

DOS TIPOS DE NEUROSIS DE GUERRA (HISTERIA)¹. (1916c).



Sandor Ferenczi.

No tengo la intención de expresar opiniones definitivas sobre el importante problema de las neurosis de guerra tras un tiempo de estudio relativamente corto. Sólo hace dos meses que asumí la dirección del servicio de neurología del hospital. Unos doscientos casos han estado sometidos a mi observación. Su número ha sido demasiado grande, pero el tiempo para estudiarlos demasiado corto. El psicoanálisis nos enseña que lo que nos puede conducir a progresar en la teoría de las neurosis no es tanto la estadística de un gran número de casos como la investigación profunda de los casos individuales. Las presentes comunicaciones deben, pues, considerarse como trabajos preliminares cuyo solo objetivo es el de reflejar las impresiones que un psicoanalista puede sacar de la observación masiva de las neurosis de guerra.

La primera impresión que recibí al penetrar en la sala del hospital totalmente ocupada por neuróticos de guerra fue una profunda sorpresa, que compartirán ustedes sin duda cuando hayan echado un vistazo a este grupo de enfermos que se hallan ante ustedes, sentados, en pie o acostados. Hay unos cincuenta pacientes que dan casi todos la impresión de estar gravemente enfermos e incluso inválidos. Algunos son incapaces de desplazarse, en la mayoría de ellos la más mínima tentativa de desplazamiento provoca un temblor tan violento de rodillas y pies que mi voz difícilmente apaga el ruido de las suelas arrastrándose por el suelo.

Como he dicho, en la mayoría de los casos son las piernas las que tiemblan, sin embargo hay otros en que -como ustedes podrán constatar- el más mínimo intento de movimiento de la musculatura va acompañado de temblores. La forma de tales temblores es la que causa mayor extrañeza; de la impresión de ser una paresia espasmódica; sin embargo, las diferentes combinaciones de temblores, de tensiones y de debilidad producen tipos de movimientos muy particulares que sólo podrían reproducir el cinematógrafo. La mayoría de los pacientes cuentan que cayeron enfermos a consecuencia de la explosión de un obús muy cerca de ellos; una minoría explica su enfermedad por un enfriamiento brutal y violento (inmersión en el agua helada, permanencia a la intemperie con vestidos empapados), los restantes aluden a diversos accidentes o bien dicen que cayeron enfermos debido exclusivamente al excesivo esfuerzo desarrollado en el campo de batalla. Las víctimas de las explosiones de un obús hablan de un “soplo” que les ha trastornado, otros han quedado sepultados en parte por las masas de tierras levantadas por la explosión.

La correspondencia que existe en gran número de enfermos entre los síntomas y las causas patógenas podría justificar aquí la hipótesis de una afección orgánica del cerebro o de la médula espinal. Yo mismo he tenido primeramente la impresión de que esta extraña sintomatología, ignorada hasta ahora por la patología, podría provenir de alguna alteración orgánica del sistema nervioso central; se trata de parálisis y de excitación centrales, que no han podido ser observadas anteriormente debido a que los impactos sufridos por los soldados durante esta guerra se desconocían en tiempo de paz. Me he aferrado durante mucho tiempo a esta hipótesis, incluso cuando el examen de los casos individuales me convencía de que no podían hallarse los síntomas que son sin embargo constantes en las lesiones centrales orgánicas, en particular los

1.- Artículo redactado según una conferencia pronunciada en la reunión científica de los médicos del hospital militar María-Valéria.

signos de una lesión del haz piramidal (reflejo rotular espasmódico, signo de Babinski, clonus del pie).² Pero he debido admitir a continuación que la ausencia de tales síntomas característicos y por otra parte el cuadro de conjunto de cada caso individual, particularmente la presencia de perturbaciones de la innervación inhabituales y extraordinariamente variadas, constituían sólidos argumentos contra la tesis de la alteración orgánica, o incluso meramente “molecular” o “microorgánica” del tejido nervioso.

La impresión de extrañeza y desconocimiento sólo se disipó tras proceder a un examen más profundo de un pequeño grupo de enfermos cuya enfermedad parecía no haber afectado más que a determinadas partes del cuerpo y no a la totalidad. Únicamente la comprensión de estos casos *monosintomáticos* permitió la clasificación nosológica correcta de este grupo mórbido.

