, intacta o modificada, y adaptada a nuevas impresiones de la vida, en el ataque histérico, provocando eventualmente el retorno del acto satisfaciente, antes ligado a ella, y al que parece haber renunciado ya el sujeto. e) La fantasía puede aún reinstalar el acto satisfaciente que le pertenece y que había sido ostensiblemente descartado. Un ciclo típico de actividad sexual infantil -represión-, fracaso de la represión y retorno de lo reprimido.

La incontinencia de orina en el momento del ataque no es inconciliable con el diagnóstico de una histeria, pues no hace sino repetir la forma infantil de la polución. No es tampoco raro encontrar, en casos indudables de histeria, la mordedura de la lengua. Este acto, tan compatible con la histeria como con los juegos eróticos, surge sobre todo en los ataques cuando el médico ha llamado la atención del enfermo sobre las dificultades del diagnóstico diferencial. Por último, aquellos ataques en los que el enfermo atenta contra su propia integridad personal (más frecuentes en sujetos masculinos) son los que reproducen un accidente de la vida infantil del sujeto (por ejemplo, el resultado de una pelea).

La pérdida de consciencia, la «ausencia» del ataque histérico, proviene de aquella pérdida de consciencia fugaz, pero innegable, concomitante al grado máximo de toda satisfacción sexual intensa (incluso de la autoerótica). En las ausencias histéricas concomitantes al orgasmo en algunas mujeres jóvenes es donde más claramente puede comprobarse este proceso. Los llamados estados hipnoides, o sea las ausencias durante la ensoñación, tan frecuentes entre los histéricos, descubren igual origen, pero su mecanismo es relativamente más sencillo. En un principio queda concentrada toda la atención del sujeto sobre el curso del proceso satisfaciente, y al culminar la satisfacción, toda esta carga de atención se resuelve de repente, produciéndose un momentáneo vacío en la consciencia. Esta laguna fisiológica de la consciencia es ampliada entonces en favor de la represión hasta que puede acoger todo lo que la instancia represora rechaza de sí.

D

EL mecanismo reflejo del coito, pronto a desarrollarse en todo sujeto, masculino o femenino, es el que muestra en el ataque histérico a la libido reprimida el camino conducente a la descarga motora. Ya los antiguos decían que el coito era una «pequeña epilepsia». Nosotros podemos modificar este aserto diciendo que el ataque convulsivo histérico es un equivalente al coito. La analogía con el ataque epiléptico nos es de menos auxilio, puesto que la génesis del mismo nos es aún más desconocida que la del ataque histérico.

En definitiva, el ataque histérico, como la histeria en general, restablece con la mujer una parte de actividad sexual que ya hubo de existir en ella durante los años infantiles, dejando vislumbrar por entonces un carácter estrictamente masculino. Puede observarse con frecuencia que precisamente aquellas muchachas que hasta los años inmediatos a la pubertad mostraron naturaleza e inclinaciones algo masculinas comienzan a enfermar de histeria a partir de la pubertad. En toda una serie de casos, la neurosis histérica no corresponde sino a una intensidad excesiva de aquel típico impulso represivo que, suprimiendo la sexualidad masculina, hace surgir la mujer.

«Sigmund Freud: Obras Completas», en «Freud total» 1.0 (versión electrónica)