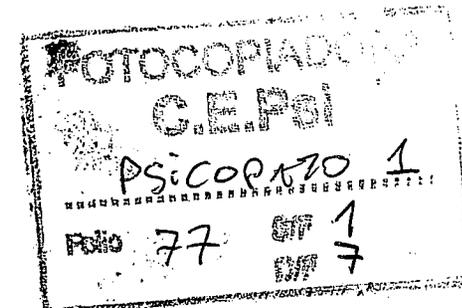


tre representaciones obsesivas y fobias, sino otra vez entre las fobias que pertenecen a la neurosis obsesiva y las que pertenecen a la neurosis de angustia (págs. 96-8): una vez más, la diferenciación se basaba en la presencia o ausencia de una base física de la enfermedad.

Aparte de algunas alusiones aisladas, luego del presente grupo de artículos el tema de las fobias no parece haber sido analizado por Freud durante un lapso de casi quince años. Fue en el historial clínico del pequeño Hans (1909b) donde dio el primer paso hacia un esclarecimiento de estos puntos oscuros mediante la introducción de una nueva entidad clínica: la «histeria de angustia» (AE, 10, págs. 94-96).<sup>1</sup> Respecto de las fobias, apuntó en dicha oportunidad que «corresponde ver en ellas meros síndromes que pueden pertenecer a diversas neurosis, y no hace falta adjudicarles el valor de unos procesos patológicos particulares»; y propuso que se diera el nombre de «histeria de angustia» a un tipo particular de fobia cuyo mecanismo se asemejaba al de la histeria. En ese historial clínico y en el posterior del «Hombre de los Lobos» (1918b [1914]), Freud brindó sus más completas elucidaciones clínicas de las fobias —que en ambos casos, por supuesto, correspondían al período de la niñez—. Poco más tarde, en «La represión» (1915d) y «Lo inconciente» (1915e), se internó en un examen detenido de la metapsicología del mecanismo que genera las fobias, ya sea las relacionadas con la histeria o con la neurosis obsesiva (AE, 14, págs. 149-52 y 178-82). Quedaba en pie, sin embargo, el problema de las fobias «típicas» de la neurosis de angustia, que se remontaba al artículo más antiguo del presente conjunto. Como hemos visto, en él estaba envuelta toda la cuestión de las «neurosis actuales»; y esa cuestión no habría de ser plenamente elucidada sino más adelante aún, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926d), cuyo núcleo consiste en una reconsideración de las fobias del pequeño Hans y del «Hombre de los Lobos».]

<sup>1</sup> [La expresión ya había sido propuesta por Freud en una reunión de la Sociedad Psicoanalítica de Viena celebrada el 9 de octubre de 1907. Véase el prólogo de Freud a un libro de W. Stekel (Freud, 1908f), AE, 9, pág. 227, n. 2.]

## Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia» (1895 [1894])





### [Introducción]

Será difícil obtener sobre la neurastenia enunciados de validez universal mientras ese rótulo nosológico signifique todo lo que Beard<sup>1</sup> incluyó en él. Para la neuropatología, opino, no puede redundar sino en su beneficio que uno intente separar de la neurastenia propiamente dicha todas las perturbaciones neuróticas cuyos síntomas, por una parte, muestran un más firme enlace recíproco que con los síntomas neurasténicos típicos (como la presión intracraneal, la irritación espinal, la dispepsia con flatulencia y constipación), y, por la otra, permiten discernir en su etiología y su mecanismo diferencias esenciales respecto de la neurosis neurasténica típica. Si se adopta este propósito, pronto se habrá obtenido una imagen bastante uniforme de la neurastenia. Se conseguirá entonces distinguir de la neurastenia genuina, con mayor nitidez que hasta ahora, diversas seudoneurastenias (el cuadro de la neurosis nasal refleja con mediación orgánica,<sup>2</sup> las perturbaciones nerviosas de las caquexias y de la arteriosclerosis, los estadios previos de la parálisis progresiva y de algunas psicosis); además —según la propuesta de Moebius—, se podrán apartar de ella muchos *status nervosi* (condiciones nerviosas) de los degenerados hereditarios, y también se hallarán razones para incluir de preferencia en la melancolía diversas neurosis que hoy se denominan neurastenia, en particular las de naturaleza intermitente o periódica. Ahora bien: uno abrirá el camino a la más tajante alteración si se decide a separar de la neurastenia el complejo de síntomas que describiré en estas páginas, y que satisface notablemente las condiciones señaladas. Los síntomas de este complejo están más próximos unos a otros que a los síntomas neurasténicos genuinos (o sea, suelen

<sup>1</sup> [G. M. Beard (1839-1883), neurólogo norteamericano a quien se consideraba el mayor especialista en neurastenia. (Cf. Beard, 1881, 1884).]

<sup>2</sup> [Entidad clínica propuesta por Fliess (1892, 1893), a cuya instancia la adoptó Freud (cf. Freud, 1950a, Manuscrito C).]

presentarse juntos, se subrogan entre sí en la trayectoria de la enfermedad), y tanto la etiología como el mecanismo de esta neurosis difieren radicalmente de la etiología y el mecanismo de la neurastenia genuina, definida como lo que resta tras aquella separación.