He aquí dos enfermos. Ambos presentan -además del problema característico de la marcha, que no describiré aquí- un síntoma llamativo: una *oscilación* permanente de la *cabeza* debida a una contracción rítmica alternante de los músculos del cuello. El brazo derecho de un tercer enfermo está inmovilizado por una *contractura de la articulación del codo en ángulo obtuso*; cualquier movimiento activo de este miembro parece imposible, cualquier ensayo de movilización activa y pasiva desencadena un violento temblor de la musculatura del brazo y una aceleración simultánea del pulso. La sensibilidad al dolor de este brazo ha disminuido, la mano está cianosada. La musculatura del rostro y la de los miembros inferiores no presentan ningún rastro de paresia. Cuando el enfermo realiza *un gran esfuerzo*, es capaz, a pesar de un violento temblor, de modificar ligeramente su posición rígida. Este otro enfermo se parece al precedente, sólo su *brazo derecho está contraído en ángulo agudo al nivel del codo y el antebrazo está apretado espasmódicamente contra la caja torácica*. El síntoma de otro enfermo se localiza en la región escapular. *Levanta su hombro derecho de forma permanente* y ustedes podrán observar igualmente contracciones que parecen tics.

He aquí un enfermo que permanece sentado, en perfecta calma; si le invitamos a levantarse, aparecerán violentas contracciones clónicas en la *pierna izquierda*, pero sólo en su pierna izquierda. Si hacemos desnudarse al enfermo, el único síntoma aparenta es una contractura permanente de la musculatura de la pierna izquierda, una especie de calambre fijo. El temblor clónico sólo aparece en las tentativas de movilización activa o pasiva de la posición en pie, pero este temblor no es el carácter de un clonus de pie típico y también faltan los restantes signos de lesión del haz piramidal. Esta contractura se ha prolongado durante muchas semanas y nunca ha desaparecido en estado de vigilia. Este otro enfermo presenta una contractura y un temblor de sus dos miembros derechos, la mitad izquierda del cuerpo está indemne.

Una anamnesis más precisa y las relaciones que aparecen entre los datos de anamnesis y los diferentes síntomas nos permiten definir con certeza estos casos como “funcionales”, o más exactamente como *psiconeurosis*. Preguntemos por ejemplo a este hombre que presenta una contractura del costado izquierdo de su cuerpo cómo ha caído enfermo; nos dirá que un obús ha explotado a *su izquierda* y que la “onda” le ha herido en su costado izquierdo. Si la onda hubiera provocado verdaderamente una alteración orgánica en el cerebro de este soldado, hubiera sido fundamentalmente el hemisferio izquierdo el afectado (haciendo abstracción de la posibilidad de un contragolpe) y los síntomas deberían notarse mucho más en el costado opuesto del cuerpo (el derecho); ahora bien, aquí el costado derecho está perfectamente sano. Una hipótesis más verosímil parece ser que se trata de un estado psicógeno, de la fijación traumática del bloqueo psíquico sobre un costado del cuerpo, es decir, de *histeria*.

Esta hipótesis se transforma en certeza si ustedes estudian la anamnesis de los casos que acaban de ser presentados. El soldado cuyo brazo derecho se halla contraído en ángulo obtuso fue alcanzado por la explosión cuando avanzaba en *posición de alerta*. Ahora bien, tal posición corresponde exactamente a la que reproduce la contractura. El que aprieta la espalda contra su flanco y mantiene el codo fijo en ángulo agudo conserva también la posición que tenía en el momento de la explosión: se hallaba tendido tratando

2.- He eliminado voluntariamente los casos en los que el cuadro clínico se hallaba complicado por síntomas orgánicos centrales.

de parapetarse y por ello tenía los brazos apretados contra sus costados y el codo plegado en ángulo agudo. En estos casos es imposible que la conmoción haya provocado la aparición de focos centrales orgánicos. No puede concebirse que en tantos casos similares una lesión cerebral ataque precisamente los centros correspondientes a los músculos que funcionaban en el momento del traumatismo. Sería más verosímil la hipótesis de una fijación de la *inervación que prevalecía en el momento de la conmoción (del sobresalto)*. El soldado que tiene la mitad de su cuerpo contraído prolonga sin duda indefinidamente la *inervación* de la mitad de su cuerpo más amenazada, lo que podríamos interpretar como un reflejo de huida. Los otros dos conservan la posición del brazo que tenían inmediatamente antes de la conmoción: la posición de avanzada y la del parapeto. En apoyo de esta idea puedo citar un hecho muy conocido de la vida diaria, y otro menos conocido perteneciente al campo del psicoanálisis. Es posible observar normalmente que cuando uno es invadido por un repentino temor “los pies echan raíces” en la misma posición en que uno se encuentra, y que la *inervación* que prevalece entonces en todo el cuerpo, los brazos, los músculos del rostro, se prolonga también durante un cierto tiempo. Los actores conocen bien este “medio de expresión” y lo utilizan con eficacia para representar el temor.

