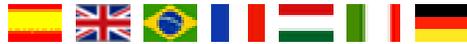


SOBRE LAS PSICONEURÓSIS¹. (1909a).



Sandor Ferenczi.

Al intentar responder a la elogiosa invitación que me ha formulado la Sociedad de Medicina de Budapest con objeto de exponer ante ustedes un capítulo de la neurología, se me ofrecen dos caminos..

El primero consistiría en abordar sucesivamente todas las neurosis funcionales y señalar a propósito de cada grupo mórbido todos los hechos recientes acaecidos durante los últimos años. Tras pensarlo mucho, he renunciado a este proyecto, pues aunque sólo tratara de citar todas las formaciones patológicas comprendidas actualmente bajo denominación general de “neurosis funcionales”, me enfrentaría a tal caos y a una avalancha tan enorme de formas verbales grecolatinas -y sobre todo barbarismos- que temo conseguir tan sólo aumentar la confusión que reina hoy en el ámbito de las neurosis.

Por lo tanto he pensado en un segundo método. En lugar de considerar las cosas en forma fragmentaria, intentaré perfilar una visión de conjunto, tras tamizarlo todo a base de mi experiencia personal.

Uno de los autores alemanes más espirituales del siglo XVIII. Georg Christian Lichtenberg, planteó cierto día esta paradójica cuestión: ¿por qué los investigadores científicos sólo piensan en servirse de lentes de aumento y no también de lentes reductoras? Lo que quiere decir que convendría abandonar de vez en cuando la constante búsqueda en profundidad que se pierde en los detalles con menoscabo de la visión de conjunto, para considerar la totalidad de los resultados obtenidos, con cierta perspectiva. De esta manera expresaba casi la misma idea que Herbert Spencer, quien estima que toda evolución natural atraviesa una fase en la que la diferenciación debe ceder el paso a una actividad de integración.

En consecuencia, si examino todas las neurosis a través de esas lentillas reductoras, su multiplicidad se reduce a dos grupos que no pueden simplificarse más.

Uno de los grupos de neurosis se sitúa esencialmente en el plano somático, aunque afecten también a la vida mental (ya que ninguna enfermedad orgánica cursa sin efectos psíquicos). Por el contrario, el otro gran grupo de neurosis (a pesar de la presencia de fenómenos orgánicos) sólo se explica por hechos que aparecen en el plano psíquico.

Les extrañará que en la época del monismo podamos clasificar las enfermedades sobre una base marcadamente dualista. Me apresuraré a declarar que *teóricamente* soy adepto de la concepción filosófica denominada *monismo agnóstico* la cual reconoce, como su nombre indica, un principio único a la base de todos los fenómenos existentes; sin embargo, debemos añadir modestamente que no sabemos nada, ni podemos saberlo, respecto a la naturaleza de tal principio básico. Considero que el monismo es sólo un acto de fe filosófica, un ideal hacia el que debemos tender, pero que supera en tal grado los límites concretos de nuestro saber que, por el momento, no podemos esperar obtener de él un *beneficio práctico*. Pues para no engañarnos, tal y como están las cosas actualmente, sólo podemos analizar los fenómenos naturales, o bien con un sistema físico parte de ellos, o bien con uno psíquico los demás.

Es cierto que el paralelismo psicofisiológico incita a pensar que todas las manifestaciones de la vida

1.- Conferencia pronunciada en el Congreso de Psicoanalistas de Salzburgo, en 1908, Gyógyászat , 1908.

orgánica, comprendida la fisiología de las células óseas, musculares y conjuntivas, tienen su propia psicología. Pero está claro que este capítulo de la psicología todavía no es más que una hipótesis seductora.

No resulta menos erróneo el tratar de explicar los fenómenos psíquicos a partir de nociones de anatomía y de fisiología, como está de moda, porque en realidad lo ignoramos todo sobre la fisiología de la vida mental. Nuestros conocimientos se reducen exclusivamente a la localización cerebral de los órganos de los sentidos y de los centros de coordinación motora. Flechsig ha intentado ciertamente crear una frenología moderna, basándose principalmente en la cronología del desarrollo embrionario del cerebro, pero su complejo sistema, las tres o cuatro docenas de centros psíquicos cuya existencia presume y las fibras de proyección y de asociación que van a parar a ellos presenta un carácter tan artificial que considero inútil detenernos en ello.

Las investigaciones que tratan de descubrir las modificaciones cerebrales anatómicas que corresponden a las diferentes enfermedades mentales, son también inútiles; tales investigaciones tenían por objeto hallar un nexo entre las modificaciones advertidas y los síntomas psíquicos presentados por el individuo, para después deducir la significación psicológica de las diferentes partes del cerebro. Sin embargo, el examen del cerebro no muestra modificación alguna en la manía, ni tampoco en la melancolía, la paranoia, la histeria o la neurosis obsesiva; en otras afecciones (parálisis general, alcoholismo, demencia senil) se puede observar, es cierto, pero sin que pueda demostrarse la relación exacta entre la lesión cerebral y el cuadro psico-patológico; también podemos afirmar sin temor a equivocarnos que sabemos hoy tan poco sobre el principio anatomo-patológico de la psiconeurosis como sobre las relaciones materiales del funcionamiento mental en general.

