

## **Consideraciones teóricas**

Josef Breuer

PARTE IIIª de la  
versión alemana original de  
los “ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA” (1895)  
(BREUER y FREUD)

En la “Comunicación preliminar”, introducción a estos “Estudios”, hemos expuesto las conclusiones a las que nos hemos visto llevados por nuestras observaciones y creo que, en lo fundamental, son las que podemos mantener. Pero la “Comunicación preliminar” es tan corta y concisa que a lo sumo apenas pudo insinuarse lo que queríamos decir. Ahora que los historiales clínicos han agregado elementos a nuestras conclusiones, permítasenos exponerlas con más detalle. Naturalmente, no se debe ni se puede tratar aquí “el todo de la histeria”. Pero aquellos puntos que en la “Comunicación preliminar” han sido insuficientemente fundamentados o muy débilmente destacados, deberán recibir aquí un tratamiento algo más profundo, más claro, y también más delimitador.

En estas consideraciones se hablará muy poco del cerebro y para nada de las moléculas. Los procesos psíquicos habrán de ser tratados en el lenguaje de la psicología y, ciertamente, tampoco podría ser de otro modo. Si en lugar de “representación”, habláramos de “excitación cortical”, esta expresión sólo tendría sentido para nosotros si reconociéramos, bajo este disfraz, a nuestra vieja conocida, y así estaríamos restituyendo, tácitamente, la “representación”.

En tanto que las representaciones son los objetos constantes de nuestra experiencia y nos son bien conocidas en todos sus matices, la “excitación cortical” no es para nosotros más que un postulado, objeto de futuro y esperado reconocimiento. Esta sustitución de términos nos parece una mascarada inútil. De modo que el uso casi exclusivo de una terminología psicológica habrá de ser disculpado.

También por otra cosa debo pedir previamente indulgencia. Cuando una ciencia progresa rápidamente, los pensamientos pronunciados al comienzo por unos pocos, velozmente se convierten en dominio público. Así nadie que hoy trate de exponer sus consideraciones sobre la histeria y su base psíquica, puede evitar utilizar y repetir toda una serie de pensamientos ajenos, justamente aquellos que están pasando de la propiedad individual al uso público. Apenas es posible volver a constatar quién los pronunció primero y también existe el peligro de que se tenga por producto propio lo que ya ha sido dicho por otros.

Deberá disculparse entonces, si se aportan pocas citas y no se establece una distinción severa entre lo propio y lo ajeno. La originalidad es la menor de las pretensiones de lo que se expone en las páginas que siguen.

## 1. ¿SON IDEÓGENOS TODOS LOS FENÓMENOS HISTÉRICOS?

En la “Comunicación preliminar” hablamos del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos y no de la “histeria”, porque no pretendíamos una validez ilimitada para aquél ni para la teoría psíquica de los síntomas histéricos en general. No creemos que todas las manifestaciones de la histeria se originen del modo expuesto por nosotros, tampoco que todas sean *ideógenas*, es decir, condicionadas por representaciones. En ello diferimos con *Moebius* (1) que en 1888 propuso esta definición: “Son histéricas todas aquellas manifestaciones patológicas causadas por representaciones”. Más tarde esta frase fue clarificada en el sentido de que solamente una parte del contenido de los fenómenos patológicos corresponde a las representaciones causales, la originada por hetero y autosugestión; por ejemplo, cuando la representación de no poder mover el brazo condiciona la parálisis del mismo. Otra parte de los fenómenos histéricos también es causada por representaciones, pero ellas no se

corresponden por su contenido; por ejemplo, cuando en una de nuestras observaciones, la parálisis del brazo fue generada por ver objetos parecidos a víboras.

*Moebius* no está proponiendo con esta definición una posible modificación de la nomenclatura, de manera que en adelante sólo los fenómenos patológicos ideógenos, condicionados por representaciones, sean llamados histéricos; sino que - propone que todas las manifestaciones patológicas histéricas son ideógenas. "Puesto que muy a menudo las representaciones son causa de manifestaciones histéricas, creemos que siempre lo son". Lo llama inferencia por analogía; yo preferiría llamarlo generalización, cuya justificación primero debe ser investigada.

Evidentemente, antes de toda discusión, debe determinarse qué es lo que se entiende por histeria. Considero la histeria como un cuadro clínico hallado empíricamente por la observación, del mismo modo que la tisis pulmonar tuberculosa. Estos cuadros clínicos logrados empíricamente se hacen más precisos, profundos y claros mediante el progreso de nuestros conocimientos, pero no por ello deben ni pueden ser destruidos. La investigación etiológica ha mostrado que diversos procesos parciales de la tisis pulmonar son condicionados por causas patológicas diferentes; el tubérculo por el bacilo de Koch; la desintegración tisular, la excavación, la fiebre séptica, por otros microbios. A pesar de ello la tisis tuberculosa sigue siendo una unidad clínica y sería incorrecto destruirla atribuyéndole solamente las modificaciones tisulares "específicamente tuberculosas", causadas por el bacilo de Koch, pretendiendo independizarlas de las otras. Del mismo modo debe conservarse la unidad clínica de la histeria, aun cuando resultara que sus manifestaciones sean condicionadas por causas diversas, unas por un mecanismo psíquico y otras sin tal.

Mí convicción es de que realmente es así. Que sólo una parte de los fenómenos histéricos es ideógena y que la suposición de la definición de *Moebius* desgarrar por el medio la unidad clínica de la histeria, aun también la unidad de un mismo síntoma en un mismo enfermo.

Sería una inferencia totalmente análoga a la inferencia por analogía de

*Moebius*: “Porque muy a menudo son representaciones y percepciones las que provocan la erección, suponemos que solamente ellas lo hacen y que los estímulos periféricos sólo desencadenan este proceso vasomotor siguiendo un rodeo a través de la psiquis”.

Sabemos que esto sería un error y sin embargo esta conclusión estaría sustentada por tantos hechos como la frase de *Moebius* referente a la histeria. En analogía con gran número de procesos fisiológicos, tales como la secreción salival y lacrimal, las modificaciones de la actividad cardíaca, etc., es de suponer como posible y aun como probable que un mismo proceso pueda ser desencadenado tanto por representaciones como por estímulos no psíquicos, periféricos y otros. Lo contrario deberá ser demostrado y para ello aún falta mucho. Parece seguro entonces que muchos de los fenómenos llamados histéricos no son provocados sólo por representaciones.

Consideremos un caso muy cotidiano. Una mujer presenta con cada afecto un eritema en su cuello, pecho y cara, primero macular, luego confluyente. Esto está condicionado por representaciones y por lo tanto, según *Moebius*, es un fenómeno histérico. Sin embargo el mismo eritema aparece, con menor extensión, al irritar la piel, al contacto, etc. Esto no sería, entonces, histérico. Así un fenómeno totalmente unitario pertenecería una vez a la histeria y la otra vez no. Se puede dudar si el eretismo vasomotor puede ser incluido entre las manifestaciones histéricas específicas o si es mejor atribuirlo al simple “nerviosismo”. Pero según *Moebius* correspondería que se hiciera este desdoblamiento de un proceso unitario y sólo el eritema determinado afectivamente debería ser llamado histérico.

Exactamente lo mismo acontece con las algias histéricas, tan importantes en la práctica. Muy frecuentemente ellas están condicionadas por representaciones; siendo “alucinaciones de dolor”. Si las examinamos más de cerca se observa que para su producción no es suficiente la gran vivacidad de la representación, sino que exige un estado anormal del aparato receptor y conductor del dolor, del mismo modo como la producción del eritema afectivo exige la excitabilidad anormal de los vasos motores. Ciertamente la expresión “alucinación del dolor” describe de un modo muy preciso la presencia de esta

neuralgia, pero ella también nos obliga a transferirle las conclusiones que nos hemos formado referentes a la alucinación en general. No es éste el lugar para discutirlo en detalle. Yo me suscribo a la opinión de que la “representación”, la imagen mnémica sola, sin excitación del aparato perceptor, no alcanza jamás, ni siquiera en su mayor vivacidad e intensidad, el carácter de excitación objetiva que provoca la alucinación. (2)

Esto es valedero para las alucinaciones sensoriales y más aun para las del dolor. Parece que al sano no le es posible proporcionar al recuerdo de un dolor corporal aquella vivacidad, aquella aproximación a la lejana sensación real que puede ser lograda en las imágenes mnémicas ópticas y acústicas. Pienso que aun en el estado alucinatorio normal del sano, durante el sueño, nunca se sueñan dolores, a menos que estén presentes sensaciones dolorosas reales. La excitación “retrógrada” (\*) del aparato de percepción mediante representaciones que parten del órgano de la memoria es, por lo tanto, en principio, aun más dificultosa para el dolor que para las sensaciones visuales y auditivas. Desde que en la histeria las alucinaciones de dolor aparecen con tanta facilidad, debemos admitir una excitabilidad anómala del aparato perceptor del dolor.

Esta no aparece sólo mediante representaciones, sino también estimulada por excitaciones periféricas, exactamente del mismo modo como el eretismo vasomotor antes considerado.

Observamos diariamente que en la persona normal desde el punto de vista nervioso, los dolores periféricos son causados en otros órganos por procesos patológicos por sí mismos no dolorosos; así el dolor de cabeza por modificaciones relativamente insignificantes de la nariz y de los senos; neuralgias de los nervios intercostales y branquiales a partir del corazón, etc. Si en un enfermo existe esa excitabilidad anormal que debemos admitir como condición de las alucinaciones de dolor, la misma está, por así decirlo, a disposición de las irradiaciones recién mencionadas. Las que se producen en el sujeto no nervioso se hacen más intensas y se crean las mismas irradiaciones que

---

\* [Según J. Strachey, la idea de la naturaleza regresiva de la alucinación fue adoptada por Freud en su discusión sobre los sueños, en su “Proyecto” póstumo. Volverá a encontrarse en el capítulo séptimo de la “Interpretación de los sueños”, donde se usará el término “regresión”] [T.].

encontramos en el enfermo nervioso, las que después de todo están basadas sobre el mismo mecanismo que aquéllas. Así, creo, los dolores ováricos dependen de los estados del aparato genital. El que sean mediados psíquicamente habría que demostrarlo, y no es suficiente que este dolor pueda ser provocado como alucinación en la hipnosis o que los dolores ováricos puedan ser también de origen psíquico. Se produce como el eritema, o como una de las secreciones normales, tanto por causas psíquicas como puramente somáticas. ¿Es que habremos de llamar histérica a la primera de las modalidades, aquella de la que conocemos un origen psíquico?

En ese caso el dolor ovárico habitualmente observado debería eliminarse del complejo sintomático histérico, lo que difícilmente podría ser pertinente.

Si luego de un traumatismo articular leve aparece paulatinamente una grave neurosis articular, este proceso seguramente contendrá un elemento psíquico: la concentración de la atención en la parte lesionada que incrementa la excitabilidad de las vías nerviosas correspondientes; sin embargo, esto no puede formularse diciendo que la hiperalgesia ha sido condicionada por representaciones.

Lo mismo sucede con la “disminución” patológica de la sensación. Resulta categóricamente indemostrado e improbable que la analgesia generalizada o la analgesia sin anestesia de algunas partes del cuerpo sean causadas por representaciones. Aun cuando se confirmara plenamente el descubrimiento de *Binet* y *Janet* de que la hemianestesia es provocada por un estado psíquico particular, la escisión (†) de la psiquis, sería por cierto un fenómeno psicógeno, pero no ideógeno, y por lo tanto, según *Moebius*, no debiera llamarse histérico.

Si por todo esto no podemos admitir que un gran número de fenómenos histéricos característicos sean ideógenos, parece correcto reducir el enunciado

---

\* Nota de los Traductores: Hemos encontrado que el término alemán “Spaltung” corresponde más adecuadamente a la expresión castellana de “escisión”. Las traducciones francesas usan preferentemente el término “clivage”; las inglesas el de “dissociation”.

de Moebius. No decimos: son histéricas aquellas manifestaciones patológicas que han sido causadas por representaciones”, sino solamente: *muchos de los fenómenos histéricos, probablemente muchos más de los que hoy en día conocemos, son ideógenos*. La modificación patológica fundamental común que hace posible que tanto representaciones como estímulos no psicológicos actúen en forma patógena, es una excitabilidad anormal del sistema nervioso (3). Hasta dónde aquella misma puede ser también de origen psíquico, es otra cuestión.

Si sólo algunos de los fenómenos histéricos podrían ser ideógenos, lo serían justamente aquellos que pueden ser llamados específicamente histéricos y su investigación, el descubrimiento de su origen psíquico, constituye el más importante paso y reciente progreso en la teoría de la enfermedad. Se plantea ahora la cuestión: ¿Cómo se producen, cuál es el “mecanismo psíquico” de estos fenómenos?

Frente a esta pregunta los dos grupos de síntomas ideógenos separados por Moebius se comportan en forma esencialmente distinta. En aquel grupo en el que los fenómenos patológicos se corresponden por su contenido con la representación *provocadora*, ellos son relativamente comprensibles y transparentes. El que la representación de una voz oída no solamente provoque el tenue eco del “oído interior” como en el sano, sino que sea percibida alucinatoriamente como una sensación auditiva objetiva, corresponde a fenómenos conocidos de la vida sana (ensueños), y es bien comprensible bajo la suposición de una excitabilidad anormal. Sabemos que en cada movimiento voluntario la representación del resultado a lograr es lo que desencadena la contracción muscular correspondiente; no es completamente incomprensible entonces que la representación de que este movimiento es imposible inhiba el movimiento (parálisis por sugestión).

Se comportan de otro modo los fenómenos que no poseen una correlación lógica con la representación determinante. (También para éstos la vida normal

ofrece analogías, por ejemplo, el ruborizarse.)

¿Cómo se producen? ¿Por qué en el enfermo determinada representación desencadena un movimiento o alucinación que no corresponde y es totalmente irracional y por qué justamente ése?

En base a nuestras observaciones creímos poder expresar algo en la “Comunicación preliminar” sobre esta relación causal. Sin embargo, en nuestra exposición hemos introducido y utilizado sin más, el concepto “de excitación que defluye o debe ser abreaccionada”. Este concepto, de fundamental importancia para nuestro tema y para la teoría de las neurosis, parecería exigir y merecer una investigación más profunda. Antes de pasar a ésta, debo pedir disculpas de que se vuelva a retroceder aquí a problemas básicos del sistema nervioso. Tal “descenso a las madres” (\*) siempre provoca cierta opresión. Pero la tentativa de desenterrar la raíz de un fenómeno conduce siempre a problemas básicos que no pueden ser evitados. En consecuencia, pido indulgencia por lo abstruso de las discusiones que siguen.

## **2. LA EXCITACIÓN TÓNICA INTRACEREBRAL. LOS AFECTOS**

A. — Conocemos dos estados extremos del sistema nervioso central: el dormir sin sueños y la vigilia lúcida. Entre ambos se producen todas las gradaciones de lucidez decreciente. No nos interesa aquí la cuestión de la finalidad de la fundamentación física del dormir (sus condiciones químicas o vasomotoras), sino la diferencia esencial entre ambos estados.

Del dormir más profundo, sin sueños, nada podemos referir directamente,

---

\* [Una alusión a las misteriosas investigaciones de Fausto (en Goethe: “Fausto”, parte II, acto 1)]  
[T.].



puesto que, justamente debido a la situación de completa inconciencia, queda excluida toda observación y experiencia. Del estado vecino, del dormir y soñar, sabemos que en él pretendemos realizar movimientos voluntarios, hablamos, caminamos, etc., sin que por ello se desencadenen las contracciones musculares voluntarias correspondientes, como sucede en la vigilia;• que los estímulos sensitivos quizás sean percibidos (ya que frecuentemente aparecen en los sueños), pero no son apercibidos, es decir que no se transforman en percepciones concientes; que contrariamente a lo que sucede en la vigilia, de las representaciones que surgen no todas se actualizan con sus correspondientes representaciones presentes en la conciencia potencial, sino que gran número de ellas permanecen sin excitar (tal como si habláramos con un muerto sin acordarnos de su muerte); también que representaciones incompatibles pueden coexistir simultáneamente, sin inhibirse recíprocamente como en la vigilia; que asimismo las asociaciones se realizan en forma defectuosa e incompleta. Bien podemos suponer que en el dormir más profundo este corte de la conexión entre los elementos psíquicos debe ser aun más completo.

Frente a esto, durante la vigilia lúcida, cada acto de voluntad desencadena el movimiento correspondiente, las impresiones sensitivas se convierten en percepciones, las representaciones se asocian con todo el patrimonio de la conciencia potencial. El cerebro es entonces una unidad que trabaja en completa correlación interna.

Puede que sea apenas una transcripción de los hechos decir que en el sueño las vías de conexión y de conducción del cerebro no se encuentran totalmente viables para la excitación de los elementos psíquicos (¿células corticales?), tal como sucede en el estado de vigilia.

La existencia de estos dos estados distintos en las vías de conducción probablemente se hace incomprensible sólo a través de la hipótesis de que durante la vigilia, éstas se encuentran en estado de excitación tónica (tétano intercelular de *Exner*); que esta *excitación tónica intracerebral* condiciona su capacidad de conducción y que su descenso y desaparición provoca justamente el estado del dormir.

No debiéramos representarnos una vía de conducción cerebral como un hilo telefónico, que sólo se encuentra excitado eléctricamente cuando debe funcionar, es decir, transmitir una señal, sino como aquellos conductores telefónicos a través de los cuales fluye constantemente una corriente galvánica y que se vuelven inexcitables cuando ésta desaparece. O mejor quizás pensemos en una instalación eléctrica muy ramificada, para iluminación y transmisión de fuerza motriz; se le pide que cada lámpara y cada máquina pueda ser puesta en funcionamiento nuevamente mediante el establecimiento de un contacto. Para hacer esto posible debe existir, en toda la red de conducción y aun durante el reposo funcional, a los efectos de una prontitud para el trabajo, una cierta tensión y para ello el dínamo exige cierta energía. Del mismo modo existe un cierto grado de excitación en las vías de conducción del cerebro vigil, en reposo, pero pronto para el trabajo (4).

