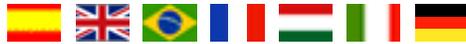


REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE LOS TICS. (1921a).



Sándor Ferenczi

I

El psicoanálisis ha estudiado poco hasta ahora ese síntoma neurótico tan extendido que se designa, según la costumbre francesa, con el término general de “tic” o de “tic convulsivo”.¹ En un artículo en el que describía las “Dificultades técnicas de un análisis de histeria”, que había tenido que superar en un caso,² hice una breve incursión en este campo, formulando la hipótesis de que muchos tics podrían ser *equivalentes estereotipados del onanismo* y que el vínculo notable que puede observarse entre los tics y la coprolalia tras la supresión de las manifestaciones motrices no era posiblemente otra cosa que la expresión *verbal* de estas mismas mociones eróticas descargadas habitualmente por quienes padecen tics en forma de *movimientos simbólicos*. En aquella ocasión llamé también la atención sobre las estrechas relaciones que existen por una parte entre las *estereotipias motrices* y los actos *sintomáticos* (tanto en el sujeto normal como en el enfermo) y por otra parte entre los tics y el onanismo. En este caso las contracciones musculares y las excitaciones cutáneas realizadas maquinalmente y consideradas como desprovistas de significación podían apoderarse de toda la libido genital e ir acompañadas a veces de un verdadero orgasmo.

El profesor Freud, al que interrogué incidentalmente sobre el sentido y la significación que daba al tic, me dijo que se trataba probablemente de algo orgánico. En el curso de esta inquisición es posible que llegue a mostrar en qué sentido esta hipótesis ha sido comprobada.

Aproximadamente son éstas todas las informaciones que he podido extraer de las diversas fuentes psicoanalíticas en lo que concierne a los tics; y no puedo decir que haya aprendido luego algo nuevo mediante la observación directa o el análisis de los tics “pasajeros”, tan frecuentes en los neuróticos. En la mayoría de los casos, puede desarrollarse perfectamente un análisis de neurótico e incluso curar una psiconeurosis sin tener que prestar demasiada atención a este síntoma. Puede uno preguntarse con ocasión de ello cuáles son las situaciones psíquicas que favorecen la aparición de tal o cual tic (por ejemplo, una mueca, un estremecimiento espasmódico de las espaldas o de la cabeza, etc.), y hablar del *sentido*, de la *significación* de un síntoma de este tipo. De este modo, una de mis pacientes sacudía –negativamente– la cabeza cada vez que debía realizar un gesto puramente convencional (despedirse, saludar). Había observado que el movimiento era más frecuente y más intenso cuando la paciente trataba de mostrar más afecto, por ejemplo, más amistad de la que interiormente sentía, y tuve que advertirle que su movimiento de cabeza desmentía de hecho su gesto o su aire amistoso.

Nunca he tenido un paciente que haya recurrido al análisis con el objetivo preciso de curar un tic. Los pequeños tics que he podido observar en mi práctica analítica molestaban tan poco a quienes estaban afectados que nunca se lamentaban de ellos; y tenía que ser yo siempre quien atrajera su atención sobre este síntoma. En tales condiciones, no había naturalmente ninguna razón para examinar detalladamente este síntoma una vez que los pacientes, como digo, superaban el análisis.

1.- Ver S. Sadger: “Ein Beitrag zum Verständnis des Tic”. Int. Zsch. f. Psa., II (1914), p.354.

2.- En este mismo volumen.

Ahora bien, sabemos que esto no se produce nunca en los análisis de histerias y de neurosis obsesivas de tipo corriente. En efecto, al término de un análisis el síntoma más insignificante se halla integrado en la estructura compleja de la neurosis e incluso afianzado por múltiples factores determinantes. Este singular lugar ocupado por el tic nos llevaba ya a suponer que se trataba de un problema cuya orientación era totalmente diferente a la de los restantes síntomas de una neurosis de transferencia y que, en consecuencia, la habitual “acción recíproca de los síntomas” no podía nada contra él. Esta separación del tic entre los fenómenos neuróticos daba una base sólida a la hipótesis de Freud en cuanto a la naturaleza heterogénea (orgánica) de este síntoma.

Determinadas observaciones de un orden diferente me hicieron progresar un poco en este terreno. Un paciente (onanista inveterado) no cesaba de realizar ciertos movimientos estereotipados durante su análisis. Tenía la costumbre de alisar su chaqueta varias veces por minuto; mientras tanto comprobaba que la piel de su rostro era muy lisa acariciándose el mentón, o contemplaba con satisfacción sus zapatos lustrados, siempre brillantes. Por otra parte, su actitud psíquica, su suficiencia, la afectación de su discurso compuesto siempre de ampulosos períodos de los que él era el oyente más satisfecho, le declaraban un narcisista repleto de amor por sí mismo, que, impotente con las mujeres, hallaba en el onanismo el modo de satisfacción que más le convenía. Había emprendido el tratamiento a petición de un pariente y renunció a él ante las primeras dificultades.

Aunque resultó breve, este análisis me causó cierta impresión. Comenzaba a preguntarme si esta “orientación diferente” de los tics no se debía en realidad al hecho de que eran síntomas *narcisistas*, susceptibles todo lo más de asociarse a los síntomas de una neurosis de transferencia sin confundirse sin embargo con ellos. Por otra parte no tenía en cuenta la distinción entre tic y estereotipia que se produce con la rapidez del relámpago, en cierto modo condensado y, a menudo, simplemente indicado de manera simbólica. Veremos más adelante que los tics son derivados de acciones estereotipadas.

Me dediqué a observar desde el punto de vista del narcisismo a los pacientes afectados por tics que tenía ocasión de ver de forma ordinaria, en la consulta o durante su tratamiento. Me acordaba también de algunos casos graves hallados en mi práctica pre-analítica. Me llamaron la atención las múltiples confirmaciones que literalmente afluían de estas diversas fuentes. Uno de los primeros casos que consideré poco después de estas reflexiones fue el de un joven que presentaba una contracción muy frecuente de los músculos de la cara y del cuello. Observé su comportamiento, sentado en una mesa próxima a la suya, en un restaurante. Tosía a menudo, arreglaba sus puños hasta que quedaban totalmente ajustados, con los botones hacia afuera; ajustaba su cuello almidonado con un gesto de la mano o un movimiento de la cabeza, o realizaba el gesto, tan frecuente en estas personas, de liberar su cuerpo de los vestidos demasiado estrechos. Inconscientemente, no dejaba ni un instante de dedicar especial atención a su *propio cuerpo* o a sus vestidos, aunque conscientemente estuviera ocupado en otra cosa, por ejemplo, comiendo o leyendo el periódico. Este hombre debía sufrir, suponía yo entonces, una *hiperestesia* pronunciada, y *ser incapaz de soportar una excitación física sin reacción defensiva*. Mi hipótesis se confirmó cuando, con gran sorpresa mía, vi a este joven, bien educado y de la mejor sociedad, sacar después de la comida un espejito de bolsillo y ponerse delante de todo el mundo a eliminar concienzudamente con un palillo los fragmentos de comida que habían quedado entre sus dientes, siempre con ayuda del espejito; no cejó hasta haber limpiado uno a uno todos sus dientes, dejándolos absolutamente pulcros como pude constatar, lo que le tranquilizó visiblemente.

Es cierto que las porciones de comida incrustadas entre los dientes pueden ser a veces muy molestas, pero limpiar a fondo los treinta y dos dientes sin poderlo dejar para más tarde, es lo que exigía una explicación más amplia. Me acordé de una de mis propias reflexiones sobre las condiciones de aparición de las patoneurosis³ o del “*narcisismo de enfermedad*”. Las tres condiciones citadas en este artículo como susceptibles de producir una fijación de la libido sobre ciertos órganos son las siguientes:

3.- Ver “Histeria y patoneurosis”, recopilación de una serie de artículos, el primero de los cuales se halla en el tomo II de esta misma edición. (N. del T.).

1. Un peligro de muerte o una amenaza de traumatismo.
2. La lesión de una parte del cuerpo fuertemente bloqueada con anterioridad por la libido, es decir, de una zona erógena.
3. *Un narcisismo constitucional de tal clase que la más mínima lesión de una parte del cuerpo afecte a todo el Ego.*

Esta última eventualidad concordaba perfectamente con la hipótesis de que la hipersensibilidad de las personas afectadas por tics, su incapacidad de soportar una excitación sin reacción defensiva, podría constituir el motivo de sus manifestaciones motrices, o sea, de las estereotipias y de los propios tics; mientras que la hiperestesia, que puede ser localizada o generalizada, no sería más que la expresión del narcisismo, de la vinculación profunda de la libido al propio sujeto, al propio cuerpo o a una de sus partes, por ejemplo, la “estasis de la libido orgánica”. En este sentido, la opinión de Freud sobre la naturaleza “orgánica” de los tics se hallaba justificada, incluso si hubiera que dejar pendiente de momento la cuestión de si la libido estaba unida al propio órgano o a su representante psíquico.

