

## ENSAYO

## **Aportes de la noción de Estados Hipnoides de Joseph Breuer a la escucha de relatos de victimización sexual**

Rev APSAN 2022,2(1): 45-54

Andrea Vera<sup>1</sup>

Para efectos de este texto, quisiera valorar los aportes de Joseph Breuer respecto a la noción de “estados hipnoides” que plantea en el trabajo *Estudios sobre la histeria* (1893-1895) que escribe en conjunto con Freud, particularmente en relación a la escucha del estado psíquico reportado por los y las pacientes que han sido víctimas de violencia sexual, específicamente, al momento de relatar su experiencia sobre el atentado sufrido y los reproches concomitantes de culpa y vergüenza que pueden surgir respecto de la percepción de sí mismos mientras esto ocurre. Comenzaré con un breve recorrido de la propuesta teórica de ambos autores y me centraré en la noción de “estados hipnoides” de Breuer para enfocarme luego en los aportes que este concepto pudiera ofrecer a la escucha y al reconocimiento de las vivencias de pacientes víctimas de violencia sexual al momento de relatar lo sucedido.

Palabras clave: Estados hipnoides, violencia sexual, trauma.

---

<sup>1</sup> Analista en formación (Apsan). [andreaveramondaca@gmail.com](mailto:andreaveramondaca@gmail.com)

En “Comunicación preliminar”, Freud y Breuer (1893) consideran que la causa de las manifestaciones de la histeria traumática es un factor accidental que los pacientes no recuerdan y que, por ende, desconocen el nexo de aquel evento ocasionador de sus síntomas. Observan en este sentido que, en cada ataque histérico, mediante sus exteriorizaciones, los pacientes alucinan dicho episodio.

Los autores plantean que existe una analogía patógena entre la histeria corriente y la neurosis traumática, por lo que justifican la extensión del término a histeria traumática. Ubican la causa eficiente del trauma psíquico no en la lesión del cuerpo, sino en el afecto de horror. Así, también, para los síntomas histéricos el ocasionamiento es un trauma psíquico.

El trauma psíquico que, como la intrusión de un cuerpo extraño mantiene eficazmente presente los síntomas, es la razón por lo cual el histérico *padece de reminiscencias*. El síntoma desaparece cuando se despierta el recuerdo y el afecto concomitante mediante hipnosis.

El afecto permanece intacto porque no pudo ser tramitado. Ello, debido a dos condiciones: primero la naturaleza misma del trauma excluía una reacción (muertes, circunstancias sociales, el enfermo quiere olvidar) y segundo, este no está relacionado con el contenido de los recuerdos, sino que se debe a los estados psíquicos en que ocurrieron los eventos, entre ellos el contexto en que se produjo el terror en los sujetos y que les impidió responder: “(las representaciones) deben su conservación a la circunstancia de haberse generado en afectos graves y paralizantes, como el terror, o directamente en estados psíquicos anormales, como el estado crepuscular semihipnótico del soñar despierto [...] Aquí fue la naturaleza de esos estados lo que imposibilitó reaccionar frente a lo que sucedía” (p. 36). No sólo la reacción motora es inhibida en ambos casos, sino también la asociación con otras representaciones.

Los autores plantean que ambas condiciones pueden combinarse, no obstante, distinguen finalmente, que el trauma por sí mismo puede generar ese tipo de estado anímico. “Pero parece que en virtud del trauma psíquico se suscita en muchas personas uno de esos estados anormales, el cual a su vez imposibilita la reacción” (p. 37).

A este estado, Breuer lo denomina estado hipnoide. Recoge el concepto de Paul Julius Moebius<sup>2</sup>, quien en 1894 considera este como una disposición innata de la histeria y también como un estado de ánimo particular que estaría en el origen del efecto patológico de las representaciones, efecto difícil de intelegir. Él lo describe como un *cierto vacío de la conciencia* en el que no se opone resistencia a las representaciones emergentes, el que puede ser producido tanto por hipnosis como por una conmoción del ánimo gatillada por diversas emociones y por situaciones de agotamiento. Respecto de éste último punto, Breuer repara que sólo el terror y la angustia prolongada es capaz de producir este vacío de conciencia.

