

## **CARTA SOBRE LA POSICIÓN FRENTE AL JUDAÍSMO**

**1925**

Tomo: III; Páginas: 3228

### **Cita:**

Puedo declarar que estoy tan alejado de la religión judía como de todas las demás; en otras palabras: las considero sumamente importantes como objetos de interés científico, pero no me atañen sentimentalmente en lo más mínimo. En cambio, siempre tuve un poderoso sentimiento de comunidad con mi pueblo, sentimiento que también he nutrido en mis hijos. Todos seguimos perteneciendo a la confesión judía.

## **ADICIÓN METAPSICOLÓGICA A LA TEORÍA DE LOS SUEÑOS**

**1915**

Tomo: II; Páginas: 2083

### **Cita:**

Al acostarse con el propósito de dormir, se despoja el hombre de todas aquellas envolturas que encubren su cuerpo y de aquellos objetos que constituyen un complemento de sus órganos somáticos o una sustitución de partes de su cuerpo, esto es, de los lentes, la peluca, la dentadura postiza, etc., y obra igualmente con su psiquismo, renunciando a la mayoría de sus adquisiciones psíquicas y reconstituyendo, de este modo, en ambos sentidos, la situación que hubo de ser el punto de partida de su desarrollo vital. El dormir es, somáticamente, un retorno a la estancia en el seno materno, con todas sus características de quietud, calor y ausencia de estímulo. Muchos hombres llegan incluso a tomar durante su sueño, la posición fetal. El estado psíquico del durmiente se caracteriza por un retraimiento casi absoluto del mundo circunambiente y la cesación de todo interés hacia él.



## CARTA SOBRE EL BACHILLERATO

1873

Tomo: I; Páginas: 3

### **Cita:**

No pretendo pedirle que desmenuce implacablemente sus sentimientos cada vez que se encuentre en alguna situación dudosa; pero si llegara a hacerlo, vería cuán poca certeza encuentra en usted mismo. Lo maravilloso del mundo reposa precisamente en esta multiplicidad de las posibilidades: lástima que sea un terreno tan poco sólido para conocernos a nosotros mismos.



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3469

### **Cita:**

Le envío mis mejores deseos y le ruego que no se deje dominar totalmente por el trabajo; cuando tenga el ocio y la oportunidad necesarios, recuerde usted a su devoto amigo.



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3473-3474

### **Cita:**

Cuando a través de nuestras conversaciones advertí lo que usted piensa de mí, yo mismo comencé a sentirme más seguro de mí mismo, y el cuadro de confiada energía que usted me ofreció no dejó de ejercer su efecto.



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3478

### **Cita:**

Pero la afirmación que me propongo sostener y que deseo verificar mediante observaciones clínicas es que la neurastenia es siempre y únicamente una neurosis sexual.



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3478

### **Cita:**

El agotamiento sexual puede provocar por sí solo la neurastenia.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3478-3479

### **Cita:**

La neurastenia masculina es adquirida en la época de la pubertad, y se manifiesta entre los veinte y los treinta años. Su fuente es la masturbación, cuya frecuencia es absolutamente paralela a la frecuencia de la neurastenia en el hombre.





## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3479

### **Cita:**

(Cf.. problemas de onanismus coniugalis)

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3479

### **Cita:**

Con frecuencia mucho mayor, la neurastenia de una mujer casada procede de la neurastenia del marido o es producida simultáneamente con ésta. En tal caso, casi siempre aparece combinada con la histeria, constituyendo la neurosis mixta común de las mujeres.



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3480

### **Cita:**

Neurosis de angustia. -Es evidente que todo caso de neurastenia implica cierta pérdida de la autoconfianza, cierto grado de expectación pesimista y cierta inclinación a las «ideas antitéticas penosas».



Tomo: ; Páginas:

**Cita:**



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3481

### **Cita:**

Conclusiones. -De cuanto he expuesto se desprende que las neurosis pueden ser completamente prevenidas, pero que también son totalmente incurables. Así, todos los esfuerzos del médico han de concentrarse en la profilaxis.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3482

### **Cita:**

A falta de tal solución (un método inocuo para prevenir la concepción), la sociedad parece estar condenada a ser víctima de neurosis incurables que reducirán al mínimo el goce de la vida, que destruirán las relaciones matrimoniales y que arruinarán hereditariamente a toda la próxima generación. Las clases inferiores de la sociedad nada saben del malthusianismo, pero ya se encuentran naturalmente precipitadas por la misma vía y oportunamente caerán víctimas de idéntico destino.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3482

### **Cita:**

Veo, además, la fácil posibilidad de colmar otra brecha en la etiología sexual de las neurosis. Creo comprender, en efecto, la neurosis de angustia de esas personas jóvenes que cabe considerar vírgenes en cuanto a sus antecedentes de abusos sexuales. He analizado dos casos semejantes, y en ellos la causa radicaba en un aprensivo terror a la sexualidad, sobre un fondo de cosas que habían visto u oído y sólo a medias comprendido; así, la etiología era puramente afectiva, pero no por ello menos sexual en su índole.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3489

### **Cita:**

No tengo una opinión exagerada de mis responsabilidades ni de mi indispensabilidad, de modo que sabré soportar con la mayor entereza la incertidumbre y la perspectiva de una vida abreviada que entraña el diagnóstico de miocarditis, más aún: conocerlo de antemano quizá sea beneficioso para el planteamiento de mi restante existencia y para permitirme gozar más plenamente lo que todavía me queda por vivir.



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3489-3490

### **Cita:**

...Aquí estoy más bien aislado con mi explicación de las neurosis. Me consideran poco menos que como un monomaniaco, mientras que yo tengo la clara impresión de haber tocado uno de los grandes misterios de la Naturaleza. Hay algo de cómico en la incongruencia entre la valoración propia y la ajena del trabajo intelectual.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3494-3495

### **Cita:**

¿Cómo sería posible conciliar todos estos casos aislados? El factor de la abstinencia es el que más frecuentemente se repite. Teniendo en cuenta nuestra observación de que la angustia ocurre después del coito interrumpido, aun en personas anestésicas, cabría afirmar que se trata de una acumulación física de excitación, o sea de una acumulación de tensión sexual física. La acumulación se debe al impedimento de la descarga, de modo que la neurosis de angustia vendría a ser, como la histeria, una neurosis por estancamiento [de la excitación. T. ], lo cual explica su similitud, y dado que en lo acumulado no se encuentra angustia alguna, la condición real puede expresarse mejor diciendo que la angustia ha surgido por transformación de la tensión acumulada.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3496

### **Cita:**

En este punto cabe interpolar cierta noción sobre el mecanismo de la melancolía, que he alcanzado simultáneamente. Ocurre con particular frecuencia que los melancólicos hayan sufrido de anestesia; no sienten ninguna necesidad del coito ni sensaciones en relación con éste, pero tienen un gran anhelo de amor en su forma psíquica, al punto que podría decirse que están sometidos a una profunda tensión erótica psíquica; cuando ésta se acumula y queda insatisfecha desarróllase la melancolía. He aquí, pues, la contraparte de la neurosis de angustia. Acumulación de tensión sexual física = neurosis de angustia. Acumulación de tensión sexual psíquica = melancolía.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3495-3496

### **Cita:**

Otra cosa ocurre, empero, con la tensión endógena, cuya fuente reside en el propio cuerpo (hambre, sed, instinto sexual). En este caso sólo sirven las reacciones específicas: reacciones que impiden la producción continuada de excitaciones en los órganos terminales respectivos, cualquiera que sea el gasto de energía necesario para alcanzarlas. Cabe admitir aquí que la tensión endógena puede crecer en forma continua o discontinua, pero que en uno como en otro caso únicamente se hace notar una vez alcanzado cierto umbral. Sólo por encima de dicho umbral es elaborada psíquicamente y entra en relación con determinados grupos de ideas, que organizan entonces la reacción específica. En otros términos: una vez que ha alcanzado cierta magnitud, la tensión sexual física despierta la libido psíquica, que desde allí conduce al coito, etc. Si la reacción específica queda entonces impedida, la tensión físico-psíquica (el afecto sexual) crece desmesuradamente, haciéndose sentir como una perturbación, pero sin que por ello existan aún motivos suficientes para su transformación. En la neurosis de angustia, por el contrario, tal transformación ocurre sugiriendo que se habría producido la siguiente anomalía de dicho proceso: la tensión física crece y alcanza su valor liminal, en el que es susceptible de despertar un afecto psíquico, pero por una razón cualquiera el enlace psíquico que se le ofrece es insuficiente, no pudiéndose formar un afecto sexual por faltar algo en las condiciones psíquicas necesarias: con ello, la tensión, que no llega a ser «ligada» psíquicamente, se convierte en angustia. Si admitimos nuestra teoría hasta este punto, deberemos esperar que la neurosis de angustia exhiba un déficit de afecto sexual, es decir, de libido psíquica, como, por otra parte, lo confirma la observación.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3496-3497

### **Cita:**

7. Angustia del hombre «hastiado» o del neurasténico abstinente. El primer caso no requiere una explicación especial, mientras que el segundo quizá equivalga a una forma atenuada especial de neurosis de angustia, puesto que ésta sólo puede alcanzar pleno desarrollo en sujetos potentes. Ello se debe, probablemente, a que el sistema nervioso neurasténico no es capaz de tolerar una acumulación de tensión física, ya que la masturbación implica el acostumbamiento a una distensión total y frecuente.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3497

### **Cita:**

La tensión sexual física se convierte en angustia cuando es producida en abundancia, sin que la elaboración psíquica le permita convertirse en afecto, ya sea por insuficiente desarrollo de la sexualidad psíquica, por el intento de coartarla [defensa], por su descomposición o por una alienación habitual entre la sexualidad física y la psíquica. Así, para que dicho proceso se produzca es preciso asimismo que intervengan la acumulación de tensión física y el impedimento de la descarga hacia el lado psíquico.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3497-3498

### **Cita:**

Tu opinión de que el asunto de la angustia todavía no está a punto me viene de perilla, pues es el eco de la mía; así, en efecto, nadie, fuera de ti, ha visto aún ese trabajo, que me propongo dejar reposar hasta que se aclare. Todavía no he podido adelantar nada, de modo que aguardaré hasta que vuelva a hacerseme la luz.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1887-1902**

Tomo: III; Páginas: 3499-3500

### **Cita:**

La concomitancia del déficit libidinal con la neurosis de angustia se ajusta perfectamente a mi teoría. Trátase de un debilitamiento del dominio psíquico sobre la excitación sexual somática [véase el manuscrito G. T.] que persiste desde hace tiempo y que facilita la producción de angustia ante cualquier aumento circunstancial de la excitación somática.



## **ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS PARÁLISIS MOTRICES ORGÁNICAS E HISTÉRICAS**

**1888-1893**

Tomo: I; Páginas: 19

### **Cita:**

Por el contrario, afirmo yo que la lesión de las parálisis histéricas debe ser completamente independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y demás manifestaciones como si la anatomía no existiese o como si no tuviese ningún conocimiento de ella.

## **ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS PARÁLISIS MOTRICES ORGÁNICAS E HISTÉRICAS**

**1888-1893**

Tomo: I; Páginas: 20

### **Cita:**

La lesión de la parálisis histérica será, pues, una alteración, por ejemplo, de la concepción o idea del brazo. Pero, ¿de qué clase es esta alteración para producir la parálisis? Considerada psicológicamente, la parálisis del brazo consiste en que la concepción del brazo queda imposibilitada de entrar en asociación con las demás ideas que constituyen el yo, del cual el cuerpo del individuo forma una parte importante. La lesión sería, pues, la abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción del brazo. El brazo se comporta como si no existiese para el juego de las asociaciones...El valor afectivo que atribuimos a la primera asociación de un objeto nos impide hacerlo entrar en una nueva asociación con otros, y de este modo hace inaccesible a la asociación la idea de tal objeto. En los dominios de la psicología de las concepciones sucede algo idéntico. Si la concepción del brazo ha entrado en una asociación de un gran valor afectivo, será inaccesible al libre juego de las demás asociaciones. El brazo quedará paralizado en proporción a la persistencia de dicho valor afectivo o de su disminución por medios psíquicos apropiados. Tal es la solución del problema que antes planteamos, pues en todos los casos de parálisis histérica se comprueba que el órgano paralizado o la función abolida se hallan en una asociación subconsciente, provista de un gran valor afectivo, y se puede demostrar que el brazo queda libre en cuanto dicho valor afectivo es hecho desaparecer.

## **ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS PARÁLISIS MOTRICES ORGÁNICAS E HISTÉRICAS**

**1888-1893**

Tomo: I; Páginas: 21

### **Cita:**

Todo suceso, toda impresión psíquica, se hallan provistos de un cierto valor afectivo, del cual se libertó el yo, bien por medio de una reacción motriz, bien mediante una labor psíquica asociativa. Si el individuo no puede o no quiere poner en práctica estos medios, el recuerdo de la impresión de que se trate adquirirá la importancia de un trauma y se constituirá en causa de síntomas permanentes de histeria. La imposibilidad de la eliminación se impone cuando la impresión permanece en lo subconsciente. Esta es la teoría a la que hemos dado el nombre de «derivación por reacción de los incrementos de estímulo».

## **ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS PARÁLISIS MOTRICES ORGÁNICAS E HISTÉRICAS**

**1888-1893**

Tomo: I; Páginas: 21

### **Cita:**

En resumen: de acuerdo con la opinión general que sobre la histeria hemos formado, según las enseñanzas de Charcot, hemos de aceptar que la lesión existente en las parálisis histéricas no consiste sino en la inaccesibilidad de la concepción del órgano o de la función para las asociaciones del yo consciente; que esta alteración, puramente funcional (con integridad de la concepción misma), es causada por la permanencia de esta concepción en una asociación subconsciente con el recuerdo del trauma, y que esta concepción no se liberta y hace accesible en tanto que el valor afectivo del trauma psíquico no ha sido eliminado por medio de la reacción motriz adecuada o del trabajo psíquico consciente. De todos modos, aunque este mecanismo no tenga afecto y sea siempre necesaria para la parálisis histérica una idea autosugestiva directa, como en los casos traumáticos de Charcot, habremos conseguido mostrar de qué naturaleza debería ser en la parálisis histérica la lesión, o más bien la alteración, para explicar sus diferencias con la parálisis orgánica cerebral.

## UN CASO DE CURACIÓN HIPNÓTICA

**1892-1893**

Tomo: I; Páginas: 28

### **Cita:**

Las series de representaciones trabajosamente reprimidas son las que quedan en estos casos convertidas en actos, a consecuencia de una especie de voluntad contraria, cuando la persona sucumbe al agotamiento histérico. Esta relación es aquí más estrecha que nunca, pues precisamente es dicha laboriosa represión la que provoca el referido estado histérico, en cuya descripción psicológica no hemos entrado, por limitarnos en el presente trabajo a la explicación de por qué -dado previamente tal estado de disposición histérica- aparecen los síntomas en la forma que los observamos.

La histeria debe a esta emergencia de la voluntad contraria aquel carácter demoníaco que tantas veces presenta y que se manifiesta en que los enfermos se ven imposibilitados, en ciertas ocasiones, de realizar aquello que más ardientemente desean, hacen precisamente lo contrario de lo que se les ha pedido y calumnian aquello que les es más querido o desconfían de ello.

La perversión del carácter, propia del histérico; el impulso a hacer el mal o a enfermar cuando más desea la salud, constituye una coerción a la que sucumben los más intachables caracteres cuando quedan abandonados por algún tiempo a la acción de las representaciones contrastantes.

## UN CASO DE CURACIÓN HIPNÓTICA

**1892-1893**

Tomo: I; Páginas: 28

### **Cita:**

La interrogación referente al destino de los propósitos inhibidos parece carecer de sentido por lo que se refiere a la vida intelectual normal. Podría contestarse diciendo que no llegan a existir. Pero el estudio de la histeria muestra que, por el contrario, toman vida; esto es, que la modificación material a ellas correspondiente queda conservada, sobreviviendo tales propósitos, como fantasmas de un tenebroso reino, hasta el momento en que logran emerger y apoderarse del cuerpo que hasta entonces habría servido fielmente a la consciencia del yo.

## UN CASO DE CURACIÓN HIPNÓTICA

**1892-1893**

Tomo: I; Páginas: 29

### **Cita:**

(Cf.. caso del individuo que se veía obligado constantemente a pronunciar el nombre de "María")...A mi juicio, lo que sucedió en este caso fue que el firme deseo del sujeto de mantener oculto el nombre de su amada se transformó, al llegar un momento de especial excitación, en la voluntad contraria, perdurando desde entonces el «tic», como en el caso de mi segunda enferma.

Si la explicación de este ejemplo es exacta, habremos de atribuir igual mecanismo al «tic» propiamente coprolálico, pues las palabras groseras son secretos que todos conocemos y cuyo conocimiento procuramos siempre ocultarnos unos a otros. (Cf.. nota 20): Indicamos así que merecería la pena investigar la objetividad de la voluntad contraria, también fuera de la histeria y del «tic», ya que aparece, con gran frecuencia, dentro de los límites de lo normal.

**CHARCOT****1893**

Tomo: I; Páginas: 35

**Cita:**

...un observador ingenuo y no especializado jamás llegaría a la hipótesis de una disociación de la consciencia como solución del enigma de la histeria. En realidad la Edad Media escogió ya esta solución al admitir como causa de los fenómenos histéricos la posesión por el demonio. Todo se reduce, pues, a sustituir la terminología religiosa de aquella oscura y supersticiosa época por la científica de los tiempos presentes.



**LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA****1894**

Tomo: I; Páginas: 170

**Cita:**

Los dos pacientes por mí analizados habían gozado, en efecto, de salud psíquica hasta el momento en que surgió en su vida de representación un caso de incompatibilidad; esto es, hasta que llegó a su yo una experiencia, una representación o una sensación, que al despertar un afecto penosísimo movieron al sujeto a decidir olvidarlos, no juzgándose con fuerzas suficientes para resolver por medio de una labor mental la contradicción entre su yo y la representación intolerable.

## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

1894

Tomo: I; Páginas: 171

### **Cita:**

...la labor que el yo se plantea de considerar como no arrivée la representación intolerable es directamente insoluble para él; ni la huella mnémica ni el afecto a ella inherente pueden ser hechos desaparecer una vez surgidos. Pero hay algo que puede considerarse equivalente a la solución deseada, y es lograr debilitar la representación de que se trate, despojándola del afecto a ella inherente; esto es, de la magnitud de estímulo que consigo trae. La representación así debilitada no aspirará ya a la asociación. Mas la magnitud de estímulo de ella separada habrá de encontrar un distinto empleo.

Hasta aquí muestran la histeria y las fobias y representaciones obsesivas iguales procesos. No así en adelante. En la histeria, la representación intolerable queda hecha inofensiva por la transformación de su magnitud de estímulo en excitaciones somáticas, proceso para el cual proponemos el nombre de conversión.

La conversión puede ser total o parcial, y sucede a aquella inervación motora o sensorial más o menos íntimamente enlazada con el suceso traumático. El yo consigue con ello verse libre de contradicción; pero, en cambio, carga con un símbolo mnémico que en calidad de inervación motora insoluble o de sensación alucinatoria de continuo retorno habita como un parásito en la consciencia y perdura hasta que tiene lugar una conversión opuesta. La huella mnémica no desaparece por ello, sino que forma a partir de aquí el nódulo de un segundo grupo psíquico.

## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

1894

Tomo: I; Páginas: 171

### **Cita:**

En pocas palabras expondré nuestra anunciada opinión de los procesos psicofísicos en la histeria; constituido tal nódulo de una disociación histérica en un «momento traumático», crece luego en otros momentos, a los que podemos llamar «momentos traumáticos auxiliares», en cuanto una nueva impresión de igual género consigue traspasar las barreras alzadas por la voluntad, aportar nuevo afecto a la representación debilitada e imponer por algún tiempo el enlace asociativo de ambos grupos psíquicos hasta que una nueva conversión restablece la defensa. La distribución del estímulo que así se establece en la histeria resulta casi siempre harto inestable. La excitación, impulsada por un falso camino (por el de la inervación somática), retrocede entre tanto hasta la representación, de la que fue separada, y fuerza entonces al sujeto a su elaboración asociativa o a su descarga en ataques histéricos, como lo prueba la conocida antítesis, formada por los ataques y los síntomas permanentes. El efecto del método catártico de Breuer consiste en crear un retroceso de la excitación desde lo físico a lo psíquico y conseguir luego solucionar la contradicción por medio del trabajo mental del sujeto y descargar la excitación por medio de la comunicación oral.

**LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA****1894**

Tomo: I; Páginas: 171

**Cita:**

Si la disociación de la consciencia en la histeria adquirida reposa sobre un acto de la voluntad, se explica ya fácilmente el hecho singular de que la hipnosis amplíe siempre la restringida consciencia de los histéricos y haga accesible el grupo psíquico disociado. Sabemos, en efecto, que todos los estados análogos al sueño suprimen aquella distribución de la energía, sobre la que reposa la «voluntad» de la personalidad consciente.

## **LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA**

**1894**

Tomo: I; Páginas: 172

### **Cita:**

Consideramos, pues, como el factor característico de la histeria no la disociación de la consciencia, sino la facultad de conversión, y vemos una parte muy importante de la disposición a la histeria, por lo demás aún desconocida, en la transferencia a la inervación somática, de tan grandes magnitudes de inervación.

## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

**1894**

Tomo: I; Páginas: 172

### **Cita:**

CUANDO en una persona de disposición nerviosa no existe la aptitud a la conversión, y es, no obstante, emprendida para rechazar una representación intolerable la separación de la misma de su afecto concomitante, este afecto tiene que permanecer existiendo en lo psíquico. La representación así debilitada queda apartada de toda asociación en la consciencia, pero su afecto devenido libre se adhiere a otras representaciones no intolerables en sí, a las que este «falso enlace» convierte en representaciones obsesivas. Esta es, en pocas palabras, la teoría psicológica de las representaciones obsesivas y las fobias, a la que aludimos al iniciar el presente estudio.

## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

1894

Tomo: I; Páginas: 172

### **Cita:**

Directamente comprobable es también, por las inequívocas manifestaciones de los enfermos, el esfuerzo de voluntad, la tentativa de defensa, a la que nuestra teoría da singular importancia, y en toda una serie de casos afirman los enfermos mismos que la fobia o la representación obsesiva surgió cuando el esfuerzo de voluntad parecía haber alcanzado su intención. «Una vez me sucedió algo muy desagradable, y me propuse con todas mis fuerzas apartarlo de mi imaginación y no pensar en ello. Por fin lo conseguí; pero entonces surgió esto que ahora me pasa y de lo que no he conseguido librarme.» Con estas palabras me confirmó una paciente los puntos principales de la teoría aquí desarrollada.

## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

**1894**

Tomo: I; Páginas: 173

### **Cita:**

Entre el esfuerzo de voluntad del paciente, que consigue reprimir la representación sexual inaceptable, y la emergencia de la representación obsesiva, que, poco intensa en sí, aparece aquí provista de un afecto incomprensiblemente intenso, se abre la laguna que nuestra teoría intenta llenar. La separación de la representación sexual de su afecto, y el enlace del mismo con otra representación adecuada, pero no intolerable, son procesos que se desarrollan sin que la consciencia tenga noticia de ellos, y que por tanto, sólo podemos suponer sin que nos sea dable demostrarlos por medio de un análisis clinopsicológico. Quizá fuera más exacto decir que no se trata de procesos de naturaleza psíquica, sino de procesos físicos, cuya consecuencia psíquica se manifiesta como si lo expresado con los términos de «separación de la representación de su afecto y falso enlace de este último» hubiera sucedido realmente.



## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

**1894**

Tomo: I; Páginas: 173

### **Cita:**

Los enfermos suelen ocultar sus representaciones obsesivas en tanto tienen consciencia de su procedencia sexual. Cuando se lamentan de ellas manifiestan generalmente su asombro de sucumbir al efecto correspondiente, angustiarse, experimentar determinados impulsos, etc. En cambio, el médico, perito en la materia, encuentra justificado y comprensible el afecto, hallando tan sólo singular su enlace con una representación que no lo justifica. O dicho de otro modo: el afecto de la representación obsesiva le parece dislocado o transpuesto, y si ha adoptado la teoría aquí descrita, intentará en toda una serie de casos de representaciones obsesivas sus transposición regresiva a lo sexual.

## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

**1894**

Tomo: I; Páginas: 173

### **Cita:**

Para el enlace secundario del afecto devenido libre puede ser utilizada cualquier representación que por su naturaleza sea susceptible de conexión con un afecto de la cualidad dada o tenga con la intolerable ciertas relaciones, a consecuencia de las cuales aparezca utilizable como subrogado suyo. Así, la angustia devenida libre, y cuyo origen sexual no debe ser recordado, se enlaza a las comunes fobias primarias de los hombres, a los animales, a las tormentas a la oscuridad, etcétera, o a cosas de innegable relación asociativa con lo sexual, tales como los actos de orinar y defecar, y, en general, a la impureza y al contagio.

## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

**1894**

Tomo: I; Páginas: 174

### **Cita:**

La ventaja que obtiene el yo, eligiendo para la defensa el camino de la transposición del afecto, es menor que la que ofrece la conversión histérica de excitación psíquica en inervación somática. El afecto bajo el cual ha padecido el yo permanece intacto, con la sola diferencia de que la representación intolerable queda excluida del recuerdo. Las representaciones así reprimidas constituyen por su parte el nódulo de un segundo grupo psíquico, accesible, a nuestro parecer, también sin la ayuda de la hipnosis. El que en las fobias y las representaciones obsesivas y las representaciones obsesivas falten aquellos visibles síntomas concomitantes a la formación de un grupo psíquico independiente, obedece probablemente a que en el primer caso toda la modificación permanece circunscrita a lo psíquico, no experimentando cambio alguno la relación entre la excitación psíquica y la inervación somática. (Cf.. representaciones obsesivas).

## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

**1894**

Tomo: I; Páginas: 175

### **Cita:**

EN los dos casos hasta ahora examinados, la defensa contra la representación intolerable tenía efecto por medio de la disociación de su afecto concomitante. La representación permanecía en la consciencia, si bien aislada y debilitada. Pero hay aún otra forma de la defensa mucho más enérgica y eficaz, consistente en que el yo rechaza la representación intolerable conjuntamente con su afecto y se conduce como si la representación no hubiese jamás llegado a él. En el momento en que esto queda conseguido sucumbe el sujeto a una psicosis que hemos de calificar de «locura alucinatoria». (Cf.. ejemplo)

## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

1894

Tomo: I; Páginas: 176

### **Cita:**

(Psicosis alucinatoria) El hecho sobre el que yo quiero llamar la atención es el de que el contenido de una tal psicosis alucinatoria consiste precisamente en la acentuación de la representación, amenazada por el motivo de la enfermedad. Puede, por tanto, decirse que el yo ha rechazado la representación intolerable por medio de la huida a la psicosis. El proceso que lleva a este resultado escapa tanto a la autopercepción del sujeto como el análisis psicológico clínico. Debe ser considerado como la expresión de una elevada disposición patológica y puede, quizá, describirse como sigue: el yo se separa de la representación intolerable, pero ésta se halla inseparablemente unida a un trozo de la realidad, y al desligarse de ella, el yo se desliga también, total o parcialmente, de la realidad. Esto último es, a mi juicio, la condición para reconocer a las propias representaciones vida alucinatoria, y con ello cae el sujeto, una vez alcanzada la repulsa de la representación intolerable, en la locura alucinatoria.

## LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

**1894**

Tomo: I; Páginas: 176-177

### **Cita:**

Recordaré, por último, con pocas palabras, la idea auxiliar, de la cual me he servido en esta descripción, de las neurosis de defensa. Tal idea es la de que en las funciones psíquicas debe distinguirse algo (montante del afecto, magnitud de la excitación), que tiene todas las propiedades de una cantidad -aunque no poseamos medio alguno de medirlo-; algo susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga, que se extiende por las huellas mnémicas de las representaciones como una carga eléctrica por las superficies de los cuerpos.

**OBSESIONES Y FOBIAS****1894**

Tomo: I; Páginas: 178

**Cita:**

Una vez separado este grupo (las obsesiones y fobias traumáticas que enlazan a los síntomas de la histeria), es necesario distinguir otros dos: a) Las obsesiones propias; y b) las fobias. Su diferencia esencial es la siguiente:

En toda obsesión hay dos elementos: 1°. Una idea que se impone al enfermo. 2°. Un estado emotivo asociado. Ahora bien: en las fobias, este estado emotivo es siempre la angustia, mientras que en las obsesiones propias puede ser igualmente cualquier otro, tal como la duda, el remordimiento o la cólera.

**OBSESIONES Y FOBIAS****1894**

Tomo: I; Páginas: 178-179

**Cita:**

En muchas obsesiones verdaderas es evidente que el estado emotivo es lo principal, puesto que persiste inalterado, variando, en cambio, la idea a él asociada. Así, la sujeto de nuestra observación número 1 tenía remordimientos muy varios: de haber robado, de haber maltratado a sus hermanas, de haber fabricado moneda falsa, etc. Igualmente, las personas que dudan, dudan de muchas cosas a la vez sucesivamente. El estado emotivo permanece en estos casos invariable, mutándose, en cambio, la idea. En otros es ésta también fija, como en la muchacha de nuestra observación número 4, que profesaba un odio incomprensible a todas las criadas de la casa, cambiando, no obstante, de persona.

Pues bien: un escrupuloso análisis psicológico de estos casos muestra que el estado emotivo como tal está siempre justificado. La muchacha número 1, que siente remordimientos, tiene suficientes motivos para ello; las mujeres de la observación número 3, que dudaban de su resistencia contra las tentaciones, sabían muy bien por qué, y la muchacha número 4, que detestaba a las criadas, tenía perfecta razón para quejarse de ellas. El sello patológico de estos casos consiste, pues, únicamente en los dos singulares caracteres siguientes: 1°. Que el estado emotivo se ha eternizado. 2°. Que la idea asociada no es ya la idea justa, la idea original, relacionada con la etiología de la obsesión, sino una idea sustitutiva de la misma.



**OBSESIONES Y FOBIAS****1894**

Tomo: I; Páginas: 181

**Cita:**

A estos grupos de obsesiones propias se añade el de las fobias. Éstas se diferencian de las obsesiones -según antes hubimos de indicar- en que el estado emotivo a ellas concomitante es siempre la angustia. Añadiremos ahora que las obsesiones son múltiples y más especializadas, y, en cambio, las fobias, más bien monótonas y típicas.

## OBSESIONES Y FOBIAS

1894

Tomo: I; Páginas: 182

### **Cita:**

El mecanismo de las fobias es totalmente diferente del de las obsesiones. No se trata ya de una sustitución, ni resulta posible descubrir, por medio del análisis psíquico, una idea inconciliable sustituida. Sólo se encuentra un estado emotivo de angustia, que por una especie de elección ha hecho resaltar todas las ideas susceptibles de llegar a ser objeto de una fobia. En los casos de agorafobia, etc., se encuentra con frecuencia el recuerdo de un ataque de angustia, y en realidad lo que el enfermo teme es la emergencia de tal ataque en aquellas circunstancias especiales en las que cree no podrá escapar a él.

La angustia de este estado emotivo existente en el fondo de las fobias no se deriva de ningún recuerdo. Habremos, pues, de preguntarnos cuál puede ser el origen de esta potente condición del sistema nervioso.

En respuesta a esta interrogación espero poder demostrar otra vez que está justificado establecer una neurosis especial, la neurosis de angustia, de la cual es el síntoma principal dicho estado emotivo. Enumeraremos sus diversos síntomas e insistiremos en la necesidad de distinguir esta neurosis de la neurastenia, con la cual se halla ahora confundida. Así, las fobias forman parte de la neurosis de angustia y aparecen acompañadas casi siempre de otros síntomas de la misma serie.

La neurosis de angustia es también de origen sexual, pero no se enlaza a ideas tomadas de la vida sexual, ni en realidad posee un mecanismo psíquico. Su etiología específica es la acumulación de la tensión genésica, provocada por la abstinencia o la irritación genésica frustrada (por el efecto del coito reservado, de la impotencia relativa del marido, de las excitaciones sin satisfacción ulterior de los novios, de la abstinencia forzada, etc.).

## **ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA**

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 41-42

### **Cita:**

Con frecuencia, la causa de los fenómenos patológicos, más o menos graves, que el paciente presenta, está en sucesos de su infancia.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 42

**Cita:**

En otros casos no es tan sencilla la conexión; entre la motivación y el fenómeno patológico no existe sino una relación simbólica, semejante a la que el hombre sano constituye en el sueño cuando, por ejemplo, viene a unirse una neuralgia a un dolor anímico, a náuseas al efecto de repugnancia moral. Hemos observado enfermos que acostumbran hacer amplio uso de un tal simbolismo. En ;una tercera serie de casos no logramos descubrir al principio una semejante determinación. A esta serie pertenecen precisamente los síntomas histéricos típicos, tales como la hemianestesia, la disminución del campo visual, las convulsiones epileptiformes, etc. Más adelante, al entrar ya de lleno en la discusión de la materia, expondremos nuestra opinión sobre este grupo de fenómenos.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 43

### **Cita:**

Cualquier afecto que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico puede actuar como tal trauma. De la sensibilidad del sujeto (y de otra condición, que más adelante indicaremos) depende que el suceso adquiera o no importancia traumática. En la histeria común hallamos muchas veces, sustituyendo el intenso trauma único, varios traumas parciales, o sea un grupo de motivaciones, que sólo por su acumulación podían llegar a exteriorizar un efecto traumático, y cuya única conexión está en constituir fragmentos de un mismo historial patológico. En otros casos son circunstancias aparentemente indiferentes las que por su coincidencia con el suceso, realmente eficaz, o con un instante de gran excitabilidad, pero que conservan ya a partir de ese momento.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 43

### **Cita:**

Pero la conexión causal del trauma psíquico con el fenómeno histérico no consiste en que el trauma actúe de «agente provocador», haciendo surgir el síntoma, el cual continuaría subsistiendo independientemente. Hemos de afirmar más bien que el trauma psíquico, o su recuerdo, actúa a modo de un cuerpo extraño; que continúa ejerciendo sobre el organismo una acción eficaz y presente, por mucho tiempo que haya transcurrido desde su penetración en él. Esta actuación del trauma psíquico queda demostrada por un singularísimo fenómeno, que confiere además a nuestros descubrimientos un alto interés práctico.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 43-44

### **Cita:**

Hemos hallado, en efecto, y para sorpresa nuestra, al principio, que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto. El recuerdo desprovisto de afecto carece casi siempre de eficacia. El proceso psíquico primitivo ha de ser repetido lo más vivamente posible, retrotraído al status nascendi, y «expresado» después. En esta reproducción del proceso primitivo, alucinaciones, etc. -nuevamente con toda intensidad, para luego desaparecer de un modo definitivo. Las parálisis y anestias desaparecen también, aunque, naturalmente, no resulte perceptible su momentánea intensificación.

No parece muy aventurado sospechar que de lo que en estos casos se trata es de una sugestión inintencionada. El enfermo esperaría verse libertado de su dolencia por el procedimiento descrito, y esta esperanza, y no el hecho mismo de dar expresión verbal al recuerdo del proceso provocador y a su efecto concomitante, sería el verdadero factor terapéutico. Pero no es así. La primera observación de este género en la cual fue analizado en la forma indicada un complicadísimo caso de histeria, siendo suprimidos por separado los síntomas separadamente originados, procede del año 1881, o sea de la época «presugestiva»; fue facilitada por autohipnosis espontánea del enfermo y causó al observador la mayor sorpresa.

Invirtiendo el principio de cessante causa, cessat effectus, podemos muy bien deducir de estas observaciones que el proceso causal actúa de algún modo después de largos años y no indirectamente, por mediación de una cadena de elementos causales intermedios, sino inmediatamente como causa inicial, del mismo modo que un antiguo dolor psíquico, recordado en estado de vigilia, provoca todavía las lágrimas. Así, pues, el histérico padecería principalmente de reminiscencias.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 44

### **Cita:**

En un principio parece extraño que sucesos tan pretéritos puedan actuar con tal intensidad; esto es, que su recuerdo no sucumba al desgaste, al que vemos sucumbir todos nuestros demás recuerdos. Las consideraciones siguientes nos facilitarán quizá la comprensión de estos hechos.

La debilitación o pérdida de afecto de un recuerdo depende de varios factores y, sobre todo, de que el sujeto reaccione o no enérgicamente al suceso estimulante. Entendemos aquí por reacción toda la serie de reflejos, voluntarios e involuntarios - desde el llanto hasta el acto de venganza-, en los que, según sabemos por experiencia, se descargan los afectos. Cuando esta reacción sobreviene con intensidad suficiente, desaparece con ella gran parte del afecto. En cambio, si se reprime la reacción, queda el afecto ligado al recuerdo. El recuerdo de una ofensa castigada, aunque sólo fuese con palabras, es muy distinto del de otra que hubo de ser tolerada sin protesta.



**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 44

**Cita:**

La reacción del sujeto al trauma sólo alcanza un efecto «catártico» cuando es adecuado; por ejemplo, la venganza. Pero el hombre encuentra en la palabra un subrogado del hecho, con cuyo auxilio puede el afecto ser también casi igualmente descargado por reacción (Abreagiert). En otros casos es la palabra misma el reflejo adecuado a título de lamentación o de alivio del peso de un secreto (la confesión). Cuando no llega a producirse tal reacción por medio de actos o palabras, y en los casos más lees, por medio de llanto, el recuerdo del suceso conserva al principio la acentuación afectiva.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 44

### **Cita:**

La «descarga por reacción» no es, sin embargo, el único medio de que dispone el mecanismo psíquico normal del individuo sano para anular los efectos de un trauma psíquico. El recuerdo del trauma entra, aunque no haya sido descargado por reacción, en el gran complejo de la asociación, yuxtaponiéndose a otros sucesos, opuestos, quizá, a él, y siendo corregido por otras representaciones. Así después de un accidente, se unen al recuerdo del peligro y a la reproducción (atenuada) del sobresalto el recuerdo del curso ulterior del suceso, o sea el de la salvación, y la consciencia de la seguridad presente. El recuerdo de una ofensa no castigada es corregido por la rectificación de los hechos, por reflexiones sobre la propia dignidad, etc., y de este modo logra el hombre normal de desaparición del afecto, concomitante al trauma, por medio de funciones de la asociación.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 44-45

### **Cita:**

Ahora bien: de nuestras observaciones resulta que aquellos recuerdos que han llegado a constituirse en causas de fenómenos histéricos se han conservado con maravillosa nitidez y con toda su acentuación afectiva a través de largos espacios de tiempo. Hemos de advertir, sin embargo, que los enfermos no disponen de estos recuerdos como de otros de su vida; hecho singularísimo que más adelante utilizaremos para nuevas deducciones. Por el contrario, tales sucesos faltan totalmente en la memoria de los enfermos, hallándose éstos en su estado psíquico ordinario, o sólo aparecen contenidos en ella de un modo muy sumario. Ahora bien: sumido el sujeto en la hipnosis, y sometido durante ella a un interrogatorio, emergen de nuevo dichos recuerdos con toda la intacta vitalidad de sucesos recientes.

Una de nuestras pacientes reprodujo así en una serie de sesiones de hipnotismo, que duró medio año, todo aquello que en iguales días del año anterior (durante una histeria aguda) había constituido para ella motivo de excitación. Un «Diario», que su madre llevaba, ignorado por ella, confirmó la absoluta exactitud de la reproducción. Otra enferma vivió de nuevo con alucinante precisión, parte en el sueño hipnótico y parte por medio de ocurrencias espontáneas, todos los sucesos de una psicosis histérica padecida diez años antes, sucesos con respecto a los cuales presentaba una total amnesia hasta el momento mismo de su nueva emergencia. También algunos recuerdos etiológicamente importantes, de quince a veinte años de fecha, demostraron haberse conservado asombrosamente intactos y precisos, actuando a su retorno con toda la fuerza afectiva de sucesos nuevos.

La razón de esta singularidad no puede estar sino en que tales recuerdos constituyen una excepción de la regla general de desgaste, a la que antes nos referimos. Se demuestra, en efecto, que tales recuerdos corresponden a traumas que no han sido suficientemente «descargados por reacción», y examinando con detención las razones que lo han impedido, llegamos a descubrir, por lo menos, dos series de condiciones en las cuales no ha existido reacción alguna al trauma.

En el primer grupo de estas condiciones incluimos aquellos casos en los que los enfermos no han reaccionado a traumas psíquicos porque la naturaleza misma del trauma excluía una reacción, como sucede en la pérdida irreparable de una persona amada; porque las circunstancias sociales hacían imposible la reacción o porque, tratándose de cosas que el enfermo quería olvidar, las reprimía del pensamiento consciente y las inhibía y suprimía. Tales sucesos penosos se encuentran luego en la

hipnosis como fundamento de fenómenos histéricos (delirios histéricos de los santos y las monjas, de las mujeres continentales y de los niños severamente educados).

La segunda serie de condiciones no aparece determinada por el contenido de los recuerdos, sino por los estados psíquicos con los cuales han coincidido en el enfermo los sucesos correspondientes. En la hipnosis hallamos también, efectivamente, como causa de síntomas histéricos, representaciones carentes en sí de importancia, que deben su conservación a la circunstancia de haber surgido en graves afectos paralizantes (por ejemplo, el sobresalto) o directamente en estados psíquicos anormales, como el estado semihipnótico del ensueño diurno, la autohipnosis, etc. En estos casos es la naturaleza de estos estados la que impidió toda reacción al suceso.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 45-46

**Cita:**

Ambas condiciones pueden también coincidir, y de hecho coinciden muchas veces. Tal sucede cuando un trauma eficaz en sí sobreviene en un estado de afecto grave y paralizante o en un estado de alteración de la consciencia. Pero también parece suceder que el trauma psíquico provoca en muchas personas algunos de los estados anormales antes mencionados, el cual impide entonces, a su vez, toda reacción.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 46

**Cita:**

Podemos, pues, decir que las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y plenas de afecto porque les está negado el desgaste normal mediante la descarga por reacción o la reproducción en estados de asociación no cohibida.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 46

### **Cita:**

A la conocida afirmación de que «la hipnosis es una histeria artificial» agregaremos, pues, nosotros la de que la existencia de estados hipnoides es base y condición de la histeria. Tales estados hipnoides, muy diversos, coinciden, sin embargo, entre sí y con la hipnosis en la circunstancia de que las representaciones en ellos emergentes son muy intensas, pero se hallan excluidas del comercio asociativo con el restante contenido de la consciencia. Pero entre sí pueden dichos estados asociarse, y su contenido de representaciones puede alcanzar por este camino grados diferentemente elevados de organización psíquica. Por lo demás, la naturaleza de estos estados y el grado de su exclusión de los demás procesos de la consciencia podría variar, análogamente a como varía la hipnosis, la cual se extiende desde la más ligera somnolencia hasta el sonambulismo, y desde el recuerdo total hasta la amnesia absoluta.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 48

### **Cita:**

Los resultados que surgen en los ataques histéricos o pueden ser despertados durante éstos corresponden también, en todos sus demás componentes, a los sucesos que se nos han revelado como fundamentos de síntomas histéricos duraderos. Como ellos se refieren a traumas psíquicos que han eludido la anulación mediante la descarga de reacción o la labor intelectual asociativa, faltan por completo, o en sus componentes esenciales, en el acervo mnémico de la consciencia normal y se muestran pertenecientes al contenido de representaciones de los estados hipnoides de consciencia con asociación restringida. Además, admiten la prueba terapéutica. Nuestras observaciones nos han mostrado muchas veces que un tal recuerdo que venía provocando ataques queda incapacitado para ello cuando se le lleva en la hipnosis a la reacción y a la rectificación asociativa.



**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 49

**Cita:**

Resulta ya comprensible cómo el método psicoterápico que aquí exponemos actúa curativamente. Anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio, dando salida, por medio de la expresión verbal, al afecto concomitante, que había quedado estancado, y llevándola a la corrección asociativa por medio de su atracción a la consciencia normal (en una ligera hipnosis) o de su supresión por sugestión médica, como sucede en los casos de sonambulismo con amnesia.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 49

### **Cita:**

Si bien tenemos consciencia de haber avanzado algunos pasos hacia el descubrimiento del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos por el camino que Charcot fue el primero en iniciar con la explicación e imitación experimental de las parálisis histerotraumáticas, no se nos oculta, sin embargo, que nuestros trabajos no nos han acercado sino al conocimiento del mecanismo de los síntomas histéricos y no al de las causas internas de la histeria. No hemos hecho sino rozar la etiología de la histeria y sólo hemos podido aclarar, en realidad, las causas de las formas adquiridas, o sea la importancia del factor accidental en la neurosis.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 51-53

### **Cita:**

Hemos logrado nuestras concepciones sobre el ataque histérico tratando casos de esta enfermedad por medio de la sugestión hipnótica e investigando sus procesos psíquicos, durante el ataque mismo, por medio del interrogatorio en plena hipnosis. Así dejamos establecidos los siguientes postulados para el ataque histérico, pero debemos anticipar que para la explicación de los fenómenos histéricos consideramos imprescindible aceptar una disociación, una escisión del contenido de la consciencia.

1) El contenido invariable y esencial de un ataque histérico (recurrente) es el retorno de un estado psíquico que el paciente ya ha vivenciado alguna vez, o sea, en otros términos, es el retorno de un recuerdo.

Consideramos, pues, que el elemento esencial del ataque histérico radica en la fase de las attitudes passionelles de Charcot. En muchos casos es bien evidente que esta fase implica un recuerdo de la propia vida del paciente, recuerdo que es, a menudo, siempre uno y el mismo. En otros casos, sin embargo, parece faltar semejante fase, y el ataque se manifiesta como si consistiera únicamente de fenómenos motores - sacudidas epileptoideas, estados de inquietud cataléptica o hipnoidea-, pero aun en tales casos el examen durante la hipnosis evidencia sin lugar a dudas la intervención de un proceso mnemónico psíquico, igual al que en otros casos se manifiesta abiertamente en la phase passionelle.

Los fenómenos motores del ataque nunca se presentan inconexos de su contenido psíquico; ya constituyen la expresión general de la emoción concomitante, ya corresponden exactamente a las acciones implícitas en el proceso mnemónico alucinatorio.

