

GENERALIDADES SOBRE LAS PSICONEUROSIS. (post. 2.6).



Sandor Ferenczi.

La ciencia médica, a la que puede reprocharse su gran descuido del punto de vista psicológico, nos ha acostumbrado a considerar que un síntoma o un síndrome son perfectamente explicables si los procesos patológicos y fisiológicos que subyacen han sido aclarados. Sin embargo, cuando se trata de neurosis o de psicosis, el balance anatómico-patológico o fisiológico deja al observador perplejo. En el histérico, en los obsesos, o en el sujeto torturado por la manía persecutoria, ni el tejido cerebral ni la composición clínica de los humores presentan alteración patológica alguna, de forma que la autopista de un enfermo muerto a consecuencia de una dolencia mental funcional no aporta ningún elemento para un diagnóstico *post mortem* del estado morboso que padecía la persona viva; nada permite distinguir el cerebro del enfermo mental del cerebro de una persona sana. En tales condiciones, cualquier tentativa que trata de reconstruir el modo de formación de estos estados se halla destinada al fracaso. Ha sido Charcot el primero en arrojar un rayo de luz sobre esta zona oscura del saber médico, cuando el estudio de los síntomas de la histeria traumática le ha llevado a la conclusión de que se trataba de una reproducción de las inervaciones motrices y sensibles que existían en el enfermo en el momento del traumatismo. Era el primer caso en que la explicación de un síntoma no se buscaba en las condiciones biológicas, sino en el *sentido* del síntoma, es decir en la *idea* o el *recuerdo* que podría *expresar*. A continuación Möbius formuló esto diciendo que los síntomas de la histeria son desencadenados por las ideas, y que la histeria es en consecuencia una enfermedad *ideógena*. Siguiendo a Charcot, Janet y sus discípulos profundizaron en el estudio de la psicología del histérico; señalaron que el histérico se caracteriza, según su formulación, por la división en muchos fragmentos, y la ruptura de la conciencia. Estos enfermos no pueden dar cuenta más que de una parte de su conciencia: los síntomas son producidos por una parte separada que escapa a la voluntad consciente. Morton Prince y otros descubrieron, en una misma persona, dos o incluso tres de estos “Egos”, que ignoraban todo o casi todo unos de otros, pero con los cuales los médicos hábiles podían comunicarse separadamente. Por ejemplo, mientras mantenían una conversación con uno de esos “Egos”, el otro respondía a preguntas distintas con escritura automática, etc. Sin embargo, todas estas apasionantes experiencias quedaron en el ámbito de los problemas científicos abstractos hasta que el médico vienés Breuer, a comienzos de los años 80 del pasado siglo, descubrió la aplicación terapéutica de estas nuevas posibilidades. En un caso de histeria grave consiguió bajo hipnosis que el enfermo, que había sido invadido por gran cantidad de fantasías producidas por uno de esos Egos fragmentarios latentes, terminara con la división de la conciencia y reuniera el contenido psíquico de los fragmentos divididos del Ego, así como los recuerdos, las tendencias, y las representaciones, con el otro Ego “ordinario” restableciendo de este modo la unidad de la conciencia. Lo sorprendente y completamente nuevo de este resultado terapéutico fue que determinados síntomas histéricos, como la parálisis del brazo, las perturbaciones oculares, y los problemas de la articulación, desaparecían espontáneamente a medida que los pensamientos y las imágenes mnésicas latentes, de los cuales eran expresión estos síntomas, se integraban en la conciencia normal del enfermo. De esta manera quedaba demostrado que los síntomas físicos de la histeria eran provocados y podían explicarse por imágenes mnésicas, latentes bajo el umbral de la conciencia. La teoría de Charcot relativa al origen traumático de la histeria debía extenderse pues al conjunto de estos casos, y quedar completada por la seguridad de que no sólo los *traumatismos físicos*, sino también los *traumatismos psíquicos* pueden provocar el enquistamiento de representaciones afectivamente

significativas, y que se trata en este caso de un memorial dirigido en recuerdo de estos sucesos traumáticos, constituido por crisis periódicas o fenómenos sintomáticos permanentes.