Llamo «neurosis de angustia»<sup>3</sup> a este complejo de síntomas porque todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia; cada uno de ellos posee una determinada relación con la angustia. En esta concepción de los síntomas de la neurosis de angustia yo me creía original hasta que me cayó en las manos una interesante conferencia de E. Hecker, donde hallé expuesta la misma interpretación de la manera más clara y completa que se pudiera desear.<sup>4</sup> Es verdad que él no separa del nexo de la neurastenia, como lo propongo yo, los síntomas que ha discernido como equivalentes o rudimentos del ataque de angustia; pero, evidentemente, es sólo porque no ha tomado en cuenta la diversidad de las condiciones etiológicas en uno y otro caso. Tan pronto se toma noticia de esta última diferencia, desaparece la obligación de designar con un mismo nombre los síntomas de angustia y los genuinamente neurasténicos, puesto que las designaciones, en sí arbitrarias, persiguen sobre todo el fin de facilitarnos enunciar aseveraciones universales.

## I. Sintomatología clínica de la neurosis de angustia

Lo que llamo «neurosis de angustia» se observa en plasmación más completa o más rudimentaria, en forma aislada o en combinación con otras neurosis. Desde luego que son sobre todo los casos relativamente completos y, por eso, aislados los que refirman la impresión de que la neurosis de angustia posee independencia clínica. En otros casos, la

<sup>3</sup> [*Angstneurose*]; esta es la primera vez que Freud utilizó el término en un escrito publicado en alemán —lo había empleado en francés en «Obsesiones y fobias» (1895c), *supra*, pág. 82—, si bien aparece ya en un texto enviado a Fliess el 8 de febrero de 1893 (Freud, 1950a, Manuscrito B), *AE*, I, págs. 220-1. Según Löwenfeld (1904, pág. 479), tanto el término como su correspondiente concepto fueron creados por Freud. Poco tiempo antes, Wernicke (1894) había tratado de diferenciar una «psicosis» de angustia.]

<sup>4</sup> Hecker, 1893. En una obra de Kaan (1893), se postula en verdad la angustia como uno de los síntomas principales de la neurastenia.

tarea consiste en espigar y separar, de un complejo de síntomas correspondientes a una «neurosis mixta», aquellos que no pertenecen a la neurastenia, ni a la histeria, etc., sino a la neurosis de angustia.

El cuadro clínico de la neurosis de angustia comprende los siguientes síntomas:

1. *La irritabilidad general.* Este es un síntoma nervioso frecuente, característico como tal de muchos *status nervosi*. Lo menciono aquí porque en la neurosis de angustia es de ocurrencia constante y posee significación teórica. En efecto, una irritabilidad acrecentada indica siempre una acumulación de excitación o una incapacidad para tolerarla, vale decir, una acumulación *absoluta* o *relativa* de estímulos. Considero que merece destacarse, en particular, la expresión de esa irritabilidad acrecentada mediante una *hiperestesia auditiva*, una hipersensibilidad a los ruidos, síntoma este que sin duda se explica por el íntimo vínculo congénito entre impresiones auditivas y terror. La hiperestesia auditiva se halla a menudo como causa del insomnio, que en más de una de sus formas pertenece a la neurosis de angustia.

2. *La expectativa angustiada.* No hallo mejor modo de ilustrar el estado a que me refiero que darle esta designación y agregar algunos ejemplos. Una señora aquejada de expectativa angustiada, a cada ataque de tos de su marido, que sufre de catarro, piensa en una neumonía por influenza y ve pasar mentalmente su cortejo fúnebre. Si de regreso a casa ve dos personas reunidas ante su puerta, no puede alejar la idea de que uno de sus hijos se ha arrojado por la ventana; si oye tañer campanas, es que le tocan a muerto, etc., por más que en ninguno de esos casos exista una ocasión particular que sugiera aun la mera posibilidad.

Desde luego que la expectativa angustiada ofrece una gradación continua que se amortigua hasta lo normal, abarcando todo cuanto de ordinario se designa «estado de angustia», «inclinación a una concepción pesimista de las cosas»; pero siempre que puede rebasa ese estado de angustia razonable, y hasta los enfermos mismos suelen discernirla como una suerte de compulsión. Para una forma de la expectativa angustiada, a saber, la referida a la propia salud, se puede reservar la antigua designación nosológica de *hipocondría*. Pero la hipocondría no va siempre de la mano con la agudización de la expectativa angustiada general; demanda como condición previa la existencia de parestesias y de sensaciones corporales penosas, y así la hipocondría se convierte

en la forma predilecta de los neurasténicos genuinos tan pronto como caen presa de la neurosis de angustia, lo cual es frecuente que ocurra.<sup>5</sup>

Una exteriorización más lata de la expectativa angustiada sería la inclinación, tan común en personas de exagerado prurito moral, a la *angustia de la conciencia moral*,<sup>6</sup> a la escrupulosidad y la meticulosidad pedante; también esta varía desde lo normal hasta su acrecentamiento como *mania de duda*.

La expectativa angustiada es el síntoma nuclear de la neurosis; en ella, además, aflora libremente un fragmento de la teoría de esta última. Acaso pueda decirse que aquí está presente un *quantum de angustia libremente flotante*, que, en vista de la expectativa, gobierna la selección de las representaciones y está siempre pronto a conectarse con cualquier contenido de representación que le convenga.

