

## A PROPÓSITO DE LA CRISIS EPILÉPTICA. Observaciones y Reflexiones (escritas hacia 1921). (1921g).



Sándor Ferenczi

En la época en que era asistente en un hospital municipal para incurables -la Salpêtrière de Budapest-, tuve ocasión de observar centenares de crisis epilépticas. Esta experiencia me resultó sumamente útil durante los años de guerra, pues como jefe de servicio en un hospital militar me incumbía también la responsabilidad de “constatar” la autenticidad de las crisis epilépticas. No me detendré aquí sobre problemas a menudo complejos, y a veces insolubles, planteados por determinados casos individuales en los que había que decidir si se trataba de simulación, histeria o epilepsia auténtica; me contentaré con hacer alguna observación y alguna reflexión sobre los casos en que pude constatar con certeza el cuadro típico de la verdadera epilepsia: ausencia de reflejos y dilatación pupilar, convulsiones tónicas y clónicas, anestesia completa (comprendida la de la córnea), mordeduras de la lengua, respiración con estertores, espuma en los labios, pérdida total de la conciencia, relajamiento de los esfínteres y coma postepiléptico.

Estos casos proporcionan al psicoanalista que soy la impresión de una regresión a un estadio organizativo extraordinariamente primitivo en el que todas las explicaciones internas son descargadas por vía motriz de la forma más rápida y en que la aptitud para ser influenciado por estímulos externos falta por completo. Observando estas crisis, me volvía a la memoria una de mis antiguas hipótesis personales:<sup>1</sup> mi primera tentativa de clasificar la epilepsia en la categoría nosológica de las psiconeurosis. Suponía en aquella época que la crisis epiléptica representaba una regresión a un grado de organización del Ego muy primitivo e infantil, en el que los deseos se expresaban todavía mediante *movimientos incoordinados*. Recordemos que esta idea fue adoptada más adelante por el psicoanalista americano Mc Curdy que la modificó sugiriendo que la regresión de los epilépticos se remontaba incluso más lejos, hasta la situación intrauterina. Un colega húngaro, Hollós, en un informe a la Sociedad Húngara de Psicoanálisis, ha emitido una opinión parecida comparando el estado psíquico de los epilépticos durante la crisis a la inconsciencia del feto antes del nacimiento.

La observación repetida de estas crisis durante la guerra fue la que me llevó a adoptar la posición de estos autores. Uno de los principales síntomas de la crisis está manifiestamente constituido por la ruptura de todo contacto con el mundo exterior, la intervención de la “vida de relación” como hubiera dicho el gran Liébault. Pero la crisis epiléptica comparte esta característica con el estado de sueño normal, que el psicoanálisis considera precisamente como una regresión a la situación prenatal.<sup>2</sup> En el sueño, el interés se retira del mundo exterior y la sensibilidad a las excitaciones externas resulta notablemente disminuida. En cualquier caso, habría que definir la epilepsia como un estado de sueño *extraordinariamente profundo* en el que las excitaciones externas más intensas no consiguen despertar al durmiente.

La contradicción entre mi primera hipótesis (crisis epilépticas = regresión a la “omnipotencia” infantil mediante gestos incoordinados) y su versión modificada (crisis epiléptica = regresión a la situación intrauterina) ha quedado resuelta al tomar en consideración el desarrollo de la crisis en su conjunto. Ésta comienza por lo general con la caída del enfermo -con o sin grito-, luego viene la fase de contractura tónica general y de convulsiones clónicas. La duración de esta fase es variable; sin embargo, está cortada

1.- “El desarrollo del sentido de realidad y sus estadios”, en el volumen II.