Lo que nos enseñó el único caso de Breuer, fue ampliado por Freud al conjunto de los casos, y él ha ido completando la teoría de Breuer con aportaciones esenciales. Ha descubierto que los “fragmentos de conciencia divididos” no están separados del Ego completo por la debilidad constitucional o la ineptitud innata a la síntesis de los contenidos psíquicos, como pensaba Janet, sino por una dinámica específica: el sistema de energía del “rechazo”, que no admite una parte de las representaciones, recuerdos, o deseos *bajo el umbral de la conciencia*. Los síntomas histéricos expresan, según Freud, contenidos psíquicos que el Ego consciente no puede admitir, debido a sus caracteres opuestos e incompatibles con lo que estima la dirección adecuada. De manera que los estímulos que provienen de representaciones inconscientes, que no pueden llegar hasta la conciencia, como por ejemplo el pensamiento onírico inconsciente (pues se lo impiden consideraciones culturales), buscan otros caminos para manifestarse, y se convierten en fuente de inervaciones sensibles, sensoriales y motrices diversas. Para comprender los síntomas del histérico, debemos considerarlos como jeroglíficos en imágenes, indescifrables para la conciencia del enfermo pero inteligibles para el iniciado, que expresan ideas, deseos, e imágenes mnésicas, o dicho de otro modo, un *sentido* que demanda una solución. Si conseguimos reconstruir el pasado del enfermo desde la primera infancia, eso nos permitirá llevar a la superficie los recuerdos latentes que disimulan los síntomas de la histeria. Naturalmente no llegaremos a ellos más que superando una enorme resistencia a estos recuerdos, es decir con un enorme trabajo.

Al principio, Freud intentó vencer esta *resistencia* con ayuda de la hipnosis; pretendía paralizar así con una orden cualquier oposición o actitud independiente. Consiguió bastantes éxitos pero también muchos fracasos; en cualquier caso los resultados apenas eran duraderos. Finalmente Freud formuló la hipótesis de que el estado de hipnosis suprime posiblemente las resistencias de una dirección pero las hace insuperables en otra. De modo que renunció rápidamente a la hipnosis prefiriendo el empleo sistemático de la *asociación de ideas en estado de vigilia*.

Freud descubrió otro dato de importancia fundamental, a saber que estos recuerdos condenados al rechazo, que sólo se expresaban mediante síntomas, eran en todo los casos sin excepción de carácter sexual o vinculados a experiencias sexuales. Dado el carácter masivo de las imágenes mnésicas sexuales inconscientes y patógenas, Freud pensó primero que las personas que más tarde se volvían histéricas habían sufrido en la primera infancia una experiencia o una agresión sexual traumatizante, de parte de su entorno. En consecuencia tuvo que modificar su concepción de las cosas y estimar que el traumatismo no desempeñaba un papel importante salvo en determinados casos; en otros aparecía como producto de una imaginación morbosa que creaba el traumatismo histérico a partir de imágenes mnésicas banales que se hallan sin duda en la vida de todos los niños. De esta manera el histérico se caracteriza por la tendencia a producir *fantasías inconscientes* que se expresan a continuación a través de síntomas corporales.

Freud ha utilizado las observaciones realizadas en los histéricos para explicar los fenómenos morbosos de las restantes neurosis funcionales, sobre todo la neurosis obsesiva, la histeria de angustia, la paranoia, y la esquizofrenia (demencia precoz), a la que me referiré más adelante. Pueden resumirse estas experiencias diciendo que *la única forma de acceder a los síntomas psiconeuróticos es estudiar las vivencias del enfermo*, pues de este modo se obtienen los datos anamnésticos que aclararán *el sentido de los síntomas*. Más tarde Freud ha completado esta teoría mostrando que los traumatismos de la prehistoria animal y de la historia cultural de la humanidad, con los que cada uno viene más o menos marcado, se añaden a las fijaciones y traumatismos patógenos de la *vivencia personal*, y que ellos solos bastan para provocar una psiconeurosis. Así que la vieja cuestión que ha dividido durante tanto tiempo a los partidarios y adversarios de la herencia de los contenidos psíquicos y que parecía haber acabado con la victoria de estos últimos, ha sido nuevamente cuestionada a partir de la experiencia psicoanalítica.

