



Revista Affectio Societatis  
Departamento de Psicoanálisis  
Universidad de Antioquia  
[revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co](mailto:revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co)  
ISSN (versión electrónica): 0123-8884  
Colombia

2023

Karl Abraham

**Capítulo IV. Estados de sueño histéricos (1910)**

Revista Affectio Societatis, Vol. 20, N.º 39, julio-diciembre de 2023

Clásico (pp. 1-34)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

# CLÁSICO DEL PSICOANÁLISIS

---



# CAPÍTULO IV. ESTADOS DE SUEÑO HISTÉRICOS (1910)<sup>1</sup>

Karl Abraham<sup>2</sup>

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v20n39a11>

En un trabajo recientemente publicado<sup>3</sup>, Löwenfeld se ha ocupado de ciertos trastornos peculiares de los neuróticos, a los que anteriormente no se había prestado suficiente atención en la literatura sobre la materia. Como introducción a mi tema, citaré la descripción que hace Löwenfeld de esos estados. Dice: “El mundo exterior no hace sobre el paciente la impresión acostumbrada. Las cosas familiares, cotidianas, le parecen cambiadas, como si fueran desconocidas, nuevas y extrañas; o todo el ambiente inmediato le causa la impresión de ser el producto de una fantasía, una ilusión, una visión. En este último caso, especialmente, les parece a los pacientes estar en un sueño, o medio dormidos, o como hipnotizados o sonámbulos; y hablan generalmente de estas situaciones como sus *estados de sueño* (“dream-states”). El autor también dice que tales estados difieren mucho en cuanto a grado, exhiben considerables variaciones en su duración, están a menudo asociados con ansiedad y son, por lo general, acompañados por otros síntomas nerviosos.

Löwenfeld basa su descripción en un número considerable de historias clínicas. Yo mismo he tropezado con esos estados en varios pacientes a quienes he tratado psicoanalíticamente. Puesto que hasta el presente no se ha tratado de ellos desde un punto de vista psicoanalítico, daré en las páginas siguientes los principales resultados

---

1 Fragmento del libro: Abraham, K. (1994). *Psicoanálisis clínico* (Introducción biográfica por Ernest Jones). Lumen Hormé.

2 Karl Abraham (1877-1925) fue un psicoanalista alemán y colaborador de Sigmund Freud. Se le considera uno de los pioneros más importantes del psicoanálisis; realizó importantes contribuciones teóricas a la psicología de la sexualidad, el desarrollo del carácter, los trastornos maniaco-depresivos y el simbolismo.

3 “Über traumartige und verwandte Zustände” (1910).

de mis observaciones. Ellos constituyen una adición al conocimiento, obtenido psicoanalíticamente, de la naturaleza de los fenómenos episódicos en el cuadro clínico de la histeria.

## CASO A<sup>4</sup>

El primer ejemplo, un caso simple, mostrará hasta dónde podemos explicar la naturaleza de los estados de sueño sin hacer uso del psicoanálisis. Sólo pude conceder al paciente en cuestión una consulta.

En ella lo examiné del modo usual y obtuve los siguientes hechos relevantes: el paciente, un hombre joven aún, era propenso a ensueños diurnos muy vívidos. De acuerdo con su relato, ellos eran principalmente estimulados por sucesos reales. Por ejemplo, la información del descubrimiento del Polo Norte motivó la fantasía de que estaba tomando parte en una gran expedición. Imaginaba esto con gran riqueza de detalles, especialmente en lo que concernía al papel que jugaba él mismo. Fantasías de este tipo lo habían absorbido casi completamente durante un tiempo considerable. Le bastaba aprehender una palabra dicha en la calle –por ejemplo, la palabra “zeppelin”– para que sus facultades imaginativas se pusieran en movimiento. Tan pronto como su sueño diurno había alcanzado cierta intensidad comenzaba a sentirse más y más alejado de la realidad. Un estupor parecido al sueño lo embargaba. Luego, había un vacío mental que duraba un corto tiempo; y después de eso seguía rápidamente una fuerte sensación de vértigo asociada con ansiedad y palpitación cardíaca. Describía tal estado, hasta la irrupción del vértigo, como agradable. Tenía también los siguientes síntomas: vómitos nerviosos, diarrea nerviosa, dolores de cabeza, irritabilidad, timidez, etc.

Este caso, y como pronto se verá, todos los que siguen, demuestra plenamente la relación entre los estados de sueño y el ensueño

---

4 Designo a los casos siguientes A, B, C, etc., ordenándolos alfabéticamente. Han sido omitidos todos los detalles acerca de la edad, ocupación, y relaciones personales que no es necesario conocer.

diurno. Subrayo este hecho, porque Löwenfeld no le prestó especial atención.

Un estado de *exaltación de la fantasía* forma la típica introducción al estado de sueño, cuyo contenido varía enteramente según los individuos. A esto sucede una condición de “alejamiento de la realidad” (*Entrückung*<sup>5</sup>), semejante al sueño. En tal estado, como lo ha bien descrito Löwenfeld, las circunstancias familiares de la persona le parecen cambiadas, irreales y extrañas. Se siente “como si estuviera en un sueño”. La palabra “estado de sueño”, que es utilizada espontáneamente por muchos pacientes, describe la corriente fantástica de pensamientos que corresponde a la primera etapa, y la alteración de la conciencia que corresponde a la segunda. Yo discierno, sin embargo, todavía una tercera etapa, la de vacancia mental. Ésta es descrita por los pacientes así: “Mis pensamientos se detuvieron”, “un vacío en mi cabeza”, y frases semejantes. Finalmente sucede un estado de depresión, cuya más importante característica es una sensación de ansiedad con su acostumbrado acompañamiento de vértigo, palpitación del corazón, etc. La mayoría de los pacientes se quejan también de fantasías de tipo depresivo.

No hay una clara línea de demarcación entre las diferentes etapas. Por el contrario, es posible observar transiciones de una a otra. La importancia y utilidad práctica de distinguir estas etapas sólo se hará evidente cuando entremos a discutir casos que han sido analizados a fondo; y entonces podré añadir mucho a la anterior descripción, breve y superficial, de esas etapas.

La tercera etapa constituye indudablemente la culminación del estado de sueño. Es, por decirlo así, su punto crítico, no sólo porque su aparición pone súbito fin a la producción de la fantasía, sino también porque es la línea divisoria entre dos emociones de opuesto carácter. No es infrecuente que, como en el caso presente, el estado de

---

5 El término “*Entrückung*” está tomado de Breuer (cf. Breuer y Freud, “*Studien Über Hysterie*”, *Zweite Auflage*, p. 191).

sueño sea descrito como placentero hasta su tercera etapa, mientras se atribuye a la última etapa una emoción desagradable en alto grado.

Mediante este tipo de examen del paciente podemos obtener mucha información acerca de las ideas y sentimientos contenidos en los estados de ensoñación, las circunstancias que los originan, y las fluctuaciones de la conciencia que están implicadas en ellos. Investigando una serie ulterior de casos de la misma manera, descubriremos las variaciones individuales en esos aspectos, y también podremos confirmar la exposición de Löwenfeld acerca de sus diferencias en intensidad y duración. Pero en tanto nos limitemos a la conciencia del paciente, hasta aquí es todo lo lejos que podemos llegar. Las causas de la aparición de los estados de sueño quedarán sin explicar. Pues en general el neurótico se contenta con los ordinarios sueños diurnos, y sigue oscuro el por qué sufre esta condición ocasionales agravaciones, de tal clase como para provocar un agudo estado cuasi paroxístico, acompañado por moderadas perturbaciones de la conciencia. El estado de "alejamiento de la realidad" es totalmente ininteligible para nosotros, especialmente los sentimientos de extrañeza e irrealidad, el momentáneo vacío mental y, finalmente, la aparición de la ansiedad con sus manifestaciones concomitantes. Todos estos fenómenos están sujetos, por lo demás, a variaciones individuales; cada caso presenta su propio problema particular. En especial, las fantasías de la etapa inicial y las de la etapa final sólo son inteligibles en un grado limitado en ausencia de un análisis concienzudo.

El conocimiento de la vida de la fantasía de los neuróticos obtenido por la investigación psicoanalítica, nos da la clave de la solución del problema. Freud ha demostrado que nuestros deseos instintivos se revelan en nuestras fantasías. Cuando está impedida la satisfacción de nuestros deseos, tratamos de imaginarlos satisfechos, o a punto de ser satisfechos. En el neurótico, toda la vida instintiva y todos los instintos componentes tienen originalmente una fuerza anormal. Al mismo tiempo hay en él una tendencia especial hacia la represión de los instintos. La neurosis surge de un conflicto entre instinto y represión. El neurótico es un fabricante de fantasías debido a la gran variedad e intensidad de su vida instintiva y a la riqueza de sus deseos reprimidos; por tanto, como lo muestra la observación, es muy pro-

penso al sueño diurno. También dormido tiene frecuentes y vívidos sueños. Sin embargo, el poder dinámico de sus deseos reprimidos es tan fuerte que le resultan inadecuados aquellos medios de expresión que tiene en común con el individuo normal. Su misma neurosis sirve exclusivamente a esas tendencias. El estado de sueño neurótico, como mostraré luego, es sólo uno de una variedad de fenómenos por medio de los cuales se expresa la multitud de sus deseos reprimidos.