Sin embargo, existe una variedad de movimientos expresivos menos conocida en cuanto tal. Sabemos por Breuer y Freud que la naturaleza de los fenómenos de excitación y de parálisis histéricos consiste propiamente en la transformación duradera, en la *conversión* de un afecto en una inversión física. El psicoanálisis puede referir todos estos casos de “*histeria de conversión*” a una o más experiencias afectivas inconscientes y “olvidadas” en sí mismas (o, diríamos hoy, rechazadas), pero que prestan su energía a determinados procesos físicos asociados mentalmente a los acontecimientos que ocurren en el presente como las losas sepulcrales del recuerdo sepultadas en las profundidades, inmóviles e inalterables como un monumento. No tenemos aquí oportunidad de extendernos sobre las condiciones que deben añadirse necesariamente al traumatismo psíquico descrito para que se realice el cuadro sintomático de una *histeria de conversión* (constitución sexual); basta con constatar que los casos de *neurosis de guerra* que les hemos presentado deben ser considerados, sobre la base de datos de anamnesia, como *histerias de conversión* en el sentido de Breuer y Freud. También aquí el *traumatismo* es la consecuencia de un afecto repentino (el miedo) que no puede ser dominado por el psiquismo; las *inervaciones* que prevalecen en el momento del traumatismo, que persisten en forma de síntomas morbosos, indican que la *moción* afectiva, todavía no liquidada, permanece activa en la vida psíquica inconsciente. Dicho de otro modo: estos pacientes aún no se han recuperado de su espanto, aunque ni siquiera piensen conscientemente en lo que han vivido y se hallen de forma ordinaria alegres y de buen humor como si su espíritu nunca hubiera sido torturado por tan horribles recuerdos.

Teniendo en cuenta las reflexiones que anteceden, no me ha sorprendido, ni supongo que a ustedes tampoco, que una anamnesia más precisa nos haya permitido comprender los demás casos “monosintomáticos” presentados aquí. Este soldado, cuya pierna izquierda presenta una contractura permanente, cuenta que estaba en Serbia tratando de descender prudentemente por una escarpada pendiente y que *estiraba su pierna izquierda* hacia abajo para buscar un apoyo cuando, conmocionado por una explosión, rodó hasta el suelo. El sujeto “quedó petrificado” en la posición que tenía en ese momento. En cuanto a los dos enfermos que tienen un temblor de cabeza, uno de ellos cuenta que en el momento crítico su cabeza había golpeado el muro del refugio, y el otro que había “escondido la cabeza entre los hombros” al oír el silbido característico del obús que se aproximaba. El paciente cuyo hombro izquierdo tiembla sin cesar había sido ligeramente herido, en el momento de la explosión, en la parte de su cuerpo que actualmente sufre espasmos (la cicatriz es todavía visible).

Al principio, cuando los pacientes me proporcionaron estos datos de anamnesia, se me escapaba su importancia en la formación del síntoma lo mismo que a ellos, y por tanto hay que excluir que haya ejercido por mi parte una sugestión mediante mis preguntas. Naturalmente, luego atraje deliberadamente la atención de mis pacientes sobre las circunstancias del traumatismo, pero tratando de evitar que advirtieran la importancia que yo concedía a sus respuestas.

Espero que esta hipótesis provoque algunas objeciones por parte de ustedes. Me dirán que en el momento

crítico el paciente no estaba en disposición de observar tan precisamente la situación real, que estos datos de anamnesia no son posiblemente más que intentos de explicación *a posteriori* por parte del propio paciente y que nos hemos “dejado” influir por los pacientes.

Puedo responder que es cierto que en el instante que *precede* a la conmoción el soldado mantenía toda su conciencia; podía por tanto advertir la proximidad del peligro (esto lo confirman muchas personas que no han enfermado a pesar de la proximidad de la explosión). En el momento preciso de la conmoción ha podido perder el conocimiento y más tarde ha podido desarrollarse en él una amnesia retroactiva; la huella mnésica de la situación precedente a la conmoción se hallaba ya fijada y ha podido influenciar la formación del síntoma en el inconsciente. Precisamente el temor a ser equivocado por el paciente y la desconfianza respecto a sus palabras son la causa de esta total ignorancia que, hasta hace poco tiempo, reinaba en los ambientes médicos en todo lo concerniente a la psicología de las neurosis. Sólo después de que Breuer, y sobre todo Freud, han comenzado a *escuchar* a los neuróticos han podido acceder al mecanismo secreto de sus síntomas. Incluso cuando los pacientes habían inventado de golpe los detalles de la situación traumática, tal “invención” debía ser determinada por las huellas mnésicas del acontecimiento real que se habían hecho inconscientes.

Sólo un análisis en toda regla podría decidir si en los casos que les hemos presentado aquí hay o no, además del traumatismo, una complacencia somática cualquiera como factor predisponente. Pero puede fácilmente imaginarse que en el momento de la conmoción es precisamente la inervación activa la que desempeña el papel de “factor predisponente”, de “complacencia somática”, y el que explica la fijación de la excitación afectiva (relegada al inconsciente debido a su misma fuerza) a las partes del cuerpo inervadas. Tales “desplazamientos de afectos” sobre una inervación corporal, indiferente pero accesible en el momento crítico, son bien conocidos gracias al psicoanálisis de las histerias de conversión.