A favor de esta interpretación habla el hecho de que la vigilia misma, aun sin realizar trabajo, fatiga y da origen a la necesidad de dormir, generando ya de por sí un consumo de energía.

Imaginemos una persona en una expectativa tensa, pero no restringida a un territorio sensorial. Estamos en presencia de un cerebro en reposo, pero pronto para funcionar. Bien podemos suponer que en éste todas las vías de conducción se encuentran en estado de máxima capacidad de conducción, en excitación tónica. Significativamente, el uso llama justamente a este estado: *tensión*. La experiencia enseña cuánta fatiga y cuánto esfuerzo demanda este estado, aun cuando en realidad, de hecho, en el momento no se realiza ningún trabajo psíquico o motor.

Este es un estado de excepción que justamente, por el gran consumo de energía, no puede ser soportado por mucho tiempo. Pero también el estado normal de vigilia lúcida demanda cierta cantidad de excitación intracerebral en cantidades variables dentro de límites no muy amplios; y todos los niveles desde la vigilia hasta la somnolencia y el sueño completo corresponden a grados de excitación inferiores.

Un real trabajo del cerebro seguramente requiere un consumo energético mayor que la mera disponibilidad para el trabajo (del mismo modo como la instalación eléctrica tomada como ejemplo debe hacer fluir una cantidad mayor de energía eléctrica en los conductores, cuando se conectan muchas lámparas o máquinas). En la función normal no se libera más energía que la que es consumida de inmediato durante la actividad. Sin embargo el cerebro se comporta como una instalación de capacidad de rendimiento limitada, que no podría producir simultáneamente grandes cantidades de luz y de trabajo mecánico. Cuando trabaja la transmisión de fuerzas queda poca energía disponible para la iluminación y viceversa. Vemos así que durante el esfuerzo muscular resulta imposible pensar en forma continuada, que la concentración en un terreno sensorial hace disminuir la capacidad de rendimiento de otros órganos cerebrales, que, en resumen, el cerebro trabaja con una cantidad de energía variable pero limitada.

La distribución desigual de la energía seguramente es causada por la “facilitación atencional” (*Exner*), incrementándose la conductibilidad de las vías utilizadas descendiendo la de las otras, de tal modo que se llega a una distribución irregular de la “excitación tónica intracerebral” en el cerebro funcionante (5).

Despertamos a un durmiente, es decir aumentamos súbitamente el cuántum de su excitación tónica intracerebral, haciendo actuar sobre él un vivo estímulo sensorial. No está claro si las modificaciones de la circulación sanguínea cerebral actúan como eslabones esenciales de la cadena causada, es decir, si los vasos se dilatan primariamente por el estímulo o si ello es la consecuencia de la excitación de los elementos cerebrales. Pero es seguro que el estado de excitación que penetra por una puerta sensorial se expande sobre el resto del cerebro, se difunde y lleva a todas las vías de conducción a un estado de mayor facilitación.

Aún resulta totalmente oscuro cómo tiene lugar el despertar espontáneo; si siempre la misma zona cerebral entra en estado de excitación vigil y ésta se difunde de allí, o si una vez uno y otra vez otro grupo de elementos funcionan como despertadores. Sin embargo, el despertar espontáneo, que se produce

también en el silencio y oscuridad completos sin estímulos externos, demuestra que el desarrollo de energía, tiene su origen en el proceso vital de los elementos cerebrales mismos.

El músculo sin estimular permanece en reposo independientemente de cuánto tiempo ha estado así y aunque haya acumulado el máximo de la fuerza tensional. No así los elementos cerebrales. Seguramente con razón suponemos que éstos restituyen su estado y acumulan fuerzas tensionales durante el sueño. Si esto ha sucedido hasta cierto grado, y alcanzado un cierto nivel, el excedente fluye por las vías de conducción, las facilita y provoca la excitación intracerebral de la vigilia.

El mismo proceso puede ser ilustrado observando la vigilia. Cuando el cerebro vigil permanece un lapso prolongado en reposo, sin haber transformado por vía de su función la fuerza tensional en energía viva, surge la necesidad de movimiento (el correr sin propósito de los animales enjaulados) y un sentimiento penoso cuando esta necesidad no puede ser satisfecha. La falta de estímulos sensoriales, la oscuridad, el silencio total, se convierten en penosos; el reposo mental, la falta de percepciones, de representaciones o de la capacidad asociativa generan la tortura del tedio. Estos sentimientos de displacer corresponden a una “excitación” [Nota del T.: en el sentido de sobre-tensión], a un incremento de la excitación intracerebral normal.

En consecuencia, los elementos cerebrales completamente restituidos liberan también durante el reposo, una cierta cantidad de energía, la que no es aprovechada funcionalmente, aumentando la excitación intracerebral. Ello provoca un sentimiento de displacer. Tales sentimientos aparecen siempre que una necesidad del organismo no encuentra satisfacción. Dado que ellos desaparecen cuando el excedente de cantidad de excitación liberado es utilizado funcionalmente, concluimos que la eliminación del excedente de excitación es una necesidad del organismo y encontramos por primera vez el hecho de que existe en el organismo la *“tendencia a la preservación de la constancia de la excitación intracerebral”* (Freud) (\*).

---

\* [De acuerdo con J. Strachey, esto parece la primera enunciación explícita del “principio de constancia” de Freud. Ha sido usado previamente en sus escritos publicados en forma póstuma y que corresponden a

Un excedente pesa y molesta, y produce la pulsión de utilizarlo. Si la utilización no es posible por medio de una actividad sensorial o representacional, defluye el excedente bajo forma de actividades motoras sin propósito, tales como correr de un lado a otro o similares, que es el modo más frecuente de descargar tensiones excesivas.

Es conocida la gran variabilidad individual en este sentido; cómo y cuánto se diferencian las personas muy vivaces de los perezosos y torpes; aquellos “que no pueden quedarse quietos” de los otros que poseen un “talento innato para estar sentados en un sillón”; los mentalmente móviles de los obtusos que toleran períodos ilimitados de reposo psíquico. Estas variantes, que configuran el “temperamento psíquico” del hombre, responden seguramente a diferencias profundas de su sistema nervioso, de acuerdo con la liberación de energía de los elementos cerebrales funcionalmente en reposo.

Hemos hablado de una tendencia del organismo a mantener constante la excitación cerebral tónica; esto solamente nos resulta comprensible con la condición de comprender qué necesidad ha de ser llenada por la misma. Nos resulta comprensible la tendencia a mantener constante la temperatura media de los homeotermos, puesto que sabemos por experiencia, que representa un óptimo para la función de los órganos. Asumimos algo similar para la constancia del contenido de agua de la sangre, entre otras. Creo que puede admitirse que el grado de excitación tónica intracerebral tenga un *óptimo*. En ese nivel de excitación tónica, el cerebro está abierto a todos los estímulos externos, los reflejos están facilitados, pero sólo en el margen de una actividad refleja normal, y el caudal de representaciones es el apto para la evocación y asociación, esa correspondencia relativa recíproca de las representaciones individuales que responde a una conciencia lúcida. Es éste el estado de la mejor disponibilidad para el trabajo. Aun el mero incremento informe de la excitación tónica, representado por la “expectación” ya modifica las condiciones. Provoca hiperestesia para los estímulos sensoriales que pronto se vuelven penosos y eleva la excitabilidad refleja por encima de lo útil (sobresalto). Es cierto que este estado es beneficioso para algunas situaciones y fines; pero cuando

---

1892. Freud’ desarrollé el tema más ampliamente en su Proyecto” en el que llama a esta hipótesis “Principio de inercia neuronal” [T.]

aparece espontáneamente, en ausencia de tales condiciones previas, no mejora sino que daña nuestra capacidad de rendimiento. En la vida cotidiana lo llamamos “estar nervioso”. Sin embargo, en la gran mayoría de las formas de aumento de la excitabilidad se trata de sobreexcitaciones no uniformes que son directamente nocivas para la capacidad de rendimiento. Las denominamos “estados de excitación” [N. del T.: en alemán “Aufregung”] Es comprensible que el organismo aspire, en analogía con otras regulaciones, a mantener el óptimo de excitación y a volver a él una vez que ha sido sobrepasado.

Permítasenos retomar aquí nuevamente la comparación con una instalación eléctrica. También la tensión en la red de conductores tiene su óptimo. Si éste es sobrepasado, la función resulta fácilmente dañada, quemándose, por ejemplo, los filamentos incandescentes. Del daño a la propia instalación por perturbación de la aislación y “cortocircuito” volveremos a hablar.

B. — Nuestro lenguaje, resultado de la experiencia de muchas generaciones, diferencia con asombrosa fineza aquellas formas y grados de aumento de la tensión que resultan aún útiles a la actividad mental, porque incrementan uniformemente la energía libre de todas las funciones cerebrales, de aquellas otras que las perjudican por modificar de modo desigual las funciones psíquicas, aumentando unas e inhibiendo otras.

Llama a las primeras *estímulo* y a las segundas “*excitación*”. (\*) Una conversación interesante, el té, el café, estimulan; una discusión, una gran dosis de alcohol, excitan. Mientras que la estimulación despierta apenas la pulsión de un aprovechamiento funcional de la tensión incrementada, la *excitación* busca descargarse de modo más o menos violento, limítrofe con lo patológico o claramente tal. Representa el sustrato psico-físico de los afectos y éstos serán

---

\* N. de los TT.: Esa “asombrosa fineza” del lenguaje es justamente una particularidad del alemán, que hace de la distinción entre “Aufregung” y “Erregung”, un matiz difícilmente traducible. “Aufregung” denota excitación en un sentido de anormal, más de acuerdo a su uso coloquial de agitación o exaltación, de estimulación-incitación. “Erregung” es excitación en un sentido más normal, más fisiológico, técnico. La dificultad mencionada para la traducción al castellano radica en que “excitar” connota por un lado, *estimulación*, y por otro el sentido señalado para *Aufregung*. A partir de aquí señalamos en bastardilla el uso de excitar y sus derivados en esta segunda acepción criando a pesar del contexto pudiera prestarse a anfibología.

tratados a continuación. Pero antes habrá que referirse fugazmente a las causas fisiológicas, endógenas, del aumento de excitación tónica.

Tales son, por de pronto, las grandes necesidades y pulsiones fisiológicas del organismo, el hambre de oxígeno, el hambre de alimentos y la sed. Dado que la *excitación* producida por ellas se anuda con ciertas sensaciones y propósitos, no es observable como puro incremento de tensión, como lo es el más arriba descrito, que procede sólo del reposo de los elementos cerebrales. El mismo siempre tiene una coloración particular, inconfundible en la angustiada excitación de la disnea, en la inquietud del hambriento.

El incremento de excitación que fluye de estas fuentes es causado por modificaciones químicas de los elementos cerebrales mismos, empobrecidos en oxígeno o en fuerza o en agua; defluye por vías motoras preformadas que conducen a la satisfacción de la necesidad desencadenante; la disnea en los esfuerzos de la respiración, el hambre y la sed en la búsqueda y obtención del alimento y del agua. El principio de constancia de la excitación tónica apenas se pone en acción en este tipo de *excitación*; los intereses a los que aquí sirve el incremento de tensión son mucho más importantes para el organismo que la regularización de las relaciones funcionales normales del cerebro. Es cierto que puede verse a los animales del zoológico recorrer inquietos la jaula antes de la hora de la comida; pero puede tratarse de un residuo de funciones motoras preformadas como la búsqueda de alimentos que se ha hecho innecesaria por el cautiverio, y no de un medio de liberar al sistema nervioso de la carga.

Cuando la estructura química del sistema nervioso ha sido alterada permanentemente por un aporte duradero de sustancias extrañas, la falta de estas sustancias causará estados de excitación, al igual que la falta de sustancias nutritivas normales en personas sanas, como es el caso de la *abstinencia* de narcóticos.

La transición de estos incrementos de excitación endógenos hacia afectos psíquicos, en su sentido más estrecho, está representada por la excitación sexual y el afecto sexual. En la pubertad aparece en la primera de esas formas

como vago incremento de excitación, indeterminado y sin propósito. En tanto que el desarrollo prosigue, este incremento de excitación endógeno determinado por la función de las glándulas sexuales, se une estrechamente (en el curso normal) con la percepción o representación del otro sexo y, ciertamente, con el maravilloso fenómeno del enamoramiento de determinada persona, con la representación individual de la misma. Esta representación entra en posesión de toda la cantidad de excitación liberada por la pulsión sexual; se convierte en una “representación afectiva”. Esto quiere decir que al actualizarse en la conciencia, desencadena el aumento de excitación que en realidad procede de otra fuente, de las glándulas sexuales.

La pulsión sexual es seguramente la fuente más poderosa de incrementos de excitación persistentes (y como tal, de neurosis). Este incremento se distribuye en forma muy desigual por el sistema nervioso. Cuando llega a un grado considerable de intensidad se perturba el curso de las representaciones y el valor relativo de las mismas se altera. En el orgasmo el pensar se extingue casi completamente.

También sufre la percepción, es decir, la elaboración psíquica de las aferencias sensoriales; el animal habitualmente huidizo y cauto se vuelve ciego y sordo para el peligro. En cambio se incrementa la intensidad del instinto agresivo (por lo menos en el macho); el animal pacífico se vuelve peligroso hasta que la excitación se descarga en las actividades motoras del acto sexual.

C. — Una perturbación similar del equilibrio dinámico del sistema nervioso —distribución desigual del incremento de excitación tónica— comporta el aspecto psíquico de los afectos.

No se pretenderá ensayar aquí una psicología ni una fisiología de los afectos. Habrá de discutirse un solo punto, importante sólo para la patología y en especial para los afectos ideógenos, aquellos provocados por percepciones y representaciones. (*Lange* (6) ha señalado con razón que los afectos pueden ser provocados tanto por sustancias tóxicas y primariamente —como lo de-



muestra la psiquiatría— por modificaciones patológicas. como mediante representaciones.)

No hacen falta, por cierto, más argumentos para asegurar que todas aquellas perturbaciones del equilibrio psíquico que llamamos afectos agudos, se acompañan de un incremento de excitación. (En los afectos crónicos, pena y preocupación, es decir, angustia persistente, existe la complicación de un grave estado de agotamiento que permite la persistencia de la distribución irregular de la excitación pero que desciende su intensidad.) Sin embargo, esta excitación aumentada no puede ser utilizada en la actividad psíquica. Todos los afectos intensos disminuyen la asociación y el curso de las representaciones. “Se pierden los sentidos” por cólera o miedo. Persiste solamente en la conciencia, con la máxima intensidad, aquel grupo de representaciones que provocara el afecto. Así se hace imposible la nivelación de la *excitación* por medio de la actividad asociativa.

Los afectos “activos” o “asténicos” nivelan el incremento de excitación por medio de un deflujo motor. El brincar y soltar de alegría, el tono muscular aumentado de la cólera, la imprecación colérica y el acto de venganza, permiten el deflujo de la excitación en actos motores, El dolor psíquico descarga la excitación en esfuerzos respiratorios y en una actividad secretoria, el sollozo y el llanto. Es cosa de la experiencia cotidiana el que estas reacciones disminuyen y calman la excitación. Como se ha observado ya, el lenguaje tiene expresiones propias tales como “desahogarse llorando” (susweinen), “patalear” (austoben), etc.; lo que se “desahoga” o “descarga” es justamente la excitación tónica cerebral aumentada.

Sólo algunas de estas reacciones tienen un propósito capaz de lograr un cambio en la situación, como es el caso del acto/imprecación coléricos. Las demás reacciones no tienen propósito o el único es el de renivelar el aumento de excitación y restablecer un equilibrio psíquico. En la medida que lo logran sirven a la “tendencia” al mantenimiento constante de la excitación cerebral.

Los afectos “asténicos” del susto y del miedo no poseen esta descarga reactiva. El susto paraliza directamente tanto la motricidad como la asociación

y lo mismo sucede por miedo, cuando la única reacción útil, la huida, se hace imposible ya sea por causa del miedo o por las circunstancias. Solamente a través de una renivelación paulatina desaparece la excitación del susto.

La cólera tiene reacciones adecuadas y que corresponden a su causa. Si ellas son irrealizables o inhibidas, aparecen subrogadas. La imprecación colérica ya es un sustituto. Pero también otros actos totalmente carentes de propósito lo son. Cuando Bismarck tiene que reprimir ante el rey su excitación colérica, se desahoga más tarde arrojando un valioso florero al piso. Esta sustitución voluntaria de un acto motor por otro, corresponde exactamente a reemplazar reflejos de dolor naturales por otras contracciones musculares; el reflejo preformado en una extracción dentaria es el de empujar al dentista y de gritar. Si en vez de eso contraemos los músculos de los brazos y los apretamos contra los posabrazos, trasladamos de un grupo muscular a otro la cantidad de excitación desencadenada por el dolor. En caso de violento dolor de muelas espontáneo, que exceptuando los quejidos no tiene reflejo preformado, la excitación defluye en un caminar de un lado a otro sin propósito. Del mismo modo trasponemos la excitación de la cólera de su reacción adecuada a otras y nos sentimos aliviados cuando la misma es consumida por alguna inervación motora intensa.

Cuando el afecto no encuentra ninguna vía de descarga de la excitación, la situación es la misma tanto para la cólera como para el susto y el miedo: la excitación intracerebral aumenta notablemente sin ser consumida por alguna actividad motora asociativa. En la persona normal esta perturbación se renivela paulatinamente, pero en algunas aparecen reacciones anómalas y se produce la “expresión anormal de las emociones” (*Oppenheim*).

### **3. LA CONVERSIÓN HISTÉRICA**

Seguramente no se pensará que identifiqué la excitación nerviosa con la electricidad, si recurro una vez más a la comparación con una instalación eléctrica. Cuando en ésta la tensión se vuelve excesiva, existe el peligro de que los puntos más débiles de la aislación se vean desbordados. De que aparezcan

entonces fenómenos eléctricos en lugares anómalos; o de que cuando dos alambres están colocados muy próximos uno del otro se produzca un cortocircuito. Dado que en esos puntos débiles se produce una modificación permanente, la perturbación que aquí surge puede volver a aparecer si la tensión se aumenta lo suficiente. Ha ocurrido una “facilitación” anormal.