3. No es esta la única manera en que puede exteriorizarse el estado de angustia, que se mantiene las más de las veces latente para la conciencia, pero en continuo acecho. También puede irrumpir de pronto en la conciencia, sin ser evocado por el decurso de las representaciones, provocando un *ataque de angustia*. Un ataque tal puede consistir en el sentimiento de angustia solo, sin ninguna representación asociada, o bien mezclarse con la interpretación más espontánea, como la aniquilación de la vida, «caer fulminado por un síncope», la amenaza de volverse loco; o bien el sentimiento de angustia se contamina con una parestesia cualquiera (semejante al aura histérica),<sup>7</sup> o, por último, se conecta con la sensación de angustia una perturbación de una o varias funciones corporales —la respiración, la actividad cardíaca, la inervación vasomotriz, la actividad glandular—. De esta combinación, el paciente destaca ora un factor, ora el otro: se queja de «espasmos en el corazón», «falta de aire», «oleadas de sudor», «hambre insaciable», etc., y en su exposición es frecuente que el sentimiento de angustia

<sup>5</sup> [Freud hizo ulteriores puntualizaciones acerca del vínculo de la hipocondría con las demás neurosis en *Estudios sobre la histeria* (1895d), *AE*, 2, pág. 266, y mucho después volvió a ocuparse del tema, en particular en «Introducción del narcisismo» (1914c), *AE*, 14, págs. 80-1.]

<sup>6</sup> [Este sería un tema fundamental en escritos más tardíos de Freud; véase, por ejemplo, *Inhibición, síntoma y angustia* (1926d), *AE*, 20, págs. 122 y 137, y los capítulos VII y VIII de *El malestar en la cultura* (1930a).]

<sup>7</sup> [Cf. «Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos» (1893h), *supra*, pág. 30n.]

quede completamente relegado o se vuelva apenas reconocible como un «sentirse mal», un «malestar».

4. Ahora bien, un hecho interesante, y de importancia diagnóstica, es que la medida de la mezcla de estos elementos varía enormemente en el ataque de angustia, y que casi todo sintoma concomitante puede constituir el ataque por sí solo a igual título que la angustia misma. Según esto, existen *ataques de angustia rudimentarios y equivalentes del ataque de angustia*, probablemente de igual significado, que muestran una gran riqueza de formas, poco apreciadas hasta ahora. El estudio más preciso de estos estados de angustia larvada<sup>8</sup> y su distingo diagnóstico de otros ataques es una tarea que los neuropatólogos deberían abordar con urgencia.

Sólo consigno aquí la lista de las formas que yo conozco del ataque de angustia:

a. Ataque de angustia acompañado por perturbaciones de la *actividad cardíaca*, palpitaciones, arritmia breve, taquicardia persistente, hasta llegar a estados graves de debilidad del corazón que no siempre es fácil distinguir de una afección cardíaca orgánica; *pseudoangina pectoris*, de muy espinoso diagnóstico.

b. Ataques de angustia acompañados por perturbaciones de la *respiración*, varias formas de disnea nerviosa, ataques semejantes al asma, etc. Pongo de relieve que tampoco estos ataques se acompañan siempre de una angustia reconocible.

c. Ataques de *oleadas de sudor*, a menudo nocturnos.

d. Ataques de *temblores y estremecimientos*, que es muy fácil confundir con ataques histéricos.

e. Ataques de *hambre insaciable*, a menudo conectados con vértigos.

f. *Diarreas* que sobrevienen como ataques.

g. Ataques de *vértigo locomotor*.

h. Ataques de las llamadas «*congestiones*», vale decir, casi todo lo que se ha llamado «neurastenia vasomotriz».

i. Ataques de *parestias* (pero es raro que estas se presenten sin angustia o un malestar semejante).

5. Muy frecuente es el *terror nocturno* (*pavor nocturnus* de los adultos), por lo común acompañado de angustia, disnea, sudor, etc. No es nada más que una variedad del ataque de angustia. Esta perturbación condiciona una segunda forma de insomnio en el marco de la neurosis de an-

<sup>8</sup> [Hecker, 1893.]

gustia. [Cf. pág. 93.] — Por otra parte, me he convencido de que también el *pavor nocturnus* de los niños no es más que una forma perteneciente a la neurosis de angustia. Su sesgo histérico, el enlace de la angustia con la reproducción de una vivencia o de un sueño adecuados a ella, lo hacen aparecer como algo particular; pero también se presenta puro, sin sueño o sin alucinación recurrente.

6. Una posición destacada dentro del grupo de síntomas de la neurosis de angustia la ocupa el *vértigo*, que en sus formas más leves es mejor designar «mareo», y en su forma más acusada y grave, «ataque de vértigo»; esté o no acompañado de angustia, se incluye entre los síntomas más serios de la neurosis. El vértigo de la neurosis de angustia no es un vértigo giratorio ni privilegia, como el vértigo de Ménière, planos y direcciones determinados. Se clasifica dentro del vértigo locomotor o de coordinación, como el provocado por una parálisis de los músculos oculares; consiste en un malestar específico, acompañado por las sensaciones de que el piso oscila, las piernas desfallecen, es imposible mantenerse más tiempo en pie, y a todo esto las piernas pesan como plomo, tiemblan o se doblan las rodillas. Este vértigo nunca conduce a una caída. En cambio, yo sostendría que uno de estos ataques de vértigo puede estar subrogado también por un ataque de *desmayo* profundo. Otros estados de desmayo a raíz de la neurosis de angustia parecen depender de un *colapso cardíaco*.

El ataque de vértigo está acompañado no rara vez por la peor variedad de angustia; a menudo se combina con perturbaciones cardíacas y respiratorias. También, según mis observaciones, el vértigo a la altura, en la montaña o frente al abismo, se presenta con frecuencia en la neurosis obsesiva; yo no sé si hay fundamentos para reconocer además un *vertigo a stomacho laeso* (de origen gástrico).