Ahora bien, aunque nuestros sabios admitan, de grado o por fuerza, su ignorancia respecto al mecanismo funcional de la materia pensante, parece que no pueden resignarse a admitirla en lo que concierne a su *patología*. Así como sería poco honrado hablar de movimientos moleculares de las células cerebrales en lugar del sentimiento, del pensamiento o de la voluntad, también sería incorrecto hoy describir las psicosis y la psiconeurosis llamadas funcionales utilizando términos de anatomía, patología, fisiología, física y química. Aparentemente nuestros sabios estiman que la *docta ignorantia* es más fácil de soportar que la *indocta ignorantia*, o sea, que la ignorancia arropada en términos cultos es menos humillante que su confesión sincera.

Pero supongamos que la evolución de la biología y de la técnica permiten un día al hombre percibir en sí el funcionamiento de las células cerebrales acompañando a sus propias sensaciones; la psicología introspectiva, “dirigida hacia adentro”, no dejará de conservar todo su valor.

En último término, la percepción no puede determinar más que las leyes que siguen los movimientos de las partículas de materia: moléculas, átomos, electrones; pero los movimientos de los electrones, átomos o moléculas nunca podrán suscitar en nosotros la misma percepción que un sonido o un color. Nunca podremos comprender, en un plano meramente mecánico, los sentimientos de un ser agitado por las emociones y las modificaciones operadas en el psiquismo por una enfermedad mental.

Para comprender perfectamente la vida mental normal o patológica, no podemos prescindir de la observación directa de las variaciones afectivas que se producen en nosotros; incluso puede afirmarse que la ciencia de la psicología *introspectiva* tiene más posibilidades de supervivencia que la ciencia mecanicista. Algunos descubrimientos fortuitos de las últimas décadas han conmovido los fundamentos de la física, mientras que la filosofía se mantiene sólidamente afincada en los principios que le dieron Descartes, Hume, Kant y Schopenhauer.

No he podido evitar esta digresión filosófica. A este respecto recuerdo otro dicho del ya citado Lichtenberg; cuando se le planteó la cuestión: “¿es bueno hacer filosofía?”, respondió que también cabría preguntar: “¿es bueno afeitarse?” Porque estimaba que la filosofía se maneja como la navaja: conviene no cortarse con ella. Para no exponerme a tal peligro, me contentaré con repetir que en el estado actual de nuestros conocimientos sólo puede justificarse la clasificación dualista de las neurosis.

En el grupo de las neurosis orgánicas o, como acostumbro a llamarlas, *fisioneurosis*, figuran la corea, el mixodema, la enfermedad de Basedow, la neurastenia auténtica, la neurosis de angustia según la define

Freud, etc.². Todas ellas tienen por origen seguro o muy probable una modificación del metabolismo del sistema nervioso. Pero no puedo tratar de ese grupo en el marco de esta conferencia; hoy les sugiero que consagremos toda la atención al otro gran grupo de enfermedades nerviosas cuya causa patógena, cuyo principio y también la mayoría de los síntomas son de orden mental, psíquico.

Hay dos psiconeurosis particularmente importantes en la práctica. Una es la *histeria*, la otra la *neurosis obsesiva* o enfermedad de los actos obsesivos, de las ideas obsesivas.

De entrada hay que señalar que la transición entre las psiconeurosis y la vida mental considerada normal por una parte, y la psicosis en sentido estricto por otra, no posee un límite claro, de manera que distinguir psicosis y psiconeurosis tal como lo hacemos es un eufemismo. En lo que concierne a las ideas obsesivas, ya lo he manifestado antes, hay años-luz de distancia; sin embargo, la experiencia me ha convencido que sucede lo mismo con *todas* las neurosis de orden psíquico. Es cierto que la psicosis y la psiconeurosis pueden diferenciarse según su gravedad, su pronóstico, es decir, desde el punto de vista práctico. Pero no existe diferencia fundamental entre el desencadenamiento emocional del hombre “normal”, las crisis afectivas del histérico y la furia del enfermo mental.

Esta interpretación psicológica de la psicosis y de la psiconeurosis es muy antigua; sin embargo, bajo el influjo de las concepciones materialistas y mecanicistas, los psicólogos han pretendido recurrir a los métodos de experimentación y de observación que han servido perfectamente a las ciencias naturales exactas, evitando cuidadosamente toda confusión de los psicólogos “laicos” que observaban ingenuamente los fenómenos mentales en ellos mismos y en los demás. De esta manera los médicos y los sabios naturalistas han renunciado por completo a esta fuente -la más rica- de la ciencia psicológica, abandonando sin dudarlo este apasionante material a los literatos. Como si la ciencia no tuviese derecho a intervenir, la psicología científica eludió por completo los grandes y los pequeños problemas de la vida cotidiana. Con prodigiosa celeridad se ha reunido un gran acervo de datos sobre la psicología sensorial en particular, y sobre las relaciones temporales de las manifestaciones elementales del funcionamiento mental. Pero esta masa de material científico ha carecido de una idea rectora y los datos psicológicos se han acumulado sin que haya aparecido y se haya impuesto ninguna concepción nueva con posterioridad a Fechner y Wundt. Así que estimo que la actividad científica de Freud representa un giro fundamental en la psicología, pues ha sabido restablecer la unión entre la ciencia y la psicología de la vida y descubrir los tesoros ocultos de la psicología.