Con mi atención concentrada en la naturaleza orgánica y narcisista de los tics, recordé algunos casos graves de tics a los que se llama, utilizando la sugerencia de Gilles de la Tourette, “enfermedad de los tics”;⁴ se trata de contracciones musculares progresivas, que afectan poco a poco a casi todo el cuerpo, que luego se complican con la ecolalia y la coprolalia y que *pueden desembocar en la demencia. Esta complicación frecuente de los tics por una psicosis narcisista caracterizada no se oponía en absoluto a la hipótesis según la cual en los casos menos graves de enfermedades con movimientos convulsivos, que no degeneraban en demencia, los fenómenos motores debían su origen a una fijación narcisista. El último caso grave de tics que encontré fue el de un joven que, debido a su hipersensibilidad psíquica, estaba afectado por una incapacidad total y que se suicidó a consecuencia de una ofensa hecha a su honor.*

En la mayoría de los manuales de psiquiatría, el tic se define como un “síntoma de degeneración”, a menudo el primer signo de una constitución psicopática. Sabemos que un número relativamente importante de paranoicos y esquizofrénicos sufren de tics. Todo esto me parecía que apoyaba la hipótesis de una raíz común a estas psicosis y a la enfermedad de los tics. Esta teoría se reforzaba aún más si se tenían en cuenta los principales síntomas de la enfermedad de los tics y los conocimientos adquiridos por la psiquiatría y sobre todo por el psicoanálisis, sobre la catatonía.

Ambos estados tienen en común la tendencia a la ecolalia y a la ecopraxia, a las estereotipias, a la gesticulación y al manierismo. Mi experiencia psicoanalítica sobre los catatónicos me hacía suponer desde tiempo atrás que sus actitudes y sus posiciones extraordinarias constituían un modo de defensa contra las estasis libidinosas locales (orgánicas). Un catatónico muy inteligente y dotado de un agudo sentido de auto-observación me decía que se sentía obligado a realizar constantemente un determinado movimiento gimnástico “para evitar la erección del intestino”.⁵ Del mismo modo, pude interpretar en otro enfermo la rigidez intermitente de tal o cual de sus extremidades que iba acompañada de la sensación de una hipertrofia considerable, como una erección desplazada; dicho de otro modo, como la manifestación de una libido orgánica anormalmente localizada. Federn agrupa los síntomas de la catatonía bajo el término de “intoxicación narcisista”.⁶ Todo esto concuerda perfectamente con la hipótesis de una base constitucional común a los tics y a la catatonía y explicaría la gran similitud de su sintomatología. Sea como fuere, existe la tentación de establecer una analogía entre los principales síntomas de la catatonía -negativismo y rigidez- y la defensa inmediata contra todo estímulo externo que se manifieste en el tic mediante un movimiento convulsivo. Por otra parte, cuando los tics se transforman en catatonía en la enfermedad de Gilles de la Tourette, puede suponerse que se trata tan sólo de una generalización de la inervación defensiva, todavía

4.- Gilles de la Tourette: “Estudios sobre una afección nerviosa caracterizada por la falta de coordinación motriz y acompañada de ecolalia y de coprolalia”, 1885, Archivos de neurología.

5.- “Algunas observaciones clínicas sobre la paranoia y la parafrenia”, en el tomo II de esta edición.

6.- Citados según el artículo de Nunberg, “Ueber den katatonischen Anfall”, Int. Zeitschr. Psa. Bibli. II, p. 7, 1920.

parcial e intermitente en el tic. La rigidez tónica provendría, pues, en este caso de la suma de innumerables contracciones clónicas de defensa y la catatonía no sería más que la agravación de la *cataclonia* (del tic).

Mencionemos a este respecto el hecho de que los tics, como se sabe, surgen a menudo *in loco morbi* a consecuencia de enfermedades o de traumatismos somáticos, por ejemplo, los espasmos del párpado tras la curación de una conjuntivitis, o de una blefaritis, los tics de la nariz tras un catarro, las gesticulaciones específicas de las extremidades tras las inflamaciones dolorosas. Yo relacionaría este hecho con la teoría según la cual un *crecimiento neuropático de la libido* tiende a vincularse a la sede de una alteración somática patológica (o a su representante psíquico).⁷ En estos casos es fácil atribuir la hiperestesia de las personas afectadas por tics, que a menudo es sólo local, a un desplazamiento “traumático” de la libido, y las manifestaciones motrices del tic (como ya hemos dicho) a reacciones de defensa contra la excitación relativa a estas partes del cuerpo.

Otro argumento a favor de la concepción según la cual el tic tendría algo que ver con el narcisismo: los resultados terapéuticos obtenidos mediante un tratamiento específico de los tics fundado sobre determinados ejercicios. Se trata de ejercicios sistemáticos de la inervación que alternan con movimientos de inmovilización forzosa de las partes afectadas por contracciones. Y el resultado es mucho mejor si *el paciente se controla en un espejo durante los ejercicios*. Según los autores, el control visual facilitaría la dosificación de las inervaciones inhibitoras requeridas por los ejercicios y explicaría este resultado. Pero, a mi parecer, y según lo que acaba de exponerse, el efecto sorprendente que produce sobre el sujeto narcisista la visión en el espejo de las deformaciones de su cuerpo y de su rostro representa ciertamente un papel importante (y esencial) en su tendencia a la curación.

II

Soy totalmente consciente de las insuficiencias de la presente argumentación. No hubiera hecho pública esta hipótesis, elaborada de forma más bien especulativa sobre la base de escasas observaciones y reservada por decirlo así a mi uso personal, si no hubiera encontrado un apoyo inesperado, que viene a hacerla mucho más plausible. Este apoyo me lo ha proporcionado la lectura de una obra sobre los tics, obra particularmente rica e instructiva, que comprende además una revisión crítica de toda la literatura consagrada al tema. Se trata del libro de los doctores Henri Meige y E. Feindel, titulado *El tic y su tratamiento*.⁸ Quisiera vincular las reflexiones que siguen al contenido de esta obra.

Dada la naturaleza especial de la práctica analítica, el médico que se consagra a ella apenas tiene ocasión de observar determinados tipos de perturbaciones nerviosas, por ejemplo, las neurosis “orgánicas” (como la enfermedad de Basedow), que exigen ante todo un tratamiento físico, o las psicosis cuyo tratamiento sólo es posible en una casa de salud, y todas las variedades de “nerviosidad común”, que debido a su carácter benigno no son objeto de una psicoterapia tan avanzada. En estos casos, el analista se remite a las observaciones y a las comunicaciones escritas por los demás, y aunque nada vale tanto como la observación personal, aquéllas tienen por lo menos la ventaja de evitarnos el recurso tan extendido de realizar observaciones parciales, de sugestionar al enfermo o de ser sugestionado por él. Meige y Feindel ignoraban prácticamente el método catártico según Breuer y Freud; en todo caso, sus nombres no figuran en el índice de la obra; hay una referencia a los “Estudios sobre la histeria”, pero parece tratarse de una simple interpolación del traductor, quien consideraba un deber “el mencionar algunos autores alemanes olvidados por los autores franceses”. Por otra parte, esta traducción data de la primera época del psicoanálisis, y, en consecuencia, la profunda convergencia que existe entre las ideas expuestas en esta obra y los más recientes descubrimientos del psicoanálisis puede constituir en sí misma un criterio de objetividad. Citaré en primer lugar la descripción breve, pero clásica, que *Trousseau* ofrece de los tics. “El tic indoloro consiste en contracciones instantáneas, rápidas, generalmente limitadas a un pequeño grupo de músculos, de forma especial a los músculos del rostro aunque también pueden quedar afectados otros, por ejemplo, los de los miembros, los del cuello, los del tronco, etc. En unos, se trata de un parpadeo, un movimiento convulsivo en la

7.- “Histeria y patoneurosis”, en este volumen y en el II.

8.- Meige y Feindel: *El tic y su tratamiento*, 1902, ed. Masson. Las citas se toman del texto original (N. del T.).

retina, de la nariz, de la comisura de los labios, todo lo cual proporciona un aspecto doliente al rostro; en otros, se produce una oscilación de la cabeza, una contorsión brusca y pasajera del cuello que se repite muchas veces; hay otros, por fin, en los que se da una elevación de los hombros o una agitación convulsiva de los músculos abdominales o del diafragma; en una palabra, existe una gran variedad de movimientos ridículos imposibles de describir. Estos tics van de alguna manera acompañados por un grito, por una voz más o menos llamativa, pero característica. Este grito, este golpe de voz, este gruñido, verdaderas coreas laríngeas o diafragmáticas, pueden constituir todo el tic. Se trata de una singular tendencia a repetir siempre la misma palabra, la misma exclamación, y el propio individuo profiere en voz alta palabras que desearía callar”.⁹

El informe de un caso proporcionado por Grasset ofrece un cuadro característico de la forma en que el tic *se desplaza* de un lado a otro del cuerpo: “Una joven había sufrido durante su infancia tics en la boca y en los ojos; a los quince años comenzó a adelantar bruscamente su pierna derecha durante varios meses, la cual luego quedó paralizada; a continuación, una especie de soplido reemplazó durante varios meses las perturbaciones motrices. Durante todo un año estuvo lanzando intermitentemente y con voz poderosa el grito “ah”. Por último, a los dieciocho años aparecieron gestos de saludo, movimientos de la cabeza hacia atrás y un alzamiento del hombro derecho...”.¹⁰