2) El recuerdo que forma el contenido del ataque histérico no es un recuerdo cualquiera, sino que es el retorno de aquella vivencia que causó el desencadenamiento de la histeria, o sea el trauma psíquico.

Una vez más, esta circunstancia es bien evidente en aquellos casos clásicos de histeria traumática que Charcot demostró en pacientes del sexo masculino, y en los cuales un individuo no histérico anteriormente cae de pronto en la neurosis

después de un susto único e intenso, como un accidente de ferrocarril, una caída, etc. En tales casos, el contenido del ataque consiste en la reproducción alucinatoria de aquel suceso que puso en peligro la vida del sujeto, acompañada quizá por el tren de ideas y por las impresiones sensoriales que se originaron en esa ocasión. La conducta de dichos pacientes, empero, no discrepa en modo alguno de la histeria femenina común, sino que constituye un ejemplo por excelencia de la misma. Si se examina con el método arriba indicado el contenido de los ataques de una de estas mujeres histéricas, aparecen vivencias que por su naturaleza son igualmente aptas para actuar como traumas (sustos, mortificaciones, defraudaciones). Aquí, sin embargo, el gran trauma único es reemplazado a menudo por una serie de traumas menores, vinculados por sus similitudes o por representar partes de una misma historia de infortunios. Por consiguiente, tales enfermas también sufren con frecuencia ataques de distinta especie, cada uno con su contenido mnemónico particular. Esta circunstancia nos induce a extender considerablemente el concepto de la histeria traumática.

En un tercer grupo de casos, el contenido de los ataques consta de recuerdos a los cuales de por sí no se conferiría carácter traumático, pero que evidentemente lo adquieren por el hecho de haber coincidido con un momento en el cual la disposición histérica del sujeto se hallaba patológicamente exaltada, promoviéndolos así a la categoría de traumas.

3) El recuerdo que forma el contenido del ataque histérico es un recuerdo inconsciente o, expresado con mayor propiedad, pertenece al estado segundo de consciencia que toda histeria presenta en forma más o menos altamente organizada. Por tanto, dicho recuerdo falta totalmente en la memoria del paciente cuando éste se halla en su estado normal, o bien sólo aparece de manera sumaria. Si logramos atraer tal recuerdo totalmente a la consciencia normal, cesa su capacidad de producir ataques. En el curso del ataque mismo el paciente se encuentra total o parcialmente sumido en el estado segundo de consciencia. En el primer caso, todo el ataque queda cubierto por la amnesia durante la vida normal; en el segundo caso, el paciente se percata del cambio de su estado y de sus manifestaciones motrices, pero el proceso psíquico operado durante el ataque le queda oculto. Con todo, éste siempre puede ser evocado por la hipnosis.

4) El problema del origen del contenido mnemónico de un ataque histérico coincide con el de las condiciones que determinan si una vivencia particular (una representación, una intención, etc.) ha de ser incorporada a la segunda consciencia, en lugar de ingresar a la consciencia normal. De estas condiciones determinantes hemos hallado dos con certeza en los casos de histeria.

Si el histérico quiere olvidar intencionalmente una vivencia o si trata de repudiar, inhibir y suprimir intencionalmente una intención, una representación, estos actos psíquicos ingresan consiguientemente en el estado segundo de consciencia; desde éste producen sus efectos permanentes y el recuerdo de los mismos retornan como

ataque histérico. (Histeria de las monjas, de las mujeres abstinentes, de los niños bien educados, de las personas con inclinación al arte, al teatro, etc.)

Ingresan asimismo al estado segundo de consciencia todas aquellas impresiones que han sido recibidas en el curso de estados psíquicos extraordinarios (conmociones afectivas, estados de éxtasis, autohipnosis).

Cabe agregar que estas dos condiciones determinantes a menudo se combinan entre sí por vínculos internos y que, además de ellas, pueden existir aún otras.

5) El sistema nervioso tiene la tendencia de mantener constante, en sus condiciones funcionales, algo que cabe denominar «suma de excitación». Procura mantener esta precondition de la salud, resolviendo asociativamente todo incremento sensorial de la excitación o descargándolo por medio de una reacción motriz apropiada. Si partimos de este teorema -que, por otro lado, es de mucho más amplio alcance- se comprueba que las experiencias psíquicas que forman el contenido de los ataques histéricos poseen una característica en común. Todas ellas son, en efecto, impresiones que han quedado privadas de una descarga adecuada, ya sea porque los pacientes rehusaron resolverlos por miedo a conflictos psíquicos dolorosos, ya sea porque (como en el caso de las impresiones sexuales) se lo impidieron el pudor o las circunstancias sociales, o, finalmente, porque sufrieron esas impresiones en el curso de estados en los cuales el sistema nervioso era incapaz de enfrentar su resolución.

Alcánzase por este camino, además, una definición del trauma psíquico que ha de ser provechosa para la teoría de la histeria: toda impresión que el sistema nervioso tiene dificultad en resolver por medio del pensamiento asociativo o de la reacción motriz se convierte en un trauma psíquico.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 54

### **Cita:**

En lo que antecede hubimos de aceptar, como un hecho de observación, que los recuerdos subyacentes a los fenómenos histéricos no se encuentran en la memoria accesible al paciente, mientras que pueden ser evocados con alucinatoria vivacidad en el estado de hipnosis. También hemos señalado que una serie de tales recuerdos se refieren a sucesos ocurridos en condiciones particulares, como la cataplexia provocada por sustos, estados crepusculares, la autohipnosis y otros semejantes, cuyos contenidos se sustraen a la vinculación asociativa con la consciencia normal. Por tanto, hasta ahora nos fue imposible considerar las condiciones patógenas de los fenómenos histéricos sin apoyarnos en cierta hipótesis, tendente a caracterizar la disposición histérica, una hipótesis según la cual la histeria implica una propensión a la disociación temporaria del contenido de la consciencia y a la separación de complejos ideacionales particulares, que no se hallan asociativamente conectados. Así, buscamos la esencia de la disposición histérica en la circunstancia de que tales estados surgen en ella espontáneamente (por causas internas), o bien son fácilmente provocados por influencias exteriores, siendo complementariamente variable la participación relativa de cada factor.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 54

### **Cita:**

A dichos estados los hemos calificado de hipnoideos y señalamos como su característica esencial que sus contenidos se hallan más o menos aislados del restante contenido de la consciencia, quedando así privados de la posibilidad de su resolución asociativa, tal como en el sueño y en la vigilia -modelos de dos estados psíquicos distintos- no tendemos a asociar, sino sólo a [...] entre sí. En las personas con disposición histérica, un afecto cualquiera podría llevar a tal separación, y una impresión recibida en el curso del afecto convertiríase así en un trauma, aunque por sí misma no fuese susceptible de ejercer tal acción. Además, la impresión misma también podría producir dicho efecto. En su forma plenamente desarrollada, estos estados hipnoideos, asociables entre sí, representan la condition seconde, etc., que tan bien conocemos a través de los casos clínicos. Siempre existirían, empero, rudimentos de tal disposición, que podrían ser desarrollados por traumas apropiados, aun en personas no predispuestas. La vida sexual se presta particularmente para formar el contenido [de tales traumas], debido al profundo contraste en que se encuentra con el resto de la personalidad y a la imposibilidad de abreaccionar sus contenidos ideacionales.

Se comprenderá que nuestra terapia consista en anular los efectos de las representaciones no abreaccionadas, ya sea haciendo revivir el trauma en el estado sonambúlico, para luego abreaccionarlo y corregirlo, ya sea llevándolo a la consciencia normal en el estado de hipnosis ligera.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 74

**Cita:**

...Lo que movió a la enferma a hacerme un relato inexacto de esta pequeña aventura fue, sin duda, un matiz erótico. Pero de este modo me reveló que los relatos hechos por los enfermos en la hipnosis carecían, cuando eran incompletos, de todo efecto curativo, y a partir de este día me fui habituando a ver en el rostro de los pacientes cuándo me silenciaban una parte esencial de su confesión.



## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 78

### **Cita:**

Según ya hemos expuesto en el primer capítulo del presente trabajo, consideramos los síntomas histéricos como efectos y restos de excitaciones que han actuado en calidad de traumas sobre el sistema nervioso. Cuando la excitación primitiva queda derivada por reacción o mediante una elaboración intelectual, no subsisten tales restos. Así, pues, habremos ya de tener en cuenta cantidades, aunque no mensurables, y describiremos el proceso diciendo que una magnitud de excitación afluyente al sistema nervioso queda transformada en síntomas permanentes, en aquella medida, proporcional a su montaje, en la que no ha sido utilizada para la acción exterior. Ahora bien: en la histeria estamos acostumbrados a comprobar que una parte importante de la «magnitud de la excitación» del trauma se transforma en síntomas puramente somáticos. Esta peculiaridad de la histeria es lo que ha constituido durante mucho tiempo un obstáculo para considerarla como una afección psíquica.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 78-79

### **Cita:**

Si en gracia a la brevedad denominamos «conversión» a la transformación de la excitación psíquica en síntomas somáticos permanentes, característica de la histeria, podemos decir que el caso de Emmy de N. muestra un escaso montante de conversión; la primitiva excitación psíquica permanece circunscrita en él, casi por completo, al sector psíquico, haciéndole así presentar una gran analogía con los de neurosis no histéricas. Existen casos de histeria en los que la conversión afecta a todo el incremento de excitación, de manera que los síntomas somáticos de la histeria emergen en una consciencia aparentemente normal. Sin embargo, es más corriente la conversión incompleta, de suerte que por lo menos una parte del afecto concomitante al trauma perdura en la consciencia como componente del estado de ánimo.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 79

**Cita:**

Algunas de las fobias podían contarse, sin embargo, entre las primarias, comunes a todos los hombres y especialmente a los neurópatas. Así, ante todo, la zoofobia (miedo a las serpientes, a los sapos y a todas aquellas sabandijas que reconocen por soberano a Mefistófeles), el miedo a las tormentas, etc. Pero también estas fobias fueron intensificadas por sucesos traumáticos. Así, el miedo a los sapos, por la impresión de la sujeto, siendo niña, el día que su hermano le arrojó un sapo muerto, lo que le produjo un ataque de contracciones histéricas; el miedo a las tormentas, por el sobresalto ya descrito, que dio lugar al vicio de castañetear la lengua, y el miedo a la niebla, por sus paseos en Ruegen. De todos modos, el miedo primario y, por decirlo así, instintivo desempeña, considerado como estigma psíquico, el papel principal en este grupo.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 79

### **Cita:**

Las demás fobias, más especiales, aparecen también determinadas por sucesos particulares. El miedo a un sobresalto súbito e inesperado es consecuencia de la tremenda impresión recibida al ver morir repentinamente a su marido, fulminado por un ataque al corazón. El miedo a las personas extrañas, y en general a todo el mundo, demuestra ser un residuo de la época en la que se vio perseguida por la familia de su marido y creía descubrir en cada desconocido un agente de sus perseguidores o pensaba que todo el que a ella se aproximaba conocía las infamias que verbalmente o por escrito se difundían sobre ella. El miedo a los manicomios y a sus infortunados huéspedes se relaciona con toda una serie de tristes sucesos acaecidos en su círculo familiar y con los relatos que, siendo niña, escuchó de labios de una estúpida criada. Esta última fobia se apoya, además, por un lado, en el horror instintivo primario del hombre sano al demente y, por otro, en su preocupación, común a todo nervioso, de sucumbir a la locura. El miedo, particularmente especializado, a tener a alguien detrás de ella aparece motivado por varias temerosas impresiones de su infancia y épocas posteriores. Después del suceso del hotel, particularmente penoso para el sujeto por integrar un elemento erótico se acentuó más que nunca su miedo a la entrada subrepticia de una persona extraña en su cuarto. Por último, el miedo a ser enterrada viva, tan frecuente en los neurópatas, encuentra una completa explicación en su creencia de que su marido no estaba muerto cuando sacaron de la casa el cadáver, creencia en la que se manifiesta conmovedoramente la incapacidad de aceptar la brusca interrupción de la vida de la persona amada. Por lo demás, todos estos factores psíquicos sólo pueden explicar, a mi juicio, la elección de las fobias, pero no su duración. Por lo que a esta respecta, hemos de tener en cuenta un factor neurótico, o sea, la circunstancia de que la paciente observaba desde años atrás una completa abstinencia sexual, motivo frecuentísimo de tendencia a la angustia.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 82

### **Cita:**

Los movimientos análogos a «tics» observables en la sujeto -el castañetear la lengua, la tartamudez, la repetición del nombre «Emmy» en sus accesos de confusión mental y la fórmula compuesta: «Estése quieto. No hable usted. No me toque»-, muestran una complicada forma de conversión. Dos de estas manifestaciones motoras, la tartamudez y el castañeteo, encuentran su explicación en un mecanismo calificado por mí de «objetivación de la representación contrastante» en un ensayo publicado por la Revista de Hipnotismo (tomo primero, 1893). Este proceso sería, en el caso que nos ocupa, el siguiente: «La histérica, agotada por la fatiga y la preocupación que le ocasiona la enfermedad de su hija, se halla sentada a la cabecera del lecho en el que la misma yace, y comprueba que, ¡por fin!, ha logrado conciliar el sueño. En su vista, formula el firme propósito de evitar todo el ruido que pudiera despertar a la enfermita. Este propósito hace surgir, probablemente, una representación contrastante, el temor de que, a pesar de todo, haría algún ruido que despertase a la pequeña del tan deseado reposo. Tales representaciones contrastantes, opuestas al propósito, se constituyen en nosotros, singularmente, cuando no nos sentimos seguros de la ejecución de un propósito importante.»

El neurótico, en cuya consciencia de sí mismo falta muy pocas veces un rasgo de depresión y expectación angustiosa, forma gran cantidad de tales representaciones contrastantes o las percibe con mayor facilidad, dándoles, además, mayor importancia. En el estado de agotamiento de nuestra paciente, la representación contrastante, que en otras circunstancias hubiera sido rechazada, demuestra ser la más fuerte y es la que se objetiva, originando, con espanto de la sujeto, el tan temido ruido. Para la explicación total del proceso, habremos de suponer que el agotamiento de la paciente no es sino parcial, recayendo únicamente, para expresarnos en los términos de Janet y sus discípulos, sobre el yo primario de la sujeto, y no teniendo por consecuencia una igual debilitación de la representación contrastante.

Suponemos, además, que el factor que da al suceso un carácter traumático y fija el ruido producido por la sujeto, en calidad de síntoma somático evocador de toda la escena, es el espanto que le causó comprobar que, contra toda su voluntad, acababa por producirlo. Llego incluso a creer que el carácter mismo de este «tic», consistente en varios sonidos espasmódicamente emitidos y separados por ligeras pausas, revela huella del proceso al que debe su origen. Parece haberse desarrollado una lucha entre el propósito y la representación contrastante -la «voluntad contraria»-, lucha que ha dado al «tic» su carácter peculiar y limitado la representación contrastante a desusados caminos de inervación de los músculos vocales.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 87-88

### **Cita:**

...Desde la muerte de su marido vivía en un total aislamiento espiritual, y las persecuciones de que había sido objeto la habían tornado desconfiada y celosa de que nadie llegara a adquirir influencia sobre sus actos... además, dificultada su tarea por su concienzuda escrupulosidad, por su tendencia a preocuparse y atormentarse, y en ocasiones por su natural indecisión femenina. La retención de grandes magnitudes de excitación es, por tanto, indiscutible en este caso, y se apoya tanto en las circunstancias particulares de la vida de la sujeto como en su natural disposición... La paciente era, en actos y palabras, de una absoluta castidad, sin fingimiento alguno al parecer, pero también sin gazmoñería... Emmy de N. nos proporcionó un ejemplo de que la histeria no excluye un intachable desarrollo del carácter y una plena conciencia en el gobierno y orientación de la propia vida. Nuestra paciente era una mujer de extraordinaria valía... Aplicar a una mujer así el calificativo de "degeneada" supondría deformar hasta lo irreconocible la significación de tal palabra. Habremos pues, de diferenciar con todo cuidado entre sí los conceptos "disposición" y "degeneración", si no queremos vernos obligados a reconocer que la Humanidad debe gran parte de sus conquistas a los esfuerzos de individuos "degenerados".

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 93

### **Cita:**

La conclusión que de todo esto deduje fue que los sucesos importantes, desde el punto de vista patógeno, con todas sus circunstancias accesorias, son fielmente conservados por la memoria, aun en aquellos casos en los que parecen olvidados y carece el enfermo de la facultad de recordarlos. (Cfr. Extracto de la nota 58): «...Se conoce que al darme el ataque pensaba: Ahora voy a ser yo la que se muera.» Esta era, pues, la idea que buscábamos. «Al darle el ataque pensaba usted en su amiga. Entonces, ¿es que su muerte le causó gran impresión?» «Ya lo creo. Recuerdo ahora que cuando me dieron la triste noticia pensé que era terrible tener que ir a un baile estando ella muerta; pero tenía tanta ilusión por ir al baile y me entusiasmaba tanto haber sido invitada, que me propuse no pensar más en el desgraciado acontecimiento.» (Obsérvese aquí la expulsión voluntaria del suceso de la consciencia, represión que da al recuerdo de la amiga un carácter patógeno.)

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 95

**Cita:**

Ahora bien: por el análisis de casos análogos sabíamos ya que en los casos de adquisición de la histeria es indispensable la existencia de una previa condición: la de que una representación sea expulsada voluntariamente de la consciencia (reprimida) y excluida de la elaboración asociativa.



## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 96

### **Cita:**

«Y si sabía usted que amaba al padre de las niñas, ¿por qué no me lo ha dicho hasta ahora?» «No lo sabía hasta ahora, o, mejor dicho, no quería saberlo; quería quitármelo de la imaginación; no volver a pensar en ello, y creo que en estos últimos tiempos había llegado a conseguirlo». (Nota 59: Es ésta la mejor descripción que puede hacerse de aquel estado en el que sabemos e ignoramos simultáneamente algo, estado sólo comprensible para aquellos que han pasado por él. Personalmente poseo un singularísimo recuerdo de este género, que conservo con extraordinaria claridad. Cuando me esfuerzo en recordar lo que entonces pasó en mí, no logro, sin embargo, grandes resultados. Sé que en dicha ocasión vi algo que no se adaptaba en absoluto a lo que yo esperaba, y aquella percepción, que debía haberme movido a desistir de determinado propósito, no me hizo modificarlo en modo alguno. No tuve consciencia alguna de la contradicción existente, ni tampoco advertí el efecto contrapuesto del que, indudablemente, dependía que dicha percepción no tuviese efecto psíquico alguno. Así, pues, padecí en tales momentos aquella ceguera que tanto nos asombra comprobar en las madres con respecto a sus hijas, en los maridos con respecto a sus mujeres y en los soberanos con respecto a sus favoritos.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 97

**Cita:**

No podía, pues, satisfacerme mucho el resultado de mi terapia. Tropezaba con aquel inconveniente que siempre se atribuye a toda terapia puramente sintomática, o sea el de no hacer desaparecer un síntoma sino para que otro ocupe su lugar. Sin embargo, emprendí con empeño la labor analítica encaminada a conseguir la supresión de este nuevo símbolo mnémico.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 99-100

### **Cita:**

En tales casos, lo esencial es la naturaleza del trauma y, desde luego, también la reacción del sujeto contra el mismo. Condición indispensable para la adquisición de la histeria es que entre el yo y una representación a él afluyente surja una relación de incompatibilidad. En otro lugar espero demostrar cuán diversas perturbaciones neuróticas surgen de los distintos medios que el yo pone en práctica para librarse de tal incompatibilidad. La forma histérica de defensa -para la cual es necesaria una especial capacidad- consiste en la conversión de la excitación en una inervación somática, consiguiéndose así que la representación insoportable quede expulsada de la consciencia del yo, la cual acoge, en su lugar, la reminiscencia somática nacida por conversión -en nuestro caso, las sensaciones olfativas de carácter subjetivo- y padece bajo el dominio del afecto, enlazado con mayor o menor claridad a tales reminiscencias. La situación así creada no puede experimentar ya modificación alguna, dado que la contradicción que hubiera exigido la derivación del afecto ha sido suprimida por medio de la represión y la conversión. De este modo, el mecanismo que crea la histeria constituye, por un lado, un acto de vacilación moral y, por otro, un dispositivo protector puesto al alcance del yo. Hay muchos casos en los que hemos de reconocer que la defensa contra el incremento de excitación por medio de la producción de una histeria fue en su momento, la más apropiada; pero, naturalmente, llegamos con mayor frecuencia a la conclusión de que una mayor medida de valor moral hubiera sido ventajosa para el individuo.

Así, pues, el verdadero momento traumático es aquel en el cual llega la contradicción al yo y decide éste el extrañamiento de la representación contradictoria, que no es por este hecho, destruida, sino tan sólo impulsada a lo inconsciente. Una vez desarrollado este proceso, queda constituido un nódulo o núcleo de cristalización para la formación de un grupo psíquico del yo, núcleo en derredor del cual se reúne después todo aquello que habría de tener como premisa la aceptación de la representación incompatible. La disociación de la consciencia en estos casos de histeria adquirida es, por tanto, voluntaria e intencionada o, por lo menos, iniciada, con frecuencia, por un acto de la voluntad. En realidad sucede algo distinto de lo que intenta el sujeto. Este quisiera suprimir una representación, como si jamás hubiese existido, pero no consigue sino aislarla psíquicamente.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 106-107

### **Cita:**

No tendría nada que objetar a aquellos que en este historial patológico viesan, más que el análisis de un caso de histeria, la solución del mismo por una afortunada adivinación. La enferma aceptó como verosímil todo lo que yo interpolé en su relato, pero no se hallaba en estado de reconocer haberlo vivido realmente. Para ello hubiera sido necesaria, a mi juicio, la hipnosis. Si aceptamos la exactitud de mi interpretación e intentamos reducir este caso al esquema de una histeria adquirida tal y como se nos ha presentado en el de miss Lucy R., podremos considerar las dos series de sucesos eróticos como factores traumáticos, y la escena del descubrimiento de la pareja, como un factor auxiliar. Base de esta equiparación serían las circunstancias de que en dichas series quedó creado un contenido de consciencia, el cual, hallándose excluido de la actividad mental del yo, permaneció conservado sin modificación alguna, mientras que en la escena del descubrimiento hubo una nueva impresión, que impuso la conexión asociativa de dicho grupo aislado con el yo. Al lado de esta analogía existen variantes que han de tenerse asimismo en cuenta. La causa del aislamiento no es, como en el caso de miss Lucy, la voluntad del yo, sino su ignorancia, que le impide toda elaboración de las experiencias sexuales. Desde este punto de vista puede considerarse típico el caso de Catalina. En el análisis de toda histeria basada en traumas histéricos comprobamos que impresiones de la época presexual, cuyo efecto sobre la niña ha sido nulo, adquieren más tarde, como recuerdos, poder traumático, cuando la sujeto, adolescente o ya mujer, llega a la comprensión de la vida sexual. La disociación de grupos psíquicos es, por decirlo así, un proceso normal en el desarrollo de los adolescentes, y no puede parecer extraño que su ulterior incorporación al yo constituya una ocasión, frecuentemente aprovechada, de perturbaciones psíquicas. Quiero, además, expresar aquí mis dudas de que la disociación de la consciencia, por ignorancia, sea realmente distinta de la producida por repulsa consciente, pues es muy probable que los adolescentes posean conocimientos sexuales muchos más precisos de lo que en general se cree, e incluso de lo que ellos mismos suponen.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 114-115

### **Cita:**

La grave enfermedad de su padre y su constante permanencia junto a él hicieron que cesaran casi de verse. La noche cuyo recuerdo acudió primero a su memoria constituía el momento en que sus sentimientos con respecto al joven alcanzaron su máxima intensidad. Sin embargo, tampoco aquella tarde hubo explicación alguna entre ellos. Ante las repetidas instancias de toda su familia, e incluso de su mismo padre, había accedido Isabel a abandonar en aquella ocasión su puesto de enfermera para asistir a una reunión en la que esperaba encontrar al joven. Luego quiso retirarse temprano, pero le rogaron que permaneciese algún tiempo, y ella se dejó convencer al prometerle el joven que la acompañaría después hasta su casa. Durante este trayecto sintió con mayor intensidad que nunca su amorosa inclinación; pero al llegar a su casa, radiante de felicidad, encontró peor a su padre, y se dirigió los más duros reproches por haber dedicado tan largo rato a su propio placer. Fue ésta la última vez que abandonó a su padre toda una tarde, y sólo muy raras veces vio ya a su enamorado. Después de la muerte del padre, pareció aquél mantenerse alejado, por respeto al dolor de Isabel. Luego, la vida le condujo por otros caminos, y nuestra heroína hubo de ir acostumbrándose poco a poco a la idea de que el interés que por ella sentía había sido borrado por otros sentimientos. Este fracaso de su primer amor le dolía aún siempre que acudía a su pensamiento.

