

TENTATIVA DE EXPLICACIÓN DE ALGUNOS ESTIGMAS HISTÉRICOS. (1919).



Sándor Ferenczi

“Estigmas” es un término de origen religioso que designaba antaño el fenómeno milagroso de la transferencia a los fieles de las llagas de Cristo debido a una ferviente oración. En la época de los procesos por brujería, la ausencia de sensibilidad a la quemadura del hierro ardiente se consideraba un estigma de culpabilidad. Los brujos de antaño se llaman hoy histéricos y algunos síntomas permanentes que presentan con gran regularidad son calificados de estigmas histéricos.

Entre la actitud del psicoanalista frente a los estigmas y la de los demás neurólogos existe una llamativa diferencia que salta a la vista desde el primer examen de un caso de histeria. El psicoanalista se contenta con un examen físico que permite eliminar toda confusión con una enfermedad nerviosa orgánica y se preocupa de considerar las particularidades psíquicas del caso, que son las únicas que le permitirán precisar su diagnóstico. El no psicoanalista apenas deja hablar al paciente, y se alegra cuando éste cesa en sus lamentaciones que carecen de sentido para él y al fin puede proceder al examen físico. Se dedica a él con complacencia, incluso tras la eliminación de las complicaciones orgánicas, y se entusiasma cuando por último llega a descubrir los estigmas histéricos exigidos por la patología: ausencia parcial o disminución de la sensibilidad al tacto o al dolor, ausencia del reflejo palpebral al contacto de la conjuntiva o de la córnea, disminución concéntrica del campo visual, ausencia de los reflejos velo-palatal y faríngeo, sensación de un nudo en la garganta (*globus*), hiperestesia de la región abdominal inferior (ovarios) y así sucesivamente.

No puede decirse que las investigaciones repelidas en este campo (a excepción de las experiencias ingeniosas de Janet sobre la hemianestesia histérica) hayan contribuido demasiado a una mejor comprensión de la histeria, sin hablar de los casos de ausencia total de resultados terapéuticos. Sin embargo, éstos han seguido siendo los elementos esenciales de toda observación clínica de la histeria a la que atribuyen cierta apariencia de exactitud permitiéndole una representación cuantitativa y gráfica.¹

Desde hace mucho tiempo tengo la convicción de que el psicoanálisis conseguirá explicar también estos síntomas histéricos mediante el análisis de casos en los que sean particularmente evidentes.

Hasta ahora sólo he podido hacer la investigación analítica de algunos casos de *perturbación histérica de la sensibilidad cutánea*, uno de los cuales, realizado en 1909, voy a exponer.

Un joven de 22 años vino a verme lamentando ser “muy nervioso” y sufrir alucinaciones oníricas terroríficas. Supe enseguida que estaba casado, pero “como tenía tanto miedo a la noche” jamás dormía con su mujer sino en la habitación contigua, en el suelo, junto al lecho de su madre. La pesadilla cuya reaparición le atormentaba desde hacía siete u ocho meses y que no podía contar sin escalofríos se desarrolló la primera vez de la forma siguiente: “Me desperté hacia la una de la madrugada y tuve que llevarme la mano al cuello gritando: “tengo un ratón encima que va a entrar en mi boca”. Mi madre se despertó, encendió la luz, me acarició y me tranquilizó, pero me fue imposible dormir hasta que no me metió en su cama.”.

1.- Apenas puedo mostrarme más indulgente con un artículo mío en el que indicaba algunas diferencias entre la anestesia orgánica y la histérica. (Apareció en 1900 en “Gyógyászat” y en la “Pester Med.-Chir. Presse”).

Sabiendo la forma en que Freud explica la angustia infantil, cualquier psicoanalista concluirá que se trata de una histeria de angustia en forma de *pavor nocturnus* y que el paciente ha descubierto el remedio más eficaz: el retorno junto a la madre amante. Sin embargo, la continuación del relato de este sueño no carece de interés: “Cuando mi madre encendió la luz, vi que en lugar del temido ratón tenía en la boca mi *propia mano izquierda*, que trataba enérgicamente de retirar con *mi mano derecha*”. Resulta, pues, evidente que, en este sueño, la mano izquierda desempeña una función particular, hacía las veces de un ratón; esta mano que palpaba su cuello trataba de cogerla o de cazarla con la derecha, pero el “ratón” penetraba en su boca abierta y amenazaba con ahogarle.

