

EL PSICOANÁLISIS Y LAS PERTURBACIONES MENTALES DE LAS PARÁLISIS GENERAL¹ (teoría). (1922a).



Sándor Ferenczi

El psicoanálisis puede abordar las perturbaciones psíquicas de la parálisis desde ángulos diferentes, pero el mejor punto de partida sería a mi parecer la relación entre la enfermedad física y los estados psíquicos. Lo que la psiquiatría descriptiva nos enseña a este respecto puede resumirse en una variante de la vieja fórmula *mens sana in corpore sano*. Se nos ha dicho que algunas perturbaciones mentales parecen ser la consecuencia directa de la enfermedad o de lesiones físicas. En cuanto al “cómo” de la relación enfermedad física-perturbaciones mentales, la psiquiatría prefreudiana nos deja en la más completa oscuridad. En consecuencia, el psicoanálisis sólo se interesa por esta cuestión tras la aparición de “Introducción al narcisismo”.² El comportamiento del individuo durante los períodos de invalidez física es uno de los factores que han decidido a Freud a considerar el narcisismo, es decir, la relación libidinosa con el propio Yo, como un fenómeno universal y no como una perversión extraña, según se había hecho hasta entonces.³ El hombre enfermo retira su interés y su afecto de los objetos del mundo exterior desplazándolos más o menos exclusivamente sobre sí mismo o sobre su órgano enfermo. Se convierte en “narcisista”, dicho de otro modo, la enfermedad le lleva a retornar a un estadio de desarrollo por el que ya ha pasado en su infancia. Continuando estas reflexiones, he descrito el cuadro clínico de la patoneurosis,⁴ una neurosis específicamente narcisista, que entraña a veces la enfermedad o la lesión de una parte del cuerpo o de un órgano, vitales o particularmente queridos por el Ego, sobre todo las zonas erógenas. El fondo de la teoría de las patoneurosis se halla en la siguiente proposición: las cantidades de libido pueden acumularse no sólo en el Ego en general sino también en el propio órgano enfermo (o en su representante psíquico) y a estas cantidades de libido hay que atribuirles un papel en las tendencias orgánicas a la regeneración y a la curación. Esta hipótesis está confirmada por algunas observaciones sobre las neurosis de guerra.⁵ Se ha constatado, en efecto, que un choque, si va acompañado de una herida grave, no va seguido de efecto traumático, o al menos éste es menor que en el caso de un choque sin consecuencias físicas. Este hecho aparentemente paradójico puede explicarse mediante la hipótesis de que la libido narcisista movilizada por el traumatismo, la libido considerada por el psicoanálisis como causa de la neurosis traumática, es utilizada en parte cuando existe herida simultánea de un modo “patoneurótico”, que se vincula al órgano herido y que en consecuencia no puede flotar libremente ni constituir un factor de neurosis. Por último, podemos mencionar otros dos puntos. En primer lugar, una lesión o una enfermedad de las zonas erógenas puede provocar graves enfermedades psicóticas: por ejemplo, las psicosis puerperales constituyen a mí parecer patoneurosis de este tipo. En segundo lugar, como el propio Freud ha indicado, las psicosis narcisistas graves de naturaleza puramente psicógena, tal como la melancolía, curan a menudo inesperadamente a

1.- El original alemán constituye el capítulo III de un libro escrito en colaboración con Hollós.

2.- Freud: “La vida sexual”.

3.- Freud atribuye la evaluación que ha hecho del factor enfermedad a una sugestión oral del autor.

4.- Ferenczi: “Sobre las patoneurosis”, colección de artículos aparecidos en los tomos II y III de esta edición.

5.- “El psicoanálisis de las neurosis de guerra” (en este volumen). Contribuciones de Freud, Ferenczi, Abraham, Simmel y Jones. Inter. PsA. Biblio., nº 1, 1919.

consecuencia de una enfermedad orgánica intercurrente que asimila el exceso de libido.

Todos estos datos parecen hallarse alejados de nuestro tema, pero los hemos citado aquí porque vamos a intentar presentar algunos de los síntomas psíquicos de la parálisis general como síntomas de una *patoneurosis cerebral*, es decir, como una reacción neurótica al daño sufrido por el cerebro o por su funcionamiento.

Por supuesto que nadie se atreverá a subestimar la importancia y el papel fundamental de los síntomas puramente físicos de la parálisis general: parálisis y fenómenos de irritación en las esferas motriz, vegetativa y sensorial. También se admite que las perturbaciones de las funciones psíquicas deben considerarse en parte como las consecuencias directas del proceso orgánico. Sólo nos resta añadir que una parte de los síntomas psíquicos, posiblemente no la de menor importancia, corresponde de hecho a una *tentativa de dominar la cantidad de libido movilizada por la lesión cerebral*.