Daré ahora los detalles de un extenso análisis de un caso que tengan importancia para el problema. Este caso nos ofrece un panorama de la confusión de tendencias instintivas que coexisten en la mente, sea reforzándose u oponiéndose mutuamente. El análisis nos permite comprender la preponderancia de las fantasías sexuales. Se hará muy evidente que las fantasías candentes que, en la superficie, parecen ser no-sexuales, se han originado en los deseos sexuales a través del proceso de sublimación. Las fantasías que son admitidas a la conciencia por la censura sirven como instrumento para la representación de los deseos reprimidos, y extraen su energía de esa fuente.

## CASO B

Este paciente sufría de una histeria desusadamente severa, acompañada por fobias y compulsiones. Su morbosa ansiedad, que experimentaba al salir solo de su casa lo había hecho incapaz de seguir su vocación y de participar en cualquier forma de vida social durante los últimos cinco años. Aparte de sus graves accesos de ansiedad, era muy propenso a los estados de sueño.

Podía recordar que el primer ataque de este tipo le había sucedido a los diez años de edad, en una ocasión en que se sintió desairado. Había sido embargado por un sentimiento de "Weltschmerz" (desengaño de la vida), que había sido seguido instantáneamente por la idea neutralizadora, "Más tarde, cuando sea grande, ya verán", y había caído en un estado de estática exaltación y experimentado una alteración de su conciencia, semejante a un sueño. Desde aquella oportunidad, solía sufrir un estado de sueño cada vez que tenía que reconocer

la superioridad de otros, o su propia inactividad. Su situación actual, desde luego, lo exponía constantemente a tales estados. Por ejemplo, sólo era necesario que alguien se refiriera a la capacidad o éxitos de cualquier persona de su misma edad, para que él reaccionara de ese modo inmediatamente. A medida que pasó el tiempo, las ocasiones que suscitaban esos estados se hicieron más variadas. La visión de mujeres, el teatro, la música, la lectura, etc., ejercían ese efecto sobre él, dado que provocaban fantasías de carácter ambicioso o erótico. Es menos fácil comprender por qué esos estados eran inducidos por los movimientos corporales vigorosos, como el caminar por la calle, o por la audición de fuertes ruidos, como el de un tren pasando por un puente. Le sucedían con mayor frecuencia cuando se encontraba en la calle.

Situaciones como las mencionadas comenzaban por producir una notable actividad de su imaginación, juntamente con la resolución de actuar más enérgicamente en pro de la realización de sus imaginarios deseos. Según su expresión, se disponía a reunir todo su poder de voluntad. En primer lugar, se presentaba el pensamiento de que algún día saldría de su aislamiento e impresionaría al mundo entero. Imaginaba la sensación que causaría por su erudición, o que, en cuanto autor de un drama, sería llamado al escenario, y sería así el centro de la atención universal; o que se convertiría en un maestro del ajedrez, e iría de mesa en mesa, en un café, jugando partidas simultáneas, y ejecutando sus movimientos ante la admiración de los espectadores. Otras veces creaba la imagen de un gran general, tras el cual se ocultaban sus propias ambiciones. Sus resoluciones enérgicas se manifestaban exteriormente por rápidas caminatas alrededor de su pieza, o por una marcha precipitada por las calles.

El mismo paciente describía el proceso como un creciente estado de "entusiasmo". Esta condición se transformaba rápida y casi imperceptiblemente en la segunda etapa. Su descripción de ésta es muy característica: entonces le sucedía un completo "vuelco hacia sí mismo", una oclusión de todas las impresiones externas, y al urdir fantasías "dejaba de pisar el suelo". Es decir, ya no era capaz de controlar el curso de sus pensamientos y abandonaba el sólido terreno de la realidad. En este punto, le parecía estar en un sueño; todo su contorno,



inclusive su propio cuerpo, le parecía extraño, y llegaba a dudar de que existiera realmente. Seguía la típica tercera etapa, la de “cese de los pensamientos”. De inmediato se desarrollaba una morbosa ansiedad, que anunciaba la cuarta etapa, en la cual el vértigo se apoderaba de él y tenía la sensación de que ya no marchaba adelante, de que no podía levantar sus piernas, de que estaba resbalando, cayendo, hundiéndose. Estas sensaciones se asociaban con la más intensa ansiedad. La gente y los objetos próximos le parecían notablemente grandes. Él mismo se sentía pequeño, y deseaba serlo, para no ser visto; le gustaría “no ser nada”, “desaparecer bajo tierra”. Citaba también la sensación de tener que arrastrarse en cuatro patas para llegar a su casa. El paciente describía la primera etapa como placentera. No obstante, aun durante su “entusiasmo”, sobrevenía, como él lo expresaba, una corriente de carácter opuesto, que percibía al principio como una sensación de frialdad. Encontramos aquí parestesias y síntomas vasomotores acompañando a los fenómenos del estado de sueño, a los cuales no hemos prestado todavía la atención suficiente. Durante la etapa de vacío mental, la sensación de frío era intensa. A veces, aparecía junto con la ansiedad una súbita “ola de calor”, acompañada por una sensación de congestión en la cabeza. Cuando la ansiedad dejaba lugar a un sentimiento de debilidad, la sensación de frío era siempre muy fuerte; y al mismo tiempo tenía la impresión de que algunas partes de su cuerpo estaban “muertas”.

El paciente acostumbraba recibir favorablemente el comienzo del estado de sueño, debido al placer concomitante. Sin embargo, a menudo trataba de interrumpirlo antes de que llegara a su punto culminante, esto es, a la etapa de vacío mental. Según decía, “intento arrancarme de mi entusiasmo; trato de salir de él como de una nube”. Debe subrayarse la expresión “nube”; indica la sensación de nublarse la conciencia, es decir, la cualidad hipnótica de su estado. Si ese estado era interrumpido prematuramente, solía experimentar ansiedad y un sentimiento de debilidad.

La última etapa era muy prolongada en este paciente. Para liberarse de su ansiedad, a la que no podía vencer, acostumbraba adoptar un método peculiar: encendía un cigarro. Incidentalmente, el deseo de fumar solía presentársele ya en la etapa del “entusiasmo”.

Durante el análisis de sus estados de sueño, el paciente me dijo espontáneamente que por un largo tiempo había considerado a esos estados una especie de traslación de su impulso sexual a una forma mental. Mi investigación confirmó plenamente esta hipótesis.

El paciente era uno de aquellos neuróticos que han sido aficionados a la masturbación en su infancia, y que luego han mantenido una lucha continua contra ese hábito. Con frecuencia había intentado, sin éxito, renunciar a él; lo cual había originado las acostumbradas decepciones, autorreproches, y preocupaciones hipocondríacas. Varios de sus síntomas, que no pueden ser expuestos aquí, se habían originado de ese modo. El conflicto entre deseo y represión fue solucionado mediante un compromiso, como sucede a menudo en las neurosis. El paciente había abandonado frecuentemente el onanismo durante largos períodos, durante los cuales evitó la autoexcitación física y su meta, la eyaculación. Así, desde un punto de vista superficial, había renunciado a sus hábitos sexuales. Pero su inconciente requería una gratificación sustitutiva, cuya naturaleza y propósito pudiera eludir la conciencia, de modo que pudiera realizarse sin influencias inhibitorias.

Freud<sup>6</sup> ha mostrado concluyentemente que ciertos fenómenos episódicos de la histeria son una gratificación sustituta de la masturbación, cuando ella ha sido abandonada. (Luego tendremos que considerar este punto.) Ahora bien, el estado de sueño es también un sustituto de tal categoría. Antes de citar pruebas de esto, debo mencionar que más recientemente el paciente solía tener estados de sueño aun en momentos en que no resistía ante el impulso a masturbarse. Sin embargo, este hecho es incompatible sólo en apariencia con la idea de que el estado de sueño era una gratificación sustituta, porque en tales ocasiones el paciente estaba sometido a ideas contrarias que le impedían abandonarse a su impulso libremente. Además, la fuerza de su impulso era tan grande que le resultaba difícil obtener una satisfacción completa; de modo que aun la frecuente práctica de la masturbación no hacía superfluos a los sustitutos. Finalmente, éstos

---

6 "Observaciones generales sobre los ataques histéricos" (1909).

mismos se convirtieron en una fuente de placer, y sabemos bien cuán difícil resulta, especialmente a los neuróticos, abandonar algo que es una fuente de placer.

El paciente se había acostumbrado en su primera juventud, a incurrir en sueños diurnos, y cuando la actividad de su vívida fantasía llegaba a su máximo, hacía uso de la masturbación como desahogo de la excitación acumulada. Cuando trató de abandonar la práctica de la masturbación, sus ensueños diurnos tuvieron que buscar una culminación diferente. Constituyeron ahora una introducción para un estado de sueño, como lo habían sido antes para la masturbación. La segunda y tercera etapas –las del alejamiento de la realidad y del vacío mental– corresponden a la creciente excitación sexual y a su punto culminante, el momento de la eyaculación. La etapa final, de ansiedad y debilidad, era una trasposición inalterada del acto de la masturbación. Esos síntomas nos son familiares como consecuencia regular de la masturbación en los neuróticos.

