

PSICOANÁLISIS DE LAS NEURÓSIS DE GUERRA¹. (1919i).



Sándor Ferenczi

Señoras y señores: permítanme presentar el tema particularmente grave y serio que hoy voy a exponerles, con una pequeña historia que nos sitúa directamente en el corazón de los acontecimientos que azotan actualmente el mundo. Un húngaro que pudo observar de cerca los sucesos revolucionarios de Rusia, me contó la sorpresa que los nuevos líderes revolucionarios de una ciudad rusa experimentaron al constatar que la revolución no se llevaba a cabo con la rapidez que sus cálculos teóricos habían previsto. Basándose en el materialismo histórico, habían pensado que podían introducir un nuevo orden social sin hallar obstáculos a partir de su conquista del poder. Pero fueron elementos irresponsables, enemigos de todo orden, quienes se apoderaron del mando, de manera que poco a poco se les escapó a los autores de la revolución. Los jefes del movimiento se reunieron entonces para descubrir dónde estaba su error de cálculo. Convinieron finalmente en que la concepción materialista se había mostrado demasiado exclusiva no teniendo en cuenta más que las condiciones económicas y las relaciones de fuerza, olvidando un pequeño detalle. Este pequeño detalle era el estado de ánimo, la forma de pensar de los hombres, en una palabra: el elemento psíquico. Como hombres consecuentes, enviaron rápidamente emisarios a los países de habla germánica para conseguir... obras de psicología que les permitieran adquirir, aunque fuera tarde, algunos conocimientos en esta materia olvidada. La negligencia de los revolucionarios causó muchos millares de víctimas, posiblemente inútiles, pero es posible que su fracaso les haya puesto sobre la pista de algo importante: el descubrimiento del psiquismo.

Algo similar les ha ocurrido a los neurólogos durante la guerra. La contienda ha producido enfermedades nerviosas masivas que piden ser explicadas y curadas; pero la explicación organicista y mecanicista hasta ahora en boga -que corresponde aproximadamente al materialismo histórico en sociología- ha fracasado por completo. La experiencia colectiva de la guerra ha producido gran número de neurosis graves en las que cualquier efecto mecánico parecía excluido, de manera que los neurólogos se han visto obligados a reconocer que habían omitido contar con algo que, una vez más, era el factor psíquico.

Es posible que podamos perdonar esta negligencia a la sociología; es sabido que en la sociología la importancia atribuida al elemento psíquico era hasta ahora muy reducida. Pero los neurólogos no pueden escapar al reproche de haber olvidado durante mucho tiempo los trabajos innovadores de Breuer y de Freud sobre el determinismo psíquico de numerosas perturbaciones nerviosas y de haber esperado a la nefasta experiencia de la guerra para informarse mejor. Porque desde hace más de veinte años existe una ciencia, el *psicoanálisis*, a la que consagran sus esfuerzos muchos investigadores y que nos ha proporcionado conocimientos extraordinariamente importantes sobre el mecanismo de la vida psíquica y sus problemas.

En esta conferencia, me contentaré con relatar el ingreso del psicoanálisis en la neurología moderna, que sólo se ha conseguido en pequeñas dosis, al haberse introducido la mayor parte de él con muchas reservas y como de prestado, y mencionaré brevemente los principios teóricos que fundan la concepción psicoanalítica de las “neurosis traumáticas” observadas durante la guerra.²

1.- Informe presentado al V Congreso Internacional de Psicoanálisis de Budapest, el 28 de septiembre de 1918.

2.- De la gran cantidad de escritos relativos a las neurosis de guerra, sólo citaré los datos esenciales y únicamente en la medida en que tengan una relación con el psicoanálisis. Agradezco al doctor M. Eitingon y al profesor Arthur Sarbó el haberme facilitado las fuentes necesarias.

La apasionada controversia que se suscitó hace algunas decenas de años a propósito de la enfermedad que Oppenheim había delimitado en cuanto entidad morbosa con el nombre de “neurosis traumática”, ha surgido con renovada intensidad tras el comienzo de la guerra. Oppenheim se ha apresurado a explotar las observaciones realizadas durante la guerra, que ha expuesto a tantos miles de personas a traumas repentinos, en provecho de su vieja idea, a saber: que los síntomas de esta neurosis son provocados siempre por una *alteración física* de los centros nerviosos (o de las vías nerviosas periféricas que producen secundariamente estas alteraciones centrales). La descripción que propone de las modalidades del trauma y de sus efectos sobre el funcionamiento nervioso está hecho en términos demasiado generales, e incluso podríamos decir que extravagantes. Algunos eslabones del mecanismo de inervación son “liberados”, los elementos más finos “desplazados”, los circuitos “cerrados”, las conexiones rotas, aparecen obstáculos en la conducción, etc. Comparaciones de este tipo, sin ningún fundamento real, han permitido a Oppenheim elaborar un cuadro impresionante de las correlaciones materiales de la neurosis traumática.

Oppenheim imagina las alteraciones de estructura provocadas en el cerebro por el traumatismo como un proceso físico sutil, comparable al que se produce en un núcleo de hierro cuando se carga de energía magnética.

Gaupp, sarcástico, califica tales especulaciones físicas y fisiológicas superficiales como mitología cerebral y mitología molecular. A mi parecer, se muestra injusto con la mitología.