2.- En el artículo anteriormente citado, véase el pasaje relativo al primer sueño del recién nacido.

por períodos de reposo más o menos largos, con persistencia de la inconsciencia, la dilatación pupilar, la respiración estertórea acompañada de signos anunciadores de un edema pulmonar (espuma en los labios) y de un eretismo cardíaco importante. Durante estas *pausas*, la actitud del epiléptico es muy parecida a la del feto en el seno materno, feto al que representamos inmóvil y sin conocimiento. Sin embargo, el *primer período*, el de la *caída y las convulsiones*, recuerda más bien según creo las expresiones incoordinadas de disgusto de un niño ya nacido, pero insatisfecho o irritado. Es, pues, perfectamente posible que en lo que respecta a la profundidad de la reflexión, la hipótesis original y su versión modificada sean igualmente correctas, y que en el curso de su crisis, el epiléptico atravesase *toda una gama* de regresiones, desde la situación de omnipotencia infantil a la de omnipotencia intrauterina. En los casos en que se da una alternancia repetida de los períodos de calma y de los períodos de convulsiones, habría que concebir la excitación desplazándose de un lado a otro de esta gama. El “estadio postepiléptico”, que representa generalmente la transición entre la crisis y el despertar, tiene ya cierto parecido con el sueño normal. El paciente efectúa algunos movimientos de defensa, se restablece el reflejo pupilar y únicamente una tendencia al “automatismo ambulatorio”, una especie de sonambulismo, indica aún la hipermotilidad patológica, generalmente violenta.

Una experiencia intentada por mí, tomando para ello las mayores precauciones, me ha permitido en muchos casos perturbar el estadio de la “pausa epiléptica” descrito más arriba y provocar el retorno de las convulsiones o incluso el despertar súbito del enfermo. Durante esta pausa, los dientes del paciente están estrechamente apretados, la lengua y el velo del paladar caen hacia atrás, lo que se traduce en un sonoro ronquido; el tórax realiza movimientos respiratorios, pero la respiración por la boca es imposible; esta dificultad respiratoria supone un perjuicio para la circulación menor y una abundante expectoración de serosidades. Si la crisis se prolongara, si el paciente no recibiera un poco de aire por la *nariz*, correría el riesgo de asfixiarse (lo que a veces se produce). Si durante la pausa cerraba yo las *narices* del paciente de manera que no recibiera nada de aire, las convulsiones tónicas y clónicas reaparecían en seguida por lo general (es decir, una ausencia de reacción menos profunda) y si prolongaba la obturación de las narices, la mayoría de las veces el enfermo se despertaba, y el reflejo pupilar así como la sensibilidad se restablecían.

Sin embargo, esta experiencia no carece de peligro; si el paciente estuviera durante mucho tiempo privado de aire podría asfixiarse. De hecho, en algunos casos, el estado del paciente permanecía invariable, incluso al cabo de veinte o treinta segundos; naturalmente, yo no insistía. Durante toda la experiencia vigilaba constantemente el pulso del paciente.

De cualquier modo, esta experiencia me enseñó que un epiléptico en crisis es mucho más sensible a cualquier perjuicio ejercido sobre lo que le resta de capacidad respiratoria que a cualquier otra estimulación externa por dolorosa que sea (estimulación por el frío o el calor, golpes, contacto de la córnea, etc.). Todo esto sólo adquiere su sentido si interpretamos el período de la pausa como una regresión a la situación intrauterina. La ilusión de la situación intrauterina durante la crisis epiléptica -como durante el sueño- sólo puede mantenerse si el aprovisionamiento de oxígeno prosigue de forma continua, aunque sea reducido. Si esta respiración restringida queda bloqueada por la obturación de las narices, el paciente se ve obligado a despertar y a respirar por la boca, lo mismo que el recién nacido se ve forzado a respirar y a despertarse de la inconsciencia intrauterina cuando el flujo sanguíneo que le llega por el cordón umbilical se interrumpe.

En el artículo antes citado, he indicado que el epiléptico podría ser considerado como un tipo humano particular que se caracteriza por la acumulación y la descarga de afectos desagradables de un modo infantil. Añadamos tan sólo que, por último, pueden suspender también la relación con el mundo exterior, la conciencia, y huir a una forma de existencia puramente “autística”, donde la brecha dolorosa entre el Ego y el mundo exterior aún no se ha producido, dicho de otro modo, la situación intrauterina.

Las diferencias individuales entre las diversas formas de crisis podrían explicarse por la predominancia, bien de la descarga motriz, bien de la “regresión apneica”. Por lo demás, las crisis de un mismo paciente pueden presentar tanto unas como otras de las características del estado epiléptico.