Los síntomas considerados como *típicos*, que son idénticos en multitud de casos, podrían explicarse a partir de estos traumatismos antiguos que deben buscarse en la historia de la evolución desde sus comienzos. De esta manera se resuelve también otra controversia relativa a *si las psiconeurosis están determinadas por*

una predisposición hereditaria, o bien por un traumatismo individual. El psicoanálisis enseña que para que surja la enfermedad deben darse los dos factores; cuando un traumatismo sin predisposición personal es suficiente para provocar una enfermedad, o cuando la constitución explica la enfermedad sin que se precise un traumatismo, se trata de casos extremos. Durante mucho tiempo se ha ignorado la forma en que las imágenes mnésicas patógenas de un traumatismo psíquico podían transformarse en síntomas histéricos. Se pensaba que se trataba simplemente del restablecimiento, aunque fuera temporal, del equilibrio psíquico trastornado por el traumatismo, mediante la abreacción física de una cierta cantidad de energía. El papel de los síntomas aparecía como puramente *económico*: permitir la “abreacción” de una cierta cantidad de excitación. Más tarde fue preciso modificar esta concepción introduciendo la actividad fantasmática inconsciente entre el traumatismo y la formación del síntoma: el síntoma no era considerado ya como la expresión directa del recuerdo traumático sino como la de las fantasías inconscientes asociadas a él. Sin embargo, desde el punto de vista del tratamiento o incluso de la interpretación de los síntomas, es perfectamente indiferente que se atribuyan a una realidad objetiva o sólo a una realidad psíquica, es decir, a las fantasías. Lo esencial es que el trabajo sea serio y profundo, que el síntoma quede aclarado sin que nada quede en la sombra de forma que el enfermo no pueda continuar reproduciéndolo.

Freud pide al psicoanálisis que proporcione la *interpretación metapsicológica* de todas las formas de *psiconeurosis*, como nos ha mostrado el ejemplo del análisis de los sueños a propósito de un fenómeno de la psicología normal. Espera nada menos que descubrir las zonas *tópicas* del aparato psíquico donde se manifiesta el síntoma, es decir las causas desencadenantes del síntoma, al mismo tiempo que pone en evidencia el juego de fuerzas, o sea la *dinámica*, que conduce a la manifestación del síntoma, y por último explica el origen de las cantidades de energía implicadas y de su utilización, es decir de su *economía*. Resumiendo: el conflicto se sitúa esencialmente en los confines de los procesos psíquicos conscientes e inconscientes. Las fuerzas psíquicas en conflicto son las derivadas de los impulsos del Ego y de los impulsos sexuales. Consideraciones de carácter egoísta, y también el ideal cultural adoptado, nos obligan a retirar nuestro interés consciente de las tendencias y manifestaciones impulsivas primitivas. Este proceso se denomina generalmente rechazo (*Verdrängung*).

La clave que abre el acceso a las emociones y a los actos pertenece al sustrato psíquico consciente (o preconscious); para prevenir la posibilidad de un acto perjudicial, la censura sólo necesita impedir que tal representación llegue a la conciencia. Según nuestros conocimientos actuales, podemos formular esto diciendo que la censura puede impedir el encuentro de las imágenes mnésicas inconscientes, que aún son puramente sensoriales, con las imágenes verbales preconscious. En un estado psíquico normal, nuestro universo está esencialmente constituido por imágenes verbales, es decir símbolos de los recuerdos, y la vía hacia las decisiones voluntarias, el humor, y la acción, pasa por ellas. En los enfermos mentales puede observarse el hundimiento de las barreras de la censura, la irrupción de los impulsos primitivos en la conciencia y, consecuentemente, en la acción. Una de las tareas más interesantes para el investigador consiste en mostrar cómo se distribuye la energía entre las diferentes capas y los diferentes mecanismos psíquicos, distribución que resulta específica para cada tipo de enfermedad. Quiero ilustrar esto con algunos ejemplos.