Estos desplazamientos se producen a menudo en forma de *actos compulsivos*, que por lo general se desplazan de elemento original y verdadero hacia otro más alejado, para llegar en último término, dando un rodeo, al elemento rechazado. Un paciente citado por Meige y Feindel llamaba a estos tics secundarios “para-tics”¹¹ y reconocía abiertamente su carácter de defensa contra los tics primarios hasta que estos mismos se convertían a su vez en tics. El punto de partida de un tic puede ser una *observación hipocondríaca de sí mismo*. “Cierta día sentí un crujido en la nuca”, refiere un paciente de Meige y Feindel. “Deduje de inmediato que me había roto algo; para comprobarlo volví a realizar el movimiento tres veces sin que el crujido se reprodujera, realicé mil variaciones y lo repetí de forma cada vez más fuerte; por último, volví a sentir el crujido, lo cual me proporcionó un verdadero placer..., placer que pronto se redujo ante el temor de haber provocado una lesión. Actualmente no puedo resistir el deseo de reproducir este crujido y no consigo vencer un sentimiento de inquietud cuando he logrado mi objetivo”.¹² El carácter unas veces voluptuoso y otras ansiógeno de estas sensaciones nos permiten considerarlas sin ninguna duda como una manifestación patológica de la sexualidad del paciente, fundamentalmente de su narcisismo hipocondríaco; además, tenemos el caso relativamente claro de un paciente que continúa percibiendo las motivaciones sensoriales de sus movimientos estereotipados. En la mayor parte de los casos, según veremos, tales motivaciones no son sensaciones actuales sino *reminiscencias que se han vuelto inconscientes* en cuanto tales. Charcot, Brissaud, Meige y Feindel figuran entre los escasos neurólogos que no rehúsan escuchar al paciente cuando éste refiere la génesis de su problema. “Únicamente el que sufre un tic puede responder a la cuestión relativa a la génesis de su enfermedad, *si se remonta en el pasado a los primeros acontecimientos que desencadenaron la reacción motriz*”, podemos leer en Meige y Feindel. Desde esta perspectiva, nuestros autores han permitido a sus pacientes reproducir (sólo mediante la ayuda del recuerdo consciente) las circunstancias responsables de la primera aparición de sus contracciones. Podemos observar que había en ello un posible punto de partida hacia el descubrimiento del inconsciente y su investigación por medio del psicoanálisis. Para los autores, son frecuentemente los traumatismos físicos los que constituyen la última explicación: un absceso a las encías, causa de una mueca inveterada, una operación nasal, motivo de un frotamiento habitual, etc. También mencionan las opiniones de Charcot sobre el tic que según él “sólo aparentemente es una afección física; se trata en realidad de una perturbación psíquica... el producto directo de una psicosis, una especie de psicosis hereditaria”.¹³

Meige y Feindel no dejan de señalar *rasgos de carácter* propios de los afectados por los tics, que podrían

9.- Meige y Feindel, op. cit., pp. 48-49.

10.- Meige y Feindel, op. cit., p. 143.

11.- *Ibíd.*, p. 10.

12.- *Ibíd.*, p. 12.

13.- Únicamente el hecho de que el profesor Charcot y sus alumnos sitúen a menudo al mismo nivel los tics y los estados obsesivos perjudica un tanto el carácter genial de esta concepción.

calificarse de narcisistas. Citan, entre otras, las confidencias de un paciente: “Debo confesar que estoy lleno de amor propio y soy muy sensible a los cumplidos y a las ofensas. Busco la alabanza y sufro cruelmente por la indiferencia o la crítica; me resulta insoportable el pensamiento de que pueda ser profundamente ridículo y de que todo el mundo se burle de mí. En la gente con la que me cruzo, en aquellos con quienes tropiezo en el autobús, hallo siempre una mirada singular, burlona, apiadada, que me humilla o me irrita”. Otro ejemplo: “Hay en mí dos hombres: uno que padece el tic y otro que no. El primero es hijo del segundo, es un niño terrible que causa gran preocupación a su padre. Este debería castigarle, pero frecuentemente no lo hace y resulta esclavo de los caprichos de su criatura”.¹⁴

Estas confesiones indican el componente narcisista del que padece un tic, que ha permanecido infantil en el plano psíquico, y contra el cual la parte normalmente desarrollada de la personalidad no se decide a luchar. Constatamos la predominancia del principio de placer, correspondiente al narcisismo, en la siguiente declaración: “Sólo hago a gusto lo que me divierte; lo que me aburre lo hago mal o no lo hago”.¹⁵ Cuando se le ocurre una idea, necesita imperiosamente expresarla; al mismo tiempo se resiste a escuchar a los demás. He aquí otras indicaciones de Meige y Feindel sobre el carácter infantil de quienes padecen tics: “Sean pequeños o mayores, estos pacientes presentan el estado mental de una edad inferior a la que tienen. El tic es un infantilismo mental. Todos estos pacientes tienen alma de niños. Quienes sufren tics son niños grandes mal educados, acostumbrados a satisfacer todos sus caprichos, que nunca han aprendido a disciplinar sus actos voluntarios. Un muchacho afectado por los tics y que contaba diecinueve años era llevado a la cama y desnudado por su mamá como si fuera un bebé.¹⁶ Además mostraba otros síntomas físicos de infantilismo”. La incapacidad de retener un pensamiento es el equivalente psíquico de la incapacidad de soportar una excitación sensorial sin una reacción inmediata de defensa; hablar es precisamente la reacción motriz que sirve para descargar la tensión psíquica preconsciente (ideativa). En este sentido coincidimos con Charcot que habla de “tics puramente psíquicos”. De este modo, se acumulan las pruebas en favor de la hipótesis de que la hipersensibilidad narcisista del que sufre un tic es la causa de su incapacidad de dominarse en los planos motriz y psíquico. Esta concepción del tic permite además explicar la presencia en un mismo cuadro clínico de síntomas tan heterogéneos como la contracción motriz y la coprolalia. Los restantes rasgos de carácter señalados por los autores del libro, que se explican perfectamente desde este punto de vista, son los siguientes: una cierta excitabilidad, una ligera fatigabilidad, la aprouxia, la distracción y la fuga de ideas, la tendencia a la toxicomanía (alcoholismo), y la incapacidad de soportar sufrimientos o esfuerzos. Todos estos rasgos creemos que pueden explicarse fácilmente si, siguiendo la bipartición de las funciones psíquicas en actividades de *descarga* y de *vínculo* tal como la ha formulado Breuer, consideramos que quienes sufren tics, debido a su fuerte narcisismo o a la fijación que experimentan en ese estadio tienen una notable tendencia a la descarga pero una reducida capacidad de vinculación psíquica. La descarga es una manera muy arcaica de liquidar el crecimiento de la excitación, se halla más próxima al reflejo fisiológico que cualquier forma de dominio, por primitiva que sea (por ejemplo, el rechazo); es propia de los animales y de los niños. No es casualidad que los autores, sin sospechar la existencia de relaciones más profundas y fundándose simplemente sobre las conversaciones mantenidas con sus enfermos y sobre sus observaciones personales, constaten que los afectados por los tics son a menudo “como niños”, que se sienten “jóvenes interiormente”, que son incapaces de dominar sus afectos, que estos rasgos de carácter “tan frecuentes en los niños mal educados, mientras que la reflexión y la razón consiguen triunfar con la edad en los sujetos normales... persisten, por el contrario, en los que sufren de tics a pesar del paso de los años. Aunque en ciertos aspectos, parecen ser unos niños grandes”.¹⁷

14.- Meige y Feindel, op. Cit., p 33.

15.- Ibíd., p. 11.

16.- Los idiotas (cuyo desarrollo se detiene en un estado infantil, debido al narcisismo) padecen a menudo tics y estereotipias. Noir compara el movimiento de balance y de rotación de la cabeza (en los idiotas) a “una especie de acunamiento que apacigua y duerme al enfermo, y que en general le agrada... el efecto es idéntico a cuando realmente se acuna a un bebé” (Meige y Feindel).

17.- Meige y Feindel, op. cit., pp. 25.