Ya he tenido ocasión de exponer ante mis honorables colegas la génesis de las teorías de Freud y el método de análisis psicológico que le permitió formularlas. Hoy desearía limitarme a considerar los progresos que el estudio de la psiconeurosis debe al análisis.

De forma general, la nueva psicología se basa sobre el “principio del desagrado” que rige los procesos mentales y que podría describir como la tendencia egoísta a evitar en la medida de lo posible las emociones desagradables, y el deseo de obtener con el mínimo esfuerzo las máximas satisfacciones.

Sin embargo, el hombre no está solo en el mundo; debe integrarse en una red de lazos sociales complejos que le obliga desde la niñez a renunciar a la satisfacción de gran parte de sus deseos naturales. Incluso la educación le induce a considerar que el sacrificio propio por el bien de la comunidad es algo bello, bueno y digno de sus más altas aspiraciones.

La sociedad actual exige los mayores sacrificios en el campo de los deseos sexuales. Todos los esfuerzos educativos contribuyen a sofocar tales deseos y, de hecho, la mayoría de las personas se adaptan, aparentemente sin gran dolor, a este orden social.

El método de análisis psicológico ha mostrado que esta adaptación se consigue gracias a un mecanismo mental particular que consiste en sepultar en el inconsciente los deseos irrealizables, con todos los recuerdos e ideas afines a ellos. De forma más simple: estos deseos, y todo lo relacionado con ellos, son “olvidados”. Sin embargo tal olvido no significa la supresión total de estas tendencias y grupos de representaciones; los complejos rechazados subsisten bajo el umbral de la conciencia y pueden, en determinadas condiciones,

2.- El lugar de la epilepsia auténtica no ha sido aún precisado.

resurgir después. Pero el hombre normal se defiende con éxito contra la reproducción de tales deseos y recuerdos constituyendo muros defensivos en torno a los mismos; el pudor, la vergüenza y el desagrado disimulan por completo los deseos que considera vergonzosos, despreciables y repugnantes.

Esto es lo que le ocurre al hombre normal. Pero en el sujeto predispuesto o en quien los complejos rechazados poseen una fuerza excepcional, queda desbordado el mecanismo, lo que supone la aparición de síntomas patológicos.

A menudo he oído esta objeción: ¿por qué el psicoanálisis concede un papel tan preponderante en la etiología de las psiconeurosis al rechazo *sexual*, precisamente? La respuesta es simple.

Goethe ha dicho que “el hambre y el amor gobiernan el mundo”, lo que los biólogos expresan afirmando que el instinto de conservación y el de reproducción son las tendencias más poderosas del ser vivo. Imaginemos ahora que la toma de alimentos es considerada actividad vergonzosa y que sólo puede practicarse a condición de no hablar de ella; si el modo de alimentación y sus objetos estuviesen sometidos a un ritual tan severo como la satisfacción sexual en nuestra sociedad, sería el rechazo del instinto de conservación el que desempeñaría el papel principal en la etiología de las psiconeurosis.

Es posible que la predominancia de la sexualidad en la etiología de las enfermedades del psiquismo deba atribuirse a nuestra organización social más que a la naturaleza específica de esta causa patógena.

Estos datos nuevos o descubiertos recientemente, revelados mediante un nuevo método, se oponen en muchos aspectos a las teorías de los neurólogos, basados esencialmente sobre la anatomía y la fisiología. Pero como decía Claude Bernard, cuando hechos nuevos se oponen a teorías antiguas hay que conservar los hechos y abandonar las teorías. Es cierto que la nueva teoría de Freud sobre el origen sexual de la psiconeurosis no proporciona la solución definitiva al problema -apenas existen soluciones definitivas en el terreno científico-, pero estoy convencido de que hoy no hay nada mejor para explicar los hechos y aclarar las relaciones.

El comportamiento del individuo en relación con el grupo de representaciones afectivamente cargado e imperfectamente rechazado, denominado “complejo”, nos proporciona una base excelente para clasificar la psiconeurosis a partir de esta nueva psicología.

El hombre, afectado por una *neurosis obsesiva*, desplaza los afectos unidos al complejo hacia pensamientos anodinos y menos penosos que en lo sucesivo se manifestarán incesantemente y aparecerán sin motivo, con objeto de desembarazarse del complejo que se ha vuelto torturante.