El material aducido por Oppenheim en apoyo de sus concepciones apenas puede apoyar sus brumosas teorías. Es cierto que ha descrito, con la precisión que le caracteriza, síndromes típicos cuyo número ha multiplicado tristemente esta guerra, y que les ha atribuido nombres un tanto grandilocuentes aunque poco explícitos en cuanto a su naturaleza (akinesia, amnésico, miotoclonia trepidante); sin embargo, tales descripciones no han hecho que sus hipótesis teóricas resulten especialmente convincentes.³

Ha habido algunos investigadores que han aprobado las ideas de Oppenheim, aunque por lo general con restricciones. Goldscheiner piensa que la formación del síntoma nervioso hace intervenir factores mecánicos y psíquicos; éste es también el parecer de Cassierer, Schuster y Birnbaum. A la pregunta de Wolleberg sobre si las neurosis de guerra son el resultado de una emoción o bien de una conmoción, Aschaffenburg responde que se trata de un efecto conjugado de la emoción y de la conmoción. Entre los escasos autores partidarios de una concepción estrictamente mecanicista, citaré a Lilienstein, que exige categóricamente la supresión en el vocabulario médico de los términos y de las nociones de “psiquismo”, “funcional”, “psíquico”, pero sobre todo de “psicógeno”; ello simplificaría la discusión y facilitaría el estudio, el tratamiento y el examen de las enfermedades traumáticas; los progresos de la técnica anatómica permitirán ciertamente descubrir un día las bases materiales de la neurosis.

Es preciso citar aquí la teoría de Sarbó, que busca la causa de las neurosis de guerra en las destrucciones que afectan a la *microestructura* de los tejidos y en las microhemorragias que se dan en el sistema nervioso central; éstas estarían provocadas por una conmoción directa, una presión repentina sobre el líquido cerebro-espinal, una compresión de la médula espinal en el foramen mágnum, etc. Son pocos los autores que apoyan la concepción de Sarbó. En este contexto, podría mencionar a Sachs y Freund, quienes estiman que el traumatismo aumenta la excitabilidad y la fatigabilidad de las células nerviosas, lo cual constituiría entonces la causa directa de las neurosis. Por último, para Bauer y Fauser, las neurosis traumáticas son la consecuencia nerviosa de las perturbaciones en la secreción endocrina provocada por el traumatismo, lo mismo que en la enfermedad de Basedow post-traumática.

Entre los primeros que se alzaron contra una concepción puramente orgánica y mecánica de las neurosis de guerra se hallaba Strümpell, quien desde hacía mucho tiempo había señalado el papel de determinados factores psíquicos en las neurosis traumáticas. Observó que las personas que desarrollaban graves neurosis a consecuencia de catástrofes ferroviarias eran generalmente las que tenían *interés* en poder justificar las lesiones consecutivas al traumatismo, por ejemplo, las personas aseguradas contra accidentes que deseaban

3.- Un crítico de Oppenheim ha propuesto utilizar estas palabras difíciles de pronunciar para el examen de las perturbaciones del habla en los paralíticos (para que al menos sirvan para algo).

obtener una cuantiosa pensión, o las que habían llevado a los tribunales a la compañía ferroviaria para exigir daños y perjuicios. Pero traumatismos idénticos o incluso más violentos no tuvieron ninguna consecuencia neurótica duradera en casos de accidentes ocurridos durante una actividad deportiva o imputables a la propia negligencia del sujeto y, en general, en los casos o circunstancias que excluían de antemano cualquier esperanza de indemnización; pues en todos estos casos el interés del sujeto era el de curar con la mayor rapidez posible y no el de permanecer enfermo. Strümpell afirmaba que el desarrollo de las neurosis traumáticas era siempre secundario y puramente psicógeno, provocado por *representaciones de deseos*; recomendaba a los médicos que no tomaran en serio, como Oppenheim, las lamentaciones de tales pacientes sino que los orientaran del modo más rápido posible hacia la vida y el trabajo reduciendo o incluso suprimiendo su pensión. Las consideraciones de Strümpell habían causado ya una gran impresión en el ambiente médico en tiempo de paz; se introdujo la noción de *histeria de tipo pensionista* pero los que se hallaban afectados por ella no eran mejor tratados que los simuladores. Strümpell piensa que la neurosis de guerra es también una neurosis de deseo que se introduce en el proyecto del paciente de ser desmilitarizado con una pensión tan elevada como sea posible. En consecuencia, exige que los soldados afectados por neurosis de guerra sean juzgados y examinados con el mayor rigor. El contenido de las representaciones patógenas sería siempre un deseo; el deseo de una indemnización material, el deseo de evitar el peligro y el contagio, y tal deseo actuaría por vía autosugestiva sobre la fijación de los síntomas, la persistencia de las sensaciones morbosas y las perturbaciones nerviosas de la motilidad.

Este razonamiento de Strümpell contiene muchos elementos que parecerán *a priori* verosímiles al analista. Debido a su experiencia analítica sabe que los síntomas neuróticos significan por lo general el cumplimiento de deseos; también conoce la persistencia de las impresiones psíquicas penosas y su carácter patógeno. Sin embargo, el razonamiento de Strümpell presenta grandes insuficiencias, como la excesiva insistencia sobre la *representación* patógena y el olvido de la *afectividad*, así como la omisión total de los procesos psíquicos inconscientes, cosas que ya le habían sido reprochadas por Kurt Singer, Schuster y Gaupp. El propio Strümpell duda de que únicamente un examen psíquico pueda explicar estos cuadros clínicos neuróticos, pero no nos dice nada sobre sus métodos de trabajo en este campo. Lo que entiende por exploración psíquica se reduce probablemente a un interrogatorio preciso del traumatizado sobre su situación material y sobre los motivos que le empujan a solicitar una pensión. Pero hemos de protestar cuando esta exploración se denomina “una especie de psicoanálisis individual”. Sólo hay un procedimiento que pueda reivindicar tal nombre, y es el que aplica el método perfectamente definido del psicoanálisis.

