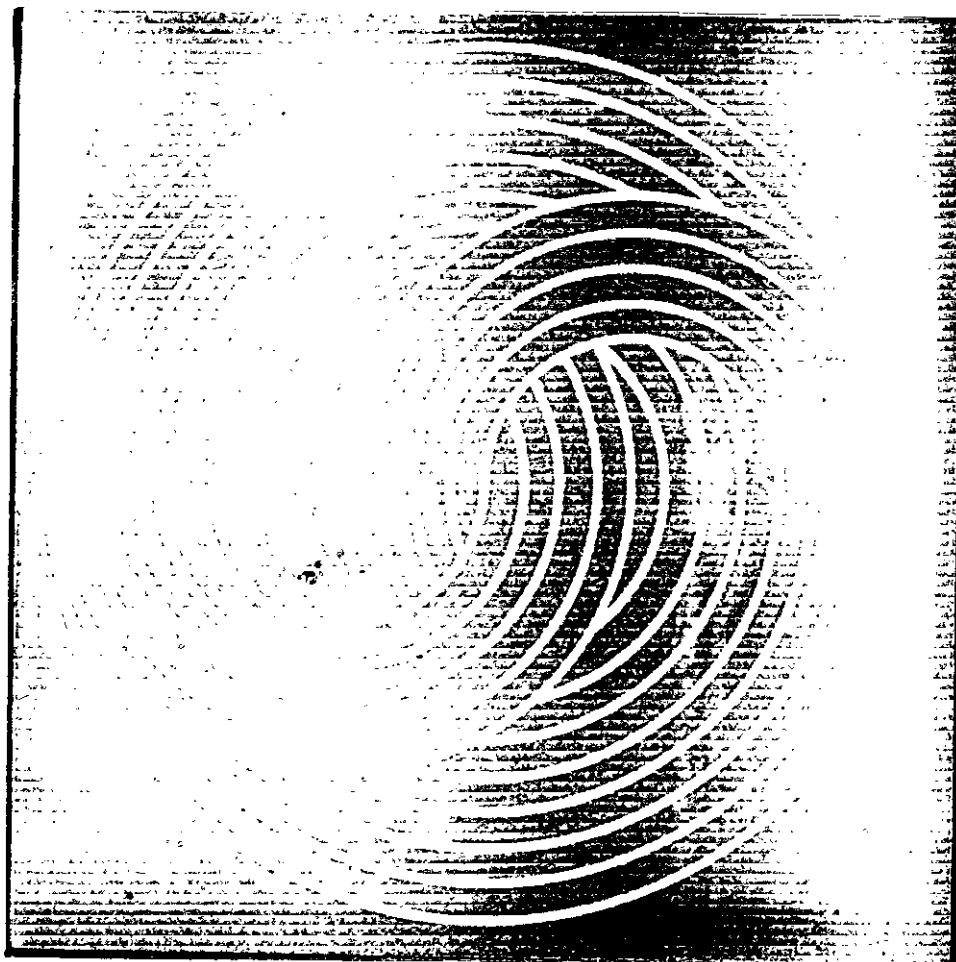


U M M M Nueva Visión
Colección Psicología Contemporánea



La psiquiatría, una nueva problemática

Del psicoanálisis a la psicología social

•qi)

Enrique Pichon-Riviére

Ediciones Nueva Visión
Colección Psicología Contemporánea

La psiquiatría, una nueva problemática, segundo tomo de la obra *Del psicoanálisis a la psicología social*, reúne la mayor parte de los trabajos en los que Enrique Pichon-Riviére conceptualiza los distintos momentos de sus cuarenta y ocho años de práctica en el campo de la psiquiatría clínica y el psicoanálisis. En las sucesivas síntesis reflejadas por estos artículos, es posible seguir de cerca la trayectoria que condujo a la construcción de una concepción unitaria del proceso *del enfermarse*, expresada fundamentalmente en la hipótesis que postula para todas las formas clínicas un núcleo patogenético central subyacente, de naturaleza depresiva, respecto al cual dichas formas clínicas representan intentos de elaboración y desprendimiento.

El título del libro, *La psiquiatría, una nueva problemática*, remite a lo que Enrique Pichon-Riviére denomina lugar teórico, concepción del Hombre y la Historia desde donde la reflexión psicológica debe plantearse el problema del sujeto, que aparece como el emergente de complejas tramas de vínculos y relaciones sociales.

Colección Psicología Contemporánea
Dirigida por Jorge Rodríguez

Enrique Pichon-Riviére

**La psiquiatría, una nueva
problemática**

Del psicoanálisis a la psicología social (II)

**Ediciones Nueva Visión
Buenos Aires**

Primera edición en Editorial Galerna: abril de 1971
Primera edición en esta colección: mayo de 1977

© 1977 por Ediciones Nueva Visión S.A.I.C.
Tucumán 3748, Buenos Aires, República Argentina.
Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.
Impreso en la Argentina / Printed in Argentina.
Prohibida su reproducción total o parcial.

*A Ana Pampliega de Quiroga, cuyo afecto
y colaboración son la necesaria compañía en la
tarea.*

ENRIQUE PICHÓN-RIVIÉRE

EXPOSICIÓN SUCINTA DE LA TEORÍA ESPECIAL DE LAS NEUROSIS Y PSICOSIS •

En un artículo anterior (*Index*, vol. V-4, 1945, expuse la teoría general de las neurosis. Me ocuparé ahora de la teoría especial de las neurosis y psicosis, de la delimitación de las formas clínicas, de los problemas generales de diagnóstico y pronóstico y de la relación existente entre la psiquiatría y el psicoanálisis.

A

Delimitación de las formas clínicas

Dice Nunberg que reina todavía gran inseguridad y confusión en lo que respecta a la distinción de las formas neuróticas. La neurastenia, por ejemplo, constituye a veces "el cajón de desperdicios", en el que se acumulan una serie de confusos conceptos sobre la etiología, patogenia, y contenido de muchas neurosis. No debe dudarse de la dificultad que significa tratar de separar cuadros perfectamente delimitados, ya que antes del psicoanálisis no había un criterio general para realizarlo. El psicoanálisis, precisamente, con su teoría de los instintos y del inconsciente, y su teoría instintiva de los trastornos neuróticos, nos da una orientación útil para realizar esta labor. Pero como los instintos constituyen una zona intermedia entre lo biológico y lo psicológico no debe extrañarnos

*** Notas del curso de Introducción a una Psiquiatría Psicoanalítica dictado durante el año 1943 en el Hospicio de las Mercedes para estudiantes del Instituto de Psicoanálisis.**

***Index de Neurología y Psiquiatría*, julio de 1946, vol. 6, n° 1.**

que los trastornos neuróticos se manifesten con dos aspectos fenomenológicos distintos, es decir, como representantes psíquicos del instinto, sentimientos, emociones, representaciones, o como trastornos orgánicos. Pero podría objetarse, continúa diciendo Numborg, que esta separación entre estados morbosos de etiología psíquica y de etiología biológica es artificial, ya que en último análisis todas las enfermedades reconocen un fundamento somático. Pero este factor no desempeña en las neurosis siempre el mismo papel etiológico, hay algunas en las que dicho factor aparece con claridad, mientras que en otras su descubrimiento es difícil, llegándose a adquirir a veces la convicción de que un elemento psíquico no sólo preside la evolución de las neurosis sino también de ciertas enfermedades orgánicas. De allí surge la posibilidad de influir psíquicamente sobre ellas. Tal como expongo en otro artículo, el primer criterio empleado por Freud para la clasificación de las formas clínicas estaba basado en la consideración del factor específico, siendo en algunos de carácter actual y su acción de tipo tóxico, como sucede en las neurosis actuales como la neurastenia, la neurosis de angustia, la hipocondría y, finalmente, la desffersonalización.

Las otras neurosis incluían en su ecuación etiológica un factor de índole psíquica, el trauma, y comprendían a las psiconeurosis histérica y obsesiva. Posteriormente, influido por sus propios estudios y los de sus discípulos Abraham y Ferenczi sobre la demencia precoz, Freud modificó esta primera delimitación de las formas neuróticas. Habían descubierto que en la demencia precoz existía una nueva manifestación de la vida sexual, que llamaron narcisismo. Observaron que el proceso patógeno de esta enfermedad estaba constituido por la sustracción de la libido de los objetos y el consecutivo acumulamiento de ella en el yo, dando como resultado lo que se llamó el narcisismo secundario. Así, los ruidosos fenómenos patológicos correspondientes a la sintomatología eran la consecuencia de inútiles esfuerzos de parte de la libido para retornar a los objetos. Se dedujo también de esto que los instintos de conservación eran también de naturaleza libidinosa, que tomaban como objeto al propio yo del sujeto. Se diferenciaron así dos clases de libido: una de carácter narcisista, que correspondía a los instintos de autoconservación, en oposición a otra llamada libido de objeto. De esta manera fue posible emprender el análisis de

las psicosis y separar clínicamente las psiconeurosis en dos series: neurosis de transferencia, que incluían la histeria y la neurosis obsesiva, y las neurosis o enfermedades narcisísticas, que comprendían la demencia precoz, la paranoia, la psicosis maniaco-depresiva, etc. En las primeras, o sea en las neurosis de transferencia, histeria y neurosis obsesiva, quedaría disponible una cierta cantidad de libido capaz de ser transferida a otros objetos, circunstancia que es aprovechada en el tratamiento analítico. De allí su denominación.

En las enfermedades narcisísticas no sucede esto, en cambio existe una retracción o introyección de la libido de los objetos, un aumento considerable de la libido del yo, haciendo esta circunstancia que ellas sean escasamente accesibles a la terapia analítica. **Pero esta** insuficiencia terapéutica, dice Freud, no ha impedido, **sin** embargo, el estudio y la comprensión de las psicosis.

La teoría de las neurosis actuales no varió en el curso del desarrollo del esquema de Freud, aunque algunos de sus discípulos hicieron serias objeciones. La tendencia fue dar también a estas neurosis un contenido psicológico y admitir que también son producidas por un conflicto psíquico.

Las formas clínicas, según Freud, son:

1?) *Neurosis actuales o actual-neurosis*, de causa biológica, tóxica, debidas a un trastorno de la vida genital, comprenden la neurastenia, la neurosis de angustia, la hipocondría y la despersonalización.

2?) *Neurosis de transferencia*, que comprenden la histeria, en **sus** dos formas más típicas: histeria de conversión e histeria de angustia **o** fobias, y la neurosis obsesiva.

3?) *Neurosis o enfermedades narcisísticas, o psicosis*, que **comprenden la** esquizofrenia, la paranoia, las psicosis maniaco-depresivas **y en** general todas las psicosis.

4?) *Las perversiones*, homosexualidad, sadismo, masoquismo, **necrofilia**, paidofilia, etcétera.