“

***Breuer (1893), considera que el estado hipnoide constituye un tercer estado del ánimo, semejante al que se produce en la hipnosis. Este al sumarse a los estados de vigilia y dormir se sitúa como un estado intermedio. Cuando este se produce el sujeto no está dormido, pero tampoco consciente.***

Breuer (1893), considera que el estado hipnoide constituye un tercer estado del ánimo, semejante al que se produce en la hipnosis. Este al sumarse a los estados de vigilia y dormir se sitúa como un estado intermedio. Cuando este se produce el sujeto no está dormido, pero tampoco consciente. Este estado es importante para el autor, porque en él se genera la

amnesia y la escisión psíquica, condición de los fenómenos histéricos.

Este estado puede emerger autoinducido por ensoñaciones, generarse por hipnosis, pero también, como se ha mencionado, por afectos intensos que, debido a su gran magnitud, dañan la capacidad psíquica representadora, impidiendo el curso de la actividad asociativa. En este sentido, hay que destacar el terror y la angustia como afectos “asténicos”; que carecen de la posibilidad de descarga inmediata: “les falta ese aligeramiento reactivo. El terror directamente paraliza tanto la motilidad como la asociación, y lo mismo hace la angustia cuando la causa del afecto de angustia y las circunstancias excluyen la única reacción acorde al fin, a

---

<sup>2</sup> Paul Julius Möbius fue un neurólogo Alemán que describió el síndrome de Moebius, caracterizado por una afectación congénita de ciertos nervios craneales que produce parálisis facial y alteración del movimiento ocular. Freud, en “Presentación autobiográfica” (1925 [1924]), destaca que Moebius reconoció el efecto terapéutico de la sugestionabilidad, pues planteó que el éxito de la electroterapia en la cura de los síntomas de los enfermos nerviosos se debe exclusivamente al efecto de la sugestión del médico.

saber, el escapar. La excitación del terror sólo desaparece mediante una nivelación paulatina" (p. 213).

Según Breuer, una vez que al afecto se le impide absolutamente la descarga de su excitación por actividad motriz o asociativa, este, conservándose en su inervación corporal, se acrecienta produciendo el trauma psíquico: "Llamamos traumas psíquicos a las vivencias que desencadenaron el afecto originario, y cuya excitación fue convertida luego en un fenómeno somático" (p. 220).

Breuer, si bien reconoce que la no tramitación del afecto puede ser producida por una defensa mediante la cual el enfermo intenta olvidar el contenido de la representación como postula Freud, sostiene que tiene mayor significatividad el hecho de que estas representaciones no sean ligadas asociativamente y, por tanto, recordadas, porque el sujeto "**no puede**" hacerlo, debido a que se producen en estados hipnoides, donde la conciencia no tiene acceso: "... (las) representaciones permanece(n) a salvo del desgaste por el pensar, no porque uno **no quiera recordarlas, si no porque no puede**<sup>3</sup>; a saber: porque originariamente surgieron y fueron investidas de afecto dentro de unos estado hipnóticos o semejantes a la hipnosis, para los cuales en la conciencia despierta subsiste amnesia. Estos estados parecen poseer la mayor significatividad para la doctrina de la histeria...". (p. 225).

Breuer destaca en una nota al pie, que por "representaciones inconscientes" se refiere a "complejos de representaciones, de conexiones, de recuerdos, de procesos exteriores y de ilaciones de pensamiento propias" (p. 225) donde la combinación singular entre ellas se encuentra fuera de la conciencia. Esta escisión psíquica, establecida por los estados hipnoides, facilita la amnesia y mantiene la conversión.

El único afecto que Breuer reconoce como provocador de estados hipnoides y efectos patógenos, es el **terror**, capaz de desarrollar manifestaciones sintomáticas en la histeria traumática: "No sabemos si la ensoñación o la angustia prolongada puede tener efectos patógenos [...] Del terror, sí lo sabemos con seguridad. Puesto que inhibe el curso de la representación, a la vez que permanece muy vívida una representación afectiva (el peligro) [...]; y como el recuerdo siempre renovado

---

<sup>3</sup> Las negritas son mías.

vuelve a producir ese estado del alma, genera un '[estado] hipnoide de terror' en el que la conversión se abre paso o se estabiliza; es el estado de incubación de la 'histeria traumática' *stricto sensu*" (p. 230).