El origen psicógeno de las neurosis de guerra está confirmado por un fenómeno notable, observado por Mörchen, Bonhöffer y otros, a saber: que los prisioneros de guerra no presentan casi nunca neurosis traumáticas. Los prisioneros de guerra no tienen ningún interés en permanecer enfermos una vez que han sido capturados, y además en manos del enemigo no pueden contar con ninguna indemnización, pensión ni compasión. Además se sienten provisionalmente protegidos por la cautividad contra los peligros de la guerra. La teoría de la conmoción mecánica no podrá explicarnos nunca esta diferencia entre el comportamiento de nuestros propios soldados y el de los prisioneros de guerra.

Las pruebas en favor del origen psicógeno se han multiplicado con rapidez. Schuster así como muchos otros observadores han mostrado la desproporción existente entre el traumatismo y sus consecuencias nerviosas. A consecuencia de traumatismos mínimos aparecen graves neurosis, mientras que los traumatismos violentos acompañados de lesiones importantes no tienen por lo general ninguna consecuencia en el plano nervioso. Kurt Singer subraya con mayor insistencia aún la desproporción entre el traumatismo y la neurosis e incluso propone una explicación psicológica del fenómeno: “En el momento del traumatismo psíquico fulminante, el miedo y el terror hacen que la adaptación a la excitación se haga más difícil e incluso imposible”. En los casos de heridas graves hay una liberación automática de la tensión bruscamente acrecentada. Pero cuando no existe lesión externa grave, el exceso de afecto se descarga “por abreacción” a la manera de un salto en los síntomas físicos. El término freudiano de “abreacción” indica que el autor debía pensar vagamente en el psicoanálisis al formular su teoría. Podría pensarse en una reminiscencia de la teoría de la conversión según Breuer y Freud. Sin embargo, se ve rápidamente que Singer tiene una concepción demasiado racionalista del proceso; para él, la sintomatología de la neurosis traumática resulta simplemente de los esfuerzos del enfermo para reemplazar una conciencia vaga de la enfermedad mediante una explicación más comprensible

para el individuo. En consecuencia, los trabajos de este autor se hallan todavía muy lejos de la concepción dinámica del psiquismo tal como enseña el psicoanálisis.

Hauptmann, Schmidt y otros han atraído luego mi atención sobre el papel del factor temporal en el desarrollo sintomático de las neurosis de guerra. Si sólo se tratara de una lesión mecánica, el efecto alcanzaría su máxima intensidad inmediatamente después del traumatismo. Ahora bien, constatamos que los sujetos sometidos a una conmoción brutal tienen tiempo de efectuar en los momentos que siguen al traumatismo un cierto número de gestos perfectamente adaptados para asegurar su integridad, como dirigirse al puesto de socorro, etc., y sólo cuando han llegado a lugar seguro se desfondan y comienzan a desarrollarse los síntomas. En algunos, la aparición de los síntomas coincide con la orden de marcha que les vuelve a enviar al frente tras su convalecencia Schmidt atribuye acertadamente este comportamiento de los enfermos a factores psíquicos; piensa que los síntomas neuróticos sólo se desarrollan tras la desaparición del estado confuso pasajero, cuando los sujetos conmocionados reviven el recuerdo de la situación peligrosa. Podríamos decir que a estos heridos les ocurre como a la madre que salva a su hijo de un peligro mortal con gran sangre fría y despreciando su propia vida, y que, una vez conseguido su propósito, se desploma sin conocimiento. El hecho de que aquí se trate de salvar no a un ser querido sino a la propia persona apenas influye en la apreciación de la situación psicológica.

Entre los autores que han insistido de forma especial sobre el origen psíquico de las neurosis traumáticas de guerra citaré en primer lugar a Nonne. No sólo ha demostrado que los síntomas de las neurosis traumáticas de guerra eran siempre y sin excepción de naturaleza histérica, sino que también ha conseguido provocar instantáneamente la desaparición y la reaparición de los más graves de tales síntomas mediante la hipnosis o la sugestión. Puede excluirse, pues, la eventualidad de una lesión, incluso “molecular”, del tejido nervioso; un problema que puede solucionarse mediante una acción psíquica sólo puede ser de naturaleza psíquica. Este argumento terapéutico resultó decisivo; el campo de los mecanicistas quedó poco a poco reducido al silencio; algunos de ellos han intentado reajustar sus posiciones en el sentido de la psicogénesis. En lo sucesivo, la discusión ha proseguido entre los que mantienen diversas teorías psicológicas.

¿Cómo hay que concebir el modo de acción de los factores psíquicos, la psicogénesis de cuadros clínicos tan graves que dan la impresión de estar totalmente organizados?.

Este retorno a Charcot representa simplemente el abandono de las especulaciones estériles y el redescubrimiento de la fuente de la que a fin de cuentas proviene también el psicoanálisis; porque sabemos que Breuer y Freud iniciaron sus primeras investigaciones sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos bajo la influencia directa de las constataciones clínicas y experimentales de Charcot y Janet. *Los histéricos sufren reminiscencias*: de hecho, este primer principio del psicoanálisis naciente prosigue, profundiza y generaliza la concepción de Charcot relativa a las neurosis traumáticas; en ambas concepciones se halla la idea del efecto duradero producido por un afecto repentino, del lazo persistente entre ciertas manifestaciones afectivas y el recuerdo de la experiencia vivida.