Otto Ffenichel hace, a nuestro entender, la mejor ordenación de todos los tipos **clínicos**; lo que sigue es en general un resumen **de su** *Outline of psychoanalysis*.

Fenichel da la siguiente clasificación:

V) *Histeria*:

a) de conversión;

b) de angustia (fobias).

2?) *Enfermedades histeriformes:*

- a) hipocondría;
- b) neurosis de angustia;
- c) neurastenia;
- d) patoneurosis;
- e) organoneurosis;
- f) inhibiciones;
- g)** neurosis traumática.

3?) *Neurosis obsesiva.*

4?) *Neurosis de conversión pregenitales* (asma, tic, tartamudeo),

5?) *Perversiones sexuales:* Homosexualidad, sadismo, masoquismo, etcétera.

6?) *Neurosis relacionadas con las persiones:* Masturbación compulsiva, ninfomanía, satiriasis y los impulsos (alcoholismo, toxicomanía).

7?) *Las esquizofrenias.*

8?) *Psicosis maniacodepresiva.*

9?) *Trastornos del carácter:* Neurosis asintomáticas. (Personalidades psicopáticas.)

Existen otras clasificaciones, como la de Schilder, que tiene en cuenta las zonas del yo afectadas, y la de Glover, que pone el acento sobre los mecanismos de defensa predominantes. Este último divide en términos generales a las neurosis y psicosis en introyectivas y proyectivas.

Según Freud, los tipos clínicos difícilmente se presentan puros, sino que muy a menudo, por no decir siempre, constituyen cuadros mixtos. Una de las formas más frecuentes en que las neurosis se mezclan se da cuando se incluye un núcleo actual neurótico dentro de un tipo cualquiera de neurosis. La neurastenia constituye la forma más frecuente de núcleo actual neurótico alrededor del cual se estructura una histeria de conversión.

La neurosis de angustia constituye lo mismo para la histeria de angustia y la hipocondría; y la despersonalización constituye el núcleo actual neurótico y una forma de comienzo más frecuente de la esquizofrenia. Otra forma en que las neurosis pueden apa-

recer es, por ejemplo, con la inclusión tan frecuente de síntomas histéricos dentro del cuadro de la neurosis obsesiva, o de cierto fondo obsesivo en ciertas histerias graves. En cuanto a la paranoia y a la esquizofrenia, Freud ha preferido incluirlas dentro de una denominación genérica de parafrenia, por considerar que tienen mecanismos semejantes y que la gravedad del cuadro depende de la profundidad de la regresión a que ha llegado la libido.

Esto tiene valor desde el punto de vista del diagnóstico y el pronóstico. En términos generales el *diagnóstico* se hace por la estructura predominante. Se dirá, por ejemplo, neurosis obsesiva con síntomas histéricos o paranoides. Desde el punto de vista del *pronóstico* deben valorarse también los síntomas accesorios; por ejemplo, la existencia de síntomas histéricos en una neurosis obsesiva hace favorable su evolución, mientras que la existencia de síntomas paranoides o depresivos la ensombrece.

B

Exposición de las formas clínicas

1?) *La histeria* fue de todas las neurosis la primera y quizá la más profundamente estudiada por Freud; su esquema general de las neurosis está basado en los estudios realizados sobre ella.

En esta neurosis hay una fijación primaria en la etapa fálica y narcisística de la organización de la libido, y el objeto de elección **de** las tendencias instintivas son los padres o sustitutos. Estas **tendencias** sexuales son reprimidas, representando, por ejemplo, el **síntoma** de conversión una vuelta de lo reprimido en forma disfrazada. **Este** fenómeno de conversión de una tendencia o de un afecto **en un** síntoma orgánico hizo posible a Freud llegar a una **explicación del** mecanismo íntimo de la interrelación psicosomática. **Fue en uno de** sus primeros casos clínicos, el caso Dora, donde **pudo** llegar a una explicación de los síntomas orgánicos partiendo **de** los contenidos inconscientes.

La esencia de su teoría es que cada tendencia psíquica busca una adecuada expresión corporal, siendo la vía normal de tales expresiones el yo consciente, el cual está prevalecientemente localizado anatómicamente y fisiológicamente en la corteza cerebral. El yo consciente ejerce control sobre las inervaciones musculares, las

cuales sirven para descargar tensiones psíquicas, que tienen su origen en necesidades biológicas, teniendo nuestra actividad voluntaria la finalidad de darles una derivación apropiada.

Esto sucede también con una serie de fenómenos automáticos, como la risa, el llanto y el rubor. Pero si el pasaje a través de dichas vías normales está bloqueado, por ejemplo en el caso de que una tendencia emocional es reprimida, dicha tendencia encuentra una vía de descarga anormal en forma de una inervación inconsciente. Se constituye entonces un síntoma histérico, expresión simbólica del deseo reprimido: parálisis, contracturas, convulsiones, los llamados estigmas, bolo histérico, etc. Esto que hemos descrito es lo que se llama síntoma de conversión, típico de la *histeria de conversión* y mecanismo del cual participan una serie de enfermedades que veremos luego, denominadas histeriformes. La otra forma de histeria, la *histeria de angustia o fobia*, fue incluida con anterioridad a la neurosis obsesiva. Pero ella participa de los mismos puntos de fijación, etiología y mecanismo de la histeria de conversión, por ello fue incluida por Freud en* la histeria. Por medio de la proyección la fobia transforma el conflicto instintivo en un temor referido a ciertas percepciones externas definidas, como por ejemplo temor a los espacios abiertos (agora* fobia) o a los espacios cerrados (claustrofobia).

2?) *Enfermedades histeriformes*: Así denomina Fenichel a una serie de estados o enfermedades semejantes a la histeria de conversión, ya que en ellas se encuentran síntomas que expresan alteraciones objetivas o subjetivas de alguna función fisiológica, determinadas en última instancia por un conflicto psíquico. En otros aspectos se diferencian de la histeria, y es además muy estrecha su vinculación con las psicosis, es decir, con las enfermedades narcisísticas. Este concepto difiere del de Freud al dar un contenido psicológico a las neurosis actuales, así lo entendemos también nosotros al limitar las neurosis actuales sólo a una condición o estado capaz de desencadenar una neurosis.

Mientras que en la histeria la libido de objeto no sufre mayor modificación, es característico de estas neurosis que la carga de libido de las representaciones de objeto sea transferida a las representaciones de los órganos. Por ejemplo, Fenichel considera así a la *hipocondría*, una de las neurosis actuales más típicas. En dicho estado los impulsos que estaban originariamente dirigidos hacia

afuera son vueltos hacia los propios órganos del sujeto, sirviendo el síntoma para expresar el sadismo vuelto contra sí, como gratificación de la necesidad de castigo y tendencias masoquistas (masoquismo erógeno).

Al estudiar la *neurosis de angustia* Fenichel insiste sobre los trastornos crónicos del orgasmo y la presencia de ansiedad o equivalentes sintomáticos de carácter automático y sin contenido de ideas. Estos síntomas desaparecerían, como Freud lo afirma, por la cesación de la práctica sexual de carácter patógeno. En el *neurasténico* hay una sexualidad de carácter pregenital debida a un estancamiento en el desarrollo y no a una regresión. La fórmula del neurasténico sería para Reich: "No deseo tener relaciones sexuales, sólo deseo usar mis órganos genitales para finalidades pregenitales". El trastorno típico es la eyaculación precoz; ésta tiene contenidos psicológicos que son la expresión de tendencias anales, uretrales, sádicas, identificación con la madre y succión. Frecuentemente son masturbadores compulsivos y buscan aliviar tensiones pregenitales por métodos genitales.

La *patoneurosis* descrita y estudiada por Ferenczi exige como condición previa un órgano enfermo. El mismo o su representación son entonces abastecidos con grandes cantidades de libido, acarreado un retiro de la libido de objeto. Éste es el proceso psicológico que se produce en toda enfermedad orgánica, siendo esta neurosis la secuela psicológica de toda enfermedad somática.

Dentro de las enfermedades histeriformes Fenichel ubica al gran grupo de las *organoneurosis*, caracterizadas por un mecanismo de conversión que no se realiza en la etapa fálica, como en la histeria, sino en las etapas pregenitales oral y anal sádicas. El gran grupo de las organoneurosis ha sido particularmente estudiado por Grodek, Simmel, Deutsch, Alexander, etc. A través de ellas el psicoanálisis se ha vinculado a la medicina interna trayendo un aporte considerable al conocimiento de enfermedades como el asma, la úlcera de estómago, la constipación, la colitis mucomembranosa, la epilepsia, etc. Las diferencias fundamentales con la histeria de conversión son que dicho fenómeno de conversión se hace en niveles pregenitales. Además, en la histeria dicho mecanismo sigue las vías del sistema nervioso central y periférico (parálisis, anestias, etc.), mientras que en las organoneurosis el sistema em-

pleado para la expresión de las tendencias correspondientes es el sistema neurovegetativo. Otra diferencia que existe, según Alexander, entre el síntoma histérico de conversión y un síntoma órgano-neurótico es que este último no participa de una significación simbólica. No aceptamos este último criterio, ya que creemos que los síntomas histérico y organoneurótico participan de los mismos mecanismos y que el significado simbólico es característico de ambos.

Otro de los estados incluidos entre las enfermedades histeriformes es la *inhibición*. Aquí no hay, como en el síntoma histérico, una vuelta de lo reprimido, sino que la represión es el único factor que influye en el comportamiento del enfermo. Así como cualquier órgano puede ser asiento de un síntoma de conversión, así también cualquier función puede ser inhibida, revelando el análisis de estos casos fantasías inconscientes de destrucción. Dentro de esos estados de inhibición son estudiados la impotencia, la frigidez, el vaginismo, ciertos trastornos del carácter, la seudodebilidad o seudoimbecilidad, etcétera.

La última enfermedad incluida dentro de este grapo es la *neurosis traumática*, cuya causa desencadenante es específica, jugando ella un papel predominante. Esta neurosis, por otra parte, difiere poco de la histeria de conversión, siendo producida en última instancia por el remanente de conflictos infantiles no resueltos.

3?) *La neurosis obsesiva*, la otra de las grandes psiconeurosis, se parece a la histeria en que representa también una tentativa frustrada de resolver un conflicto entre una tendencia instintiva reforzada por la regresión y las defensas del yo. Las diferencias de esta neurosis con la histeria podrían ser resumidas así: en la neurosis obsesiva existen muchos impulsos instintivos de carácter agresivo, conscientes, dominando el cuadro clínico los síntomas de defensa sobre los impulsos agresivos, así como los de carácter expiatorio y autopunitivo sobre los síntomas de gratificación. El superyó juega, además, en esta neurosis un papel muy importante. Esta instancia psíquica es responsable de la aparición de formaciones reactivas que actúan como mecanismos de defensa. El orden, la prolijidad, la limpieza, la parsimonia y el sentido exagerado de la bondad y de la justicia son los más típicos y configuran el llamado carácter obsesivo.