En la histeria de angustia, el temor ante algunos personajes imponentes como por ejemplo el padre, pasa al inconsciente y formaciones sustitutivas vienen a ocupar un lugar en el primer plano: el miedo frente a otros objetos terroríficos, como animales (caballo, perros), muchedumbres o vehículos. Al estar todo el aparato psíquico destinado a hacer soportables las impresiones psíquicas que nos afectan, no es extraño que si el enfermo histérico ha llegado a reemplazar el objeto angustioso primitivo por otros distintos, no haya podido hacerlo sino en virtud del *principio de evitar el desagrado*. Se ha producido por tanto una retirada de la conciencia (es decir una disyunción de la representación verbal), y la cantidad de energía recuperada acude a reforzar una representación próxima en la conciencia.

En la histeria de conversión, la energía movilizada por determinadas fantasías es apartada de la conciencia y orientada directamente hacia síntomas físicos por un atajo. Los impulsos asociales del enfermo obsesivo acceden a la conciencia, pero sólo de forma negativa: exceso

de inquietud y de preocupación por la integridad corporal de otro y por su limpieza personal; a éstas se les llama *formaciones reactivas*.

El paranoico o el esquizofrénico retiran su interés del mundo exterior, aproximadamente en la misma medida que el soñador, pero la cantidad de energía retirada vuelve a recuperarse íntegramente en la supervaloración narcisista del Ego del enfermo. Ello significa que, para estos enfermos, como para el soñador, las representaciones objetales inconscientes pierden también su valor emocional. (Las explosiones afectivas de algunos enfermos representan en realidad tentativas autoterapéuticas destinadas a supercompensar por la fuerza la pérdida de valor del mundo exterior).

En la amencia de Meynert, la distribución de energía es tal que únicamente la facultad de aprensión consciente resulta afectada por la retirada del interés, lo que supone la incapacidad funcional; por el contrario la actividad de las representaciones preconscientes e inconscientes no resulta afectada. Así pues, aquí sólo se puede hablar de alucinación negativa.

Tras estas consideraciones “metapsicológicas”, abordaremos la relación entre el traumatismo patógeno y el desarrollo psíquico del enfermo. El factor que desencadena la enfermedad es en general una *decepción*, que perturba la distribución de los afectos, del interés y sobre todo del amor. Puede soportarse la existencia de una cierta cantidad de libido sin objeto, podría decirse que sin propietario; pero si la decepción es muy grande, el sujeto es incapaz de soportar una cantidad importante de libido libremente flotante y debe arreglarse para que ésta pueda expresarse a partir de una fase anterior del desarrollo libidinoso. Un ejemplo habitual es el del hombre que ha sufrido una decepción amorosa y que va en busca de sus amigos de la infancia, o intenta recuperar un pasatiempo abandonado hace mucho; tampoco es raro que busque un consuelo en la masturbación. El despertar de la perversión infantil será tanto más intenso cuanto más marcados sean los puntos de fijación sólidos de estas perversiones creadas en el transcurso del desarrollo. Pero, como ya hemos dicho, en la neurosis participan no sólo la libido sino también los diferentes aspectos del Ego, y el síntoma sólo se forma si las exigencias del Ego en el plano de la cultura y el ideal rehusan recurrir a estas formaciones sustitutivas primitivas y a menudo perversas.

¿Qué salida se le ofrece a la libido si, a consecuencia de una decepción, el individuo no puede satisfacerla con su objeto actual, si el sentimiento de su dignidad lo aparta de las elecciones objetales de la adolescencia o de la infancia, en otras palabras, si a la *decepción exterior*, se añade el *rechazo interior* de satisfacciones sustitutivas? El único recurso que queda es buscar formas disfrazadas de satisfacciones infantiles y primitivas, es decir producir *síntomas* con ayuda del rechazo y de la regresión.