Bien puede admitirse que las condiciones del sistema nervioso son hasta cierto punto similares. Es un todo coherente, pero en muchos lugares se han interpuesto grandes pero no invencibles resistencias, las que impiden la extensión general uniforme de la excitación. Así en la persona despierta normal, la excitación del órgano de la representación no pasa al órgano de la percepción, no tenemos alucinaciones. Los aparatos nerviosos de los complejos orgánicos vitales, circulación y digestión, están separados, por fuertes resistencias, de los órganos de la representación en interés de la seguridad y capacidad de funcionamiento del organismo, siendo así preservada su independencia; no son directamente influibles por representaciones. Pero son sólo resistencias de intensidad individualmente variables las que impiden el pasaje de la excitación intracerebral a los aparatos circulatorio y digestivo. Entre el ideal, hoy raro, de la persona absolutamente no “nerviosa”, cuya actividad cardíaca en cualquier situación vital permanece constante y es solamente influida por el trabajo a realizar (que tiene buen apetito y digiere bien frente a cada peligro), y el hombre “nervioso” al cual cada acontecimiento produce palpitaciones y diarrea, existen todas las gradaciones de la excitabilidad afectiva.

Pero, del modo que sea, existen en el hombre normal resistencias para el pasaje de la excitación cerebral a los órganos vegetativos. Corresponden a la aislación de los conductores eléctricos; en aquellos lugares donde ella es anormalmente baja, es sobrepasada por una excitación cerebral de alta tensión Y la excitación del afecto pasa al órgano periférico. Surge así la “expresión anormal de las emociones”. De las dos condiciones necesarias arriba nombradas, ya se ha hablado extensamente de una. Es un alto grado de excitación intra cerebral cuya renivelación es imposibilitada tanto por el curso de las representaciones como por la descarga motora; o, que el grado de excitación es tan elevado que estos procesos resultan insuficientes.

La otra condición es una debilidad anormal de las resistencias en determinadas vías de conducción. Puede responder a una característica originaria del individuo (predisposición congénita); puede estar condicionada por estados de excitación largamente persistentes, los que aflojan, por así decirlo, la estructura del sistema nervioso y descenden todas las resistencias (predisposición de la pubertad); y también por influencias debilitantes, enfermedad, desnutrición, etc. (predisposición de los estados de agotamiento). La resistencia de cada una de estas vías de conducción puede ser descendida por enfermedad previa del órgano correspondiente, facilitándose así las vías aferentes y eferentes entre éste y el cerebro. Un corazón enfermo sucumbe más intensamente a la influencia de la emoción que uno sano. “Tengo una caja de resonancia en el bajo vientre”, me decía una mujer que sufría de una parametritis crónica, “todo lo que pasa despierta mi viejo dolor” (predisposición por enfermedades locales).

Los actos motores en los que normalmente se descarga la excitación de las emociones son ordenados, coordinados, aun cuando con frecuencia sin un propósito, pero la excitación excesiva puede rodear o quebrar los centros de coordinación y defluir bajo forma de movimientos elementales. En el lactante, además de los actos respiratorios del grito, sólo se observan contracciones musculares incoordinadas tales como erguirse y patalear, que son acción y expresión del afecto. Con el desarrollo progresivo la musculatura se encuentra cada vez más bajo el dominio de la coordinación y de la voluntad. Pero aquel opistótonos que representa el máximo del esfuerzo motor de toda la musculatura corporal, y los movimientos clónicos del pataleo y de las sacudidas, persisten durante toda la vida como formas de reacción a la máxima excitación del cerebro; tanto para la puramente física del ataque epiléptico como para la descarga del afecto máximo de la convulsión más o menos epileptoide. (El componente puramente motor del acceso histérico.)

Tales reacciones emocionales anormales pertenecen ciertamente a la histeria; pero se observan también fuera de esta enfermedad y caracterizan un grado más o menos elevado de nerviosismo, no a la histeria. Tales fenómenos pueden ser denominados histéricos sólo cuando no se presentan como consecuencia de un afecto muy intenso pero objetivamente fundado, sino como

manifestaciones mórbidas aparentemente espontáneas. Muchas observaciones, como también las nuestras, han demostrado que estas últimas descansan en recuerdos que renuevan el afecto original, o mejor *los renovarían si precisamente estas reacciones ya se hubieran producido una vez.*

Seguramente en todas las personas mentalmente ágiles fluye por la conciencia una silenciosa corriente de representaciones y recuerdos durante el reposo psíquico; casi siempre es tan poca la vivacidad de sus representaciones que ellas no dejan rastro en la memoria y después no puede decirse en qué forma ha tenido lugar la asociación. Si emerge una representación que originariamente estuvo unida a un afecto intenso, éste se renueva con mayor o menor intensidad. Esta representación tan “afectivamente acentuada” penetra entonces clara y vivamente a la conciencia. La intensidad del afecto que un recuerdo puede desencadenar es variable, en la medida en que ha estado expuesto a influencias de “desgaste” diversas. Ante todo, depende de si el afecto primitivo fue “abreaccionado” o no. En la “Comunicación preliminar” hemos señalado en qué diverso grado puede despertarse el afecto de la ira frente a una ofensa, por ejemplo a través del recuerdo, según si esta ofensa fue vengada o tolerada en silencio. Si el reflejo psíquico en la oportunidad primera se desencadenó realmente, el recuerdo libera un cuántum de excitación mucho menor (7), Cuando así no sucede, el recuerdo vuelve a poner nuevamente las palabras insultantes en los labios, aquellas que entonces fueron suprimidas y que hubieran sido el reflejo psíquico de aquel estímulo.

Si el afecto primitivo no se ha descargado a través de un reflejo normal sino por un “reflejo anormal”, éste es el que volverá a desencadenarse por el recuerdo; la excitación procedente de la representación afectiva es “convertida” (*Freud*) en un fenómeno corporal. (8)

Si por reiteradas repeticiones este reflejo anormal ha sido totalmente facilitado, puede agotarse tan completamente la efectividad de la representación

---

\* [Freud comenta en su “Historia del movimiento psicoanalítico” (1914), sobre la mención de su nombre en este pasaje. Dice que Breuer parece haber querido insinuar que la prioridad de esta concepción teórica pertenecía a Freud. Continúa diciendo: “Creo que en realidad la distinción corresponde solamente al nombre, y que la concepción fue lograda simultánea y conjuntamente”] [T.].

desencadenante que el afecto se presenta con una intensidad mínima. La representación, que ahora ya no tiene efectos psíquicos, puede ser perdida de vista por el individuo o vuelta a olvidar rápidamente después de aparecida, tal como sucede con otras representaciones desprovistas de afecto.

Sería más fácil aceptar la posibilidad de una excitación cerebral que debió ser provocada por una representación y sustituida por una excitación de las vías periféricas, si recordamos el proceso inverso, es decir, faltando un reflejo preformado. Elegiré un ejemplo sumamente trivial: el reflejo del estornudo. Cuando un estímulo actúa sobre la mucosa nasal y por alguna razón no desencadena este reflejo preformado, se produce el sentimiento de excitación y de tensión bien conocido. Es la excitación que no puede descargarse por las vías motoras y ahora, inhibiendo toda otra actividad, se expande sobre todo el cerebro. Este ejemplo tan baladí ofrece, sin embargo, el esquema de lo que sucede al faltar también el más complicado de los reflejos psíquicos.

La *excitación* antes mencionada de la pulsión de la venganza es esencialmente la misma; y podemos perseguir este proceso hasta las actividades humanas de niveles más elevados. *Goethe* no puede elaborar una vivencia hasta tanto no la haya vertido en una actividad poética. Para él es éste el reflejo preformado de un afecto y hasta que éste no se ha llevado a cabo, persiste la penosa excitación incrementada.

La excitación intracerebral y el proceso de excitación en las vías periféricas son magnitudes recíprocas; la primera crece cuando y mientras un reflejo no se desencadene, desciende y desaparece cuando se ha transformado en excitación nerviosa periférica. Así parece comprensible que no se genere un afecto observable si la representación que debió haberle dado origen desencadena inmediatamente un reflejo anormal, por el cual la excitación se descarga en cuanto es generada. La conversión histérica” es entonces completa; la excitación intracerebral que dio origen al afecto ha sido transformada en un proceso de excitación de las vías periféricas; la representación afectiva originaria ya no provoca el afecto, sino solamente el reflejo anormal (8).

Hemos adelantado un paso más allá de la “expresión anormal de las emo-

ciones”. El fenómeno histérico (reflejo anormal) aparece como no ideógeno, aun para los enfermos inteligentes y buenos observadores, porque la representación desencadenante ya no lleva el tono afectivo y ya no se distingue de las otras representaciones y recuerdos; él emerge como fenómeno somático puro, aparentemente sin raíz psicológica.

¿Qué es lo que determina entonces la descarga de una excitación afectiva, para que se produzca justamente aquel reflejo anormal y no cualquier otro? Nuestras observaciones contestan esta interrogante para muchos casos, en los que también esta descarga sigue el “principio de la menor resistencia” y tiene lugar por aquellas vías cuyas resistencias ya han sido disminuidas por circunstancias concurrentes. Este es el caso antes comentado de que cierto reflejo se encuentra facilitado por una enfermedad somática: por ejemplo, cuando alguien sufre frecuentemente de cardialgias, éstas son provocadas también por el afecto. O el de un reflejo que se encuentra facilitado porque en el momento del afecto original la inervación muscular correspondiente se encuentra voluntariamente intencionada; así Anna O. en el afecto del susto provocado por la víbora, trata de extender el brazo derecho inmovilizado por una parálisis por compresión, para ahuyentarla; de aquí en adelante se producirá el tétanos del brazo derecho cada vez que vea un objeto parecido a una víbora. Bajo la acción del afecto convergerá fuertemente los ojos para poder reconocer que se trata de las agujas del reloj y el estrabismo convergente se convertirá ahora en uno de los reflejos de ese afecto, etc.

La acción de la simultaneidad también domina nuestra asociación normal; cada percepción sensorial vuelve a atraer otra a la conciencia, aquella que apareció originalmente junto a la primera (por ejemplo, la visión y el balar de una oveja, etc.).

Cuando con el afecto original coincidió una vívida impresión sensorial, ésta volverá a producirse al renovarse este afecto. Dado que aquí se trata de una descarga de una excitación excesiva, no lo hace bajo forma de recuerdo, sino bajo forma de una alucinación. Casi todas nuestras observaciones ofrecen ejemplos de ello. Así, cuando una mujer pasa por una situación afectiva dolorosa mientras sufre un fuerte dolor de muelas debido a una periostitis, la repetición de ese afecto o su solo recuerdo produce una neuralgia del infra-

orbitario, etc.

Todo esto se debe a la facilitación de los reflejos anormales según las leyes generales de la asociación. A veces, sin embargo (claro que solamente en los grados mayores de histeria), entre el afecto y su reflejo hay verdaderas series de representaciones asociadas; se trata aquí de la *determinación por simbolismo*. Pueden ser juegos de palabras ridículos, asociaciones por asonancia, que ligan el afecto con su reflejo, pero se dan solamente en estados oníroides con disminución de la crítica y se encuentran fuera del grupo de los fenómenos aquí considerados.

En muchos casos la determinación resulta incomprensible, porque nuestra introspección en el estado psíquico y nuestro conocimiento de las representaciones que fueron actuales al originarse los fenómenos histéricos, son frecuentemente muy incompletos. Pero podemos suponer que el proceso no será tan diferente del que nos resulta claro en casos más favorables.

Denominamos *traumas psíquicos* a aquellas vivencias que desencadenaron el afecto original y cuya excitación después fue convertida en un fenómeno somático y *síntomas histéricos de origen traumático* a las manifestaciones mórbidas así surgidas. (La denominación “histeria traumática” ya ha sido aplicada a fenómenos que constituyen una parte de la “neurosis traumática”, siendo consecuencias de lesiones corporales, traumatismos, en su sentido más estrecho.)

Es completamente análoga a la producción de fenómenos histéricos condicionados traumáticamente, la conversión histérica de aquella excitación psíquica que no surge ni de estímulos externos ni de la inhibición de reflejos psíquicos normales, sino de la inhibición del curso asociativo.

El ejemplo elemental y paradigma de ello, es la excitación que nos surge cuando no podemos recordar un nombre o cuando no podemos resolver un rompecabezas, etc. Si se nos dice el nombre o la palabra de la adivinanza, desaparece la excitación, al cerrarse la cadena asociativa, lo mismo que al cierre de un circuito reflejo. La intensidad de la excitación que proviene de la



inhibición de una serie de asociaciones, es proporcional al interés que la serie tiene para nosotros, es decir, a la medida en que moviliza la voluntad. Ya que en la búsqueda de la solución de un problema siempre se realiza un gran monto de trabajo, aunque éste no sea exitoso también entra en juego una fuerte excitación que no tiende hacia la descarga, por lo cual nunca se vuelve patógena.

En cambio, esto sucede cuando el curso asociativo es inhibido por representaciones equivalentes simultáneas e *inconciliables*, cuando, por ejemplo, pensamientos nuevos entran en conflicto con complejos de representaciones muy arraigados. Es el caso de los tormentos de las dudas religiosas a los que tantos sucumben y muchos más sucumbieron en el pasado. Aquí también aumenta la excitación y junto con ella el dolor psíquico, llegando a una intensidad significativa el sentimiento de displacer sólo cuando los intereses del individuo entran en juego, cuando el que duda se ve amenazado en su felicidad o en su salvación espiritual.

Tal es el caso cuando el conflicto se presenta entre complejos de representaciones morales firmemente adquiridas y el recuerdo de acciones o de simples pensamientos propios, inconciliables con los primeros: son los tormentos de la conciencia. El interés en encontrar agrado en la propia personalidad, de estar satisfecho consigo mismo, entra en acción e incrementa al máximo la excitación por la inhibición de asociaciones. Es de diaria experiencia el que tal conflicto de representaciones inconciliables actúa patógenamente. Se trata casi siempre de representaciones y procesos de la vida sexual: masturbación en adolescentes moralmente sensibles, conciencia de una inclinación hacia otro hombre en una señora de costumbres severas. Con frecuencia es suficiente la primera aparición de sensaciones y representaciones sexuales para que, al entrar en conflicto con las arraigadas representaciones de pureza de costumbres, provoquen un estado de excitación de alto grado (9).

Habitualmente, del mismo se originan consecuencias psíquicas; distimias patológicas, estados de angustia (*Freud*). A veces, sin embargo, mediante circunstancias concurrentes, se produce un fenómeno somático anormal a través del cual se descarga la excitación: vómitos, cuando el sentimiento de polución

moral provoca náuseas; tos nerviosa, cuando la angustia moral provoca un espasmo de glotis, como en Anna O., etc. (10).

La excitación provocada por representaciones muy vívidas inconciliables tiene una reacción normal y adecuada, la comunicación por medio de la palabra. La urgencia en hacerlo la encontramos bajo forma de exageración cómica en la historia del barbero de *Midas* que grita su secreto a las cañas; la encontramos también como uno de los fundamentos de una grandiosa institución histórica, la confesión católica. La comunicación alivia, descarga la tensión, aun cuando no se haga a un sacerdote y no sea seguida de absolución. Si se impide esta salida a la excitación, ella se convierte, a veces, en un fenómeno somático, del mismo modo como la excitación de los afectos traumáticos y todo el grupo de las manifestaciones histéricas que tienen este origen pueden ser denominadas, con *Freud*, *fenómenos de retención histéricos* (\*).

Lo dicho hasta aquí sobre el mecanismo psíquico que origina los fenómenos histéricos se presta al reproche de ser esquemático y de presentar el proceso como más simple de lo que es en realidad. Para que en una persona sana, sin antecedentes neuropáticos, se presente un síntoma histérico auténtico, con su aparente independencia de la psiquis y su existencia somática autónoma, deben concurrir *casi siempre múltiples circunstancias*.

El siguiente caso puede servir como ejemplo de la complicación del proceso. Un varón de 12 años, que sufría anteriormente de terrores nocturnos e hijo de un padre nervioso, volvió un día de la escuela sintiéndose mal. Se quejaba de dificultades de la deglución, esto es, de que sólo podía tragar con dificultad, y de dolores de cabeza. El médico de cabecera creyó que la causa era una angina. Sin embargo, su estado no mejoró al cabo de varios días. El muchacho no quería comer, vomitaba cuando se le obligaba a ello, andaba cansado y desganado, siempre quería estar en cama y decayó físicamente en forma acentuada. Cuando lo vi, cinco semanas después, daba la impresión de un niño tímido y encerrado en sí mismo y me convencí de que su estado tenía

---

\* [Observa Strachey, que el término “histeria de retención”, fue usado por primera vez en su primer trabajo sobre las “Neuropsicosis de defensa”. Freud parece atribuir el término a Breuer y a sí mismo, e incidentalmente, duda en cuanto a la importancia del concepto] [T].

una base psíquica. Interrogado insistentemente, proporcionaba sólo una causa trivial, una reconvención severa del padre, que evidentemente no era la causa real de la enfermedad. Tampoco pudo averiguarse más en la escuela. Prometió que más tarde procuraría la información bajo hipnosis. Esto resultó ser innecesario. Cuando su prudente y enérgica madre lo afrontó duramente comenzó a contar, en un torrente de lágrimas, que en el camino de la escuela a la casa entró en un “pissoir” y allí un hombre le había mostrado el pene pidiéndole se lo pusiera en la boca. Con gran susto se había escapado y nada más le pasó. Pero a partir de ese momento se enfermó. Desde el instante de su confesión desapareció este estado y recuperó su plena salud. Para producir el fenómeno de la anorexia, de los trastornos de la deglución y de los vómitos, fueron necesarios varios factores: la modalidad nerviosa innata, el susto, la irrupción de lo sexual en su forma más brutal en la mente del niño y, como momento más determinante, la representación de la repugnancia. La persistencia de la enfermedad obedeció al silenciamiento a través del cual le fue vedado su deflujo normal a la excitación.