Al llegar a este punto, es posible que el lector no iniciado en la literatura psicoanalítica se extrañe y se pregunte qué tiene que ver con la libido una enfermedad cerebral; el cerebro, pensará, no es una “zona erógena” cuya lesión es susceptible de provocar una patoneurosis en el sentido antes definido. No es difícil refutar esta objeción. En primer lugar, creemos, de acuerdo con la “teoría de la sexualidad”, que no hay ningún órgano del cuerpo cuya excitación o lesión no hagan intervenir a la sexualidad; por otra parte, tenemos muchas razones para suponer que el cerebro y su funcionamiento gozan de un bloqueo y de una estima particularmente importantes por parte de la libido narcisista. En efecto, lo mismo que en el desarrollo las zonas erógenas periféricas renuncian a la mayor parte de su propia satisfacción autónoma en provecho de la zona principal (la genital), que en consecuencia prima sobre todas las demás, el cerebro se convierte también, durante el desarrollo, en el *órgano central de las funciones del Ego*.⁶ “Posiblemente el resultado más importante obtenido por el desarrollo orgánico que tiende a la división del trabajo sea la diferenciación que se opera entre los sistemas orgánicos específicos, cuya labor consiste en dominar y repartir las excitaciones (aparato psíquico), y los órganos específicos que permiten la descarga periódica de las cantidades de excitación sexual acumuladas en el organismo (órganos genitales). El órgano que reparte y gobierna las excitaciones entra en relación cada vez más estrecha con los impulsos del Ego y, al llegar a su máximo desarrollo, se convierte en el órgano del pensamiento, el órgano de la prueba de realidad. El órgano genital, por el contrario..., se convierte en el órgano erótico central”.⁷

Pero mientras el órgano genital, órgano consagrado exclusivamente al amor de objeto, muestra con evidencia su carácter sexual, la armonía narcisista-libidinosa, que acompaña con sordina todos nuestros actos psíquicos superiores en forma de un “sentimiento del propio valor” o de una “conciencia propia” más o menos racionales puede solamente deducirse de determinados procesos psicopatológicos.

Podemos suponer ahora que la afección metaluétrica del cerebro, cuando ataca al órgano central de las funciones del Ego, no provoca sólo “deficiencias” sino que actúa además en forma de traumatismo, perturbando el equilibrio de la economía de la libido narcisista, perturbación expresada por los síntomas psíquicos de la parálisis general.

Naturalmente, esta hipótesis no pretende ser plausible más que a condición de contribuir a una mejor comprensión tanto de algunos síntomas de la parálisis como del desarrollo completo de la enfermedad. En consecuencia, vamos a examinar de nuevo los estadios psíquicos de la parálisis general a la luz de esta hipótesis. En términos generales podemos conservar el esquema establecido por Bayle hace ya más de un siglo y dividir el curso de la parálisis en cuatro estadios: *la depresión inicial, la excitación maníaca, la formación de delirios paranoicos y la demencia terminal*.

La parálisis comienza a menudo por síntomas que dan al enfermo la impresión de sufrir una “neurastenia”, impresión general que obedece a los síntomas de un debilitamiento de las capacidades físicas y psíquicas. Es el único estadio de la enfermedad caracterizado exclusivamente por deficiencias y a veces pasa desapercibido, pues generalmente los enfermos emprenden un tratamiento médico en un estadio más tardío, caracterizado ya por tentativas de compensación. Entre los múltiples síntomas de este período “neurasténico” citemos

6.- Schopenhauer define el intelecto y su órgano, el cerebro, como el polo opuesto a la sexualidad y a su órgano.

7.- “Fenómenos de materialización histérica”, en este volumen.

la frecuente disminución de la libido genital y de la potencia; apoyándonos en las experiencias de otras enfermedades y sobre todo en las neurosis traumáticas, podemos considerar sin duda este síntoma como el signo de la retirada del interés libidinoso de los objetos sexuales, y podemos prepararnos a observar cómo la cantidad de libido retirada de los objetos aparece más adelante y sirve para fines diferentes.⁸

No tendremos que esperar mucho tiempo para ver la confirmación de esta hipótesis. En las formas depresivas de la parálisis, este estadio inicial es seguido inmediatamente a veces de *sensaciones hipocondríacas* extraordinarias en todo el cuerpo. Los pacientes se lamentan de tener una piedra en el estómago, afirman que su cabeza se ha convertido en un agujero vacío, que todo su cuerpo se halla atormentado de continuo por los gusanos, que su pene está carcomido, etc. Sigamos la teoría de Freud en lo que respecta a la hipocondría y consideremos que es una neurosis narcisista actual susceptible de ser explicada por la acumulación dolorosa de la libido narcisista en los órganos del cuerpo. Contentémonos con añadir que la hipocondría no aparece sólo en los individuos cuyos órganos están intactos desde el punto de vista anatómico -lo que ocurre en el caso de la hipocondría neurótica habitual-, sino en asociación con lesiones y enfermedades verdaderas, cuando la cantidad de libido movilizada como “antibloqueo” del proceso orgánico excede el nivel exigido por las tendencias a la curación y debe ser dominada psíquicamente. Tal es, precisamente, el caso de las patoneurosis. El estallido repentino del síndrome hipocondríaco en la parálisis depresiva no es, pues, un argumento de poca monta en favor de la base patoneurótica de las perturbaciones mentales de la parálisis.

En muchos casos, el estadio inicial neurasténico-hipocondríaco permanece latente y, como ha indicado especialmente Hollós, los enfermos se hacen tratar cuando han alcanzado ya un estado de *euforia* en el que se entregan a una actividad desbordante con una potencia y una libido recuperada. Pero esta euforia y este interés creciente por el mundo exterior, y en primer lugar por los objetos sexuales, no son más que una tentativa de supercompensar el desagrado narcisista-hipocondríaco mediante un bloqueo del objeto frenético. En realidad, vemos muchas veces apuntar claramente la tonalidad hipocondríaca tras esta exaltación que proviene de una actividad excesiva de las funciones físicas y no es difícil en consecuencia ver en esta euforia una “*hipocondría afectada por un signo positivo*”.