Comparemos ahora lo que acaba de decirse sobre la posición de los neurólogos alemanes en cuanto a la génesis de las neurosis de guerra. Goldscheider declara: “Impresiones repentinas y fulminantes pueden producir efectos directamente y con la ayuda asociativa de las representaciones; estas imágenes mnésicas producen efectos susceptibles de aumentar y disminuir el grado de excitabilidad. Es el caso de la emoción, del temor, que permite al traumatismo esta repartición y esta fijación de las consecuencias nerviosas de la excitación, que una de carácter puramente somático nunca hubiera podido provocar por si misma”. Fácilmente puede advertirse que esta descripción se apoya sobre la teoría traumática de Charcot y sobre la teoría de la conversión de Freud.

Gaupp comparte esta opinión: “A pesar de todos los esfuerzos de la psicología experimental moderna, a pesar de toda la penetración y de la finura de la técnica de investigación neurológica y psiquiátrica, subsiste siempre un residuo irreducible que no puede ser dilucidado por los medios actuales de exploración neurológica y psiquiátrica, por mucha precisión que tengan, a los cuales es preciso añadir una anamnesis minuciosa y una investigación laboriosa de la patogénesis del estado observado si se desea conseguir un diagnóstico”. Gaupp acepta explícitamente una tesis de Freud al describir las neurosis de guerra como una *huida* en la enfermedad bajo la presión de conflictos psíquicos y cuando dice, aludiendo al psicoanálisis:

“Admitimos gustosos el postulado según el cual es el *inconsciente* quien actúa sobre el consciente y sobre el soma, y no una teoría psicológica que se esfuerza, con ayuda de términos extraídos de la anatomía y de la fisiología, en ocultar el hecho de que el camino de lo somático a lo psíquico y viceversa no es totalmente desconocido”. Va incluso más lejos y coloca el postulado psicoanalítico del inconsciente en el centro mismo del problema: “Admitiendo que los procesos psíquicos ejercen una acción en el cuerpo aunque escapen al campo de la conciencia, desaparecen la mayor parte de las pretendidas dificultades”. Mencionemos de nuevo a Hauptmann, que considera la neurosis traumática como una enfermedad mental, desencadenada por un factor emocional y elaborada por vía psicógena, y a sus síntomas como “la elaboración ulterior inconsciente de los factores emocionales sobre los circuitos disponibles”. Bonhöffer parece haber aceptado íntegramente todas las conclusiones que la experiencia psicoanalítica extrae de la psicología de los complejos: considera los síntomas traumáticos como “fijaciones psiconeuróticas que, bajo el efecto de una emoción masiva, permiten la *separación entre el afecto y el contenido de la representación*”. En su excelente resumen de la literatura consagrada a las neurosis traumáticas, Birnbaum constata que muchas explicaciones relativas a estas neurosis (como, por ejemplo, la teoría del deseo según Strümpell) contienen la idea de un *origen psíquico de la histeria en el deseo*, y advierte: “Si el origen psíquico en un deseo, la fijación a un deseo, etc., constituye un elemento fundamental de la histeria, entonces ésta corresponde necesariamente a la definición de la enfermedad.” Pero el psicoanálisis ha formulado ya esta conclusión desde hace tiempo; sabemos que considera los síntomas neuróticos en general como manifestaciones de deseos inconscientes o como reacciones frente a ellos.

También Vogt se refiere a la “célebre tesis freudiana” según la cual el alma atormentada huye hacia la enfermedad, y reconoce que “el impulso resultante es a menudo de naturaleza inconsciente más bien que consciente”. Liepman divide los síntomas de la neurosis traumática en dos categorías: las consecuencias directas del traumatismo psíquico y “los mecanismos psíquicos que poseen una finalidad”. En cuanto a Schuster, habla de síntomas producidos por “procesos inconscientes”.

Pueden ustedes constatar, señoras y señores, que las experiencias proporcionadas por el estudio de los neuróticos de guerra nos han conducido poco a poco más allá del descubrimiento del psiquismo: han llevado casi a los neurólogos a descubrir el psicoanálisis. Cuando en la literatura reciente consagrada a este tema hallamos nociones y conceptos que nos son tan familiares como los de abreacción, inconsciente, mecanismos psíquicos, separación entre afecto y representación, etc., tenemos la impresión de volver a hallarnos entre psicoanalistas y, sin embargo, ninguno de estos investigadores se ha preocupado de saber si la experiencia aportada por el estudio de las neurosis de guerra podía justificar también la aplicación de la concepción psicoanalítica al estudio de las neurosis y de las psicosis ordinarias conocidas en tiempos de paz. De hecho, rechazan unánimemente la idea de una especificidad de los traumatismos de guerra; en conjunto, sostienen que no hay nada en las neurosis de guerra que permita añadir algo a la sintomatología actualmente conocida de las neurosis; los neurólogos alemanes han reclamado incluso explícitamente con ocasión del Congreso de Munich, la eliminación del término y de la noción de “*neurosis de guerra*”. Sin embargo, como las neurosis de paz y de guerra son fundamentalmente idénticas, los neurólogos no podrán ya abstenerse de aplicar las ideas relativas a los choques emocionales, la fijación a los recuerdos patógenos y la acción que éstos continúan ejerciendo en el inconsciente, a la explicación de la histeria ordinaria, de las neurosis obsesivas y de las, psicosis. Se sorprenderán al constatar con qué facilidad caminarán por la vía abierta por Freud y lamentarán el haber rehusado obstinadamente seguir sus indicaciones.