El ataque histérico es para Breuer un ejemplo paradigmático de lo hipnoide, ya en "Comunicación Preliminar", señala que esa es la forma en la cual el enfermo alucina el evento traumático. El autor destaca una particularidad adicional, una relacionada a lo que pacientes reportan mientras experimentan el ataque: ellos pueden autoobservarse en ese momento y enjuiciar su conducta como desacertada, considerando que hubieran podido impedir el ataque mediante el uso de su voluntad y culpándose por no haberlo hecho. Sin embargo, el autor demuestra que esta manifestación opera prescindiendo de su yo volitivo y conciente, producto de la división de la actividad psíquica: "El pensar conciente suele borrarse por completo cuando aquel empieza; pero luego despierta poco a poco. Muchos enfermos inteligentes nos confiesan que durante el ataque su yo conciente ha estado ahí con toda claridad y (que) observaba con curiosidad y asombro los desatinos que ellos hacían y decían. Tales enfermos sustentan incluso la opinión –errónea– de que con buena voluntad habrían podido inhibir el ataque, y se inclinan a atribuirse la culpa por él. 'No habría debido hacerlo'. (También las autoacusaciones de simulación descansan en buena parte de esta sensación). Pero al siguiente ataque, el yo conciente es tan incapaz como antes de gobernar los procesos. He ahí pues, el pensar y representar del yo conciente de vigilia junto a las representaciones que, a pesar de residir de ordinario en la oscuridad de lo inconciente, han conseguido el gobierno de la musculatura y el lenguaje, y aún sobre buena parte de la actividad de representación: es manifiesta la escisión de la psique" (p. 239).

Un último aspecto destacable de los estados hipnoides, es que este además de habilitar para la conversión (Breuer reconoce que los síntomas están sobredeterminados), también facultan la sugestión. Ya en "Comunicación Preliminar", los autores señalan que esos estados en las personas "son influibles y receptivos para eventuales traumas" (1893, p. 41).

A continuación, quisiera señalar algunos aspectos que me han tocado reconocer en mi práctica profesional durante los años de trabajo en un centro clínico de tratamiento a víctimas de atentados sexuales y relacionarlo con los aportes de

Breuer con la noción de estados hipnoides, particularmente en tres aspectos.

En cuanto al primer aspecto, quiero destacar en principio que, en este contexto de atención, a diferencia de los y las pacientes de Freud y Breuer, estos llegan a consultar, habitualmente, una vez que recuerdan que sufrieron un atentado sexual, es decir, éste es un aspecto que forma parte de la experiencia conciente de los pacientes y es fuente de malestar subjetivo. En esas circunstancias, fui testigo de múltiples relatos y un sin número de vivencias de sufrimiento e impacto psíquico y, de todas ellas, una que quedó fuertemente preservada en mi memoria, por su recurrencia e intensidad, es la vivencia de perplejidad y parálisis reportada en el **mismo momento** en que ocurre la transgresión sexual. Generalmente, este relato es acompañado por una tensión y rigidez muscular, si pudiera ejemplificarlo, observo que cuando recuerda lo sucedido aleja el tronco y la cabeza, extiende las manos quietas y abiertas, mientras que los ojos se abren fijos en una mirada de horror.

Respecto del primer aspecto, resuena fuertemente la idea de Breuer que la irrupción brutal de la sexualidad introduce el afecto de terror en los sujetos, como un afecto grave y paralizante, y que producto de ese estado imposibilita la motilidad y la asociación. Mediante el recuerdo del ataque sexual, el episodio es nuevamente alucinado dando cuenta de su carácter de trauma psíquico, donde el afecto de terror concomitante prevalece intacto, igual al como se aprecia al momento de ser relatado.

Junto a lo anterior, un segundo aspecto recurrente, es que también los pacientes describen la sensación de estar "idos", en "shock" o como en "trance", mientras ocurren los hechos de vulneración sexual, advirtiendo muchas veces que no podían "pensar ni sentir nada". Esta experiencia, en ocasiones también genera la sensación de irrealidad de lo ocurrido, como si lo hubieran simplemente soñado o imaginado (a pesar de presentar una serie de otros elementos que fortalecen su relato).