4?) *Neurosis de conversión pregenitales*: Este grupo está estrechamente vinculado a la neurosis obsesiva por un lado y a la histeria de conversión por otro. Como en la histeria, los síntomas de estas neurosis de conversión pregenitales expresan un conflicto entre deseos sexuales infantiles y la reacción contra ellos. La diferencia fundamental con la histeria es su base más profundamente narcisística; las tendencias sexuales son de naturaleza pregenital, por ejemplo oral y anal sádicas. A ellas pertenecen la tartamudez, el asma y los tics.

5?) *Las perversiones sexuales*: En las perversiones hay una anomalía del desarrollo muy compleja, en la cual las tendencias parciales en lugar de organizarse bajo la primacía de lo genital, se organizan bajo la primacía de una de dichas tendencias parciales, hipertrofiada a expensas de las demás. En el menor de los casos se encontraría un infantilismo sexual: por ejemplo, un paro en el desarrollo; pero sobre todo a través de la regresión la sexualidad adquiere sus formas perversas, es decir, infantiles. Si el yo acepta esta tendencia a veces disfrazada ella se abre paso y se desarrolla una perversión. La homosexualidad se estructura en función de dos mecanismos distintos que determinan dos tipos de homosexuales. El primero se produce por una identificación con la madre, comportándose frente al objeto como desearía que su madre se comportase frente a él. La elección de objeto es de carácter narcisístico, es decir, del mismo sexo, dando el tipo de homosexual llamado narciso. En el otro tipo, llamado eróticoanal, encontramos también la identificación con la madre, pero en una forma más absoluta, aquí el enfermo busca una gratificación como si fuera la madre misma. En este caso el padre o sustitutos se convierten en objeto de amor, el sujeto trata de someterse a él y en forma anal. Otras perversiones, como el fetichismo, el exhibicionismo, el *voyeurismo*, la coprofilia, felación, cunnilingus, el sadismo y el masoquismo, parten de situaciones semejantes. La angustia de castración mueve al sujeto a buscar satisfacciones sustitutivas, menos peligrosas.

6?) *Neurosis relacionadas con las perversiones*: Aquí están incluidos fenómenos de hipersexualidad, donjuanismo, masturbación compulsiva, ninfomanía, etc. Vinculadas a éstos están las llamadas "locuras impulsivas", que incluyen las fugas, el juego, la clep-

tomanía, el alcoholismo y las toxicomanías, ocupando éstas una situación intermedia entre las neurosis obsesivas y las perversiones. Mientras que en la neurosis obsesiva predominan los mecanismos de defensa, en la sintomatología de los impulsos se expresan más directamente las tendencias instintivas. En el alcoholismo encontramos fuertes tendencias homosexuales, que explican la frecuencia de los delirios de celos en estos enfermos. Además de tendencias orales, el delirio onírico de estos enfermos expresa contenidos vinculados al complejo de castración.

7?) *Las esquizofrenias*: Es corriente encontrar en la literatura psicoanalítica bajo la denominación genérica de esquizofrenias o parafrenias la inclusión de la paranoia y la esquizofrenia propiamente dicha, por considerar que participan de mecanismos *siriales*. En 1911 Freud publicó un trabajo titulado "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoide) autobiográficamente descrito". Se trataba del famoso caso Schreber, magistrado alemán internado dos veces en la clínica de Fleschig. En las memorias de este paranoide pudo estudiar Freud dos hechos fundamentales: la homosexualidad reprimida y el mecanismo de proyección ya conocido por él en los estudios de los sueños y las neurosis. En este clásico caso Freud demostró que el mecanismo de proyección es patognomónico de la paranoia. Consiste en que una impresión nacida del propio individuo al ser reprimida cambia su contenido, se transforma y reaparece bajo la forma de una impresión recibida del exterior. Esta necesidad de proyección coincide con deseos homosexuales inconscientes. Esto no solamente aparece claro en el caso de Schreber, cuyas ideas delirantes se referían a personas del mismo sexo, sino que la homosexualidad inconsciente es también responsable de las ideas delirantes concernientes a personas del sexo contrario, como sucede con los delirios de celos, erotomanía, etcétera.

Estos estudios sobre las ideas delirantes paranoides fueron profundizados luego por otros psicoanalistas, como Staerke, Van Ophuijzen; Figenbaun. Ellos demostraron la íntima relación de los síntomas paranoides con fantasías infantiles que personificaban las heces y también del hecho de considerarlas animísticamente como seres peligrosos que amenazaban al individuo. Abraham demostró después que esto pertenece a un momento del desarrollo de la libido en el cual los afectos se encuentran centrados alrededor

de una parte del cuerpo del objeto, en vez de su totalidad. La psicosis paranoica tendría, según este autor, alguna semejanza con la melancolía, en la cual las fantasías del enfermo tienen por motivación del deseo de incorporar el objeto, diferenciándose de ella por la circunstancia de que la hostilidad en la paranoia es dirigida contra una parte del objeto, por ejemplo el pecho, el pene, las nalgas, el cabello, los excrementos, en lugar de su totalidad. También, por parecer predominar en la fantasía el deseo de que el objeto incorporado pueda ser destruido y eliminado por la defecación. Últimamente Melanie Klein y Melita Schmiedeberg han continuado estos estudios aclarando las relaciones entre fantasías de agresión muy primitivas, la angustia y la proyección.

Después de este breve resumen sobre las ideas delirantes paranoides volvamos al concepto general de la esquizofrenia. Ésta es provocada o, mejor dicho, precipitada, como en el caso de las neurosis, por una frustración o privación externa, resultando de esto un aumento de la tensión de la libido; se produce entonces una regresión con el consiguiente reforzamiento de los impulsos sexuales infantiles. Parece, según dice Fenichel, que una intensa fijación edípica crea una predisposición a estas psicosis, siendo los sujetos predispuestos a las esquizofrenias genitualmente débiles, estando el complejo de Edipo construido sobre fundamentos pregenitales. Contrariamente a lo que se produce en el neurótico, el esquizofrénico se defiende contra la reactivación de sus tendencias infantiles mediante una ruptura con la realidad. El yo se protege de estos impulsos con una profunda regresión al narcisismo, es decir, al período anterior a la estructuración del examen de la realidad (etapa oral primaria). Esta ruptura con la realidad es completa sólo en ciertos casos, produciéndose en los casos agudos la vivencia del fin del mundo o destrucción del mundo y pudiendo llegar al estupor catatónico. Por regla general la psicosis se desarrolla lentamente, realizando una regresión narcisística, estando su cuadro clínico condicionado en parte por las manifestaciones de dicha regresión y en parte por las tentativas de restitución. Los síntomas de restitución derivados de cada etapa del desarrollo de la libido hacen constantemente su aparición, y constituyen la parte más importante de la sintomatología.

En las formas paranoides predominan los mecanismos de proyección, siendo la megalomanía una expresión directa del narcis-

sismo primario reactivado, una regresión a la etapa de la actuación mágica y de la omnipotencia del pensamiento. Las ideas de influencia pueden ser referidas a proyecciones del superyó. En la forma hebefrénica el proceso se caracteriza por la ausencia casi completa de síntomas de restitución, con una pérdida gradual y progresiva de las relaciones con los objetos. Los rasgos esenciales de la catatonía son debidos a que las cargas de las representaciones del sistema muscular han aumentado y como consecuencia de la desintegración del yo adquieren independencia.

Freud abordó específicamente el problema general de las psicosis en dos de sus trabajos, titulados "Neurosis y psicosis" y "La pérdida de la realidad en las neurosis y en las psicosis" (1924). En el primero de los trabajos citados define la neurosis como el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, siendo en cambio la psicosis el desenlace análogo de una tal perturbación de las relaciones entre el yo y el mundo exterior. Esto constituiría la diferencia genética más importante entre dos tipos de enfermedades. En el trabajo siguiente insiste sobre lo mismo, diciendo que uno de los caracteres diferenciales entre la neurosis y la psicosis consiste en el hecho de que en la primera el yo, obedeciendo a las exigencias de la realidad, reprime una parte del ello, o sea de la vida instintiva, mientras que en la psicosis el mismo yo, dependiente en este caso del ello, se retrae de una parte de la realidad misma. Sucedería entonces que en las neurosis domina el influjo de la realidad mientras que en las psicosis domina el influjo del ello, siendo la pérdida de la realidad un fenómeno característico de las psicosis y ajeno a las neurosis.

Este criterio no parece estar totalmente de acuerdo con la observación de los hechos. Ángel Garma, en su trabajo titulado "La realidad y el ello en la esquizofrenia" (1931), realiza un minucioso análisis de los síntomas más frecuentes de la esquizofrenia, como son las automutilaciones, autocastraciones, rechazo de alimentos, sentimientos de culpabilidad, proyección del propio cuerpo al exterior, vivencia del fin del mundo, estando todos ellos más relacionados con la represión de los instintos que con su satisfacción. Demuestra además cómo el rechazo intensivo de los instintos va acompañado de la pérdida de los objetos y de una pérdida parcial del yo, de manera que no pueden considerarse el rechazo de la realidad y el rechazo del ello como dos casos contradictorios.

Analizando algunos de los casos clásicos de la literatura psicoanalítica demuestra que la posición pasiva masoquista es mucho más pronunciada en las psicosis que en las neurosis. Así también, la exploración de algunos mecanismos psicóticos, como la identificación, el delirio de grandeza, la omnipotencia, la tendencia al regreso al seno materno y el suicidio, la pérdida de los límites del yo, etcétera, confirman la primacía de dichos instintos pasivos masoquistas. El predominio de la libido femenina sería una consecuencia del rechazo de los instintos activos masculinos, existiendo además una intensa subordinación al superyó (se entiende que en el hombre).

Podemos aceptar entonces que tanto en las neurosis como en las psicosis hay un rechazo de la vida instintiva y que sus diferencias formales estarían regidas por diferencias cuantitativas en lo que se refiere a la intensidad del rechazo. En las psicosis este rechazo es más intenso, acarreando como consecuencia una pérdida del contacto con la realidad. Dicha pérdida no es una consecuencia —como Freud sostenía— de la negación por parte del yo, con el objeto de satisfacer los instintos, sino una consecuencia directa de la represión de ellos. En síntesis, podemos decir que tanto las neurosis como las psicosis son causadas por un conflicto entre el ello y el yo al servicio del superyó.