La comparación que hemos hecho requiere ulterior confirmación en lo que respecta a la segunda y tercera etapas. Una etapa semejante al alejamiento de la realidad se encuentra también en la masturbación, en la cual la creciente excitación sexual conduce a la exclusión de todas las impresiones externas. En el estado de sueño tal cosa se evidencia principalmente en el plano mental. El paciente se daba cuenta de que su atención estaba enteramente “dirigida hacia adentro”. Este aislamiento autoerótico del mundo externo le daba la sensación de soledad. “Se apartaba del mundo”. Sus ideas lo llevaban hacia otro mundo, fundado sobre el modelo de sus deseos reprimidos. Tal era el poder de éstos, una vez emergidos del inconsciente, que él tomaba por realidad a su cumplimiento en la fantasía, y percibía a la realidad como la vana creación de un sueño. Todo su contorno, y aun su propio cuerpo, le parecían extraños e irreales.

El sentimiento de estar aislado es propio de muchos neuróticos que se retiran del mundo para incurrir en prácticas sexuales solitarias. El paciente recordaba una fantasía favorita de su primera juventud, que se refería a una habitación subterránea, oculta en algún lugar de un bosque, a la cual deseaba evadirse para estar solo con sus fanta-

sías. Más tarde, la ansiedad tomó el lugar de este deseo. Y la ansiedad de estar solo en una pieza cerrada lo seguía dominando, ya adulto.

La desaparición de los pensamientos –el vacío mental– que caracteriza a la tercera etapa, corresponde de un modo general a la marcada “pérdida de la conciencia”<sup>7</sup> que tiene lugar, especialmente en los neuróticos, durante el clímax de la excitación sexual; y se produce luego una notable sensación de vértigo o de algo semejante a él, pero de difícil descripción. El paciente dijo definitivamente que tenía la misma sensación durante la masturbación, en el momento de la eyaculación.

También en los ataques histéricos se encuentra esta breve suspensión de la conciencia, que corresponde al momento de la emisión.

No debe sorprendernos descubrir que el estado de sueño es placentero hasta la etapa del vacío mental; pues eso tiende a confirmar su parentesco con la masturbación, que también es placentera hasta la etapa correspondiente, y produce luego a menudo los más fuertes sentimientos de angustia en los neuróticos. Es también muy interesante recordar que el paciente en cuestión acostumbraba interrumpir frecuentemente sus estados de sueño en forma prematura, esto es, antes del vacío mental. Esto es algo así como un intento de renunciar al hábito de tener estados de sueño. Los neuróticos hacen con frecuencia lo mismo cuando desean renunciar a la masturbación<sup>8</sup>. Según su opinión, lo peligroso en la masturbación es la pérdida del semen, de modo que se contentan con interrumpir el acto antes de la emisión. Luego se consuelan con la idea de que no se han masturbado *en realidad*. Con frecuencia nos encontramos con este sofisma en las personas neuróticas. Se esfuerzan por compensar la renuncia al placer final incrementando considerablemente el placer anticipado. Sin embargo, no pueden escapar a la ansiedad que sienten al terminar. La excitación sexual que se ha acumulado no encuentra salida, y se transforma en ansiedad.

---

7 Freud, “Observaciones generales sobre los ataques histéricos” (1909).

8 Véase Rohleder, “Über Masturbatio interrupta” (1908).

Al considerar los estados de sueño del paciente como una gratificación sustitutiva de una forma de práctica sexual que ha sido abandonada, estamos todavía lejos de comprender por completo todas las características de esos estados. Las fantasías de la primera y cuarta etapa son de una naturaleza tan individual que sólo pueden ser entendidas después de haber obtenido un conocimiento íntimo de la vida instintiva del paciente.

En el presente caso las tendencias infantiles del paciente habían sido fijadas, del modo comúnmente conocido por el psicoanálisis, hasta tal grado sobre las personas más estrechamente relacionadas con él, que en la pubertad no pudo desligarse de ellas del modo normal. Su fijación era de un pronunciado carácter bisexual. Los componentes heterosexuales de su libido tenían por objeto a su madre, en relación con la cual se identificaba con su padre, que había fallecido. Sus componentes homosexuales estaban ligados a su padre, y en relación con él se identificaba con su madre. De tal modo, en su neurosis hacía a veces del padre, y otras de la madre. Su conducta en general podía describirse como marcadamente pasiva. Se había resignado a la desventura de su neurosis. Su amor por su padre, quien había sido una persona muy enérgica, tomó la forma de una sujeción incondicional a una persona superior. Manifestaba los típicos celos del neurótico, que conservaba desde su infancia. Siendo niño había considerado a su padre como a su rival en relación a la madre, mientras que ésta se interponía entre él y su padre. Como consecuencia se habían originado en él deseos hostiles que, como sucede con frecuencia en los niños neuróticos, habían culminado en la fantasía de matar a su padre o madre. Estos impulsos sádicos habían sido sometidos a una muy frecuente represión. Gran número de sus sueños, en los cuales presenciaba la muerte de su padre o madre, testimonian la persistencia de esos deseos inconcientes. También despierto tenía frecuentes fantasías del mismo tipo, así como repentinos impulsos agresivos. Estos impulsos reprimidos, y ciertos casos de conducta agresiva durante la infancia y la pubertad, eran responsables de la idea de que era un criminal, como asimismo de un número de síntomas que padecía.

Las tendencias agresivas del paciente habían sido sublimadas en gran medida, de modo que podía emplear su fuerza impulsora para

proyectar empinadas hazañas fuera del campo de la sexualidad. Sin embargo, esto no había bastado para contener toda la fuerza de sus instintos. Para neutralizar eficazmente esas tendencias había tenido que convertirlas en su contrario. Sus sentimientos agresivos hacia su madre habían sido reemplazados por una completa pasividad, por una absoluta dependencia de ella, que todavía persistía, aunque era desde hacía tiempo un hombre maduro. Se ató completamente a ella y al hogar, del mismo modo que un niño. Ésta era la principal fuente de la ansiedad que le impedía salir afuera solo. Esta dependencia de una persona (o personas) particular está presente en todos los casos de agorafobia. El mero intento de dejar la casa representaba para el paciente una actividad prohibida; hubiera simbolizado un aflojamiento de los vínculos entre él y su madre, y también, como lo demostró el análisis, un acercamiento homosexual hacia su padre. Tan pronto como intentaba rescatarse de sus fantasías heterosexuales incestuosas, era presa de sus fantasías homosexuales, que eran también energicamente rechazadas por su conciencia. En consecuencia, había tenido lugar una muy amplia supresión de sus tendencias instintivas, y esto explicaba la peculiar intensidad de su ansiedad neurótica.

Como otros neuróticos, el paciente intentaba corregir la poco satisfactoria realidad con la ayuda de fantasías. Utilizaba especialmente estos medios cada vez que un acontecimiento exterior le hacía darse cuenta de cuán diferente era de sus contemporáneos más sanos debido a su dependencia y a su conducta pasiva, y sobre todo, a su propensión a la masturbación. Ya en la adolescencia había sufrido por este sentimiento. Había sido su ardiente deseo “ser como los demás”. Acostumbraba torturarse con reproches por estar aislado de los “demás” debido a sus tendencias, y porque esas tendencias lo hacían incapaz de competir con ellos. Lo atormentaba especialmente el temor de aparecer ridículo o despreciable a los ojos de ellos. Ésta era la razón de su excesiva susceptibilidad ante la idea de ser menospreciado en favor de “otros”. Consideraba que tal menosprecio mostraría que no era respetado, y toda su reprimida actividad se levantaría en revuelta. Originalmente sus tendencias agresivas lo hubieran impelido a reaccionar ante un desprecio con un acto de violencia, pero muy pronto aquéllas fueron hechas inofensivas por una “formación reactiva”, y ahora sólo se aventuraban bajo la forma de fantasías secretas. Cuando se sentía desdeñado, reaccionaba con

deseos sublimados de ser activo, y con fantasías de grandeza cuyo cumplimiento ubicaba en el futuro: “Cuando sea grande...”.

Cuanta más edad tenía el paciente, más pronunciado se hacía el sentimiento de que seguía siendo un niño. No se daba cuenta de que era el más fuerte deseo de su inconciente mantener esa condición pueril. Su conciencia reaccionaba con la tendencia opuesta. Cada estado de sueño servía a un deseo de madurar. Crecer significaba muchas cosas para él, quería decir ser independiente, sostenerse a sí mismo, ser enérgico (como su padre), libre de su apremiante vicio, y sobre todo, capaz de actividad sexual. Pues lo dominaba el temor de ser impotente, como todo neurótico que es incapaz de renunciar a sus prácticas sexuales infantiles y a los objetos de sus fantasías sexuales infantiles. Las fantasías de grandeza que hemos atribuido a impulsos sádicos sublimados estaban siempre relacionadas en este paciente con la idea de sobresalir por encima de todos los demás, y de atraer todas las miradas. Esta idea puede ser explicada como una sublimación de deseos exhibicionistas reprimidos. En los neuróticos que manifiestan una ambición morbosamente exacerbada, he podido comprobar siempre que ese rasgo de su carácter provee una especie de desahogo común para sus deseos sádicos y exhibicionistas reprimidos. En este caso pudo establecerse que el paciente había en realidad ejecutado acciones de naturaleza sádico exhibicionista en su juventud, y que se hacía severos reproches por tal razón. La constante necesidad de reprimir esos impulsos era una continua fuente de ansiedad para él. Por ejemplo, no podía viajar en tranvía porque sentía repentinamente el impulso de exhibirse ante las personas presentes, o de cometer un atropello sexual contra alguna mujer. Impulsos semejantes lo solían asaltar en otras ocasiones, como por ejemplo cuando conversaba con una mujer. El proceso de sublimación condujo a una renunciación total o parcial del fin originario de su instinto de exhibirse, esto es, de exponerse en una forma sexual. El exhibicionismo prohibido fue reemplazado por fantasías referidas a un fin mucho más inocente; en ellas el paciente atraía la atención, no sobre la base del deseo sexual o la curiosidad sexual, sino meramente por admiración.