Desgraciadamente no me hallo en disposición de confirmar mis indicaciones mediante el psicoanálisis de estos casos. De modo que debería contentarme con clasificar estas neurosis de guerra “monosintomáticas” en el grupo de las histerias de conversión.

Consideremos ahora el segundo grupo de enfermos, mucho más numeroso, que presentan según pueden ustedes ver un *temblor generalizado y perturbaciones en la marcha*. También aquí, para comprender este cuadro clínico, hay que partir del síntoma principal: *la perturbación de la marcha*. Observen por ejemplo a este paciente tranquilamente acostado: en cuanto trata de levantarse, sus miembros inferiores comienzan a temblar, primero al nivel de las articulaciones del tobillo y de la rodilla, luego el temblor se intensifica progresivamente, su amplitud aumenta hasta que finalmente el equilibrio estático del cuerpo queda comprometido hasta el punto de que el enfermo cae si no se le sostiene; en cuanto se sienta o se acuesta, el temblor cesa espontáneamente. (Insisto una vez más sobre la ausencia total de todo síntoma orgánico.) Este otro enfermo puede caminar apoyándose en dos bastones, pero su avance es inseguro y cuando adelanta su pierna derecha oímos un doble ruido: su talón derecho golpea el suelo dos veces a cada paso antes de que el enfermo apoye sobre él todo su peso. La marcha de este tercero es lenta y rígida, como la de un tabético; el cuarto que se halla junto a él con apariencia atáxica, y sin embargo recostado, carece de cualquier huella de ataxia verdadera y menos aún tiene afectada la médula espinal. Lo que mejor definiría la marcha de ambos enfermos “es el paso de desfile”: levantan la pierna sin doblar la rodilla y luego la dejan caer con ruido. El caso más grave es el de este enfermo que al realizar sus tentativas de marcha pasa del temblor intencional al espasmo generalizado de toda la musculatura, y su paroxismo va acompañado de perturbaciones de la conciencia.

Este último síntoma nos incita a prestar más atención a los fenómenos que acompañan la perturbación de la marcha. En todos estos enfermos sin excepción, cuando intentan caminar o ponerse en pie sin apoyo, aparecen palpitations intensas y una aceleración del pulso; la mayoría transpiran con abundancia, principalmente en la región axilar, pero también por la frente; tienen una expresión angustiosa. Si les observamos más atentamente, apreciamos, además de los problemas de la marcha, la existencia de otros síntomas constantes:

hiperestesia de la mayor parte de los órganos sensoriales,³ muy a menudo de la sensibilidad auditiva, y también de la visual. La hiperacusia y la fotofobia hacen a estos enfermos muy pusilánimes; la mayoría se quejan de un sueño muy ligero, perturbado por pesadillas angustiosas y terribles. En general, estos sueños repiten las situaciones trágicas vividas en el frente. Además, casi todos se lamentan de una inhibición total o de una fuerte disminución de su libido y de su potencia sexual.

Antes de decidirnos por una clasificación nosográfica de este síndrome, debemos estudiar con gran atención la anamnesia, como en los casos “monosintomáticos”. La mayoría de los pacientes afirman haber sido afectados por la onda de un obús; algunos han sido sepultados por la tierra. Han perdido el conocimiento, se han quedado totalmente “paralizados” durante varios días, incluso varias semanas; algunos durante un par de meses. *El temblor ha aparecido desde las primeras tentativas de marcha*, mientras que en la cama habían recuperado desde hacía tiempo su facultad de movimiento y aparentemente no presentaban ningún síntoma de parálisis. En algunos casos el soldado ha continuado prestando servicio tras la conmoción y sólo más tarde, con ocasión de un temor insignificante, puramente psíquico, ha caído enfermo. Por ejemplo, este voluntario formó parte de una patrulla de reconocimiento la noche siguiente a la conmoción; durante el camino tropezó en un hoyo, tuvo miedo, y a partir de entonces se declaró la enfermedad. La “suma de los factores patógenos” es más llamativa aún en estos casos tan frecuentes en que, según la anamnesia, no es la explosión, sino otros sucesos terroríficos o bien únicamente la suma de los esfuerzos y de las privaciones sobrehumanas y la tensión ansiosa permanente, inherentes a la guerra, los que aparecen como causa de la enfermedad. Según los datos proporcionados por la anamnesia, se hallan casi con la misma frecuencia las conmociones por la explosión, los enfriamientos repentinos, repetidos o insoportables por su duración (caída en el agua helada, particularmente en el invierno al atravesar un río; lluvia o nieve al acampar a la intemperie). Doce soldados de un mismo regimiento llegaron en un mismo día a nuestro hospital con el síndrome de incapacidad de marcha que hemos descrito; todos habían enfermado en idéntica circunstancia, al atravesar un río, tras varios días de marcha bajo la nieve y la lluvia. También en ellos un “período de parálisis” ha precedido al estado actual; pero ha desaparecido rápidamente para ceder el lugar, *a la primera tentativa de marcha*, al síndrome actual.