Al igual que en este caso, debemos ver siempre varios factores actuando conjuntamente para que en una persona, sana hasta ese momento, aparezca un síntoma histérico; éste siempre está “*sobredeterminado*” según la expresión de *Freud*.

Puede asumirse que tal sobredeterminación también está presente cuando el mismo estado afectivo es provocado por una serie de causas. El paciente y los que lo rodean refieren el síntoma histérico sólo a la última causa, la cual generalmente se limita a hacer aparecer lo que otros traumas ya han llevado a cabo casi enteramente.

Una muchacha tuvo su primer ataque histérico, al que siguieron después una serie de otros, cuando en la oscuridad un gato le saltó al hombro. Parecía tratarse un mero efecto de susto. Sin embargo, una investigación más precisa mostró que esta muchacha de 17 años llamativamente hermosa y mal vigilada, últimamente había sido acosada más o menos brutalmente varias veces, en el curso de lo cual ella llegó a excitarse sexualmente. (Predisposición). En la misma escalera oscura fue atacada unos días antes por un joven, de quien

apenas pudo escapar. Este fue el verdadero trauma psíquico que a través del gato sólo se hizo manifiesto. Pero ¿en cuántos casos servirá tal gato como “causa efficiens” totalmente suficiente? (11)

Para que tenga lugar la conversión por repetición del estado de afecto, no siempre es necesaria la multiplicidad de causas externas; cuando éste se presenta en rápida y frecuente reiteración, poco después de haber tenido lugar el trauma y antes que se haya debilitado el efecto. Esto es suficiente cuando el afecto ha sido muy intenso; tal es el caso de las histerias traumáticas en el sentido más estrecho de la palabra.

En los días que siguen a un accidente ferroviario, por ejemplo, se reviven durante el sueño y en la vigilia las escenas de terror, con una emoción de miedo renovada cada vez, hasta que finalmente después de este tiempo de “elaboración psíquica” (*Charcot*) o de *incubación*, se llega a la conversión en un fenómeno somático. (Es cierto que actúa aquí aun otro factor que veremos más adelante.)

Pero la representación afectiva sucumbe habitual y prontamente por el desgaste, bajo todas aquellas influencias mencionadas en la “Comunicación preliminar”, que poco a poco la privan de su valor afectivo (\*). Su reaparición provoca una cantidad de excitación cada vez menor y con ello el recuerdo pierde la capacidad de contribuir a la producción de un fenómeno somático. La facilitación del reflejo anormal se pierde y con ello se restablece el “status quo ante”.

Todas las influencias que desgastan son efecto de la asociación del pensar, de la rectificación mediante otras representaciones. Esto se hace imposible cuando la representación afectiva es retirada del “trato asociativo”; en tal caso, la misma conserva todo su valor afectivo. En cada renovación se libera toda la suma de excitación del afecto original y la facilitación del reflejo anormal que

---

\* [Breuer parece usar aquí el término “afecto” con un sentido bastante excepcional en el presente trabajo (aunque a veces empleado por otros psicólogos), para indicar específicamente sentimientos de placer y de displacer. La misma palabra es usada en otros lugares, con su sentido regular de un sentimiento o emoción inespecíficos; “Affektwert”. (J. Strachey)] [T.]

había comenzado, finalmente se completa, o bien el reflejo anormal ya constituido se mantiene y se estabiliza. Entonces el fenómeno de la conversión histérica es completo y se establece duraderamente.

De nuestras observaciones conocemos dos formas de tales exclusiones de las representaciones afectivas de la asociación.

La primera es la “defensa”, la supresión deliberada de representaciones penosas, por las que el hombre se siente amenazado en su alegría vital o en su autoestima. *Freud* en su comunicación sobre las “Neuropsicosis de defensa y en los historiales clínicos aquí presentes, se refirió a este proceso, que seguramente debe tener una elevada significación patológica.

Por cierto no es comprensible de qué modo una representación puede ser reprimida deliberadamente de la conciencia; pero conocemos el correspondiente proceso positivo: la concentración de la atención en una representación, del que tampoco podemos decir cómo lo realizamos.

Las representaciones de las que la conciencia se aparta, sobre las que no se piensa, escapan al desgaste y conservan no disminuida su cuota de afecto.

Hemos encontrado además que hay otro tipo de representaciones que se sustraen al desgaste por el pensar, no porque uno no *quiera* recordar, sino porque uno no *puede*; porque emergieron originariamente en estados e investidas de afecto para el cual existe una amnesia en el estado de conciencia vigil, esto es, en estados hipnóticos o similares a él. Estos parecen ser de la mayor significación para la teoría de la histeria, por lo cual merecen un examen más profundo (12).

#### **4. LOS ESTADOS HIPNOIDES**

Cuando en la “Comunicación preliminar” dijimos: la base y la *condición* de la histeria es la existencia de estados hipnoides, desconocíamos que *Moebius* ya en 1890 había dicho lo mismo. “Las condiciones necesarias para la acción (patógena) de las representaciones son por un lado una predisposición

congénita, es decir la histérica, y por otro un estado anímico especial. Solamente podemos formarnos una idea imprecisa de este estado de ánimo. Debe ser parecido al hipnótico, debe corresponder a cierta vacuidad de la conciencia, en la cual la aparición de una representación no es resistida por otras, en la cual, por así decirlo, el trono está libre para el primero que llegue. Sabemos que tal estado puede ser provocado no sólo por la hipnotización, sino también por conmociones anímicas (susto, ira, etc.) y por influencias fatigantes (insomnio, hambre, etc.)” (13).

La cuestión a cuya solución tentaba aproximarse *Moebius*, es la del surgimiento de los fenómenos somáticos a partir de representaciones. Recuerda la facilidad con que esto se produce en la hipnosis y considera análogas las acciones de los afectos. Nuestra posición sobre la acción de los afectos, que se desvía algo de ésta, ha sido extensamente desarrollada más arriba. No creo, por tanto, tener que volver sobre la dificultad de la presuposición de *Moebius* acerca de que en la ira hay una “vacuidad de la conciencia” (14) (que ciertamente existe en el susto y en la angustia prolongada) y cuán difícil es en general colocar en un plano análogo el estado de excitación del afecto con la quietud de la hipnosis. Sin embargo volveremos a las frases de *Moebius*, las que, según creo, contienen una importante verdad.

Para nosotros, la importancia de los estados “hipnoides” o similares a la hipnosis reposa, además y ante todo, en la amnesia y en su capacidad de condicionar esa escisión de la psiquis, de la que se tratará más adelante, la cual tiene una significación fundamental para la “gran histeria”. Esta importancia se la atribuimos aun ahora. Sin embargo tengo que delimitar esencialmente nuestra frase. La conversión, la producción ideógena de fenómenos somáticos también tiene lugar fuera del estado hipnoide y *Freud* ha encontrado en la amnesia deliberada una segunda fuente, independiente de los estados hipnoides, para la construcción de complejos representacionales excluidos del comercio asociativo. Con esta limitación, sigo creyendo que aquellos estados son causa y condición de muchas o de casi todas las histerias grandes y complicadas.

Ante todo, los estados hipnoides comprenden, naturalmente, las autohip-

nosis verdaderas, que se diferencian de las artificiales solamente por su aparición espontánea. Con frecuencia y duración variables, las encontramos en algunas histerias plenamente desarrolladas, a menudo en una rápida alterancia con el estado de la vigilia normal (15). Por su contenido representacional oniroide suelen merecer el nombre de “delírium hystéricum”. En la vigilia existe una amnesia más o menos completa para los procesos internos de estos estados, mientras que en la hipnosis artificial son recordados totalmente. Los productos psíquicos de estos estados, las asociaciones que en éstos se hacen, se sustraen a toda rectificación durante el estado vigil debido justamente a la amnesia. Ya que en la autohipnosis descienden o, frecuentemente, desaparecen del todo la crítica y el contralor debido a otras representaciones, pueden surgir las más locas de las representaciones delirantes y mantenerse intactas durante mucho tiempo. Casi únicamente en estos estados se produce así una “relación simbólica entre el desencadenante y el fenómeno patológico”, irracional y algo complicada y que con frecuencia asienta en las similitudes por asonancia y en las asociaciones verbales más ridículas. La falta de crítica es lo que hace que surjan tan a menudo autosugestiones, por ejemplo, cuando perdura una parálisis después de un ataque histérico. Pero en nuestros análisis, quizás por azar, nunca encontramos este mecanismo en el origen de un fenómeno histérico. Encontramos a éste codicionado siempre por el mismo proceso, tanto en la autohipnosis como fuera de la misma, por conversión de una excitación afectiva.

En todo caso esta conversión histérica” se produce en las autohipnosis más fácilmente que en el estado vigil del mismo modo que las representaciones sugeridas se realizan físicamente como alucinaciones y movimientos con más facilidad en la hipnosis artificial. Pero el proceso de conversión de la excitación es, en esencia, el mismo que se expuso anteriormente. Habiendo tenido lugar una vez, se repite el fenómeno somático cuando afecto y autohipnosis se reencuentran. Y parece entonces, que el estado hipnótico puede ser provocado por el afecto. En tanto que la hipnosis alterna con la vigilia completa, el síntoma histérico queda limitado al estado hipnótico y se refuerza por su repetición dentro del mismo; la representación desencadenante queda a salvo de ser rectificadas por el pensamiento vigil y la crítica, puesto que jamás aparece durante la vigilia lúcida.

Así la contractura del brazo derecho de Anna O., que en la autohipnosis fue asociada por el temor y la representación de la víbora y el afecto del miedo, persistió durante cuatro meses limitada al estado hipnótico (o hipnoide, si para ausencias de muy corta duración la primera denominación puede parecer inadecuada) pero se repetía frecuentemente. Lo mismo ocurrió durante el estado hipnoide con otras conversiones aparecidas, y así tomó la forma de una latencia completa ese gran complejo de fenómenos histéricos que se hicieron manifiestos en cuanto el estado hipnoide se volvió permanente.

Durante la vigilia lúcida los fenómenos así originados aparecen cuando se ha producido la escisión de la psiquis, de la que trataremos adelante, y cuando en lugar de la alternancia entre vigilia lúcida y estado hipnoide se presenta la coexistencia de los complejos representacionales e hipnoides.

Tales estados hipnoides, ¿existen ya antes de la enfermedad? ¿cómo se producen? Poco podemos decir sobre esto, ya que no disponemos de otra observación excepto el caso de Anna O., que pudiera proporcionar conclusiones. En esta paciente parece seguro que la autohipnosis fue preparada por la ensoñación habitual y que finalmente se constituyó plenamente debido al afecto de la angustia persistente que por sí misma causa un estado hipnoide. No parece improbable que este proceso tenga validez general.

Diversas situaciones son causa de “distracciones”, pero solamente algunas de ellas predisponen a la autohipnosis o se transforman directamente en ésta. El investigador sumergido en un problema también se encuentra en algún grado “anestesiado” y un gran grupo de impresiones sensoriales no deriva en percepciones concientes, del mismo modo como el poeta que crea vivaz y fantasiosamente (el “teatro privado” de Anna O.). Pero en estos estados se realiza un trabajo psíquico enérgico; la excitación liberada del sistema nervioso central se consume en este trabajo. En los estados de distracción y rumiación, por el contrario, desciende la excitación intracerebral por debajo del nivel de la vigilia lúcida; estos estados lindan con la somnolencia y son de pasaje al sueño. Pero cuando en tales estados de “ensimismamiento” y de curso representacional inhibido se encuentra un grupo de representaciones afectivamente acentuadas, se produce un alto grado de excitación intracerebral que no es



consumida por un trabajo psíquico y queda disponible para funciones anómalas tales como la conversión.

Así ni las “distracciones” durante el trabajo enérgico ni el estado crepuscular desprovisto de afecto son patógenos, pero sí la ensoñación plena de afectos y el estado de fatiga durante estados afectivos prolongados. Tales como la rumiación del afligido, el temor de quienes velan al lado del lecho de enfermos queridos, la ensoñación enamorada. La concentración en los grupos representacionales afectivos produce primeramente la “ausencia”. Paulatina-mente se enlentece el curso de las representaciones que finalmente se estanca casi del todo; pero la representación afectiva y su afecto siguen vivos y con ello también gran cantidad de energía funcionalmente no aprovechada. La similitud entre estas condiciones y las de la hipnosis parece imposible de desconocer. También la persona a ser hipnotizada no debe dormirse realmente, es decir, que su excitación intracerebral no debe descender al nivel del dormir; pero el curso representacional debe ser inhibido. Es así como la representación sugerida encuentra a su disposición toda la cantidad de excitación. El ingreso del afecto en la ensoñación habitual sería el mecanismo de producción de la autohipnosis patógena. Ello puede ser la razón por la cual en la anamnesis de la histeria encontramos con tanta frecuencia dos grandes factores patógenos, el enamoramiento y el cuidado de enfermos. El primero crea con el anhelo del amado ausente el “raptus”, el oscurecimiento de la realidad circundante y finalmente la detención del pensar por la plenitud de los afectos; el cuidado de enfermos crea, mediante el silencio exterior, la concentración en un objeto, el escuchar la respiración del enfermo, casi las mismas condiciones que muchos métodos para hipnotizar, llenando el estado crepuscular así provocado con el afecto angustia. Quizás la diferencia entre estos dos estados y la autohipnosis verdadera sea solamente cuantitativa y sean una transición a esta última.

Una vez que esto ha sucedido, el estado símil hipnótico se vuelve a repetir siempre por las mismas circunstancias y en lugar de las dos situaciones mentales normales el individuo tiene entonces tres; la vigilia, el dormir y el hipnoide, tal como podemos observarlo también por la frecuente repetición de la hipnosis artificial profunda.

No sabría decir con certeza si el estado hipnótico espontáneo puede de-

sarrollarse también sin la intervención de tal afecto, como resultado de una predisposición original, pero lo considero muy probable. Cuando observamos la diferencia en la facilidad para la hipnosis artificial en personas sanas y enfermas y con qué facilidad se presenta en algunas, es razonable presumir que en éstas se produzca también espontáneamente. Es posible que la predisposición sea necesaria para que la ensoñación se transforme en autohipnosis. Estoy por lo tanto muy lejos de atribuir a todos los histéricos el mecanismo de producción que nos enseñara Anna O.

Hablo de estados hipnoides y no de hipnosis misma, porque estos estados tan importantes en el desarrollo de la histeria están muy delimitados. No sabemos si la ensoñación, que más arriba fue caracterizada como un estado previo de la autohipnosis, no puede provocar por sí misma un funcionamiento patógeno igual a la segunda si la angustia prolongada no produce lo mismo. Esto es lo que ocurre en el caso del susto. Al inhibir el curso de las representaciones, manteniéndose muy viva la representación afectiva (peligro), se coloca en completo paralelismo con La ensoñación plena de emociones. Ya que el recuerdo siempre renovado vuelve a reproducir este estado anímico, se produce el “hipnoide del susto”, en el cual se impone o estabiliza *la conversión*; es el periodo de incubación de la “histeria traumática” en su sentido estricto.

Ya que tantos estados distintos, pero coincidentes en su punto más importante, se alinean con la autohipnosis, el término “hipnoide” resulta recomendable por destacar esta similitud interna. Resume la concepción defendida por *Moebius* en el párrafo arriba citado.

Pero ante todo caracteriza a la autohipnosis misma, cuya importancia para la producción del fenómeno histérico consiste en la facilitación de la conversión, la protección de las representaciones convertidas frente al desgaste (gracias a la amnesia) y finalmente la escisión psíquica que de ello resulta.

Cuando un síntoma corporal es causado por una representación y vuelto a desencadenar siempre por ésta, habría que esperar que un paciente inteligente y capaz de autoobservación tome conciencia de esta relación; que debiera

saber por experiencia que el fenómeno somático aparece simultáneamente con el recuerdo de determinado proceso. El nexo causal interno, naturalmente, le resulta desconocido; pero todos nosotros sabemos siempre qué representación nos hace llorar, reír o ruborizar aun cuando el mecanismo nervioso de estos fenómenos ideógenos no lo comprendamos claramente. Ocasionalmente los pacientes se percatan realmente de la relación y tienen conciencia de ella; una mujer dice, por ejemplo, que el leve ataque histérico (por ejemplo temblor y palpitaciones) procede de una gran excitación anímica y sólo se repite con cada proceso que se la hace recordar. Pero esto no vale para muchos, casi la mayoría, de los síntomas histéricos. Tampoco los pacientes inteligentes saben que ellos aparecen en el séquito de una representación y los consideran fenómenos corporales autónomos. Si esto fuera de otro modo, la teoría psíquica de la histeria ya tendría una edad honorable.

Sería plausible creer que las manifestaciones patológicas correspondientes, si bien primitivamente ideógenas, se han “alojado” en el cuerpo, usando una expresión de *Romberg*, y que ahora ya no reposarían en un proceso psíquico sino en modificaciones que en el ínterin han tenido lugar en el sistema nervioso, se habrían vuelto así, síntomas independientes, genuinamente somáticos.

A priori, esta concepción no es imposible ni improbable. Pero creo que la novedad aportada por nuestras observaciones a la teoría de la histeria está, justamente, en la comprobación de que esta concepción es inexacta, por lo menos en muchos casos. Vimos que los síntomas histéricos, después de una persistencia de años, “desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador y con él, el afecto concomitante, y el paciente describía dicho proceso con el mayor detalle posible, dando expresión verbal al afecto”. Los historiales clínicos aquí presentados ofrecen algunas pruebas de esta afirmación. “Invirtiendo el principio de *cessante causa cessat affectus*, podemos muy bien deducir de estas observaciones que el proceso desencadenante (es decir, el recuerdo del mismo) actúa de algún modo después de años, no indirectamente por mediación de una cadena de eslabones causales, sino como causa desencadenante inmediata del mismo modo como un antiguo dolor psíquico

recordado en estado de vigilia todavía provoca las lágrimas. Así, pues, el histérico padecería principalmente de reminiscencias

Pero si éste es el caso, si el recuerdo del trauma psíquico vale como agente activo en el presente, mucho tiempo después de haber penetrado y a pesar de ello el enfermo no tiene conciencia de estos recuerdos y de su aparición, debemos admitir que existen y actúan *representaciones inconcientes*.