Lo más importante aquí no es el buscar qué escenas sexuales se hallan representadas simbólicamente en este sueño. Pero advirtamos la sorprendente distribución de funciones entre las manos derecha e izquierda, que recuerdan vivamente el caso de una paciente histérica de Freud; durante sus crisis, esta paciente levantaba con una mano su falda mientras que con la otra se esforzaba en bajarla.

Advirtamos que el paciente se había despertado ya y pedía con voz ahogada que se encendiera la luz mientras su mano izquierda estaba metida en su boca sin que pudiera distinguirla de una rata. Atribuí este detalle a la *anestesia histérica de la mitad izquierda del cuerpo*; lamento, sin embargo, no haber podido examinar la sensibilidad cutánea con toda la precisión requerida. Me bastó un examen psicoanalítico muy superficial de esta pesadilla para constatar que el paciente, fijado de manera infantil a su madre, cumplía aquí la relación sexual (de la “fantasía edipiana”) desplazada “de abajo hacia arriba”, representando la mano izquierda los órganos masculinos y la boca el sexo femenino; mientras tanto la mano derecha, más moral de alguna manera, desempeñaba el papel de reacción defensiva e intentaba cazar el “ratón” criminal. Para esto era preciso que faltara la sensibilidad consciente de la mano izquierda, que se convertía así en escenario de las tendencias rechazadas. En contraposición, expondré otro caso de hemianestesia histérica que he podido observar recientemente en mi sección de neurología del hospital militar. He aquí las notas tomadas sobre este caso.

X. I., jefe de Sección en Artillería, hospitalizado el 6 de febrero de 1916. El paciente se hallaba desde hacía catorce meses en el frente cuando recibió un ligero rasguño de bala en la sien izquierda (cicatriz visible). Tras seis semanas de tratamiento en el hospital volvió al frente; pero poco después de que una granada estallara a una treintena de pasos a la izquierda, fue derribado por la explosión y alcanzado por algunos granos de tierra. Siguió actuando durante algún tiempo pero pronto se tornó “confuso”, “inestable” y como bebía bastante se le envió a retaguardia con el diagnóstico de “alcoholismo”. En el alojamiento de su unidad, tuvo una disputa con el maestro armero, el cual (según me contó en la entrevista analítica tras superar una gran resistencia) le llevó a su habitación y le castigó a latigazos. Mantuvo en secreto la afrenta recibida y, sintiéndose enfermo, consiguió que le admitieran en el hospital militar. La mitad de su cuerpo que había recibido los golpes estuvo casi totalmente paralizada durante algún tiempo. Después de su traslado a otro hospital, cuando realizaba ya intentos de caminar, un temblor se apoderó de la musculatura correspondiente a la mitad izquierda de su cuerpo. Su principal lamento es la perturbación de la marcha provocada por este temblor.

He aquí algunos extractos del examen: el paciente permanece totalmente inmóvil cuando está en reposo; cuando camina, presenta un temblor en la parte izquierda del cuerpo. En realidad sólo se apoya en la parte derecha y en un bastón. Las extremidades superiores e inferiores del lado izquierdo no participan en la locomoción y son propulsadas con rigidez, llevando la espalda por delante. No se encuentra ningún indicio de enfermedad nerviosa orgánica. Además de la disbasia descrita, se advierten los siguientes problemas funcionales: gran excitabilidad del humor, hiperestesia al ruido, insomnio, así como *una analgesia y una anestesia totales de la mitad izquierda del cuerpo*.

Si se le introduce profundamente una aguja en la piel del lado izquierdo, por detrás y sin que lo advierta, no tiene reacción alguna; pero si, por el contrario, se le acerca una aguja a esa misma parte, por delante y de manera que la vea, ejecuta violentos movimientos de huida y de defensa a pesar de la existencia de la analgesia y de la anestesia sobre la cara anterior izquierda. Agarra la mano que se acerca, la empuña convulsivamente y pretende manifestar, cuando se amenaza con tocarle, un temblor en la mitad anestesiada del cuerpo, lo que le obliga a efectuar estos movimientos de defensa irreprimibles. Si se le vendan los ojos,

su lado izquierdo es tan analgésico e insensible por delante como por detrás. Este “temblor” es, pues, un fenómeno puramente psíquico, un sentimiento y no una sensación; recuerda el sentimiento que experimenta el sujeto normal cuando se amenaza con tocar una parte de su cuerpo en la que siente cosquillas.²