Los síntomas de estos dos estadios preliminares que, como hemos dicho, se presentan en muchos casos de forma larvada poco clara, atañen aún esencialmente a la esfera fisiológica y orgánica; no afectan al psiquismo más que en la medida en que éste reacciona frente a la hipocondría patoneurótica con un desagrado excesivo y frente a la supercompensación eufórica con afectos de placer. Estos dos estadios preliminares merecen ser aislados, como *estadios de la psicosis actual paralítica*, de la superestructura psicótica ulterior que transcurre generalmente en el ámbito psíquico.⁹

La psicosis actual paralítica se compone, pues, de síntomas de los que una parte puede atribuirse a un escape de la libido fuera de los objetos, o incluso a su recuperación forzosa, debiendo atribuir la otra parte a un aumento de la libido provocada por la lesión orgánica, en forma de una patoneurosis narcisista.

En general, el humor eufórico del enfermo no dura mucho tiempo. Cuando los signos de deficiencia física y mental aumentan y se multiplican, cuando las funciones más simples y más naturales del Ego o del organismo acaban por resultar afectadas y aparecen la disartria, la parálisis de los esfínteres, etc., así como una deterioración intelectual, se desarrolla una verdadera *melancolía paralítica*, acompañada de insomnios, de autoacusaciones, de tendencias suicidas, de pérdida del apetito y de debilitamiento general, y sólo la presencia de signos psíquicos incurables de la enfermedad cerebral permite diferenciar esta melancolía de la melancolía psicógena.

8.- Contra la hipótesis según la cual las perturbaciones de la potencia pueden tener un origen puramente anatómico, por ejemplo, explicarse por los procesos de degeneración de los centros nerviosos de la erección y de la eyaculación o de las vías de conducción, basta invocar los estados ulteriores de exaltación y los estados de remisión en el curso de los cuales la potencia sexual en el hombre y la sensibilidad sexual correspondiente en la mujer pueden recuperar un vigor juvenil.

9.- Según Freud, la hipocondría psicógena (de los esquizofrénicos) se produce cuando la libido narcisista imposible de dominar psíquicamente queda vinculada a un órgano. En la hipocondría patoneurótica, el enfermo debe dominar psíquicamente la libido narcisista que no se halla suficientemente vinculada al proceso orgánico.

No hay ninguna razón para no aplicar a la melancolía de la parálisis general la teoría psicoanalítica que ha permitido por vez primera a Freud explicar el mecanismo y la economía psíquica de la melancolía psicógena.¹⁰ Según esta teoría, la melancolía psicógena es una psicosis narcisista; sus síntomas son la expresión psíquica de la enorme herida y del empobrecimiento en libido que el Ego del enfermo ha sufrido al perder o desvalorizarse un Ideal con el cual se identificaba totalmente. La tristeza corresponde al duelo inconsciente de este Ideal; las autoacusaciones son en realidad acusaciones dirigidas a otro y en la tendencia suicida se ocultan impulsos criminales contra el antiguo objeto de amor y contra la parte propia identificada con él. Otra parte de los síntomas se explican por la regresión de la libido a estadios de organización arcaicos (erotismo oral y sadismo).

En cuanto a saber si sólo existen “melancolías de identificación” o si hay también melancolías que provengan de un daño sufrido directamente por el Ego, Freud deja esta cuestión sin respuesta.

Por mi parte pienso que con la melancolía paralítica nos hallamos ante una psicosis de este tipo, consecuencia de una herida directa del Ego, cuyos síntomas -depresión, autoacusaciones y tendencias suicidas- se refieren a una *parte de sí mismo que ha perdido sus capacidades y sus aptitudes antiguas a consecuencia de la enfermedad cerebral*, pérdida que hiere profundamente el amor propio del enfermo y disminuye la estima en que se tiene. El melancólico afectado por la parálisis general llora la *pérdida de su Ideal propio anteriormente realizado*.

Mientras las deficiencias afectaban únicamente a los órganos periféricos, el paralítico podía mantenerse psíquicamente con una hipocondría patoneurótica, e incluso con una euforia reactiva, o sea, permaneciendo todavía dentro de una “neurosis actual”. Pero cuando el proceso de deterioración se extiende a las actividades más queridas del Ego e invade los ámbitos intelectual, moral y estético, la percepción de esta deterioración entraña forzosamente un sentimiento de empobrecimiento en lo que concierne a la cantidad global de libido narcisista que, como hemos indicado en su lugar, se halla unida a la buena marcha de las funciones mentales superiores.

Una parte de la cantidad de libido retirada de los objetos puede todavía unirse al Ego, que de esta forma puede protegerse de la enfermedad. Incluso la mutilación del cuerpo, la pérdida de un miembro o de un órgano de los sentidos no suponen forzosamente una neurosis; mientras la libido está satisfecha del valor de sus propias realizaciones psíquicas, es capaz de superar toda deficiencia física con filosofía, humor o cinismo, incluso con orgullo, arrogancia o menosprecio. Pero ¿a qué puede acogerse la libido cuando se ha retirado desde hace tiempo de los objetos, cuando no encuentra ya placer en las realizaciones de un organismo debilitado, inservible, y cuando se ve arrojada de su último refugio, la estima propia y la consideración para el Ego mental? Tal es el problema al que se enfrenta el desgraciado paralítico, el problema que debe afrontar en la fase melancólica.¹¹

Si algunos paralíticos “hipomaníacos” prosiguen vanamente este trabajo de duelo hasta su muerte, la mayoría de los enfermos llegan a desentenderse mediante un *mecanismo reactivo megalomaniaco y maniaco* o incluso, más raramente, mediante una *psicosis de deseo alucinatorio*.