Las opiniones están divididas en cuanto a la *predisposición* a las neurosis de guerra. La mayoría de los autores coinciden con Gaupp, Laudenheimer y algunos otros, en que la mayor parte de los neuróticos son desde el principio neurópatas y psicópatas, y el choque interviene simplemente como factor desencadenante.

Bonhöffer llega incluso a pretender que “la posibilidad de desencadenamiento psicógeno de un estado psicopatológico constituye un signo de degenerescencia”. Förster y Jendrassik son también de este parecer. Por el contrario, Nonne estima que la naturaleza de la agresión desempeña un papel más decisivo en el desencadenamiento de una neurosis de guerra que la constitución individual.

El psicoanálisis adopta en esta cuestión una posición intermedia que Freud ha precisado a menudo y de manera explícita. Se trata de una “serie etiológica”, donde predisposición y traumatismo figuran como

valores complementarios y recíprocos. Una predisposición ligera asociada a un choque violento puede causar los mismos efectos que un traumatismo menor junto a una predisposición más acentuada. Pero el psicoanálisis no se ha contentado con una alusión teórica a esta relación, sino que se esfuerza -con éxito- en descomponer la noción compleja de “predisposición” en elementos más simples y en separar los factores constitucionales que determinan la elección de la neurosis (la tendencia específica a desarrollar tal tipo de neurosis en vez de tal otro). Volveré de nuevo a la cuestión de saber dónde trata de descubrir el psicoanálisis la predisposición a la neurosis traumática.

La literatura relativa a la *sintomatología* de las neurosis de guerra es prácticamente ilimitada. En la serie de los síntomas histéricos, por ejemplo, Gaupp menciona: “crisis, de las más ligeras a las más violentas, que pueden alcanzar una duración de varias horas, con un desarrollo a veces epileptiforme por su frecuencia y su carácter espontáneo, astasia, abasia, anomalías de la postura y de la motilidad del tronco que llegan hasta desplazarse uno a cuatro patas, todas las variedades de tics y de temblores, parálisis y contracturas en forma de monoplejía, de hemiplejía o de paraplejía, sordera y sordomudez, tartamudez, habla entrecortada, afonía o gritos rítmicos, ceguera acompañada o no de blefarospasmo, todo tipo de perturbaciones de la sensibilidad y sobre todo estados crepusculares que presentan gran número y variedad de combinaciones con fenómenos físicos de excitación y de déficit que nunca había observado anteriormente.” Como pueden ver, se trata de un verdadero museo de síntomas histéricos evidentes y basta con haberlos observado una vez para rechazar sin reservas el punto de vista de Oppenheim, que afirma la rareza de los síndromes neuróticos puros en las neurosis traumáticas de guerra. Schuster atrae mi atención sobre los numerosos fenómenos trófico-vasomotores que, según él, no son de origen psíquico. Sin embargo, el psicoanálisis coincide con quienes consideran que tales síntomas son igualmente psicógenos, análogos a las modificaciones corporales que la hipnosis es susceptible de provocar. Por último, todos los autores mencionan las alteraciones del humor consecutivas al traumatismo: apatía, hiperexcitabilidad, etc... En este caos de cuadros clínicos, se observa la frecuencia y el carácter particular de las *neurosis de temblor*. Todo el mundo conoce a esos desgraciados que se arrastran por la calle, con las rodillas temblorosas, el caminar incierto y problemas motrices muy visibles. Podría pensarse que se trata de inválidos incurables y sin embargo la experiencia demuestra que sólo es cuestión de un cuadro clínico puramente psicógeno. Una sesión de electroterapia acompañada de sugestión, y una ligera acción hipnótica son suficientes a menudo para restablecer la total capacidad funcional en estos enfermos, aunque no sea más que a título provisional y condicional. Erben ha estudiado estos problemas de la inervación con mayor precisión; ha descubierto que tales perturbaciones aparecen o se acentúan cuando los grupos musculares correspondientes realizan o se disponen a realizar una acción. Para explicar el fenómeno, sugiere que “el impulso voluntario abra el camino al espasmo”: una simple descripción fisiologizante. Incluso aquí el psicoanálisis supone una motivación psíquica: la activación de una contravoluntad inconsciente que se opone a las acciones voluntarias conscientes. La mejor ilustración para esta teoría nos la proporcionan esos enfermos de Erben a los que violentas contracciones clónicas impiden avanzar, mientras que son absolutamente capaces de realizar, sin ningún temblor, la tarea mucho más difícil de recular. Pero también entonces Erben proporciona una explicación fisiológica complicada, sin tener en cuenta que el movimiento de retroceso que aleja al enfermo de los objetivos peligrosos de la motilidad -y a fin de cuentas también de la línea de fuego- no puede ser perturbado por una contravoluntad cualquiera. Los restantes problemas de la marcha requieren una interpretación semejante, en particular esa especie de carrera irrefrenable de muchos neuróticos de guerra, que recuerda la propulsión en la parálisis agitante. Se trata de sujetos que aún no se han repuesto de los efectos de su terror y que continúan huyendo del peligro que anteriormente les amenazó.