Hemos citado varias clases de situaciones que causaban los estados de sueño del paciente. Podemos ahora decir que tenían ese efecto por-

que estimulaban deseos de agresión sexual o de exhibicionismo, que se expresaban de una manera sublimada. Puede comprenderse ahora fácilmente por qué la visión de mujeres era capaz de provocar un estado de sueño. Además, siempre que tomaba demasiada conciencia de su pasividad, en contraste con otras personas, solía corregir la realidad con la ayuda de su imaginación y pintarse a sí mismo como un hombre muy activo y objeto del interés de todos. Los movimientos corporales vigorosos también podían actuar como causas de excitación porque le daban una sensación de actividad. El traqueteo y alboroto de un tren estimulaban en él el deseo de ser fuerte. Y todas sus otras fantasías pertenecían a la misma categoría. Como jugador de ajedrez en los cafés, yendo de una mesa a otra al atender a partidas simultáneas, tenía por cierto buena oportunidad de exhibirse ante la mirada de los demás. Más aún, el ajedrez mismo, como demostró su análisis, le ofrecía amplia ocasión para el empleo de instintos sublimados. En el ajedrez hay una lucha entre dos partes, cada una de las cuales ataca, toma piezas, derriba las posiciones del enemigo, etc. –un conjunto de ideas que, de acuerdo con el mismo testimonio del paciente, ejercía una gran fascinación sobre él. Gozaba con las expresiones técnicas empleadas, y solía satisfacer su instinto de agresión jugando partidas él solo.

Si bien el cumplimiento, en la fantasía, de sus ambiciosos deseos, esto es, la satisfacción de sus instintos sublimados, se asociaba con sensaciones de placer, la etapa final del estado de sueño involucraba la emoción opuesta, la ansiedad. Y pudo demostrarse que en esta última etapa sus fantasías tenían un contenido muy diferente de las anteriores. El comienzo del estado de sueño lo elevaba de su pasividad habitual a la actividad. La etapa final lo hacía retornar a su primer estado. En lugar de sus planes ambiciosos encontramos carencia de valor y un ánimo desazonado; y mientras que poco antes estaba ple-tórico de sentimientos de poder y caminaba a grandes zancadas por las calles, ahora se sentía débil e inhibido en sus movimientos. Tenía la sensación de no poder avanzar más –una notable representación simbólica de su situación real! Era una vez más un niño pequeño que no podía caminar con sus propios medios<sup>9</sup>. Había triunfado la ten-

---

9 No trataré en este lugar las otras connotaciones de “resbalar” y “caer”.



dencia inconciente que mantenía en él el estado infantil. Era por esto que el paciente se sentía tan pequeño, y la gente y las cosas le parecían tan grandes<sup>10</sup>. Quería arrastrarse en cuatro patas hacia su madre, como un niño que todavía no ha aprendido a caminar. Pocos momentos antes deseaba atraer sobre sí todas las miradas, pero ahora le hubiera gustado desaparecer, hundirse en la tierra para no ser notado.

El intenso sentimiento de debilidad del paciente en la cuarta etapa tenía varios factores determinantes. En primer lugar, significaba la temida debilidad sexual. Mientras que había comenzado por sentirse fuerte y activo al principio de su estado de sueño, terminaba por recaer una vez más en su pasividad. Carecía de vigor masculino. Su sensación de ser demasiado débil para mantenerse erguido contenía una alusión simbólica a su impotencia. Sus fantasías de muerte, que nunca faltan en los casos en que deben ser suprimidas intenciones agresivas contra familiares, proveían otro determinante de su debilidad. Estas fantasías tanáticas de la última etapa contrastaban marcadamente con la energía y animación de sus fantasías en la primera etapa.

En la etapa final de su estado de sueño sus impulsos de agresión y de exhibición eran una vez más reprimidos; y, como ya hemos dicho, trataba de obtener un alivio de su estado de depresión fumando un cigarro. Sin embargo, no era tanto la nicotina en sí misma lo que gradualmente eliminaba su depresión. Era más bien que el fumar tenía el significado de una gratificación sustituta. Era una señal de esa masculinidad de la que carecía<sup>11</sup>, y era un consuelo para él en su estado de debilidad.

Los síntomas parestéticos y vasomotores concomitantes requieren una consideración aparte. La sensación de calor descrita por este paciente, y también por otros, como veremos, es un acompañante normal de la excitación sexual. En su caso, había sido transferida de la masturbación a su estado de sueño. Es de interés observar que

---

10 Esta es también la causa más importante del síntoma descrito como “macropsia”. He observado también su presencia en los ataques de ansiedad de una paciente.

11 Razones de espacio no me permiten extenderme sobre otros determinantes del fumar (tales como la utilización de la zona bucal, la identificación con el padre, etc.).

enrojecía con facilidad. Tan pronto como se encontraba entre otras personas, su extraordinariamente excitable fantasía sexual se ponía en actividad, y se expresaba físicamente como una ola de calor. No deberá sorprendernos que este incrementado flujo de sangre acompañaba también sus fantasías de actividad, puesto que, como sabemos, ellas representaban a sus fantasías sexuales inconcientes. Ya en el primer estadio de sus “exaltadas” fantasías solía notar una “corriente subterránea” de frialdad y ansiedad bajo el incipiente calor; y en la etapa final la sensación de frío era dominante. En general, por lo tanto, la sensación de calor acostumbraba aparecer cuando él deseaba precipitarse a una actividad sexual, mientras que el sentimiento de frialdad solía aparecer cuando sus emociones instintivas se habían trocado en ansiedad, y la tendencia a la represión había obtenido ventaja una vez más. Su sangre ya no era impelida hacia la periferia con la misma fuerza. Pero las siguientes sensaciones de frialdad eran determinadas por otras causas, además. El paciente solía sentir como si partes de su cuerpo estuvieran muertas, y como si él estuviera por sufrir un colapso y desaparecer en el próximo minuto. De tal modo, la cuarta etapa era una muerte simbólica, que se expresaba también por la sensación de frío. El análisis ulterior demostró que este morir tenía también una doble significación: la impotencia a la que temía le daba un segundo sentido más especial, el de que le estaba faltando la energía esencial de la vida.

Así como el primer estadio de su estado de sueño servía a las fantasías de vigor y masculinidad, el estadio final exhibía una condensación de dos conjuntos de ideas que eran opuestas a estas fantasías, a saber: 1) seguir siendo un niño, 2) morir. El hombre adulto, lleno de energía vital, estaba a mitad de camino entre la infancia y la muerte.

Los estados de sueño del paciente nos dan una visión del conflicto entre impulso y represión, tal como se encuentra en toda neurosis. Los impulsos reprimidos, originalmente de una fuerza anormal, consiguen abrirse paso desde el inconciente, pero sólo para sucumbir nuevamente ante las fuerzas de represión. Cada uno de esos estados de sueño representaba una rebelión contra su neurosis, pero era una rebelión de antemano condenada al fracaso.

El próximo caso, sin embargo, demostrará que no todos los estados de sueño contienen las mismas tendencias.

## Caso C

En esta paciente, los estados de sueño solían aparecer del mismo modo cuando ella se sentía preocupada, deprimida, o humillada por una situación que no había podido evitar. Las conversaciones de naturaleza penosa, o una indisposición física, especialmente la menstruación, inducían esos estados. Como ella decía: “Durante la menstruación, pierdo todo sentido de la realidad”. También en su caso el estado de sueño ocasionaba una sensación de aislamiento del mundo exterior; de modo que podría esperar que sirviera asimismo para rescatarla de la dolorosa realidad. Pero sucedía lo contrario. Sus fantasías le provocaban un estado de sufrimiento aún mayor, y de absoluta pasividad; y de ello extraía un placer masoquista. Dio detalles interesantes acerca de su infancia, referentes a prácticas masoquistas reales. Esos impulsos masoquistas eran todavía claramente reconocibles en el momento presente. Pues ella podía inducir un estado de sueño a voluntad. (Puedo decir que me he encontrado con este fenómeno en otros casos.) Como ella misma decía: “Algo me impulsa a menudo a provocar un estado de sueño”. Para hacer tal cosa acostumbraba recitar de memoria un pasaje de “María Magdalena” de Hebbel (acto 3, escena 2), en el cual Clara hace la siguiente declaración:

“Te serviré y trabajaré para ti, y no me darás nada para comer. Me ganaré mi propio sustento. Coseré e hilaré por la noche para otras personas. Me quedaré con hambre si no tengo nada que hacer. Preferiré morder mi propio brazo a ir a lo de mi padre, no sea que él se dé cuenta de algo. Si me golpeas, por no tener a mano a tu perro, o porque lo has echado, me tragaré la lengua antes que proferir un solo grito que manifieste a los vecinos lo que sucede. No puedo prometer que mi carne no mostrará las señales de tus azotes, pues eso no puedo evitarlo. Pero mentiré: diré que me he golpeado la cabeza contra el aparador, o que me caí porque el piso estaba resbaladizo. Y diré todo esto antes de que nadie tenga tiempo de preguntar por la causa de mis magulladu-

ras. Cásate conmigo. No viviré mucho. Y si aun entonces te cansas de mí y no quieres sobrellevar los gastos del divorcio para librarte de mí, compra veneno y pónlo en alguna parte como si estuviera destinado a las ratas, y no digas nada. Lo tomaré, y cuando esté muriendo diré a los vecinos que pensé que se trataba de azúcar en polvo!”