Las observaciones comunicadas en el capítulo precedente¹² muestran enfermos que se consagran en general a este trabajo de defensa, y que se hallan en un estadio maniaco-alucinatorio; pues sólo en este estadio se presentan en el hospital la mayor parte de los enfermos. Mientras que las fases de “psicosis

10.- Freud: “Duelo y melancolía”, en *Metapsicología*.

11.- El Ego corporal resultaría abandonado con más dificultad y se valoraría menos que el Ego psíquico. Citemos a favor de esta hipótesis una observación frecuente en psicoanálisis: hay pacientes que aunque dejan examinar sin dificultad sus órganos genitales a un ginecólogo, dejan pasar a menudo semanas antes de decidirse a hablar tímidamente de su vida sexual. “Hay cosas que se hacen pero que no se dicen”. De este modo el catatónico en estado de flexibilidad cérea hace todo lo que se quiera con su cuerpo, que se ha convertido en algo tan indiferente como el mundo exterior; todo su narcisismo se retira sobre su Ego mental, especie de ciudadela todavía defendida mientras que todas las fortificaciones externas e internas se han perdido ya. Véase a este respecto mi artículo “Consideraciones psicoanalíticas sobre los tics”, en este volumen.

12.- Se trata de un capítulo escrito por Hollós. (N del T.).

actual” y de “melancolía depresiva” permanecen a menudo latentes y desaparecen rápidamente (el entorno del enfermo las atribuye por eufemismo a un “humor inestable”), los síntomas intensos y tenaces de la megalomanía parálitica no dejan ninguna duda sobre la gravedad de la enfermedad mental.

En definitiva, la interpretación psicoanalítica de los síntomas maníacos y megalomaniacos de la parálisis sigue la teoría freudiana relativa a la manía psicógena y la concibe como una victoria conseguida sobre el duelo melancólico, victoria que se hace posible por la disolución en el Ego narcisista del Ideal propio alterado por identificación (que es objeto de duelo y de odio a causa de la depreciación sufrida).¹³

En la manía psicógena comprendemos perfectamente este proceso: basta que el paciente abandone la identificación con un objeto extraño (una persona) para que el “antibloqueo” movilizado en vistas a dominar el duelo relativo a esta persona quede disponible para una utilización maníaca; el Ego narcisista, al que las exigencias del Ideal dejan en paz, puede sentirse de nuevo dichoso. ¿Pero qué ocurre en la melancolía parálitica? ¿Puede uno en efecto liberarse de las partes integrantes del Ego propio que han resultado perjudicadas directamente por la enfermedad? El fenómeno que mencionamos en nota, este “secuestro” del cuerpo fuera y lejos del Ego en algunos catatónicos, justifica sin duda el que se espere que este proceso vaya más lejos y alcance al Ego mental. Según la concepción aquí presente, en la parálisis general este proceso hace intervenir una *regresión a etapas anteriores del desarrollo del Ego*.

Es preciso recapitular ahora brevemente el curso seguido por el desarrollo del Ego, en la medida en que el psicoanalista llega a comprenderlo. Al llegar al mundo, el ser humano espera poseer una omnipotencia incondicional, esperanza justificada por su existencia intrauterina, en la que ha vivido sin deseos y al abrigo de cualquier perjuicio. Los cuidados que se prodigan al recién nacido permiten a éste mantener la ilusión de la omnipotencia si se adapta a determinadas condiciones, mínimas al principio, que le son impuestas por el mundo exterior. Así se desarrolla el estadio de la omnipotencia alucinatoria al que sucede el estadio de la omnipotencia con ayuda de gestos mágicos. Luego, tras estos dos estadios, viene el dominio del “principio de realidad”, es decir, el reconocimiento de los límites impuestos a nuestros deseos por la realidad.¹⁴ Pero la adaptación a la realidad exige una renuncia aún mayor a la afirmación narcisista de uno mismo que el reconocimiento de la realidad. El entorno exige del adulto no sólo el sentido de la lógica sino cualidades como la atención, la habilidad, la inteligencia, la prudencia y, además, condiciones morales y estéticas; le sitúa también en coyunturas en las que debe sacrificarse, e incluso comportarse con heroísmo. Toda esta evolución, desde el narcisismo más primitivo hasta la perfección exigida (al menos teóricamente) por la sociedad, no se consigue espontáneamente sino bajo la constante influencia de la educación. Si ampliamos al conjunto de este proceso evolutivo la concepción de Freud en cuanto al papel de la formación del Ideal en el desarrollo del Ego,¹⁵ la educación de los niños y de los adolescentes puede definirse como una serie ininterrumpida de identificaciones con los educadores tomados como ideales. En el transcurso de esta evolución, los ideales del Ego, así como las renunciaciones y las frustraciones que exigen, ocupan cada vez más espacio y, según Freud, constituyen ese “núcleo del Ego” que se comporta como el “sujeto”, que critica al resto del Ego que permanece aún en forma narcisista y fundamenta las instancias de la conciencia, la censura, la prueba de realidad y la autoobservación. La adquisición de cualquier nueva capacidad o aptitud representa el cumplimiento de un ideal y procura, además de su utilidad práctica, una satisfacción narcisista, un aumento de la propia estima, la restitución de la grandeza del Ego menoscabada por las exigencias del Ideal del Ego que no han sido satisfechas. Naturalmente, la libido dirigida sobre los objetos debe consistir también en una cierta educación, que a decir verdad no es severa, y debe aprender a renunciar al menos a las infracciones groseras de la moral sexual (incesto y parte de las perversiones); el amor de objeto debe hacerse por consiguiente “conforme al Ego”, sometiendo a los puntos de vista de la utilidad y de la estima propia narcisistas.