Sin embargo, al analizar los fenómenos histéricos, no las encontramos sólo en forma aislada y debemos reconocer que en algunos pacientes, tal como lo han señalado los meritorios investigadores franceses, grandes- complejos de representaciones y procesos psíquicos intrincados y llenos de consecuencias realmente quedan totalmente inconcientes y coexisten con la vida psíquica conciente, que se produce una disociación de la actividad' psíquica, de fundamental importancia para la comprensión de las histerias complicadas.

Permítase explorar un poco más este territorio difícil y oscuro. La necesidad de establecer el sentido de la terminología que ha sido usada, puede en alguna medida excusar la discusión teorizante que *sigue*.

## **5. REPRESENTACIONES INCONCIENTES E INADMISIBLES PARA LA CONCIENCIA. LA ESCISIÓN DE LA PSIQUIS**

Llamamos concientes a aquellas representaciones que conocemos. Existe en el hombre el admirable hecho de la auto-conciencia. Podemos contemplar y observar las representaciones que se nos aparecen y que se suceden, como si fueran objetos. Esto no sucede siempre, ya que raramente hay ocasiones para la autoobservación. Pero es una capacidad de todos, pues todos pueden decir: "He pensado esto o aquello". Aquellas representaciones que podemos observar vívidas o que podríamos observar si pusiéramos atención, las llamamos concientes. Ellas son muy escasas en cada momento y si además hubiera otras también actuales, deberíamos llamarlas representaciones inconcientes.

Apenas parece necesario hablar de las representaciones actuales, pero inconcientes o subconcientes. Son hechos de la vida cotidiana. Cuando me he olvidado de hacer una visita médica siento una viva intranquilidad. Sé por experiencia lo que esta sensación significa: un olvido. Inútilmente investigo en mis recuerdos, no encuentro la causa, hasta que después de horas, súbitamente aparece en mi conciencia. Pero durante todo este tiempo estoy intranquilo. De modo que la representación de la visita está siempre activa, es decir, también siempre presente, pero no en la conciencia.

Un hombre ocupado ha tenido un disgusto en la mañana; su trabajo lo mantiene absorbido; durante la actividad, su pensamiento conciente está POT completo ocupado y no piensa en su disgusto. Pero sus decisiones son influidas por éste y dice no cuando debiera decir sí. Es decir, el recuerdo es activo y, por lo tanto, presente. Una gran parte de lo que llamamos estado de ánimo procede de tal fuente, es decir de representaciones que existen y actúan por debajo del umbral de la conciencia.

Todo nuestro curso de vida es influido continuamente por representantes subconcientes. Vemos diariamente cómo en la decadencia psíquica, por ejemplo, en el comienzo de una parálisis general, se debilitan y desaparecen las inhibiciones que en otro momento impiden algunas acciones. Pero el paralítico general que ahora dice palabrotas en presencia de mujeres, en días de salud se abstenía de hacerlo por recuerdos o consideraciones concientes. Las evitaba “instintivamente” o “automáticamente”, es decir, estaba frenado por representaciones despertadas por el impulso para tal acción que quedaron por debajo del umbral de la conciencia, pero que sin embargo inhibieron el impulso.

Toda actividad intuitiva es guiada por representaciones que, en su mayor parte, son subconcientes. Sólo las representaciones más claras e intensas son reconocidas por la autoconciencia, mientras que la gran masa de representaciones actuales, pero más débiles, permanece inconciente.

Lo que puede objetarse contra la existencia y operancia de las “representaciones inconcientes” parece, en su mayor parte, un juego de palabras. Ciertamente representación es una palabra tomada de la terminología del pensa-

miento conciente y por lo tanto “representación inconciente es una expresión contradictoria. Pero el proceso físico base de la representación es, en lo formal y en su contenido (aun cuando no cuantitativamente), el mismo, tanto si la representación rebasa el umbral de la conciencia o queda por debajo de él. Sería suficiente crear un término, como por ejemplo, “sustrato de la representación” para subsanar la contradicción y poder evitar el reproche.

No parece existir, pues, en principio, un obstáculo para las representaciones inconcientes como causas de fenómenos patológicos. Pero entrando más en el asunto, surgen otras dificultades. Cuando la intensidad de las representaciones inconcientes crece, éstas entran “eo ipso” en la conciencia. Permanecen inconcientes solamente cuando son de poca intensidad. Pero parece difícil admitir que una representación pueda ser, simultáneamente, lo suficientemente intensa para provocar, por ejemplo, acciones motoras vivas, y sin embargo no lo bastante para volverse conciente.

Ya he mencionado un punto de vista que no puede ser dejado de lado. La claridad de nuestras representaciones y con ello la capacidad de ser observadas por la autoconciencia, de volverse concientes, está condicionada por los sentimientos de placer o displacer que despiertan, es decir por su valor afectivo. Cuando una representación desencadena de inmediato consecuencias somáticas vívidas, implica que la excitación engendrada defluye por las vías correspondientes, en lugar de difundirse por el cerebro; y justamente *porque* tiene consecuencias corporales, porque ha tenido lugar una *conversión* de su capacidad estimulante psíquica en somática, pierde la claridad que, de lo contrario, la distinguiría en la corriente de representaciones; se pierde entre las otras.

Por ejemplo, alguien durante la comida ha tenido un afecto intenso y no lo ha “abreaccionado”. Consecuentemente, al tratar de comer, aparecen vómitos y náuseas que se le presentan al paciente como síntomas corporales puros. Persisten durante un tiempo prolongado vómitos histéricos, los que desaparecen después que, en la hipnosis, el afecto fue renovado, relatado y se respondió a él. Sin duda, a través de la tentativa de comer volvió a despertarse cada vez el recuerdo y desencadenó el acto del vómito. Pero esto no aparece clara-

mente en la conciencia, porque ahora se presenta sin afecto, mientras que el vómito absorbe toda la atención.

Es comprensible que, esta causa, algunas representaciones que desencadenan fenómenos histéricos no puedan ser reconocidas como causa de los mismos. Pero esta razón, que representaciones perdieran afecto por haber sido convertidas, por haber sido escotomizadas, no puede explicar por qué, en otros casos, complejos representacionales no desprovistos de afecto no aparecen en la conciencia. En los historiales clínicos se han aportado múltiples ejemplos.

En tales enfermos la regla es que las modificaciones del ánimo, la temerosidad, la irritabilidad colérica, la pena, preceden a la aparición de los síntomas somáticos o le siguen rápidamente, creciendo después hasta que, a través de la verbalización, se logre la solución, o bien basta que el afecto y los fenómenos somáticos desaparecen paulatinamente.

Si sucedió lo primero, entonces la calidad del afecto se volvió totalmente comprensible, aun cuando su intensidad, para el sano y también para el enfermo, después de su solución, debe parecer completamente desproporcionada.

Estas son, por lo tanto, las representaciones que son suficientemente intensas no sólo para provocar fenómenos corporales intensos, sino también para provocar el afecto correspondiente, necesario para influir sobre la asociación haciéndole preferir pensamientos emparentados y que a pesar de todo ello, quedan fuera de la conciencia.

Se necesita de la hipnosis, como en las observaciones 1 y 2 (16) y de una búsqueda intensa, como en las observaciones 4 y 5, para atraerlas a la conciencia.

Aquellas representaciones que permanecen inconcientes (pero reales) no por su vivacidad, relativamente débil, sino a pesar de su gran intensidad, podemos llamarlas *inaptas para la conciencia* (17).

La existencia de tales representaciones inaptas para la conciencia es pa-

tológica. En el sano, todas las representaciones con intensidad suficiente, pueden llegar a ser efectivas, pueden llegar a la conciencia. En nuestros enfermos encontramos coexistiendo, el gran complejo de representaciones aptas para la conciencia y uno pequeño de no aptas.

En estos enfermos, pues, el campo de la actividad psíquica representacional no coincide con la conciencia potencial, sino que ésta es más limitada que aquél. La actividad psíquica representacional se descompone aquí en una conciente y en una inconciente. Las representaciones en concientizables, aptas para la conciencia y no concientizables. No podemos hablar por lo tanto de una escisión de la conciencia, pero sí de la *escisión de la psiquis*.

A la inversa, estas representaciones subconcientes tampoco son influibles ni rectificables por el pensamiento conciente. Frecuentemente se trata de vivencias que con el tiempo se han vuelto carentes de contenido, temores de acontecimientos que no han tenido lugar, sobresaltos que se han disuelto en la risa o alegría de la salvación. Estos sucesos le quitan toda afectividad al pensar conciente mientras la representación subconciente que provoca los fenómenos somáticos permanece totalmente inafectada por aquellos.

Séanos permitido traer un ejemplo de ello. Una joven señora vivía durante cierto tiempo muy preocupada por el destino de su hermana menor; bajo esta impresión su menstruación, habitualmente regular, se prolongó durante dos semanas, apareció un dolor en la zona izquierda del hipogastrio y en dos oportunidades la paciente se encontró despertando de un “desmayo”, rígida, en el suelo. Lo siguió un dolor ovárico izquierdo con manifestaciones de una peritonitis grave. La apirexia y la contractura del miembro inferior izquierdo (y del dorso) caracterizaron a la enfermedad como una pseudo - peritonitis y cuando la paciente murió algunos años después y se le realizó la necropsia, se encontró solamente una “degeneración microquística” de *ambos* ovarios sin secuelas de peritonitis. Las graves manifestaciones desaparecieron paulatinamente, y solamente quedó un dolor ovárico y una contractura de los músculos del dorso, de modo que el tronco quedaba rígido como una viga, y una contractura del miembro inferior izquierdo. Esta última desapareció por sugestión directa bajo hipnosis. La contractura del dorso no se modificó. Mientras



tanto la situación de la hermana llegó a solucionarse totalmente y todo temor desapareció. Sin embargo los fenómenos histéricos derivados de él persistieron. Era presumible que se trataba de perturbaciones de la inervación que se volvieron independientes y no estaban ligadas a la representación desencadenante o productora. Sin embargo, cuando en el curso de la hipnosis la paciente fue obligada a contar toda la historia de su enfermedad “peritonitis” (lo que hizo con muy pocas ganas), inmediatamente después pudo sentarse en la cama sin molestias y la contractura desapareció para siempre. (El dolor ovárico, cuyo comienzo seguramente era muy anterior, persistió inmodificado.) Es decir, a pesar de todo, la representación angustiante patógena perduró activa durante meses, rebelde frente al cambio de los acontecimientos.

Si ahora debemos reconocer la existencia de complejos representativos que nunca aparecen en la conciencia vigil y no son influidos por el pensamiento conciente, admitimos ya, para histerias tan simples como la recién citada, una escisión de la psiquis en dos partes relativamente independientes. No quiero afirmar que todo lo llamado histérico tenga como base y condición tal escisión; sin embargo “esa escisión de la actividad psíquica que en los casos de double conscience es tan llamativa, existe en forma más rudimentaria en toda «gran» histeria y la capacidad y tendencia hacia esta escisión es el fenómeno básico de esta neurosis

Pero antes de entrar en la discusión de estos fenómenos falta acotar una observación referente a las representaciones inconcientes que desencadenan fenómenos somáticos. Tal como en el caso de la contractura arriba citada, hay fenómenos histéricos de continuada y larga duración. ¿Debemos y podemos admitir que durante todo el tiempo la representación causante está siempre presente, actual y viva? Creo que sí. Ciertamente vemos en el sano la actividad psíquica como una rápida sucesión de representaciones. Pero vemos al melancólico grave sumergido permanentemente en las mismas representaciones penosas, siempre vivas y actuales. Podemos admitir que también en el sano una grave preocupación puede estar permanentemente presente, ya que domina su expresión fácil, aun cuando su conciencia está ocupada por otros pensamientos. Aquella parte de la actividad escindida del histérico que suponemos ocupada por representaciones inconcientes está, con frecuencia, tan

pobrementemente provista de ellas y tan inaccesible al cambio por las impresiones externas, que podemos creer que aquí existe la posibilidad de una actividad permanente de una misma representación.

Cuando nos parece, al igual que a *Binet* y *Janet*, que el núcleo de la histeria, es una escisión de una parte de la actividad psíquica, también nos sentimos obligados a buscar la mayor claridad sobre este fenómeno. Se cae con excesiva facilidad en el hábito de pensar una sustancia por detrás de un sustantivo, de concebir paulatinamente la “conciencia”, “conciente”, como una cosa y uno se acostumbra a utilizar metafóricamente relaciones topográficas, tal como “subconciente”; con el tiempo se produce una real representación en la que la metáfora ha sido olvidada, y con facilidad se la manipula como si fuera real. Y así se completa la mitología.

A todo nuestro pensar se imponen, como acompañantes y auxiliares, representaciones espaciales y hablamos en metáforas espaciales. Así se presentan en forma casi obligada las imágenes del tronco del árbol expuesto a la luz y sus raíces en la oscuridad o del edificio y de su oscuro sótano, toda vez que hablamos de las representaciones que se encuentran en la conciencia clara y de las inconcientes que jamás penetran a la claridad de la autoconciencia. Sin embargo, si siempre tenemos presente que todo lo espacial aquí es metáfora Y no nos dejamos seducir tratando de localizarlo en el cerebro, siempre podemos hablar aun de un conciente y de un subconciente. Pero solamente con esta condición.

Frente al peligro de ser trampeados por nuestras figuras de lenguaje, andaremos seguros mientras recordemos que es del mismo cerebro y probablemente de la misma corteza cerebral de la que surgen las representaciones, tanto concientes como inconcientes. No sabemos cómo llega a ser posible esto. Pero sabemos tan poco de la actividad psíquica de la corteza cerebral que una nueva complicación enigmática apenas si aumenta

nuestra infinita ignorancia. Debemos reconocer que, en el histérico, una parte de la actividad psíquica es inaccesible a la percepción a través de la autoconciencia de la persona vigil y que, por lo tanto, existe una disociación de la psiquis.

Un caso bien conocido de tal división de la actividad psíquica es el ataque histérico en alguna de sus formas y estadios. En su comienzo el pensamiento consciente está con frecuencia casi totalmente apagado; pero después despierta paulatinamente. Muchos enfermos inteligentes nos manifiestan que su yo consciente estaba completamente lúcido durante el ataque y observaba con curiosidad y asombro todas las cosas extrañas que ellos decían y hacían. Estos pacientes tienen también la idea (errónea) de que con buena voluntad hubieran podido evitar el ataque y están dispuestos a atribuirse la culpa por él. “No tendrían que haberlo hecho”. (También las autoacusaciones de simulación obedecen en su mayor parte a esta sensación.) Pero en el próximo ataque el yo consciente resulta tan poco capaz de dominar los procesos como en el anterior. Aquí están alineados pues, el pensar y representar del yo consciente vigil al lado de las representaciones que, en las tinieblas del inconsciente, habitualmente han ganado el dominio sobre la musculatura y el lenguaje y, en realidad, también sobre una gran parte de la actividad representacional misma y es de este modo como la escisión de la psiquis es puesta de manifiesto.

Ciertamente, en los hallazgos de *Binet* y *Janet* no es sólo la actividad psíquica sino también la conciencia la que merece ser llamada escindida; es de conocimiento que estos observadores lograron ponerse en comunicación con el “subconsciente” de sus pacientes, con aquella parte de la actividad psíquica de la cual el yo consciente vigil nada sabe y han podido comprobar, en algunos casos, todas las funciones psíquicas incluyendo la autoconciencia, dado que en el subconsciente se encuentra el recuerdo de los procesos psíquicos pasados. Esta hemi - psiquis es por lo tanto completa y autoconsciente. En nuestros casos, la parte escindida de la psique “ha sido llevada a la oscuridad” y nunca aparece a la luz, si bien es como los titanes aprisionados en el cráter del Etna, capaces de hacer temblar la Tierra. En los casos de *Janet* tuvo lugar una división total del Imperio, pero con una diferencia de rango. Aunque también éste desaparece, cuando ambas mitades alternan y no difieren en su

capacidad funcional, como en los conocidos casos de double conscience.

Volvamos a aquellas representaciones que en nuestros pacientes demostramos como causa de sus fenómenos histéricos. Falta mucho para que podamos llamar a todas “inconcientes” e “inaptas para la conciencia”. Desde la representación completamente conciente que desencadena un reflejo inusual, hasta aquella que nunca aparece en la conciencia en estado vigil, sino únicamente en la hipnosis, existe una escala casi ininterrumpida con todas las gradaciones de sombras y vaguedades. Sin embargo considerarnos haber aportado la prueba que en los grados más altos de histeria existe una escisión de la actividad psíquica y ella sola basta para hacer posible una teoría psíquica de la enfermedad.

¿Qué puede decirse o suponerse ahora acerca de la probable causa y origen de estos fenómenos?

*P. Janet*, a quien tanto le debe agradecer la teoría de la histeria y con quien estamos de acuerdo en la mayoría de los puntos, ha desarrollado consideraciones sobre el tema que no hacemos nuestras: *Janet* afirma que la “escisión de la personalidad” reposa sobre una debilidad psíquica originaria (*insuffisance psychologique*). Toda actividad psíquica normal presupone cierta capacidad de “síntesis”, la posibilidad de reunir varias representaciones en un complejo. La fusión de varias percepciones sensoriales en una imagen de ambiente sería ya una actividad sintética de este tipo; pero esta función de la psiquis está muy por debajo de lo normal en los histéricos. Cuando la atención máxima de un hombre normal está dirigida sobre un punto, por ejemplo, percibiendo mediante un solo sentido, perderá transitoriamente la capacidad de apercebir las impresiones de los otros sentidos y assimilarlas en su pensamiento conciente. En los histéricos sucede esto mismo sin necesidad de una concentración especial de la atención. Si perciben algo, son inaccesibles para otras percepciones sensoriales. Ni siquiera son capaces de reunir impresiones de un sentido; pueden, por ejemplo, apercebir solamente las percepciones táctiles de una mitad corporal, en tanto las del otro lado llegan al centro y son evaluadas para la coordinación motriz, pero no son apercebidas. Tal persona

tiene una hemianestesia.