Es inútil repetir que también aquí he buscado cuidadosamente, pero sin éxito, la existencia eventual de síntomas orgánicos.

Por lo que se refiere a los casos de enfriamiento, es frecuente escuchar que el estado del enfermo se hallaba en vía de mejora espontánea cuando se comenzó a tratar los sedicentes “reumatismos” mediante baños calientes o cuando se les envió para realizar una cura termal a un balneario (Trencsén-Teplicz, Pöstyén) donde sufrieron una recaída.

Resumamos lo que acabamos de decir: la enfermedad aparece en los soldados a consecuencia de una conmoción súbita o de traumatismos repetidos más o menos importantes. La pérdida del conocimiento (no constante) va seguida de un estado de parálisis que desaparece espontáneamente al cabo de un cierto tiempo para dar lugar al estado crónico a partir de la primera tentativa de marcha o con ocasión de un ensayo terapéutico. Tal estado consiste en diversos fenómenos generales y en una perturbación de la marcha injustificada desde el punto de vista orgánico. Existe una relación cierta entre las perturbaciones de la inervación que aparecen en ocasión de las tentativas de marcha y los síntomas generales, en la medida en que estas últimas están reforzadas o incluso desencadenadas por los problemas de la marcha. Además existen ciertos síntomas constantes, el más notable de los cuales es la hiperestesia de todos los sentidos.

Sin embargo, conocemos en psicoanálisis un estado en el que cualquier tentativa del enfermo para realizar determinados actos desencadena fenómenos de tipo general. Se trata de la *histeria de angustia* según Freud, que se caracteriza a menudo por el hecho de que las tentativas de *desplazamiento*, la inervación voluntaria para levantarse o caminar, están ligadas a una *angustia* intensa que obliga al paciente a evitar

3.- La hiperestesia cutánea es a menudo tan intensa que la búsqueda del reflejo rotular desencadena violentos movimientos de defensa.

determinados movimientos y a transformar todo su sistema de vida en tal sentido. Los neurólogos conocen desde hace tiempo estos retraimientos bajo el nombre de *fobias*, pero nunca las han comprendido. Han dado a los problemas de la inervación los nombres de *astasia* (incapacidad de mantenerse en pie) o de *abasia* (incapacidad de caminar), y han denominado los retraimientos mencionados basándose en características superficiales (agorafobia, claustrofobia, topofobia).

Sólo el psicoanálisis ha desarrollado una explicación de este curioso cuadro clínico. Se ha descubierto que en estos enfermos los efectos afectivos de determinados *traumatismos psíquicos*, sobre todo las experiencias capaces de quebrantar su *confianza en sí mismos*, son rechazados al inconsciente, y, a partir de entonces, disminuye la capacidad de acción de estos enfermos. Ante cualquier amenaza de *repetición* de la experiencia patógena reaccionan con una *producción de angustia*; luego el paciente se habitúa poco a poco a eliminar estos estados de angustia evitando cualquier acto que pueda conducirle de una manera u otra a la repetición de la situación patógena. La *astasia-abasia* no es más que el estado final de este sistema de retraimiento; impide toda locomoción para evitar con absoluta seguridad una situación determinada. Me limitaré a recordar aquí que toda angustia neurótica tiene una raíz sexual (Freud) y que existe también una predisposición constitucional a la topofobia (Abraham).

En lo que concierne a nuestros pacientes, sus síntomas “generales” corresponden exactamente al síndrome de la *angustia*. Como ya he dicho, toda tentativa de superar la aparente parálisis para poder desplazarse puede provocar en nuestros enfermos palpitaciones, una aceleración del pulso, de la transpiración, una alteración de los rasgos del rostro, e incluso un estado próximo a la inconsciencia. No obstante, este cuadro reproduce en todos sus detalles esta repentina irrupción de la angustia que tanto la vida diaria como el historial de los pacientes afectados de *neurosis de angustia* nos ha hecho familiar. Incluso la hiperestesia de todos los sentidos, mencionada como un síntoma constante, y el sueño perturbado por pesadillas corresponden a esta constante “espera angustiada” de que se lamentan las personas que padecen la neurosis de angustia. En cuanto a las perturbaciones de la libido y de la potencia sexual, podemos considerarlas neuróticas con mayor razón.

Dicho esto, creo que queda justificado el considerar todas las neurosis de guerra como *histerias de angustia* e interpretar los problemas de la motilidad como una manifestación de fobias que tienen por objeto impedir la aparición de la angustia. La mayoría de los casos aquí presentados podrían por tanto ser designados con el nombre de “*astasia-abasia* histérica”; en cuanto a los casos particulares en los que, como ustedes han visto, la posición *sedente* es también imposible, les convendría el nombre de “*anhedria histérica*”.