La existencia de epilepsias traumáticas, tóxicas e incluso “reflejas”, junto a la epilepsia constitucional, no nos desorienta desde que tenemos conocimiento de la hipótesis de Freud sobre las series complementarias en la etiología de las neurosis. Aparentemente, nadie está a cubierto de una regresión epiléptica, pero en determinados casos ésta no puede ser desencadenada más que por un traumatismo craneal grave, una

intoxicación alcohólica crónica o una excitación nerviosa periférica muy dolorosa, mientras que en quienes están predispuestos puede sobrevenir sin que intervenga ninguno de estos factores.<sup>3</sup>

En cuanto a la naturaleza de los afectos que se descargan en la crisis epiléptica, sin investigación psicoanalítica metódica no se puede afirmar nada con certeza. Pero puede esperarse que esta investigación ponga en evidencia una fuerte participación de los impulsos parciales sado-masoquistas. Del mismo modo, supongo que la epilepsia se sitúa al límite de las neurosis de transferencia y de las neurosis narcisistas, y formulo la misma hipótesis en lo que se refiere a los tics.<sup>4</sup>

La intensidad de la crisis hace pensar que se trata de una regresión narcisista mucho más profunda que el sueño normal, algo que se parece a la rigidez cataléptica y a la flexibilidad cérica del catatónico. Mientras que en la descarga motriz y el delirio postepiléptico, el enfermo se debate aún contra el mundo exterior o bien vuelve su agresividad contra sí mismo, o sea, se agarra todavía a la “relación de objeto”.

La teoría de la regresión epiléptica permite arrojar alguna luz sobre la estrecha relación que existe entre la crisis epiléptica y el estado de sueño (que es un grado más débil de la misma regresión), así como sobre la asociación entre la disposición a la epilepsia y otras perturbaciones orgánicas del desarrollo, o determinados atavismos. Podría volver de nuevo sobre el caso en que el epiléptico en crisis se asfixia realmente en lugar de ser despertado por el bloqueo respiratorio. La literatura médica relata casos en que el enfermo, con la cabeza introducida en el agua, se ahoga cuando un simple movimiento hubiera bastado para salvarle la vida; me han referido también un caso en que el enfermo sufría sus crisis por la noche y, como si fuera a propósito, tenía la costumbre de dormir boca abajo, con la boca y las narices amenazadas de obstrucción por la almohada (este enfermo murió durante una crisis, pero sin testigos, de manera que no fue posible establecer las circunstancias exactas de su muerte). Podría decirse que sólo merecen el nombre de “epilepsia” los casos en que la inconsciencia no puede ser modificada por ninguna interrupción respiratoria, ni siquiera provocada. Pero hay otro punto de vista que también merece atención, y es que la inconsciencia epiléptica puede ser más o menos profunda y que los casos en los que el paciente se asfixia representan situaciones extremas en las que la regresión prenatal ha ido por así decir más allá de la situación intrauterina, hasta el estado de la no-vida.<sup>5</sup>

También el mundo animal nos ofrece ejemplos en los que el organismo se pone a cubierto de un sufrimiento intolerable por la partición o la autonomía. Podría verse en ello el prototipo filogenético de esta “revuelta contra la propia persona”, que se manifiesta en muchas neurosis (histeria, melancolía, epilepsia). La hipótesis metapsicológica que correspondería a este modo de reacción sería la de una retirada del bloqueo libidinoso del organismo propio, que es tratado entonces como algo extraño al Ego, es decir, como algo hostil. Un gran sufrimiento o un intenso dolor físico pueden reforzar la aspiración a una quietud absoluta, es decir, la quietud de la muerte, hasta el punto de que todo lo que puede perturbar esta tendencia suscita una reacción de defensa y de hostilidad. He podido constatarlo en el triste caso de una mujer agonizante en medio de indecibles sufrimientos, que respondía a cualquier tentativa terapéutica que tratara de sacarla de su letargo creciente con movimientos de cólera e incluso con violentos movimientos de defensa. Considerado desde este ángulo, la crisis de epilepsia podría ser descrita como una *tentativa de suicidio por bloqueo respiratorio*, más o menos seria, fracasada simbólicamente en los casos benignos, pero realizada en algunos extremos.

Puede que en la crisis epiléptica la *zona erógena respiratoria* -cuya primacía en el caso de algunos problemas respiratorios del niño ha sido señalada por el doctor Forsyth, de Londres- desempeñe el papel de zona predominante.