De este modo aparecerá una psiconeurosis en el sujeto que ha sufrido un choque (una decepción) muy intensa, o en aquel donde el desarrollo libidinoso individual ha acentuado la tendencia a retornar a los modos de satisfacción primitivos en caso de decepción, o en quien la propia sensibilidad, es decir su nivel evolutivo, le impide aceptar satisfacciones sustitutivas.

Según el psicoanálisis, el “*complejo nuclear*” de las psiconeurosis está constituido por la posición emocional del niño respecto a sus padres, que incluso en las circunstancias normales nunca está exenta de agitación, y que se caracteriza por las relaciones libidinosas conocidas por el nombre de “Complejo de Edipo”. El “*complejo de castración*” desempeña también un importante papel que corresponde al recuerdo de las intimidaciones que casi todos los niños han sufrido respecto a su sexualidad.

Por último no hay que descuidar en la patogénesis de la neurosis las predisposiciones biológicas, físicas, que pueden favorecer la formación de los síntomas. Por ejemplo, el enfermo histérico que exagera determinados fenómenos físicos patológicos como catarros, problemas circulatorios, etc. Y se sirve de ellos para descargar ciertas cantidades de excitación de origen puramente psíquico. Abundantes trabajos realizados con seriedad parecen sugerir que la libido, al encontrar cerrada toda salida en el plano psíquico, puede provocar enfermedades orgánicas. Es decir que si la histeria se manifiesta exclusivamente por los problemas de la inervación, Groddeck considera que las perturbaciones tróficas graves, como una mayor sensibilidad a la infección, o una agravación de enfermedades ya existentes (pulmonares, cardíacas, etc.) pueden también tener un origen psíquico. Volveré sobre este tema más adelante.

Freud resume la constitución de la psiconeurosis en una sola frase: no es otra cosa que *una huida a la enfermedad para escapar de un sufrimiento psíquico*. Es lo que él llama la *función primaria* de la enfermedad; una vez instalada la psiconeurosis puede también ponerse al servicio de *objetivos secundarios de carácter egoísta*. Un ejemplo muy característico: los síntomas del histérico se agravan a menudo cuando el sujeto espera obtener de este modo un aumento de la piedad o de la consideración hacia él. Pueden evaluarse del mismo modo los agravantes que aparecen en las neurosis traumáticas o en las neurosis de guerra cuando se opera un examen por una comisión de control o por tribunales especiales, y las mejorías en ausencia de tal peligro. Sin embargo es un error creer que este "*beneficio secundario de la enfermedad*" agota enteramente el problema de la neurosis. Se trata de una superestructura que recubre tendencias morbosas primitivas; sólo estas últimas deben ser abordadas por el psicoanálisis.

Freud ha clasificado las psiconeurosis en tres grandes grupos. En el primero sitúa las denominadas de *transferencias*, que pueden caracterizarse en el pleno metapsicológico por la transferencia de la energía afectiva de las representaciones y de las tendencias insoportables para la conciencia sobre otras representaciones asociadas a las primeras. En la práctica, esta "transferencia" se mantiene también por el cuestionamiento de las circunstancias de la cura, comprendido el médico, lo cual puede desempeñar un importante papel en la técnica terapéutica como veremos en el próximo capítulo. Este grupo comprende *la histeria de conversión y de angustia*, y las *neurosis obsesivas*. El otro gran grupo es el de las *psiconeurosis narcisistas*; en estas enfermedades el sujeto no transfiere el atractivo o el interés que experimenta de un objeto a otro del mundo objetual, sino que lo retira a su propio Ego, donde se transforma en una supervaloración del propio Ego. En la práctica resulta más difícil influenciar al enfermo porque se ha convertido en independiente de los objetos del mundo exterior y, en consecuencia, también de la persona del médico. Este grupo comprende la mayor parte de las psicosis funcionales graves: la esquizofrenia, la paranoia, la hipocondría, la melancolía y su reacción maníaca. Las neurosis traumáticas (y de guerra), algunas patoneurosis y los tics, ocupan una posición intermedia entre ambos grupos.

(Sandor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo IV, 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.