Su “necesidad de *contradicción* y de *oposición*” merece especial atención. No sólo por su analogía en el plano psíquico con los movimientos de defensa motriz de los afectados por los tics, sino también porque puede arrojar alguna luz sobre el sentido del *negativismo en la esquizofrenia*. *El psicoanálisis nos enseña que el parafrénico ha desviado su libido del mundo exterior para dirigirla hacia sí mismo; cualquier excitación interna, sea fisiológica o física, perturba su nueva posición y por ello se halla predispuesto a escapar a cualquier perturbación de este tipo mediante la fuga motriz o a rechazarla por la negación y la defensa motrices. Pero examinemos más de cerca este asunto de los fenómenos motrices.*

Hay razones para suponer que la función secundaria, si no principal, de toda una serie de tics y de estereotipias es la de permitir al sujeto *sentir u observar* de momento determinadas partes de su cuerpo: de este modo, ocurre en los ejemplos mencionados: alisarse la ropa, sacar y ordenar los vestidos, alargar el cuello, adelantar el pecho (en las mujeres), lamerse o morderse los labios, y en cierto modo deformar el rostro mediante las muecas, hurgarse los dientes, etc. Podría tratarse de casos en los que el tic proviene del *narcisismo constitucional* y donde simples e inevitables excitaciones bastan para provocar el síntoma motriz. Al contrario, habrá casos en los que debemos hablar de *tics neuropáticos*, de un bloqueo libidinoso anormal sobre los órganos que han sufrido una alteración patológica o traumática. Nuestros mentores nos ofrecen a este respecto algunos interesantes ejemplos: “Una joven inclinaba la cabeza sobre el hombro tratando de calmar los dolores de un absceso dental. Se trataba de un acto provocado por una causa real, era una respuesta muscular totalmente deseada, reflexiva, indudablemente derivada de una intervención superficial. La paciente quería calmar su dolor apretando y calentando su mejilla... al persistir el absceso, el gesto se repite, cada vez menos voluntario, cada vez más habitual, y por fin de forma automática. Pero persistía aún la causa y el objetivo. Hasta aquí nada anormal. Ahora bien, el absceso se curó y el dolor cesó. Sin embargo, la joven continúa inclinando frecuentemente su cabeza sobre el hombro. ¿Cuál es ahora la causa de su gesto? ¿Cuál es su objetivo? Uno y otro han desaparecido ¿Qué es, pues, este acto primitivamente deseado, coordinado, sistemático, que ahora se repite todavía automáticamente, pero sin causa ni objetivo? Es un tic”.¹⁸ Evidentemente la explicación dada por los autores es en parte discutible. Al ignorar el psiquismo inconsciente, creen que los tics -al contrario del acto voluntario consciente- se producen sin participación del psiquismo, y como la fijación del recuerdo a un traumatismo así como la tendencia del inconsciente a la reproducción son nociones que se les escapan, consideran los movimientos de quienes padecen tics como desprovistos de sentido y de objetivo. Para un psicoanalista, la analogía entre la formación de un tic de este género y la de un síntoma de *conversión histérica* en el sentido de Breuer y Freud salta a la vista. Tienen en común la posibilidad de retornar a un traumatismo, frecuentemente olvidado, en el que el afecto ha sido descargado de modo imperfecto al ocurrir el propio suceso traumático. Y no existe prácticamente diferencia esencial entre los dos fenómenos. En la histeria, el síntoma físico no es más que el símbolo de un choque *psíquico* cuyo afecto ha sido reprimido al tiempo que se rechaza su recuerdo. En el verdadero tic, el traumatismo está constituido por la lesión orgánica, pero puede, según parece, lo mismo que el conflicto psíquico del histérico, dejar huellas patógenas. (Sea de ello lo que fuere, la relativa independencia de los tics en relación a las modificaciones patológicas *actuales* y su dependencia respecto a los *recuerdos* ligados a éstas tendería a probar que la “alteración duradera” que subsiste después del traumatismo se desplaza no hacia la periferia, sobre el propio órgano, sino sobre el *representante psíquico de este órgano*). La histeria es una neurosis de transferencia en la que la relación libidinosa con el objeto (la persona) ha sido rechazada y retorna de alguna manera en el síntoma de conversión bajo la *forma de simbolización autoerótica del cuerpo propio*.¹⁹ En el tic, por el contrario, no parece existir una relación de objeto disimulada tras el síntoma, y en consecuencia es el *recuerdo del traumatismo orgánico propiamente tal* el que en este caso tiene un efecto patógeno.

Esta diferencia nos obliga por lo demás a introducir una complicación en el esquema de la estructura “del sistema psíquico” establecido por Freud. Lo psíquico se inserta en los actos reflejos simples, bajo la forma de *sistemas mnésicos* inconsciente, preconscious y consciente entre los aparatos aferente (sensorial) y eferente (motor). Freud, pues, supone ya una *pluralidad* de sistemas mnésicos orientados según los

18.- Meige y Feindel, op. cit., pp. 89. Ver también el término de “espasmo psíquico” para designar el tic.

19.- Ver “Fenómenos de materialización histórica”, en este volumen.

diferentes principios de asociación temporal, formal, afectiva o de contenido. Lo que desearía añadir aquí es la hipótesis de un sistema mnésico particular que se llamaría “*sistema mnésico del Ego*” y al que correspondería la labor de registrar constantemente los procesos psíquicos o somáticos del propio sujeto. Por supuesto que este sistema estaría mucho más desarrollado en el narcisista constitucional que en el sujeto que ha conseguido un amor objetal maduro, y que un *traumatismo particularmente poderoso podría provocar, tanto en el tic como en las neurosis traumáticas*, una fijación mnésica excesiva a la actitud que tenía el cuerpo en el preciso instante del traumatismo, fijación que podría ser lo suficientemente fuerte como para provocar la *reproducción* permanente o paroxística de esta actitud. La notable tendencia de los afectados por los tics a la auto-observación, la atención que prestan a sus sensaciones endosomáticas y endopsíquicas, forman también parte de los rasgos destacados por Meige y Feindel.²⁰ Del mismo modo que los sistemas mnésicos de las cosas,²¹ el “sistema mnésico del Ego”²² pertenecería por una parte al inconsciente, y por la otra desbordaría al preconsciente y al consciente. Para explicar la formación del símbolo en el tic, habría que suponer la existencia de un conflicto en el interior del Ego (entre el núcleo del Ego y el narcisismo) y la de un proceso análogo al rechazo.²³

Las neurosis traumáticas, cuyos síntomas se han demostrado como una mezcla de fenómenos narcisistas y de fenómenos de conversión histérica y cuya naturaleza creemos que reside, lo mismo que Freud, en un afecto de temor imperfectamente dominado, reprimido y reactivado progresivamente después, ofrecen en definitiva un gran parecido con los tics “patoneuróticos”. Hay todavía entre ellos otra sorprendente coincidencia que quisiera destacar. Casi todos los que han estudiado las neurosis de guerra señalan que éstas surgen a menudo sólo tras impactos *sin lesiones físicas graves* (sin heridas). Una herida unida al impacto emocional constituye para el afecto de temor una posibilidad de descarga apropiada y un terreno más favorable a la repartición de la libido en el organismo. Esto ha sido lo que ha llevado a Freud a formular la hipótesis de que una lesión física grave (por ejemplo, una fractura) aparecida posteriormente podía provocar la mejoría de los síntomas neuróticos de origen traumático. Añadamos a esta idea el siguiente caso clínico.²⁴ “En el joven M., que sufría tics en el rostro y en la cabeza, cesaron éstos cuando se rompió la pierna y durante todo el tiempo en que la mantuvo inmovilizada”. Los autores piensan que este fenómeno se explica por la desviación de la atención, pero, según nuestra hipótesis, influye también la retirada de la libido. Ambas explicaciones son igualmente válidas en lo que concierne a la desaparición eventual de los tics durante los “asuntos importantes” o las “discusiones en las que el sujeto participa activamente”.²⁵

Fácilmente se comprende que los tics cesan completamente durante el sueño teniendo en cuenta la victoria total del deseo narcisista de dormir y el desbloqueo total de todos los sistemas, pero esto apenas nos ayuda a resolver la cuestión sobre si los tics son de origen puramente psíquico o somático. Determinadas anomalías orgánicas intercurrentes, como el embarazo y el parto, aumentan los tics; pero ello no constituye en absoluto un argumento contra su génesis narcisista.

20.- Meige y Feindel, op. cit., p. 9. Ver sobre el mismo tema “El psicoanálisis de la neurosis de guerra” y “Dos tipos de histeria de guerra”, en este volumen. Podría ilustrarse la diferencia psíquica entre la forma en que el histérico y el narcisista registran el recuerdo de un mismo suceso con la anécdota de las dos enfermeras que han velado a turnos a un mismo enfermo durante la noche. Una de ellas anuncia al médico que el enfermo ha dormido muy mal, ha estado muy agitado y ha pedido agua muchas veces. La otra recibe al médico con estas palabras; “Doctor, ¡qué mala noche acabo de pasar!”. La tendencia al autosimbolismo (Silberer) se explica igualmente por el narcisismo.

21.- *Die Systeme der Sacherrinnerungen*.

22.- *Das “Icherrinnerungssystem”*.

23.- Conocemos ya algunos casos de conflictos entre el Ego y la libido, y otros casos de conflictos en el interior del Ego y en el interior de la libido.

24.- Meige y Feindel, op. cit., p. 111.

25.- *Ibid*, p. 15.

III

Quisiera someter ahora las principales manifestaciones de los tics, *los síntomas motores y las dispraxias* (ecolalia, coprolalia, manía de imitación), a un examen más profundo, apoyado en algunas observaciones personales y en los abundantes datos proporcionados por Meige y Feindel.