7. Sobre la base del estado de angustia crónica (expectativa angustiada), por un lado, y de la inclinación a los ataques de angustia con vértigo, por el otro, se desarrollan dos grupos de fobias típicas, referidos, el primero, a las amenazas fisiológicas comunes, y el segundo, a la locomoción. Al primer grupo pertenecen la angustia ante serpientes, ante la tormenta, la oscuridad, las sabandijas, etc., así como la hiperescrupulosidad moral, formas de la manía de duda; aquí la angustia disponible se aplica simplemente al refuerzo de aversiones que están implantadas instintivamente en todo ser humano. Pero lo común es que una fobia de eficacia

compulsiva se forme sólo después que se ha sumado a ello la reminiscencia de una vivencia a raíz de la cual esa angustia pudo exteriorizarse, por ejemplo, después que el enfermo pasó una tormenta a campo abierto. Uno se equivocaría si pretendiera declarar estos casos simplemente como de perduración de impresiones intensas; en efecto, lo que volvió sustantivas a estas vivencias, y duradero a su recuerdo, es sólo la angustia que en ese momento pudo aflorar, y que hoy puede aflorar igualmente. En otras palabras: tales impresiones sólo permanecen vigentes en personas con «expectativa angustiada».

El otro grupo contiene la *agorafobia* con todas sus variedades colaterales, caracterizadas en su conjunto por su referencia a la locomoción. Es frecuente que exista en este caso un ataque precedente de vértigo como fundamento de la fobia; pero no creo que sea lícito postularlo siempre. En ocasiones, se ve que tras un primer ataque de vértigo sin angustia la locomoción se acompaña de continuo por la sensación del vértigo, lo cual no limita, empero, la posibilidad de ejecutarla; y que sin embargo, bajo ciertas condiciones —cuando el individuo está solo o en calles estrechas, etc.—, la locomoción se deniega toda vez que al ataque de vértigo se le haya sumado angustia.

El vínculo de estas fobias con las fobias de la neurosis obsesiva, cuyo mecanismo revelé en un ensayo anterior publicado en estas mismas páginas,<sup>9</sup> es como sigue: la concordancia reside en que aquí como allí una representación se vuelve compulsiva por el enlace con un afecto disponible. El mecanismo de la *traslación del afecto* vale entonces para ambas variedades de fobia. Pero en las fobias de la neurosis de angustia: 1) este afecto es monótono (de un solo tono), es siempre el de la angustia, y 2) no proviene de una representación reprimida, sino que al análisis psicológico se revela *no susceptible de ulterior reducción, así como no es atacable mediante psicoterapia*. Por tanto, el mecanismo de la *sustitución* no vale para las fobias de la neurosis de angustia.

Las dos variedades de fobias (o de representaciones obsesivas) a menudo se presentan juntas, aunque las fobias *ati-*

<sup>9</sup> «Las neuropsicosis de defensa» (1894a). — [En esta oración aparece por primera vez en una publicación la palabra «*Zwangsgenose*» («neurosis obsesiva»), que Löwenfeld (1904, págs. 296 y 487) atribuye, junto con el correspondiente concepto, a Freud. Este la había utilizado ya en su carta a Fliess del 7 de febrero de 1894 (Freud, 1950a, Carta 16) y en el Manuscrito D, más o menos de la misma fecha (AE, I, pág. 225). Véase también el «Apéndice» agregado a «Obsesiones y fobias» (1895c), *supra*, pág. 83.]

*picas*, que descansan en representaciones obsesivas, no necesariamente crecen sobre el suelo de la neurosis de angustia. Un mecanismo muy frecuente, en apariencia más complicado, se muestra cuando en una fobia originariamente simple de la neurosis de angustia el contenido de la fobia es sustituido por otra representación, vale decir que la sustitución se agrega a la fobia con posterioridad (*nachträglich*). Lo más habitual es que se utilicen como sustitución las «medidas protectoras» que originariamente se ensayaron para combatir la fobia. Así, por ejemplo, la manía de cavilar nace del afán de ofrecerse la contraprueba de que no se está loco, como la fobia hipocondríaca lo asevera: el vacilar y dudar, y quizá todavía más el repetir, de la *folie du doute* (manía de duda) surgen de la justificada duda en la certidumbre del propio curso de pensamiento, pues se tiene conciencia de ser muy tenazmente perturbado por la representación compulsiva, etc. Por eso cabe aseverar que muchos síndromes de la neurosis obsesiva, como la *folie du doute* y otros semejantes, se pueden imputar desde el punto de vista clínico, si bien no desde el conceptual, a la neurosis de angustia.<sup>10</sup>

8. La actividad digestiva experimenta en la neurosis de angustia unas pocas, pero características, perturbaciones. No son nada raras sensaciones como ganas de vomitar y náuseas, y el síntoma del hambre insaciable puede procurarse, solo o junto con otros (congestiones), un ataque de angustia rudimentario; como alteración crónica, análoga a la expectativa angustiada, se halla una inclinación a la diarrea, que ha dado ocasión a los más extravagantes errores de diagnóstico. Si no me equivoco, es esta la diarrea sobre la cual Moebius ha llamado recientemente la atención en un breve ensayo.<sup>11</sup> Conjeturo, además, que la diarrea reflectoria de Peyer, que él deriva de unas afecciones de la próstata,<sup>12</sup> no es otra que esta diarrea de la neurosis de angustia. Parece un nexo reflectorio porque en la etiología de la neurosis de angustia entran en juego los mismos factores que actúan en la génesis de aquellas afecciones a la próstata, etc.

La actividad estomacal e intestinal en la neurosis de angustia muestra aguda oposición con los influjos a que esa misma función está sometida en la neurastenia. Casos mixtos presentan a menudo la consabida «alternancia de diarrea y constipación». Análoga a la diarrea es la *urgencia de orinar* de la neurosis de angustia.

<sup>10</sup> Cf. «Obsesiones y fobias» (1895c) [*supra*, pág. 79].