En estas circunstancias y en la escena antes relatada habíamos, pues, de buscar la motivación de los primeros dolores histéricos. El contraste entre la felicidad que la embargaba al llegar a su casa y el estado en que encontró a su padre dieron origen a un conflicto, o sea, a un caso de incompatibilidad. El resultado de este conflicto fue que la representación erótica quedó expulsada de la asociación, y al afecto concomitante, utilizado para intensificar o renovar un dolor psíquico dado simultáneamente (o con escasa anterioridad). Tratábase, pues, del mecanismo de una conversión encaminada a la defensa.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 118-119

### **Cita:**

Mas, aparte de esto, era innegable que en el desarrollo de la astasia-abasia había intervenido aún un tercer mecanismo. Observando que la enferma cerraba el relato de toda una serie de sucesos con el lamento de haber sentido dolorosamente durante ella "lo sola que estaba" ("stehen" significa en alemán tanto "estar" como "estar en pie"), y que no se cansaba de repetir, al comunicar otra serie, referente a sus fracasadas tentativas de reconstruir la antigua felicidad familiar, que lo más doloroso para ella había sido el sentimiento de su "impotencia" y la sensación de que "no lograba avanzar ni un solo paso" en sus propósitos, no podíamos menos de conceder a sus reflexiones una intervención en el desarrollo de la abasia y suponer que había buscado directamente una expresión simbólica de sus pensamientos. Ya en nuestra "comunicación preliminar" hemos afirmado que un tal simbolismo puede dar origen a síntomas somáticos de la histeria, y en la epicrisis de este caso expondremos algunos ejemplos que así lo demuestran, sin dejar lugar ninguno a dudas.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 121-122

### **Cita:**

...Llegadas, por fin, a la habitación de la hermana y ante su lecho, comprobaron la triste realidad, y en este momento, que imponía a Isabel la terrible certidumbre de que su hermana había muerto sin tener el consuelo de su compañía ni recibir sus últimos cuidados; en este mismo momento cruzó por su imaginación, como un rayo a través de la tempestuosa oscuridad, un pensamiento de distinta naturaleza: "ahora ya está él libre y puede hacerme su mujer". Todo quedaba así aclarado y ricamente recompensada la penosa tarea del analítico. Ante mis ojos tomaban ahora cuerpo con toda precisión las ideas de la "defensa" contra una representación intolerable de la génesis de síntomas histéricos por conversión de la excitación psíquica en fenómenos somáticos y de la formación de un grupo psíquico separado por aquella misma volición que impone la defensa. Tal era, exactamente, lo que en este caso había sucedido. La muchacha había hecho merced a su cuñado de un tierna inclinación, contra cuyo acceso a la conciencia se rebelaba todo su ser moral. Para lograr ahorrarse la dolorosa certidumbre de amar al marido de su hermana creó en su lugar un sufrimiento físico, naciendo sus dolores como resultado de una conversión de lo psíquico en somático... Al acudir a mi consulta había llevado ya a cabo totalmente la separación del grupo de representaciones correspondientes a dicho amor, de su psiquismo consciente, pues en caso contrario no hubiese aceptado someterse al tratamiento analítico. La resistencia que opuso repetidas veces a la reproducción de escenas de eficacia traumática correspondía realmente a la energía con la cual había ido expulsada de la asociación la representación intolerable... Al resumir yo la situación diciendo secamente: "Resulta, pues, que desde mucho tiempo atrás se hallaba usted enamorada de su cuñado", protestó indignada, sintiendo en el mismo instante violentísimos dolores y haciendo un último y desesperado esfuerzo por rechazar tal explicación de su caso. Aquello no podía ser verdad; si en algún momento hubiera abrigado tan perversos sentimientos, no se lo perdonaría jamás. No era difícil demostrarle que sus propias palabras no permitían interpretación ninguna distinta, pero aún pasaron muchos días antes que llegaran a hacer impresión en su ánimo más consoladoras alegaciones de que nadie es responsable de sus sentimientos y que su conducta y la enfermedad contraída bajo el peso de tales circunstancias constituían un alto testimonio de su moralidad.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 124-125

### **Cita:**

El hecho comprobado de que la asistencia a un enfermo desempeña un importantísimo papel en la prehistoria de las afecciones histéricas no tiene nada de singular. Gran parte de los factores que pueden actuar en tal sentido salta en seguida a la vista. Así, la perturbación del equilibrio físico por la interrupción del reposo, la negligencia de los habituales cuidados personales y los efectos de una constante preocupación sobre las funciones vegetativas. Pero el factor esencial es, a mi juicio, muy otro. La persona cuyo pensamiento se halla absorbido durante meses enteros por los mil y un cuidados que impone la asistencia a un enfermo se habitúa, en primer lugar, a reprimir todas las manifestaciones de su propia emoción, y en segundo, aparta su atención de todas sus impresiones personales, pues le faltan tiempo y energías para atender a ellas. De este modo almacena el enfermero una multitud de impresiones susceptibles de afecto apenas claramente percibidas y, desde luego, no debilitadas mediante la «derivación por reacción» creándose así el material de una histeria de retención. Si el enfermo sana, queda todo este material desvalorizado; pero si muere, sobreviene un período de tristeza y luto, durante el cual sólo aquello que se relaciona con el desaparecido posee un valor para el superviviente. Entonces llega la hora de las impresiones retenidas, que esperan una derivación, y después de un intervalo de agotamiento surge la histeria, cuya semilla quedó sembrada durante la época de asistencia al enfermo.



## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 127

### **Cita:**

He de sentar, en efecto, la afirmación de que, no obstante la intensidad de su amorosa inclinación hacia su cuñado, no tenía Isabel en esta época clara consciencia de ella, salvo en muy contadas ocasiones, y entonces por brevísimos instantes. De otro modo se hubiera percatado de la contradicción existente entre tal sentimiento y sus ideas morales y hubiera experimentado tormentos espirituales análogos a los que pasó después de nuestro análisis. Como su memoria no integraba huella mnémica alguna de tales sufrimientos anímicos, hemos de deducir que tampoco llegó a darse clara cuenta de su inclinación. Tanto en esta época como todavía en la del análisis, el amor de su cuñado se hallaba enquistado en su consciencia de manera de un cuerpo extraño, sin haber entrado en relación alguna con el resto de su vida mental. Así, pues, el estado de la sujeto con respecto a dicho amor era el de conocerlo e ignorarlo al mismo tiempo, estado característico siempre que se trata de un grupo psíquico separado. A él nos referimos exclusivamente al decir que Isabel no tenía «clara consciencia» de sus sentimientos amorosos; esto es, no queremos indicar en tales términos una cualidad inferior a un grado menor de consciencia, sino una exclusión del libre comercio mental asociativo con el restante acervo de representaciones.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 127

### **Cita:**

Pero ¿cómo podía suceder que un grupo de representaciones tan intensamente acentuado se mantuviera en un tal aislamiento, cuando en general el papel que una representación desempeña en la asociación crece paralelamente a su magnitud afectiva?

Podremos dar respuesta a esta interrogación teniendo en cuenta dos hechos perfectamente comprobados en el análisis: 1° Que los dolores histéricos surgieron simultáneamente a la constitución del grupo psíquico separado. 2° Que la enferma opuso extraordinaria resistencia a la tentativa de establecer la asociación entre el grupo psíquico separado y el contenido restante de la consciencia y experimentó un intensísimo dolor psíquico cuando tal asociación quedó llevada a efecto. Nuestra concepción de la histeria enlaza estos dos momentos al hecho de la disociación de la consciencia, afirmando que el primero integra su motivo y el segundo, su mecanismo. El motivo fue la defensa del yo contra dicho grupo de representaciones, incompatible con él, y el mecanismo de la conversión, por el cual, en lugar de los sufrimientos anímicos que la sujeto se había ahorrado, aparecieron dolores físicos, iniciándose así una transformación cuyo resultado positivo fue que la paciente eludió un insoportable estado psíquico, si bien a costa de una anomalía psíquica, la disociación de la consciencia, y de un padecimiento físico, los dolores que constituyeron el punto de partida de una astasia-abasia.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 128

### **Cita:**

Podrá preguntársenos ahora qué es lo que se convierte aquí en dolor físico, a lo cual responderemos prudentemente: algo que hubiera podido y debido llegar a ser dolor psíquico. Y si queremos arriesgarnos más e intentar una especie de exposición algebraica de la mecánica de las representaciones, adscribiremos al complejo de representaciones de la inclinación relegada a lo inconsciente cierto montante de afecto, y consideraremos esta magnitud como el objeto de la conversión. Consecuencia directa de esta concepción sería que el «amor inconsciente» habría perdido con dicha conversión gran parte de su intensidad, quedando reducido a una representación hartamente débil, debilitación que habría hecho posible su existencia como grupo psíquico separado. De todos modos, no es este caso de los más apropiados para esclarecer tan espinosa y complicada materia, pues corresponde muy probablemente a una conversión incompleta. Hay, en efecto, otros casos en los que resulta más fácil hacer ver que existen conversiones totales y que en ellas ha sido expulsada o «reprimida» la representación intolerable, como sólo puede serlo una representación poco intensa, asegurando los enfermos, después de establecido el enlace asociativo, que desde la aparición del síntoma histérico no volvió su pensamiento a ocuparse de la representación intolerable.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 128

### **Cita:**

He afirmado antes que Isabel de R. tenía consciencia en algunas ocasiones, aunque sólo muy fugitivamente, de su amor hacia su cuñado. Uno de tales momentos fue, por ejemplo, cuando ante el lecho mortuario de su hermana atravesó por su imaginación la idea de que su cuñado podía ya hacerla su mujer. Estos momentos presentan considerable importancia para la concepción de toda la neurosis de la sujeto. Creo, en efecto, que para diagnosticar un caso de «histeria de defensa» (Abwehrhysterie) es necesario que haya existido, por lo menos, uno. La consciencia no sabe con anticipación cuándo surgirá una representación intolerable, y esta representación, que luego es reprimida con todas sus ramificaciones y forma así un grupo psíquico separado, tiene que haber existido antes en el pensamiento consciente, pues si no, no hubiese surgido el conflicto que trajo consigo su exclusión. Así, pues, son precisamente tales momentos los que hemos de considerar como «traumáticos». En ellos tiene efecto la conversión, de la cual resulta la disociación de la consciencia y el síntoma histérico. En el caso de Isabel de R. fueron varios los momentos de esta índole (el paseo, la meditación matinal, el baño, la llegada ante el lecho mortuario de la hermana), e incluso durante el mismo tratamiento debieron de surgir otros más. La multiplicidad de tales momentos traumáticos depende de la repetición de sucesos análogos al que introdujo por vez primera la representación intolerable, sucesos que llevan al grupo psíquico separado nueva excitación y anulan así pasajeramente el resultado de la conversión. El yo se ve obligado a ocuparse de esta representación repentinamente surgida y a restablecer por medio de una nueva conversión el estado anterior. Isabel, en constante trato con su cuñado, se hallaba especialmente expuesta a nuevos traumas. Un caso cuya historia traumática hubiese quedado ya cerrada en el pasado, me hubiera sido más conveniente para esta exposición.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 129

### **Cita:**

Por mi parte, creo posible desvanecer dicha contradicción aceptando que los dolores -el producto de la conversión- no surgieron cuando la enferma vivía las impresiones del primer período, sino ulteriormente; esto es, en el segundo período, cuando la sujeto reproducía en su pensamiento dichas impresiones. La conversión no habría tenido, pues, efecto con ocasión de las impresiones mismas, sino de su recuerdo. Llego incluso a creer que tal proceso no es nada raro en la histeria y participa regularmente en la génesis de síntomas histéricos. En apoyo de estas afirmaciones, expondré algunos resultados de mi experiencia analítica.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 130-131

### **Cita:**

Durante el tratamiento me esforcé en resolver esta «histeria de retención» por medio de la reproducción de todas las impresiones excitantes y de la derivación ulterior por reacción. Así, dejé que la paciente exteriorizara toda su indignación contra su tío, relatando sus enormidades, insultándole, etc. Este tratamiento le hizo mucho bien; pero, por desgracia, las circunstancias en que vivía por entonces tampoco eran muy favorables. Rosalía no tenía suerte con sus parientes. Al venir a Viena se había alojado en casa de otro tío suyo, que la acogió gustoso, pero provocando con ello el desagrado de su mujer, la cual, suponiendo excesivamente interesado a su marido por Rosalía, se encargó de amargar a ésta su estancia en nuestra capital. En su juventud había tenido que renunciar a sus inclinaciones artísticas y envidiaba ahora a su sobrina, no obstante constarle que si ésta trataba de dedicarse al arte no era tan sólo por vocación, sino por la necesidad de hacerse independiente. De este modo se encontraba Rosalía tan cohibida en la casa, que no se atrevía a cantar ni a tocar el piano cuando su tía podía oírla, y evitaba cuidadosamente lucir sus habilidades ante su tío, hermano de su madre, y en los linderos ya de la vejez, si no era en ausencia de la celosa mujer.

Resultó, por tanto, que mientras yo me esforzaba en anular las huellas de antiguas impresiones, esta violenta situación de la sujeto con sus huéspedes hacía surgir otras que acabaron por perturbar mi tratamiento e interrumpieron prematuramente la cura.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 131-132

### **Cita:**

...Durante la reproducción de esta escena en el análisis, repitió el movimiento de los dedos, y pude observar que era como el de quien rechaza de sí -real o figuradamente- un objeto o una imputación.

La sujeto afirmaba con toda seguridad que aquel síntoma no se le había presentado jamás antes, ni siquiera con ocasión de la escena primeramente relatada. Habíamos, pues, de admitir que el suceso del día anterior había despertado el recuerdo de otros análogos, constituyéndose luego un símbolo mnémico, valedero para todo este grupo de recuerdos. La conversión había recaído, pues, tanto sobre el afecto reciente como sobre el recordado.

Reflexionando detenidamente sobre este proceso, nos vemos obligados a reconocer que no constituye una excepción, sino la regla general en la génesis de los síntomas histéricos. Al investigar la determinación de tales estados, he encontrado, casi siempre, un grupo de motivos traumáticos análogos y no un solo motivo aislado (cf. el historial de Emmy de N.), siéndome posible comprobar, en algunos de estos casos, que el síntoma correspondiente había surgido después del primer trauma, desapareciendo a poco, hasta que otro trauma ulterior lo hizo emerger de nuevo, estabilizándolo. Entre esta aparición temporal y la conservación latente después de los primeros motivos, no existe, en realidad, ninguna diferencia esencial, y en una gran mayoría de casos resultó que los primeros traumas no dejaron tras de sí ningún síntoma, mientras que un trauma ulterior del mismo género hubo de provocar un síntoma, para cuya génesis era, sin embargo, imprescindible la colaboración de los motivos anteriores, y cuya solución exigía tener en cuenta todos los existentes. Traduciendo el lenguaje de la teoría de la conversión este hecho innegable de la suma de los traumas y de la latencia inicial de los síntomas, diremos que la conversión puede recaer tanto sobre el afecto reciente como sobre el recordado, y esta hipótesis resuelve la contradicción aparentemente dada en el caso de Isabel de R. entre el historial patológico y el análisis.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 132

### **Cita:**

Es un hecho probado que los individuos sanos soportan en gran medida la perduración de su consciencia de representaciones cargadas de afecto no derivado. La afirmación que antes he defendido se limita a aproximar la conducta de los histéricos a la de los sanos. Todo depende de un factor cuantitativo; esto es, del grado de tensión afectiva que una organización puede soportar. También el histérico puede mantener sin derivar cierto montante de afecto; pero si este montante crece en ocasiones análogas a las que lo hicieron surgir, hasta superar la medida que el individuo es capaz de soportar, queda dado el impulso para la conversión. No es, por tanto, ninguna arriesgada hipótesis, sino casi un postulado el que la formación de síntomas histéricos puede tener también afecto sobre la base de afectos recordados.



## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 133

### **Cita:**

En páginas anteriores hemos descrito ya cómo se desarrolló la astasia-abasia de nuestra enferma, tomando como base estos dolores y después que la conversión encontró abierto antes ella determinado camino. Pero afirmamos también que la enferma había creado o intensificado, por simbolismo, su perturbación funcional, que había hallado en la abasia-astasia una expresión somática de su impotencia para modificar las circunstancias y que sus manifestaciones de "no lograr avanzar un paso en su propósitos" o "carecer de todo apoyo" constituían el puente que conducía a este nuevo acto de la conversión, y queremos apoyar ahora estas afirmaciones con otros ejemplos.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 134-135

**Cita:**

...Cuando intenté hacer emerger la escena traumática, se vio transferida la sujeto a una época de gran excitación anímica contra u marido, y me habló de un diálogo con él y de una observación suya, que ella había considerado gravemente ofensiva. Luego, de repente, se llevó la mano a la mejilla, gritando de dolor, y exclamó: "Fue como si me hubiera dado una bofetada." Con esto terminaron el dolor y el ataque. No cabe duda de que se trataba aquí de un símbolo: La sujeto había sentido com si realmente la abofeteasen...

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 135-136

### **Cita:**

...Si en estos ejemplos se nos muestra relegado a un segundo término -como es lo regular- el mecanismo de la simbolización, sé también de otros que parecen constituir una prueba de la génesis de síntomas histéricos por simple simbolización. Uno de los más acabados es el que sigue, referente también a Cecilia M.: teniendo quince años, estaba una vez en la cama bajo la vigilancia de su abuela, mujer enérgica y severa. De repente empezó a quejarse diciendo sentir penetrantes dolores en la frente, entre ambos ojos, dolores que luego la atormentaron durante varias semanas. En el análisis de este dolor, que se produjo al cabo de casi treinta años, me refirió que su abuela la había mirado tan "penetrantemente" que sintió su mirada en el cerebro. Resultaba que por entonces tenía miedo de ver reflejarse en los ojos de la abuela cierta sospecha. Al comunicarme esta idea se chó a reír la sujeto y desaparecieron sus dolores. No encontramos aquí sino el mecanismo de la simbolización, el cual constituye en cierto modo el punto medio entre los de la "autosugestión" y la "conversión". El caso de Cecilia M. me ha permitido reunir una colección de estas simbolizaciones...(v.c. "aquello me hirió en el corazón", "eso tengo que tragármelo"...). ...Existía, pues, toda una serie de sensaciones y representaciones paralelas, en las cuales unas veces la sensación había despertado, como interpretación suya, la representación, y otras era la representación la que había creado, por simbolización, la sensación. Por último, había ocasiones en las que no podía decidirse cuál de los dos elementos había sido el primario.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 136

### **Cita:**

No he vuelto a hallar en ninguna otra paciente un tan amplio uso de la simbolización. Ciertamente es que Cecilia M. era una persona de dotes nada comunes, principalmente artísticas, cuyo alto sentido de la forma se revelaba en bellas poesías. Pero, a mi juicio, el acto mediante el cual crea un histérico, por simbolización, una expresión somática, para una representación saturada de afecto, tiene muy poco de personal y voluntario. Tomando al pie de la letra las expresiones metafóricas de uso corriente y sintiendo como un suceso real, al ser ofendida, la "herida en el corazón" o la "bofetada", no hacía uso la paciente de un abusivo retruécano, sino que daba nueva vida a la sensación a la cual debió su génesis la expresión verbal correspondiente. En efecto, si al recibir una ofensa no experimentáramos cierta sensación precordial, no se nos hubiera ocurrido jamás crear tal expresión. Del mismo modo, la frase "tener que tragarse algo", que aplicamos a las ofensas recibidas sin posibilidad de protesta, procede realmente de las sensaciones de inervación que experimentamos en la garganta en tales casos. Todas estas sensaciones e inervaciones pertenecen a la "expresión de las emociones", que, según nos ha mostrado Darwin, consiste en funciones originariamente adecuadas y plenas de sentido. Estas funciones se hallan ahora tan debilitadas, que su expresión verbal nos parece ya metafórica, pero es muy verosímil que primitivamente poseyera un sentido literal, y la histeria obra con plena justificación al restablecer para sus inervaciones más intensas el sentido verbal primitivo. Llego incluso a creer que es equivocado afirmar que la histeria crea por simbolización tales sensaciones, pues quizá no tome como modelo los usos del lenguaje, sino que extraiga con él sus materiales de una misma fuente.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 139

### **Cita:**

Más adelante detallaré cómo llegué a dominar la primera dificultad y qué es lo que aprendí en esta labor. Por el momento quiero exponer cuál fue mi conducta en la práctica profesional con respecto al segundo problema. Es muy difícil ver acertadamente un caso de neurosis antes de haberlo sometido a un minucioso análisis; a un análisis tal y como sólo puede conseguirse empleando el método de Breuer. Pero la decisión del diagnóstico y de la terapia adecuada al caso tiene que ser anterior a tal conocimiento. No quedaba, pues otro remedio que elegir para el método catártico aquellos casos que podíamos diagnosticar provisionalmente de histeria, por presentar uno o varios de los estigmas o síntomas característicos de esta enfermedad. Sucedió así algunas veces que los resultados terapéuticos eran pobrísimos, no obstante haber diagnosticado la histeria, y que ni siquiera el análisis extraía a la luz nada importante. Otras, en cambio, intenté tratar con el método de Breuer neurosis que nadie hubiera sospechado fueran casos de histeria, y hallé, para mi sorpresa, que el método lograba actuar sobre ellas y hasta curarlas. Así me pasó, por ejemplo, con las representaciones obsesivas en casos que no presentaban carácter alguno de histeria. Por tanto, el mecanismo psíquico que nuestra «comunicación preliminar» había revelado no podía ser exclusivo de la histeria. Mas tampoco podía decidirme a acumular a la histeria, en méritos de tal mecanismo, una serie indefinida de neurosis. De todas estas dudas me sacó, por fin, el propósito de tratar todas las neurosis que se me presentaran como si de histerias se tratase, investigando en todas la etiología y la naturaleza del mecanismo psíquico, y hacer depender del resultado de esta investigación la confirmación del diagnóstico de histeria previamente sentado.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 139

### **Cita:**

De este modo, y partiendo del método de Breuer, llegué a ocuparme de la etiología y del mecanismo de las neurosis en general. Por fortuna obtuve en un plazo relativamente breve resultados utilizables. En primer lugar hube de reconocer que dentro de la medida en que podía hablarse de una motivación mediante la cual se adquirieran las neurosis, habíamos de buscar la etiología en factores sexuales, y a esto se agregó luego el descubrimiento de que factores sexuales diferentes daban origen a diferentes enfermedades neuróticas.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 139-140

### **Cita:**

Por este procedimiento hallé que a la neurastenia correspondía, en realidad, un cuadro patológico muy monótono, en el cual, como mostraban los análisis, no intervenía «mecanismo psíquico» alguno. De la neurastenia se diferenciaba en gran manera la neurosis obsesiva, con respecto a la cual se descubría un complicado mecanismo, una etiología análoga a la histérica y una amplia posibilidad de curación por medio de la psicoterapia. Por otro lado, me parecía necesario separar de la neurastenia un complejo de síntomas neuróticos, que dependía de una etiología muy diferente, e incluso, en el fondo, contraria, mientras que los síntomas de este complejo aparecían estrechamente unidos por un carácter común, ya reconocido por E. Hecker. Son, en efecto, síntomas o equivalentes y rudimentos de manifestaciones de angustia, razón por la cual he dado a este complejo, separable de la neurastenia, el nombre de neurosis de angustia, afirmando que nace por acumulación de estados de tensión física de origen sexual. Esta neurosis no tiene tampoco todavía un mecanismo psíquico, pero actúa regularmente sobre la vida psíquica, siendo sus manifestaciones peculiares la «expectación angustiosa», las fobias y las hiperestusias, con respecto a los dolores. Tal y como yo la defino la neurosis de angustia coincide ciertamente en parte con aquella neurosis que algunos autores agregan a la histeria y a la neurastenia, dándole el nombre de hipocondría; pero ninguno de ellos delimita exactamente, a mi ver, esta neurosis. Además, el empleo del nombre «hipocondría» queda siempre limitado por su estricta relación con el síntoma del «miedo a la enfermedad».