Estos autores pretenden reservar la denominación de “tics” a los estados en los que es posible reconocer los dos elementos esenciales: el elemento psíquico y el elemento motor (o sea, el elemento psicomotor). Aunque no haya nada que objetar a esta limitación de la noción de “tic”, creemos, sin embargo, que sería bueno para la comprensión de este cuadro clínico el no limitarse únicamente a los estados típicos y considerar también como parte de esta enfermedad las perturbaciones *puramente psíquicas e incluso sensoriales* cuando corresponde, por su naturaleza, a los casos típicos. Ya hemos mencionado la importancia de las perturbaciones sensoriales como motivos de las contracciones y de determinadas acciones relacionadas con los tics, pero falta por esclarecer la forma en que actúan. Quiero referirme aquí a un importante artículo de Freud sobre *El rechazo*, donde se lee: “Puede suceder que un estímulo externo se convierta en interno, por ejemplo, al corromper o destruir un órgano, y que de este modo se origine una nueva fuente de excitación constante y un aumento de tensión..., entonces adquiere... un gran parecido con un impulso. Sabemos que, en tal caso, lo sentimos como un dolor”.²⁶

Lo que dice el texto sobre el dolor actual debe ampliarse a los *recuerdos del dolor* cuando se trata de los tics. Así, en el caso de personas hipersensibles (de constitución narcisista), de lesiones en partes del cuerpo intensamente bloqueadas por la libido (zonas erógenas) o en otras circunstancias aún desconocidas, se forma en el “sistema mnésico del Ego” (o en un sistema mnésico de un órgano específico) un *depósito de excitación impulsiva* que proporcionará, incluso tras la desaparición total de las secuelas de la lesión externa, la percepción interna de una excitación desagradable. Una de las maneras particulares de liquidar esta excitación es la que consiste en hacerla derivar directamente hacia la motilidad. Por supuesto, no es un azar el que resulten afectados tales músculos o se desarrollen tales acciones. Si tomamos como prototipo de todas las demás formas el caso particularmente instructivo de los tics “patoneuróticos”, podemos afirmar que quien los sufre produce siempre movimientos (o sus rudimentos simbólicos) que, anteriormente, cuando la perturbación externa era actual, conseguían también desviar o aminorar el dolor. Así, pues, vemos en esta forma de tics *un nuevo impulso “in statu nascendi”*, que confirma plenamente lo que Freud nos ha enseñado sobre el origen de los impulsos. Según Freud, todo impulso es la reacción de adaptación, “organizada” y transmitida hereditariamente, a una perturbación externa, que se desencadena rápidamente desde el interior, incluso sin motivación externa, o sobre leves señales procedentes del mundo exterior.

Existen diferentes métodos para desviar el sufrimiento. El más simple consiste en sustraerse a los estímulos, a éste le corresponderían una serie de tics que pueden ser definidos como reflejos de *huida*. El negativismo general del catatónico puede ser considerado como una forma acentuada de este modo de reacción. Los tics más complicados repiten la *defensa* activa contra una excitación externa perjudicial. Una tercera forma *se revuelve sobre la propia persona*. Citemos como ejemplo de esta última los tics que incitan a rascarse (muy comunes) y el tic que consiste en infligirse un dolor, lo que en la esquizofrenia se convierte en la tendencia a la automutilación.

Meige y Feindel refieren un caso muy interesante en su monografía: “Anteriormente, un lápiz o un portaplumas de madera no le duraban ni veinticuatro horas: rápidamente lo trituraba por ambos extremos. Y lo mismo con los mangos de bastón o de paraguas; gastaba muchos de ellos. Con el fin de remediar este inconveniente, tuvo la desafortunada idea de servirse de portaplumas de metal y de bastones con mangos de plata. El resultado fue lamentable: siguió mordidiéndolos y como no podía destruir ni el hierro ni la plata, muy pronto rompió todos sus dientes. Al aparecer un pequeño absceso, la irritación producida por el dolor fue una nueva causa de disgustos. Se habituó a mover sus dientes con los dedos, su portaplumas o su bastón; se vio obligado a sacarse sucesivamente todos los incisivos, luego los caninos y finalmente los primeros molares. Entonces se hizo poner una dentadura postiza: nuevo pretexto para un tic. Con sus labios y con

26.- Freud: Ges. Schr., t V., en *Metapsicología*. Gallimard.

su lengua desplazaba continuamente el aparato, adelantándolo, retrasándolo, desviándolo de izquierda a derecha, dándole vueltas y vueltas en la boca, con el riesgo de tragárselo”. Él mismo contaba lo siguiente: “A veces me acomete el deseo de quitarme la dentadura postiza..., imagino los pretextos más sutiles para aislarme, aunque sólo sea un instante, y entonces me quito el aparato; me lo vuelvo a poner rápidamente, y me quedo satisfecho”. (Meige y Feindel, página 23.)

“También tiene un tic que le induce a rascarse y que le atormenta. Constantemente se pasa la mano por el rostro o se rasca con un dedo la nariz, el extremo del ojo, la frente, la mejilla, etc. O bien se pasa bruscamente la mano por los pelos, o bien se masa febrilmente el bigote, lo estira, lo retuerce y se lo arranca, de modo que algunos días parece haber sido cortado con una tijera”.

Un caso citado por Dubois: “Una joven de veinte años se golpea el pecho con el codo, doblando el antebrazo contra la parte superior; se golpea de quince a veinte veces por minuto y continúa hasta que su codo tropieza con las ballenas de su corsé. Ese golpe violento va acompañado de un pequeño grito. La enferma sólo parece obtener satisfacción de su tic una vez que ha dado este último golpe”.

Hablaré más adelante de la relación de estos síntomas con el onanismo. De momento quiero mostrar simplemente la analogía que existe entre la tercera forma de descarga motriz (el “retorno sobre la propia persona”, Freud) y un modo de reacción que se halla en algunos animales inferiores. Estos poseen la aptitud para la “autotomía”. Cuando determinadas partes de su cuerpo sufren una excitación dolorosa, dejan “caer” literalmente la parte en cuestión y la desligan del resto del cuerpo mediante contracciones musculares específicas; otros (por ejemplo, algunos gusanos) se llegan a quebrar en varios trozos pequeños (“estallan”, por decirlo así, de cólera). También sucede que el miembro doliente es arrancado a dentelladas. Se halla la misma tendencia a separarse de las partes del cuerpo que se han convertido en fuente de dolor en el reflejo normal de rascarse, en el que se manifiesta claramente el deseo de eliminar la parte de la epidermis sometida a la excitación rascándola, lo mismo que las tendencias de los catatónicos a la automutilación y determinadas tendencias de muchas personas afectadas por los tics a representarse acciones automáticas de un modo simbólico; sólo en este último caso no se trata de luchar contra las excitaciones actualmente perturbadoras, sino contra una excitación impulsiva separada del “sistema mnésico del Ego” (sistema mnésico de órgano). Como he expuesto al principio de este artículo y he subrayado en anteriores ocasiones,²⁷ pienso que al menos una parte de este aumento de excitación puede atribuirse al crecimiento de la libido local (o ligada a las esferas sensoriales correspondientes) que acompaña la lesión. (El psicoanalista relacionará sin dificultad la reacción de defensa con el *sadismo* y la autodestrucción con el *masoquismo*; la autotomía sería de ese modo un prototipo arcaico de la componente impulsiva masoquista.) Es sabido que el crecimiento de la libido que excede la capacidad del núcleo del Ego provoca desagrado; la libido insoportable queda transformada en angustia. Ahora bien, Meige y Feindel consideran como un síntoma *cardinal* de las contracciones relacionadas con los tics el hecho de que su represión, activa o pasiva, provoque una *reacción de angustia*, mientras que *si cesamos de inhibirlos o de impedirlos* los movimientos son ejecutados espasmódicamente, acompañados de *todos los signos del placer*.

Sobre un plano puramente descriptivo, puede compararse la tendencia a desembarazarse de la excitación por una contracción muscular o la incapacidad de inhibir la descarga motriz (o afectiva), con determinados *temperamentos* conocidos en los ambientes científicos bajo el nombre de “tipo motor”.²⁸ El sujeto afectado por un tic tiene una reacción desproporcionada porque está sobrecargado de excitaciones impulsivas internas; y no es imposible que éste sea más o menos el caso de los “temperamentos” aludidos. Sea de ello lo que fuere, hay que situar a los tics dentro del conjunto de casos en los que la motilidad y la afectividad, dominadas normalmente por el *Pcs*, están sometidas en gran parte a fuerzas impulsivas no intencionales, en cierto modo inconscientes y, según nuestra hipótesis, “órgano-eróticas”; lo cual, como se sabe, sólo

27.- “Histeria y patoneurosis”, en este volumen y en el II.

28.- La necesidad irresistible de *danzar* cuando se escucha una música rítmica (¡flauta encantada!) ilustra perfectamente la manera en que un aumento de la excitación sensorial, en este caso acústica, puede liquidarse mediante una descarga motriz inmediata.

se presenta de modo habitual en la psicosis. Es una razón más que hace verosímil el fundamento común (narcisista) para los tics y para la mayoría de las psicosis.

La enfermedad de los tics se produce de modo más frecuente en los niños durante el período de latencia sexual, época en la que tienen cierta tendencia a presentar otras perturbaciones psicomotrices (por ejemplo, la corea). La enfermedad puede tener diversos síntomas: aparte de las remisiones, el estado estacionario o la degeneración progresiva en el síndrome de Gilles de la Tourette. A juzgar por un caso del que pude hacer la investigación analítica, la hiperexcitabilidad motriz puede ser compensada más tarde por una inhibición excesiva. Es el caso de algunos neuróticos cuya apariencia y gestos están acompasados, como teñidos de prudencia y ponderación.²⁹

Los autores señalan también la existencia de *tics de actitud*; por ejemplo, en lugar de contracciones clónicas extraordinariamente rápidas, una rigidez tónica en determinadas posiciones de la cabeza o de un miembro. Tales casos constituyen ciertamente estados transitorios entre la inervación *cataclónica* y la inervación *catatónica*. Meige y Feindel dicen explícitamente: “Este fenómeno (el tic tónico o de actitud) se halla aún más próximo a las actitudes catatónicas, cuya patogénesis ofrece más de un punto común con la del tic de actitud”. He aquí un ejemplo característico: S. tiene un tortícolis (tic de actitud) en el costado izquierdo. A todos los esfuerzos para hacerle volver la cabeza hacia la derecha opone una resistencia muscular importante. Pero si durante estas tentativas alguien le habla o le entretiene, su cabeza se hace progresivamente móvil y puede girar en todos los sentidos sin el menor esfuerzo.