El *histérico* va aún más lejos; el afecto no es admitido en la conciencia y se rechaza a la esfera orgánica. El enfermo histérico representa los deseos intolerables y la lucha que mantiene con ellos mediante símbolos orgánicos y modificaciones de la motricidad o de la sensibilidad. Las anestias histéricas, los dolores y la parálisis son pues los símbolos de los pensamientos que el “principio del desagrado” aparta de la conciencia y desvía hacia caminos torcidos. Muchos estimables observadores han comparado al histérico con un niño mal educado; la vieja neurología apenas nos ha proporcionado una descripción tan oportuna de la histeria, pues, efectivamente, las manifestaciones caprichosas del histérico descubren al niño que vive en cada uno de nosotros en situación del rechazo.

Las soluciones observadas en la histeria o en la neurosis obsesiva no son las únicas posibles: existen otras formas de desembarazarse de los complejos de representaciones desagradables. Por ejemplo, el paranoico expulsa de su yo las representaciones que se han convertido en insoportables, simplemente mediante la proyección.

La filosofía nos ha enseñado que el yo y el mundo exterior, las impresiones sensoriales, las emociones, constituyen en nosotros un mundo único; es la experiencia concreta, el punto de vista práctico en cierta manera, el que nos permite diferenciar el complejo de representaciones que pertenecen al yo y están sometidas a su voluntad, y los complejos de representaciones que pertenecen al mundo exterior y no obedecen a la voluntad del yo. Pero la frontera entre ambos grupos de representaciones es móvil; del mismo modo que en la persona normal podemos observar la tendencia a desplazar sobre otro y sobre el exterior lo que resulta penoso de soportar, también el paranoico se consuela expulsando de su yo los complejos intolerables,

elaborando sensaciones a partir de sentimientos, y el mundo exterior a partir de una fracción de yo. En lugar de reconocer su amor, su odio o su envidia -sentimientos que rechaza su conciencia generalmente por razones morales-, tales pensamientos de amor y de odio le son inspirados, bajo falsas apariencias, por seres invisibles, o bien se desarrollan ante sus ojos, simbólicamente, en visiones fantásticas, o incluso se le aparecen en los rasgos o en los gestos de los demás. Llamamos *proyección* a este modo de defensa constatado en la paranoia, pues, de hecho, no es más que la proyección de las emociones del yo sobre el mundo exterior.

El cuarto modo de defensa se halla en la psicología de la *demencia precoz*. Según Jung y Abraham, los enfermos afectados de demencia precoz no son locos en el sentido de ser incapaces de encadenar lógicamente sus ideas; pero han retirado su *interés* del mundo exterior de una forma tan absoluta que éste ha cesado, por decirlo así, de existir para ellos. Cuando se vislumbra un cierto interés, parece que el mecanismo lógico permanece intacto. Manifestaciones intermitentes de la inteligencia tan brusca y totales como las que observamos en la demencia precoz, serían inimaginables en una demencia orgánica.

La demencia precoz orienta hacia el yo todo el interés y toda la energía afectiva negada al mundo exterior; ello es lo que explica las megalomanías, los infantilismos, la reviviscencia de las satisfacciones auto-eróticas, la irresponsabilidad frente a las exigencias culturales, la anulación y el rechazo casi total del mundo exterior.

Volvemos a encontrar estos mismos cuatro sistemas defensivos contra las representaciones penosas en el marco del funcionamiento mental normal. Una persona que sufre un gran disgusto, o que se ve obligada a rechazar sus sentimientos de amor o de odio, simbolizará sus sentimientos en todo su comportamiento como el histérico, o bien los desplazará sobre la representación de cualquier objeto o persona en asociación de ideas con el verdadero objeto del afecto; aquí no interviene la razón más que para desplazar los afectos del obseso. Quien teme afrontar sus propios sentimientos y los móviles inconfesables que le mueven a actuar, busca rápidamente el defecto en otro: ¿qué diferencia hay con la proyección paranoica? Y el individuo desengañado del mundo y de los hombres, ¿no se convertirá en un ser egoísta, encerrado en sí, que contempla con indiferencia la agitación de los demás y que está absorbido por su propio bienestar, sus propias satisfacciones físicas y psíquicas?

Con lo que antecede he querido demostrar que el mecanismo psicológico obedece a las mismas leyes fundamentales en la vida psíquica normal, en las psiconeurosis y en las psicosis funcionales.

Brücke define así la enfermedad: “La enfermedad es la vida en condiciones diferentes.” La enfermedad es también una forma de vivir, pero en condiciones diferentes a las de la vida sana. Esto puede aplicarse a las enfermedades mentales; las psicosis funcionales y las psiconeurosis apenas se diferencian esencialmente de la vida sana; los procesos mentales normales se explican mediante hechos psíquicos, igual que los síntomas de las enfermedades mentales funcionales se reducen necesariamente a modificaciones de la vida psíquica.