Expresada en términos de la libido, la pérdida de la realidad es causada por una sustracción de ésta de los objetos, dando como consecuencia fenómenos típicos del comienzo de todo proceso psicótico, especialmente en la esquizofrenia, tales como la despersonalización y la vivencia de fin del mundo. Según Freud, en toda psicosis habría que considerar tres grupos de manifestaciones: 1?) Aquellas ligadas a lo que subsiste de normal; 2?) aquellas producidas directamente por el proceso mórbido, es decir, la transformación de libido de objeto en libido narcisística, dando síntomas ligados a la regresión y otros como la megalomanía y la hipochondría, y 3?) manifestaciones relacionadas con el proceso de restitución o tentativa de curación, entre las que figuran muchas ilusiones, alucinaciones, ideas delirantes, ciertos tipos de conducta que constituyen tentativas anormales de restablecer el contacto con la realidad exterior.

8°) *Psicosis maniaco-depresiva*: Las condiciones que predisponen a la aparición de una melancolía son para Abraham: V)

un factor constitucional; posiblemente una intensificación del erotismo oral; 2?) una fijación de la libido en la etapa oral del desarrollo; 3?) un grave ataque al narcisismo infantil a través de una serie de frustraciones de afecto; 4?) la aparición de la primera gran frustración antes de que los deseos vinculados al complejo de Edipo fueran completamente dominados; 5?) la repetición de esta frustración en la vida posterior actúa en forma de acontecimiento precipitante de la enfermedad. En la melancolía el enfermo se lamenta de la pérdida de objeto aflorando a la superficie sentimientos hostiles que habían sido previamente reprimidos, es decir, hechos inconscientes. Como resultado de la regresión narcisística dicho objeto es introyectado y se confunde con el yo del sujeto. El superyó, hipertrofiado a expensas de un yo pasivo, ataca a éste apareciendo así reproches y autoacusaciones, pero este ataque sádico está dirigido contra el objeto introyectado, con el cual se ha identificado el yo. Las quejas del deprimido son acusaciones disfrazadas y ponen en evidencia la actitud sádica y ambivalente hacia el objeto. El análisis muestra que el objeto es incorporado psíquicamente por el yo, restableciéndose así el estado de narcisismo libre de todo objeto exterior. Tendencias canibalísticas, rasgos orales y fantasías de devorar el objeto son fácilmente puestos en evidencia en el delirio de los melancólicos. También hay rasgos anales. Como dijimos, el manícodepresivo es ambivalente frente a su propio yo, poniéndose en claro el elemento hostil o agresivo en los estados de depresión. En la manía aparece el otro aspecto, donde el amor hacia sí mismo es característico. Por la absorción del superyó hostil dentro del mismo yo, el yo se libera de los autorreproches con el aumento consiguiente de su autoestimación. La faz maníaca es considerada como una celebración triunfal comparable con la fiesta totémica de los primitivos, ya que el superyó representa en última instancia el padre que es absorbido por el yo en estos casos.

9?) *Trastornos del carácter:* Éstos son frecuentemente observados sin síntomas típicos de neurosis. Han sido también denominados neurosis asintomáticas o neurosis del carácter, y se distinguen de las otras neurosis productoras de síntomas por el hecho de que el paciente en estos casos transforma en realidades sus deseos, estímulos y fantasías, siendo capaz de modificar el ambiente de manera tal que reúna las condiciones indispensables para la

satisfacción de sus necesidades. Guiado por móviles inconscientes y reprimidos, dice Fenichel, emprende extrañas actuaciones para las que conscientemente no suele encontrar fundamento alguno. Se diferencia fundamentalmente del neurótico con síntomas por recurrir a mecanismos aloplásticos en vez de autoplásticos, como el primero. Otra diferencia fundamental es la falta de conciencia de situación, estando muy desarrollada en él la tendencia a la racionalización. Estas neurosis asintomáticas están en el límite entre las neurosis y las psicosis, constituyen lo que se denomina constitución psicopática, personalidad anormal, etc. Fenichel clasifica a estos enfermos en tres categorías: 1º) aquellos en los cuales su conducta está dominada por rasgos pregenitales y que comprenden los caracteres anal, oral, uretral; 2º) aquellos en los cuales las formaciones reactivas dominan el cuadro, encontrándose entre ellos los caracteres llamados obsesivos, esquizoides, cicloides, paranoides e histéricos; 3º) el tercer grupo tiene por característica el hecho de que las identificaciones y sublimaciones son anormales. Son individuos trabados por una ansiedad social, en relación con la formación de un síntoma, por ejemplo, la ereutofobia. Otro tipo es el carácter impulsivo o delincuente. También entrarían aquí los distintos tipos de criminales neuróticos, por autoculpabilidad, el carácter criminal, etcétera.

10º) *La confusión mental*: Fue considerada por Freud en varias oportunidades como la forma de psicosis donde la percepción del mundo exterior está más gravemente comprometida.

Normalmente el mundo exterior domina al yo por dos caminos, primeramente por las percepciones actuales y luego por las percepciones anteriores acumuladas en forma de recuerdos que constituyen el mundo interior del yo. En la confusión mental no sólo queda excluida o dificultada la llegada de nuevas percepciones, sino que está sustraída la significación del mundo interior, es decir, sus cargas afectivas. El yo se procura entonces, independientemente, un nuevo mundo exterior e interior, surgiendo el hecho interesante de que este nuevo mundo es construido de acuerdo con las tendencias optativas del ello, y la causa de esta disociación del mundo exterior es producida por una privación impuesta por la realidad y considerada intolerable.

Freud considera, pues, la confusión mental como producida por un conflicto entre el yo y la realidad, y sería para Schilder

más correcto afirmar que en los estados de confusión el individuo siente el deterioro de su aparato del yo y que por lo tanto no puede mantener un contacto completo con la realidad, aunque lucha con todas sus fuerzas para lograrlo. El resultado de esta lucha por restablecer su relación con el mundo da la sensación de perplejidad e impotencia típica de estos enfermos.

Cuando el aparato del yo, como consecuencia del proceso, se hace deficiente para las elaboraciones más finas de la percepción aparecen en el campo de ésta y en las representaciones formas que corresponden a la condensación y simbolización del sueño. En la confusión mental, según Schilder, las estructuras más afectadas son las menos personales, están fuera del núcleo de la personalidad (el ello) y pertenecen a la parte periférica del yo encargada de la elaboración final de las percepciones.

Dice Schilder que algunos estados confusionales se relacionan con experiencias infantiles, sin embargo sostiene que es necesario introducir nuevos criterios para aclarar el problema. En la esquizofrenia el individuo está interesado por sus problemas más íntimos, la enfermedad ataca el propio centro de la personalidad. En la psicosis maniaco-depresiva los problemas involucrados son menos personales, estarían más cerca del superyó y alejados del verdadero núcleo de la personalidad. En la confusión mental están afectadas las estructuras menos personales, las que pertenecen a las funciones perceptivas del yo en su elaboración final. En las *agnosias*, *afasias* y *apraxias* el daño está aún en capas más alejadas, en la periferia de la personalidad. Según Schilder, en las agnosias y afasias la función perceptiva del yo está alterada. Junto con Poetzl ha demostrado repetidamente la gran analogía que existe entre los productos que aparecen en vez de las funciones propias del lenguaje y del conocimiento (gnosia) y los productos que emergen del inconsciente.

Partiendo de estas consideraciones Schilder llega a una clasificación de las enfermedades mentales. Considera en esta clasificación a los trastornos demenciales —donde incluye la deficiencia mental, las agnosias, las afasias, la confusión mental y los fenómenos orgánicos de naturaleza tóxica— como una alteración de las funciones perceptivas del yo. A la esquizofrenia la considera como una regresión especial de la libido, y a la psicosis maniaco-depresiva como una regresión parcial y particularmente relacio-

nada con el superyó severo. A las psicosis epilépticas las ve como un tipo particular de confusión mental con signos emparentados con la afasia. El alcoholismo sería una regresión particular de la libido con reacciones frente al superyó y confusión mental orgánica.

En síntesis, Schilder sostiene que en cada psicosis hay que descubrir un mecanismo específico en el campo del yo perceptivo y en el terreno de la libido.

11?) Parálisis general: Las contribuciones fundamentales al conocimiento psicoanalítico de esta enfermedad son las de Ferenczi y Hollos, Schilder, Katan, Meninger, Grotjahn y finalmente los recientes trabajos de Kenyon, Rapaport y Lozoff.

Para Ferenczi y Hollos la parálisis general debe ser considerada como una patopsicosis, es decir que a una alteración previa de la estructura cerebral sigue una retirada de la libido de las funciones interesadas por el proceso. Esto trae como consecuencia una regresión a etapas primitivas del desarrollo psíquico, en las cuales las funciones mentales perjudicadas no existen aún. Esta regresión no es específica para la parálisis general, sino semejante a la que se produce en las psicosis orgánicas.

La lesión orgánica inicia el proceso y su papel está limitado a hacer posible la regresión. El daño orgánico actúa como una pérdida narcisística para el yo, o sea como una pérdida de objeto, acarreando los fenómenos depresivos de comienzo y por sobrecompensación un estado maníaco consecutivo. Schilder, que ha realizado un profundo estudio de la P. G. P., sostiene que la demencia es el centro del cuadro clínico y que ella es debida a la lesión de la zona del cerebro encargada de elaborar el pensamiento, las anticipaciones, la valoración de la realidad, permitiendo la falta de éstos la entrada dentro del campo de la conciencia de deseos preconsientes. El delirio y la estructura del pensamiento en la parálisis general son de carácter trivial, en oposición al pensamiento esquizofrénico, que es de carácter arcaico. La regresión es para Schilder rara, apareciendo predominantemente durante el tratamiento malárico. Si solamente la periferia del yo está perjudicada, aparece una demencia simple; si el ideal del yo ha permanecido íntegro, reacciona frente a éstos dando el delirio. Este autor da importancia al desarrollo previo o premorbo de la personalidad para caracterizar a las psicosis incluidas dentro del cuadro. La infección sifi-

lítica y el daño orgánico serían equiparados por el enfermo al castigo por la masturbación y a deseos incestuosos. Trata de explicar por medio de la teoría psicoanalítica los productos patológicos más frecuentes en la parálisis general, como son el delirio de grandeza, la autosuficiencia, la euforia, los elementos depresivos, los rasgos esquizofrénicos y la demencia. Basados en lo ya dicho, podemos sostener que la lesión cerebral es primitiva, acarrea la demencia y está siempre presente en mayor o menor grado, a veces imperceptible, pero es la condición previa y necesaria para la aparición de la psicosis paralítica incluida dentro del cuadro general. Los tests mentales ponen en evidencia este deterioro antes y después del tratamiento, pudiendo hablarse de un cierto grado de irreversibilidad. Sucedido el ataque primitivo se produce la regresión, que da el cuadro de una psicosis funcional. La parálisis general debe ser interpretada como dos procesos o estructuras psicológicos (demencia más psicosis) que dependen entre sí, variando el cuadro clínico el predominio de una de ellas sobre la otra, es decir, la demencia o la psicosis.