Hacia el fin de la obra, se vislumbra que uno de los autores (H. Meige) ha percibido incluso la identidad que existe entre los tics y la catatonía. Ha comunicado esta idea en un informe preparado para el Congreso Internacional de Medicina de 1903 en Madrid (“La aptitud catatónica y la aptitud ecopraxica de los afectados por los tics”). El traductor da cuenta de esta comunicación en los siguientes términos:

“Si se examina a muchos pacientes de tics, pueden hacerse las siguientes observaciones, que tienen interés para la patogénesis de la enfermedad...” Algunos de ellos manifiestan una notable tendencia a conservar las posiciones que se da a sus miembros o que ellos mismos toman. Se trata, pues, de una especie de *catatonía*. Es a veces tan pronunciada que hace difícil el examen de los reflejos tendones y en muchos casos da la impresión de que falta el reflejo rotular. En realidad se trata de una tensión muscular excesiva, de un aumento del tono muscular. Si a estos enfermos se les pide que relajen bruscamente un músculo, sólo lo consiguen tras un período relativamente largo. Además, puede observarse a menudo una tendencia frecuente en ellos a repetir de manera exagerada determinados movimientos pasivos de los miembros. Por ejemplo, si se les hace mover los brazos muchas veces seguidas se constata que el movimiento prosigue durante algún tiempo. Además de la catatonía, estos enfermos presentan también el síntoma de la ecopraxia, en un grado claramente superior al normal”. (Meige y Feindel, página 386 de la edición alemana.)

Esta es la ocasión de hablar de una cuarta forma de reacción motriz que resulta idéntica en el tic y en la catatonía: la *flexibilitas cerea*. La “flexibilidad cerosa” es la actitud de determinados sujetos para conservar durante un cierto tiempo, *sin la menor resistencia muscular*, todas las posiciones dadas a sus miembros. Es sabido que este síntoma se encuentra igualmente en la hipnosis profunda.

En un artículo en el que intento dar una explicación psicoanalítica de la docilidad en la hipnosis, he atribuido esta docilidad incondicional del hipnotizado al temor y al amor.³⁰ En la “hipnosis paternal”, el médium realiza todo lo que se le manda con la esperanza de escapar así al peligro que representa el temible hipnotizador. En la “hipnosis maternal” hace cualquier cosa por asegurarse el amor del hipnotizador. Si se busca en el mundo animal un modo de adaptación análogo a éste se halla la *simulación de la muerte* practicada por determinadas especies animales en presencia de un peligro, así como el modo de adaptación llamado *mimetismo*. La “flexibilidad cerosa”, la catalepsia de los catatónicos (y su esbozo en los pacientes de tics) pueden interpretarse en el mismo sentido. En realidad, para el catatónico todo es indiferente, su interés y su libido se han retirado sobre su Ego, y no quiere saber nada del mundo exterior. A pesar de una

29.- A propósito de esta “angustia motriz”, véanse “Las palabras obscenas”, en el volumen I.

30.- “Introyección y transferencia”, en el volumen I.

completa sumisión automática a cualquier voluntad, es en realidad interiormente independiente de cualquier perjuicio: no importa que su cuerpo adopte diversas posiciones, porque no atiende a la actitud que se le ha hecho tomar. La huida, la resistencia o el retorno sobre la propia persona son modos de reacción que aseguran una relación afectiva relativamente profunda con el mundo exterior. Sólo en la catalepsia el ser humano alcanza el grado de concentración sobre su Ego *más profundo*, estado en el que *incluso el propio cuerpo se siente como algo extraño al Ego*, como una parte del mundo exterior cuya suerte deja a su dueño totalmente indiferente. La catalepsia y el mimetismo serían regresiones del ser vivo a un modo de adaptación todavía más primitivo, a la adaptación *autoplástica* (adaptación por modificación del propio cuerpo), mientras que la huida y la defensa se refieren ya a la *modificación del entorno* (adaptación alo-plástica).³¹

Según la descripción que ofrece Kraepelin en su *Manual de Psiquiatría*, la catatonía es a menudo una curiosa mezcla de síntomas de negativismo y de automatismo de ordenamiento, así como de movimientos relacionados con los tics; esto haría que diferentes tipos de reacción motriz pudieran manifestarse en un único y mismo caso. Entre los gestos estereotipados de los catatónicos que nosotros llamaríamos tics, Kraepelin menciona los siguientes: “Muecas, contorsiones y distorsiones de los miembros, saltos, volteretas, batido de manos, correteo en cualquier sentido, trepa, y emisión de sonidos o ruidos desprovistos de toda significación”.³²

Si se quiere explicar la ecopraxia y la ecolalia de los dementes como la de los afectados por los tics, es preciso también tener en cuenta los procesos más sutiles de la psicología del Ego, sobre los que Freud llama la atención.³³ El desarrollo del Ego consiste en alejarse del narcisismo primario y en generar un aspiración intensa a recobrar tal narcisismo. Este alejamiento se produce mediante el desplazamiento de la libido sobre un ideal del Ego del exterior, y la satisfacción por el cumplimiento de este ideal.

Parece existir una contradicción entre la tendencia notable de los pacientes de tics y de los dementes a *imitar a todo el mundo* en gestos y en palabras, o sea, a hacer de cualquier persona un objeto de identificación y de ideal, y por otra parte la afirmación según la cual tales pacientes habrían retornado al estadio del narcisismo primario o bien habrían permanecido en él. Pero esta contradicción es sólo aparente. Como los demás síntomas espectaculares de la esquizofrenia, estas formas excesivas de la tendencia a la identificación tienen por único objetivo el disimular la falta de verdadero interés; están, como diría Freud, al servicio de la tendencia a la curación, de la aspiración a recobrar el Ideal del Ego perdido. Pero la indiferencia con la que *toda acción y todo discurso* son imitado, convierte a estos desplazamientos de identificación en una caricatura de la búsqueda normal de ideal y a menudo ocurre que se los interpreta como ironías.³⁴

Meige y Feindel describen casos en los que se adoptan en bloque ceremoniales complejos a base de tics; subrayan sobre todo que muchos de los pacientes poseen un temperamento artístico y cierta inclinación a imitar a todas las personas conocidas. Uno de sus pacientes adoptó en su infancia el movimiento de párpados de un gendarme que le llamaba especialmente la atención. En realidad, estos enfermos imitan la forma en que un hombre llamativo “carraspea y escupe”.³⁵ Como se sabe, los tics suelen ser literalmente contagiosos para los niños.

Las contradicciones que hemos constatado en el comportamiento motor de los catatónicos y de los cataclónicos no se limitan a las acciones musculares; se halla su equivalente perfecto en el *discurso* del paciente. En la catatonía esquizofrénica, un mutismo absoluto alterna con una compulsión incoercible a hablar y con la ecolalia; el primer fenómeno es el equivalente de la rigidez muscular, el segundo el del tic irreprímible, el tercero el de la ecoquinesia. Lo que llamamos la *coprolalia* deja claramente en evidencia la relación profunda entre las perturbaciones verbales y motrices, los enfermos afectados se sienten impulsados

31.- Véase “Fenómenos de materialización histérica”, en este mismo volumen.

32.- Kraepelin: *Manual de psiquiatría*.

33.- Freud: “Zur Einführung des Narzissmus” (Ges. Schr., t VI). “Introducción al narcisismo”, en *La vida sexual*.

34.- Como se sabe, la imitación es un buen medio de practicar la ironía; el sentimiento de irritación que experimentamos cuando se nos imita muestra perfectamente que el efecto producido es ése.

35.- Cita de un escritor alemán.

a pronunciar en voz alta, sin ninguna razón, palabras y frases de contenido erótico, muy a menudo de significado erótico-anal, juramentos, palabras obscenas, etc. Este síntoma se acentúa particularmente cuando el paciente se esfuerza en reprimir su *tic motor*.³⁶ La “energía impulsiva liberada”, de la que hemos hablado antes, encuentra una salida cuando la descarga en la motilidad le resulta prohibida, en los movimientos “ideo-motrices” y en los movimientos verbales. Ahora bien, las palabras que se presentan son precisamente de naturaleza erótica, y más concretamente de naturaleza “órgano-erótica” (perversas), fenómeno que según creo debe relacionarse con los que llamamos el “lenguaje de los órganos” en las psicosis narcisistas. (“En el contenido de las manifestaciones esquizofrénicas, se halla a menudo en primer plano una referencia a los órganos y a las inervaciones del cuerpo”, Freud.).