El conocimiento de la anatomía del cerebro no ha conseguido inducir a los escritores, que contemplan la vida con mirada ingenua aunque penetrante, a rechazar la convicción de que los trastornos psíquicos pueden por sí solos provocar enfermedades psíquicas. Aún estaban empeñados los médicos en sus estériles hipótesis sobre los movimientos moleculares de las células cerebrales, cuando ya Ibsen escribía su drama “La dama del mar”, en el que analizaba casi perfectamente la obsesión de su heroína originada por un conflicto psíquico, simbolizado por su absurda vinculación al mar. Madame Agnès, de János Arany, que lava sus sábanas limpias en el arroyo, sufre demencia precoz; su estereotipia se explica perfectamente por la tragedia contenida en la balada, que se parece mucho a esos dramas de amor que ofrecen la clave de los actos estereotipados de los enfermos mentales analizados en la clínica de Zürich. La obsesión de limpieza de Lady Macbeth se comprende mucho mejor si sabemos que los neuróticos actuales simbolizan del mismo modo las faltas morales que no pueden confesar ni reconocer.

No subestimemos a los escritores. Son los visionarios del porvenir a quienes las investigaciones científicas restringidas no han vuelto miopes, según la conocida frase de Lichtenberg: “Los especialistas ignoran a menudo lo esencial.” En efecto, frecuentemente su ciencia impide al especialista observar sin prejuicios.

Nos hemos burlado del novelista ingenuo que, no hallando solución, precipita a su héroe en la locura; hoy debemos admitir humildemente que nuestra superioridad de sabios no tenía razón, y sí la tenía el ingenuo novelista; que era él quien estaba en lo cierto mucho antes que la psicología científica, al pretender que el hombre, cuando no halla salida a sus conflictos psíquicos, puede caer en la neurosis o en la psicosis.

Hasta ahora habíamos pensado que la noción de tara hereditaria aclaraba definitivamente el problema de la etiología de las enfermedades mentales funcionales. Pero, igual que en la física y en la química del cerebro, nos hemos apresurado demasiado al generalizar el papel de la tara hereditaria, antes de afrontar todo lo que podían aportar las impresiones psíquicas *post-natales*. Son muchos los datos que prueban que la tara, la predisposición, juegan efectivamente un papel en la génesis de las enfermedades mentales. Pero no sabemos nada respecto a la naturaleza de esta predisposición. Cada vez parece más cierto que no hay nadie a cubierto de los sufrimientos psíquicos muy intensos o demasiado prolongados; la predisposición interviene en la medida en que un hombre tarado por la herencia reacciona a un estímulo más débil, mientras que serán precisos estímulos más fuertes o sufrimientos más penosos para afectar a los de mayor resistencia; sin embargo, no se niega que la predisposición hereditaria intervenga también para determinar cualitativamente la neurosis.

En la tuberculosis llamada “hereditaria”, una investigación más detenida muestra a menudo que se trata menos de una debilidad congénita del organismo que de una contaminación precoz ocasionada por un ambiente tuberculoso; lo mismo ocurre con los hijos de padres neuróticos, en los que hay que considerar las influencias psicológicas anormales a las que se hallan expuestos desde su más tierna infancia.

El deseo más íntimo de todo niño o niña es el llegar a ser como su padre o su madre; tal deseo se manifiesta incluso en sus juegos. El niño aspira a la profesión y a la autoridad de su padre, y la niña, cuando juega con su muñeca o sus hermanos menores, imita las funciones maternas. Por el contrario, los lazos afectivos más fuertes se establecen entre padre e hija, y entre madre e hijo a consecuencia del mutuo atractivo de los sexos; no es extraño que los hijos adopten no sólo las cualidades verdaderas o supuestas de los padres, sino también sus imperfecciones y sus síntomas neuróticos, conservándolos durante toda su vida. Mencionaré a título de curiosidad el hecho inexplicado que señala Freud -y que yo mismo he confirmado- de que los descendientes de padres enfermos de sífilis grave o de parálisis general, presentan a menudo neurosis agudas.

Es fácil comprender que de los dos sexos, es la mujer la más afectada por la psiconeurosis, dada la desigual presión social de la sexualidad sobre ambos. Desde niños se toleran a los hombres cosas en las que las mujeres no pueden ni soñar. Incluso en el matrimonio hay dos morales, una para los maridos y otra para las esposas; y está claro que la sociedad castiga la trasgresión de los preceptos morales con más severidad en la mujer que en el hombre. Los sucesivos períodos de la sexualidad femenina, la revolución orgánica de la pubertad, la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia pesan mucho sobre la vida afectiva de la mujer, en particular a causa de un rechazo exagerado. Todos estos factores aumentan considerablemente la proporción de mujeres psiconeuróticas.

Si revisamos los diversos tipos de neurosis, hallaremos sin duda un gran número de mujeres histéricas, mientras que, proporcionalmente, los hombres se refugian más a menudo en la neurosis obsesiva. En lo que se refiere a la paranoia y a la demencia precoz, carezco de datos precisos sobre su repartición entre ambos sexos; personalmente tengo la impresión de que los hombres superan a las mujeres entre los paranoicos, mientras que la demencia precoz abunda más en el sexo femenino.