<sup>11</sup> Moebius, 1894.

<sup>12</sup> Peyer, 1893.

9. Las *parestesias*, que pueden acompañar al ataque de vértigo o de angustia, cobran interés por su capacidad de asociarse en una secuencia fija, a semejanza de las sensaciones del aura histérica; no obstante, he hallado que estas sensaciones asociadas, por oposición a las del aura histérica, son atípicas y cambiantes.

Otra semejanza con la histeria se produce por sobrevenir en la neurosis de angustia una suerte de *conversión*<sup>13</sup> a sensaciones corporales que de ordinario podrían pasar inadvertidas; por ejemplo, una conversión a los músculos reumáticos. Gran número de los llamados «reumáticos» —en quienes, por lo demás, también se comprueba que lo son— padecen en verdad de... neurosis de angustia. Junto a este acrecentamiento de la sensibilidad a los dolores, he observado en muchos casos de neurosis de angustia una inclinación a las *alucinaciones*, que por su parte no se pueden interpretar como histéricas.

10. Varios de los mencionados síntomas que acompañan o subrogan al ataque de angustia se presentan también de manera crónica. En este caso se vuelven todavía menos reconocibles, pues la sensación angustiada que los acompaña pasa aun más inadvertida que en el ataque de angustia. Esto es válido, en particular, para las diarreas, el vértigo y las parestesias. Así como el ataque de vértigo puede ser subrogado por un ataque de desmayo, el vértigo crónico puede serlo por la sensación permanente de una gran postración, cansancio, etc.

## II. Producción y etiología de la neurosis de angustia

En algunos casos de neurosis de angustia no se discierne etiología alguna. Cosa notable, en ellos no es nada difícil comprobar una grave tara hereditaria.

Ahora bien, toda vez que hay razones para considerar *adquirida* la neurosis, tras un examen cuidadoso encaminado a esa meta, uno halla como factores de eficiencia etiológica una serie de nocividades y de influjos que parten de la *vida sexual*.<sup>14</sup> Estos parecen al comienzo de naturaleza

<sup>13</sup> Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894a) [*supra*, pág. 50].

<sup>14</sup> [Nuevos esclarecimientos sobre este pasaje figuran como réplica a una de las críticas de Löwenfeld en el segundo trabajo de Freud sobre la neurosis de angustia (1895f), *infra*, págs. 133-4.]

diversa, pero fácilmente dejan dilucidar el carácter común que explica su efecto uniforme sobre el sistema nervioso; por otra parte, se encuentran solos o bien junto a otros influjos nocivos *banales* a los que es lícito atribuir un efecto de refuerzo. Esta etiología sexual de la neurosis de angustia se comprueba con frecuencia tan abrumadora que me atrevo a eliminar, a los fines de esta breve comunicación, los casos de etiología dudosa o de otra clase.

Para la exposición más exacta de las condiciones etiológicas bajo las cuales se produce la neurosis de angustia es recomendable tratar por separado a hombres y mujeres. En individuos del *sexo femenino* —y prescindiendo de su predisposición—, la neurosis de angustia sobreviene en los siguientes casos:

a. Como *angustia virginal* o *angustia de las adolescentes*. Cierta número de observaciones indudables me han mostrado que un primer encuentro con el problema sexual, una revelación algo brusca de lo hasta entonces velado —sea por la visión de un acto sexual, por una comunicación o por lecturas— puede provocar en niñas adolescentes una neurosis de angustia que de manera casi típica se combina con una histeria.<sup>15</sup>

b. Como *angustia de las recién casadas*. Señoras jóvenes que en las primeras cópulas han permanecido anestésicas caen víctimas, no rara vez, de la neurosis de angustia, que torna a desaparecer después que la anestesia ha dejado sitio a una sensibilidad normal. Puesto que la mayoría de las señoras jóvenes permanecen sanas no obstante esa anestesia inicial, para que sobrevenga aquella angustia se requieren condiciones que he de citar luego.

c. Como angustia de las señoras cuyo marido muestra *ejaculatio praecox* o una potencia muy aminorada, y

d. cuyo marido practica el *coitus interruptus* o *reservatus*.<sup>16</sup> Estos casos [c y d] se unifican, pues tras examinar un gran número de ejemplos es fácil convencerse de que interesa solamente que la mujer alcance o no la satisfacción

<sup>15</sup> [Freud citó lo fundamental de este párrafo, y le añadió una enmienda, en una nota a pie de página de su segundo trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1896b), *infra*, pág. 167, n. 10. En *Estudios sobre la histeria* (1895d), *AE*, 2, págs. 142-3, 149 y 268, describió el caso de «Katharina» como un ejemplo de «angustia virginal».]

<sup>16</sup> [En la carta enviada a Fliess el 4 de febrero de 1888, Freud le había mencionado su creencia en el daño provocado por el *coitus interruptus* (Freud, 1950a, Carta 3).]

en el coito. Si no la alcanza, está dada la condición para la génesis de la neurosis de angustia. En cambio, la mujer queda a salvo de la neurosis si el marido aquejado de *ejaculatio praecox* puede repetir el coito inmediatamente después con mejor éxito. El *coitus reservatus* por medio del preservativo no configura para la mujer nocividad alguna cuando ella es muy rápidamente excitable y el marido es muy potente; en caso contrario, esta variedad del comercio sexual preventivo no le va en zaga a la otra en cuanto a nocividad. El *coitus interruptus* es dañino casi por regla general. Ahora bien, para la mujer lo es sólo si el hombre lo practica sin miramiento, o sea que interrumpe el coito cuando él está próximo a eyacular, sin cuidarse del curso excitatorio de la mujer; si, en cambio, el hombre aguarda la satisfacción de la mujer, el coito adquiere para esta última el significado de un coito normal; pero entonces es el hombre quien enferma de neurosis de angustia. He reunido y analizado gran número de observaciones, de las que resultan las tesis antes expuestas.

e. Como angustia de las *viudas* y *abstinentes voluntarias*, a menudo en una combinación típica con representaciones obsesivas.

f. Como angustia en el *climaterio*, durante el gran acrecentamiento final de la necesidad sexual.