En la persona normal una representación atrae a la conciencia un gran número de otras, las que entran en relación con la primera, confirmándola o inhibiéndola, y solamente las representaciones vividas de máxima intensidad Llegan a ser tan fuertes que las asociaciones quedan bajo el umbral de la conciencia. En el histérico esto sucede siempre, cada representación ocupa toda la actividad psíquica disminuida y esto condicionaría la excesiva afectividad de los pacientes.

Esta propiedad de la psiquis es llamada por *Janet* “estrechamiento del campo de la conciencia” del histérico, en analogía con el “estrechamiento del campo visual”. Las impresiones sensoriales no apercebidas y las representaciones despertadas pero no aparecidas en la conciencia, casi siempre se apagan sin mayores consecuencias, pero a veces se suman y forman complejos: la capa psíquica sustraída de la conciencia, la subconciencia.

La histeria, obedeciendo esencialmente a esta escisión de la psiquis, sería una *maladie de faiblesse*”; y por ello se desarrollaría con mayor facilidad cuando, sobre una psiquis originariamente débil, actúan agregadas influencias debilitantes, o cuando se le hacen exigencias excesivas frente a las cuales la fuerza psíquica aparece aun más disminuida.

En esta exposición de sus consideraciones, *Janet* respondió también a la importante cuestión de la predisposición para la histeria; *Janet* considera como tipo histérico (*typus hystericus*) (esta palabra está tomada en el sentido en que puede hablarse de *typus phtisicus*, comprendiendo por ello el tórax estrecho y alargado, el corazón pequeño, etc.)’ cierta forma de debilidad psíquica congénita, la que constituye la predisposición para la histeria. Frente a ello quisiéramos formular brevemente nuestro punto de vista: la escisión de la conciencia no se presenta porque los pacientes sean débiles mentales, sino que los pacientes aparecen como débiles mentales porque la actividad psíquica está dividida y sólo una parte de su capacidad funcional está a disposición del pensamiento consciente; no podemos aceptar la debilidad psíquica como *typus hystericus*, en cuanto concepción de la predisposición a la histeria.

Lo que se ha querido decir con la frase primera puede ser aclarado con un ejemplo. En una de nuestras enfermas (la Sra. Cecilia M.), pudimos observar muchas veces la siguiente secuencia: en el curso de un relativo bienestar aparecía un síntoma histérico, tal como una alucinación obsesiva y torturante, una neuralgia o algo similar, cuya intensidad aumentaba durante cierto tiempo. Simultáneamente disminuía la capacidad funcional psíquica y luego de algunos días todo observador no advertido podría considerar a la paciente como una débil mental. Después se desembarazaba de la representación inconciente (del recuerdo de un trauma psíquico con frecuencia muy pretérito), ya sea por intermedio del médico en la hipnosis o a través de poder contar el acontecimiento en el curso de un estado de excitación súbito y acompañado de un afecto vívido. A continuación no sólo se tranquilizaba y se volvía alegre, liberada del síntoma torturante, sino que siempre volvía a asombrar su intelecto claro y rico y la agudeza de su entendimiento y juicio. Tenía predilección por el ajedrez, que jugaba admirablemente, y con frecuencia prefería dos partidas simultáneas, lo que jamás podría ser considerado signo de una síntesis psíquica defectuosa. No podía desecharse la impresión de que, en la secuencia mencionada, la representación inconciente se iba apropiando de una parte cada vez mayor de la actividad psíquica y de que, cuanto más sucediera esto, la participación del pensamiento conciente era cada vez menor, hasta alcanzar un estado de imbecilidad total. Sin embargo, en cuanto volvía a estar “entera”, expresión vienesa asombrosamente apropiada (“beisammen”), poseía una capacidad funcional psíquica eminente.

Para efectuar la comparación con los estados de los normales no quisiéramos utilizar la concentración de la atención, sino la “preocupación” (Prä-*okkupation*). Cuando una persona está “preocupada” por una vivida representación, por ejemplo un pesar, toda su capacidad funcional psíquica también está reducida de un modo similar.

Todo observador se encuentra influido por el objeto de su observación y quisiéramos creer que la concepción de *Janet* surgió, sobre todo, del estudio de aquellos histéricos débiles mentales que se encuentran en el hospital o en el asilo, los que, debido a su enfermedad y a la debilidad mental provocada por

ella, no son capaces de mantenerse a sí mismos. Nuestra observación sobre histéricos cultos nos lleva a una opinión esencialmente distinta sobre su psiquis. Creemos “que entre los histéricos se pueden encontrar las personas mentalmente más lúcidas, de mayor voluntad, de carácter más firme y de mayor crítica”. La histeria no excluye ninguna medida de talento psíquico real y eficiente, aun cuando frecuentemente, debido a la enfermedad, el rendimiento real se hace imposible. Sí, también la santa patrona de los histéricos, Sta. Teresa, era una mujer genial y de la mayor eficiencia práctica. Pero, ciertamente, ningún grado de tontera, incapacidad o falta de voluntad protegen de la histeria. Aun dejando de lado lo que es luego consecuencia de la enfermedad, debe reconocerse como frecuente el tipo del histérico débil mental. Pero aquí no se trata de una tontera torpe y flegmática, sino que la causa de la ineficiencia es un grado excesivo de movilidad. Más adelante habré de tratar la cuestión de la predisposición originaria. Aquí solamente habrá que hacer constar que es inaceptable la opinión de *Janet* de que en alguna medida la debilidad mental sea base de la histeria y de la escisión psíquica.

En completa oposición a la opinión de *Janet* pienso que en muchos casos la disgregación tiene como base un defecto de función psíquica, que consiste en la coexistencia habitual de dos series heterogéneas de representaciones. Se ha señalado con frecuencia que no actuamos sólo “mecánicamente”, Sino que en nuestro pensamiento conciente transcurren series de representaciones que nada de común tienen con nuestra actividad; indudablemente somos capaces de rendimientos psíquicos mientras nuestros pensamientos «están ocupados en otro lugar», como por ejemplo cuando leemos correctamente y con la entonación correspondiente y sin embargo no sabemos qué es lo que hemos leído.

Existe un número de actividades, desde el tejer mecánicamente y tocar escalas hasta aquellas que ya exigen un cierto rendimiento psíquico, que son realizadas por muchas personas “con la mitad de la cabeza”. Especialmente por aquellas personas que, teniendo gran vivacidad de espíritu, son torturadas por ocupaciones monótonas, simples y carentes de estímulo y buscan casi premeditadamente el entretenimiento de pensar en otra cosa (“el teatro privado” de Anna O.). Un caso similar se presenta cuando una serie de re-

presentaciones importantes, procedentes de la lectura, del teatro, etc., se nos imponen o nos invaden. Más enérgica aun es esta intrusión cuando la serie de representaciones extrañas está “fuertemente teñida por lo afectivo”, tal como una preocupación o la nostalgia amorosa. Entonces se da el estado de “preocupación” mencionado antes, el que, sin embargo, no impide a muchas personas el realizar rendimientos de complicación moderada. Las circunstancias sociales obligan con frecuencia a las duplicaciones aun de los pensamientos intensos como, por ejemplo, cuando una mujer preocupada en forma torturante o en excitación pasional debe cumplir, simultáneamente, sus obligaciones sociales y sus funciones de amable anfitriona. En nuestro trabajo todos somos capaces de realizar funciones menores de este tipo; pero la autoobservación parece señalarnos que el grupo de representaciones afectivas puede ser asociado sólo de tanto en tanto, mientras que persisten activas y actuales en la psique y reaparecen en la conciencia en cuanto ninguna impresión exterior más vívida o ningún acto volitivo ocupe la misma.

En las personas que no se abandonan habitualmente a ensueños diurnos coexistentes con su actividad habitual, también se presentan, en algunas situaciones durante períodos bastante prolongados, tales coincidencias alternantes de impresiones y reacciones de la vida exterior con grupos de representaciones afectivamente acentuadas, “Post equitem sedet atra cura”. Estas situaciones son, antes que nada, los cuidados de enfermería de seres queridos y la inclinación amorosa. En mi experiencia el cuidado de enfermería y el afecto sexual tienen un papel principal en los historiales clínicos bien analizados de los histéricos.

Presumo que la duplicación de la capacidad psíquica, sea habitual o sea condicionada por situaciones patológicas de la psiquis, predisponga a la verdadera escisión patológica de la misma. Estas tienen lugar cuando ambas series de representaciones ya no poseen un contenido de igual naturaleza o cuando una de las series contiene representaciones inaptas para la conciencia; resistidas, o las que proceden de estados hipnoides. En estas circunstancias la confluencia de ambas corrientes, temporariamente separadas pero que siempre vuelven a confluir en el sano, se hace imposible, estableciéndose un territorio de actividad psíquica inconciente duraderamente escindido. Esta es-



cisión histérica de la psiquis se comporta, respecto al “doble yo” del sano como el estado hipnoide respecto a la ensoñación normal. En esta última es la amnesia la que condiciona la calidad patológica y en la primera es la inaptitud para la conciencia de la representación.

La observación Anna O., a la cual siempre debo volver, ofrece una visión clara del proceso. La joven, en plena salud, estaba habituada a dejar transcurrir series de representaciones fantásticas coexistiendo con sus ocupaciones. En una situación favorable para la autohipnosis ingresa el afecto de la angustia a la ensoñación, provocando un estado hipnoide del que queda una amnesia. Esto se repite en reiteradas oportunidades y su contenido de representaciones se vuelve cada vez más rico pero alternando siempre con estados de pensamiento vigil del todo normal.

Después de cuatro meses el estado hipnoide se apodera completamente de la enferma; al confluir los ataques se produce un état de mal, una histeria aguda gravísima. Después de una persistencia de varios meses bajo diversas formas (período sonambúlico), es interrumpido a la fuerza y alterna ahora nuevamente con una conducta psíquica normal. Pero también en esta conducta persisten fenómenos somáticos y psíquicos, de los que aquí sabemos, obedecen a representaciones del estado hipnoide (contractura, hemianestesia, alteraciones del lenguaje). Queda así demostrado que, también durante el comportamiento normal, el complejo de representaciones del estado hipnoide, la “subconciencia”, es actual, y que prosigue la escisión de la psiquis.

No puedo aportar un segundo ejemplo de tal desarrollo. Sin embargo creo que el mismo arroja alguna luz sobre la génesis de la neurosis traumática. En ésta se repiten conjuntamente, en los primeros días subsiguientes al accidente, el estado hipnoide del sobresalto y el recuerdo del accidente; mientras esto va sucediendo cada vez con más frecuencia, su intensidad, por el contrario, decrece tanto que ya no alterna con el pensar vigil, sino que coexiste con él. Ahora se hace continuo y los síntomas somáticos que antes se presentaban sólo durante el sobresalto adquieren una existencia permanente. Pero sólo puedo presumir que esto sucede así, pues no he analizado ningún caso.

Las observaciones y análisis de *Freud* demuestran que la escisión de la psiquis puede tener lugar también como “defensa”, es decir mediante el apartamiento voluntario de la conciencia de representaciones penosas. Pero esto sólo sucede en algunas personas a las que, por eso mismo, debemos atribuir una peculiaridad psíquica. En la persona normal o bien se logra la supresión de tales representaciones, las que terminan por desaparecer completamente, o no se logra y éstas vuelven a aparecer siempre en la conciencia. No sabría decir en qué consiste esta particularidad. Sólo me atrevo a presumir que la ayuda del estado hipnoide es necesaria cuando, mediante la defensa, no solamente representaciones convertidas aisladas deben volverse inconcientes, sino debe realizarse una verdadera escisión de la psiquis. La autohipnosis ofrece por así decirlo, el espacio, el territorio de la actividad psíquica inconciente al cual son forzadas las representaciones defendidas. Sea como sea, tenemos que reconocer el hecho de la significación patógena de la “defensa”.

No creo que, con los procesos expuestos, medianamente comprensibles, se haya agotado, ni aproximadamente, la génesis de la escisión psíquica.

Histerias severas en su estado inicial permiten observar, con frecuencia, durante un tiempo, un síndrome que quizás pueda ser llamado histeria aguda. (En la anamnesis de histéricos masculinos se encuentra habitualmente esta forma de enfermedad bajo el nombre de encefalitis; en histerias femeninas el dolor de ovario conduce al diagnóstico de: peritonitis.)

En este estadio agudo de histeria los rasgos psicóticos son muy manifiestos; estados de excitación maníacos y coléricos, fenómenos histéricos rápidamente cambiantes, alucinaciones, etc. En tales estados quizá pueda realizarse la escisión de la psiquis de un modo diferente al que describimos más arriba.

Es posible que todo este estadio deba ser considerado como un estado hipnoide prolongado cuyos residuos proveen el núcleo del complejo representacional inconciente, mientras que el pensamiento vigil permanece amnésico. Ya que frecuentemente las condiciones de surgimiento de tales histerias agudas no nos son conocidas (no me atrevo a considerar el proceso de Anna O. como de validez general), sería ésta otra forma de escisión psíquica que podría

ser denominada irracional, en contraposición a las arriba expuestas (18).

Seguramente existirán aun otras modalidades de este proceso que se han sustraído todavía a los jóvenes conocimientos de la psicología. Seguramente hemos dado los primeros pasos en este terreno y nuestra experiencia ulterior modificará esencialmente nuestros puntos de vista actuales.

Nos preguntamos ahora qué han aportado los conocimientos ganados en los últimos años sobre la escisión psíquica para la comprensión de la histeria. Parece ser mucho y pleno de significación. Este descubrimiento permite seguir síntomas, aparentemente somáticos puros, hasta representaciones que, sin embargo, no pueden ser encontradas en la conciencia del paciente. Está de más volver sobre esto.

Ha enseñado, por lo menos, a comprender parcialmente el ataque como un producto del complejo de representaciones inconcientes (*Charcot*).

Explica, también, varias particularidades psíquicas de la histeria y este punto merece quizás un comentario más detallado.

Las “representaciones inconcientes” no aparecen nunca, o raramente y con gran dificultad, en el pensamiento vigil y, sin embargo, influyen sobre él. En primer término por sus acciones, por ejemplo, cuando una alucinación completamente incomprensible y sin sentido hace sufrir al enfermo y cuyo significado y motivación se aclaran en la hipnosis.

Además influyen en la asociación, volviendo más vívidas algunas representaciones, más de lo que habrían sido sin este refuerzo desde el inconciente. Así se imponen al enfermo algo compulsivamente ciertos grupos de representaciones en las que está obligado a pensar. (De modo similar, los hemianestésicos de *Janet* no sienten el repetido contacto de su mano insensible pero, exhortados a decir un número cualquiera, eligen siempre el que corresponde al número de contactos.) Además dominan el estado de ánimo, el humor. Cuando Anna O. se aproximaba, en el desarrollo de sus recuerdos, a un proceso que originariamente estaba unido con un vivo afecto,

el estado de ánimo correspondiente aparecía ya días antes que el recuerdo, recuerdo que aparecía claramente sólo en su conciencia hipnótica.

Nos hace comprender los “caprichos” de nuestros enfermos, las distimias, inexplicables, infundadas y, para el pensar vigil, carentes de motivo. La impresionabilidad de los histéricos está condicionada, en gran parte, simplemente por su excitabilidad originaria; pero los afectos vivos a los que llegan por causas relativamente nimias, se hacen comprensibles si pensamos que la “psiquis escindida” actúa como resonador sobre el tono del diapasón. Cada acontecimiento que excita recuerdos “inconcientes” libera toda la fuerza afectiva de esa representación no desgastada y el afecto así provocado se presenta después totalmente fuera de proporción con el que hubiera surgido sólo en la psiquis conciente.

Más arriba se hizo referencia al caso de una enferma cuyo rendimiento psíquico continuamente estaba en relación inversa con la vivacidad de sus representaciones inconcientes. El descenso de su pensamiento conciente reposaba parcialmente, pero sólo parcialmente, sobre una peculiar modalidad de distracción; después de cada “absence” momentánea, dado que ellas se sucedían continuamente, no sabía lo que había pensado durante la misma. Oscilaba entre la “condition prime” y “seconde”, entre el complejo de representaciones conciente e inconciente. Pero no sólo por esto se encuentra disminuido su rendimiento psíquico ni tampoco sólo por el afecto que la domina desde el inconciente. Su pensamiento vigil es tan carente de energía durante este estado, su juicio tan infantil, que parece realmente imbécil. Creo que la base de ello es que el pensamiento vigil dispone de menos energía cuando una gran cantidad de energía psíquica es utilizada por el inconciente.

Cuando esto no es sólo temporario, cuando la psiquis escindida está permanentemente excitada, como en los hemianestésicos de *Janet*, en los que todas las sensaciones de una mitad del cuerpo son percibidas sólo por la psiquis inconciente, queda muy poca capacidad de rendimiento para el pensamiento vigil, de modo que se explica totalmente la debilidad psíquica que *Janet* describe y que considera como originaria. Seguramente es de los menos que se puede decir como de *Bertrand de Born*, de *Uhland*, “que nunca necesitan

más que la mitad de la mente”. La mayoría, con tal reducción de la energía psíquica, es débil mental.

Sobre esta debilidad mental condicionada por la escisión psíquica parece reposar también una propiedad de *algunos* histéricos, rica en consecuencias y que es su sugestibilidad. (Digo “de algunos histéricos”, puesto que es seguro que entre los enfermos de este tipo se pueden encontrar también las personas de juicio más seguro y de crítica más aguda.)