Con esto quedan esbozadas ante ustedes las líneas maestras de la teoría psicoanalítica de las neurosis y de las psicosis funcionales, y, científicamente hablando, mi labor la doy por terminada. Pero el mundo espera del médico algo más que una simple comprensión del sentido de los síntomas y su origen: se espera de él la curación de esos síntomas.

Ello no es tan evidente como parece a primera vista. “¿Por qué, pregunta Dielt, no se le pide al astrónomo que cambie el día en noche, al meteorólogo que transforme el frío invernal en calor estival, y al químico que convierta el agua en vino?”, y ¿por qué se pide que el médico tenga el poder de intervenir en el complejo proceso de las relaciones causa-efecto de la vida, transformando la enfermedad en salud en el más complicado de los seres vivos, el hombre?

Por suerte, el estudio científico de este problema se inició cuando la terapéutica médica tenía varios milenios de antigüedad, y había conseguido ya muchos éxitos. “La medicina es la más antigua de las profesiones y las más joven de las ciencias” (Nussbaum). Si fuera cierto lo contrario, si nuestros esfuerzos terapéuticos se basaran, en vez de sobre un grosero empirismo, sobre la deducción lógica, no pecaríamos hoy de temeridad al emprender la difícil tarea de curar. Lo mismo ha ocurrido con el tratamiento de las psiconeurosis, en el que la práctica también ha precedido a la teoría. Lo que hemos hecho dicho hoy, demuestra bien a las claras que aún nos hallamos al principio del camino que debe conducirnos, esperémoslo, a una noción más precisa de la naturaleza de la neurosis; sin embargo, ya tenemos toda una biblioteca repleta de obras relativas al tratamiento de enfermedades apenas conocidas aún. Parece ser que también en el campo de la terapéutica la suerte favorece a los valientes, pues indudablemente el tratamiento de las psiconeurosis les ha permitido tener en su haber algunos éxitos notables.

Biegansky en su libro “La lógica en la terapéutica” señala como principio director de todo tratamiento esta máxima indiscutible, aunque no nueva por completo, de que para curar correctamente hay que anular los síntomas dañinos favoreciendo los que son útiles. No podemos hacer nada más, ya que carecemos de un poder supremo sobre los procesos vitales del organismo.

Esta concepción es la teleología de la patología: se basa sobre el principio de utilidad, a saber, que sólo una parte de los síntomas es perjudicial, mientras que la otra indica la actividad compensadora de regeneración espontánea de la naturaleza. Resultaría injustificado, pues, atacar ciegamente todos los síntomas que ofrece un enfermo sin tratar de favorecer, en la medida de lo posible, los esfuerzos reparadores de la naturaleza.

Parece probable, *a priori*, que el tratamiento de las neurosis, hasta ahora puramente empírico, debe terminar en los casos en que haya imitado -aunque sea involuntariamente- las tendencias reparadoras espontáneas de la naturaleza. Pues la significación teleológica de los síntomas existe incluso en las psiconeurosis; cuando el enfermo desplaza las representaciones penosas, las convierte en síntomas orgánicos, las proyecta sobre el mundo exterior o las rehuye replegándose sobre sí mismo, lo hace con un objetivo muy preciso: evitar cualquier excitación, alcanzar un estado de equilibrio psíquico.

En la paranoia y la demencia precoz, la huida de la excitación se consigue tan bien que ambas afecciones son inaccesibles a la terapéutica con nuestros conocimientos actuales. La desconfianza del paranoico, la indiferencia del demente precoz, plantean obstáculos a una acción psicológica; debemos clasificar ambos estados entre las psiconeurosis de pronóstico grave, dentro de las psicosis funcionales, donde nuestra acción se limita a observar pasivamente, o a lo sumo a investigar.

Por el contrario, en la histeria y en la neurosis obsesiva pueden obtenerse bastante buenos resultados; aunque tales resultados son por lo general poco duraderos.

Muchos enfermos sanan cuando se les aleja de su entorno para introducirlos en un ambiente completamente distinto. Pero al regresar a su antiguo medio sobreviene la recaída.

En muchos pacientes se obtienen resultados más o menos duraderos mediante una mejora apropiada de su régimen alimenticio o de su condición física. Pero subsiste el peligro de que se produzca un nuevo deterioro de su capacidad de resistencia orgánica por cualquier razón y ello traiga consigo el recrudecimiento de la enfermedad mental que no había desaparecido de raíz.

La *consolidación orgánica y el cambio de ambiente* sólo producen resultados provisionales y no curaciones definitivas. Además, los resultados obtenidos por el cambio de ambiente no han sido explicados en realidad hasta que el psicoanálisis nos ha mostrado que las representaciones rechazadas de los neuróticos se refieren en general a las personas próximas y que el médico sólo reproduce la fuga instintiva del enfermo alejándole de un ambiente en que los complejos de representaciones patógenas no pueden hallar sosiego.