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 140

### **Cita:**

Así, pues, la concepción más justa parecía ser la siguiente: las neurosis más frecuentes son, en su gran mayoría, «mixtas». No son tampoco raras las formas puras de neurastenia y neurosis de angustia, sobre todo en personas jóvenes. En cambio, es difícil hallar formas puras de histeria y de neurosis obsesiva, pues estas dos neurosis aparecen combinadas, por lo general, con la de angustia. Esta frecuencia de las neurosis mixtas se debe a que sus factores etiológicos se mezclan con gran facilidad, casualmente unas veces, y otras a consecuencia de relaciones causales entre los procesos, de los que nacen los factores etiológicos de las neurosis. De estas circunstancias, fácilmente demostrables en cada caso, resulta, con respecto a la histeria, lo que sigue: 1° No es posible considerarla aisladamente, separándola del conjunto de las neurosis sexuales. 2° En realidad, no representa sino un solo aspecto del complicado caso neurótico. 3° Sólo en los casos límites llega a presentarse como una neurosis aislada, y puede ser tratada como tal. En toda una serie de casos podemos, pues, decir: A POTIORI FIT DENOMINATIO.



**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 141-142

**Cita:**

Por tanto, es de gran importancia para mí separar la parte de la histeria en los cuadros patológicos de las neurosis mixtas de la correspondiente a la neurastenia, la neurosis de angustia, etc., pues una vez realizada esta separación, me resulta ya posible dar expresión concreta y precisa al valor terapéutico del método catártico. Puedo, en efecto, arriesgar la afirmación de que en principio es susceptible de suprimir cualquier síntoma histérico, siendo, en cambio, impotente contra los fenómenos de la neurastenia, y no actuando sino muy raras veces y por largos rodeos sobre las consecuencias psíquicas de la neurosis de angustia. De este modo su eficacia terapéutica dependerá en cada caso de que el componente histérico del cuadro patológico ocupe en él o no un lugar más importante, desde el punto de vista práctico, que los otros componentes neuróticos.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 142

**Cita:**

No es ésta la única limitación de la eficacia del método catártico. Existe aún otra, de la que ya tratamos en nuestra «comunicación preliminar». El método catártico no actúa, en efecto, sobre las condiciones causales de la histeria, y, por tanto, no puede evitar que surjan nuevos síntomas en el lugar de los suprimidos. En consecuencia, podemos atribuir a nuestro método terapéutico un lugar sobresaliente dentro del cuadro de la terapia de las neurosis, pero limitando estrictamente su alcance a este sector.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 142

**Cita:**

(Cfr. observaciones sobre el método catártico)...1ª. No puedo afirmar haber logrado, en todos y cada uno de los casos tratados por el método catártico, la supresión de los síntomas histéricos correspondientes. Pero sí creo que tales resultados negativos han obedecido siempre a circunstancias personales del paciente y no deficiencias del método. A mi juicio, puede prescindirse de estos casos en la valoración del mismo, análogamente a como el cirujano que inicia una nueva técnica prescinde para enjuiciarla de los casos de muerte durante la narcosis o por hemorragia interna, infección casual, etc. Cuando más adelante nos ocupemos de las dificultades e inconvenientes de nuestro procedimiento, volveremos a tratar de los resultados negativos de este orden.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 142

**Cita:**

(Cfr. observaciones sobre el método catártico)...2ª El método catártico no pierde su valor por el hecho de ser un método sintomático y no causal pues una terapia causal no es, en realidad, más que profiláctica: suspende los efectos del mal, pero no suprime necesariamente los productos ya existentes del mismo, haciéndose precisa una segunda acción que lleve a cabo esta última labor. Esta segunda acción es ejercida insuperablemente en la histeria por el método catártico.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 142

**Cita:**

(Cfr. observaciones sobre el método catártico)...<sup>3ª</sup> Cuando se ha llegado a vencer un período de producción histérica o un paroxismo histérico agudo, y sólo quedan ya como fenómenos residuales los síntomas histéricos, se demuestra siempre eficaz y suficiente el método catártico, consiguiendo resultados completos y duraderos. Precisamente en el terreno de la vida sexual se nos ofrece con gran frecuencia una tal constelación, favorable a la terapia, a consecuencia de las grandes oscilaciones de la intensidad del apetito sexual y de la complicación de las condiciones del trauma sexual. En estos casos resuelve el método catártico todos los problemas que se planteen, pues el médico no puede proponerse modificar una constitución como la histeria, y ha de satisfacerse con suprimir la enfermedad que tal constitución puede hacer surgir con el auxilio de circunstancias exteriores. De este modo se dará por contento si logra devolver al enfermo su capacidad funcional. Por otro lado, puede considerar con cierta tranquilidad el futuro por lo que respecta a la posibilidad de una recaída. Sabe, en efecto, que el carácter principal de la etiología de las neurosis es la sobredeterminación de su génesis; o sea, que para dar nacimiento a una de estas afecciones es necesario que concurren varios factores, y, por tanto, puede abrigar la esperanza de que tal coincidencia tarde mucho en producirse, aunque algunos de los factores etiológicos hayan conservado toda su eficacia.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 143

**Cita:**

(Cfr. observaciones sobre el método catártico)...<sup>4ª</sup> En los casos de histeria aguda, esto es, en el período de más intensa producción de síntomas histéricos y de dominio consecutivo del yo por los productos patológicos (psicosis histérica), el método catártico no consigue modificar visiblemente el estado del sujeto. El neurólogo se encuentra entonces en una situación análoga a la del internista ante una infección aguda. Los factores etiológicos han actuado con máxima intensidad en una época pretérita, cerrada ya a toda acción terapéutica, y se hacen ahora manifiestos, después del período de incubación. No hay ya posibilidad de interrumpir la dolencia, y el médico tiene que limitarse a esperar que la misma termine su curso, creando mientras tanto las circunstancias más favorables al paciente. Si durante tal período agudo suprimimos los productos patológicos, esto es, los síntomas histéricos recién surgidos, veremos aparecer en seguida otros en sustitución suya. La desalentadora impresión de realizar una labor tan vana como la de las Danaides, el constante y penoso esfuerzo de todos los momentos y el descontento de los familiares del enfermo hacen difícilísima al médico, en estos casos agudos, la aplicación del método catártico. Pero contra estas dificultades ha de tenerse en cuenta que también en tales casos puede ejercer una benéfica influencia la continuada supresión de los productos patológicos, auxiliando al yo del enfermo en su defensa y preservándole, quizá, de caer en la psicosis o en la demencia definitiva.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 143

### **Cita:**

(Cfr. observaciones sobre el método catártico)...5ª En los casos de histeria crónica con producción mesurada, pero continua, de síntomas histéricos, se nos hace sentir más que nunca la falta de una terapia de eficacia causal; pero también aprendemos a estimar más que nunca el valor del método catártico como terapia sintomática. Nos hallamos en estos casos ante una perturbación dependiente de una etiología de actuación crónica y continua. Todo depende de robustecer la capacidad de resistencia del sistema nervioso del enfermo, teniendo en cuenta que la existencia de un síntoma histérico significa para este sistema nervioso una debilitación de su resistencia, y representa un factor favorable a la histeria. Como por el mecanismo de la histeria monosintomática podemos deducir, los nuevos síntomas histéricos se forman con máxima facilidad, apoyándose en los ya existentes y tomándolos por modelo. El camino seguido por un síntoma en su emergencia permanece abierto para otros y el grupo psíquico separado se convierte en núcleo de cristalización, sin cuya existencia nada hubiera cristalizado. Suprimir los síntomas existentes y las modificaciones psíquicas, dadas en su base, equivale a devolver por completo al enfermo toda su capacidad de resistencia, con la cual podrá vencer la acción de su padecimiento. Una larga y constante vigilancia y un periódico chimney sweeping puede hacer mucho bien a estos enfermos.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 144

### **Cita:**

Pasamos ahora a tratar de las dificultades e inconvenientes de nuestro procedimiento terapéutico, tema del cual ya hemos expuesto mucho en los historiales clínicos detallados y en las observaciones sobre la técnica del método. Nos limitaremos, pues, aquí a una simple enumeración. El procedimiento es muy penoso para el médico y le exige gran cantidad de su tiempo, aparte de una intensa afición a las cuestiones psicológicas y cierto interés personal hacia el enfermo. No creo que me fuera posible adentrarme en la investigación del mecanismo de la histeria de un sujeto que me pareciera vulgar o repulsivo, y cuyo trato no consiguiera despertar en mí alguna simpatía; en cambio, para el tratamiento de un tabético o un reumático no son necesarios tales requisitos personales. Por parte del enfermo son precisas también determinadas condiciones. El método resulta inaplicable a sujetos cuyo nivel intelectual no alcanza cierto grado, y toda inferioridad mental lo dificulta grandemente. Es, además, necesario un pleno consentimiento del enfermo y toda su atención; pero, sobre todo, su confianza en el médico, pues el análisis conduce siempre a los procesos psíquicos más íntimos y secretos. Gran parte de los enfermos a los que se podría aplicar tal tratamiento se sustraen al médico en cuanto sospechan el sentido en el que va a orientarse la investigación. Estos enfermos no han cesado de ver en el médico a un extraño. En aquellos otros que se deciden a poner en el médico toda su confianza, con plena voluntad y sin exigencia ninguna por parte del mismo, no puede evitarse que su relación personal con él ocupe debidamente por algún tiempo un primer término, pareciendo incluso que una tal influencia del médico es condición indispensable para la solución del problema.



**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 144

**Cita:**

...En aquellos otros que se deciden a poner en el médico toda su confianza, con plena voluntad y sin exigencia ninguna por parte del mismo, no puede evitarse que su relación personal con él ocupe debidamente por algún tiempo un primer término, pareciendo incluso que una tal influencia del médico es condición indispensable para la solución del problema.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 146

### **Cita:**

(Cfr. la supresión del hipnotismo)...Estas observaciones me hicieron suponer que había de ser posible conseguir por el simple apremio la emergencia de las series de representaciones patógenas seguramente dadas, y como este apremio constituía por mi parte un esfuerzo, hube de pensar que se trataba de vencer una resistencia del sujeto. De este modo concreté mis descubrimientos en la teoría de que por medio de mi labor psíquica había de vencer una fuerza psíquica opuesta en el paciente a la percatación consciente (recuerdo) de las representaciones patógenas. Esta energía psíquica debía de ser la misma que había contribuido a la génesis de los síntomas histéricos, impidiendo por entonces la percatación consciente de la representación patógena. Surgía aquí la interrogación de cuál podría ser esta fuerza y a qué motivos obedecía. Varios análisis, en los que se me ofrecieron ejemplos de representaciones patógenas olvidadas y rechazadas de la consciencia, me facilitaron la respuesta, descubriéndome un carácter común a este orden de representaciones. Todas ellas eran de naturaleza penosa, muy apropiadas para despertar afectos displacientes, tales como la vergüenza, el remordimiento, el dolor psíquico o el sentimiento de la propia indignidad; representaciones, en fin, que todos preferimos eludir y olvidar lo antes posible. De todo esto nacía como espontáneamente el pensamiento de la defensa. Sostienen, en general, los psicólogos que la acogida de una representación nueva (acogida en el sentido de creencia o de reconocimiento de su realidad) depende de la naturaleza y orientación de las representaciones ya reunidas en el yo, y han creado diferentes denominaciones técnicas para la censura, a la que es sometida la nueva representación afluyente. En nuestros casos ha afluido al yo del enfermo una representación que se demostró intolerable, despertando en él una energía de repulsión, encaminada a su defensa contra dicha representación. Esta defensa consiguió su propósito, y la representación quedó expulsada de la consciencia y de la memoria sin que pareciera posible hallar su huella psíquica. Pero no podía menos de existir tal huella. Al esforzarme yo en orientar hacia ella la atención del paciente, percibía, a título de resistencia, la misma energía que antes de la génesis del síntoma se había manifestado como repulsa. Si me era posible demostrar que la representación había llegado a ser patógena, precisamente por la repulsa y la represión de que había sido objeto habría quedado cerrado el razonamiento. En varias de las epicrisis de los historiales clínicos que preceden, y en un breve trabajo sobre las neurosis de defensa, he intentado exponer las hipótesis psicológicas, con cuyo auxilio podemos explicar estos extremos, o sea, el hecho de la conversión.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 146-147

**Cita:**

Así pues, una fuerza psíquica -la repugnancia del yo-excluyó primitivamente de la asociación a la representación patógena y se opuso a su retorno a la memoria. La ignorancia del histérico depende, por tanto, de una volición más o menos consciente, y el cometido del terapeuta consiste en vencer, por medio de una labor psíquica, esta resistencia a la asociación. Este fin se consigue, en primer lugar, por el «apremio», o sea por el empleo de una coerción psíquica que oriente la atención del enfermo hacia las huellas de las representaciones buscadas. Pero no basta con esto; la labor del terapeuta toma en el análisis, como luego demostraré, otras distintas formas, y llama en su auxilio a otras fuerzas psíquicas.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 147

**Cita:**

(Cfr. "apremio" del médico sobre el enfermo)... Con la simple afirmación «No tiene usted más remedio que saberlo. Reflexione un poco y se le ocurrirá», se adelanta muy poco. A las pocas frases y por intensa que sea su «concentración», pierde el hilo el paciente. Pero no debemos olvidar que se trata aquí siempre de una comparación cuantitativa de la lucha entre motivos diferentemente enérgicos e intensos. El apremio ejercido por el médico no integra energía suficiente para vencer la «resistencia a la asociación» en una histeria grave. Hemos tenido, pues, que buscar otros medios más eficaces.

En primer lugar nos servimos de un pequeño artificio técnico. Comunicamos al enfermo que vamos a ejercer una ligera presión sobre su frente; le aseguramos que durante ella surgirá ante su visión interior una imagen, o en su pensamiento una ocurrencia, y le comprometemos a darnos cuenta de ellas, cualesquiera que sean. No deberá detenerlas, pensando que no tienen relación con lo buscado, o, por serles desagradable, comunicarlas. Si nos obedece y prescinde de toda crítica y toda retención, hallaremos infaliblemente lo buscado. Dicho esto, aplicamos la mano a la frente del enfermo durante un par de segundos y, retirándola luego, le preguntamos con entonación serena, como si estuviéramos seguros del resultado: «¿Qué ha visto usted o qué se le ha ocurrido?»

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 147-148

### **Cita:**

No es siempre un recuerdo «olvidado» lo que surge bajo la presión de la mano. Los recuerdos realmente patógenos rara vez se encuentran tan próximos a la superficie. Lo que generalmente emerge es una representación, que constituye un elemento intermedio entre aquella que tomamos como punto de partida y la patógena buscada, o es, a su vez, el punto inicial de una nueva serie de pensamientos y recuerdos, en cuyo otro extremo se encuentra la representación patógena. La presión no ha descubierto, entonces, la representación patógena -la cual, sin preparación previa y arrancada de su contexto, nos resultaría, además, incomprensible-, pero nos ha mostrado el camino que a ella conduce, indicándonos el sentido en el que debemos continuar nuestra investigación. La representación primeramente despertada por la presión puede corresponder también a un recuerdo perfectamente conocido y nunca reprimido. Cuando en el camino hacia la representación patógena pierde de nuevo el hilo la paciente, se hace necesario repetir el procedimiento para reconstituir el enlace y la orientación.

En otros casos despertamos con la presión un recuerdo que, no obstante ser familiar al paciente le sorprende con su emergencia, pues había olvidado su relación con la representación elegida como punto de partida. En el curso ulterior del análisis se hace luego evidente esta relación. Todos estos resultados de nuestro procedimiento nos dan la falsa impresión de que existe una inteligencia superior, exterior a la consciencia del enfermo, que mantiene en orden, para determinados fines, un considerable material psíquico, y ha hallado un ingenioso arreglo para su retorno a la consciencia. Pero, a mi juicio, esta segunda inteligencia no es sino aparente.

En todo análisis algo complicado laboramos repetidamente, o mejor aún, de continuo, con ayuda de este procedimiento (de la presión sobre la frente), el cual nos muestra, unas veces, el camino por el que hemos de continuar, a través de recuerdos conocidos desde el punto en el que se interrumpen las referencias despiertas del enfermo; nos llama, otras, la atención sobre conexiones olvidadas; provoca y ordena recuerdos que se hallaban sustraídos a la asociación desde muchos años atrás, pero que aún pueden ser reconocidos como tales, y hace emerger, en fin, como supremo rendimiento de la reproducción, pensamientos que el enfermo no quiere reconocer jamás como suyos, no recordándolos en absoluto, aunque confiesa que el contexto los exige indispensablemente, convenciéndole luego por completo al ver que precisamente tales representaciones traen consigo el término del análisis y la cesación de los síntomas

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 152

**Cita:**

He alabado tan calurosamente los resultados del procedimiento auxiliar de ejercer presión sobre la frente del sujeto y he descuidado tan por completo mientras tanto, la cuestión de la defensa o la resistencia, que seguramente habré dado al lector la impresión de que por medio de aquel pequeño artificio no es posible vencer todos los obstáculos psíquicos que se oponen a una cura catártica. Pero tal creencia constituiría un grave error. En la terapia no existe jamás tan gran facilidad, y toda modificación de importancia en cualquier terreno, exige una considerable labor. La presión sobre la frente del enfermo no es sino una habilidad para sorprender al yo, eludiendo así, por breve tiempo, su defensa. Pero en todos los casos algo importantes reflexiona en seguida el yo y desarrolla de nuevo toda su resistencia.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 153

### **Cita:**

Es singular detrás de qué evasivas se oculta muchas veces esta resistencia: «Hoy estoy distraído. Me perturba el tictac del reloj o el piano que suena en la habitación de al lado.» A estas aseveraciones he aprendido ya a contestar: «Nada de eso. Ha tropezado usted ahora con algo que no le es grato decir y quiere eludirlo.» Cuanto más larga es la pausa entre la presión de mi mano y las manifestaciones del enfermo, mayor es mi desconfianza y más las probabilidades de que el sujeto esté dedicado a arreglar a su gusto la ocurrencia emergida, mutilándola al comunicarla. Las manifestaciones más importantes aparecen a veces -como princesas disfrazadas de mendigas- acompañadas de la siguiente superflua observación: «Ahora se me ha ocurrido algo, pero no tiene nada que ver con lo que tratamos. Se lo diré a usted, sólo porque lo quiere saber todo.» Después de esta introducción surge casi siempre la solución que veníamos buscando desde mucho tiempo atrás. De este modo, extremo mi atención siempre que un enfermo comienza a hablarme despreciativamente de alguna ocurrencia. El hecho de que las representaciones patógenas parezcan, al resurgir, tan exentas de importancia es signo de que han sido antes victoriosamente rechazadas. De él podemos deducir en qué consistió el proceso de la repulsa: consistió en hacer de la representación enérgica una representación débil, despojándola de su afecto.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 153

**Cita:**

En el retorno de imágenes se hace más fácil nuestra labor que cuando se trata de representaciones. Los histéricos, sujetos visuales en su mayor parte, oponen menos dificultades que los pacientes afectos de representaciones obsesivas a la labor del analítico. Una vez emergida la imagen, declara el enfermo mismo verla fragmentarse y desvanecerse conforme avanza en su descripción. El paciente la va gastando y extinguiendo al ir traduciéndola en palabras. Así, pues, la misma imagen mnémica nos marca el sentido en el que hemos de proseguir nuestra investigación. "Considere usted de nuevo la imagen. ¿Ha desaparecido ya?" "En conjunto, sí; pero veo tal o cual detalle." "Entonces es que aún conserva algún significado. Surgirá todavía algo nuevo o se le ocurrirá algo relacionado con ese detalle subsistente." Terminada la labor, queda libre el campo visual y podemos provocar otra imagen. Sin embargo, hay veces que una tal imagen permanece tenazmente presente a la visión interior del sujeto, y entonces he de suponer que aún le queda por decir algo muy importante sobre el tema correspondiente. En cuanto así lo hace, desaparece la imagen.