Cuando la paciente se había entregado a estas ideas típicamente masoquistas, solía caer en un estado de “alejamiento de la realidad”, parecido al sueño. Percibía al sometimiento masoquista de Clara, con quien se identificaba, y a su propio aislamiento del mundo, como placenteros. Insistía mucho sobre el carácter placentero de tal reclusión, y solía experimentar situaciones semejantes en sus sueños. En ellos el mundo estaba lejos; su cuerpo parecía cambiado, y su propia voz le sonaba extraña. Como decía, “La persona que habla (refiriéndose a ella misma) me resulta extraña”. Para aumentar su tormento, todas las cosas tomaban formas absurdas y desfiguradas, que le recordaban los cuadros de Kubin. “Todo es más cruel y sombrío que la realidad”, expresaba. Sus fantasías masoquistas solían culminar en pensamientos de muerte, en la idea de que debía saltar por la ventana, etc. Luego que la crisis había pasado, aparecía una extrema ansiedad, acompañada por ideas angustiosas que variaban según la situación del momento. Por ejemplo, si por casualidad la paciente estaba en la calle, tendría la sensación de que se iba a caer, de que no podría llegar sola hasta su casa, de que debía dirigirse a algún hombre y hablarlo. “Caer”, y “hablar a un hombre”, eran expresiones equívocas. No sólo indicaban un estado de desvalimiento y una necesidad de ayuda, sino también esas fantasías de prostitución que se encuentran con tanta frecuencia en las mujeres histéricas, aunque las mantienen en estricto secreto.<sup>12</sup> La paciente solía tener el impulso de entregarse al primer hombre que tuviera delante, y a veces, cuando padecía esos frecuentes ataques que hemos descrito, lo hacía realmente. Sus deseos de prostitución aparecían como una forma especial de masoquismo, y representaban para ella, que tenía en general una alta opinión de sí misma, y que era inclusive algo dominante, la más profunda forma de humillación.

---

12 Estas fantasías se expresaron muy claramente en muchos de los sueños del paciente, y fueron también manifestadas por sus acciones sintomáticas.

En esta paciente encontramos además la ocurrencia de estados de sueño muy prolongados, tales como los ha descrito también Löwenfeld. En muchos neuróticos, la sensación de estar en un sueño, y perplejos acerca de la realidad de su contorno, puede durar algunos meses, y más aún. Esta paciente estuvo durante largo tiempo bajo la impresión de que todo lo que veía a su alrededor era fingido, de que su cuerpo estaba muerto y ella era sólo un espíritu que miraba el mundo real sin tener nada que ver con él. Decía que tal estado era particularmente penoso, pero que por esa misma razón le procuraba acceso a cosas que de otra manera hubieran permanecido ocultas para ella. Esos estados le permitían encontrar refugio en un mundo de sueños, lejos del mundo real donde sus deseos no hallaban gratificación.

## CASO D

El paciente, un hombre muy joven, había padecido desde la infancia una grave histeria que lo había hecho casi incapaz de asociarse a otras personas. Por ejemplo, apenas hablaba con alguien, evitaba comer en la presencia de extraños, porque en tales ocasiones siempre sufría una severa ansiedad. En consecuencia, su mismo modo de vida lo separaba del mundo exterior. Y sus estados de sueño reforzaban esta tendencia.

Tal manera de vivir, en un hombre tan joven, se debía a una fijación excepcionalmente fuerte de su libido sobre sus familiares más cercanos, a cuyo estrecho círculo estaba confinado casi por completo. Cada vez que traspasaba esas fronteras lo embargaba la ansiedad. Si quería abandonar la casa, o hacer una visita, o hablar a un superior, siempre hacía presa de él la ansiedad. Sus fantasías sexuales, desusadamente fuertes, se centraban en su familia; y no sólo tenía deseos heterosexuales fijados sobre su madre y su hermana, sino que estaba muy interesado en su padre desde un punto de vista homosexual y masoquista. Tan pronto como se aproximaba a una persona extraña comenzaba a tener fantasías sexuales acerca de ella; pero su intento de “transferencia” era inmediatamente suprimido. Había querido, por un tiempo, abandonar sus estrechos límites, pero la fijación de su

libido era tan fuerte que todos los intentos que hizo en esa dirección culminaron en ansiedad.

Las ya mencionadas fantasías sexuales del paciente conducían siempre a la masturbación, acto que ejecutaba de una manera refinada, sin hacer nunca uso directo de sus manos, sino aplicando continuos y suaves estímulos, tales como una leve presión de los muslos y manipulaciones por sobre sus ropas. Esta excitación física, y las fantasías concomitantes, solían ocasionar un “apartamiento de la realidad” parecido a un sueño. La eyaculación nunca se producía, pero acostumbraba tener un período muy marcado de vacío mental. En el caso presente, podemos ver a los estados de sueño todavía en su relación directa y original con la masturbación. Sin embargo, podían aparecer también espontáneamente. Así sucedía especialmente cuando estaba presente el padre del paciente. Pues entonces, aquellas fantasías a las que el paciente era adicto cuando se encontraba solo, eran activadas, y en esta situación inducían un estado de sueño, así como otras veces conducían a la masturbación.

Durante muchos años el paciente había disfrutado estos estados altamente placenteros en sus horas de escuela. Sus maestros habían notado que no atendía a las lecciones y que estaba habitualmente abstraído. Estaba ocupado con fantasías muy alejadas de sus estudios; y si era bruscamente arrancado de sus ensoñaciones por una pregunta de su maestro, sufría una severa ansiedad. A medida que pasaron los años, esta propensión persistió sin cambios; y el estado de sueño le servía aún como un medio de aislarse completamente. Estaba completamente absorto en sí mismo, y le era difícil concentrarse en nada que excediera el círculo de sus fantasías. Si se encontraba en alguna situación desagradable, con frecuencia evocaba deliberadamente un estado de sueño, mediante un método sencillo, que simbolizaba de la manera más clara la exclusión de las impresiones exteriores: cerraba los ojos. Durante el psicoanálisis siempre hacía lo mismo cuando se llegaba a un tema del cual no quería hablar. Entonces era totalmente imposible sacarle una sola palabra. Se quedaba sentado, inmóvil y abstraído. Cuando le expliqué que sus estados de sueño requerían una investigación psicoanalítica detenida, reaccionó inmediatamente con un estado de sueño, lo que naturalmente hizo imposible iniciar

tal investigación en ese momento. También podía interrumpir el estado de sueño a voluntad; conseguía esto mediante un repentino sacudimiento de la cabeza.

El paciente solía emplear el estado de sueño de otra manera, además, y eso sucedía cuando tenía que padecer algún dolor de origen psíquico. Entonces evocaba un estado de sueño, por medio de ciertas manipulaciones sexualmente excitantes, y su dolor se transformaba gradualmente en una sensación de placer.

## CASO E

Este paciente exhibía asimismo una transferencia infantil de índole sexual, sobre ambos padres, extraordinariamente fuerte, junto con aquellos deseos de muerte que regularmente la acompañaban y que son rigurosamente rechazados por la conciencia. Estos últimos estaban dirigidos especialmente contra su madre, pero habían sido transformados, por una formación reactiva, en un excesivo apego a ella, de un carácter completamente infantil. Aunque era adulto desde hacía tiempo, le parecía extraño no ser más el niño que creía ser. Vale la pena decir que fue la muerte de su madre lo que causó su primer estado de sueño. Éste había sido muy prolongado, y por muchos meses tuvo la sensación de estar atravesando un sueño. Pero la intensidad de esa sensación mostraba grandes variaciones. Decía muy espontáneamente: “No puedo creer que nada sea real si no estoy a su lado” (hablando de su madre). En lugar de las fantasías reprimidas que habían estado dirigidas contra la vida de su madre, apareció entonces en la conciencia la idea de que su propia vida dependía de la de ella, con la cual terminaría. Sus fantasías de muerte se habían vuelto contra él mismo. Para citar sus propias palabras: “De la mano con esto va la idea de que toda existencia es fútil”. Cuando su madre murió, el mundo dejó de tener valor para él. Su libido fue temporalmente apartada de los objetos que lo rodeaban; y, como a los otros pacientes, todo le parecía extraño ahora, como si no lo hubiera visto antes. Las personas con quienes estaba hablando no parecían existir. Todos los acontecimientos anteriores, esto es, los que habían tenido lugar

mientras vivía su madre, parecían remotos. Decía: “Todo el pasado es como un sueño, como si hubiera sucedido hace una eternidad.” El paciente tenía a menudo esos estados sin darse cuenta de ello. En general era perfectamente capaz de ejecutar su trabajo, que precisaba una gran concentración intelectual. Pero más recientemente habían aparecido estados de sueño de menor duración y más agudos. La historia de su origen es muy peculiar, y es como sigue:

El paciente acostumbraba sufrir periódicamente violentos dolores de cabeza, que le causaban un gran tormento. (Luego diremos algo acerca de su origen.) Hacía unos tres años había decidido consultar a un especialista neurólogo, quien hacía tratamientos hipnóticos. Luego de varios intentos fallidos de producir la hipnosis, abandonó el tratamiento. Pero entonces comenzó a probar a colocarse él mismo en un estado mental que difiriera del habitual, con la esperanza de librarse de ese modo de los dolores de cabeza. Consiguió varias veces provocar un estado de ese tipo, que era muy agradable y al que consideraba una “autohipnosis”. Pero sus dolores de cabeza continuaron. También durante su tratamiento conmigo expresó el deseo de ser hipnotizado, en forma reiterada y apremiante. Subordinarse a la voluntad de otro concordaba con sus tendencias masoquistas. Como él mismo decía, su ideal era el poder ser completamente pasivo, y era una tortura para él tener que ejercer toda su energía para continuar su vida.