El lector ya habrá adivinado que la exclusión del campo de la conciencia de la sensibilidad correspondiente a la mitad izquierda del cuerpo está aquí al servicio de una tendencia al rechazo, la pérdida de la sensibilidad al tacto facilita la represión del recuerdo ligado a los dramáticos acontecimientos ocurridos durante la guerra, que se hallan en relación con este costado izquierdo, el último de los cuales, el castigo infligido por un superior, había desencadenado los síntomas. Añadamos que el paciente, que en general es considerado como hombre violento y reacio a someterse a la disciplina del hospital, no opuso ninguna resistencia a estas brutalidades, cosa que ni él mismo puede explicarse. Ante su superior se comportó como lo hizo anteriormente, en su infancia, ante su padre. No se sintió capaz de replicar y por esa razón trataba de impedir cualquier contacto con la parte afectada.

Si comparamos estos dos casos de hemianestesia, podemos descubrir, a partir de la oposición entre la hemianestesia traumática y el estigma histérico, los caracteres de este último. Ambos casos tienen en común la exclusión de los estímulos táctiles del campo de la conciencia, conservando otros modos de utilización psíquica de estos estímulos. En el paciente que sufre de histeria de angustia, la anestesia de una mitad del cuerpo ha servido, según hemos visto, para transformar en “materialización” de la fantasía edípica las sensaciones inconscientes provocadas por los contactos y los cambios de postura al nivel de esta parte del cuerpo.

Del mismo modo, en el caso de la hemianestesia traumática, otras observaciones relativas a las neurosis de guerra y a los problemas de la libido consecutivos a afecciones físicas me inducen igualmente a suponer una utilización libidinosa de las sensaciones táctiles rechazadas e incapaces de acceder a la conciencia.³

De todas formas, se trata en ambos casos de idéntica imposibilidad para las nuevas asociaciones de acceder a la esfera de representaciones relativas a una mitad del cuerpo, imposibilidad que Freud ha considerado ser el fundamento de las parálisis *histéricas* desde 1893.⁴

En el segundo de los casos citados, la insuficiencia asociativa se debe a que la representación de las partes insensibles del cuerpo “se halla vinculada al recuerdo de un traumatismo cargado de afectos flotantes”,⁵ mientras que en el primer caso de hemianestesia histérica, en el que hemos considerado la pérdida de la sensibilidad como un estigma, no existe un acontecimiento traumático cuyo recuerdo se halle unido precisamente al lado izquierdo. En consecuencia, podemos establecer una distinción entre la hemianestesia “estigmática” y la hemianestesia traumática, según el papel desempeñado por la “complacencia somática”. En el traumatismo no existe tal complacencia, al ser provocada la enfermedad exclusivamente por el impacto recibido. Por el contrario, en el caso del estigma de anestesia esta complacencia parece hallarse presente desde el principio, como una predisposición puramente fisiológica de las partes del cuerpo afectadas a ceder al bloqueo consciente, a abandonar sus excitaciones sensoriales a las mociones libidinosas inconscientes. Podría decirse incluso que la anestesia es ideógena sólo en el caso del traumatismo, y que en el caso del estigma, aunque sea psicógeno, no es ideógena. Después del traumatismo, la mitad del cuerpo es insensible *porque* ha sufrido una lesión; en el caso del estigma, con *el fin* de poder servir a la representación de fantasías inconscientes y para que “la derecha ignore lo que hace la izquierda”.

Esta idea se refuerza si consideramos la diferencia existente entre la izquierda y la derecha. Estaba yo sorprendido por el hecho de que el estigma hemianestésico se producía, de modo general, mas fácilmente en

2.- Reúno material clínico tratando de dar una explicación psicológica de la sensibilidad al cosquilleo, que se apoyaría sobre la teoría freudiana del placer provocado por el chiste.

3.- Ver los artículos siguientes: “Las patoneurosis”, en *Psicoanálisis II*, y “Fenómenos de materialización histérica”, en este mismo volumen.

4.- *Archives de neurologie*, 1893.