**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 154

**Cita:**

...es imprescindible no perder de vista ni un momento, durante el análisis, el rostro del paciente, y de este modo aprendemos, sin grandes dificultades, a distinguir la serenidad espiritual propia de la verdadera falta de reminiscencias, de la tensión y el afecto que invaden al sujeto cuando trata de negar, impulsado por la resistencia, el recuerdo emergente. En estas experiencias reposa la aplicación de nuestro procedimiento como diagnóstico diferencial.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 154-155

### **Cita:**

...Por último -y esta es nuestra más poderosa palanca-, después de haber acertado los motivos de su resistencia, tenemos que intentar desvalorizar tales motivos o, a veces, sustituirlos por otros más importantes. En este punto cesa la posibilidad de concretar en fórmulas la actividad psicoterápica. Actuamos lo mejor que no es posible: como aclaradores, cuando una ignorancia ha engendrado un temor; como maestros, como representantes de una concepción universal más libre o más reflexiva, y como confesores, que, con la perduración de su interés y de su respeto después de la confesión, ofrecen al enfermo algo equivalente a una absolución. Intentamos, en fin, hacer al paciente todo el bien que permite la influencia de nuestra propia personalidad y la medida de la simpatía que el caso correspondiente es susceptible de inspirarnos. Para tal actividad psíquica es condición previa indispensable que hayamos acertado aproximadamente la naturaleza del caso y los motivos de la resistencia que manifiesta. Por fortuna, el procedimiento del apremio y la presión nos conducen, justamente, hasta este punto del análisis. Cuantos más enigmas de este orden hayamos resuelto, más fácil nos será resolver otros nuevos y antes podremos emprender la labor psíquica verdaderamente curativa. Es muy conveniente tener siempre en cuenta lo que sigue: como el enfermo se liberta de los síntomas histéricos en cuanto reproduce las impresiones patógenas causales, dándole expresión verbal y exteriorizando el afecto concomitante, la labor terapéutica consistirá tan sólo en moverle a ello, y una vez conseguido esto, no queda ya para el médico nada que corregir o suprimir. Todas las sugestiones contrarias que pudieran ser de aplicación las ha utilizado ya durante la lucha contra la resistencia.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 155

**Cita:**

Junto a los motivos intelectuales en que nos apoyamos para dominar la resistencia actúa un factor afectivo -la autoridad personal del médico-, del cual sólo muy raras veces podemos prescindir, siendo, en cambio, en un gran número de casos, el único que puede acabar con la resistencia. Pero esto sucede en todas las ramas de la Medicina y ningún método terapéutico renuncia por completo a la colaboración de este factor.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 158

### **Cita:**

El material psíquico de estas últimas histerias se nos presenta como un producto de varias dimensiones y, por lo menos de una triple estratificación. Espero poder demostrar en seguida estas afirmaciones. Existe, primero, un nódulo, compuesto por los recuerdos (de sucesos o de procesos mentales) en los que ha culminado el factor traumático o hallado la idea patógena su más puro desarrollo. En derredor de este nódulo se acumula un distinto material mnémico, con frecuencia extraordinariamente amplio, a través del cual hemos de penetrar en el análisis, siguiendo, como indicamos antes, tres órdenes diferentes. Primeramente se nos impone la existencia de una ordenación cronológica lineal dentro de cada tema. Como ejemplo, citaré la correspondiente al análisis de Ana O., llevado a cabo por Breuer. El tema era aquí el de «quedarse sorda» o «no oír», diferenciado conforme a siete distintas condiciones, cada una de las cuales encabezaba un grupo de diez a cien recuerdos cronológicamente ordenados. Parecía estar revisando un archivo, mantenido en el más minucioso orden. También en el análisis de mi paciente Emmy de N., y, en general, en todo análisis de este orden, aparecen tales «inventarios de recuerdos», que surgen siempre en un orden cronológico tan infaliblemente seguro como la serie de los días de la semana o de los nombres de los meses en el pensamiento del hombre psíquicamente normal y dificultan la labor analítica por su particularidad de invertir en la reproducción el orden de su nacimiento; el suceso más próximo y reciente del inventario emerge primero como «cubierta» del mismo, y el final queda formado por aquella impresión con la cual comenzó realmente la serie.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 158

**Cita:**

A esta agrupación de recuerdos de la misma naturaleza en una multiplicidad linealmente estratificada, análoga a la constituida por un paquete de legajos, le he dado el nombre de formación de un tema. Ahora bien: estos temas muestran una segunda ordenación; se hallan concéntricamente estratificados en derredor del nódulo patógeno. No es difícil precisar qué es lo que constituye esta estratificación y conforme al aumento o la disminución de qué magnitud queda establecida la ordenación. Son estratos de la misma resistencia, creciente en dirección al nódulo, y con ello, zonas de la misma modificación de la consciencia, a las cuales se extienden los demás temas dados. Los estratos periféricos contienen de los diversos temas aquellos recuerdos (o inventarios de recuerdos) que el sujeto evoca con facilidad, habiendo sido siempre conscientes. Luego, cuanto más profundizamos, más difícil se hace al sujeto reconocer los recuerdos emergentes, hasta tropezar, ya cerca del nódulo, con recuerdos que el enfermo niega aun al reproducirlos.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 158-159

### **Cita:**

Esta estratificación concéntrica del material psíquico-patógeno es, como más tarde veremos, la que presta al curso de nuestros análisis rasgos característicos. Hemos de mencionar todavía una tercera clase de ordenación, que es la esencial y aquella sobre la cual resulta más difícil hablar en términos generales. Es ésta la ordenación conforme al contenido ideológico, el enlace por medio de los hilos lógicos que llegan hasta el nódulo; enlace al que en cada caso puede corresponder un camino especial, irregular y con múltiples cambios de dirección. Esta ordenación posee un carácter dinámico, en contraposición del morfológico de las otras dos estratificaciones antes mencionadas. En un esquema espacial habrían de representarse estas últimas por líneas rectas o curvas, y, en cambio, la representación del enlace lógico formaría una línea quebrada de complicadísimo trazado, que yendo y viniendo desde la periferia a las capas más profundas y desde éstas a la periferia, fuera, sin embargo, aproximándose cada vez más al nódulo, tocando antes en todas las estaciones. Sería, pues, una línea en zigzag, análoga a la que trazamos sobre el tablero de ajedrez en la solución de los problemas denominados «saltos de caballo». O más exactamente aún: el enlace lógico constituiría un sistema de líneas convergentes y presentaría focos en los que irían a reunirse dos o más hilos, que a partir de ellos continuarían unidos, desembocando en el nódulo varios hilos independientes unos de otros o unidos por caminos laterales. Resulta así el hecho singular de que cada síntoma aparece con gran frecuencia múltiplemente determinado o sobredeterminado.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 159

**Cita:**

A este cuadro de la organización del material patógeno añadiremos aún otra observación. Hemos dicho que este material se comporta como un cuerpo extraño y que la terapia equivaldría a la extracción de un tal cuerpo extraño de los tejidos vivos. Ahora podemos ya ver cuál es el defecto de esta comparación. Un cuerpo extraño no entra en conexión ninguna con las capas de tejidos que lo rodean, aunque los modifica y les impone una inflamación reactiva. En cambio, nuestro grupo psíquico-patógeno no se deja extraer limpiamente del yo. Sus capas exteriores pasan a constituir partes del yo normal, y en realidad, pertenecen a este último tanto como a la organización patógena. El límite entre ambos se sitúa en el análisis convencionalmente, tan pronto en un lugar como en otro, habiendo puntos en los que resulta imposible de precisar. Las capas interiores se separarán del yo cada vez más, sin que se haga visible el límite de lo patógeno. La organización patógena no se conduce, pues, realmente como un cuerpo extraño, sino más bien como un infiltrado. El agente infiltrante sería en esta comparación la resistencia. La terapia no consiste tampoco en extirpar algo -operación que aún no puede realizar la psicoterapia-, sino en fundir la resistencia y abrir así a la circulación el camino hacia un sector que hasta entonces le estaba vedado.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 160

### **Cita:**

Si una vez resuelto el caso pudiéramos mostrar el material patógeno en su descubierta organización complicadísima y de varias dimensiones a un tercero, nos plantearía éste, seguramente, la interrogación de cómo un tan amplio producto ha podido hallar cabida en la consciencia de cuya «angostura» se habla tan justificadamente. Este término de la «angostura de la consciencia» adquiere sentido y nueva vida a los ojos del médico que practica tal análisis. Nunca penetra en la consciencia del yo sino un solo recuerdo. El enfermo que se halla ocupado en la elaboración del mismo no ve nada de lo que detrás de él se agolpa y olvida lo que ya ha penetrado con anterioridad. Cuando el vencimiento de este recuerdo patógeno tropieza con dificultades (por ejemplo, cuando el enfermo mantiene su resistencia contra él y quiere reprimirlo y mutilarlo), queda interceptado el paso e interrumpida la labor. Nada nuevo puede emerger mientras dura esta situación, y el recuerdo en vías de penetración permanece ante el enfermo hasta que el mismo lo acoge en el área de su yo. Toda la amplia masa que forma el material patógeno tiene así que ir filtrándose a través de este desfiladero, llegando, por tanto, en fragmentos a la consciencia. De este modo, el terapeuta se ve obligado a reconstituir luego con estos fragmentos la organización sospechada, labor comparable a la de formar un puzzle.



**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 160

**Cita:**

Al comenzar un análisis en el que esperamos hallar tal organización del material patógeno, deberemos tener en cuenta que es totalmente inútil penetrar directamente en el nódulo de la organización patógena. Aunque llegáramos a adivinarla, no sabría el enfermo qué hacer con la explicación que le proporcionásemos, ni produciría en él tal explicación modificación psíquica alguna.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 161

**Cita:**

Podemos, en efecto, exigir a los procesos mentales de un histérico, aunque se extienda hasta lo inconsciente, iguales concatenación lógica y motivación suficiente que a los de un hombre normal. La neurosis carece de poder bastante para debilitar estas relaciones. Si las concatenaciones de ideas del neurótico, y especialmente del histérico, nos dan una impresión diferente, y si en estos casos parece imposible explicar, por condiciones únicamente psicológicas, la relación de las intensidades de las diversas representaciones, ello no es sino una apariencia, debida, como ya indicamos, a la existencia de motivos inconscientes ocultos. Así, pues, siempre que tropezamos con una solución de continuidad en la coherencia o una motivación insuficiente, habremos de suponer existentes tales motivos.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 162

**Cita:**

De este modo observamos con asombro que no nos es dado imponer nada al enfermo con respecto a las cosas que aparentemente ignora ni influir sobre los resultados del análisis orientando su expectación. No hemos comprobado jamás que nuestra anticipación modificara o falsease la reproducción de los recuerdos ni la conexión de los sucesos circunstancia que se habría manifestado en alguna contradicción. Cuando algo de lo anticipado surge, efectivamente, luego queda siempre testimoniada su exactitud por múltiples reminiscencias insospechables. Así, pues, no hay temor alguno de que las manifestaciones que hagamos al enfermo puedan perturbar los resultados del análisis.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 163

**Cita:**

Cuando entre los fines del análisis figura el de suprimir un síntoma susceptible de intensificación o retorno (dolores, vómitos, contracturas, etc.), observamos durante la labor analítica el interesantísimo fenómeno de la intervención de dicho síntoma. Este aparece de nuevo o se intensifica cada vez que entramos en aquella región de la organización patógena que contiene su etiología y acompaña así la labor analítica con oscilaciones características muy instructivas para el médico. La intensidad del síntoma (por ejemplo, de las náuseas) va creciendo conforme vamos penetrando más profundamente en los recuerdos patógenos correspondientes, alcanza su grado máximo inmediatamente antes de dar el enfermo expresión verbal a dichos recuerdos y disminuye luego de repente o desaparece por algún tiempo. Cuando el enfermo dilata mucho la expresión verbal de los recuerdos patógenos, oponiendo una enérgica resistencia, se hace intolerable la tensión de la sensación -en nuestro caso de las náuseas-, y si no logramos forzarle por fin a la reproducción verbal deseada, aparecerán incoerciblemente los vómitos. Recibimos así una impresión plástica de que el «vómito» sustituye a una acción psíquica, como lo afirma la teoría de la conversión.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 164

### **Cita:**

Lo más corriente es que las interrupciones impuestas por las circunstancias accesorias del tratamiento recaigan en momentos nada oportunos, precisamente cuando íbamos acercándonos a un desenlace o cuando se iniciaba un nuevo tema. Es éste el mismo inconveniente que presenta la lectura de los folletines, en los cuales tropezamos con el "Se continuará" cuando más interesados estamos. En nuestro caso el tema iniciado, pero no agotado, o el síntoma intensificado y pendiente aún de aclaración, perdurarán en la vida anímica del enfermo, originando mayores perturbaciones que nunca. Pero es éste un mal irremediable. Hay enfermos que, una vez iniciado un tema en el análisis, no pueden ya abandonarlo, lo mantienen presente como una obsesión, incluso durante el intervalo entre dos sesiones del tratamiento, y como no les es posible conseguir por sí solos su derivación, sufren al principio más que antes de ponerse en cura. Pero también estos enfermos acaban por aprender a esperar al médico y a transferir a las horas del tratamiento todo el interés que les inspira la derivación del material patógeno, comenzando así a sentirse más libres en los intervalos.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 165

**Cita:**

Aquello que pertenece a los estratos más exteriores es reconocido sin dificultad, pues continuaba siendo propiedad del "yo", y sólo su enlace con los estratos más profundos del material patógeno constituían para aquél una novedad. Lo perteneciente a estos estratos más profundos acaba también siendo reconocido por el enfermo, pero sólo después de largas reflexiones y vacilaciones. Naturalmente, le es más difícil negar las imágenes mnémicas visuales que las huellas mnémicas de simples procesos mentales.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 165

**Cita:**

No me cansaré de repetir que estamos forzados a aceptar todo aquello que extraemos a luz con nuestros medios. Si entre ello hubiera algo ilegítimo o inexacto, la coherencia posterior nos enseñaría a separarlo. Dicho sea de paso, apenas si he tenido alguna vez que rechazar una reminiscencia provisionalmente admitida. Todo lo emergido se ha demostrado luego exacto, a pesar de la engañosa apariencia de una contradicción.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 166

### **Cita:**

Voy a tratar, por último, de una circunstancia que en la realización de tal análisis catártico desempeña un papel indeseadamente importante. He indicado ya la posibilidad de un fracaso del procedimiento de la presión, caso en el cual no obtenemos, a pesar de todo nuestro apremio, reminiscencia alguna. Indiqué también que cuando así pasa, puede suceder que estemos investigando realmente un punto sobre el cual nada queda ya por decir al enfermo -circunstancia que reconocemos en su expresión serena- o que hayamos tropezado con una resistencia sólo más tarde dominable; esto es, que nos hallamos ante un nuevo estrato en el que aún no podemos penetrar. Esto último lo reconoceremos en la expresión contraída del enfermo, que testimonia de su intenso esfuerzo mental. Pero es posible aún un tercer caso, que también supone un obstáculo ya no intrínseco, sino tan sólo exterior. Este caso se presenta cuando queda perturbada la relación del enfermo con el médico, y constituye el obstáculo más grave que puede oponerse a nuestra labor. Desgraciadamente, hemos de contar con él en todo análisis algo serio.

He indicado ya qué importante papel corresponde a la persona del médico en la creación de motivos encaminados al vencimiento de la resistencia. En no pocos casos, especialmente tratándose de sujetos femeninos y de la aclaración de procesos mentales eróticos, la colaboración del paciente se convierte en un sacrificio personal, que ha de ser compensado con un subrogado cualquiera de carácter sentimental.

El interés terapéutico y la paciente amabilidad del médico bastan como tal subrogado. Cuando esta relación entre el enfermo y el médico sufre alguna perturbación, desaparecen también las buenas disposiciones del enfermo, y al intentar el médico investigar la idea patógena de turno, se interpone en el enfermo la conciencia de sus diferencias con el médico...



**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 166

**Cita:**

(Cfr. tres casos en los que se perturba la relación paciente-médico) 1° Cuando la enferma se cree descuidada, menospreciada u ofendida por el médico o ha oído algo contrario a éste o al tratamiento. Es éste el caso menos grave. El obstáculo queda fácilmente vencido con algunas explicaciones y aclaraciones mutuas, aunque la susceptibilidad y el rencor de los histéricos pueden manifestarse a veces con insospechada intensidad.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 166

**Cita:**

(Cfr. tres casos en los que se perturba la relación paciente-médico) 2º Cuando la enferma es presa del temor de quedar ligada con exceso a la persona del médico, perder su independencia con respecto a él o incluso llegar a depender de él sexualmente. Este caso es más grave, por hallarse menos individualmente condicionado. El motivo de este obstáculo se encuentra contenido en la naturaleza de la labor terapéutica. La enferma tiene entonces un nuevo motivo de resistencia, la cual se manifiesta ya, no sólo con ocasión de un determinado recuerdo, sino en toda tentativa de tratamiento. Por lo general, se queja la enferma de dolor de cabeza cuando queremos emplear el procedimiento de la presión. Su nuevo motivo de resistencia permanece para ella inconsciente casi siempre, y se exterioriza por medio de un nuevo síntoma histérico. El dolor de cabeza significa su repugnancia a dejarse influir.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 166-167

### **Cita:**

(Cfr. tres casos en los que se perturba la relación paciente-médico) 3° Cuando la enferma se atemoriza al ver que transfiere a la persona del médico representaciones displacientes emergidas durante el análisis, caso muy frecuente e incluso regular en ciertos análisis. La transferencia al médico se lleva a cabo por medio de una falsa conexión. Expondré aquí un ejemplo de este género: En una de mis pacientes, el origen de cierto síntoma había sido el deseo, abrigado muchos años atrás y relegado en el acto a lo inconsciente, de que un hombre, con el cual sostenía en una ocasión un íntimo diálogo, la abrazase y le diera un beso. Al terminar una de las sesiones de tratamiento, surgió en la paciente este mismo deseo referido a mi propia persona. Horrorizada, pasó la enferma una noche de insomnio, y a la sesión siguiente, aunque no se negó al tratamiento, su estado hizo inútil toda labor. Una vez averiguada la naturaleza del obstáculo y vencido éste, continuamos el análisis, surgiendo entonces el deseo que tanto había asustado a la enferma, como el recuerdo patógeno más próximo y exigido por el enlace lógico. Así, pues, había sucedido lo siguiente: Primeramente, había surgido en la conciencia de la enferma el contenido del deseo, sin el recuerdo de los detalles accesorios que podían situarlo en el pasado, y el deseo así surgido fue enlazado, por la asociación forzosa, dominante en la conciencia, con mi persona, de la cual se ocupaba el pensamiento de la enferma en otro sentido totalmente distinto. Esta falsa conexión despertó el mismo afecto que en su día hizo rechazar a la enferma el deseo ilícito. Una vez conocido este proceso, puede ya el médico atribuir toda referencia a su persona a tal transferencia por falsa conexión. Pero los enfermos sucumben siempre al engaño.

## ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA

**1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 167-168

### **Cita:**

En otra enferma no solía revelarse así el «obstáculo», respondiendo directamente a la presión de mi mano sobre su frente, pero se me descubría en cuanto lograba situar a la paciente en el momento en que dicho obstáculo había surgido, cosa que jamás nos niega el procedimiento de la presión. Con el hallazgo del obstáculo quedaba salvada la primera dificultad, pero aún subsistía otra más considerable: la de hacer comunicar a la sujeto, cuando aparentemente se trataba de relaciones personales, en qué ocasión la tercera persona coincidía con la del médico.

Al principio no me satisfacía nada este incremento de mi labor psíquica, hasta que comprobé que se trataba de un fenómeno regular y constante, y entonces observé también que tal transferencia no imponía, en realidad, un mayor trabajo. La labor de la paciente era la misma; esto es, la de vencer el afecto displaciente de haber abrigado por un momento un tal deseo, y con respecto al resultado, parecía indiferente que instituyésemos en tema de nuestras tareas analíticas la repulsa psíquica de dicho deseo, en el caso primitivo o en el reciente. Las enfermas aprendían también poco a poco a darse cuenta de que en tales transferencias sobre la persona del médico no se trata sino de una engañosa imaginación, que se desvanece al terminar el análisis. Pero creo que si prescindieramos de explicarles la naturaleza del «obstáculo», no haríamos sino sustituir un nuevo síntoma histérico, aunque menos grave, a otro espontáneamente desarrollado.

**ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA****1893-1895**

Tomo: I; Páginas: 168

**Cita:**

Repetidamente he oído expresar a mis enfermos, cuando les prometía ayuda o alivio por medio de la cura catártica, la objeción siguiente: “usted mismo me ha dicho que mi padecimiento depende probablemente de mi destino y circunstancias personales. ¿Cómo, no pudiendo usted cambiar nada de ello, va a curarme?” A esta objeción he podido contestar: “No dudo que para el Destino sería más fácil que para mí curarla, pero ya se convencerá usted de que adelantamos mucho si conseguimos transformar su miseria histérica en un infortunio corriente. Contra este último podrá usted defenderse mejor con un sistema nervioso nuevamente sano.”

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 184

### **Cita:**

(Cfr. sintomatología clínica de la neurosis de angustia): 1) La excitabilidad general. Es éste un síntoma nervioso muy frecuente, propio como tal de muchos estados nerviosos. Lo incluimos aquí porque surge siempre en la neurosis de angustia, y es teóricamente muy importante. Una elevada excitabilidad indica siempre acumulación de excitación o incapacidad de resistirla; esto es, acumulación absoluta o relativa de excitación. Dentro de esta elevada excitabilidad, me parece digna de especial mención su manifestación en una hiperestesia auditiva, una hipersensibilidad con respecto a los ruidos; síntomas explicables seguramente por la íntima relación innata entre las impresiones auditivas y el sobresalto. La hiperestesia auditiva aparece muchas veces como causa de insomnio, del cual más de una forma pertenece a la neurosis de angustia.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 184-185

### **Cita:**

(Cfr. sintomatología clínica de la neurosis de angustia): 2) La espera angustiosa. - No nos es posible explicar el estado a que así nos referimos más que por el nombre mismo a él asignado y la exposición de algunos ejemplos. Así, el de una mujer que cada vez que oye toser a su marido, propenso a los catarros, piensa en la posibilidad de que contraiga una pulmonía mortal, y ve en su imaginación pasar el entierro. Cuando al volver a casa ve dos o tres personas ante su puerta no puede por menos de pensar que alguno de sus hijos se ha caído desde un balcón, y si oye doblar las campanas se figura en el acto que es por algún ser querido, siendo así que ninguno de estos casos entraña nada que pueda significar una mera posibilidad.

La espera angustiosa se da también mitigada en lo normal, comprendiendo todo aquello que designamos con los nombres de «ansiedad, tendencia a la visión pesimista de las cosas», etc., pero sobrepasa siempre que ello es posible el nivel natural, y muchas veces es reconocida por los mismos enfermos como una especie de obsesión. Para una de las formas de la espera angustiosa, esto es, para la que se refiere a la propia salud, puede reservarse el viejo término médico de hipocondría. La hipocondría no sigue siempre una trayectoria paralela a la de la espera angustiosa general, pues demanda como condición previa la existencia de parestesias y sensaciones físicas penosas, y de este modo resulta ser la forma que los neurasténicos prefieren en cuanto sucumben a la neurosis de angustia, cosa muy frecuente.

Otra manifestación de la espera angustiosa es la tendencia, tan frecuente en personas de sensibilidad moral, al miedo a la propia conciencia, a los escrúpulos exagerados; tendencia que puede también ir desde lo normal hasta lo patológico.

La espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis. En él se nos hace patente la exactitud de toda una parte de nuestra teoría sobre tal perturbación. Puede, quizá, concluirse que nos hallamos ante un quantum de angustia, libremente flotante, que durante la espera domina la elección de las representaciones, y se halla dispuesto en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 185

### **Cita:**

(Cfr. sintomatología clínica de la neurosis de angustia): 3) No es ésta la única forma en que puede manifestarse la espera angustiosa, latente casi siempre para la consciencia, pero constantemente en acecho. Puede, en efecto, irrumpir de repente en la consciencia sin ser despertado por el curso de la imaginación y provoca así un ataque de angustia. Tal ataque puede consistir tan sólo en la sensación de angustia, no asociada a ninguna representación, o unida a la de la muerte o la locura, o también en dicha misma sensación, acompañada de una parestesia cualquiera (análoga al aura histérica), o enlazada a la perturbación de una o más funciones físicas, tales como la respiración, la circulación, la inervación vasomotora o la actividad glandular. De esta combinación hace el paciente resaltar tan pronto unos factores como otros, quejándose de «palpitaciones, disnea, sudores, bulimia», etc., y en sus lamentos deja con frecuencia sin mencionar la sensación de angustia o alude ligeramente a ella, calificándola de «malestar», etc.



## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 185

### **Cita:**

(Cfr. sintomatología clínica de la neurosis de angustia): 4) Para el diagnóstico presenta gran importancia el hecho de que la proporción de los indicados elementos en el ataque de angustia es infinitamente variable, pudiendo además cada uno de los síntomas concomitantes constituir por sí solos el ataque, lo mismo que la angustia. Hay, en consecuencia, ataques de angustia rudimentarios y equivalentes del ataque de angustia, todos ellos, probablemente, de igual significación, que muestran una gran riqueza de formas, hasta ahora poco estudiadas. El detenido estudio de estos estados larvados de angustia (Hecker) y su diferenciación de otros ataques constituye una labor que reclama urgentemente la atención de los neurólogos.

He aquí una relación de las formas del ataque de angustia que hasta ahora me son conocidas:

a) Con perturbaciones de la actividad cardíaca: palpitaciones, arritmias breves, taquicardia duradera y hasta graves estados de debilidad del corazón, difíciles de diferenciar de una afección orgánica.

b) Con perturbaciones de la respiración: formas diversas de disnea nerviosa, ataques análogos a los de asma, etc. He de advertir que estos ataques no aparecen siempre acompañados de angustia perceptible.

c) Ataques de sudor, a veces nocturno.

d) Ataques de temblores y convulsiones, fáciles de confundir con los histéricos.

e) Ataques de bulimia, acompañados a veces de vértigos.

f) Diarreas emergentes en forma de ataques.

g) Ataques de vértigo locomotor.

h) Ataques de las llamadas congestiones; esto es, de aquello a lo que se ha dado el nombre de neurastenia vasomotora.

i) Ataques de parestesia (raras veces sin angustia o un malestar análogo).

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 185

### **Cita:**

(Cfr. sintomatología clínica de la neurosis de angustia): 5) El pavor nocturnus de los adultos, acompañado generalmente de angustia, disnea, sudores, etc., no es, muchas veces, sino una forma del ataque de angustia. Esta perturbación condiciona una segunda forma del insomnio, dentro del cuadro de la neurosis de angustia. Se me he hecho, además, indudable que también el «pavor nocturno» de los niños muestra una forma perteneciente a la neurosis de angustia. El matiz histérico y el enlace de la angustia con la reproducción de un suceso o un sueño adecuados dan al pavor nocturnus de los niños la apariencia de un caso especial. Pero este pavor surge también aislado, sin sueño ni alucinación ningunos.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 186

### **Cita:**

(Cfr. sintomatología clínica de la neurosis de angustia): 6) En el grupo de síntomas de la neurosis de angustia ocupa un lugar sobresaliente el «vértigo», que en su forma más leve es un simple «mareo», y en la más grave, la del «ataque de vértigo», con angustia o sin ella, constituye uno de los más temibles síntomas de la neurosis.

El vértigo de la neurosis de angustia no es un vértigo giratorio, ni permite tampoco hacer resaltar, como el vértigo de Menière, varios planos y direcciones. Pertenece a la forma locomotora o coordinatoria, como el producido por la parálisis de los músculos del ojo, y consiste en un malestar específico, acompañado de la sensación de que el suelo oscila, se hundan en él las piernas y resulta imposible continuar en pie. Las piernas del sujeto tiemblan y se doblan, pesándole como si fuesen de plomo. Sin embargo, este vértigo no provoca la caída del enfermo. En cambio, hemos de afirmar que tal ataque de vértigo puede quedar representado por un ataque de profundo desvanecimiento. Otros estados de desvanecimiento de la neurosis de angustia parecen depender de un colapso cardíaco.

El ataque de vértigo se presenta muchas veces acompañado de angustia de la peor clase y combinado con perturbaciones respiratorias y del corazón. En la neurosis de angustia aparece también, según mis observaciones, el vértigo de las alturas, pero no sé si estará justificado suponer igualmente en estos casos la existencia adjunta de un «vértigo a stomacho laeso».

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 186-187

### **Cita:**

(Cfr. sintomatología clínica de la neurosis de angustia): 7) Sobre la base de la espera angustiosa, por un lado, y por otro de la tendencia a los ataques de angustia y de vértigo, se desarrollan dos grupos de fobias típicas, referente uno a las amenazas fisiológicas generales y otro a la locomoción. Al primer grupo pertenece el miedo a las serpientes, a las tormentas, a la oscuridad, a los insectos, etc.; la exagerada escrupulosidad típica y varias formas de la folie de doute. En estas perturbaciones, la angustia disponible es simplemente utilizada para intensificar repugnancias instintivas, comunes a todos los hombres. Mas, por lo general, la fobia de carácter análogo al obsesivo no emerge hasta el momento en que aparece una reminiscencia de un suceso en que el miedo pudo exteriorizarse; por ejemplo, después de haber sido sorprendido el enfermo por una tormenta en campo raso. No es acertado querer explicar estos casos como mera perduración de una impresión violenta. Lo que da importancia a estos sucesos y hace perdurar su recuerdo es tan sólo la angustia que en ellos surgió y que puede volver a emerger en cualquier momento. O, dicho de otro modo, tales impresiones sólo conservan su fuerza en personas enfermas de «espera angustiosa». El grupo contiene la agorafobia con sus especies secundarias, caracterizadas todas por su referencia a la locomoción. Con frecuencia hallamos aquí, como base de la fobia, un anterior ataque de vértigo, pero no creo deba darse a tales ataques la significación de una premisa indispensable. Hallamos, en efecto, muchas veces que después de un primer ataque de vértigo sin angustia, y no obstante quedar ya la locomoción constantemente afectada de la sensación de vértigo, no experimenta tal función restricción alguna, fallando, en cambio, por completo en determinadas condiciones, tales como la falta de un acompañante o el paso por calles estrechas, etc., cuando el ataque de vértigo fue acompañado de angustia.

La relación de estas fobias con las de la neurosis obsesiva, cuyo mecanismo hemos descrito en nuestro estudio titulado Las neuropsicosis de defensa, es la siguiente: coinciden ambas perturbaciones en el hecho de hacerse obsesiva una representación por su enlace con un afecto disponible, pudiendo así adscribirse a ambas clases de fobias el mecanismo de la transposición del afecto. Pero en las fobias de la neurosis de angustia es este afecto siempre el mismo, la angustia, y no procede de una representación reprimida, demostrándose tan irreducible por medio del análisis psicológico como rebelde a toda acción psicoterápica. Así, pues, el mecanismo de la sustitución no es aplicable a las fobias de la neurosis de angustia.

Ambas clases de fobias (o representaciones obsesivas) se presentan con frecuencia juntas, aunque las fobias atípicas, fundadas en representaciones obsesivas, no

tienen que arraigar necesariamente en el terreno de la neurosis de angustia. Con frecuencia tropezamos con otro mecanismo, aparentemente más complicado, cuando en una fobia originariamente sencilla de la neurosis de angustia es sustituido el contenido de la fobia por otra representación; esto es, cuando la sustitución viene a agregarse, a posteriori, a la fobia. Para tal sustitución se emplean con máxima frecuencia aquellas «medidas preventivas» que primitivamente se ensayaron para combatir la fobia. Así, la obsesión especulativa surge de la aspiración a darse el sujeto a sí mismo una prueba de que no está loco, como la fobia hipocondriaca le afirma. Las vacilaciones y dudas, o más bien repeticiones de la folie de doute, nacen de la duda justificada en la seguridad del propio pensamiento, dado que el sujeto tiene consciencia de la tenacísima perturbación de sus procesos mentales, por la representación obsesiva. Puede, por tanto, afirmarse que también muchos síndromes, tanto de la neurosis obsesiva como de la folie de doute y otras perturbaciones análogas, deben ser adscritos clínicamente, ya que no conceptualmente, a la neurosis de angustia.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 187-188

### **Cita:**

(Cfr. sintomatología clínica de la neurosis de angustia): 8) La actividad digestiva no experimenta en la neurosis de angustia sino muy pocas perturbaciones, pero muy características. No son nada raras sensaciones de náuseas y malestar, y el síntoma de la bulimia puede constituir por sí solo o con otros (congestiones) un ataque de angustia rudimentario. En calidad de perturbación crónica, análoga a la espera angustiada, hallamos la tendencia a la diarrea, que ha dado ocasión a los más originales errores de diagnóstico. Si no me equivoco, es esta diarrea la que Moebius ha señalado a la atención médica en un reciente estudio.

Sospecho además que la diarrea refleja de Peyer, dependiente, según éste autor, de enfermedades de la próstata, no es sino tal diarrea de la neurosis de angustia. La relación refleja es una mera apariencia, desmentida por el hecho de intervenir en la génesis de tales afecciones prostáticas los mismos factores que en la etiología de la neurosis de angustia.

La neurosis de angustia ejerce sobre el estómago y el intestino una influencia contraria a la de la neurastenia.

Los casos mixtos muestran con frecuencia la conocida «alternativa de diarrea y estreñimiento». La poliuria de la neurosis obsesiva es análoga a la diarrea.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 188

### **Cita:**

(Cfr. sintomatología clínica de la neurosis de angustia): 9) Las parestesias que pueden acompañar al ataque de vértigo o angustia resultan interesantes, por asociarse entre sí, como las sensaciones del aura histérica, formando una serie. Pero, al contrario de las histéricas, estas sensaciones asociadas nos parecen atípicas y variables. Otra analogía con la histeria es producida por el hecho de tener también lugar, en la neurosis de angustia, una especie de conversión en sensaciones físicas. Así, un gran número de reumáticos leves, de lo que padecen realmente es de neurosis de angustia. Al lado de este incremento de la sensibilidad al dolor hemos observado en muchos casos de neurosis de angustia una tendencia a las alucinaciones que no puede ser considerada como histérica.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 188-189

### **Cita:**

Para la más precisa exposición de las condiciones etiológicas, bajo las cuales surge la neurosis de angustia, será conveniente separar los casos según el sexo del sujeto. Así, pues, diremos que la neurosis se presenta en las mujeres -abstracción hecha de su disposición- en los casos siguientes:

a) Como angustia virginal o angustia de los adolescentes. Un gran número de observaciones personales me han demostrado que el primer contacto con el problema sexual, en forma de una súbita revelación de lo hasta entonces encubierto, bien por la visión de un acto sexual, bien por una lectura o en una conversación, puede provocar en las adolescentes la emergencia de una neurosis de angustia, combinada casi típicamente con una histeria.

b) Como angustia de las recién casadas. Aquellas recién casadas que en las primeras cohabitaciones han permanecido anestésicas contraen con frecuencia una neurosis de angustia, que desaparece luego cuando la anestesia es sustituida por la sensibilidad normal. Dado que la mayoría de las recién casadas inicialmente anestésicas no contraen, sin embargo, tal neurosis, hemos de considerar necesaria para su aparición la concurrencia de otras condiciones, que más adelante indicaremos.

c) Como angustia de las mujeres cuyos maridos se hallan aquejados de ejaculatio praecox o de grave disminución de la potencia.

d) De aquellas otras cuyos maridos practican el coitus interruptus o reservatus. Estos casos forman uno solo, pues el análisis de numerosos ejemplos nos ha impuesto la convicción de que el factor decisivo es exclusivamente, que la mujer llegue o no a alcanzar en el coito la satisfacción sexual. El caso negativo entraña la condición de la emergencia de la neurosis de angustia. En cambio, aquellas mujeres cuyos maridos padecen de ejaculatio praecox, pero pueden repetir inmediatamente el coito, con mejores resultados, permanecen protegidas contra la neurosis. El congressus reservatus por medio del preservativo no perjudica a la mujer cuando el marido es muy potente y ella rápidamente excitable; pero, en caso contrario, es esta forma del comercio preventivo tan nociva como las demás. El coitus interruptus es casi siempre perjudicial para quienes lo practican, con la circunstancia de que para la mujer sólo es cuando el marido lo realiza sin consideración hacia ella; esto es, interrumpiendo el coito en cuanto siente próxima la eyaculación, sin cuidarse del curso de la excitación en la mujer. Cuando, por el contrario, espera el hombre hasta la satisfacción de la mujer, el coito tendrá para ésta el valor normal; pero, en cambio, será el hombre el que contraerá la neurosis de angustia. Estas afirmaciones me han sido impuestas por los resultados de múltiples observaciones y análisis.



e) Como angustia de las viudas y de las mujeres voluntariamente abstinentes, combinada muchas veces de un modo típico con representaciones obsesivas.

f) Como angustia en el período climatérico, durante la última gran elevación de la necesidad sexual.

Los casos c), d) y e) contienen las condiciones en las cuales la neurosis de angustia ataca más frecuentemente y con mayor independencia de la propensión hereditaria a los sujetos femeninos. Con respecto a estos casos -adquiridos y curables- de neurosis de angustia intentaremos demostrar que la práctica sexual descubierta constituye realmente el factor etiológico de las neurosis.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 189-190

### **Cita:**

Pero antes expondremos las condiciones sexuales de la neurosis de angustia en los hombres, estableciendo los grupos siguientes, todos los cuales tienen en los anteriores, femeninos, sus analogías.

a) Angustia de los abstinentes voluntarios, combinada muchas veces con síntomas de defensa (representaciones obsesivas, histeria). Los motivos en que se funda la abstinencia voluntaria hacen que esta categoría incluya gran cantidad de sujetos hereditariamente predisuestos, originales, etc.

b) Angustia de los hombres que sufren de excitación frustrada (durante el noviazgo) y de aquellas personas que por miedo a las consecuencias del comercio sexual se contentan con tocar o contemplar a la mujer. Este grupo de condiciones, que puede ser transferido sin modificación alguna al otro sexo, proporciona los casos más puros de neurosis.

c) Angustia de los hombres que practican el coitus interruptus. Como ya hemos dicho, el coitus interruptus perjudica a la mujer cuando es practicado sin cuidado alguno por su satisfacción, y, en cambio, al hombre, cuando éste, para conseguir la satisfacción de la mujer, dirige voluntariamente el coito, aplazando la eyaculación. De este modo se hace comprensible que en los matrimonios que practican el coitus interruptus sólo enferme, por lo general, uno de los cónyuges. Por lo demás, el coito interrumpido no produce sino muy pocas veces, en el hombre, una neurosis de angustia pura, siendo, por lo general, su consecuencia una neurosis mixta de neurosis de angustia y neurastenia.

d) Angustia de los hombres en la edad crítica. Hay hombres que pasan, como las mujeres, por un período climatérico, contrayendo una neurosis de angustia al tiempo que declina su potencia y aumenta su libido.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 190

### **Cita:**

Por último, añadiremos dos casos válidos para ambos sexos: a) Los neurasténicos que han contraído su enfermedad a consecuencia de la masturbación caen en la neurosis de angustia en cuanto abandonan tal forma de satisfacción sexual, pues estos sujetos llegan a ser especialmente incapaces de soportar la abstinencia.

Como dato muy importante para la comprensión de la neurosis de angustia haremos constar que sólo en hombres aún potentes y en mujeres no anestésicas adquiere esta perturbación un desarrollo considerable. En los neurasténicos cuya potencia ha quedado gravemente dañada por la masturbación, la neurosis de angustia emergente en caso de abstinencia no adquiere sino muy escaso desarrollo, limitándose casi siempre a la hipocondría y a un ligero vértigo crónico. A las mujeres ha de suponérselas siempre «potentes», pero es también indudable que una mujer verdaderamente impotente, esto es, realmente anestésica, será siempre menos accesible a la neurosis de angustia y resistirá singularmente bien los efectos nocivos indicados.

Por ahora no queremos entrar en la cuestión de hasta qué punto sería exacto suponer entre algunos factores etiológicos y algunos síntomas del complejo de la neurosis de angustia relaciones constantes.

b) La última de las condiciones etiológicas que nos proponemos mencionar no parece, al principio, ser de naturaleza sexual. La neurosis de angustia surge también, en efecto, en los dos sexos, como consecuencia de un surmenage o un esfuerzo agotador; por ejemplo, después de largas vigiliass nocturnas, de una continuada asistencia a un enfermo o incluso de una grave dolencia del propio sujeto.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 191-192

### **Cita:**

(Cfr. algunos análisis del "coitus interruptus" como etiología de la neurosis de angustia...) Todo esto nos lleva a afirmar que la nocividad específica sexual del coito interrumpido, cuando no llega a provocar por sí sola la neurosis de angustia, predispone, por lo menos, a su adquisición. La neurosis de angustia surge entonces en cuanto al efecto latente del factor específico viene a agregarse el de otro factor inocuo. Este último puede representar cuantitativamente el factor específico, pero no sustituirlo cualitativamente. El factor específico permanece siendo siempre el que determina la forma de la neurosis. Espero demostrar también este principio en lo que se refiere a la etiología de otras neurosis.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 193

### **Cita:**

A causa de un sobresalto único puede adquirirse una histeria o una neurosis traumática, nunca una neurosis de angustia. Al principio, viendo resaltar en primer término, entre las causas de la neurosis de angustia, el coitus interruptus, creíamos que la fuente de la angustia continua podía hallarse en el miedo repetidamente experimentado en cada acto carnal de que la técnica preventiva fracasase y se originara un embarazo. Pero más tarde descubrimos que este estado de ánimo del hombre o de la mujer durante el coito interrumpido carece de toda relación con la génesis de la neurosis de angustia, y que las mujeres a las que no asusta la posibilidad del embarazo se hallan tan expuestas a la neurosis como aquellas otras a las que tal posibilidad espanta. El factor decisivo es, única y exclusivamente, la falta de satisfacción que uno de los cónyuges ha de experimentar en la práctica del coito interrumpido.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 193

### **Cita:**

Nuestro descubrimiento del mecanismo de la neurosis de angustia encuentra apoyo en la observación, aún no mencionada, de que en series enteras de casos se inicia la neurosis de angustia con una patente disminución de la libido sexual, del placer psíquico, haciendo que al comunicar a los enfermos que su dolencia proviene de una «satisfacción incompleta», nos respondan todos negando la posibilidad de un tal origen, toda vez que precisamente en los últimos tiempos viven sin experimentar la menor necesidad sexual. Todos estos indicios, o sea, el hecho de tratarse de una acumulación de excitación; el de que la angustia, que probablemente corresponda a dicha excitación acumulada, sea de origen somático, siendo, por tanto, acumulada excitación somática; el de que esta excitación somática sea de naturaleza sexual, existiendo paralelamente una disminución en la participación psíquica en los procesos sexuales; todos estos indicios, repetimos favorecen la sospecha de que el mecanismo de la neurosis de angustia ha de ser buscado en la desviación de la excitación sexual somática, de lo psíquico, y en un consiguiente aprovechamiento anormal de dicha excitación.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 194

### **Cita:**

Dentro de los límites de esta descripción del proceso sexual podemos integrar la etiología, tanto de la neurastenia auténtica como de la neurosis de angustia. La neurastenia surge siempre que la descarga adecuada -el acto adecuado- es sustituida por otra menos adecuada, esto es, siempre que el coito normal en condiciones favorables queda sustituido por la masturbación o la polución espontánea. A la neurosis de angustia llevan todos aquellos factores que impiden la elaboración psíquica de la excitación sexual somática. Los fenómenos de la neurosis de angustia surgen por el hecho de que la excitación sexual somática desviada de la psique se gasta subcorticalmente en reacciones nada adecuadas.

## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 194

### **Cita:**

Intentaremos comprobar ahora si las condiciones etiológicas antes expuestas de la neurosis de angustia dejan reconocer el carácter común que hubimos de atribuirles. Para el hombre hemos fijado como primer factor etiológico, la abstinencia. Consiste ésta en la renuncia al acto específico que en todo otro caso sigue a la libido. Una tal renuncia tendrá dos consecuencias: la acumulación de excitación somática y la desviación de la misma por caminos distintos por los cuales espera hallar una descarga antes que por el que pasa por la psique. Resultará así que la libido disminuirá y se exteriorizará la excitación subcorticalmente en forma de angustia. Cuando la libido no disminuye o es gastada la excitación somática en poluciones espontáneas o cesa de producirse al ser rechazada, puede surgir todo menos una neurosis de angustia. La abstinencia es igualmente el factor eficiente en el segundo grupo etiológico, o sea, en el de la excitación frustrada. El tercer caso, el del coito interrumpido realizado cuidando de que la mujer llegue a la satisfacción; actúa perturbando la disposición psíquica al curso sexual por introducir junto a la labor de dominar el efecto sexual una distinta labor psíquica, produciendo así una desviación de la psique. También esta desviación psíquica hace desaparecer paulatinamente la libido, siguiendo entonces el proceso, a partir de este punto, el mismo curso que en el caso de la abstinencia. La angustia que surge en la edad crítica del hombre precisa distinta explicación. En este caso no hay disminución de la libido, pero, en cambio, tiene lugar, como durante el período climatérico de la mujer, un incremento de la producción de excitación somática tan considerable que la psique resulta relativamente insuficiente para dominarla.



## LA NEURASTENIA Y LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1894

Tomo: I; Páginas: 196

### **Cita:**

Podría preguntárenos aún por qué la falta de capacidad psíquica para dominar la excitación sexual conduce al sistema nervioso al singular estado afectivo, constituido por la angustia. A esta pregunta contestaremos que la psique es invadida por el afecto de angustia cuando se siente incapaz de suprimir por medio de una reacción adecuada un peligro procedente del exterior, y cae en la neurosis de angustia cuando se siente incapaz de hacer cesar la excitación (sexual), endógenamente nacida. Se conduce, pues, como si proyectase dicha excitación al exterior. El afecto y la neurosis a él correspondiente se hallan en íntima relación, siendo el primero la reacción a una excitación exógena, y la segunda, la reacción a la excitación endógena análoga. El afecto es un estado rápidamente pasajero, y la neurosis, un estado crónico, pues la excitación exógena actúa como un impulso único, y la endógena como una fuerza constante. El sistema nervioso reacciona en las neurosis contra una fuente de excitación interior, del mismo modo que en el afecto correspondiente contra una excitación análoga exterior.