Su vida sexual exhibía un gran número de inconfundibles rasgos masoquistas. Durante largo tiempo se masturbó con el acompañamiento de fantasías masoquistas, pero luego de una dura lucha consiguió abandonar parcialmente esa práctica. El síntoma de pasividad sexual que arrojó más luz sobre sus estados de sueño fue su impotencia psíquica, que había comenzado al mismo tiempo que sus intentos de inducir estados de sueño. Además, me dijo espontáneamente que ya antes había tenido el deseo de ser sexualmente pasivo. Quería ser capaz de entregarse al placer sexual de un modo pasivo, como una mujer.

Sus estados de sueño permitieron la realización de ese ideal, aparte de proporcionar un considerable placer. Y estaba en completo acuerdo con su deseo de cesar toda actividad el que su método para inducir tales estados consistiera en concentrar toda su voluntad en no pensar en



nada. Su vida en general demandaba un gran esfuerzo intelectual, pero su deseo era opuesto a eso. Como hemos visto en los otros pacientes, en el ápice del estado de sueño se establece un “vacío mental”. En el caso presente el paciente tenía una intención consiente de provocar esa etapa, que, como sabemos, corresponde al momento de mayor placer.

Citaré sus propias palabras para describir ese estado. Las pronunció espontáneamente y con signos de fuerte emoción; y son muy inteligibles para nosotros luego de lo que se ha dicho. Dijo él: “Al principio hay un esfuerzo, como en el comercio sexual. Si quiero conseguirlo tengo que acostarme y ponerme a hacerlo. Tengo que concentrar todas mis fuerzas en no pensar en nada. Cierro los ojos. No debo permitir que me llegue nada del mundo externo. Luego se produce una breve etapa de arrobamiento en la que todas mis sensaciones se transforman. Es el cambio físico más grande que conozco, y no puedo encontrar las palabras adecuadas para describirlo. Esa corta etapa de placer parece sin embargo una eternidad.” En el clímax del proceso de excitación –pues así debemos llamarlo– sus pensamientos solían detenerse.

El paciente completaba su descripción como sigue: “Se tiene la idea de que en la vida todo se mueve hacia adelante; quiero decir, por ejemplo, la circulación de la sangre. Pero repentinamente todo se transforma; todo retrocede, como si ya no fuera hacia adelante sino hacia atrás. Es como si hubiera comenzado a operar alguna magia. Mientras que en otras ocasiones todo tiende a abandonar el cuerpo, ahora todo es reconducido a él. Ya no emito cosas sino que las absorbo.” Luego de una breve pausa, continuó: “Hay una paz absoluta y armoniosa, una reconfortante pasividad, en contraste con mi vida real. Sobre mí se mecen olas. Se me ha hecho algo. Si el estado no pasara, no me movería hasta el fin del tiempo.”

Estos estados de sueño le permitían al paciente obtener en la imaginación un placer ilimitado por su pasividad sexual. Quería ser una mujer, y en sus estados de sueño experimentaba el cumplimiento de ese deseo. Tenía razón cuando hablaba del “mayor cambio que pueda concebirse”, pues no es concebible una alteración más radical que un cambio de sexo. Y para el paciente eso significaba no sólo un cambio de sexo sino también una subversión de todo su modo de vida.

Su deseo de ser una mujer atrae nuestra atención hacia sus componentes homosexuales. Ya conocemos la intensa transferencia de su libido infantil sobre su padre, de modo que podemos suponer que al desear ser una mujer se estaba identificando con su madre para ocupar el lugar de ella con su padre. Tal suposición es confirmada por la etiología de sus dolores de cabeza, a los que ya nos hemos referido, y que servían directamente para identificarlo con su madre. Pues siendo él niño, ella había sufrido de dolores de cabeza con los cuales los suyos tenían gran semejanza. Ella solía tenerlos cuando le venían sus períodos. En esos días se mostraba muy irritable y tenía que cuidarse mucho. Los dolores de cabeza del paciente solían ocurrir asimismo con intervalos de cuatro semanas y duraban de tres a cuatro días cada vez. Durante ese tiempo era extremadamente sensible a los estímulos exteriores, y se veía obligado a suspender el trabajo y quedarse uno o dos días en cama. Sus dolores de cabeza, por lo tanto, servían para identificarlo con su madre. Que él tenía alguna sospecha de esa relación, lo muestra el hecho de que cierta vez, al principio de su tratamiento, dijo bromeando: "Acabo de tener mi período". Sus ataques de jaqueca y sus estados de sueño servían para transformarlo en una mujer. El período mensual y la pasividad sexual son dos rasgos muy importantes de la vida sexual de la mujer. El paciente seguía un instinto perfectamente correcto cuando buscaba expulsar o, como diríamos ahora con mayor propiedad, reemplazar su jaqueca por un estado de sueño, puesto que ambos servían al mismo fin de pasividad sexual. Si su plan hubiera tenido éxito hubiera reemplazado un síntoma desagradable con otro equivalente, pero agradable. Que haya sido defraudado en esta esperanza, es también muy explicable. Pues sus dolores de cabeza no dependían sólo del motivo que hemos mencionado, sino que servían también a otros deseos reprimidos que no hubieran encontrado expresión adecuada en sus estados de sueño; de modo que éstos debían aparecer al lado de sus jaquecas, pero no en lugar de ellas.

El intento del paciente de evitar el dolor había fracasado, pero obtuvo otra fuente de placer. Aunque sus estados de sueño no aliviaron su padecimiento, le ofrecieron sin embargo un placer compensatorio que le permitía conformarse con el sufrimiento que se veía obligado a soportar.

## CASO F

Daré un extracto del análisis de un caso que no presenta marcados estados de sueño en el sentido que hemos descrito, pero que muestra una especie de etapa introductoria a ellos. Demuestra de una manera particularmente clara el origen de los estados de sueño a partir de los ensueños diurnos, y también la estrecha relación que existe entre los estados de sueño neuróticos y los sueños que se tienen al dormir.

Este paciente estaba en tal grado dominado por ciertas fantasías recurrentes que él las llamaba “ideas obsesivas”. La lectura, en especial, proporcionaba estímulos para esas fantasías. Solía identificarse inmediatamente con el héroe de la historia. Decía: “Cuando leo una novela de amor me imagino ser el héroe de quien todas las mujeres están enamoradas”. En realidad, la actividad sexual del paciente era muy limitada. Además de esos ensueños diurnos eróticos solía tener fantasías de grandeza. Al leer algo acerca de una figura histórica tenía la idea de que él era esa persona, y en su imaginación vivía la vida de ella. Como él decía: “Me gusta, por ejemplo, leer acerca de Napoleón. Pues entonces me parece que yo mismo recibo las aclamaciones que él recibió.” De hecho, le bastaba pensar en gritos de júbilo, fama y aclamaciones, para sentir un estremecimiento. La música, en especial la música militar, ejercía sobre él un efecto estimulante, y solía provocar ese “estremecimiento”. En el sueño diurno que solía resultar de tales incidencias, el paciente, que era un hombre de negocios, se imaginaba a sí mismo convertido en un hombre importante, o rico, “quizás un industrial como Krupp”. Se imaginaba entonces cómo hubiera desatendido por completo los sentimientos de su plana mayor, y le impondría su voluntad (cf. su idea de ser Napoleón). Le resultaba difícil liberarse de estas ideas. Decía: “Cuando tengo esas ideas obsesivas” (sueños diurnos), “recito un poema para distraer mis pensamientos, generalmente el «Loreley», o el «Saludo al triunfador», u otro poema de mis días escolares”. Sin embargo, tenía que repetirlos muchas veces antes de conseguir el efecto deseado.