De todos los medios psicoterapéuticos, el peor y más ineficaz es el *método de reafirmación o de explicación*. Tendemos a decir al enfermo que su mal “no es orgánico”, que no está enfermo sino que tiene la sensación de estarlo; así sólo conseguimos aumentar la desesperación del paciente que sólo conseguirá añadir el temor suplementario de pasar por un simulador, consistiendo precisamente su enfermedad en ser incapaz de querer. Si nos hace sonreír la audacia de *Münchhausen* cuando pretende salir del mar por sí

mismo, con su caballo, izándose de los cabellos, no es razonable exigir al neurótico que haga otro tanto. La “terapia” moralizadora de Dubois merece plenamente esta crítica.

Sólo quiero abordar sumariamente el problema de la *hipnosis* y de la *sugestión*, y desde ahora diré que este método puede dar resultado. Sin embargo, ya señala Charcot que la hipnosis no es otra cosa que histeria provocada. El psicoanálisis confirma esta opinión al constatar que la sugestión, bajo hipnosis o en estado de vigilia, anula los síntomas, o sea, que trabaja mediante el rechazo, como la propia histeria. En el inconsciente del neurótico, cuyos síntomas morbosos hemos anulado mediante hipnosis, el complejo de representaciones patógeno permanece siempre latente, y además se aumenta mediante una defensa que le impide manifestarse. Es posible obtener así una curación pasajera, pero no definitiva. Pues cuando disminuye la fuerza de la prohibición -y basta para ello que el enfermo se aleje del médico por un tiempo-, pueden recrudescer los síntomas. Por mi parte, considero a la hipnosis y a la sugestión como métodos terapéuticos benignos y sin peligro, pero que sólo permiten esperar mejorías más o menos transitorias, y cuyo empleo debe restringirse mucho debido a que muy pocas personas pueden ser hipnotizadas, y sólo unas pocas más pueden ser mantenidas en estado de sugestión mientras están despiertas.

En un artículo de próxima aparición, intento demostrar además que cuando el médico, por mandato, intimidación o seducción, influencia al enfermo, cuando sugiere e hipnotiza, hace en realidad alusión a los sentimientos infantiles que cada uno de nosotros conserva en estado de rechazo, y desempeña el papel del padre o de la madre.

La *hospitalización* reúne las ventajas del cambio de ambiente y de la sugestión. El principal agente terapéutico de la hospitalización es la personalidad del médico: si es cariñoso o autoritario, si actúa con dulzura o con severidad. Las mujeres, en particular, veneran a veces de forma exaltada al médico de la clínica, hasta el punto de dominar, para agradarle, sus caprichos histéricos. Pero al volver a casa se acabó la mejoría, el enfermo vuelve a reproducir enseguida los antiguos síntomas, aunque sólo sea para volver rápidamente a la clínica. En la actualidad, la adaptación a la vida en la clínica ha producido una verdadera nueva enfermedad que podríamos llamar *mal de las clínicas*. Muchos enfermos acaban por alejarse definitivamente de su hogar, y de sus ocupaciones habituales, bajo la influencia de la clínica.

La *terapia activa*, la actividad física y psíquica, constituye un excelente tratamiento de las psiconeurosis, porque apoya las tentativas espontáneas del psiquismo por escapar a los conflictos que le torturan. En los casos benignos es muy eficaz; desgraciadamente en los casos más graves el enfermo no es capaz de dirigir hacia fines útiles la energía malgastada en la producción de síntomas psicológicos y orgánicos. Los tratamientos por sugestión pueden tener aquí cierta eficacia; pero tan pronto como se abandone el “círculo mágico” de la fuerza sugestiva, desaparecen por lo general todas las buenas intenciones.

Los *tratamientos eléctricos*, los *masajes* y los *baños* no son, por decirlo así, más que los agentes transmisores, los vectores de la sugestión; sólo bajo ese concepto merecen ser mencionados en la terapia de las psiconeurosis.

Los *medicamentos anti-neuróticos* se dividen en dos grupos. Los narcolépticos (bromuro, opiáceos) aturden transitoriamente al enfermo y disminuyen por un tiempo los síntomas, a la vez que apagan su vivacidad. Si el enfermo se habitúa a ellos o deja de tomarlos, los síntomas reaparecen sin más. Por ello soy totalmente opuesto a este modo de tratamiento de las neurosis; desgraciadamente, circunstancias exteriores me obligan a veces a recurrir a ellos, en contra de mis principios. Los medicamentos considerados específicos de los psiconeuróticos son en general totalmente ineficaces y sólo actúan por las representaciones sugestivas que comportan.

Si pasamos revista a los agentes y métodos terapéuticos que acabamos de examinar, veremos que sólo son verdaderamente eficaces los que imitan la tendencia auto-terapéutica de la naturaleza, el rechazo. Pero tal efecto no puede ser duradero, pues el conflicto patógeno sin resolver permanece latente en el inconsciente y se manifiesta en cuanto las condiciones externas son menos favorables.