Tratemos ahora de representarnos cómo han podido producir estos cuadros clínicos los choques descubiertos por la anamnesia. Sólo podremos conseguirlo de manera imperfecta porque, como hemos dicho, no estamos en disposición de efectuar psicoanálisis en toda regla. Pero el contacto cotidiano con los pacientes y el breve interrogatorio psicoanalítico de algunos de ellos me han proporcionado algunos elementos que permiten responder provisionalmente a este problema.

Me sorprende el número de soldados que se han vuelto angustiados, que anteriormente habían obtenido altas condecoraciones bien por servicios prestados, bien por su conducta heroica frente al enemigo. Cuando se les ha preguntado si antes tenían un temperamento angustiado han respondido en general que ni ahora ni antes sufrían ningún tipo de angustia. “Al contrario, dicen algunos, yo he sido siempre el primero en ofrecirme para una misión peligrosa.” No puedo decir gran cosa sobre algunos casos analizados de forma profunda. Un campesino húngaro que había perdido a su padre en su infancia, se había visto obligado desde muy joven a realizar las mismas tareas agrícolas que los “grandes”. Por razones que el análisis no pudo aclarar, se había vuelto muy ambicioso, pretendía hacerlo todo tan bien como los adultos y tomaba muy a pecho cualquier crítica de su trabajo o, lo que ocurría a menudo, cualquier burla. Más tarde tuvo frecuentes peleas con los vecinos y los gendarmes del pueblo y, por último, según decía, “no temía a nadie”. Estando en el frente resultó conmocionado por una explosión y cayó desde gran altura; desde entonces camina temblando (y presenta igualmente un síntoma de conversión: un calambre en la pantorrilla), es hipersensible, llora fácilmente, pero tiene también a veces accesos de furor, por ejemplo, al saber que debe

proseguir todavía su tratamiento. Otro enfermo al que he podido interrogar más a fondo es un técnico judío húngaro; en la escuela era un alumno muy aplicado que albergaba proyectos ambiciosos (descubrimientos, hacer fortuna, etcétera); antes practicaba su religión, pero poco a poco consiguió vivir sin dios; además, tenía la intención de anular sus esponsales realizados hacía seis años porque estimaba que una promesa hecha cuando era joven e inexperto carecía de valor, y que el matrimonio perjudicaría su carrera. Se alistó como voluntario para servir en el frente y recordaba muy bien las circunstancias en que apareció su enfermedad. Su compañía sufría un violento cañoneo; cuando oyó silbar el obús que venía hacia él, juró que si escapaba indemne se casaría con la joven a quien se había prometido; al mismo tiempo musitó una oración hebraica, "Schema Israel". El obús cayó cerca de él. Tras un momento de aturdimiento recuperó sus sentidos pero advirtió que no podía caminar. Su situación es muy curiosa, da cortos pasos (sin temblar) ayudándose con un bastón, tiene constantemente miedo a caerse, y se apoya siempre que le es posible en la pared o en los muebles. Se ha vuelto humilde y muy modesto al parecer, hablar con voz baja, con un susurro jadeante y apocado, y su escritura es apenas legible. Más o menos ha reanudado el contacto con su prometida, pero (desde que va mejor) ha renunciado de nuevo a la fe.

Las condiciones que pueden conducir, como acabamos de decir, a la aparición de una histeria de angustia acompañada de fobias se manifiestan claramente en ambos casos. Los dos pacientes se estimaban en mucho, posiblemente se sobrestiman. El enfrentamiento a una potencia superior, la onda expansiva de un obús, que les ha arrojado a tierra como muñecos de paja, ha quebrantado seriamente la confianza que tenían en sí mismos. Este choque psíquico ha podido entrañar perfectamente una *regresión neurótica*, es decir, el retorno a un estadio superado desde hacía tiempo (sobre los planos onto y filogenético). (Esta regresión nunca falta en la sintomatología de las neurosis, porque las fases totalmente superadas en apariencia no pierden nunca por completo su poder de atracción y se manifiestan siempre en cuanto surge una ocasión propicia.) Parece que el estadio al que ambos neuróticos han regresado es el estadio infantil del primer año en el que aún no se sabe mantenerse en pie y caminar correctamente. Sabemos que existe en la filogénesis un prototipo de este estadio, pues la marcha vertical no es más que una conquista bastante tardía de nuestros antepasados mamíferos.

No todos los neuróticos de guerra presentan necesariamente un amor propio tan excesivo. Un traumatismo suficientemente grande puede quebrantar la confianza en sí de un hombre normal y despertar en él una angustia tan intensa que incluso la tentativa de sentarse, de levantarse o de caminar vaya acompañada -como en el niño que aprende a hablar- de un sentimiento de angustia. La ingenua exclamación de una enfermera en la visita de la mañana confirma mi concepción: "Doctor, me dijo, este hombre camina como un niño que esté aprendiendo a andar". Al lado de este rasgo regresivo que condena a los enfermos al lecho y dificulta su movilidad, la función secundaria de la neurosis está también presente. Fácilmente puede comprenderse que la perspectiva de regresar rápidamente al frente una vez sanado, al mismo lugar donde tan mal lo han pasado la primera vez, asuste a estos enfermos y retarde su curación, más o menos inconscientemente.