La figura central de las fantasías del paciente era o un amante valeroso, o un déspota brutal, o un héroe militar. No era difícil ver que

en sus sueños diurnos buscaba satisfacer aquellos deseos que procedían de la confluencia de sus instintos sexual y de agresión, esto es, de sus sentimientos sádicos. Tenía en general la sensación de que no causaba una impresión de masculinidad, y de que era tratado como un niño. Este sentimiento resultaba de la supresión de su sadismo. En sus sueños era el hombre enérgico, despótico, pero luego se convertía nuevamente en el “niño” débil y dependiente. Los poemas de sus días escolares constituían una conveniente interrupción de sus fantasías, porque lo trasladaban a la infancia. Nos llama la atención de inmediato la similitud del contenido de las fantasías de este paciente y de las del Caso B, que han sido descritas. Esta semejanza se extiende a un síntoma particular. Encontramos en el paciente B una notable tendencia a ruborizarse; y el paciente F también sufría de rubores y una marcada eritrofobia.

En el caso presente los estados de sueño no tenían el mismo carácter que los previamente descritos, pues faltaban las etapas del apartamiento de la realidad, vacío mental, y angustia subsiguiente. Más aún, tenía un curso diferente. No obstante, iban más allá que los ensueños diurnos ordinarios, por su gran intensidad, y tenían una característica en común con el estado de sueño propiamente dicho. Ésta era que el paciente perdía el control de sus pensamientos durante sus fantasías, y no podía interrumpirlas a voluntad. Como los demás, tuvo que descubrir un método para interferir sus fantasías, y tenía que hacer un uso liberal de él antes de que fuera eficaz. La visualización extraordinariamente vívida de sus fantasías requiere una observación especial; luego le prestaremos una mayor atención a este rasgo.

Este caso también manifiesta muy bien que las fantasías en estado de vigilia son las precursoras de los sueños que se tienen al dormir. El paciente relató algunos sueños que desde su infancia eran recurrentes. En uno de ellos era atacado, estando en la cama, por un hombre con barba. El hombre lo apuñalaba con una daga, mientras que él permanecía inmóvil como si sus manos estuvieran paralizadas. Se despertaba con gran ansiedad. Con mayor frecuencia aún, soñaba que era perseguido por un león, y que finalmente, con gran angustia se deslizaba por una grieta en un muro, por donde el león no podía seguirlo. El hombre con la daga (simbólica) era su padre, cuyos “ata-

ques” (sexuales) contra su madre había presenciado cuando pequeño. El sueño traicionaba su deseo reprimido de ocupar el lugar de su madre en relación con su padre. Su sueño acerca del león pertenecía al mismo complejo.

Cuando se le pedía al paciente, que desde hacía poco tiempo estaba en tratamiento, que dijera lo que se le ocurriera, según la regla del procedimiento psicoanalítico, cerraba los ojos y describía las imágenes que se aparecían. Respecto al sueño en que era apuñalado con una daga, dijo<sup>13</sup>: “Veo un hombre que es apuñalado por otro. El primero está acostado en un lecho, y el segundo está arrodillado sobre él y lo apuñala en el pecho. El que está acostado aferra la mano derecha de su oponente con su izquierda. El hombre arrodillado parece tener unos treinta años de edad. Tiene aspecto feroz y tiene una barba oscura. El otro parece bien educado y aristocrático. Tiene puesto un jubón de seda con cuello de encaje.”

Es obvio que estas imágenes mentales tienen el mismo contenido que los eternos sueños mencionados anteriormente. El hombre acostado era el mismo paciente. (Incidentalmente, estaba reclinado en el diván de mi consultorio cuando hizo esa descripción). Es de particular interés observar que en esta descripción usa la voz pasiva –“un hombre es apuñalado por otro”– dado que era él mismo el sujeto. En la época en que dormía en el dormitorio de sus padres, siendo niño, su padre tenía aproximadamente treinta años y usaba barba. El hecho de que el paciente dotaba a la figura recostada con una apariencia aristocrática se explica por las típicas fantasías de linaje<sup>14</sup> que se dan con gran intensidad en los niños neuróticos. El jubón de seda con el cuello de encaje estaba tomado de un cuadro que colgaba sobre mi sofá (“El caballero risueño”, de Franz Hals). Lo había mirado con atención antes de cerrar los ojos, porque tocaba su complejo “aristo-

13 La interpretación del sueño mencionado anteriormente era desconocida por el paciente en el momento en que relató sus visiones.

14 El paciente B también tenía sueños de este tipo constantemente recurrentes. Pero no he dado su análisis aquí para evitar las complicaciones innecesarias. Cf. mi “Traum und Mythos”, p. 40 (N° 14, B. A.); también Rank, “Der Mythos von der Geburt des Helden” (1909).

crático" infantil. Cuando lo miró por segunda vez expresó que sus ropas le recordaban las de las mujeres aristocráticas. El cuadro, en consecuencia, había tocado otro complejo: el homosexual. Uno o dos días después, nuevamente acostado en el diván, el paciente tuvo las siguientes visiones:

"Un centauro –ahora aparece un niño pequeño. . . es también un centauro pequeño." (Éstos eran su padre y él mismo. Nótese el simbolismo sexual de la comparación con un centauro salvaje o un garañón.)

"Una carrera... los jinetes saltan sobre las vallas." (Esto representa su rivalidad con su padre. El paciente tenía en general, ese rasgo de carácter que el paciente B denominaba, en sí mismo, "sentimiento competitivo").

"Un caballo caído." (El paciente dijo que en el camino a mi casa había encontrado un caballo que se había caído. Un determinante más profundo de esta imagen debe buscarse en las típicas fantasías sobre la muerte de su padre)<sup>15</sup>.

"El hombre del yelmo, la pintura de Rembrandt." (Este cuadro no estaba en mi pieza, sino que era un favorito del paciente. Su padre era un hombre grande, poderoso. Había prestado servicio en la Guardia, y tomado parte en dos guerras. El paciente quiso ser un soldado como su padre, quien fue, además, el prototipo de su fantasía de Napoleón.)

El paciente tuvo otras visiones de un carácter semejante.

Tanto sus sueños en estado de vigilia como sus sueños nocturnos derivaban su contenido de sus fantasías infantiles. Tenían en común, inclusive, las imágenes alucinatorias. En sus estados de sueño, también había un proceso psicológico análogo a la elaboración del sueño,

---

15 Recientemente he encontrado en otro caso la misma fantasía del caballo caído. Y Freud analizó una fantasía similar en su "Análisis de una fobia en un niño de cinco años" (1909).

que tomaba su contenido manifiesto del material reprimido (latente). Sólo necesito referirme al uso abundante del simbolismo, así como al muy pronunciado grado de condensación. Hemos encontrado numerosos ejemplos que muestran que algún detalle particular del estado de sueño (y también el estado de sueño considerado en su totalidad) servía para expresar muy diferentes, y aun opuestas, fantasías.

Los sueños y los estados de sueño neuróticos, no son los únicos derivados del sueño diurno. Hay dos más, caracterizados por una más profunda perturbación de la conciencia. Del sueño procede el sueño sonambúlico, en el cual el neurótico convierte sus fantasías en acciones más o menos complicadas, de las cuales luego no tiene ningún recuerdo. De un modo semejante, los estados de sueño pueden originar “estados hipnoides” y “estados crepusculares”. En estos últimos encontramos elementos que nos son familiares por los estados de sueño, tales como la “lejanía”, el “desvanecimiento de la realidad inmediata”, y la “cesación afectiva del pensamiento”<sup>16</sup>. En estos estados crepusculares se pueden ejecutar acciones muy complicadas. La extensión de la amnesia que los sucede está en proporción con el grado de perturbación de la conciencia que ha tenido lugar durante ellos. Tal amnesia no es característica de los estados de sueño que hemos considerado.

A estos fenómenos episódicos del cuadro clínico de la histeria pueden agregarse otros estrechamente relacionados, cuya vinculación con el sueño diurno ha sido demostrada en anteriores investigaciones. Puedo mencionar en primer lugar los ataques histéricos. Freud recientemente ha resumido de una manera muy concisa su teoría acerca de la naturaleza de éstos. Citaré unos pocos pasajes de su exposición del tema, a la cual ya me he referido.

“La investigación de la historia de la infancia de los pacientes histéricos muestra que el ataque histérico es un sustituto de una gratificación autoerótica anteriormente practicada por ellos y, luego

---

16 Hago uso de la terminología de Breuer. Cf. Breuer y Freud, “Studien über Hysterie” (1895).

abandonada." Nuestro análisis de los estados de sueño nos ha conducido a resultados análogos.

"Los recuerdos del paciente establecieron las siguientes etapas: a) Gratificación autoerótica sin contenido ideacional. b) La misma, en conexión con una fantasía, que culmina con el acto de gratificación. c) Renuncia al acto con retención de la fantasía. d) Represión de esta fantasía, que después irrumpe en el ataque histérico, sea sin sufrir cambios, o bien modificada y adaptada a nuevas experiencias, y e) que puede inclusive restaurar el acto de gratificación perteneciente a la fantasía, y que en apariencia ha sido abandonado. Éste es un típico ciclo de la actividad sexual infantil: represión, fracaso de la represión, y retorno de lo reprimido." De modo que las tres primeras etapas son comunes a los estados de sueño y los ataques histéricos.