La sensación de irrealidad y despersonalización, que hoy reconocemos como producto de la disociación, es gráficamente representada por Breuer en la noción de estado hipnoide que produce el afecto de terror, donde el sujeto no está despierto ni durmiendo, sino en un estado particular de conciencia que no permite

tramitar lo sucedido mediante el pensamiento o la acción, generando la sensación de ensoñación, de algo que pudo no haber ocurrido. Y donde el relato, además, generalmente es lagunoso producto de la amnesia que deja dicho estado, lo que profundiza, aún más, la vivencia de incredulidad de lo sucedido.

Un tercer aspecto, que escuché recurrentemente fueron los autoreproches culpabilizantes y avergonzantes de no haber hecho lo suficiente para impedir el

atentado sexual. Estos reproches a menudo supone, incluso con independencia de la edad en la que haya ocurrido (infancia, adolescencia, adultez) y del vínculo con el agresor (conocido –intra o extrafamiliar– o desconocido), la idea de que pudieron haber hecho algo para evitarlo; como haber comprendido las intenciones del agresor/a así como la naturaleza sexual

“

*Estos reproches a menudo supone, incluso con independencia de la edad en la que haya ocurrido (infancia, adolescencia, adultez) y del vínculo con el agresor (conocido –intra o extrafamiliar– o desconocido), la idea de que pudieron haber hecho algo para evitarlo;*

de las aproximaciones (cuando ocurrieron en la infancia o aún en la adolescencia); defenderse, oponiendo resistencia física y/o verbal, gritando por auxilio o salir huyendo de la situación.

En definitiva, estos reproches de culpa y arrepentimiento apuntan a la supuesta idea de haber abandonado su voluntad y quedado a merced del otro, como si ésta se hubiera ausentado deliberadamente en ese momento, en circunstancias que presumen idealmente, que debieron oponer una férrea resistencia mediante su voluntad al ataque sexual, incluso si fueron niños. Por oposición, no es poco frecuente que se sienten partícipes o cómplices de lo sucedido, frente a la ausencia de consentimiento explícito, o también que los actos de vulneración continúen pese a su negativa. Dicho sea de paso, el imaginario social y el cuerpo legal, también suponen que los sujetos mayores de 14 años deben oponer resistencia a los atentados sexuales, a menos que se demuestre en los casos menores de 18 años que el consentimiento fue viciado.

En relación a esto, me parece relevante que Breuer destaque en la vivencia del ataque histérico, la experiencia de la observación de sí y que esta sea acompañada

por el supuesto de los pacientes de que puede operar su voluntad consciente para detenerlo y reprocharse el no hacerlo, en circunstancias de que están impedidos de reaccionar. Si el ataque alucina el atentado, podemos pensar entonces que, mientras éste ocurre, producto del afecto de horror, el sujeto entra en estado de paralización, dañando la capacidad psíquica representadora que posibilita ligar la experiencia con otras representaciones conscientes y también la capacidad consciente de actuar motoramente. A pesar de que él mismo pueda observarse, producto de la escisión de la actividad psíquica, está imposibilitado de intervenir mientras opera el afecto de terror, ya que habría allí un *vacío de conciencia*.

Considerando lo anterior, infiero que los reproches culpabilizadores y de vergüenza aluden a un intento de resguardo de un sentimiento de sí, de que se posee la capacidad de tener cierto control y volición que les permita resolver. Junto a lo anterior, tengo la impresión clínica de que, para los pacientes el asistir a esta anulación de la propia voluntad por la intensidad del terror y la brutalidad del evento de transgresión realizado por otro sujeto, puede quedar subsumida en la vivencia de muerte psíquica, especialmente en aquellos casos donde la violencia sexual es crónica, quedando coagulados en la vivencia de “sentirse muertos por dentro” o “despojados de su condición de persona, de hombre o mujer”. Esto probablemente, es materia de otras concepciones, pero me parece justo, asociar esta idea con ese planteamiento de los autores de que el trauma psíquico –sobretudo el afecto de terror–, produce estados hipnoides y que estos a su vez generan sugestionabilidad, donde los sujetos “son influibles y receptivos para eventuales traumas”, acentuando una condición de vulnerabilidad que posibles depredadores sexuales también podrían utilizar en el futuro cronificando la experiencia traumática<sup>4</sup>.