IV

Aunque las observaciones de Meige y Feindel son muy interesantes, las conclusiones teóricas que extraen presentan por el contrario escaso interés. Se limitan generalmente a atribuir los síntomas a determinadas causas (circunstancias) inmediatas o bien a la “predisposición” y a la “degeneración”. Cuando el paciente es incapaz de proporcionar una explicación de su tic, consideran a éste como “desprovisto de sentido y de objeto”. Abandonan en seguida la vía psicológica para perderse en especulaciones fisiologizantes. En este sentido llegan hasta suponer, como lo hace Brissaud, la existencia de una “hipertrofia del centro funcional cerebral” (innata o adquirida por la utilización frecuente) entre los pacientes, centro al que consideran como el “órgano fundamental de la función del tic”. De este modo, su terapéutica consiste en “reducir esta hipertrofia por métodos de inmovilización”. Hablan de una “anomalía congénita” de “desarrollo insuficiente y defectuoso de las vías asociativas corticales y de las anastomosis subcorticales”, de “malformaciones teratológicas moleculares que nuestros conocimientos anatómicos no consiguen desgraciadamente distinguir”.

Grasset³⁷ distingue los tics bulbo espinales, “poligonales” y psíquicos propiamente dichos. Meige y Feindel excluyen oportunamente los primeros (bulbo espinales) de la serie de los tics y los colocan entre los “espasmos”: los “tics psíquicos” deberían su formación a un impulso psicomotor consciente: en cuanto a los tics “poligonales”, Grasset designa por tales todos los que generalmente atribuimos a motivos psíquicos inconscientes. Basándose en un mecanismo cortical construido según el conocido esquema de la afasia, al que denomina “polígono cortical”, define todas las actividades inconscientes y automáticas como las funciones del “polígono”: “Se sueña con el polígono”, “las gentes distraídas actúan con el polígono”, etc.

Meige y Feindel se deciden finalmente por la definición siguiente del tic: “No es suficiente con que el gesto sea intempestivo en el instante de su ejecución: debe ocurrir que en ese instante no se halle unido a la idea que, en el pasado, le dio origen. Si, además, este acto se destaca por su demasiado frecuente repetición, su constante inoportunidad, la imperiosidad de su ejecución, la dificultad de su represión y la satisfacción que conlleva, se trata de un tic”. En un único lugar afirman: “Nos encontramos sobre el peligroso terreno del inconsciente”, y se guardan muy bien de penetrar en este campo tan difícil.

No podemos concederles ningún rigor. En esta época la teoría de las funciones psíquicas inconscientes estaba aún en mantillas.

Incluso hoy, tras casi treinta años de trabajo psicoanalítico, los sabios de su país carecen del valor de arriesgarse por el camino que hace a este “terreno peligroso” accesible a la investigación. Meige y Feindel tienen el mérito, que no hay que menospreciar, de haber sido los primeros en intentar formular una teoría psicogenética del tic traumático, aunque resultara incompleta. Se han fiado de las manifestaciones conscientes y de los relatos de sus enfermos, pero como no disponían de ningún método que les permitiera *interpretar* las palabras de los pacientes, no hay lugar para la sexualidad en sus explicaciones. Sin embargo sus casos clínicos rebosan de datos eróticos, ciertamente ocultos, y citaré como ejemplo los extractos de la

36.- Sobre la conversión sistemática de la represión motriz en excitación ideativa y verbal, véase “Dificultades técnicas de un análisis de histeria”, en este mismo volumen.

37.- *Anatomía clínica de los centros nerviosos*, París, 1900.

anamnesis detallada de un paciente que citan los autores. Como ya hemos referido, el enfermo en cuestión, que se había hecho sacar casi todos los dientes, sufría un “tic de actitud”: tenía que levantar el mentón en el aire. Tuvo la idea de empujar su mentón contra el mango de su *bastón*: luego varió la posición de forma “*que introducía el bastón entre su vestido y su gabán abrochado, y sólo el mango del bastón aparecía por la abertura del cuello, de manera que el mentón se apoyaba sobre él*. Más tarde su cabeza buscaba constantemente un apoyo en ausencia del bastón, y si no lo encontraba oscilaba de un lado a otro. Llegó a verse obligado a apoyar su nariz sobre el respaldo de una silla si deseaba leer tranquilamente”. Su propio relato esclarece las ceremonias que se veía obligado a realizar: “Al principio llevaba cuellos de mediana altura pero excesivamente cerrados como para poder introducir mi mentón. Entonces desabrochaba mi camisa y en el cuello abierto deslizaba el mentón inclinando fuertemente la cabeza; el efecto me satisfizo durante algunos días, pero el cuello desabrochado no ofrecía suficiente resistencia. Entonces compré cuellos mucho más altos, auténticas horcas en las que hundía mi mentón, aunque de ese modo no podía girarlo ni a izquierda ni a derecha. Fue una solución perfecta... pero sólo durante algún tiempo. Por rígidos que fueran, los cuellos terminaban siempre por ceder, y al cabo de una o dos horas tenían un aspecto lamentable. Tuve que inventar otra cosa y fue entonces cuando me sobrevino esta idea ridícula; até a los botones de los tirantes de mi pantalón un hilo que, pasando bajo mi chaleco, terminaba en su parte alta en una pequeña placa de marfil que yo apretaba entre mis dientes. La longitud del hilo estaba calculada de forma que para coger la placa me viera obligado a bajar la cabeza. Excelente truco... pero siempre por poco tiempo, pues, aparte de que esta posición era tan incómoda como ridícula, *a fuerza de tirar de mi pantalón llegaba a situarlo a la derecha de una forma ciertamente grotesca y muy molesta*. Tuve que renunciar al invento. Sin embargo, he conservado siempre cierta debilidad por el principio en que se basa este método, y hoy todavía me sucede a menudo que cuando estoy en la calle agarro con mis dientes el cuello de mi chaqueta o de mi gabán y voy caminando de esa manera. De esta forma me he ganado más de una burla. En mi casa varió un poco: deshago mi corbata, desabrocho el cuello de mi camisa y opero de la misma manera, mordiendo este último.” A consecuencia de su actitud, con la cabeza vuelta y la nariz al aire, no veía sus pies al caminar. “Debo prestar atención cuando paseo, pues no veo dónde voy. Sé perfectamente que para obviar este inconveniente me bastaría con haber bajado los ojos o la cabeza, pero eso precisamente era lo que no conseguía hacer”.

El paciente ha manifestado siempre “una cierta repugnancia a mirar hacia abajo”. Presenta además un “chasquido del hombro, análogo a la subluxación voluntaria del pulgar y a los ruidos que algunas personas pueden realizar para divertirse”. Sólo lo produce como “una pequeña habilidad social”. Cuando se halla en una reunión, reprime estas tonterías, pues se siente molesto ante los demás, “pero en cuanto se halla solo vuelve a las andadas; todos sus tics se desencadenan: es una verdadera plaga de gesticulaciones absurdas, un desahogo motriz con el que el enfermo se siente aliviado. Vuelve a la reunión y reanuda tranquilamente la conversación interrumpida”.

Las ceremonias que realiza al acostarse son todavía más grotescas. “El roce de su cabeza con la almohada o las sábanas le exaspera; gira en todas direcciones con el fin de evitarlos... y ha llegado a elegir una posición singular, porque le ha parecido la más eficaz para detener sus tics: se acuesta en un extremo, al borde de la cama, y deja colgar su cabeza en el vacío”.

Antes de abordar la interpretación psicoanalítica de este caso clínico, hemos de preguntarnos desgraciadamente si se trata de verdaderos tics o de una grave *neurosis obsesiva*. En muchos casos resulta difícil establecer la diferencia entre el ceremonial del obseso, las manías y necedades de las formas benignas de catatonía y las medidas de defensa contra un tic penoso. A menudo es preciso un análisis de varias semanas antes de conseguirlo.³⁸ De este modo los tics han servido durante mucho tiempo como tapadera para los estados neuróticos más heterogéneos, del mismo modo que “los humores” a comienzos del último siglo o las psicastenias de nuestros días. Esta duda nos impide sacar partido del *simbolismo del onanismo, del pene y de la castración* que este caso contiene (cabeza, nariz, atonía de los músculos del cuello, cuello duro de las camisas, corbata, bastón situado entre el pantalón y la boca, mango del bastón en la boca, simbolismo de la cenestesia dental, extracción de los dientes, cabeza colgante, etc.) para realizar una generalización

38.- Sobre esta dificultad del diagnóstico, véase más adelante.

relativa a la patogénesis de los tics. Afortunadamente en este punto no dependemos de un solo ejemplo. Un caso cuyo análisis he desarrollado con bastante profundidad,³⁹ me ha probado hasta la evidencia que la actividad masturbatoria, lo mismo que, de manera general, la actividad genital y la excitabilidad de los órganos genitales, son transferidos en forma de *movimientos estereotipados* sobre las partes del cuerpo y de la epidermis que por lo general no son excesivamente eróticas. Es conocida la relación que existe entre el onanismo rechazado por una parte y la *onicohiperestesia*, la *onicofagia*, la “*sensibilidad capilar*”, y ese tic que consiste en *mesarse y arrancarse los cabellos*. Recientemente he conseguido liberar a un joven de la penosa costumbre de morderse las uñas en una sola discusión sobre sus tendencias al onanismo.⁴⁰ La mayoría de los tics tienen como sede la *cabeza* y las *diferentes partes del rostro*, que son los lugares privilegiados de la figuración simbólica de los procesos genitales. Meige y Feindel subrayan el parentesco entre los *tics* y los *temblores de ocupación*. Estos últimos, lo mismo que el “delirio de ocupación” de los alcohólicos son, en realidad, como Tausk lo ha demostrado, sustitutos del onanismo. La necesidad que tienen los pacientes de tics, de masticar y disimular sus gesticulaciones recuerda vivamente la manera en que los niños se esfuerzan en ocultar sus succiones y placeres derivados de chupar, que ya fue descrita en 1879 por el pediatra Lindner de Budapest. No es del todo imposible que el “eremitismo”, la tendencia a vivir sin emociones en el aislamiento, provenga del onanismo.⁴¹

Remitimos sobre esto a las observaciones de Gowers y de Bernhard, quienes muestran que los tics resultan más acentuados generalmente en los inicios de la pubertad, en el embarazo y en el parto, o sea, en los períodos de fuerte excitación de la región genital. Por último, si consideramos la *coprolalia*, esa oleada de obscenidades erótico-anales que padecen numerosos pacientes de tics,⁴² así como la tendencia a la enuresis (nocturna o diurna) subrayada por von Oppenheim, parece que debemos conceder gran importancia respecto a la formación de tics al “desplazamiento de abajo arriba” que, aunque esté particularmente marcado en los neuróticos, no debe despreciarse en el desarrollo sexual normal.