De este modo, cuando la enfermedad cerebral parálitica ha supuesto la destrucción de los productos

13.- Véanse las reflexiones de Freud sobre este punto en “Duelo y melancolía” y en “Psicología colectiva y análisis del Ego.

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

15.- Freud: “Introducción al narcisismo” y “Psicología colectiva y análisis del Ego”.

esenciales de desarrollo, cuando la introspección revela al núcleo del Ego la desaparición no sólo de las aptitudes físicas más importantes, sino también de las capacidades mentales más valoradas, el núcleo del Ego responde a esta pérdida de valor personal con la melancolía parálitica que hemos descrito brevemente. Y cuando el dolor se hace insoportable -lo que ocurre durante la mayor parte del tiempo-, se abre una nueva vía para el narcisismo, que consiste en *regresar a fases del desarrollo que, a pesar de su carácter primitivo, se han conformado ya anteriormente al Ego*. Si el enfermo consigue abandonar los ideales que le ha impuesto la educación establecida por la civilización y reactivar de modo regresivo los recuerdos de formas de actividad y de satisfacción impregnadas de narcisismo primitivo, su narcisismo actual se hallará de nuevo al abrigo, y el declive progresivo de su valor real no puede afectarle en lo sucesivo. Luego, cuando el proceso parálitico gana cada vez más terreno, socava, por decirlo así, una a una las capas sucesivas del árbol de la vida y reduce al enfermo a funciones cada vez más primitivas, la libido narcisista continúa sobreviviendo a estos estados como una sombra, siempre por la vía de la regresión, y esto es posible porque hubo un tiempo, en la infancia y en la adolescencia, en que el ser humano, a pesar de su incapacidad, podía sentirse contento de sí mismo e incluso omnipotente.

La fase maníaca-megalomaniaca de la parálisis (que a menudo se considera como la primera fase) constituye, pues, una *regresión progresiva de la libido narcisista a etapas superadas del desarrollo del Ego*. Desde el punto de vista psicoanalítico, la *parálisis progresiva* es de hecho una *parálisis regresiva*. De este modo, son reactivados uno tras otro los sistemas juveniles, y luego infantiles de prueba de realidad y de autocritica, las formas cada vez más ingenuas de fantasías de omnipotencia, todo el complejo deformado por vestigios de la personalidad sana (como ya Freud ha demostrado en la megalomanía esquizofrénica) y cortado a veces por períodos lúcidos de depresión donde los estragos causados al Ego pueden ser percibidos por el enfermo, al menos en parte.

El desarrollo de la psicosis parálitica, tal como lo hemos esbozado aquí, es particularmente evidente en los casos *cíclicos*. Allí alternan profundas depresiones melancólicas provocadas por el progreso triunfal del proceso de deterioración, con estados de aumento maníaco de la estima propia, es decir, con períodos de autocuración. El estado depresivo es el *fin del mundo* que el núcleo del Ego está obligado a constatar cuando se da cuenta de la pérdida de valor sufrida por todo el Ego; mientras que los *renacimientos* del estado de exaltación maníaca muestran que el Ego ha conseguido superar el trauma constituido por el empobrecimiento libidinoso y recuperar la autosatisfacción perdida, retornando a situaciones más primitivas de satisfacción.¹⁶

Vemos también aquí confirmarse la predicción de Freud de que el análisis de las psicosis debería revelar también, al estudiar la psicología del Ego, mecanismos de conflicto y de rechazo entre los elementos del Ego bastante análogos a los que se han descubierto ya entre el Ego y el objeto en las neurosis de transferencia. El “proceso de secuestro”, la manera en que el atentado sufrido anteriormente por el Ego es neutralizado en la fase maníaca, resulta muy semejante al rechazo neurótico, a la luz del cual se hace inconsciente una situación de frustración libidinoso por parte de un objeto. Para ello, se precisa naturalmente la ayuda de “recompensas” (Tausk), es decir, de compensaciones a la dicha pérdida en el presente, mediante el regreso a un bienestar anterior.