12?) *Las debilidades afectivas:* Del gran grupo de los oligofrénicos se ha aislado y estudiado un tipo de enfermos cuya característica esencial consiste en un paro o estancamiento en el desarrollo de la afectividad. El examen con los tests mentales pone en claro que el trastorno evolutivo se refiere específicamente a la vida afectiva, siendo el desarrollo mental en la mayoría de los casos normal. Esa disociación entre la afectividad y la inteligencia fue denominada por la Escuela Francesa esquizonoia. También fueron dadas otras denominaciones, como seudodebilidad, y pseudoimbecilidad, que fueron clasificadas dentro de los trastornos causados por la inhibición. Landauer, Berta Bornstein y Bergler realizaron desde el punto de vista psicoanalítico los estudios más profundos sobre las formas adultas.

Con Arminda Aberastury hemos estudiado la seudodebilidad en los niños, llegando a caracterizar algunos tipos. Por ejemplo, aquellos donde el estancamiento psicosexual (infantilismo) es predominantemente oral o anal. En otros casos parece haber existido un proceso de regresión, es decir que conseguido cierto grado de evolución se produjo un regreso a organizaciones inferiores. A estos enfermos los hemos denominado oligotímicos, para establecer fácil-

mente su relación y la diferencia con el grupo de los oligofrénicos.

Estos niños son susceptibles de un tratamiento psicoanalítico. Con el doctor Arnaldo Rascovsky hemos estudiado un tipo especial de oligotímico en el síndrome adiposo-genital prepuberal del varón.

13?) *La epilepsia*: Es ésta una afección a la cual hemos dedicado un especial interés en los últimos tiempos. Su estrecha dinámica con los tratamientos modernos de shock nos movió en ese sentido.¹

Fue Stekel (1911) quien primero estudió la epilepsia desde el punto de vista psicoanalítico admitiendo la psicogénesis de un gran número de casos. Según él, en la crisis epiléptica se cumpliría la victoria de la conciencia moral sobre el inconsciente criminal, reemplazando así la crisis al crimen. En la mayoría de estos enfermos se encontrarían en el contenido latente de sus crímenes sexuales, como violación, pedofilia, necrofilia, canibalismo, vampirismo, incesto, etc. Destaca, además, la frecuencia de un complejo fenomenología) de carácter religioso con bondad y solicitud, que serían sobrecompensaciones al odio que es primitivo en ellos: "hacia afuera Cristo y hacia adentro Satanás". Describe el contenido de algunas crisis: el epiléptico vive un trauma de su infancia, repite el acto del nacimiento, llega en su regresión a la época fetal, experimenta su propia muerte, realiza un acto sexual prohibido, comete un delito, etcétera.

Tiempo después, Pierce Clarck (1915), sin conocer los estudios de Stekel, aborda el problema desde un punto de vista similar sosteniendo que el ataque epiléptico constituye una tentativa de satisfacción de deseos sexuales. Describe otros mecanismos, como identificación con la madre, fijación en el padre, elementos narcisísticos y homosexuales. Estos enfermos no soportarían los traumatismos cotidianos y reaccionan frente a daños físicos y psíquicos en forma de ataque, que tendría el sentido de un mecanismo protector de carácter regresivo, una huida de la realidad hasta la época fetal.

Schilder (1905) estudió en particular el contenido de las confusiones episódicas y los estados crepusculares posparoxísticos.

¹ *índex*, 1941, vol. III-3 y, sobre todo, *Revista de Psicoanálisis*, 1944, vol. I, nº 3 y 1945, vol. II, nº 4.

Descubrió que las vivencias fundamentales que se encontraban en estos estados eran las de muerte y renacimiento. Algunos elementos de carácter epiléptico, como religiosidad, beatería y afán de justicia, constituirían formaciones reactivas frente a las tendencias agresivas primarias.

Más o menos en la misma época, W. Reich (1925) se ocupa específicamente del ataque epiléptico apoyándose en su teoría de la función del orgasmo. Para este autor el ataque epiléptico representaría el coito realizado por medio de la motricidad epiléptica, ya que en esta enfermedad el aparato genital está excluido del circuito de la excitación sexual. Este orgasmo extragenital sería específico para esta enfermedad y estaría condicionado orgánicamente, pudiendo ser desencadenado por vía psíquica, sin que esto signifique considerar la epilepsia como una enfermedad puramente psicógena. Para este autor el ataque obedecería a las condiciones de una neurosis actual.

Freud, en su ensayo sobre "Dostoievski y el parricidio" (1930), trata de esclarecer los mecanismos de esta enfermedad. Dice que la epilepsia se presenta como una enfermedad cuya unidad clínica es sólo aparente y cuyos límites son imprecisos. La causa principal de su determinación es un factor corporal aún poco conocido, siendo posible admitir una causación puramente psíquica que da como resultado la formación de un estado particular caracterizado por un tipo de reacción y desencadenado por estímulos similares. La igualdad de los síntomas objetivos habla en favor de un criterio funcional que considera en la epilepsia la presencia de un mecanismo orgánico preformado apto para la descarga de impulsos y capaz de ponerse en movimiento tanto por factores tóxicos o tisulares como emocionales. Bajo esta doble aparición sería fácil sospechar la identidad con el mecanismo fundamental de descarga de los instintos, recordando Freud que ya los médicos de la antigüedad calificaban al coito como una pequeña epilepsia.

La reacción epiléptica tiene por finalidad descargar por vía somática el montante de excitación cuya elaboración no puede ser llevada a cabo por vía psíquica. Formulado esto en otros términos y refiriéndose a la mezcla y disociación de los instintos, podría decirse que el instinto de destrucción entraría al servicio del eros para los fines de descarga, sospechándose que el ataque epiléptico es un producto y un signo de dicha disociación de los instintos.

Freud hace una distinción entre una epilepsia orgánica y una epilepsia afectiva, por cuanto los enfermos del primer tipo deben ser considerados enfermos cerebrales, orgánicos, y los segundos neuróticos, estando la vida anímica alterada en los primeros desde afuera y en los segundos desde adentro mismo del aparato psíquico.

Freud analiza el sentido de los síntomas en Dostoievski destacando las tendencias parricidas, la identificación con el padre muerto, el significado de autocastigo de las crisis, el complejo de Edipo, los componentes homosexuales y las relaciones del yo y superyó. Podríamos resumir sus ideas diciendo que un fuerte instinto de muerte, agresión o destrucción cuando consigue su libre expresión hacia el mundo exterior hace del hombre un criminal, mientras que dirigido contra sí se expresa como masoquismo, sentimiento de culpa, y en el caso específico del epiléptico como ataque. El epiléptico participa alternativamente y en forma variable para cada caso de estas dos direcciones del instinto de muerte, siendo su carácter habitual predominantemente sádico o dominado por formaciones reactivas como bondad, religiosidad, etcétera, y durante sus crisis paroxísticas profundamente masoquista.

Para Fenichel (1931) la epilepsia es una organoneurosis del cerebro. En los casos puramente psicogenéticos y de acuerdo con la naturaleza arcaica del sistema epileptoide la regresión es más profunda y más narcisísticamente fijada que la de la simple histeria de conversión. Describe este autor un tipo especial de carácter oral caracterizado por sujetos que se adhieren al objeto seguramente movidos por gran angustia frente a la posible pérdida de objeto. Esta adherencia por succión está muy vinculada a una característica de la personalidad epiléptica: la viscosidad.

S. E. Jelliffe (1935-1937) considera como el trastorno esencial y común a todas las formas de epilepsia una defectuosa o deficiente distribución de la energía nerviosa, pudiendo ser ésta causada de muchas maneras y a través de diversas vías. El ataque visto desde el punto de vista psicológico es para este autor una huida a un estado de inconsciencia, apareciendo en épocas de grandes tensiones, ya sean conflictos o crisis del desarrollo, como la pubertad, que exigirían una serie de nuevos reajustes psicológicos, fisiológicos y sociales. El ataque es por lo tanto una tentativa de adaptación a las exigencias de la vida y una tentativa de escape o fuga frente a

estímulos intolerables, ya sean internos, como toxinas o un tumor, o externos, como situaciones vitales.

A. Kardiner (1932-1941) intenta una comprensión de los problemas del yo valiéndose del estudio de la neurosis traumática y de las reacciones epilépticas sustituyendo el principio etiológico de la privación por el de trauma, siendo característico de éste que además de dañar el valor narcisístico de un determinado apéndice del yo perjudica su valor de utilidad. Estudia, además, el automatismo de repetición, la disociación de los instintos, afirmando que en la reacción epiléptica hay una disociación de ellos, poniéndose en libertad tendencias agresivas que normalmente operan en interés de la libido, pero que en este caso particular se descargan en forma destructiva contra el mundo exterior o contra el propio yo.

Finalmente, A. Hendrick (1940) hace interesantes observaciones después de haber analizado profundamente a dos epilépticos durante más de dos años. Dice que los ataques epilépticos pueden a menudo ser desencadenados por crisis de ansiedad, estando estas crisis frecuentemente relacionadas con las auras. Destaca la importancia de las observaciones psicológicas y las considera de gran interés para el estudio fisiológico de la epilepsia. Las observaciones psicoanalíticas indican la posibilidad de que el trastorno cortical sea iniciado o desencadenado por tensiones críticas del sistema autónomo cuya descarga como crisis de ansiedad está en esta enfermedad inhibida, relacionando los síntomas del síndrome de ansiedad con la etiología de las convulsiones. Dice que para definir las causas originales de los ataques en términos de estructura orgánica y función la fisiología debería explicar la base neurológica y hormonal de estos síndromes de ansiedad, el mecanismo por los cuales son inhibidos y la base fisiológica y anatómica por la cual esta tensión del sistema autónomo es descargada a través del sistema nervioso central en forma de ataque epiléptico.

C

Relaciones entre el psicoanálisis y la psiquiatría

Freud abordó este problema en su "Introducción al Psicoanálisis", donde al interpretar el sentido de un acto sintomático y el de un delirio de celos delimita la labor de ambas disciplinas. Se sorpren-

de que pueda hablarse de una contradicción entre ambas, manifiesta que por el contrario ellas se complementan, hallándose en una relación semejante a la que existe entre la histología y la anatomía, ciencias de las cuales la primera estudia las células y los tejidos (psicoanálisis) y la segunda las formas exteriores (psiquiatría clínica).