Los casos c, d y e contienen las condiciones bajo las cuales la neurosis de angustia se genera en el sexo femenino con la mayor frecuencia y, en principio, independientemente de predisposición hereditaria. Para estos casos —curables, adquiridos— de neurosis de angustia intentaré demostrar que la noxa sexual descubierta constituye verdaderamente el factor etiológico de la neurosis. Me ceñiré a considerar antes las condiciones sexuales de la neurosis de angustia en *varones*. Estableceré los siguientes grupos, todos los cuales hallan sus analogías entre las mujeres:

a. Angustia de los *abstinentes* voluntarios, combinada a menudo con síntomas de *defensa* (representaciones obsesivas, histeria). En razón de los motivos que llevan a adoptar esa abstinencia, se cuentan en esta categoría cierto número de personas con disposición hereditaria, raros, excéntricos, etcétera.

b. Angustia de los varones con excitación *frustránea*<sup>17</sup>

<sup>17</sup> [*«Frustrane Erregung»*; cf. «Obsesiones y fobias» (1895c), *supra*, pág. 82.]

(p. ej., durante el noviazgo) o de las personas que (por temor a las consecuencias del comercio sexual) se conforman con tocar o mirar a la mujer. Este grupo de condiciones (que por otra parte se puede transferir inalterado al otro sexo: noviazgo, relaciones con abstención sexual) brinda los casos más puros de la neurosis.

c. Angustia de los varones que practican el *coitus interruptus*. Como ya se ha señalado, el *coitus interruptus* es nocivo para la mujer cuando se lo practica sin miramiento por la satisfacción de ella; pero cobra nocividad para el varón cuando este, atendiendo a la satisfacción de la mujer, dirige voluntariamente el coito, pospone la eyaculación. Por eso se comprende que en los matrimonios que viven en el *coitus interruptus* por lo común enferme sólo uno de los cónyuges. En los varones, por lo demás, el *coitus interruptus* rara vez produce neurosis de angustia pura; las más de las veces, genera una mezcla de esta con una neurastenia.

d. Angustia de los varones en la *senescencia*. Hay hombres que, como las mujeres, muestran un climaterio y en la época de su potencia declinante y su libido<sup>18</sup> creciente producen una neurosis de angustia.

Debo agregar por último dos casos que valen para ambos sexos:

α.<sup>19</sup> Los que son neurasténicos a consecuencia de la masturbación [cf. pág. 109, n. 30] sucumben a una neurosis de angustia tan pronto como abandonan su variedad de satisfacción. Estas personas se han vuelto particularmente incapaces de tolerar la abstinencia.

Señalo aquí, como algo importante para entender la neurosis de angustia, que una plasmación algo acusada de ella sólo sobreviene en varones que han permanecido potentes y en mujeres no anestésicas. En neurasténicos que por la masturbación han adquirido ya grave menoscabo en su potencia, la neurosis de angustia en caso de abstinencia se pre-

<sup>18</sup> [Esta parece ser la primera vez que Freud empleó en una publicación el término «libido». Su aparición aquí contradice lo afirmado por él en el sentido de que Moll lo había acuñado en 1898 (cf. Freud, «Dos artículos de enciclopedia» (1923a), *AE*, 18, pág. 250); y, de hecho, en *El malestar en la cultura* (1930a), *AE*, 21, pág. 113, sostiene haber sido él quien introdujo el término, presumiblemente aquí. Ya lo había usado unos meses atrás en el Manuscrito F, enviado a Fliess el 18 de agosto de 1894 (Freud, 1950a), *AE*, 1, pág. 235 —o quizás antes, en el Manuscrito E (*ibid.*, pág. 232)—.]

<sup>19</sup> [En las ediciones anteriores a 1925, este caso y el siguiente aparecieron señalados con las letras «α» y «β» en lugar de «α» y «β».]

senta muy mezquina y la mayoría de las veces se limita a hipocondría y vértigos crónicos leves. En cuanto a las mujeres, es preciso considerarlas «potentes» en su mayoría; una mujer realmente impotente, o sea, realmente anestésica, es de igual modo poco proclive a la neurosis de angustia y tolera llamativamente bien los mencionados influjos nocivos.

Prefiero no elucidar aquí todavía hasta dónde sería lícito suponer unos vínculos constantes entre factores etiológicos singulares y síntomas singulares extraídos del complejo de la neurosis de angustia.

β. La última de las condiciones etiológicas que debo señalar no parece a primera vista de naturaleza sexual. Y es que también la neurosis de angustia se genera, y ciertamente en ambos sexos, por el factor del trabajo excesivo, del empeño agotador —p. ej., tras vigiliadas nocturnas, el cuidado de enfermos y aun luego de enfermedades graves—.

La principal objeción a mi enunciado de una etiología sexual para la neurosis de angustia aducirá, sin duda, que dada la general difusión de relaciones anormales de esta clase en la vida sexual, uno las hallaría toda vez que las buscase. Entonces, que aparecieran en los citados casos de neurosis de angustia no probaría que en ellas se hubiera descubierto la etiología de la neurosis. Por otra parte, se dirá que el número de los que practican el *coitus interruptus* y similares es incomparablemente mayor que el de los aquejados de neurosis de angustia, y la abrumadora mayoría de aquellos goza de buena salud no obstante ese influjo nocivo.