Considerados desde este ángulo, los síntomas de la megalomanía parálitica son más comprensibles. Se comprende por qué el paciente, cuyo cuerpo enfermo constituye tanto para él como para los demás la imagen de la miseria, no sólo se siente perfectamente bien, sino que descubre además una panacea contra todas las enfermedades y consigue para la humanidad la vida eterna. En efecto, en el estadio psíquico al que su Ego ha retornado basta con murmurar interiormente algunas palabras mágicas o con realizar determinados toques mágicos para que todo esto se realice. Incluso si no tiene más que un solo diente en la boca, su capacidad de regresión alucinatoria o delirante le permite sentirse provisto de muchas filas de espléndidos dientes. A pesar de su manifiesta impotencia, puede ufanarse de ser el creador de la humanidad, y para ello no tiene más que reanudar las teorías sexuales extragenitales de su infancia. La gran pérdida

16.- El doctor Hollós piensa que los procesos de destrucción del cerebro, las pérdidas de sustancia, corresponden al empobrecimiento de libido; mientras que los procesos de regeneración afectarían al crecimiento de la libido en el *órgano*.

sufrida en el plano intelectual no le hace padecer porque ha conseguido compensar todo lo perdido con satisfacciones arcaicas, orales y anales (glotonear, ensuciarse con los excrementos, etc.).

Aunque la magia alucinatoria no consigue conjurar la percepción de su decadencia, proyecta simplemente todo lo desagradable sobre su “otro yo”, e incluso aísla de su Ego mediante “secuestro” toda su existencia corporal y considera “aquello” (su cuerpo enfermo) como un Cristiano enfermo, mientras que él mismo aparece como Rey de los judíos, capaz de dilapidar sumas prodigiosas y de dar muestras de un poder colosal. De este modo, según ha observado Hollós, algunos enfermos se convierten sucesivamente en condes, príncipes, reyes y en el mismo dios. Cualquier pérdida real se ve compensada por una promoción social.¹⁷

Por un simple cálculo que aún es capaz de hacer intelectualmente, el enfermo puede perfectamente añadir los años pasados en la institución a la edad que tenía a su llegada, pero la autosatisfacción de su Ego es mucho más importante que cualquier matemática, y si se le pregunta su edad, dirá la que tenía antes de su dolencia, los sombríos años de su enfermedad son simplemente anulados, como hace el niño del hermoso poema de Wordsworth, que no cesa de afirmar “Somos siete” cuando sus hermanos y hermanas están ya en el cementerio.

Paralelamente a este declinar de la personalidad, pueden revivirse de forma sucesiva todas las etapas superadas del erotismo y de la organización libidinosa: tendencia al incesto, homosexualidad, exhibicionismo, escoptofilia, sadomasoquismo, etc. Se diría que todo el proceso que, en el curso del desarrollo, ha conducido a la “polarización” de los contenidos impulsivos entre el centro del Ego (el cerebro) y los órganos genitales resulta poco a poco anulado y que el Ego, liberado ya por la educación de estos “malos” impulsos, se halla de nuevo dominado por el erotismo. De este modo, cuando más progresa la enfermedad, mayor es la pérdida de toda inhibición experimentada por el enfermo, que llega a considerarse omnipotente; finalmente, muere en la euforia, como un niño desarmado pero dichoso.¹⁸

Puede llevarse aún más lejos la analogía que hemos establecido entre la manía-melancolía de la psicosis y la de la parálisis general si se recuerdan las palabras de Freud en su introducción a la “Psicología colectiva”: “En la vida psíquica del individuo, el otro figura por lo general como modelo, objeto, auxiliar o adversario, y al principio la psicología individual es al mismo tiempo psicología social, en el sentido amplio, pero realmente correcto del término”.

En la melancolía psicógena, se trata del duelo provocado por la pérdida de un Ideal del Ego que sirve de modelo, en otros términos, de una moción de odio contra determinadas porciones del Ego en pleno proceso de identificación; por el contrario, el proceso paralítico destruye una a una todas las identificaciones realizadas con éxito, cuya suma representaría el Ideal del Ego ya *alcanzado* por el paciente.

17.- Las observaciones de Groddeck, que recurre al psicoanálisis para demostrar toda la influencia del psiquismo sobre el comportamiento nutritivo del hombre, permiten considerar un síntoma tan característico –el *aumento de peso* del paralítico– como la expresión física de su tendencia a la *dilatación del Ego*, o sea, de su narcisismo. Considérese a este respecto las expresiones “hinchado, lleno de orgullo”. En húngaro se dice de una persona vanidosa que “engorda con la adulación”.

18.- En su artículo “Psicoanálisis y psiquiatría” (número dos de Inter. Zeitschr., f. PsA.), A. Stärcke se extraña de que aún no se haya constituido una psiquiatría clínica basada en mis “Estadios del desarrollo del sentido de realidad”. Este ensayo puede considerarse efectivamente como una primera tentativa en este sentido. Por otra parte, el propio Stärcke dice que en las psicosis “capas paleotípicas que habitualmente se encuentran muy profundas y que sólo un difícil trabajo de desescombros permite alcanzar... aparecen abiertamente”.

No es un azar que existan tan estrechas relaciones entre *la sífilis y la libido*. Además de los afectos primarios, algunas florescencias secundarias van a unirse con predilección a las zonas erógenas (boca, ano, órganos genitales), pero no es fácil encontrar las infiltraciones terciarias. En la parálisis general, las espiroquetas parecen haber establecido la antigua relación y haberse instalado en la “zona narcisista”. Habría que recordar aquí la antigua advertencia hecha por Freud: las neurosis graves, lo mismo que las perturbaciones de la economía libidinosa, son extraordinariamente frecuentes en los descendientes de sífilíticos. Por otra parte, Freud ha llamado también la atención sobre las diferencias que presenta el curso de la sífilis en el hombre y en la mujer, diferencias que parecen indicar que la virulencia de la enfermedad depende del quimismo sexual.