5.- Breuer - Freud, *Estudios sobre la histeria*.

la izquierda que en la derecha, detalle señalado también por algunos manuales. De aquí proviene la hipótesis de que *la mitad izquierda del cuerpo resulta “a priori” más accesible a las mociones inconscientes que la derecha*; la cual, a consecuencia de un bloqueo más potente de la atención sobre esta mitad del cuerpo más hábil y activa, se encuentra mejor protegida de la influencia ejercida por el inconsciente. Puede decirse que, en los diestros, la esfera sensorial del lado izquierdo presenta de entrada una cierta complacencia para con las mociones inconscientes, aunque puede ser despojada más fácilmente de sus funciones normales y quedar al servicio de las fantasías libidinosas inconscientes.

Sin embargo, aunque hagamos abstracción de esta predilección del estigma hemianestésico -ciertamente muy inconstante- por el lado izquierdo, no deja de ser cierto que la hemianestesia estigmática presenta una repartición de la superficie cutánea entre las instancias en conflicto (el consciente y el inconsciente, el Ego y la libido).

Se nos ofrece aquí una nueva perspectiva para comprender otro estigma histórico: *la restricción concéntrica del campo visual*. Lo que hemos dicho sobre la diferencia entre la derecha y la izquierda es todavía más válido para la diferencia entre la visión central y la visión periférica. La visión central, aunque no sea más que por su modo de funcionamiento, se halla más estrechamente vinculada a la atención consciente, mientras que la periferia del campo visual, más alejada de la conciencia, es el escenario de las sensaciones confusas. Sólo hay que dar un paso para apartar tales sensaciones del bloqueo consciente y convertirlas en materia de fantasías libidinosas inconscientes. De este modo, la comparación de Janet, según la cual el histérico sufre “un estrechamiento del campo de la conciencia”, sería exacta, al menos en este sentido.

La insensibilidad de la córnea y de la conjuntiva en el histérico podría explicarse refiriéndonos al estrechamiento del campo visual. Sería la expresión del rechazo de las sensaciones ópticas; estamos habituados a que las anestias históricas se definan más por la representación plástica del órgano que por su función orgánica. Pero debemos tener en cuenta otro detalle. Normalmente la córnea es la parte más sensible del cuerpo y la reacción corneana a cualquier lesión, llorar, se ha convertido en el modo de expresar el dolor físico. La ausencia de esta reacción en el histérico está relacionada probablemente con la representación de las mociones afectivas.

La anestesia histórica de la faringe sirve, como he podido constatar en muchos de los casos tratados en análisis, para configurar fantasías genitales mediante procesos de deglución. Se comprenderá que la excitación genital, que se halla entonces desplazada “de abajo hacia arriba”, no deje escapar esta fuente de excitación que tanto se le parece. En la *hiperestesia de la faringe*, se trata de la formación reactiva frente a estas mismas fantasías perversas, mientras que el *globus histericus* puede ser considerado a la vez como la “materialización” de estos deseos y la reacción de defensa contra los mismos. Dicho esto, es difícil comprender cuál es la tendencia específica de la región faríngea en la formación de estigmas.

Plenamente consciente de la insuficiencia del material aquí presentado, yo resumiría mi impresión sobre el modo de formación de los estigmas históricos en la siguiente proposición: los estigmas históricos representan la localización de cantidades de excitación volcadas sobre partes del cuerpo que, debido a su aptitud especial para la complacencia somática, se ponen fácilmente a disposición de mociones impulsivas inconscientes y se convierten de este modo en fenómenos secundarios “banales” de otros síntomas históricos (ideógenos).

Como de forma general los estigmas históricos no han recibido hasta ahora ninguna aclaración, me contentaré provisionalmente con esta tentativa de explicación a la espera de que se proponga otra mejor. En ningún caso puedo admitir como válida la “explicación” de Babinski, según la cual los estigmas (así como los síntomas históricos en general) sólo serían “ptiatismo” sugerido por el médico. Sin embargo, hay un ápice de verdad en esta idea tan primaria; efectivamente, muchos enfermos no conocen la existencia de sus estigmas antes de que el médico les dé una prueba de ellos. Naturalmente estos estigmas también existían antes y sólo puede negarlo quien siga siendo prisionero del antiguo error que consiste en asimilar conciencia y psiquismo.

Por lo demás, el intento de explicar la histeria mediante la sugestión y la sugestión mediante la histeria sin analizar estos fenómenos por separado representa una falta de lógica bastante difundida.

(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.