A ello replicaré que dada la frecuencia, que se reconoce grandísima, de las neurosis, y de la neurosis de angustia en especial, ciertamente no se podría esperar un factor etiológico de rara ocurrencia; además, que no hace sino cumplir un postulado de la patología poder demostrar, en una indagación etiológica, que el factor etiológico es más frecuente que su efecto, pues para este último caso se requieren todavía otras condiciones (predisposición, sumación de la etiología específica, refuerzo por otros influjos nocivos de carácter banal),<sup>20</sup> y, por otro lado, que la disección detallada de casos apropiados de neurosis de angustia muestra de manera totalmente inequívoca la significatividad del factor sexual. Pero aquí me limitaré exclusivamente al factor etiológico del *coitus interruptus*, y a presentar algunas experiencias singulares probatorias.

<sup>20</sup> [Esta argumentación es desarrollada con más claridad en «La etiología de la histeria» (1896c), *infra*, pág. 208.]

1. Siempre que en señoras jóvenes la neurosis de angustia no está aún constituida, sino que se manifiesta en unos amagos que desaparecen cada vez de manera espontánea, se puede demostrar que esas oleadas de la neurosis se remontan, una a una, á coitos con satisfacción faltante. Dos días después de ese influjo, o el día siguiente, en personas de poca resistencia, aflora por regla general el ataque de angustia o de vértigo, al que se suman otros síntomas de la neurosis, para ir aminorando luego todos —si el comercio conyugal es más bien raro—. Un viaje casual del marido, una estadía en la montaña que suponga la separación de los cónyuges, tendrán buen efecto; el tratamiento ginecológico, al que se suele acudir en primer lugar, beneficia porque mientras dura se cancela el comercio conyugal. Cosa singular, el éxito del tratamiento local es efímero, la neurosis se reinstala también en la residencia veraniega tan pronto el marido comienza a su turno sus vacaciones, etc. Pero si un médico conocedor de esta etiología hace sustituir, en una neurosis aún no constituida, el *coitus interruptus* por un comercio normal, obtendrá la prueba *terapéutica* de la tesis aquí formulada. La angustia es removida y no retorna sin mediar una nueva ocasión semejante.

2. En la anamnesis de muchos casos de neurosis de angustia, tanto en hombres como en mujeres, se descubre una llamativa oscilación en la intensidad de los fenómenos, y aun en la aparición y desaparición del estado íntegro. Cierta año todo anduvo casi a las mil maravillas, pero el siguiente fue terrible, etc. En una ocasión la mejoría pareció deberse a cierta cura, que al siguiente ataque resultó infructuosa, y así. Si uno averigua el número y la secuencia de los hijos y coteja esta crónica matrimonial con la curiosa trayectoria de la neurosis, obtendrá esta solución simple: los períodos de mejoría o de bienestar coinciden con los embarazos de la mujer, durante los cuales, desde luego, no había motivo para adoptar prevenciones en el comercio sexual. Pero al marido —se creyó— lo había beneficiado aquella cura, fuera la del pastor Kneipp<sup>21</sup> o la de un instituto de hidroterapia, luego de la cual encontró a su mujer grávida.

3. Por la anamnesis de los enfermos se averigua a menudo que los síntomas de la neurosis de angustia relevaron en cierto momento a los de otra neurosis, por ejemplo una neurastenia, ocupando su lugar. En tales casos, por lo general se puede comprobar que poco antes de ese cambio de vía

<sup>21</sup> [El episodio a que esto se refiere es descrito con más detalle en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898a), *infra*, págs. 265-6.]

[*Wechsel*] acontecido en el cuadro clínico sobrevino un cambio de vía correspondiente en la modalidad del influjo sexual nocivo.

Mientras que experiencias de este tipo, que se podrían multiplicar a voluntad, imponen sin más al médico la etiología sexual para cierta categoría de casos, otros, que de lo contrario permanecerían ininteligibles, se dejan al menos comprender y clasificar sin contradicción por medio de la clave de la etiología sexual. Son aquellos, numerosísimos, en que sin duda está presente todo cuanto hemos hallado en la categoría anterior —los fenómenos de la neurosis de angustia por un lado, el factor específico del *coitus interruptus* por el otro—, pero en los cuales se interpola otra cosa, a saber, un prolongado intervalo entre la etiología presunta y su efecto, y tal vez, además, unos factores de naturaleza no sexual. Por ejemplo, a un hombre le da un ataque cardíaco cuando recibe la noticia de la muerte de su padre, y desde entonces lo aqueja la neurosis de angustia. El caso no se comprende, pues ese hombre no era neurótico hasta ese momento; la muerte del padre venerado en modo alguno sobrevino bajo circunstancias particulares, y se admitirá que el fallecimiento normal y esperado de un padre anciano no se incluye entre las vivencias que pudieran enfermar a un adulto sano. Quizás el análisis etiológico cobre más transparencia si agrego que ese hombre practica desde hace once años el *coitus interruptus* con miramiento por la satisfacción de su mujer. Los fenómenos son, al menos, exactamente los mismos que aparecen en otras personas tras una breve nocividad sexual de esta clase y sin que ocurriera entretanto ningún otro trauma.<sup>22</sup> Corresponde apreciar en parecidos términos el caso de una señora cuya neurosis estalla tras la pérdida de un hijo, o el del estudiante que es perturbado por la neurosis de angustia en la preparación de su examen final. Ni aquí ni allí hallo explicado el efecto por la etiología indicada. No es forzoso contraer «*surmenage*» por el estudio,<sup>23</sup> y una madre sana suele reaccionar a la pérdida de un hijo sólo con un duelo normal. Y sobre todo, mi expectativa sería que el estudiante adquiriera en virtud de ese

<sup>22</sup> [Este caso y el del estudiante, luego mencionado, se examinan nuevamente en el segundo trabajo sobre la neurosis de angustia (1895f), *infra*, págs. 126-7. Freud había descrito el primero en forma sucinta en una carta a Fliess del 6 de octubre de 1893 (Freud, 1950a, Carta 14), *AE*, 1, pág. 224.]