Examinemos ahora algunos de los síntomas que acabamos de describir. El más llamativo es sin duda el *temblor* que domina el cuadro clínico en la mayoría de los casos. Las perturbaciones de la marcha que acabamos de estudiar son casi siempre consecuencia de un clonus de los miembros inferiores. El síntoma del temblor presenta igualmente este carácter regresivo imposible de ignorar. Un miembro susceptible de recibir diferentes inervaciones y que dispone de una coordinación motriz compleja se transforma en estos neuróticos en un apéndice corporal sacudido por inútiles temblores al menor intento de movimiento. El modelo ontogenético de esta forma de reacción se halla en la primera infancia y el modelo filogenético en la lejana serie de los antepasados animales, cuando el ser vivo reaccionaba a las excitaciones no mediante la modificación del medio exterior (huida, aproximación), sino mediante una transformación de su propio cuerpo. Creo, pues, que este temblor "neurótico" procede de una perturbación de la inervación idéntica a la que conocemos en la vida ordinaria: se trata de un temblor angustioso, o más bien originado por el miedo. Toda inervación muscular puede ser frenada o impedida por la inervación inhibitoria de los antagonistas. Cuando los músculos antagonistas y agonistas son inervados simultáneamente se produce una rigidez espasmódica; cuando su inervación se alterna rítmicamente resulta un temblor del miembro inervado.

Nuestros casos reproducen todas las combinaciones posibles de espasmos y de temblores. De este modo aparece esa perturbación específica de la marcha que consiste en una imposibilidad total en desplazarse a pesar de cualquier esfuerzo y que la impresión “patalear sobre el terreno”⁴ caracteriza perfectamente. Esta perturbación de la coordinación se convierte al mismo tiempo en un dispositivo de defensa que impide al enfermo revivir la angustia. Señalemos aquí que en las astasias y abasias habituales de nuestra práctica en tiempo de paz esta combinación de la perturbación de la marcha y del temblor no se da en la mayoría de los casos. Los estados topofóbicos son entonces provocados únicamente por la debilidad, las sensaciones de vértigo, etc.

Otro síntoma notable y constante de las neurosis de guerra es la hiperestesia más o menos intensa de todos los sentidos: la fotofobia, la hiperacusia y la angustia unida al contacto pasivo. Este último síntoma no se atribuye generalmente a la hiperestesia cutánea; la sensibilidad cutánea puede estar disminuida o incluso haber sido suprimida; se trata aquí de una simple exageración de la *reacción de defensa* contra el contacto. Intentaremos explicar este síntoma mediante la hipótesis de Freud siguiente: cuando una persona se halla preparada para un choque, para un peligro inminente, el bloqueo de la atención movilizada durante la espera es capaz de *localizar* la excitación producida por el choque y puede impedir la aparición de efectos a distancia como los que observamos en las *neurosis traumáticas*. La otra posibilidad de localización de los efectos del choque es, según Freud, una lesión grave y real del cuerpo en el momento del traumatismo, que corresponde al choque psíquico. En los casos de *histeria de angustia* que pueden ustedes ver aquí no hay nada parecido; ha existido un choque brutal, la mayoría de las veces inesperado, sin lesión orgánica grave. Incluso en los casos en que se ha advertido la proximidad del peligro, la atención movilizada durante la espera no ha sido proporcional a la intensidad real de la excitación producida por el choque y no ha podido impedir que la excitación derivara por vías anormales. Por lo demás, es probable que la conciencia excluya inmediatamente estas excitaciones demasiado intensas. Podemos suponer que tras el traumatismo se produce un cierto desequilibrio entre la conciencia más o menos afectada por el choque y las restantes porciones del aparato neuro-psíquico. El ajuste no puede conseguirse más que si la conciencia toma parte en las excitaciones desagradables; éste es precisamente el papel de un cierto dispositivo “traumatófilo”: la hiperestesia de los órganos de los sentidos que transmiten a la conciencia, progresivamente y en pequeñas dosis, la cantidad de espera angustiosa y de choque que el paciente había intentado ahorrarse en el momento de éste. Según la concepción de Freud, debemos, pues, considerar que los pequeños traumatismos de repetición, el sobresalto al menor ruido o ante la luz súbita, son una tendencia a la curación, un intento del organismo por restablecer el equilibrio perturbado del reparto de la tensión.

Freud explica de la misma manera las pesadillas de los neuróticos traumáticos que reviven constantemente en el sueño el accidente que sufrieron con anterioridad. Aquí el psiquismo no cuenta con ninguna excitación externa para reaccionar de forma excesiva, pero él mismo crea la representación adecuada para atemorizarse. También este síntoma penoso indica una tendencia a la curación.