Podría atribuirse este desplazamiento a la hipótesis, que ha dominado hasta ahora nuestras reflexiones, según la cual el tic se debe a un aumento del narcisismo. De este modo, en el “*tic neuropático*” la parte del cuerpo (o su representante psíquico) que ha sufrido una lesión o una excitación se halla intensamente dominada por la libido y el interés. La enorme cantidad de energía requerida para tal efecto se toma de la gran reserva de libido situada en la sexualidad genital, lo que necesariamente va acompañado de perturbaciones más o menos graves de la potencia o de sensaciones genitales normales. En este desplazamiento no sólo se desvía de abajo hacia arriba un determinado quantum de energía, sino también la cualidad de esta energía (su modo de inervación), de donde se deriva la “genitalización” de las partes afectadas por el tic (hiperestesia, tendencia al frotamiento rítmico y, en muchos casos, verdadero orgasmo). En el tic del “narcisista constitucional”, la primacía de la zona genital no parece por lo general firmemente establecida, de manera que las excitaciones ordinarias o las inevitables perturbaciones bastan para provocar tal desplazamiento. El onanismo sería entonces una actividad sexual todavía semi-narcisista, a partir de la cual el paso a la satisfacción normal con otro objeto sería tan posible como el retorno al autoerotismo.

Anticipándome a reflexiones que comunicaré en otro artículo⁴³ quiero indicar que me represento la sexualidad genital como la suma de los autoerotismos desplazados sobre los órganos genitales, autoerotismos

39.- “Histeria y patoneurosis”, “Dificultades de un análisis de histeria”, etc, en este mismo volumen.

40.- Un perspicaz cirujano húngaro, el profesor Kovács, tenía la costumbre de atraer la atención de sus oyentes sobre el síntoma de la onicofagia diciendo: “Se trata de personas que son incapaces de dejar en paz las partes salientes de su cuerpo”.

41.- Según Meige y Feindel, la palabra “tic” es una “onomatopeya”, ya que imita un “ruido breve”. Zucken, Ticken, Tic en alemán; tic, tiqueur, tiqué en francés, tugg, tick en inglés; ticchio en italiano, y tic en español; todos los términos muestran la misma raíz y poseen el mismo origen onomatopéyico (Meige y Feindel). Op cit. p., 46. Recordemos que, debido a una sinestesia acústica particular muy común, la mayoría de las mujeres designan el temblor y la erección del clítoris con el término *latido*.

42.- Hay individuos, por lo demás normales, que deben formular inmediatamente su pensamiento, por ejemplo, murmurar al leer o hablarse a sí mismos. Según Stricker, cualquier pensamiento va acompañado de una inervación ligera de los órganos motores de la palabra.

43.- *Thalassa, Psicoanálisis de los orígenes de la vida sexual*. (N. de T.).

que, debido a este “desplazamiento de abajo arriba”, aportan no sólo sus cantidades sino también sus modos de inervación (“Anfimixia de los autoerotismos”). Son los erotismos anal y uretral los que proporcionan a la genitalidad la principal aportación. En el “desplazamiento hacia arriba” patológico, la genitalidad parece desintegrarse parcialmente en sus componentes, lo que entraña necesariamente el refuerzo de determinadas tendencias eróticas anales o uretrales. Y estos erotismos no son los únicos afectados por el refuerzo, porque ocurre lo mismo con sus retoños, a los que llamamos *rasgos de carácter* anales o uretrales. Mencionaré como rasgo uretral (en el tic y en la catatonía) la incapacidad de soportar las tensiones, la necesidad de descargar cualquier afecto, cualquier crecimiento de excitación en una reacción motriz inmediata y la necesidad incoercible de hablar. Podrían interpretarse como rasgos anales los siguientes: la tendencia a la rigidez, el negativismo, el mutismo y los tics “fonatorios”.

Señalaré, para terminar, el “erotismo muscular” descrito por Sadger o el refuerzo constitucional del *placer de moverse* subrayado por Abraham, que pueden favorecer notablemente la aparición de fenómenos motrices en el tic y en la catatonía.

V

Debo decir aquí que en algunos trabajos anteriores ya he hablado de la “genitalización de los autoerotismos”, que este artículo lo sitúa como principios del *tic* y de la *catatonía*, viendo en ellos el modo de formación de los “fenómenos de materialización” *histórica* (en la histeria de conversión). No puedo eludir por más tiempo la difícil tarea que consiste en investigar las diferencias que, a pesar de los numerosos puntos en común, distinguen ambos estados. He subrayado ya la diferencia esencial entre un síntoma de conversión histórica y los síntomas corporales localizados de una neurosis narcisista (tic, catatonía). En la histeria, neurosis de transferencia, el material patógeno rechazado pertenece a los rasgos mnésicos de las cosas inscritas en el inconsciente, relativas a los objetos de la libido (personas). A consecuencia del vínculo asociativo constante y recíproco entre el *sistema mnésico de las cosas* y el *sistema mnésico del Ego* (del cuerpo), el material psíquico patógeno del histórico puede utilizar el material mnésico somático asociado a este material como *medio de expresión*. Esto explicaría la “complacencia somática” mencionada por Breuer y Freud desde sus primeros análisis de histeria. Por ejemplo, en el célebre caso de la paciente *Anna*, la parálisis histórica del brazo se explicaría por el hecho de que la enferma, en un momento crítico en que sus tendencias psíquicas antagonistas entraban en conflicto, dejó por azar que su brazo cayera tras el respaldo de una silla y “se durmiera”. Del mismo modo, una lágrima que perturbo su visión fue el origen de su ulterior macropsia. El fortuito resfriado de una paciente de Freud (*Dora*) se convirtió, bajo la apariencia de una “tos nerviosa”, en el medio de expresar con muchos matices las mociones amorosas más complejas, etc. En la conversión histórica, la energía psíquica que pertenece a los recuerdos de las cosas rechazadas sirve en consecuencia para *reforzar* y, finalmente, para *materializar* los recuerdos del Ego (cuerpo) que lleva asociados. Este sería el mecanismo del “salto de lo psíquico en lo somático” cuando se forma el síntoma histórico.

En el tic, por el contrario, el recuerdo traumático del Ego (del cuerpo) se sitúa espontáneamente delante cada vez que se presenta la ocasión. Así que podría afirmarse: los tics (y la catatonía) son en realidad *histerias del Ego*: o también, usando la terminología de la teoría de la libido: los síntomas de conversión histórica son expresiones del amor objetal (genital) que revisten la forma de autoerotismos, mientras que el tic y la catatonía son autoerotismos que han adoptado en cierta medida cualidades genitales.⁴⁴

Comparemos, por último, las expresiones motrices de los *actos compulsivos* y el tic. Freud nos ha enseñado que tales actos son medidas psíquicas de defensa que tienen por objeto impedir el retorno de determinados pensamientos penosos; son los “sustitutos por desplazamiento” somáticos de los pensamientos

44.- Véase a este respecto el pasaje siguiente en el notable trabajo de Nunberg sobre la crisis catatónica (Int. Zeitschr., f. PsA, V. 1919, p. 19): “En conclusión quisiera indicar varios parecidos particularmente llamativos entre la crisis catatónica y el acceso histórico, por ejemplo la *dramatización* y la *angustia*. La única diferencia consiste en que en la histeria se trata de un bloqueo libidinoso de los objetos, mientras que el acceso catatónico es consecuencia de un *bloqueo de órgano*. Incluso las perversiones de los adultos son autoerotismos genitalizados (la perversión es, en efecto, “el positivo de la histeria”).

obsesivos. Los actos compulsivos se distinguen generalmente de los tics y de las estereotipias por su mayor complejidad; son ciertamente *actos* que tratan de modificar el mundo exterior (lo más a menudo en sentido ambivalente) y en los cuales el narcisismo sólo juega un papel secundario e incluso nulo.

El diagnóstico diferencial de estos síntomas motores sólo resulta posible, a menudo, tras un largo psicoanálisis.

(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.