<sup>23</sup> [Vuelve a aludirse al *surmenage* en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898a), *infra*, pág. 265.]

*surmenage* una cefalastenia,<sup>24</sup> y una histeria la madre de nuestro ejemplo. Pero que ambos contraigan una neurosis de angustia me mueve a atribuir valor al hecho de que la madre vive desde hace ocho años con *coitus interruptus*, mientras que el estudiante, desde hace tres, mantiene una cálida relación amorosa con una muchacha «decente» a quien tiene prohibido proñar.

Estas puntualizaciones rematan en la tesis de que la nocividad sexual específica del *coitus interruptus*, donde no sea este capaz de provocar por sí solo la neurosis de angustia, al menos predispone a su adquisición. La neurosis de angustia estalla entonces tan pronto como al efecto latente del factor específico se suma el efecto de otro influjo nocivo, banal. Este último puede subrogar cuantitativamente al factor específico, pero no sustituirlo cualitativamente. El factor específico sigue siendo el que comanda la forma de la neurosis. Espero poder demostrar esta tesis con mayores alcances para la etiología de las neurosis.

Nuestras últimas elucidaciones contienen además el supuesto, no inverosímil en sí mismo, de que un influjo sexual nocivo como el *coitus interruptus* llega a cobrar efecto por sumación. Según cuál sea la predisposición del individuo y el restante lastre de su sistema nervioso, hará falta un tiempo más o menos largo antes que se patentice el efecto de esta sumación. Los individuos que en apariencia toleran sin inconveniente el *coitus interruptus*, en realidad quedan predispuestos por este a perturbaciones propias de la neurosis de angustia, que pueden estallar espontáneamente en cualquier momento o luego de un trauma banal que sería desproporcionado para ello, así como el alcohólico crónico termina desarrollando por el camino de la sumación una cirrosis o alguna otra enfermedad, o bien cae en delirio a raíz de una fiebre.<sup>25</sup>

<sup>24</sup> [Al referirse nuevamente a este caso en «A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"» (1895f), *infra*, págs. 127-8, Freud emplea el término «cerebrastenia».]

<sup>25</sup> [Cf. «A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"» (1895f), *infra*, pág. 130. La «sumación» de los traumas en casos de histeria había sido examinada por Freud en *Estudios sobre la histeria* (1895d), *AE*, 2, pág. 186. En un trabajo inédito de esta época puso mucho énfasis en la importancia de la sumación en la etiología de la migraña; cf. Freud (1950a), Manuscrito I, *AE*, 1, pág. 253, y también «A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"» (1895f), *infra*, pág. 132.]

### III. Esbozos para una teoría de la neurosis de angustia

Las consideraciones que siguen no reclaman más valor que el de un primer ensayo, tentativo, y el juicio que merezcan no debiera influir sobre la aceptación de los hechos contenidos en lo anterior. Por añadidura, la apreciación de esta «teoría de la neurosis de angustia» se verá dificultada a causa de que ella corresponde meramente a una parte desgajada de una exposición más amplia sobre las neurosis.

En lo expuesto hasta aquí sobre la neurosis de angustia hay ya algunos puntos de apoyo para una visión del mecanismo de esta neurosis. Primero, la conjetura de que quizá se trate de una acumulación de excitación [pág. 93]; luego, el importantísimo hecho de que la *angustia* que está en la base de los fenómenos de esta neurosis no admite *ninguna derivación psíquica*. Se obtendría una derivación así, por ejemplo, si se hallara en la base de la neurosis de angustia un terror justificado que se sufrió una vez sola, o repetidas veces, y desde entonces proporcionó la fuente para el apronte de angustia. Pero este no es el caso; por un terror repentino se puede ciertamente adquirir una histeria o una neurosis traumática, pero *nunca* una neurosis de angustia. Como el *coitus interruptus* ocupa tan primerísimo plano entre las causas de la neurosis de angustia, al comienzo yo pensaba que la fuente de la angustia continuada podría situarse en el miedo, repetido con cada acto, de que la técnica fracasara y se produjese la concepción. Pero he descubierto que la presencia de ese estado de ánimo en la mujer o en el varón durante el *coitus interruptus* es indiferente para la génesis de la neurosis de angustia, pues señoras en el fondo desinteresadas de las consecuencias de una posible concepción están expuestas a esta neurosis en igual medida que las temerosas de esa posibilidad, y sólo importa cuál de las dos partes es despojada de su satisfacción por esa técnica sexual.

Otro punto de apoyo nos lo ofrece una observación que no hemos mencionado todavía: en series enteras de casos, la neurosis de angustia se conjuga con el más nítido aminoramiento de la libido sexual, del *placer psíquico*,<sup>26</sup> a punto tal que cuando se les dice a los enfermos que su padecer se debe a una «insuficiente satisfacción», por lo común responden que eso es imposible, pues justamente ahora toda

<sup>26</sup> [Cf. mi «Nota introductoria», *supra*, pág. 88.]