Como ha sido demostrado por las alucinaciones, las personificaciones, etc., tan frecuentes en las psicosis, las identificaciones e ideales, lo mismo que los primeros estadios del desarrollo, deben concebirse como complejos relativamente independientes y homogéneos en el interior del Ego, susceptibles de hallar su independencia en el sueño y la psicosis. En cualquier caso, el lento “proceso de secuestro” de la parálisis puede compararse al mecanismo de la proyección y ser considerado como el opuesto de estas progresivas “introyecciones de ideales”, lo inverso de lo que parece constituir el desarrollo del Ego a la luz del psicoanálisis.

Incluso el último estadio de la parálisis, “el embrutecimiento” completo, no es sólo la consecuencia directa de la destrucción del tejido nervioso. El psiquismo del paralítico puede evitar la parálisis hasta el último momento esforzándose por mantener al máximo la satisfacción, y hasta cierto punto la unidad del Ego; y el “secuestro” de todo lo doloroso persiste “hasta los límites de la inconsciencia” en la medida en que este proceso desarrolla la regresión infantil e inclusive la regresión fetal.

Sin embargo, una teoría psicoanalítica debe hacer más comprensibles los diferentes *modos de desarrollo* de la parálisis. Los tipos principales son la parálisis melancólica (hipomaníaca), la parálisis maníaca (megalomaníaca) y el simple embrutecimiento. En lo que concierne a la patogénesis de las neurosis, el psicoanálisis propone una ecuación etiológica general cuyos elementos son a la vez constitucionales y traumáticos. La parálisis no puede ser excepción a esta regla. La “elección de la neurosis”, es decir, la elección del tipo de neurosis en el que se refugia el psiquismo en retirada, depende también de estos dos factores. El factor *endógeno*, considerado ya de múltiples formas en la literatura, se inserta orgánicamente a este nivel en la parálisis general. La constitución del Ego y de la libido, puntos débiles del individuo, “puntos de fijación” de su desarrollo, no pueden quedar indiferentes ante el desenvolvimiento del proceso patológico y la forma en que el psiquismo reacciona a la afección cerebral. Podemos suponer a priori que en un individuo con gran narcisismo la parálisis tomará un tinte diferente, y la psicosis seguirá un curso distinto al que hubiera tomado en un individuo del tipo “neurosis de transferencia”; que en los procesos de regresión de un individuo o ficciones orales o sádico-anales los síntomas dominantes serán diferentes de lo que sería si la primacía de la zona genital estuviera plenamente establecida. Además, el pasado del enfermo, el desarrollo del Ego que se ofrece retrospectivamente a su mirada, el nivel cultural que ha alcanzado y el de los ideales que ha realizado, son elementos relacionados con la forma y la intensidad de la reacción patoneurótica y psicótica. Las investigaciones futuras deberán mostrar en detalle la influencia del carácter del Ego y del carácter sexual sobre la sintomatología de la parálisis general.

Mientras tanto, pueden afirmarse ya algunas cosas de la relación entre el trauma y la elección de los síntomas psicóticos. No se trata de la significación posible del estado anatomopatológico, aunque posiblemente llegará el día en que consigamos explicar más o menos éste, sino más bien de algunos factores *temporales* y *tópicos* del desencadenamiento de la enfermedad.

Lo mismo que una muerte inesperada provoca un duelo tenso o que una decepción repentina infligida por el objeto amado narcisistamente suscita un humor melancólico más vivo, puede esperarse que el proceso cerebral, que también aparece de un modo brutal, entrañe una reacción patoneurótica más intensa, que impulsará al psiquismo a un trabajo de compensación más intenso que el que forzaría una enfermedad cerebral de comienzo imperceptible y lento progreso. En este último caso, esperamos más bien un simple proceso de demencia, pues falta aquí el factor traumático que obligaría a movilizar grandes cantidades de libido narcisista y provocaría una melancolía y una manía paralíticas.

Además de este factor temporal, hay que contar con un factor tópico, que no hay que tomar de momento en el sentido de una localización anatómica o histológica, sino en el sentido del tópico de que habla Freud en la *Metapsicología*.¹⁹ La violencia de la reacción melancólica a la enfermedad cerebral y por supuesto la violencia de la contra-reacción maníaca deben ser consideradas, en función de lo que hemos dicho antes, como dependientes del *nivel alcanzado por la diferencia de tensión entre el núcleo del Ego y el Ego*

19.- Véanse los artículos metapsicológicos de Freud en Ges. Schr., tomo V, y sus aclaraciones en “Psicología Colectiva y análisis del Ego”.

narcisista. Si el núcleo del Ego (y sus funciones: la percepción de sí, la conciencia, etc.) queda relativamente a cubierto por la desintegración, el declinar catastrófico de las diferentes facultades físicas y mentales supone forzosamente violentas reacciones psicóticas; pero si la facultad de crítica del Ego desaparece simultáneamente a este descalabro psicótico general, la enfermedad presentará probablemente el aspecto de la demencia simple.

El llamativo parálitico megalomaniaco no merece ser presentado como “totalmente desprovisto de espíritu crítico”, como suele hacerse en los manuales. Esta descripción es más adecuada al parálitico afectado de demencia simple, pues los síntomas llamativos de la hipomanía o de la megalomanía son precisamente el producto de una intensa autocrítica.