He reservado para el final una breve descripción del procedimiento terapéutico que no pretende solucionar los conflictos neuróticos por el desplazamiento, el aplazamiento o el rechazo provisional,

sino de manera radical. Tal procedimiento es el *psicoanálisis*; no trata de hacer olvidar los conflictos, sino de hacerlos conscientes, habituando al enfermo, mediante una especie de reeducación, a soportar valientemente las representaciones penosas que le traen, con el fin de no tener que huir de ellos más en la enfermedad, produciendo síntomas morbosos simbólicos. Este procedimiento de terapia psicológica ha obtenido muchos éxitos, como ya he repetido anteriormente; es cierto que pueden pasar meses hasta la aparición de los primeros resultados, aunque el médico trate al enfermo una hora diaria. Las asociaciones de ideas espontáneas, el análisis de los síntomas y el análisis de los fenómenos psíquicos más próximos al inconsciente -en particular los sueños- permiten al enfermo familiarizarse progresivamente con su propia vida psíquica hasta entonces inconsciente, su segundo yo, por decirlo así, el cual, escapando al freno de la función censora de la conciencia, ha vuelto desordenados, incontrolados e incomprensibles su humor, su actividad mental y práctica, es decir, le ha convertido en un neurótico.

El completo conocimiento de sí adquirido mediante el análisis permite neutralizar los complejos patógenos, bajo el control permanente de la conciencia, sometiéndolos a las leyes de la razón lúcida.

“Conocer es dominar”; esta frase, citada a menudo de forma impertinente, sólo adquiere su verdadero sentido ahora, cuando ampliamos la exigencia de los antiguos estoicos el “*τηνῶθί σεαυτον*”, también al conocimiento del inconsciente. Sólo este completo conocimiento propio que nos proporciona el autoanálisis metódico, nos permite dominar lúcidamente nuestras emociones y nuestras pasiones, y no ser los juguetes impotentes de los complejos de representaciones inconscientes cargados de afectos.

El descubrimiento de estratos psíquicos hasta ahora desconocidos no sólo ha esclarecido el principio patológico de la psiconeurosis, no sólo ha abierto a la terapéutica nuevas y fecundas vías, sino que además ofrece grandes perspectivas a la *profilaxia*. Ya ahora se lee en los manuales que el sujeto predispuesto a la neurosis debe ser preservado de la enfermedad. Pero tal profilaxia es sólo un engaño. Es imposible establecer con certeza si una persona está o no predispuesta a la neurosis; cuando se diagnostica, ya no hay predisposición, sino enfermedad. Tal prescripción profiláctica vale lo que el decreto del alcalde provinciano que ordena que los depósitos de agua se llenen tres días antes de los incendios.

Creo que sólo la transformación de la educación y de las condiciones sociales puede permitir una verdadera profilaxia de las psiconeurosis e impedir, en la medida de lo posible, la formación de complejos de representaciones inconscientes patógenas; el orden social debe asegurarse más por la razón que por las prohibiciones morales.

Todos estos datos, teorías y orientaciones nuevas de las que les he hablado hoy, son todavía objeto de violentas controversias; pero de hecho tales controversias inciden exclusivamente sobre las teorías y las orientaciones, pues los adversarios de la psicología de Freud se contentan con proclamar sin descanso su carácter inverosímil, eludiendo por completo la laboriosa verificación de los hechos. Los neurólogos repiten lo que ha ocurrido con los historiadores e intérpretes de la Biblia, a raíz del descubrimiento de los documentos escritos de la antigua Babilonia. Las piedras grabadas babilonias revelan al mundo datos que entrañaban la necesidad de revisar la interpretación histórica y lingüística de numerosos capítulos del Antiguo Testamento. El profesor berlinés Hugo Winckler se encargó del trabajo, pero encontró una violenta oposición por parte de sus colegas, los cuales blandiendo unos la divisa de lo “inverosímil” e invocando otras posiciones de moral religiosa, intentaron sepultar prematuramente la nueva orientación científica, sin haberse preocupado nunca de descifrar la escritura cuneiforme.

El psicoanálisis se ocupa de desenterrar las “antigüedades” escondidas en el psiquismo, de descifrar los jeroglíficos de las neurosis; basándose en los datos obtenidos, ha hecho variar gran número de posiciones científicas hasta ahora consideradas dogmas. ¿Tienen derecho a juzgar y condenar quienes no han estudiado tales jeroglíficos, y apoyan sus argumentos exclusivamente en una presunta “inverosimilitud”, o incluso en una antipatía moral?

La oposición de la mayoría de los colegas no ha impedido a los investigadores proseguir sus excavaciones en Asiria y Judea, ni utilizar los tesoros descubiertos, y vean cómo se ha reducido hoy el número de lingüistas e historiadores que antes les anatematizaban.

Quienes utilizan la nueva psicología no se dejan intimidar por las voces belicosas de sus adversarios, y es indudable que los nuevos datos y la concepción científica basada en ellos se convertirán progresivamente en patrimonio común de todo el orbe médico.

(Sandor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo II, Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.