Estas observaciones y otras análogas han llevado a muchos investigadores -algunos de los cuales no son analistas- a suponer que estos problemas no son efectos directos del traumatismo, sino reacciones psíquicas a éste y que están al servicio de una *tendencia a protegerse* contra la repetición de la experiencia penosa. Sabemos que el organismo normal también dispone de estos medios de protección. Los síntomas del temor, imposibilidad de moverse, temblor, palabra entrecortada, parecen ser automatismos útiles y hacen pensar en los animales que simulan la muerte en caso de peligro. Y si Bonhöffer interpreta estas perturbaciones traumáticas como una fijación de los medios de expresión de la terrorífica emoción sufrida, Nonne va todavía más lejos y afirma que “los síntomas histéricos recuerdan, en parte, los dispositivos de defensa y

de resistencia innatos, que precisamente los individuos que llamamos histéricos reprimen mal, o incluso no reprimen”. Según Hamburger, el tipo mórbido más frecuente en el que a la vez se encuentran problemas de marcha, de mantenimiento en pie y de palabra, acompañados de temblor, representa “un complejo de representaciones de inestabilidad, de debilidad, de frustración y de agotamiento”, en cuanto a Gaupp, tales síntomas le hacen pensar en “un hundimiento en estados infantiles y pueriles de impotencia manifiesta”. Algunos autores llegan incluso a hablar de “fijación” de la actitud corporal y de la inervación traumática.

A ninguna persona familiarizada con el psicoanálisis se le escapará la proximidad a que estos autores se hallan, sin admitirlo, de nuestra teoría. “Las fijaciones de los movimientos de expresión” descritas por estos autores no son en el fondo más que paráfrasis de la conversión histérica según Breuer y Freud; y la regresión a las formas reactivas atávicas e infantiles corresponde con gran exactitud al carácter regresivo de los síntomas neuróticos subrayado por Freud, todos los cuales, según él, son regresiones a estadios superados del desarrollo ontogenético y filogenético. Sea de ello lo que fuere, observamos que los neurólogos se han decidido por fin a *interpretar* determinados síntomas nerviosos, es decir, a relacionarlos con contenidos psíquicos inconscientes, lo cual nadie había soñado que podría hacerse antes del psicoanálisis.

Voy a hablar ahora de alguno de estos autores que se han interesado por las neurosis de guerra en sentido psicoanalítico.

Stern ha publicado un trabajo sobre el tratamiento psicoanalítico de las neurosis de guerra en el hospital militar. No poseo el texto original, pero por las notas bibliográficas observo que el autor aborda el fenómeno desde el ángulo del rechazo y considera que la situación del servicio militar activo es particularmente apropiada para favorecer la aparición de las neurosis, dadas las represiones afectivas impuestas por el servicio. Schuster reconoce que las investigaciones de Freud –“piénsese de ellas lo que se quiera”- han puesto al descubierto la psicogénesis de las neurosis; nos han ayudado a desvelar la relación oculta, difícil de descubrir pero, sin embargo, presente, entre el síntoma y el contenido psíquico. Mohr trata las neurosis de guerra con el método catártico de Breuer y Freud en la medida en que hace revivir a los enfermos las escenas críticas y obtiene la abreacción de los afectos permitiéndoles revivir la emoción terrorífica. El único que hasta el presente ha aplicado metódicamente la psico-catarsis a los neuróticos de guerra es Simmel, y él mismo presentará sus observaciones a este Congreso. Por último, mencionaré mis propias investigaciones sobre la psicología de las neurosis de guerra, en las que he intentado introducir los cuadros clínicos traumáticos en las categorías psicoanalíticas. Desearía señalar aún aquí una discusión con múltiples ramificaciones que tuvo lugar entre diversos autores sobre la cuestión de si un traumatismo puede producir un efecto psicógeno incluso cuando la persona afectada pierde el conocimiento. Goldscheider y muchos otros siguen estando convencidos de que la pérdida del conocimiento impide cualquier efecto psicógeno, y Aschaffenburg mantiene de manera inquebrantable que el inconsciente protege de las neurosis.

Nonne contradice estas ideas demostrando la existencia de corrientes psíquicas *inconscientes* capaces de ejercer un efecto psíquico a pesar del estado de inconsciencia; y L. Mann, refiriéndose sin duda a la teoría hipnoide según Breuer, afirma incluso que no sólo la pérdida del conocimiento no protege de la enfermedad, sino que incluso predispone a las neurosis al impedir la descarga de los afectos. Orłowsky es quien expresa la opinión más sensata en esta controversia al proponer que se considere la pérdida de conocimiento como un síntoma psicógeno, una huida al inconsciente que ahorra al sujeto la experiencia consciente de la situación y de la sensación penosas.

Para nosotros, los psicoanalistas, la hipótesis de una formación de síntomas psicógenos incluso en un estado de inconsciencia resultaría muy comprensible. Este problema sólo podría incomodar a los autores que adoptan el punto de vista, superado por el psicoanálisis, de una asimilación posible entre *psiquismo* y *consciente*. Señoras y señores, ignoro si esta serie de citas y de referencias (simples muestras tomadas de la literatura) les da la impresión de que la posición de los neurólogos más destacados experimenta un acercamiento, que se resisten a confesar, a las tesis del psicoanálisis. Por lo demás, hallamos incluso un reconocimiento formal, por ejemplo, cuando Nonne declara que las experiencias de la guerra han esclarecido y han aportado confirmaciones interesantes a las teorías de Freud sobre la elaboración inconsciente.