Entendemos por sugestibilidad, ante todo, la falta de crítica frente a representaciones y complejos de representaciones (juicios) que aparecen en la conciencia o que son introducidos en ella desde afuera, oyendo a otros o leyendo. Toda crítica de estas representaciones consiste en que, apenas aparecidas en la conciencia, despiertan otras por asociación y entre éstas también algunas inconciliables con las primeras. La resistencia contra ellas depende por lo tanto de la posesión de la conciencia potencial de tales representaciones antagónicas y su fuerza corresponde a la relación entre la vivacidad de las representaciones nuevas y la de las despertadas por el recuerdo. Esta relación es muy variable aun en intelectos normales. De ellos depende en gran parte lo que llamamos temperamento intelectual. El sanguíneo, a quien siempre encantan las personas y cosas nuevas, seguramente es así porque la intensidad de sus imágenes mnémicas es menor que la de las impresiones nuevas, en comparación con la persona más tranquila, “flemática”. En el curso de situaciones patológicas crece la preponderancia de las representaciones nuevas y de la falta de resistencia frente a ellas, tanto más cuanto menos imágenes mnémicas se despiertan, es decir, cuanto más pobre y débil es la asociación. Así sucede ya durante el dormir, en el ensueño, en la hipnosis, en cualquier disminución de la energía mental, en tanto esta disminución no dañe también a la vivacidad de las representaciones nuevas.

La psiquis escindida inconciente de la histeria es eminentemente suges-  
tible debido a la pobreza e incompletud de su contenido de representaciones. Pero también la sugestibilidad de la psiquis conciente de algunos histéricos parece reposar sobre lo mismo. Por su predisposición originaria ellos son excitables; las representaciones nuevas son de gran vivacidad para ellos. Por

el contrario, la actividad intelectual propiamente dicha, la asociación, está descendida, porque debido a la escisión de un “inconciente” dispone solamente de una parte de la energía psíquica.

De este modo la capacidad de resistencia contra las auto y heterosugestiones se encuentra disminuida y a veces destruida; igual origen tiene la sugestibilidad de la voluntad. Por el contrario, la sugestibilidad alucinatoria, que transforma rápidamente cada representación de una percepción sensorial en la percepción misma, como toda alucinación, exige un grado anormal de excitabilidad del órgano de la percepción y no permite derivarla exclusivamente de la escisión psíquica.

## **6. PREDISPOSICIÓN ORIGINARIA; DESARROLLO DE LA HISTERIA**

Casi en cada etapa de esta exposición he debido reconocer que la mayoría de las manifestaciones que nos esforzamos en comprender pueden reposar, también, sobre una particularidad congénita. Esta se sustrae a toda explicación que pretendiera ir más allá de la constatación de los hechos. Seguramente también *la capacidad de adquirir la histeria* está ligada a una particularidad de la persona por lo que quizás no carezca de valor tratar de definirla un poco más exactamente.

Más arriba he expuesto por que la concepción de *Janet* de que la histeria se basa sobre una debilidad psíquica y congénita, resulta inaceptable. El práctico que como médico de cabecera observa a todos los miembros de una familia histérica y en todas sus edades, seguramente estará más inclinado a buscar esta predisposición en un exceso que en un defecto. Habitualmente los adolescentes que se vuelven histéricos, antes de enfermarse son vivaces, talentosos, llenos de intereses espirituales; su energía de voluntad es frecuentemente llamativa. Son también las niñas que se levantan de noche para dedicarse secretamente a algún estudio, prohibido por los padres por temor a un esfuerzo excesivo.

La capacidad para un juicio sensato seguramente es más rica en ellos que

en otras personas. Pero raramente se encuentran entre ellos la pereza mental simple y obtusa y la tontera. La productividad exuberante de su psiquis llevó a uno de mis amigos a afirmar: los histéricos son la flor de la humanidad, claro que también las flores dobles son tan hermosas como estériles.

Su vivacidad e inquietud, su necesidad de sensaciones y de actividad psíquica, su incapacidad para soportar la monotonía del aburrimiento, pueden formularse así: pertenecen al grupo de personas cuyo sistema nervioso libera, durante el reposo, un exceso de excitación que exige utilización. Durante y a consecuencia del desarrollo puberal se agrega a este exceso originario un aumento importante de excitación que parte de la sexualidad naciente, de las glándulas genitales. Hay pues, ahora, un exceso de cantidad de excitación psíquica libre y disponible para fenómenos patológicos; pero para que éstos se presenten bajo forma de manifestaciones histéricas se exige, evidentemente, otra particularidad específica del individuo, ya que la mayoría de las personas excitadas y vivaces no se vuelven histéricas.

Esta particularidad sólo pude denominarla más arriba con una expresión vaga y pobre en contenido: "excitabilidad anormal del sistema nervioso". Pero quizás pueda irse más allá diciendo que la anormalidad reside en que, en estas personas, la excitación del órgano central puede penetrar en el aparato nervioso sensorial, el que normalmente es accesible sólo a los estímulos periféricos, del mismo modo como puede hacerlo en el aparato nervioso de los órganos vegetativos que están aislados del sistema nervioso central por fuertes resistencias. Esta representación del exceso de excitación siempre presente, pudiendo acceder al aparato sensitivo, vasomotor y visceral, parece responder ya por algunos fenómenos patológicos.

Del mismo modo como en las personas así conformadas la atención está concentrada fuertemente sobre una parte del cuerpo, ella sobrepasa la "facilitación atencional" (*Exner*) normal de la correspondiente vía sensitiva; por así decirlo, la excitación libre, flotante, se traslada a la vía y se produce una hiperalgesia local que hace que todos los dolores tengan una intensidad máxima, cualquiera sea su causa, y que todos sus sufrimientos sean "espantosos" e "insoportables". Pero esta cantidad de excitación que ha ocupado una vez la

vía sensitiva no la abandona del todo, tal como lo hace en la persona normal; no sólo persiste sino que aumenta por el aflujo de excitaciones nuevas. Así se desarrolla, después de un leve traumatismo articular, una *neurosis articular*; así la sensación dolorosa de la inflamación ovárica se transforma en una *algia ovárica* permanente.

Los aparatos nerviosos de la circulación son más accesibles a la influencia cerebral que en el normal; se presentan palpitaciones nerviosas, tendencia al síncope, enrojecimiento y palidecimiento excesivos, etc.

Pero los aparatos nerviosos periféricos no sólo son más fácilmente excitables frente a las influencias centrales: también reaccionan de un modo excesivo y perverso frente a los estímulos funcionales adecuados. Las palpitaciones ya suceden a un esfuerzo moderado así como a una excitación placentera, y los vasomotores provocan la contracción de las arterias (“dedo muerto”) aun sin influencia psíquica alguna. Del mismo modo como a un traumatismo leve le sigue una neurosis articular, una corta bronquitis deja como secuela un asma nervioso, y una indigestión frecuentes cardialgias. Debemos reconocer que la accesibilidad a sumas de excitación de origen central es solamente un caso particular de la excitabilidad anormal general (19), aunque este caso particular sea lo más importante para nuestro tema.

Por lo tanto, no creo que sea totalmente descartable la vieja “teoría de los reflejos” acerca de estos síntomas, que mejor podrían ser llamados nerviosos” aun perteneciendo al cuadro clínico empírico de la histeria. Los vómitos que acompañan a la distensión del útero grávido, pueden ser desencadenados fácilmente por vía refleja, y con estímulos uterinos mínimos en el caso de una excitabilidad anormal; casi también por las congestiones periódicas de los ovarios. Conocemos tantas modificaciones de órganos producidas por acciones a distancia, tantos peculiares “puntos conjugados”, que no puede rechazarse que un cierto número de síntomas nerviosos —que quizás en algunos casos son condicionados psíquicamente— puedan ser en otros casos acciones reflejas a distancia. Sí, oso pronunciar la herejía tan altamente no moderna, de que la debilidad motora de una pierna podría ser, en algunos casos, no condicionada psíquicamente, sino directamente, en forma refleja, debido a una



enfermedad genital. Creo que hacemos bien en no hacer valer nuestros nuevos puntos de vista como demasiado exclusivos y como generalizables para todos los casos,

Otras formas de excitabilidad sensitiva anormal escapan aun más a nuestra comprensión; la analgesia generalizada, las placas anestésicas, los estrechamientos reales del campo visual, etc. Es posible, quizás probable, que ulteriores observaciones lleguen a probar el Origen psíquico de uno u otro de estos estigmas, y con ello consigan explicar el síntoma; hasta ahora ello no ha sucedido (no me atrevo a generalizar los puntos de referencia que nos proporcionó nuestra observación Anna O.) y no sería justificado presumirlo antes que se haya logrado tal explicación.

Por el contrario, parece que la peculiaridad descrita del sistema nervioso y de lapsiquis, explica algunas de las propiedades conocidas de muchos histéricos. El exceso de excitación que se libera en su sistema nervioso en reposo condiciona su incapacidad para soportar el aburrimiento y la vida monótona; su necesidad de sensaciones que los impulsa, después de estallada la enfermedad, a interrumpir la monótona existencia de un enfermo por medio de toda clase de “acontecimientos”, siendo los fenómenos patológicos los que, ante todo y naturalmente, mejor se prestan para ello. En esto, frecuentemente la autosugestión los apoya. Así son conducidos cada vez más lejos por su necesidad de enfermedad, este rasgo particular, tan patognomónico de la histeria como lo es de la hipocondría, el temor a las enfermedades. Conozco a una histérica que con frecuencia se infligía importantes lesiones sólo para consumo propio; sin que el ambiente o el médico llegaran a enterarse. Cuando no hacía otra cosa, se entregaba a toda clase de locuras estando sola en su cuarto, buscando convencerse de que no era normal. Tiene un claro sentimiento de su enfermedad y cumple sus obligaciones en forma insuficiente, obteniendo una justificación ante sí misma a través de tales actos, Otra paciente, una mujer llena de suspicacia hacia sí misma, y que sufría mucho de una escrupulosidad patológica, percibe cada fenómeno como culpa “porque piensa que no tendría por qué tenerlo si lo quisiera suficientemente”. Sintió gran alivio cuando la paresia de sus miembros inferiores fue declarada erróneamente enfermedad espinal, mientras le provocaba una grave angustia de conciencia la explicación

de que sólo “era nervioso” y que se le pasaría. La necesidad de la enfermedad surge del deseo de la paciente de convencerse a sí y a los demás de la realidad de su enfermedad; cuando esta necesidad se asocia luego a la pena causada por la monotonía del cuarto de enfermo, se desarrolla la más intensa inclinación a tener siempre síntomas nuevos.

Pero cuando esto conduce a la mitomanía y a la verdadera simulación —y creo que ahora ya estamos tan lejos de negar la simulación como antes de suponerla— no reposa sobre la predisposición histérica, sino como *Moebius* decía de un modo tan excelente, en la complicación de la misma con otras degeneraciones, minusvalía moral primitiva. De] mismo modo como la “histeria maligna” se produce porque una persona primitivamente excitable pero pobre de espíritu, sucumbe a un deterioro caracterológico egoísta, el que a su vez crea muy fácilmente un padecimiento crónico. Por otro lado la “histeria maligna” es apenas más común que el tabético maligno de los estadios avanzados.

El exceso de excitación también produce fenómenos patológicos en la esfera motora. Los niños así constituidos desarrollan muy fácilmente movimientos ticosos, los que son estimulados primeramente por alguna sensación en los ojos o en la cara, o por la molestia de una pieza de ropa, y terminan por hacerse permanentes si no son combatidos de inmediato. Las vías reflejas se vuelven rápidamente un sendero “trillado”.

No puede descartarse que existe un ataque convulsivo puramente motor, independiente de todo factor psíquico, en el que sólo se descargue la cantidad de excitación acumulada por sumación, al modo de la cantidad estimulante condicionada por modificaciones anatómicas del ataque epiléptico. Esto sería la convulsión histérica no ideógena.

Vemos tan a menudo a adolescentes que si bien excitables eran sanos, enfermar de histeria durante el desarrollo puberal, que tenemos que preguntarnos si este proceso no crea la predisposición donde no estaba presente originariamente, y si no debemos atribuirle algo más que un simple aumento de la cantidad de excitación; la maduración sexual afecta a todo el sistema nervioso, aumentando la excitabilidad y descendiendo las resistencias en todas partes.

Esto nos lo enseña la observación de adolescentes no histéricos y nos justifica en la creencia de que se produce una predisposición histérica, en la medida en que ésta obedece también a esta propiedad del sistema nervioso. Con ello reconocemos ya a la sexualidad como un gran componente de la histeria. Veremos que su participación es aun mayor, y que contribuye por los caminos mas variados a la génesis de la enfermedad.

Cuando los estigmas no son de origen ideógeno, sino que directamente del fondo germinal originario de la histeria, la ideogenia tampoco puede ser colocada en el centro de la histeria, como se hace a veces hoy día. Nada podría ser más genuinamente histérico que los estigmas, aquellos hallazgos patognomónicos que establecen el diagnóstico y éstos, justamente, no parecen ideógenos. Pero cuando la base de la histeria es una peculiaridad de todo el sistema nervioso, sobre esta peculiaridad se eleva el complejo de los síntomas ideógenos psíquicamente condicionados, como un edificio sobre sus cimientos, y un edificio de varios pisos. Así como sólo se puede comprender la estructura del mismo cuando se distingue el plano de los diversos pisos, así, creo, la comprensión de la histeria está condicionada a la observación de la variada complicación de las causas de los síntomas. Si se prescinde de ello y se trata de dar una explicación de la histeria utilizando un nexo causal único, queda siempre un gran resto de fenómenos sin explicar; como si se quisiera superponer los pisos de una casa de varios sobre el plano de uno solo.

Como vimos mas arriba y al igual que los estigmas, hay toda una serie de otros síntomas nerviosos que no son producidos por representaciones, sino que son consecuencia directa de una anomalía fundamental del sistema nervioso: algunas algias, fenómenos vasomotores, quizás ataques convulsivos motores puros.

Más próximos a éstos están los fenómenos ideógenos que son simplemente conversiones de excitaciones afectivas. En personas con predisposición histérica, surgen como efecto de afectos y por lo pronto son sólo “expresión anormal de las emociones” (*Oppenheim*) (20). Ella se convierte por repetición en un síntoma histérico real, aparentemente somático puro, mientras que la representación desencadenante productora se vuelve inaparente o resistida y,

por lo tanto, reprimida de la conciencia. Las más frecuentes e importantes representaciones resistidas y convertidas tienen contenido sexual. En su mayor parte son la base de la histeria de la pubertad. Las niñas que maduran —de ellas principalmente se trata— se comportan de una manera muy variable frente a las representaciones y sensaciones sexuales que actúan sobre ellas. Ya sea de una manera totalmente coartada, en la que algunas ignoran o escotomizan todo este campo; otras lo aceptan igual que los varones, lo que es la regla en muchachas campesinas u obreras. Otras manotean con curiosidad más o menos perversa, todo lo que puede aportarles de sexual la conversación o la lectura. Finalmente, los caracteres finamente organizados, de gran excitabilidad sexual, pero de pureza moral igualmente grande, conciben todo lo sexual como inconciliable con su norma moral, como algo que las ensucia y mancha (21), Estas últimas reprimen de su conciencia la sexualidad, y las representaciones afectivas de este contenido, que han producido fenómenos somáticos, se convierten en resistidos inconcientes”.

La tendencia a resistir lo sexual se refuerza por el hecho de que la excitación sensual de la virgen contiene una mezcla de temor, de miedo a lo desconocido, lo que intuye como que sucederá, mientras que en el hombre natural, sano y joven, se trata de una pulsión agresiva no mezclada. La niña intuye en el Eros un poder terrible que domina y decide su destino y se siente atemorizada. Tanto mayor es entonces la tendencia a mirar hacia otro lado y reprimir la conciencia de lo angustiante.

El matrimonio aporta nuevos traumatismos sexuales. Es sorprendente que la noche de bodas no actúe en forma patógena más frecuentemente, ya que, desgraciadamente, muy a menudo no tiene por contenido la seducción erótica, sino la violación. Pero, naturalmente, también en las mujeres jóvenes no son raras las histerias que pueden retrotraerse a ese momento y que desaparecen cuando en el transcurso del tiempo surge el goce sexual y el traumatismo se borra. También en el curso ulterior de muchos matrimonios aparecen traumatismos sexuales. Las historias clínicas de cuya publicación debemos abstenemos contienen, *en gran número*, exigencias perversas del marido, prácticas antinaturales, etc. No creo exagerar si manifiesto que *la gran mayoría*

de las neurosis graves en mujeres procede del lecho matrimonial (22).

Una parte de las noxas sexuales que *esencialmente* consisten en una satisfacción insuficiente (coitus interruptus, ejaculatio praecox, etc.) conduce, según el descubrimiento de *Freud* (22), no a la histeria sino a la neurosis de angustia. Sin embargo, creo que en estos casos, con frecuencia, la excitación del afecto sexual se convierte en fenómenos somáticos histéricos.

Es natural y surge plenamente de nuestras observaciones, que los afectos no sexuales del sobresalto, del temor y de la ira llevan a originar fenómenos histéricos. Pero seguramente no está de más reiterar que el momento sexual es con mucho el más importante y el más fértil patológicamente. La observación ingenua de nuestros predecesores que sobrevive en la palabra "histeria" se aproxima más a la verdad que las consideraciones más recientes que colocan a la sexualidad casi en la última línea, buscando preservar a los enfermos de reproches morales. Seguramente las necesidades sexuales de los histéricos son por igual variables individualmente y no más fuertes que en los sanos, pero se enferman por ellas, lo que se debe en gran parte a que las combaten a través de la defensa de la sexualidad.

Al lado de las sexuales, debe recordarse aquí a la histeria por sobresalto, que es en realidad una histeria traumática. Ella representa una de las formas de histeria mejor conocidas y reconocidas.