Una contradicción entre dos órdenes de estudios, continuación uno del otro, es inconcebible. La anatomía constituye hoy la base de la medicina científica, pero hubo una época en que la disección de cadáveres humanos, practicada con el fin de estudiar la estructura interna del cuerpo, se hallaba prohibida del mismo modo que hoy se juzga, continúa Freud, casi condenable dedicarse al psicoanálisis para investigar el funcionamiento íntimo de la vida psíquica. Es el psiquiatra y no la psiquiatría —dice Freud— lo que se opone al psicoanálisis, y no tardará en imponerse la convicción de que una psiquiatría verdaderamente científica ha de poseer un profundo conocimiento de los misteriosos procesos inconscientes que se desarrollan en nuestro psiquismo.

Sostiene también que una buena parte de la labor psiquiátrica es encomendada por el psicoanalista a la psicología, pero que constituiría un grave error suponer que el análisis aspira a una concepción puramente psicológica de las perturbaciones anímicas. No podría desconocerse que la otra mitad de la labor psiquiátrica tiene por finalidad el estudio de la influencia de los factores orgánicos (mecánicos, tóxicos e infecciosos) sobre el aparato anímico. En la etiología de los trastornos psíquicos Freud no admite, ni aun para los más leves, como las neurosis, un origen puramente psicógeno, sino que busca su motivación en la influencia que sufre la vida anímica por un elemento indudablemente orgánico.

En líneas generales, podemos caracterizar la investigación psicoanalítica desde el punto de vista del síntoma, de la etiología general, del material y del investigador.

A) Desde el punto de vista del síntoma, hemos estudiado en él cuatro características:

a) *El síntoma tiene una estructura determinada*, es decir, caracteres formales que lo diferencian de los demás, habiendo sido este trabajo de delimitación y valoración desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico la labor de la psiquiatría preana-

lítica. La psiquiatría tiene por específica finalidad sólo el estudio de este plano de comprensión.

b) *El síntoma tiene un sentido*, es decir que no aparece porque sí, sino que su contenido está estrechamente vinculado a la historia individual del sujeto. A través de su análisis adquiere sentido. Este trabajo es realizado por nuestra comprensión genética y simbólica de los fenómenos neuróticos.

c) *El síntoma tiene una finalidad*, descargar tensiones. Es una tentativa de curación en cuanto procura aliviar el conflicto neurótico y restituir una buena relación con la realidad,

d) *El síntoma tiene una causa*, procede del conflicto neurótico y ha sido elaborado por el yo con el objeto de defenderse de la angustia y del displacer.

B) Al enfocar el problema de la etiología, Freud divide los factores en dos categorías. Los primeros dependientes de la vida instintiva, y los segundos dependientes del yo. Esta manera de ver la etiología de las neurosis y las psicosis hace posible la inclusión de todos los factores señalados como productores de la enfermedad, ya sean de naturaleza endógena o exógena, conduciéndonos el psicoanálisis, como dice Freud, a prescindir de las estériles antítesis establecidas entre los factores externos e internos, entre el destino del individuo y su constitución; enseñándonos a ver la causa de la adquisición de una neurosis en una determinada situación psíquica susceptible de ser establecida por diversos caminos.

C) Considerando el material a investigar, el psicoanálisis ha extendido el campo de investigación con su noción de la vida inconsciente, mientras que la psiquiatría sólo tiene en cuenta lo consciente, lo aparente.

D) Para realizar una investigación en profundidad es necesario eliminar nuestros propios escotomas psíquicos. El futuro psicoanalista se somete por esto a un análisis prolongado como tránsito previo e indispensable con el objeto de superar sus represiones y poder "abordar sin prejuicios la vida psíquica en su totalidad. Como conclusión citaremos esta frase:

"La psiquiatría es actualmente una ciencia esencialmente descriptiva y clasificadora, de orientación más somática que psicológica y carente de posibilidades de explicación de los fenómenos observados. Pero el psicoanálisis no se contrapone a ella, como pu-

diera creerse por la actitud casi general de los psiquiatras. Como psicología en profundidad o abismal, como psicología de los procesos anímicos sustraídos a la conciencia está llamada a procurar a la psiquiatría una subestructura imprescindible y ayudarla a superar sus limitaciones actuales. El porvenir creará seguramente una psiquiatría científica, a la cual habrá servido de introducción y fundamento el psicoanálisis" (Freud).

CONTRIBUCIÓN A LA TEORIA
PSICOANAUTICA DE LA ESQUIZOFRENIA •

En la causación de una esquizofrenia intervienen los mismos factores que en las neurosis. La ecuación etiológica considerada desde un punto de vista evolutivo debe comprender las series complementarias que Freud describió y que condicionan tanto la disposición a las neurosis como también la situación desencadenante de la enfermedad. A estas dos series complementarias hemos* agregado otra, relacionada con las experiencias que el feto sufre como consecuencia de las vivencias de la madre. El esquema general puede expresarse de la siguiente forma: la primera serie complementaria, que da como resultado lo que se llama el componente constitucional, está condicionada por la herencia tomada en su sentido genotípico y por las modificaciones que la vida fetal puede sufrir a través de las experiencias emocionales de la madre. La intrincación de estos factores condiciona la constitución del individuo, que junto a las experiencias infantiles configura lo que en psicoanálisis se llama disposición a la neurosis y que se expresa en determinadas fijaciones de la libido ocurridas durante el desarrollo, constituyendo ésta la segunda serie complementaria. La tercera serie estará condicionada por dichos factores disposicionales y la situación actual desencadenante, que se expresa en última instancia por un estancamiento de la libido, que se produce ya sea debido a factores internos, endógenos, biológicos, o a factores externos expresados como impedimento, frustración, etc. La situación dinámogena es siempre este estancamiento de la libido, que crea dentro del

* *Revista de Psicoanálisis*, julio de 1946, año IV, nº 1.

aparato psíquico un estado de malestar frente al cual el yo debe movilizar sus mecanismos de defensa para dominar la situación. Considerados los factores etiopatogénicos en la situación actual desencadenante, ellos dependen tanto de los instintos como del yo. Cualquier factor que produzca un incremento de las tensiones instintivas, ya sea por una causa endógena (teoría endógena) o exógena (teoría exógena o reactiva), o que el yo se debilite a causa de un daño en su estructura orgánica (teoría tóxica), crea una situación básica caracterizada por un estancamiento, desde el cual se desencadena el proceso de la enfermedad. Esta situación de estancamiento producida en el plano genital acarrea la regresión a etapas previas del desarrollo de la libido, específicas o disposicionales para cada sujeto y desde las cuales la estructura neurótica o psicótica se configura. La regresión producida después de las dificultades en el plano genital reactiva toda la vida sexual infantil y perversa polimorfa, ya sea como tendencia o como fantasías ligadas a cada etapa del desarrollo. Es así como este material es encontrado en el contenido latente de todos los síntomas neuróticos y psicóticos, que tomados en un sentido inmediato pueden considerarse como el negativo de la perversión. Por ejemplo, detrás del rechazo de alimentos encontramos fantasías canibalísticas o coprofílicas, existiendo a veces la alternancia de perversión y psicosis, por ejemplo, coprofagia y rechazo de alimentos según el grado de actuación del yo frente a determinadas tendencias. En líneas generales podemos establecer tres tipos básicos de ecuación etiológica teniendo en cuenta el factor predominante, pero sin dejar de pensar que siempre están todos ellos presentes en una proporción específica para cada caso. Dichos tipos son: 1?) aquellos en que hay un predominio del factor hereditario; 2?) aquellos en que hay un predominio del factor disposicional, y 3?) aquellos casos donde la psicosis se nos aparece como producida por la actuación predominante de los factores actuales, que pueden ser referidos tanto al instinto como al yo.

A los dos primeros tipos se los suele incluir dentro de las psicosis de tipo endógeno y al tercero dentro de las psicosis reactivas. Pero el examen detenido de la ecuación etiológica de las psicosis comprueba la intervención permanente de estos tres factores en proporciones determinadas para lograr una cierta *cantidad de causación*, si se nos permite el término. Se prescinde así, como

dice Freud, de estériles antítesis de lo endógeno y exógeno, es decir, entre el destino del individuo y su constitución, enseñándonos a ver la causa de la enfermedad en una determinada situación psíquica susceptible de ser establecida por varios caminos. La situación desencadenante, llamada en sentido genérico conflicto actual,¹ funciona como agente provocador, siendo más o menos inespecífica y condicionando solamente la iniciación de la regresión a etapas determinadas del desarrollo de la libido; eso sí, específicas para cada psicosis y actuando como puntos disposicionales.

Después de haber analizado la sintomatología de las psicosis esquizofrénicas volveremos sobre el mecanismo de su génesis, por ahora sólo diremos que toda psicosis se desarrolla en dos tiempos, condicionando el primero la aparición de una perversión latente como mecanismo de defensa para evitar la castración o negarla, y en un segundo tiempo la aparición de la psicosis propiamente dicha como tentativa de parte del yo para negar la perversión y calmar la ansiedad, ligada al conflicto neurótico desencadenado entre dichas tendencias y el yo que se opone a su realización. Vista de esta manera, toda psicosis se inicia con una depresión/El-trabajo tendiente a deshacerse de ella, es decir, a superarla en un sentido general, puede configurar una manía, una hipocondría y finalmente una paranoia (estos términos son tomados, en lo que se refiere a psicodinamismos, del mismo nombre). Los esquizofrénicos se estructuran con una mezcla de estos dinamismos (de allí su polimorfismo). A esto se agrega una regresión del yo a una etapa primitiva, dando la apariencia de un pensamiento mágico por un lado y por otro a los síntomas psicomotores. Esta regresión del yo es lo único específico de la esquizofrenia.

Con el propósito de encarar el problema de las psicosis esquizofrénicas es menester, antes de abordar de lleno la cuestión, exponer, aunque sea en forma breve, la teoría psicoanalítica de la psicosis.

Además de sus múltiples trabajos sobre la paranoia, la demencia paranoide, la melancolía, el narcisismo, etcétera, Freud abordó el problema general de la psicosis en tres trabajos sucesivos, titulados "Neurosis y psicosis" (1924), "La pérdida de la

¹ Se considera equivocadamente a la teoría psicoanalítica teniendo en cuenta sólo este último factor. Es en realidad una teoría integral psicobiológica.

realidad en las neurosis y psicosis" y finalmente en un trabajo sobre el fetichismo.

En el primero de ellos define las neurosis como resultado de un conflicto entre el yo y el ello, siendo en cambio las psicosis el resultado de un conflicto entre el yo y el mundo exterior. Esto constituiría para Freud la diferencia genética más importante entre estos dos tipos de afecciones.

En el segundo de los trabajos insiste sobre esta diferencia, sosteniendo que uno de los caracteres diferenciales entre las neurosis y las psicosis consiste en el hecho de que en las neurosis el yo, obedeciendo a las exigencias de la realidad, reprime una parte del ello (vida instintiva), mientras que en las psicosis el mismo yo, dependiendo en este caso del ello, se retrae de una parte de la realidad misma. Esto daría como resultado que en las neurosis domine el influjo de la realidad, mientras que en las psicosis domine el influjo del ello, siendo la pérdida de la realidad un fenómeno típico de las psicosis y ajeno a las neurosis.