Pero en el contexto de estas declaraciones, Nonne emite un juicio negativo sobre el psicoanálisis; considera que la opinión de Freud en cuanto a las bases casi exclusivamente sexuales de la histeria ha

quedado definitivamente desterrada por la experiencia de la guerra. No podemos dejar sin respuesta este parcial rechazo del psicoanálisis, que resulta muy fácil de rebatir. Según el psicoanálisis, las neurosis de guerra pertenecen al grupo de neurosis cuyo desarrollo hace intervenir no sólo a la sexualidad genital, como la histeria ordinaria, sino también a una etapa anterior a aquélla, la denominada *narcisismo*, el amor a sí mismo, lo mismo que en la demencia precoz y en la paranoia. Debemos admitir que la base sexual de las neurosis llamadas narcisistas parece menos evidente, en particular para quienes asimilan sexualidad y genitalidad, y han desechado el uso del término “sexual” en el sentido del antiguo Eros platónico. Sin embargo, el psicoanálisis acepta la visión antigua al integrar dentro del “erotismo” o de la “sexualidad” todas las relaciones afectivas y sensuales del hombre con el otro sexo o con el suyo propio, la afectividad manifestada con los amigos, los padres y los humanos en general, y también la relación afectiva hacia el “Ego” propio y el propio cuerpo. Ciertamente no será una neurosis narcisista (por ejemplo, una neurosis traumática) la que podrá convencer a personas poco familiarizadas con esta concepción de la exactitud de la teoría sexual de Freud. Les aconsejaríamos que examinaran atentamente un caso de histeria o de neurosis obsesiva ordinaria (de origen no traumático) y que aplicaran rigurosamente el método freudiano de la asociación libre y de la interpretación de los sueños y de los síntomas. De este modo podrán convencerse mucho más fácilmente de la exactitud de la teoría sexual de las neurosis; el fundamento sexual de las neurosis de guerra se desprenderá por sí solo. En cualquier caso, parece un tanto prematuro cantar victoria proclamando el fracaso de la teoría sexual.

Mis propias observaciones sobre la disminución considerable, e incluso la desaparición completa y duradera de la *libido genital* y de la *potencia* en las neurosis traumáticas, tal como he podido comprobar, confirman la participación de factores sexuales en la formación de los síntomas en las neurosis traumáticas. Esta simple constatación positiva basta para demostrar el carácter prematuro de la conclusión de Nonne.⁴

Señoras y señores, acabo de satisfacer el propósito fundamental de mi conferencia, la revisión crítica de los testimonios relativos a las neurosis de guerra bajo el ángulo psicoanalítico. Pero voy a aprovechar esta ocasión excepcional para comunicarles algunas de mis observaciones personales y para presentarles los puntos de vista que ayudan a explicar psicoanalíticamente tales estados.

El universo psíquico del enfermo afectado por una neurosis traumática se halla dominado por la depresión hipocondríaca, la pusilanimidad, la angustia y una notable excitabilidad que va acompañada de la tendencia a la cólera. La mayoría de estos síntomas pueden atribuirse a una *hipersensibilidad del Ego* (en particular la hipocondría y la incapacidad de soportar un sufrimiento moral o físico). Tal hipersensibilidad proviene de que el paciente ha retirado de los objetos su interés y su libido para concentrarlos en el Ego, a consecuencia de un choque o de una serie de ellos. De este modo se ha producido una estasis de la libido en el Ego que se expresa precisamente mediante estas sensaciones orgánicas hipocondríacas anormales y mediante la hipersensibilidad. Este amor excesivo hacia el Ego degenera a menudo en una especie de *narcisismo* infantil: los enfermos desearían ser acariciados, cuidados y arrullados como los niños. Puede entonces hablarse de regresión al estadio infantil del *amor hacia sí*. A este crecimiento del amor hacia sí corresponde un debilitamiento del amor objetal, y a menudo también de la potencia sexual. Un individuo que desde el principio presenta una tendencia narcisista, desarrollará con mayor facilidad una neurosis traumática; pero nadie se halla totalmente a cubierto, porque el estadio narcisista es un punto de fijación importante del desarrollo libidinoso de cualquier ser humano. Y a menudo se halla combinado con otras neurosis narcisistas, en particular con la paranoia y la demencia.

El síntoma de la angustia indica que el choque provocado por el traumatismo ha roto la confianza en uno mismo. Esto se manifiesta especialmente en los sujetos que han sido revolcados, proyectados o sepultados por una explosión, y que de esa manera han perdido durante mucho tiempo la confianza en sí mismos. Los problemas característicos de la marcha (astasia-abasia con temblores) son medidas defensivas contra la repetición de la angustia, es decir, lo que Freud ha llamado las *fobias*. En los casos en que predominan estos síntomas, puede hablarse de *histeria de angustia*. Por el contrario, los síntomas que repiten sólo la situación

4.- Este hecho ha sido confirmado por todos los participantes en este Congreso.

en el momento de la explosión (inervación, postura) tienen síntomas de *histeria de conversión*, en el sentido psicoanalítico. Naturalmente, la predisposición juega también su papel en el estado de angustia: resultarán afectados con más facilidad quienes, a pesar de su cobardía, se imponen por ambición actos heroicos. Los problemas de la marcha que provienen de la histeria de angustia constituyen al mismo tiempo una regresión al estadio infantil en el que el sujeto aún no sabe andar o bien está aprendiendo.