Quienes conocen la importancia verdaderamente prodigiosa del simbolismo en la vida, y la regularidad con que se asocian el simbolismo de la muerte y el cuerpo materno en los sueños y en las neurosis,<sup>6</sup> apenas

---

3.- La epilepsia jacksoniana que se produce por una irritación puramente mecánica de los centros motores del cerebro, no puede clasificarse entre las epilepsias psicógenas en el sentido en que aquí se describen.

4.- “Reflexiones psicoanalíticas sobre los tics”.

5.- Véase la indicación de Freud sobre el impulso de muerte en “Más allá del principio de placer”, en Ensayos psicoanalíticos.

6.- Véanse mis recientes trabajos sobre el simbolismo: “Simbolismo del puente” y “Simbolismo del puente en la leyenda de Don Juan”, en este mismo volumen.

se sorprenderán si la crisis epiléptica demuestra proceder de esta doble significación.

Según esta interpretación de las crisis, la personalidad del epiléptico aparecería como la de un ser con impulsos particularmente fuertes y con afectos violentos, que consiguen protegerse durante bastante tiempo de las explosiones mediante un rechazo muy riguroso de sus impulsos, y a veces también con ayuda de reacciones reactivas, tales como una gran sumisión o una religiosidad exagerada, pero que periódicamente, al llegar el momento, libera estos impulsos y los deja desencadenarse, a veces con una bestial indiferencia hacia los demás, contra el mundo entero o contra su propia persona que se ha convertido en un ser extraño y hostil. Esta descarga afectiva le procura entonces un apaciguamiento parecido al sueño -a menudo de corta duración-, cuyo prototipo es la quietud intrauterina o la muerte.

En determinados casos, en particular durante el aura, o en el curso de los estados llamados crepusculares y sus “equivalentes” epilépticos, predomina la agresión contra el mundo exterior que puede manifestarse por asesinatos en serie y un ciego furor destructivo. En otros casos, la furia se vuelve contra la propia persona y sólo se apacigua cuando la inconsciente intención suicida alcanza su objetivo. El “mal menor”, o ausencias pasajeras sin convulsiones, parece afectar a los sujetos que consiguen alcanzar la dicha de este estado de reposo embrionario pasajero sin descarga afectiva crítica, simplemente mediante una retirada de la libido y del interés del mundo exterior, bloqueando la función de percepción.

El importante número de delinquentes sexuales entre los epilépticos y la multiplicidad de perversiones sexuales que presentan, a menudo en combinaciones extraordinarias, testimonian suficientemente la considerable importancia que tiene la sexualidad entre los impulsos descargados en la crisis epiléptica.<sup>7</sup> En algunos casos, la crisis llega a constituir un “equivalente de coito”, por ejemplo, en un enfermo que observé que sólo podía evitar la crisis si realizaba un coito diario y a veces más de uno. El parecido en muchos aspectos entre la crisis epiléptica (y según Freud, entre la crisis histérica) y el desarrollo del coito -convulsiones, modificaciones del ritmo respiratorio, perturbaciones de la conciencia, etc.- fue admitido ya por los médicos de antaño. Espero poder proporcionar una vez más la clave teórica que permite explicar las múltiples analogías entre sueños, crisis y orgasmo, cuando aborde el sentido de esta curiosa coordinación de los actos agresivos y de las alteraciones del estado psicofísico que se denomina acto sexual y que se halla con esta notable similitud en muchas especies animales.<sup>8</sup>

De momento me contentaré con indicar que según mi tesis, en el orgasmo, el conjunto de la personalidad (el Ego) se identifica con el órgano genital y -lo mismo que en el sueño y en algunas fases de la crisis epiléptica- llega a la situación intrauterina de modo *alucinatorio*; el miembro viril que progresa hacia el útero alcanza este objetivo de manera parcial o, más exactamente, “*simbólica*”, y únicamente la secreción genital, el esperma, tiene el privilegio de llegar a él realmente.

**(Sándor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo III, 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](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).

7.- Maeder “Sexualidad y epilepsia”, Jahrb f. Psychoanal. v. Psychopath. Forsch. , t. I., 1909.

8.- “Thalassa”, en este mismo volumen.