Continuando los estudios de Freud, Ángel Garma termina por encontrar la solución que a nuestro juicio está también de acuerdo con la observación clínica diaria.

Comienza por pasar revista a los síntomas más frecuentes de esta enfermedad, como la despersonalización, la vivencia de fin del mundo, los sentimientos de culpabilidad, las automutilaciones, las ideas de grandeza, persecución, etcétera, llegando a la conclusión de que el rechazo intenso de los instintos va acompañado de la pérdida de los objetos y de una pérdida parcial del yo, de manera que no podrían considerarse el rechazo de la realidad y el rechazo del ello como dos procesos contradictorios. Además de esta doble pérdida, de la realidad y de una parte del yo, la situación estaría dominada por una posición pasivo-masoquista mucho más intensa que en las neurosis, con un predominio de la libido homosexual. Esto es una consecuencia del rechazo de los instintos homosexuales, acompañándose de una situación psíquica caracterizada por una subordinación del yo frente al superyó. Es decir que tanto en las neurosis como en las psicosis hay un rechazo de la vida instintiva y que las diferencias formales o estructurales que existen entre ambos tipos de afecciones están regidas por diferencias cuantitativas en lo que se refiere a la intensidad del rechazo. De esta manera, la fórmula dada por Freud para las neurosis en el sentido de

que ellas son el resultado de un conflicto entre el ello y el yo al servicio del superyó es válida también en toda su extensión para las psicosis.

Análisis de la sintomatología

Partiendo de estos postulados trataré de ordenar los síntomas de la esquizofrenia alrededor de siete procesos principales estrechamente ligados entre sí y dependiendo los unos de los otros, pero que desde el punto de vista práctico constituyen un plano más profundo de ordenación que el hasta ahora realizado. Estos procesos son: 1?) la represión; 2?) la subordinación o sometimiento del yo al superyó; 3?) el predominio de la libido homosexual; 4?) los fenómenos ligados a la regresión de la libido del yo y el superyó; 5?) la disociación de los instintos; 6?) los fenómenos de restitución, y 7?) lo que queda aún de normal en el yo del psicótico.

El primer grupo de síntomas se relaciona con „el proceso mismo de la represión. Según Garma, el ello por una parte, la realidad en cuanto es apta para satisfacer los deseos del ello y el yo que examina la realidad constituyen una unidad que denomina unidad de placer, siguiendo la terminología que Briding dio solamente para aquel proceso que incluye sólo un instinto parcial y su objeto. En el acto de la represión hay un rechazo de esos tres componentes, es decir, una represión de la vida instintiva acompañada por una pérdida de la realidad y finalmente una pérdida parcial del yo. Los instintos reprimidos son en el hombre los activo-masculinos (en la mujer, los opuestos), acarreando este proceso una intensificación de los instintos pasivo-femeninos. La libido homosexual adquiere entonces un predominio sobre la heterosexual, tanto en las neurosis como en las psicosis, pero siendo en estas últimas mucho mayor. Cuando la represión es brusca, súbita, la pérdida de la realidad se expresa por la *vivencia de fin del mundo*, caracterizándose en los casos de evolución más lenta por la *despersonalización*. La *introversión* y el *autismo* son las consecuencias de este proceso de pérdida de la realidad o de pérdida de contacto con la realidad, teniendo en la introversión un carácter reversible, mientras que en el autismo dicha actitud queda fijada.

La represión del propio cuerpo y la pérdida del sentimiento

del yo, que se expresan en forma de *extrañamiento del cuerpo y del yo*, derivan también de la represión de determinadas representaciones junto con sus componentes instintivos. La represión de una parte del yo, que acompaña a todo proceso de represión, da lugar a puntos ciegos o escotomas dentro del yo que podemos denominar *alucinaciones negativas*, en favor de las cuales los enfermos proyectan sus vivencias desagradables e intentan recuperar sus relaciones con la realidad.

La vivencia de "fin del mundo" o sentimiento catastrófico se caracteriza, como dice Nunberg, por el hecho de aparecer el mundo ante los ojos del enfermo como incoloro, borroso, muerto, vacío. Esta vivencia es el resultado de una sustracción brusca de las cargas libidinosas correspondientes a los objetos del mundo exterior, que va acompañada, debido a la regresión, de una disociación de los instintos y una liberación de los instintos destructivos. En vez de una relación libidinosa con el ambiente, ésta se establece en un plano sádico, constituyendo la vivencia de "fin del mundo" o sentimiento catastrófico la expresión del trato sufrido por las representaciones de los objetos por parte del instinto de agresión liberado. Es la proyección al exterior del sentimiento catastrófico interno, de destrucción de su propio mundo interior y corporal, lo que da origen a esta vivencia, tan típica de las esquizofrenias de comienzo agudo.

En los estados de estupor catatónico la sustracción libidinosa es tan completa que los pacientes no sólo pierden el contacto con la realidad sino que, imposibilitados de proyectar al exterior este sentimiento catastrófico, tienen la *vivencia de su propia muerte*. La energía sustraída de las representaciones de los objetos se desplaza sobre las representaciones del yo y de los órganos en calidad de libido narcisística, acarreado los síntomas hipocondríacos y vivencias de vuelo, alargamiento del cuerpo, es decir, variaciones de la imagen corporal.

Sostiene Schilder que la somatopsiquis, en el sentido de Wernicke, está particularmente afectada en la esquizofrenia, predominando las modificaciones de la imagen corporal, relacionándolas con perturbaciones de la función occipitoparietal, pero encontrando en los síndromes puramente orgánicos una muy escasa relación interna entre la historia individual del sujeto y del síntoma, mientras que en la esquizofrenia esta relación interna es muy clara, siendo evi-

dente el valor simbólico de muchas de las ideas expresadas por los enfermos.

Los trabajos de Angyal y las investigaciones de Lauretta Bender, Schilder, con los test de la *Gestalt* y el test de Goodenough, suministran datos de gran valor de diagnóstico y pronóstico. La libido proveniente de los objetos se desplaza sobre las representaciones de los órganos integrados en el esquema del cuerpo, siendo éstas invadidas por un tipo especial de libido, la libido homosexual. Los enfermos elaboran esta situación sintiéndose transformar en mujer o en otras formas donde aparece clara su relación simbólica con la castración. Otros tienen la impresión de estar torcidos, deformados, expresando estas ideas la alteración de su fórmula instintiva producida por el proceso esquizofrénico. Estos trastornos del esquema corporal pueden estar latentes y ser reactivados por ejemplo durante el tratamiento insulínico, ya que el coma lleva la introversión de la libido a su máxima expresión, reforzándose la alteración latente durante el transcurso del coma.

Dos de nuestros enfermos expresaron esta situación en forma muy clara. Uno de ellos, esquizofrénico catatónico, a* la "entrada del coma solía quejarse en forma bien manifiesta. Interrumpido el coma, le interrogué sobre lo que le sucedía, manifestándome que cada vez que yo pasaba por el pasillo formado por las dos filas de camas sentía lo siguiente: "Tengo la impresión de que mi cuerpo se alarga, se estira tanto que llega hasta las camas de enfrente y que al pasar usted me lastima las piernas, por eso gritaba".

Otro enfermo, esquizofrénico, al salir del primer coma manifestó lo siguiente: "Doctor, qué horrible fue lo que sentí durante la inyección; me parecía que estaba transformado en un gusano, en una larva que se arrastraba por el suelo y que penetraba en muchos agujeros para buscar su sustento, tenía grandes dificultades para respirar al penetrar en ellos, sufría mucho y renegaba por tal clase de vida".

La experiencia sufrida por Gregorio Samsa, el héroe del relato de Kafka *La metamorfosis*: "Al despertar Gregorio Samsa una mañana tras un sueño intranquilo, encontróse en su cama convertido en un monstruoso insecto. Hallábase echado sobre el duro caparazón de su espalda y al alzar un poco la cabeza vio la figura convexa de su vientre oscuro surcado por curvas callosidades, cuya prominencia apenas si podía aguantar la colcha, que es-

taba invisiblemente a punto de escurrirse hasta el suelo; innumerables patas lamentablemente escuálidas en comparación con el grosor ordinario de sus piernas ofrecían a sus ojos el espectáculo de una agitación sin consistencia".

El mismo enfermo últimamente citado tuvo tres veces consecutivas la misma experiencia, que luego se transformó en la siguiente: "Sentía que mis piernas se alargaban, se hacían tan largas que algo debía sucederme, por esto, cuando pasaba alguien entre las camas sentía un gran dolor en todos los huesos".

Estas sensaciones de alargamiento y de acortamiento del cuerpo junto con macroxias y microxias, vivencia de muerte, interpretación del coma como un castigo y gran angustia son muy frecuentemente observadas en el transcurso del tratamiento de Sakel. Los trastornos del esquema corporal relacionados con la genitalización del cuerpo, identidad cuerpo-pene, vivencias de vuelo, que se producen tanto en el sueño como en el coma, son la expresión del aumento de la libido narcisística y representan sobre todo situaciones relacionadas con la castración, sometimiento al padre, al superyó, es decir, mecanismos semejantes a los que se observan en la impotencia dentro del plano genital. Lo mismo puede decirse con respecto al sentido latente del relato de Kafka.

Estos síntomas referidos a las alteraciones del esquema corporal tienen un gran valor pronóstico. Son un reflejo del proceso esquizofrénico, de la transformación operante, dándole Manz idéntico valor al referirse "a las extrañas alteraciones de la sensibilidad corporal, parestesias, irradiaciones nerviosas que pueden manifestarse como sensación de aumento o de disminución de una parte del cuerpo, o de una extremidad determinada, etcétera, en un perjuicio y trastorno condicionado de una manera profundamente vital en particular en la esfera sexual".

1?) Con este primer grupo de síntomas, ligados estrechamente al proceso de la represión en sus variaciones de grado y rapidez, se relacionan todos aquellos fenómenos dados como típicos del proceso esquizofrénico, como ser la vivencia de la enfermedad, la transformación subjetiva, el advertir una amenaza del yo y su unidad, la sensación de pérdida, de decadencia de la individualidad, etc. La vivencia de la insuficiencia, del palidecer de la propia actividad y la falta absoluta de conciencia de actividad, la conciencia de la variación, de un peligro que se cierne y a consecuencia de esto el

estado de ánimo intranquilo, la incertidumbre y el espanto, la confusión y la perplejidad, el sentimiento angustioso e inquietante de la conmoción (estado de ánimo esquizofrénico), todo estaría relacionado con la angustia del comienzo y con el proceso de la represión. La vivencia de la transformación, la pérdida de la constancia y precisión de la estructura del pensamiento, la desaparición de las fronteras del yo junto con la claridad del síntoma, la lucidez, los síntomas relacionados con el esquema corporal serían para Manz la expresión de un proceso orgánico no organizable. La forma del curso del proceso esquizofrénico, es decir, la rapidez de la destrucción y su intensidad condicionan dos formas de evolución que son la **catástrofe esquizofrénica**, caracterizada por una decadencia rápida, deletérea, predominantemente continua, y el **brote esquizofrénico**, caracterizado por adquirir una forma discontinua en su curso que puede terminar con una detención o remisión, pero que al fin de cuentas representa un hundimiento escalonado de la personalidad.