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3504

### **Cita:**

Por tanto, no sería desatinado partir de la siguiente idea: La melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de la libido.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3504-3505

### **Cita:**

El primer caso, o sea el cese de la producción de excitación sexual somática (S. S.), probablemente caracterice la verdadera melancolía grave común, que recurre periódicamente, o la melancolía cíclica, en la cual alternan las fases de producción aumentada y detenida. Ahora bien, de acuerdo con nuestra teoría de la masturbación excesiva, cabe admitir que ésta lleva a una excesiva descarga del órgano terminal (T) y con ello a un bajo nivel de estimulación en dicho órgano de modo que afectaría también la producción de tensión sexual somática (S. S.), con el consiguiente déficit permanente de ésta, originando así el debilitamiento del grupo sexual psíquico: he aquí la melancolía neurasténica.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3505-3506

### **Cita:**

El segundo caso, en el que la tensión sexual es apartada del grupo sexual psíquico (S. Ps.), aunque la producción de tensión sexual somática (S. S.) no está disminuida, presupone que dicha tensión sea empleada en otras partes: en el límite [entre lo somático y lo psíquico; véase la Fig. 1.I.]. Esto, empero, es el elemento determinante de la angustia, de modo que este segundo caso concuerda con el de la melancolía ansiosa, una forma mixta de neurosis de angustia y melancolía.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

1895

Tomo: III; Páginas: 3506

### **Cita:**

¿Cómo es que la anestesia desempeña tan importante papel en la melancolía?

De acuerdo con nuestro esquema, existen las siguientes formas de anestesia.

La anestesia consiste siempre en la ausencia de las sensaciones voluptuosas (V.) que deberían ser dirigidas al grupo sexual psíquico una vez transcurrida la acción refleja que descarga el órgano terminal. La magnitud de las sensaciones voluptuosas da la medida de la descarga efectuada.

a) El órgano terminal no está suficientemente cargado, de modo que la descarga por el coito es reducida y V. es muy pequeña; he aquí el caso de la frigidez.

b) La vía de la sensación a la acción refleja está dañada, de modo que la acción no es suficientemente poderosa, caso en el cual también la descarga y la voluptuosidad serán reducidas: éste es el caso de la anestesia masturbatoria, de la anestesia por coito interrumpido, etc.

c) Todo está en orden en el nivel inferior, pero la voluptuosidad no halla acceso al grupo sexual psíquico debido a sus ligazones en otro sentido (con repugnancia-defensa); he aquí la anestesia histérica, enteramente análoga a la anorexia histérica (repugnancia).

¿En qué medida puede, pues, actuar la anestesia como incentivo de la melancolía? En el caso a), el de la rigidez, la anestesia no es la causa de la melancolía, sino un signo de la predisposición a la misma, lo que concuerda con el hecho A) 1) mencionado en el primer párrafo. En otros casos la anestesia es la causa de la melancolía, puesto que el grupo sexual psíquico es fortalecido por el ingreso de sensaciones voluptuosas y debilitado por su ausencia. (Cabe remitir aquí a las teorías generales sobre la «ligadura» de la excitación en la memoria. Con esto hemos tomado en cuenta el hecho A) (2) [\*].

En consecuencia, es posible ser anestésico sin ser melancólico, pues la melancolía está relacionada con la ausencia de excitación sexual somática (S. S.), mientras que la anestesia está relacionada con la falta de voluptuosidad, pero la anestesia es también un índice o un pródromo de la melancolía, dado que el grupo sexual psíquico es debilitado tanto por la ausencia de sensaciones voluptuosas como por la ausencia de tensión sexual somática.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

1895

Tomo: III; Páginas: 3506-3507

### **Cita:**

Cabe preguntarse aquí por qué la anestesia es una característica tan predominante en la mujer. Ello se debe al papel pasivo que ésta desempeña, pues un hombre anestésico no tardaría en renunciar a todo intento de relación sexual mientras que la mujer no tiene elección posible, ya que no se la consulta.

Luego es más susceptible a la anestesia por las dos razones siguientes:

1) Toda su educación está enderezada a no despertar tensiones sexuales somáticas (S. S.), sino a convertir en estímulos psíquicos todas las excitaciones que de otro modo tendrían aquel efecto, de manera tal que la vía punteada que [ver figura] parte del objeto sexual se desvíe totalmente al grupo sexual psíquico. Esto es necesario porque si la tensión sexual somática se reforzara, el grupo sexual psíquico no tardaría en adquirir intermitentemente una potencia tal, que, como sucede en el hombre, pondría al objeto sexual en una posición favorable por medio de una reacción específica. De la mujer se exige, empero, que renuncie al arco de la reacción específica y en cambio adopte acciones específicas permanentes, destinadas a inducir la acción específica en el individuo masculino. De ahí que en ella se procure mantener atenuada la tensión sexual y se cierre en lo posible su acceso al grupo sexual psíquico, supliendo de alguna manera la fuerza indispensable de dicho grupo. Si éste entra en el estado del deseo, es fácil que el mismo se transforme en melancolía cuando el órgano se encuentra en un nivel reducido. El grupo sexual psíquico, de por sí, es poco resistente. He aquí el tipo juvenil e inmaduro de la libido, que las mencionadas mujeres exigentes, pero anestésicas, no hacen sino prolongar hasta la vida adulta [hecho A) 3)].

2) Harto a menudo la mujer aborda el acto sexual o el matrimonio sin amor alguno; es decir, con sólo reducida tensión sexual somática (S. S.) y tensión del órgano terminal. En tal caso es frígida y seguirá siéndolo.

El nivel reducido de tensión en el órgano terminal parece constituir la disposición principal a la melancolía. En tales condiciones todas las neurosis tienden a adoptar el sello de la melancolía. Por consiguiente, mientras los individuos potentes son propensos a la neurosis de angustia, los impotentes se inclinan a la melancolía.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

1895

Tomo: III; Páginas: 3510

### **Cita:**

La mujer se ahorra algo, reprimía algo, y resulta fácil adivinar de qué se trataba. Es probable que realmente se conmoviera por lo que había visto y por el recuerdo de ese episodio. Por consiguiente, lo que evitaba era el autorreproche de ser «una mala mujer»; pero el mismo reproche era el que ahora llegaba a sus oídos desde afuera. Así, el contenido objetivo quedaba inalterado, cambiando únicamente algo en la localización de todo el asunto. En un principio había sido un reproche interno; ahora era una imputación desde el exterior. El juicio sobre sí misma quedaba traspuesto al exterior; la gente decía lo que de otro modo ella se habría dicho a sí misma, con lo cual obtenía cierto beneficio. Habría tenido que aceptar el juicio pronunciado internamente, pero podía rechazar el del exterior. De tal modo, el juicio, el reproche, quedaba apartado del «yo».

La paranoia persigue, pues, el propósito de rechazar una idea intolerable para el yo mediante la proyección de su contenido al mundo exterior. Surgen aquí dos cuestiones: 1) ¿Cómo se logra tal trasposición? 2) ¿Aplícase todo esto también a otros casos de paranoia?

1) La trasposición se realiza muy simplemente, puesto que se trata del abuso de un mecanismo harto común en la vida normal: el mecanismo psíquico de trasposición o proyección. Cada vez que ocurre una modificación interna, podemos optar por atribuirle a una causa interna o a una causa externa. Si algo nos impide elegir el proceso endógeno, recurriremos naturalmente al exógeno. En segundo lugar estamos habituados a que nuestros estados internos queden expuestos a los demás (por la expresión de las emociones). Esto explica el delirio de observación normal y la proyección normal. Son, en efecto, normales, mientras permanezcamos conscientes de nuestra propia modificación interna. Si la olvidamos, empero, restándonos sólo aquel término del silogismo que lleva al exterior, tendremos la paranoia, con su exageración de lo que los demás saben de nosotros y de lo que nos han hecho: ¿Qué saben de nosotros, que ni nosotros mismos sabemos, que no podemos admitir? He aquí, pues, el abuso del mecanismo de proyección con fines defensivos [de rechazo].

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3510

### **Cita:**

Algo muy análogo ocurre en las obsesiones. También el mecanismo de la sustitución es normal. Si la vieja solterona mantiene un perrito faldero o el solterón colecciona estuches de rapé, aquélla no hace sino sustituir su anhelo de un marido y éste su necesidad de... una cantidad de conquistas. Todo coleccionista es un sustituto de Don Juan Tenorio, como también lo es el deportista, el alpinista y otros semejantes. Todos son, en efecto, equivalentes eróticos. También las mujeres los conocen: el tratamiento ginecológico corresponde a esta categoría. Existen dos clases de pacientes femeninos: las unas, que son tan fieles a su médico como a su marido; las otras, que cambian a sus médicos como a sus amantes.



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3511

### **Cita:**

(Otros casos de paranoia) La grande nation no puede aprehender la idea de que ha sido derrotada en la guerra; ergo no ha sido derrotada: la victoria no cuenta. Nos ofrece así un ejemplo de paranoia de masas e inventa el delirio de la traición.

El alcohólico nunca se confesará a sí mismo que la bebida lo ha tornado impotente. Por más alcohol que pueda tolerar, no puede tolerar esta comprensión. Por tanto, la culpable es la mujer: delirio de celos, etc.

El hipocondríaco se resistirá largamente antes de encontrar la clave de sus sensaciones de grave enfermedad. No se concederá a sí mismo que proceden de su vida sexual, pero tendrá la mayor satisfacción en creer que sus padecimientos no son endógenos -según afirma Moebius-, sino exógenos, o sea que lo están envenenando.

El funcionario omitido en la lista de ascensos necesita creer en la conjuración de sus enemigos y en los espías que lo observan en su oficina, pues de lo contrario tendría que admitir su propio fracaso.

No siempre es necesario que en tales circunstancias surja un delirio persecutorio. A menudo, la megalomanía es mucho más eficaz para mantener apartada del yo la noción penosa o desagradable. He aquí, por ejemplo, a la cocinera de belleza marchita que debería acostumbrarse a la idea de haber perdido sus posibilidades de hallar la felicidad en el amor. Tal es el momento oportuno para que surja ese caballero de la casa vecina que, evidentemente, quiere casarse con ella y que se lo hace comprender de manera tan extrañamente tímida, aunque inconfundible.

En todos estos casos la idea delirante es sustentada con la misma energía con que otra idea, intolerablemente penosa, es rechazada fuera del yo. Por consiguiente, estas personas aman su delirio como se aman a sí mismas. En esto reside todo el secreto.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

1895

Tomo: III; Páginas: 3511-3513

### Cita:

Comparemos ahora estas formas de defensa con aquellas que ya conocemos: 1) histeria; 2) ideas obsesivas; 3) confusión alucinatoria; 4) paranoia. Habremos de considerar el afecto, el contenido de la idea y las alucinaciones,

1. Histeria. La idea intolerable no es admitida a la asociación con el yo. Su contenido se mantiene en estado de segregación, ausente de la consciencia, mientras que su afecto es desplazado, por conversión, a la esfera somática...

2. Idea obsesiva. Tampoco aquí la idea intolerable es admitida a la asociación [con el yo]. El afecto se conserva; pero el contenido es sustituido.

3. Confusión alucinatoria. La totalidad de la idea intolerable- tanto su afecto como su contenido- es excluida del yo, lo que sólo es posible al precio de un desprendimiento parcial del mundo exterior. El sujeto recurre a las alucinaciones porque éstas son gratas al yo y prestan apoyo a la defensa.

4. Paranoia. En oposición directa al caso anterior, el contenido, tanto como el afecto de la idea intolerable, se conservan, pero son proyectados al mundo exterior. Las alucinaciones, que ocurren en algunas formas, son hostiles al yo, no obstante lo cual apoyan la defensa.

En las psicosis histéricas, por el contrario, son precisamente las ideas rechazadas las que adquieren predominio. Pueden adoptar el tipo paroxístico o el de *état secondaire* [\*]. Las alucinaciones son hostiles al yo.

La idea delirante es, ya el calco, ya lo contrario de la idea rechazada (por ejemplo, en la megalomanía). La paranoia y la confusión alucinatoria son las dos psicosis de obstinación o desafío. Las «autorreferencias» de la paranoia son análogas a las alucinaciones de la confusión, que pretenden imponer precisamente lo opuesto del hecho rechazado. Así, la autorreferencia siempre trata de demostrar que la proyección es correcta.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3516

### **Cita:**

He tenido una cantidad inhumana de trabajo, y después de diez u once horas diarias de continua dedicación a mis neuróticos, me sentí incapaz de tomar la pluma para escribirte aun la más breve carta, a pesar de lo mucho que tendría que decirte. El motivo principal fue, empero, el siguiente: un hombre como yo no puede vivir sin un caballito de batalla, sin una pasión dominante, sin un tirano, para decirlo con las palabras de Schiller. Encontré, por fin, ese tirano, y ahora no conozco límites para servirle. Mi tirano es la psicología, esa psicología que fue siempre mi meta, lejana, pero cautivante, y que ahora, desde que di con las neurosis, se me ha tornado tan próxima. Dos ambiciones me atormentan: primero, averiguar cuál será la teoría del funcionalismo psíquico si se introduce el enfoque cuantitativo, una especie de economía de la energía nerviosa, y segundo, extraer de la psicopatología cuanto pueda ser útil para la psicología normal.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3517

### **Cita:**

He vuelto a fumar (después de catorce meses de abstinencia) porque sentía la incesante necesidad de hacerlo y porque me conviene tratar bien a ese sujeto psíquico que llevo dentro, pues, de lo contrario, no me trabaja. Le estoy exigiendo mucho últimamente, la mayoría de las veces la carga es casi sobrehumana.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3518

### **Cita:**

La psicología es realmente un calvario: jugar a los bolos o juntar hongos en el bosque son, por cierto, pasatiempos mucho más sanos. Realmente, yo sólo quería explicar la defensa; pero me encontré explicando algo que pertenece al núcleo mismo de la Naturaleza. He tenido que elaborar los problemas de la cualidad, el dormir, la memoria: en suma, la psicología entera. Ahora no quiero saber nada más de toda la cuestión.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3519

### **Cita:**

Naturalmente, queda aún por verse qué parte de este progreso volverá a esfumarse ante una inspección más detenida. En todo caso, tú me has dado el poderoso impulso necesario para poder tomar en serio todo este asunto.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3520

### **Cita:**

Ahora, en cuanto a los dos cuadernos. Los he emborronado de corrido después de mi regreso, y supongo que contendrán poco de nuevo para ti. Tengo un tercer cuaderno que trata de la psicopatología de la represión, pero todavía no está listo para enviártelo, pues sólo expone el tema hasta cierto punto. A partir del mismo me vi obligado a comenzar todo de nuevo en borradores, labor en la cual me sentí alternativamente orgulloso y feliz, o avergonzado y deprimido, hasta que ahora, después de un exceso de tormentos mentales, tengo que confesarme, dominado por la apatía, que las cosas todavía no concuerdan y que quizá nunca lleguen a concordar. Lo que no se ajusta no es el propio mecanismo del asunto -respecto de eso, yo tendría la mayor paciencia-, sino la explicación de la represión, en cuyo conocimiento clínico he hecho, por otra parte, grandes progresos.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3520

### **Cita:**

Asómbrate si quieres, pero entre otras cosas sospecho lo siguiente: que la histeria está condicionada por una experiencia sexual primaria (anterior a la pubertad) acompañada por repulsión y susto, mientras que la neurosis obsesiva estaría condicionada por la misma experiencia, pero vivida con placer.





## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3520

### **Cita:**

Tampoco quiero leer nada, pues se me llena la cabeza de nuevas ideas y se me malogra el placer de descubrirlas. En suma, no soy más que un pobre ermitaño.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3520

### **Cita:**

¡Qué corresponsal tan loco debo parecerse! Durante dos semanas enteras estuve preso de una fiebre de escribir y creía haber apresado ya el secreto, pero ahora sé que no lo tengo todavía en las manos y he vuelto a dejar de lado todo el asunto. Sin embargo, pude aclarar, o por lo menos discernir un tanto o, muchas cosas, y no desespero de alcanzar la meta. ¿Te he revelado ya, verbalmente o por escrito, el gran secreto clínico? Helo aquí: La histeria es la consecuencia de un «shock» sexual presexual, mientras que la neurosis obsesiva es la consecuencia de un placer sexual presexual, que más tarde se transforma en autorreproche.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3521

### **Cita:**

Naturalmente, no tuve un solo momento libre para ocuparme de tu Hemicránea, pero no desespero de hacerlo. He vuelto a abandonar por completo el tabaco para no tener nada que reprocharme en vista de mi mal pulso y para librarme de la horrenda lucha contra el deseo después del cuarto o quinto cigarros: prefiero combatirlo ya desde el primero. Es probable que la abstinencia sea otra de esas cosas que no contribuye precisamente a un estado de satisfacción psíquica.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3521-3522

### **Cita:**

Tu juicio acerca de la solución de la histeria y la neurosis obsesiva me ha deparado, naturalmente, una tremenda alegría. Ahora sígueme escuchando. Durante una noche muy activa de la semana pasada, cuando me hallaba presa de ese estado de doloroso malestar que representa la condición óptima para mi actividad cerebral, las barreras se levantaron de pronto, los velos cayeron y mi mirada pudo penetrar de golpe desde los detalles de las neurosis hasta las condiciones mismas de la consciencia. Todo parecía encajar en el lugar correspondiente; los engranajes ajustaban a la perfección y el conjunto semejaba realmente una máquina que de un instante al otro podríase echar a andar sola. Los tres sistemas de neuronas, los estados «libre» y «ligado» de cantidad, los procesos primario y secundario, las tendencias principal y transaccional del sistema nervioso, las dos reglas biológicas de la atención y de la defensa, los signos de cualidad, realidad y pensamiento, el estado del grupo psicosexual -la determinación sexual de la represión y, finalmente, las condiciones de la consciencia como función perceptiva-; ¡todo eso concordaba y concuerda todavía hoy! Es natural que apenas pueda contenerme de alegría.

Si hubiese esperado dos semanas más para comunicarte todo esto, habría resultado mucho más claro; pero fue sólo en el intento de anotarlo para comunicártelo que el asunto se me aclaró por completo; así, tenía que ser de este modo o de ningún modo. Lo lamentable es que ahora ya no tendré mucho tiempo para darle una redacción ordenada. Los tratamientos comienzan, y Parálisis infantiles, que no me interesa para nada, urge su terminación. Con todo, anotaré algunas cosas para ti: los postulados cuantitativos, de los cuales habrás de inferir lo característico del movimiento neuronal, y un planteamiento de la neurastenia-neurosis de angustia de acuerdo con las premisas de la teoría.



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3526

### **Cita:**

¿Ya te he escrito que las ideas obsesivas son siempre autorreproches, tal como la histeria arraiga siempre en un conflicto (entre el placer sexual y el displacer que puede acompañarlo)?



## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3526

### **Cita:**

No es posible prescindir de los hombres que tienen la audacia de pensar lo nuevo aun antes de poder señalar dónde está.

## LOS ORÍGENES DEL PSICOANÁLISIS

**1895**

Tomo: III; Páginas: 3529

### **Cita:**

Tus cartas, como, por ejemplo, la última, contienen un cúmulo de intuiciones y nociones científicas acerca de las cuales nada puedo decirte, desgraciadamente, salvo que me fascinan y me dejan anonadado. El pensamiento de que ambos estamos trabajando en una misma obra es por ahora el más feliz que podría concebir. Veo cómo has emprendido el largo rodeo a través de la medicina para materializar tu primer ideal -la comprensión fisiológica del hombre-, tal como yo abrigo secretamente la esperanza de alcanzar, por la misma vía, mi objetivo original, la filosofía. Tal fue, en efecto, mi ambición primera, cuando todavía no había llegado a comprender para qué me encontraba en el mundo.

## CRÍTICA DE LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1895

Tomo: I; Páginas: 199

### **Cita:**

...A continuación intenté encerrar en una breve fórmula la característica de las faltas sexuales que constituyen la etiología de las neurosis de angustia, y apoyándome en mi concepción del proceso sexual (véase el estudio citado), obtuve la conclusión de que la neurosis de angustia tenía por causa todo aquello que desviaba de lo psíquico la tensión sexual somática, perturbando su elaboración psíquica. Pasando a las circunstancias concretas en las cuales se realiza este principio, resultó entonces que los factores etiológicos específicos de los estados denominados por mí «neurosis de angustia» eran la abstinencia voluntaria o involuntaria, el comercio sexual sin satisfacción completa, el coito interrumpido, la desviación del interés psíquico de la sexualidad, etc.



**CRÍTICA DE LA NEUROSIS DE ANGUSTIA****1895**

Tomo: I; Páginas: 200

**Cita:**

...El sobresalto provocaría una histeria o una neurosis traumática, pero nunca una neurosis de angustia. Esta negación no es sino la contrapartida de mi afirmación de contenido positivo de que la angustia en mi neurosis correspondía a una tensión sexual somática desviada de lo psíquico, que de otro modo hubiera actuado como el libido.

## CRÍTICA DE LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1895

Tomo: I; Páginas: 203

### **Cita:**

...Se me concederá fácilmente que existen factores etiológicamente eficaces que, para producir su efecto, tienen que actuar con una determinada intensidad (o cantidad) y durante un cierto espacio de tiempo, siendo, por tanto, factores que actúan por acumulación. El efecto del alcohol es un ejemplo de una tal causación por acumulación. En consecuencia, habrá de existir un período de tiempo en el que la etiología específica se halla absorbida en su trabajo, sin que su efecto se haga común, manifiesto. Durante este tiempo el sujeto no está aún enfermo, pero sí propenso a una determinada enfermedad; en nuestro caso, la neurosis de angustia, y el sobrevenir cualquier factor corriente, hará emerger la neurosis del mismo modo que la hubiera hecho surgir una intensificación de la acción del factor específico. Esto mismo puede expresarse también en la forma siguiente: no basta la existencia del factor específico etiológico; es necesario que exista en cierta cuantía, y para alcanzar este nivel puede ser sustituida una cantidad de factor específico por una cantidad de factor vulgar. Si este último desaparece luego, el nivel vuelve a descender, y los fenómenos patológicos desaparecerán también. Toda la terapia de las neurosis reposa en la posibilidad de hacer descender por bajo del límite el nivel de la carga que gravita sobre el sistema nervioso por medio de diversas influencias ejercidas sobre la mezcla etiológica. Pero de esta circunstancia no puede deducirse conclusión alguna sobre la existencia o la falta de una etiología específica.

**CRÍTICA DE LA NEUROSIS DE ANGUSTIA****1895**

Tomo: I; Páginas: 204

**Cita:**

...existe, para la neurosis de angustia, un factor etiológico específico cuya acción puede ser reemplazada cuantitativamente por influencias nocivas vulgares, pero nunca sustituida cualitativamente. Este factor específico determina, sobre todo, la forma de la neurosis, mientras que la emergencia o la falta de la enfermedad neurótica dependen de la carga total que pesa sobre el sistema nervioso (en proporción con su capacidad para soportarla). Por lo regular, las neurosis se muestran sobredeterminadas, actuando en sus etiologías variados factores.

## CRÍTICA DE LA NEUROSIS DE ANGUSTIA

1895

Tomo: I; Páginas: 207

### **Cita:**

Llamamos condiciones a aquellos factores faltando los cuales no surgiría nunca el efecto, pero que son incapaces de producirlo por sí solos, cualquiera que sea su magnitud. Es necesario que se agregue a ellos la causa específica.

Esta causa específica es aquella que no dejamos jamás de hallar en los casos de emergencia del efecto, bastándole para producirlo alcanzar una cierta intensidad o cantidad, siempre que las condiciones se encuentren cumplidas.

Causas concurrentes son aquellos factores que no siendo indispensables ni pudiendo producir por sí solos el efecto, cualquiera que sea su intensidad, colaboran con las condiciones y la causa específica en el cumplimiento de la acuación etiológica. (Cfr. Ejemplos).