Como ejemplo sorprendente de la hiperestesia “traumatófila”, he aquí el caso de este hombre conmocionado por la explosión de un obús, que tiene toda su musculatura, según podemos ver, en un estado de agitación permanente, incapaz de efectuar ningún movimiento voluntario. Sus ojos son tan sensibles que los mantiene constantemente cerrados para evitar la luz del día; en cortos intervalos, una o dos veces por segundo, dirige su mirada hacia los lados para percibir rápidamente la imagen de lo que le rodea; cuando no, sus pupilas quedan disimuladas bajo los párpados superiores que se mueven de forma rápida. Su hiperacusia es más intensa aún, y recuerda la hipersensibilidad auditiva de las personas afectadas por la rabia. Los ruidos ordinarios del día le impiden permanecer en la sala común y hemos tenido que instalarle en la habitación del enfermero para que pueda dormir. Con gran sorpresa por nuestra parte el paciente ha reclamado pasar la noche en la sala común. Interrogado sobre las razones de su demanda, ha respondido textualmente: “*Es cierto que en la sala común me despierto durante la noche a menudo sobresaltado, pero dormir solo es todavía peor; en medio de tan gran silencio no puedo conciliar el sueño, pues debo realizar un constante*

4.- En francés en el texto.

esfuerzo de atención para percibir si verdaderamente no hay ningún ruido.” Este caso viene a confirmar lo que habíamos expuesto anteriormente: la repetición del afecto de miedo y la hiperestesia de los órganos de los sentidos son fenómenos que los neuróticos traumáticos buscan o mantienen involuntariamente porque favorecen su esfuerzo de curación.

Este comportamiento de los neuróticos traumáticos, a pesar de su carácter trágico, recuerda el del cliente del hotel sacado de su más profundo sueño por el ruido de un zapato que su compañero de habitación lanza contra la puerta al desnudarse, y que, tras intentar en vano recuperar el sueño, suplica a su compañero que lance también el otro zapato contra la puerta para que por fin pueda dormir. Es también el comportamiento de algunas personas, descrito por Abraham, que ha sufrido una agresión sexual en su infancia y que más tarde siente el impulso de exponerse de nuevo a aventuras del mismo tipo; pienso que intentan dominar mediante esta experiencia consciente ulterior la experiencia primitiva, en principio inconsciente e incomprensible.

Es posible explicar algunos resultados que los neurólogos han obtenido en el tratamiento de los neuróticos de guerra con corrientes eléctricas dolorosas, entre otras razones por el hecho de que tales dolores satisfacen la traumatofilia inconsciente de los pacientes.

La teoría de Freud según la cual en las neurosis se trata no de un desequilibrio de las energías en el sentido ordinario sino de una perturbación específica de las energías libidinosas, es rechazada por gran número de especialistas, que oponen a ella la idea de que incluso un traumatismo ordinario “que indiscutiblemente no provoca perturbaciones sexuales” puede originar neurosis. Sin embargo, hemos visto que una explosión, que en sí misma no es ciertamente un choque sexual, provoca a menudo la pérdida de la *libido sexual* y la *impotencia sexual*. No hay que excluir por tanto que los *choques ordinarios* puedan conducir igualmente a la neurosis por el camino de una perturbación sexual. La impotencia, ese síntoma aparentemente muy secundario de la neurosis traumática, puede adquirir importancia si se estudia más de cerca la patología de este estado. Los psicoanalistas no podemos considerar como una explicación preliminar la hipótesis de que en estos traumatismos se trata de una *lesión del Yo*, de una herida inferida al *amor propio*, del *narcisismo*, cuya consecuencia natural es la retirada de los “bloques objetales de la libido”, dicho de otro modo, la desaparición de la incapacidad de amar a alguien diferente de uno mismo⁵(5).

No creo haber suscitado en ustedes la esperanza de obtener una explicación completa de los procesos psico-patológicos de las neurosis traumáticas o de las neurosis de guerra. Habré conseguido mi propósito si he logrado mostrarles que los cuadros clínicos que les he presentado pertenecen efectivamente a los dos grupos morbosos que el psicoanálisis designa con los nombres de *histeria de angustia* y de *histeria de conversión*. No estoy en disposición de explicarles al detalle por qué en un caso se desarrolla la *angustia*, en otro la *conversión*, y en un tercero una combinación de ambas. Pero es posible que pueda demostrar que en tales neurosis la investigación psicoanalítica indica una vez más el camino que podría conducir a una explicación, mientras que el resto de la neurología no consigue sino describir las enfermedades y crear una nomenclatura vacía de sentido.

(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

5.- Ver a este respecto mi artículo: “El psicoanálisis de las neurosis de guerra”. (O. C., III).