La tendencia a los accesos de rabia y de cólera es también una forma muy primitiva de rebelarse contra una fuerza superior; estos actos pueden llegar hasta la crisis epileptiforme y representan descargas afectivas más o menos carentes de coordinación, como puede observarse en los bebés. Una variedad más benigna de esta ausencia de inhibición es la falta de disciplina, que se halla en casi todos los sujetos afectados de neurosis traumática. La demanda de un amor excesivo y el narcisismo explican esta enorme excitabilidad.

La personalidad de la mayoría de los traumatizados corresponde, pues, a la de un niño que ha quedado angustiado, aplanado, ha perdido sus inhibiciones y se ha vuelto malo a consecuencia de un susto. Un elemento que completa perfectamente este cuadro es la importancia excesiva que la mayoría de los traumatizados conceden a la alimentación. Cuando el servicio es deficiente, reaccionan con violentas explosiones afectivas e incluso con crisis. La mayoría de ellos rehúsan trabajar y desearían ser atendidos y alimentados como niños.

No se trata tan sólo, como creía Strümpell, de cuadros clínicos aducidos en busca de un beneficio concreto (pensión, perjuicios y daños, exención del servicio activo): éstos no son más que los beneficios *secundarios* de la enfermedad, el móvil *primario* es el propio placer de permanecer en el seguro refugio de la situación infantil que fue abandonado a regañadientes.

Todos estos fenómenos morbosos, narcisistas y de angustia tienen también su modelo *atávico*; puede incluso suponerse que esta neurosis corresponde a comportamientos que no desarrollaron ningún papel en el desarrollo individual (simulación de la muerte en los animales, actitudes y formas de protección de la descendencia en los animales en el transcurso de la evolución). Ocurre como si un afecto muy intenso no pudiera descargarse por las vías normales y tuviera que retornar a modos de reacción ya abandonados pero virtualmente existentes. Estoy seguro de que muchas otras reacciones patológicas deben ser consideradas como repeticiones de modas adaptativas superadas.

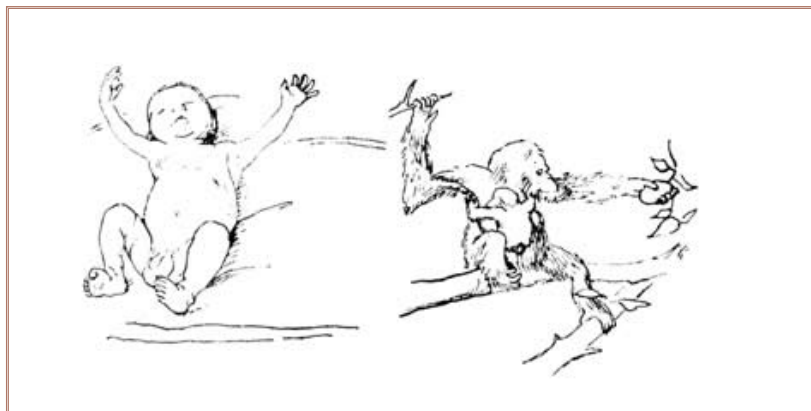
Entre los síntomas descuidados frecuentemente en las neurosis traumáticas, mencionaré la *hiperestesia* de todos los órganos sensoriales (fotofobia, hiperacusia, hiperestesia cutánea intensa) y los sueños de angustia. En éstos el sujeto revive constantemente los temores que realmente ha experimentado. Sigo aquí una indicación de Freud considerando estos sueños de temor y angustia, así como el hecho de mostrarse miedoso durante el día, como *tentativas de curación* espontáneas del enfermo. Estos enfermos liberan en pequeñas dosis su temor insoportable, incomprensible en su totalidad y convertido en síntomas físicos mediante la abreacción consciente y contribuyen así a restablecer el equilibrio perturbado de su economía psíquica.

Señoras y señores, estas contribuciones personales pueden servirles para comprobar que la concepción psicoanalítica es capaz de abrir nuevas vías incluso en ciertos campos en que ha fracasado la neurología. Pero sólo la aplicación sistemática del método analítico a un gran número de casos podrá conseguir una aclaración completa y una curación radical de estos estados morbosos.

Mientras este informe se hallaba en la imprenta, he tenido ocasión de leer el apasionante artículo del profesor E. Moro, pediatra de Heidelberg, sobre el “primer trimestre”, es decir, los fenómenos que caracterizan los tres primeros meses de la vida del niño.⁵ “Si se coloca a un recién nacido sobre la mesa y se golpea con ambas manos el cojín en que se apoya, se desencadena un reflejo motor específico cuyo desarrollo es aproximadamente el siguiente: los brazos del niño se separan simétricamente para aproximarse de nuevo marcando un arco de círculo de movimientos ligeramente tónicos. Simultáneamente sus dos piernas presentan el mismo comportamiento motor”. Podríamos decir que Moro ha desencadenado aquí artificialmente una pequeña neurosis de temor (o neurosis traumática).

5.- Münchner Med. Wschrift, 1918, n 42, p. 1.150.

Lo notable del hecho es que este reflejo del recién nacido (menos de tres meses) cuando tiene miedo, evoca un reflejo natural de agarrarse similar al que caracteriza a los “*Tragsäuglinge*”, es decir, a los animales pequeños (monos) que se ven obligados a agarrarse con sus dedos mediante un verdadero reflejo a la piel de la madre cuando ésta sube a los árboles. (Véase el grabado). Podríamos decir que se trata de una regresión atávica del comportamiento, a consecuencia de un temor repentino.



(Sándor Ferenczi. *Obras Completas, Psicoanálisis Tomo III*, Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.