Existe además otro cuadro clínico de la parálisis que, aunque más raro, merece una atención especial desde el punto de vista teórico. Me refiero a la forma “agitada o galopante”. Esta última surge con una rapidez pasmosa, va acompañada de una extraordinaria agitación, de discursos absurdos, de accesos de rabia, etc., degenerando enseguida en un delirio de angustia alucinatória durante el cual el enfermo deambula continuamente, produce un alboroto absolutamente incoherente, lo desgarrá todo, brinca por todos los lados, ataca brutalmente a sus guardianes y no fija su atención en nada.²⁰ Se manifiestan “personificaciones” en el enfermo a quien dan las órdenes más extravagantes que cumple fielmente, etc. Estos pacientes mueren por lo general con rapidez, a menudo sólo unas semanas después de la aparición de la perturbación mental; mueren de agotamiento a consecuencia de la necesidad incoercible de movimientos.

Dado que la anatomía aún no nos ha proporcionado la explicación de esta forma de parálisis, tenemos derecho a recurrir también aquí al psicoanálisis. Sobre este punto, el tópico metapsicológico de Freud nos permite una aproximación al problema. En la mayoría de los casos, el proceso de deterioro, según hemos visto, comienza en la “periferia del Ego”, es decir, por la disgregación de las funciones cíclicas y afecta luego progresivamente o de golpe a las facultades superiores. Pero el núcleo del Ego prosigue manteniendo la integridad del conjunto y la unidad de la personalidad, aunque sea a un nivel muy regresivo. El núcleo del Ego puede protegerse de la disolución total por antibloqueos y por formaciones reactivas; los bloqueos libidinosos de las partes del Ego y de las identificaciones a “secuestrar” hallan refugio a tiempo en el “núcleo del Ego”, que se hace cada vez más narcisista. Por el contrario, en el caso excepcional en que el proceso patológico (ya sea en el plano psicotópico o histológico) comienza por destruir el núcleo del Ego y sus funciones, los cimientos que unen las diferentes partes de la personalidad corren peligro de quedar destruidos, las diferentes “identificaciones” y “personificaciones” que no tienen tiempo de abandonar el bloqueo libidinoso pueden expresarse de forma totalmente anárquica, de forma independiente y desconsiderada unas de otras y finalmente ofrecer el cuadro de la parálisis galopante que hemos descrito.

Lo interesante desde el punto de vista teórico en esta explicación, suponiendo que sea correcta, sería proseguir el paralelo establecido por Freud entre la psiquis colectiva y la psiquis individual para llegar a una concepción plástica de la “organización” que constituye la psiquis individual. Tanto en el psiquismo individual como en la psiquis colectiva, la libido e incluso la libido narcisista podría desvelarnos la fuerza que reúne a las partes constituyendo una unidad. Tanto en el psiquismo individual como en determinados grupos organizados, existiría una jerarquía de las instancias subordinadas unas a otras; pero la eficacia del conjunto de la organización dependería de la existencia de un jefe por encima de todas las instancias y esta dirección suprema sería asumida en la psiquis individual por el *núcleo del Ego*. Y cuando éste resulta eliminado en primer lugar, el individuo puede caer en esa *confusión* que conocemos con el nombre de *pánico* en la psicología colectiva. Con la disolución del lazo libidinoso que une las diferentes partes del Ego al Ego que gobierna, el lazo que unía anteriormente subordinado a este último resulta también destruido, porque, según Freud, la única razón de esta cooperación resultaba la relación con el jefe común. Esta analogía es aún más plausible si se tiene en cuenta que una enorme cantidad de *angustia* se descarga por lo general en la confusión alucinatória. Cuando estalla un “pánico” de este tipo, es como si toda la energía psíquica, que había estado “vinculada” al curso del desarrollo, se liberara repentinamente y se transformara en energía “flotante”.

20.- Véase el ejemplo citado por el *Manual de psiquiatría* de Bleuler, aparecido en Berlín en 1916.

Habría naturalmente que encontrar una explicación análoga para los casos no paralíticos de *anoia*, por ejemplo, para los síntomas comunes en la mayoría de los delirios tóxicos. Por otra parte, este “plan de organización del psiquismo individual” podría facilitar una explicación de la *tendencia del psiquismo a la unificación*, que hasta ahora no se ha explicado, e incluso una explicación de un fenómeno fundamental: *la asociación de ideas*. La obligación de unificar los contenidos psíquicos provendría, pues, de hecho de la deferencia libidinosa respecto a un tercer complejo director, el “núcleo del Ego”.

Interrumpamos las especulaciones sobre la estereoquímica de la psiquis y volvamos a nuestro tema. Gran número de síntomas psicóticos presentes en la parálisis progresiva, así como en todo el curso de esta enfermedad, podemos afirmar con certidumbre que resultan ser accesibles a una explicación psicoanalítica y que esta tentativa de explicación conduce incluso a ideas que prometen resolver determinados problemas difíciles de la psiquiatría y de la psicología general. Si el valor heurístico de una teoría se toma como índice de su grado de verdad, podemos arriesgarnos a afirmar que el psicoanálisis, que hasta el presente se declaraba competente sólo en el caso de las psicosis llamadas “funcionales”, merece a partir de ahora ocupar un lugar en la psiquiatría orgánica.

(Sandor 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.