Por así decirlo, en la capa de los fenómenos provocados por conversión de una excitación afectiva están aquellos que obedecen a la sugestión (generalmente autosugestión), en individuos originariamente sugestibles. La sugestibilidad de alto grado, es decir, la irrestringida preponderancia de representaciones recientemente surgidas, no pertenece a la esencia de la histeria, pero puede encontrarse como complicación en sujetos con predisposición histérica, en quienes esta peculiaridad del sistema nervioso posibilita la realización corporal de las representaciones sobrevaloradas. Por otra parte, son casi representaciones afectivas que se realizan sugestivamente en fenómenos somáticos, y de la misma manera se puede concebir el proceso de la conversión del efecto del sobresalto o de la angustia acompañante.

Los procesos de la *conversión de afecto* y de la *sugestión* resultan idénticos también en las formas complicadas de la histeria que vamos a considerar ahora; aquí encuentran únicamente condiciones más favorables; para los fenómenos histéricos psíquicamente condicionados surgen siempre mediante uno de estos dos procesos.

El tercer constituyente de la predisposición histérica es el *estado hipnoide*, la tendencia a la autohipnosis, que en algunos casos se agrega a los antes referidos y favorece en alto grado y facilita el piso subsiguiente de la gran histeria, por encima de las pequeñas histerias que muestran sólo fenómenos histéricos aislados. Por de pronto constituye un estado transitorio y alternante con el normal y le podemos adscribir el mismo incremento de la influencia psíquica sobre el cuerpo que observamos en la hipnosis artificial. Esta influencia es aquí tanto más intensa y más profunda, porque se da en un sistema nervioso que, aun fuera de la hipnosis, se encuentra anormalmente excitado (24). No sabemos hasta dónde y en qué casos la inclinación a la autohipnosis es una propiedad original del organismo. Más arriba he expuesto la opinión de que se desarrollaba a expensas de la ensoñación llena de afectos. Pero aun para esto, seguramente, se precisa una predisposición original. Si este punto de vista es correcto, se aclararía la gran magnitud de la influencia de la sexualidad en el desarrollo de la histeria, puesto que, fuera del cuidado de los enfermos, no hay otro factor psíquico tan apto para crear ensoñaciones llenas de afecto como la nostalgia amorosa. Por lo demás el orgasmo sexual está muy emparentado con los estados hipnoides, en su plenitud de afecto y en su estrechamiento de la conciencia.

El estado hipnoide aparece más claramente en el ataque histérico y en el estado que puede denominarse histeria aguda, el que, como parece, tiene un papel muy significativo en el desarrollo de la gran histeria. Son estados claramente psicóticos, prolongados, al punto de durar frecuentemente varios meses, que muy a menudo podrían denominarse confusión alucinatoria; y aun cuando la perturbación no llegue tan lejos, aparecen en el estado hipnoide

multiplicidad de fenómenos histéricos, de los cuales algunos persisten más allá de él. El contenido psíquico de estos estados en parte está constituido por las representaciones que han sido resistidas en la vida vigil y reprimidas de la conciencia (“delirios histéricos de los santos y de las monjas, de las mujeres castas, de los niños bien educados”).

Ya que estos estados, con tanta frecuencia, son prácticamente psicosis y sin embargo proceden directa y exclusivamente de la histeria, no puedo compartir la opinión de *Moebius*: “No se puede hablar, dejando de lado los delirios vinculados con el ataque, de una locura histérica propiamente dicha” (25).

En muchos casos estos estados son tales psicosis y también en la evolución ulterior de la histeria ellas se repiten, aunque en su esencia, naturalmente, no son otra cosa que el estadio psicótico del ataque, pero que evidentemente no puede ser denominado ataque cuando tiene una duración de varios meses.

¿Cómo se producen estas histerias agudas? En el caso mejor conocido (Anna O.) se desarrolló de la acumulación de estados hipnoides; en otro caso (de una histeria complicada ya existente) en conexión con una abstinencia de morfina. Generalmente, el proceso es muy oscuro y espera ser aclarado por más observaciones.

Para estas histerias aquí comentadas vale también la frase de *Moebius*: “La modificación esencial de la histeria consiste en que, transitoria o duraderamente, el estado psíquico del histérico es igual al del hipnotizado”.

La persistencia durante el estado normal del síntoma surgido en el estado hipnoide, se corresponde completamente con nuestras experiencias con la sugestión posthipnótica. Con ello queda dicho que los complejos de representaciones inadmisibles para la conciencia, coexisten con series de ideas que transcurren concientemente y que la *escisión de la psique* se ha realizado. Parece seguro que ésta también puede realizarse sin el estado hipnoide, a partir del conjunto de las representaciones resistidas, reprimidas de la conciencia, pero no suprimidas. De un modo y otro se produce un territorio de la vida psíquica que puede ser pobre en ideas o rudimentario o bien más o menos

igual al del pensamiento vigil, cuyo conocimiento podemos agradecer ante todo a *Binet y Janet*. La histeria se completa a través de la escisión de la psiquis, tal como lo explican los rasgos esenciales de la enfermedad expuestos antes (cap. 5). En forma duradera, pero con una variable vivacidad de sus representaciones, una parte de la psiquis del enfermo se encuentra en estado hipnoide, siempre pronta, al ceder el pensamiento vigil, de ganar el dominio sobre toda la persona (ataque, delirium). Esto sucede cuando un afecto intenso perturba el curso normal de las representaciones, en estados de conciencia crepusculares o de agotamiento. De este estado hipnoide persistente emergen en la conciencia representaciones inmotivadas y extrañas a la asociación normal, son arrojadas alucinaciones a la percepción y se inervan actos motores independientes de la voluntad consciente. La psiquis hipnoide se encuentra altamente predispuesta a la conversión de afectos y a la sugestión y así se producen con facilidad nuevos fenómenos histéricos, los que sin escisión psíquica sólo se hubieran producido con gran dificultad y bajo la presión de afectos reiterados. Lo que el observador ingenuo, en tiempos antiguos y supersticiosos, creyó que era el *demonio* del que estaba poseído el paciente, es la psiquis escindida. Es cierto que en la conciencia vigil del enfermo actúa un espíritu extraño, sólo que no es extraño realmente, sino que es una parte de sí mismo.

Nuestra osada tentativa de construir sintéticamente la histeria a partir de nuestros conocimientos actuales, queda abierta al reproche del eclecticismo, si es que éste, en realidad, se justifica. Tantas formulaciones de la histeria, desde la vieja “teoría refleja” hasta la “disociación de la personalidad”, han tenido que encontrar aquí su lugar. Pero no puede ser de otro modo. Han sido tantos los observadores precisos y las agudas mentes que se han esforzado en torno a la histeria, que es muy improbable que cada formulación no contenga una parte de la verdad. La futura exposición del real estado de cosas seguramente contendrá a todas y combinará todos los puntos de vista unilaterales sobre la materia en una realidad corpórea. Por *ello el* eclecticismo no me parece censurable.



¡Pero qué lejos estamos hoy en día de la posibilidad de tan completa comprensión de la histeria! Con qué trazos inseguros se han dibujado aquí los contornos, con cuántas groseras representaciones auxiliares se han tapado más que llenado los huecos. Sólo tranquiliza una reflexión: que este mal es y debe ser propio de todas las exposiciones fisiológicas de procesos psíquicos complicados. De éstos vale siempre lo que *Teseo* dice acerca de la tragedia en “Sueño de una noche de verano”: “También lo mejor de esto son sólo sombras”. Y tampoco lo más débil carece de valor cuando busca retener con fidelidad y modestia los trazos de sombras que los objetos reales desconocidos proyectan en la pared. Es así como siempre se justifica la esperanza de que, en alguna medida, se producirá una correspondencia y similitud entre los procesos reales y nuestra representación.

## NOTAS

(1) *Moebius*, “Über den Begriff der Hysterie”, nuevamente impreso en “*Neurologische Beiträge*”, I, 1894.

(2) Este aparato perceptor, incluyendo las áreas sensoriales corticales, debe ser distinto del órgano que almacena y reproduce las impresiones sensoriales bajo forma de imágenes mnémicas. Porque la condición fundamental de la función del aparato perceptor es la rapidísima restitutio in status quo ante; y si no fuera así no podría tener lugar ninguna percepción ulterior. Por el contrario, la condición esencial de la memoria es que tal restitución no tiene lugar sino que cada percepción crea modificaciones duraderas. De ningún modo un mismo órgano podría cumplir con ambas condiciones contradictorias; el espejo de un telescopio de reflexión no puede ser al mismo tiempo una placa fotográfica. Estoy de acuerdo con *Meynert* en el sentido de creer, tal como he dicho, que lo que da su carácter de objetivo a la alucinación, es una excitación del aparato de percepción, aunque no estoy de acuerdo con él cuando habla de una excitación de los centros subcorticales. Si en cambio el órgano perceptor ha de ser estimulado mediante la imagen mnémica deberíamos suponer que la

excitabilidad de este órgano ha sido cambiada en una dirección anormal y que este cambio es el que hace posible la alucinación. [Observa Strachey que la tesis de que un solo aparato no podía realizar las funciones de percepción y memoria, fue adoptada por Freud en el capítulo séptimo de la “Interpretación de los Sueños” (1900), Lo había aceptado ya en su “Proyecto”, escrito algunos meses después del presente trabajo, igual que en una carta a Fliess del 6 de diciembre de 1896, y volvió a este punto en el capítulo IV de “Más allá del Principio del Placer” (1920) y en su trabajo sobre el “Block Maravilloso” (1925). Excepto en uno de estos trabajos atribuye esta línea de pensamientos expresamente a Breuer] [T].

(3) *Oppenheim* — “Labilität der moleküle” (labilidad de la molécula). Quizás más adelante resulte posible reemplazar la expresión muy vaga arriba mencionada, por una fórmula más rica en contenido y más precisa.

(4) Permítaseme adelantar aquí brevemente la noción en que se basa lo arriba expuesto.

Habitualmente pensamos, injustamente, en las células nerviosas sensitivas y sensoriales como aparatos de recepción pasivos. La propia existencia del sistema de fibras de asociación demuestra que también de ellas fluye excitación a las fibras nerviosas. En una fibra nerviosa que conecta por continuidad o por contigüidad dos células sensoriales debe existir un estado de tensión cuando de ambas células penetra en ella excitación. Este estado de tensión tiene la misma relación con la excitación que defluye en una fibra motora periférica por ejemplo, como la presión hidrostática con respecto a la fuerza viva del agua que fluye o como la tensión eléctrica con respecto a la corriente eléctrica. Si todas las células nerviosas se encuentran en estado de excitación mediana y excitan sus prolongaciones nerviosas, esta enorme red crea un reservorio unitario de “tensión nerviosa”. Tendríamos por lo tanto, además de la energía potencial que está contenida en la célula en estado químico, y de aquella forma, desconocida para nosotros, de energía cinética que recorre la fibra durante el estado de excitación, una supuesta excitación nerviosa incluso en estado de reposo, la excitación tónica o tensión nerviosa.

(5) La concepción de la energía del sistema nervioso central como una

cantidad cambiante y oscilante en su distribución en el cerebro es vieja. “La sensibilité”, decía *Canabis*, “semble se comporter à la manière d’un fluide dont la quantité totale est déterminée et qui, toutes les fois qu’il se jette en plus grande abondance dans un de ses canaux, diminue proportionnellement dans les autres” (Cit. según *Janet*, *Etat mental II*, p. 277).

[Acota J. Strachey, que esta llamada y su correspondiente pasaje en el texto, parecen haber sido considerados por *Freud*, como el motivo para atribuir a Breuer la distinción entre formas “libre” y “ligada” de la energía psíquica, y la correspondiente distinción entre sistemas primarios y secundarios de funcionamiento psíquico. En su trabajo sobre “El inconsciente” (1915), y en “Más allá del Principio del Placer” (1920), afirma categóricamente que estas ideas fueron derivadas de la contribución de Breuer a los “Estudios sobre la Histeria”, sin dar referencias más precisas. *Freud* había adoptado ya la idea en el capítulo VII de la “Interpretación de los Sueños”, pero la cuestión se discute con mayor extensión en el “Proyecto”] [T].

(6) *Lange*, *Über Gemütsbewegungen*, 1887.

(7) La pulsión a la venganza, tan poderosa en el hombre primitivo y que aparece más disfrazada que sometida por la cultura, no es más que la excitación de un reflejo no desencadenado. Defenderse del daño en la lucha y perjudicar al mismo tiempo al contrario es el reflejo psíquico, preformado y adecuado. Si éste no se realiza o lo hace insuficientemente, volverá siempre a desencadenarse de nuevo a través del recuerdo y surgirá la “pulsión de venganza” como impulso volitivo irracional, como todas las “pulsiones”. Prueba de ello es precisamente su irracionalidad, su independencia de toda utilidad y finalidad y ciertamente también su victoria sobre todas las consideraciones de la propia seguridad. En cuanto el reflejo se ha puesto en marcha, su irracionalidad puede hacerse conciente. “Una cara antes de que suceda y otra después de consumado el acto

8) No quisiera perseguir hasta la muerte la comparación con una instalación eléctrica; dada la diversidad fundamental de las circunstancias apenas puedo ilustrar y seguramente no explicar los procesos en el sistema nervioso. Pero aquí debe recordarse el caso en que, debido a la elevada tensión, la aislación

de los conductores de una red de iluminación ha sufrido y en un lugar se ha producido un “cortocircuito”. Si en este lugar aparecen fenómenos eléctricos (calentamiento, chisporroteo o similares), la lámpara hacia la cual este conductor se dirigía va no se enciende, del mismo modo como un afecto no se produce cuando la excitación se descarga en un reflejo anormal, convertida en un fenómeno *somático*.

(9) A propósito de este punto compárense algunas observaciones y comunicaciones de *Benedikt* (1889), recientemente reimpresso en el trabajo “Hvphantismus und Suggestion”, 1894 (pp. 51 y sig.).

(10) Encuentro en las “Bewegungsempfindungen” de *Mach* una observación que merece ser recordada aquí:

“Se ha demostrado reiteradamente en las experiencias (de vértigo) descritas, que las sensaciones de náuseas se presentaban principalmente cuando resultaba difícil hacer coincidir las sensaciones de movimiento con las impresiones ópticas. Parecía como si una parte de los estímulos procedentes del laberinto, abandonaran las vías ópticas, obstruidas por otro estímulo y tomaran por otras vías... También en las experiencias de combinación de imágenes estereoscópicas muy diferentes he podido observar repetidamente sensaciones de náuseas”.

Prácticamente es éste el esquema fisiológico de la provocación de fenómenos histéricos, patológicos, por la coexistencia de representaciones vividas inconciliables.

(11) Agradezco este caso al *Dr. Paul Karplos*.

(12) Las representaciones actuales, activas y sin embargo inconcientes, de que aquí y más adelante se habla, raramente son representaciones aisladas (como quizás la gran serpiente alucinada por Anna O. que desencadena la contractura); casi siempre se trata de complejos de representaciones, de uniones, recuerdos de acontecimientos externos y procesos de pensamiento propios. En oportunidades las representaciones individuales contenidas en los complejos representacionales son pensadas concientemente y sólo determinada combinación está desterrada de la conciencia.

(13) *Moebius*, Über Astasie Abasie, Neurol, Beiträge, t. 1. p. 17.

(14) Quizás *Moebius* con esta denominación no quiere significar más que la inhibición del curso de las representaciones que evidentemente existe en el afecto, aunque por causas bien diferentes que en la hipnosis.

(15) “Srta. Anna O...” y “Sra. Emmy v. N..”

(16) Observación 1: Srta. Anna O., Obs. Nº 2: Emmy v. N., Obs. Nº 3: Miss Lucy R. Obs. Nº 4: Catalina..., Obs. Nº 5: Srta. Elisabeth v. R.

(17) Esta expresión no es unívoca y por lo tanto deja que desear. Creada según la analogía de “hoffähig” (apto o admisible para presentarse en la corte), habrá de utilizarse, en el ínterin, a falta de otra mejor. (N. del T. Podría usarse la expresión “concientizable” en castellano).

(18) Sin embargo debo observar que precisamente en el caso mejor conocido y más transparente de gran histeria con manifiesta double *conscience*, precisamente en Anna O., ningún resto del estadio agudo fue transportado al crónico y todos los fenómenos de este último se produjeron ya en el período “de incubación”, en los estados hipnoides y en los estados de afecto.

(19) *Oppenheim*: “Labilität der Moleküle”.

(20) Aquella disposición no es más que lo que *Strünspell* llama el “disturbio en lo psicofísico” que subyace a la histeria.

(21) Algunas de las observaciones nos hacen creer que la fobia al contacto, o mejor dicho, a ser ensuciadas y que compele a las mujeres a lavarse las manos a cada momento, tiene frecuentemente este origen. Este lavado se origina en un proceso psíquico como el de Lady Macbeth.

(22) Infortunadamente la clínica ignora uno de los momentos patógenos más importantes o sólo lo roza. Este es seguramente un tema donde la experiencia

de los mayores debe ser comunicada a los médicos jóvenes, que habitualmente pasan ciegamente al lado de la sexualidad, al menos en lo que se refiere a sus enfermos.

(23) *Freud*: “Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Sympto— menkomplex als Angstneurose abzutrennen”. *Neurol. Zentralblatt* 1895. Nº 2 (G. W. Bd. 1).

(24) Es plausible identificar la predisposición a la hipnosis con la excitabilidad originaria, ya que también la hipnosis artificial muestra modificaciones *ideógenas* de la secreción, de la irrigación local, la tendencia a formar vesículas, etc. Este parece ser el punto de vista de *Moebius*. Sin embargo, creo que aquí uno se mueve en un falso círculo. Esta taumaturgia de la hipnosis la observamos, hasta donde yo lo sé, sólo en el histérico. Por lo tanto atribuiríamos así a la hipnosis funciones de la histeria que después hacemos derivar como procedentes de la hipnosis.

(25) *Moebius*: Gegenwärtige Auffassung der Hysterie. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1895, I. Bd. p. 18.

*Traducido del alemán por Tomás Bedó e Irene Maggi de García Rocco*

*Recibido el 30.III.75.*