"La pérdida de la conciencia, el vacío mental del ataque histérico, se origina en la pasajera pero inconfundible desaparición de la conciencia que se experimenta en el ápice de toda gratificación sexual intensa, inclusive la gratificación autoerótica... El mecanismo de esta vacancia mental es relativamente simple. Al principio, toda la atención está fija en el curso de la evolución del proceso gratificador; luego, con la aparición de la gratificación misma, toda esta concentración de la atención es bruscamente detenida, de modo que tiene lugar un momentáneo vacío en la conciencia. Estas lagunas fisiológicas en la conciencia, como podemos denominarlas, son luego extendidas, para servir a la represión, hasta que pueden absorber todo aquello que la facultad represora repudia."

De modo que los estados de sueño y los ataques histéricos parten de las mismas etapas iniciales y sirven a los mismos fines; pero difieren en sus métodos de expresión, y también generalmente en la parte que desempeña la conciencia. Mientras que el vacío mental es en los estados de sueño casi siempre de corta duración, especialmente comparado con la prolongada duración de las otras etapas, la "laguna en la conciencia" de los ataques histéricos dura según los requerimientos del caso. El ataque histérico utiliza el "mecanismo reflejo del acto sexual" para expresar las fantasías reprimidas, y origina así una "descarga motriz de la libido reprimida". En el estado de sueño el



proceso se expresa en el plano de la fantasía, si exceptuamos ciertas expresiones motoras (como, por ejemplo, la alteración de la posición o movimiento del cuerpo) que no tienen relación con la acción del coito.

Cercanos a los ataques motrices de histeria, los ataques de ansiedad tienen una estrecha relación genética con los estados de sueño. En este tipo de fenómenos histéricos episódicos, también podemos descubrir procesos de excitación sexual que han sufrido transformaciones<sup>17</sup>. Puedo mencionar que los pacientes cuyos estados de sueño he relatado en detalle sufrían todos ataques de ansiedad más o menos frecuentes, pero no, en cambio, ataques histéricos motrices. Hay evidentemente diferencias individuales en el cuadro clínico al respecto, pero todavía no tenemos una comprensión suficiente de ellas.

Puedo mencionar que en la locura (demencia precoz) ocurren estados de sueño de un tipo muy parecido. En el caso de un joven hebefrénico he podido hacer poco establecer definitivamente su origen a partir de los sueños diurnos. En este caso, la condición de “lejanía” era particularmente marcada. En sus estados de sueño, le parecía al paciente “como si todo no fuera más que un teatro”. Puedo señalar que en la demencia precoz también ocurren estados crepusculares, y ellos tienen importantes características en común con los estados histéricos. Estados parecidos al sueño, de un desarrollo prolongado y acompañados por sentimientos de extrañeza especialmente pronunciados, han sido descritos por Wernicke, Juliusburger, y otros autores<sup>18</sup>.

Los casos analizados anteriormente eran sin excepción serias psiconeurosis. Pero no se sigue de ello que los estados de sueño no ocurran en los casos leves. Indudablemente, un gran número de personas que sólo están ligeramente enfermas sufren de tales estados

---

17 Cf. Stekel “Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung” (1908).

18 He podido observar recientemente varios ataques catatónicos en una paciente. Comenzaban con violentos movimientos de la boca, en forma de besos, y luego representaban el acto sexual de una manera inconfundible. También tenemos aquí, por lo tanto, una analogía con el ataque histérico.

tanto como aquellos que están más gravemente afectados. Todos ellos tienen la tendencia a abandonarse a ensoñaciones diurnas, y ninguno ha podido superar su anhelo de las actividades autoeróticas de la infancia. Sus simples ensueños en estado de vigilia, o las estructuras mentales más complicadas que derivan de ellos, sirven como medios temporarios para evadirse de la realidad hacia el reino de la infancia. Si una persona está predispuesta a los estados de sueño, será suficiente un ligero estímulo que toque sus complejos reprimidos para evocar tales estados.

En el caso de las personas sólo ligeramente neuróticas, los estados de sueño eluden a menudo la observación médica, o bien no se reconoce su particular significación. Las pacientes, por ejemplo, se quejan con frecuencia a su médico –y no sólo en el tratamiento psicoanalítico– de que se sienten hipnotizadas por él. Éste es un ejemplo transparente de la “transferencia”. La paciente está inconcientemente dispuesta a subordinarse a la voluntad de su médico, es decir, está pronta a adoptar una actitud pasiva frente a un ataque, inconcientemente deseado, por parte del médico. Su fantasía elabora el tema del cumplimiento de este deseo, hasta que se produce el estado de “lejanía”, seguido por las siguientes etapas con las que estamos familiarizados. En realidad, la paciente pasa por un estado de sueño durante su visita al médico. En algunas mujeres histéricas, basta la presencia de cualquier hombre para hacerles sentir que están siendo hipnotizadas. Traté una vez a una paciente que siempre sufría de ansiedad en los tranvías. Tenía la sensación de que estaba siendo “taladrada” por la mirada de cualquier hombre sentado enfrente suyo. Esta sensación causaba de inmediato un estado que ella llamaba una clase de hipnosis, y que culminaba en ansiedad.

Otras mujeres neuróticas dicen que en medio de una conversación con un hombre se sienten bruscamente “apartadas de la realidad”, y su propia voz les parece extraña, como si fuera otra persona la que hablara. Luego sigue el “vacío mental”, y finalmente la ansiedad y el sentimiento de vergüenza. El análisis demuestra que tales personas tienen el hábito de abandonarse con liberalidad a los sueños diurnos. Les agrada especialmente tener fantasías mientras están en la cama, de mañana. El hilo de estos ensueños es retomado tan pronto

como se presenta una ocasión adecuada, y se suceden luego las otras etapas típicas del estado de sueño.

En la exposición a la que me he referido, Freud ha dado una descripción condensada de las causas de excitación y del propósito de los ataques histéricos. Un ataque histérico es evocado *asociativamente* cuando el complejo es estimulado mediante un lazo que lo relaciona con la vida conciente. Es evocado *orgánicamente* cuando la libido es incrementada por causas externas o internas, y no tiene desahogo. Es muy obvio que en general las dos situaciones se dan juntas. Los mismos estímulos operan también en la producción de los estados de sueño.

Según Freud, los ataques histéricos sirven en primer lugar al fin primario de la enfermedad (huída hacia la enfermedad), y son por lo tanto una especie de consuelo para el paciente. En segundo lugar, sirven al fin secundario de la enfermedad, siempre que ella ocasione un beneficio práctico. Lo mismo vale para los estados de sueño. El paciente E, quien cayó en un estado de sueño de larga duración después de la muerte de su madre, provee un excelente ejemplo de la “fuga hacia la enfermedad”. Esos estados de sueño tienen también un fin actual y práctico, como fue evidente en todos los casos que consideramos. En muchos pacientes tal estado aparecerá como si fuera a pedido en situaciones angustiosas. No sólo eso, sino que debe mencionarse particularmente que muchos pacientes evocan un estado de sueño conciente y deliberadamente para evitar algo desagradable u obtener un placer. Recordamos una vez más la relación genética de los estados de sueño con el onanismo. El neurótico recurre a menudo al onanismo a modo de consuelo – para eliminar la depresión, por ejemplo.

Tanto los sueños como los estados de sueño neuróticos tienen por función el evitar lo desagradable<sup>19</sup>. Pero los estados de sueño sirven también para proveer un placer positivo. El paciente B, cuyo estado de sueño lo rescataba de su condición de pasividad, no sólo escapaba

---

19 Véase Freud, “Der Witz”, 1905, p. 154.

a lo desagradable por este medio, sino que en las primeras etapas del proceso obtenía un placer positivo en su imaginaria actividad.

Un cambio del fin sexual, tal como se daba en los estados de sueño del paciente E, no es la regla. Hay otro tipo, el representado por el paciente C. En su caso las fantasías se desarrollaban según las líneas de esa pasividad que era ya su actitud dominante, y servían así para intensificar sus sentimientos masoquistas hasta un grado extraordinario.

Los estados de sueño ofrecen al paciente neurótico, del mismo modo en que lo hacen otros fenómenos neuróticos, un sustituto de una actividad sexual que le está vedada. Su inconsciente utiliza este sustituto mientras no obtiene la gratificación de ciertos deseos. Pero si la libido experimenta una gratificación suficiente, los estados de sueño disminuyen e inclusive desaparecen totalmente. He visto suceder esto en el caso de una dama ligeramente neurótica, tan pronto como ella obtuvo una gratificación sexual suficiente en su vida conyugal. Y un joven que se dirigió a mí para su tratamiento, en razón de una impotencia psíquica, descubrió que la incansable actividad de su fantasía sexual se apaciguaba y llegaba a proporciones normales cuando fue potente una vez más y pudo obtener la gratificación adecuada.

El análisis de los estados de sueño demuestra nuevamente la extraordinaria fecundidad de las teorías de Freud. Desde la introducción del método de investigación psicoanalítica, no estamos ya limitados a una mera descripción de los síntomas de la neurosis, sin entender su significado ni ser capaces de explicar su carácter individual en cada caso. Podemos comprender las condiciones que dan lugar a la neurosis y sus motivos, y descubrir el fin oculto y las fuerzas instintivas que operan en ella. Somos capaces de entender las peculiaridades individuales de cada caso, puesto que no consideramos solamente la vida instintiva actual del neurótico, sino que investigamos asimismo los deseos reprimidos de su infancia. Pues en los lugares más recónditos de su mente está esforzándose continuamente por repetir aquellas situaciones infantiles de gratificación, cuya memoria retiene todavía en su inconsciente.