Para concluir quisiera señalar que la noción de estado hipnoide, si bien no se usa en la actualidad para referirse a la atmósfera subjetiva en que ocurren los atentados sexuales, nos brinda un retrato de ésta, la cual es susceptible de captarse a partir del relato de pacientes víctimas de violencia sexual. Considero que esta perspectiva permite ayudar a escuchar a los y las pacientes cuando su reporte

---

<sup>4</sup> Es frecuente encontrar relatos de pacientes agredidos crónicamente en la infancia, que se preguntan recurrentemente “¿por qué yo iba?” (a la habitación donde se encontraba el agresor), donde podemos suponer, en base a estos planteamientos, que se encuentran influenciados por la sugestión del agresor, bajo los efectos de este estado psíquico intermedio, hipnoide, conduciéndose de modo ajeno a su voluntad.



transmite terror y paralización, de modo que es de suma importancia ofrecer condiciones que permitan la elaboración. En este caso favorecer la expresión de estos afectos y ligarlos a sus representaciones (recuerdos, pensamientos,...), reconociendo la imposibilidad en este estado de reaccionar de un modo distinto, revisando más bien aquellos aspectos que generaron esa vivencia de terror e incluso rescatando aquellos elementos que surgen en los pacientes en pro de la preservación de sí mismos, desaconsejando intervenciones que apunten a reforzar la idea de los y las pacientes de que en el momento de la transgresión sexual podrían haber actuado con plena volición tanto para someterse como para oponerse. Explicar que la traumatización es una situación anómala donde la psique se divide, se disocia, dejando de responder adecuadamente o como habitualmente se esperaría.

Creo que sería importante transmitir esto último al sistema judicial penal chileno, como se ha hecho en otros países<sup>5</sup>. Que una víctima de un delito sexual no se defiende, no significa que consienta al no haber elementos de resistencia que acrediten que el hecho se ejecutó mediante el uso de la fuerza e intimidación (la ausencia de resistencia también puede implicar la ausencia de amenazas), pues la evidencia clínica indica que en un volumen no menor de casos, es precisamente al revés. Diría, parafraseando a Breuer, el terror producido por el ataque sexual inmoviliza el psiquismo y reduce la voluntad del yo, impidiendo la reacción de la persona frente al evento de transgresión, razón por la cual en este estado, aspectos como el consentimiento y la resistencia en estos contextos pierden significatividad dada la envergadura del estresor mental a la que queda expuesta frente a la violencia sexual perpetrada por otra(s) persona(s).

---

<sup>5</sup> Existen experiencias en Francia, España y Estados Unidos donde los jueces reciben formación al respecto, bajo el concepto de “sideración”, inmovilidad tónica que imposibilita la reacción frente a un ataque sexual. Ver por ejemplo: Hopper, J (2015). Why many rape victims don't fight or yell. En *The Washington Post*: <https://www.washingtonpost.com/news/grade-point/wp/2015/06/23/why-many-rape-victims-dont-fight-or-yell/>

## Referencias

Breuer J (1893). Parte Teórica. En S Freud y J Breuer (1893-1895). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas* (Vol. II, pp. 196-260): Amorrortu editores, Argentina.

Freud S y Breuer J (1893). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En S Freud y J Breuer (1893-1895). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas* (Vol. II, pp. 28-43): Amorrortu editores, Argentina.

Freud S (1925-1926). Presentación Autobiográfica. En *Obras Completas* (Vol. XX): Amorrortu editores, Argentina.

Ramírez-Izcoa, A, Sánchez-Sierra, L, Rivas-Sevilla, K, Varela-González, D, & Alvarenga, R (2017). Síndrome de Moebius. Reporte de caso. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 88(3), 157-160. Recuperado en 12 de diciembre de 2021, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16881249201700030157&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16881249201700030157&lng=es&tlng=es).