2?) El segundo grupo de síntomas es aquel relacionado con el sometimiento o subordinación del yo al superyó.* Entre ellos se cuentan los fenómenos de **sugestibilidad, obediencia automática al mandato, los fenómenos de ecoactividad, como la ecopraxia, la eco-mimia, la ecolalia, la catalepsia**, sobre todo en lo que se refiere a las actitudes conservadas, la insensibilidad al dolor, las automutilaciones, etc. Dichos síntomas son producto de un sometimiento masoquístico del yo frente a su superyó exigente y sádico, situación que crea los fenómenos relacionados con el sentimiento de culpabilidad, necesidad de castigo, expiación, autoacusaciones, automutilaciones, suicidio, ideas de influencia, los trastornos del esquema corporal ya mencionados, ideas relacionadas con el hipnotismo, manipulaciones sobre los genitales, represión del propio cuerpo, pérdida de los límites del yo y su consecuencia, el transactivismo, fantasías de regresión al seno materno, identificaciones, ideas de grandeza, místicas, de omnipotencia, de sacrificio, etc. Los fenómenos de masoquismo, sobre todo el masoquismo moral, son consecuencias de este mismo proceso.

3?) El tercer grupo de síntomas está relacionado específicamente con la **libido homosexual**, intensificada por la represión de los instintos activo-masculinos. El comportamiento del yo frente a ella varía en cada caso. Si el yo trata de defenderse de este cú-

mulo de libido homosexual haciendo uso de la proyección como mecanismo de defensa aparecen los síntomas de la estructura paranoide. Según sea la forma como resuelve este conflicto aparecerán ideas de persecución, celos, erotomanía. En otros casos, como ya hemos visto, cierta cantidad de libido homosexual es elaborada como fantasía de transformación corporal. Si la situación homosexual es aceptada por el yo, el enfermo cae en la perversión, defendiéndose de esta manera de las psicosis.

La identificación con la madre, fantasías de embarazo, el manierismo, los melindres, la excentricidad y ciertos cambios fisiológicos y morfológicos, por ejemplo, cambio de voz, alteraciones en la piel, como el típico acné de los esquizofrénicos, son la consecuencia del cambio de su fórmula endocrina.

4º) El cuarto grupo de síntomas se relaciona con la regresión de la libido, del yo y del superyó, que en la esquizofrenia es bien característica.

La regresión de la libido llega en estas psicosis hasta estadios muy primitivos, como el oral primario, y a veces aun más, a un estadio prenatal. Dicha regresión se hace a puntos de fijación previamente establecidos, como en las neurosis, por la intrincación de factores constitucionales y accidentales. La disposición a la esquizofrenia está constituida por fuertes puntos de fijación en el estadio oral primario. La regresión se efectúa a este punto de fijación como principal, existiendo otros accesorios, como el prenatal, el oral secundario, el anal primario, estructurándose desde cada uno de ellos los síntomas relacionados con las tendencias parciales, ya sea en forma de satisfacción o de defensa contra ellas, como sucede más a menudo. Esto explicaría la presencia de síntomas de una u otra categoría, como por ejemplo la alternancia de coprofagia y negación de alimentos.

Durante el proceso de la regresión la libido reactiva además una serie de fantasías que habían permanecido más o menos inconscientes, inactivas, siendo específicas para cada estadio evolutivo de la libido. Por ejemplo, pueden encontrarse al comienzo del proceso esquizofrénico algunas relacionadas con la etapa fálica, que incluyen la constelación edípica, otras relacionadas con el nacimiento, la teoría de la cloaca, escena primaria, seducción, embarazo, pecho materno, regresión al seno materno, nacimiento oral y fecundación oral, etc. Cada fase del desarrollo de la libido

dispone de un modo típico de expresión, y las fantasías específicas para cada una de ellas son un ejemplo de esto. Estas fantasías reactivadas por la regresión pueden tender a la realización o a su defensa contra ellas.

Pero la regresión no sólo se hace en el terreno de la libido, sino que en la esquizofrenia el yo regresa a etapas muy primitivas de su desarrollo, siendo esta regresión a un yo infantil *disgregado* lo específico de ésta. Las denominaciones siguientes sólo tienen en cuenta este aspecto del yo, disgregado por la regresión: ataxia intrapsíquica (Stransky), esquizofrenia (Bleuler), discordancia (Chaslin), orquesta sin jefe (Kraepelin), trastornos de la coordinación bajo forma de trastorno paralógico de la actividad (Kleist), destrucción del consciente con emancipación de vías asociativas anexas (O. Gross), etc. La regresión de la libido es narcisística (narcisismo secundario), el narcisismo primitivo es reactivado, siendo responsable, según Freud, este fenómeno de la aparición de las ideas de grandeza e hipocondríacas. Eso es en realidad la condición económica. El aparato de influencia usado por los perseguidores es, según Tausk, un "doble inconsciente del propio cuerpo" expulsado al exterior por medio de la proyección y vuelto contra sí. Éste puede representar sólo un órgano, como el pene o las nalgas, y según Fenichel, muchos de los inventos de los esquizofrénicos son también proyecciones de los propios órganos del sujeto. Creo, sin embargo, que todo gira alrededor de la angustia de castración e impotencia, como por ejemplo, aquellos en los cuales el tema es "el movimiento continuo", tentativa de superar la situación básica. Desde el punto de vista formal y cronológico el pensamiento no está regido aquí por las leyes del pensar lógico, sino del prelógico, mágico e infantil. Se observan los fenómenos de participación, proyección, de transativismo, personificaciones, omnipotencia de pensamiento, etc. Debido a esta regresión del yo a una etapa donde éste aún no había realizado su síntesis se explica la coexistencia de diferentes núcleos más o menos autónomos dentro del yo esquizofrénico por el hecho de que *diferentes identificaciones* actúan independientemente. Con esto debe relacionarse también cierto tipo de interceptaciones, pseudoalucinaciones, eco del pensamiento. Los síntomas psicomotores de la catatonía son también productos de la regresión del yo y de la liberación de mecanismos arcaicos que dejan de ser controlados por el yo, se inde-

pendizan y adquieren determinados grados de automatización y ritmo. La pérdida de los sistemas de integración del yo debido a la regresión da a la motricidad catatónica su aspecto caótico, funcionando en forma anormal los sistemas de excitación e inhibición.

A la regresión de la libido y del yo se acompaña también la regresión del superyó, que se hace por este motivo arcaico y cruel, creándose de tal manera la situación masoquística del yo frente a él. Si este superyó regresivo y sádico permanece dentro de los límites de la propia personalidad adquiere los caracteres de un superyó melancólico, pero en la esquizofrenia es generalmente proyectado al exterior, dando origen a los delirios de observación e influencia que reproducen las funciones de esta instancia psíquica que se expresa por ideas de observación, robo, adivinación del pensamiento, vigilancia, censura y castigo. "Se me observa, se me vigila, se me critica, se me insulta, adivinan mis pensamientos, me dirigen y me castigan", manifiestan los enfermos. Con este tipo de delirio se relaciona el "aparato de influencia" usado por los perseguidores y que representa en última instancia el pene de la madre (fetichismo alucinatorio de carácter negativo persecutorio). La situación del psicótico estaría dada por un sometimiento masoquístico y anal frente a la madre fálica.

5?) El quinto grupo de síntomas se relaciona directamente con los instintos y su disociación durante el proceso de regresión. Ya sabemos que ésta se produce en la esquizofrenia en un grado profundo, acarreando una disociación de los instintos de vida y de muerte, que en un plano normal actúan perfectamente mezclados.

El instinto de muerte, puesto en libertad por este proceso, se orienta en dos direcciones y da lugar a dos series de fenómenos bien típicos en estas psicosis. Si la agresión se expresa hacia afuera constituye el síntoma denominado negativismo; Freud sostiene que el placer general de negar, el negativismo de los enfermos psicóticos, debe ser probablemente considerado como un índice de la disociación de los instintos por supresión de los componentes libidinosos. Además de esta actitud frente al mundo, la agresión puede expresarse en forma más directa y a veces en una forma brutal como sucede en ciertos raptos de los catatónicos.

Parte del instinto de muerte es canalizado por el superyó, haciéndose éste sádico, y estableciendo de esta manera una relación

particular con el yo. El masoquismo, sobre todo en su forma moral, se relaciona con esta introyección del sadismo, existiendo en la esquizofrenia también los otros dos tipos de masoquismo: el erógeno y el femenino.

Relacionado con la regresión y la disociación de los instintos encontramos otro de los síntomas más típicos de la esquizofrenia, la ambivalencia,² que fue justamente descrita por Bleuler al estudiar estas psicosis. La vida psíquica del esquizofrénico está dominada por esta ambivalencia, con exclusión de las formas muy regresivas, como por ejemplo el estupor catatónico, donde la regresión se hace a una etapa preambivalente. Aquí la vida psíquica está dominada por el instinto de muerte, la pasividad es absoluta, sería un estado similar a la muerte.

Los fenómenos de ambitendencia en el plano clínico se expresan por los fenómenos de sugestibilidad, obediencia pasiva, y por otro lado, por el negativismo o la oposición activa frente al mundo. Estos fenómenos de sugestibilidad y negativismo pueden coexistir en el mismo momento referidos a una determinada actitud o localizados cada uno de ellos en un hemicuerpo del sujeto. He tenido ocasión de observar un caso de este tipo donde existía negativismo del lado izquierdo y sugestibilidad del lado derecho.

6?) El sexto grupo de síntomas es aquel relacionado con las tentativas de recuperar las relaciones con el mundo de los objetos, siendo muchas de las ilusiones, alucinaciones, ideas delirantes y ciertos tipos de conducta fenómenos de esta categoría.

Estas tentativas se realizan desde los distintos puntos de fijación y regresión, complicándose de esta manera la sintomatología de estas psicosis. En los cuadros agudos no se observan aún estos síntomas secundarios, no así en los cuadros crónicos, donde la superestructura psicótica existente pertenece casi en su totalidad a fenómenos de este tipo, como en las parafrenias, tomadas éstas en su sentido clásico.

Otros dos síntomas relacionados con estas tentativas son tam-

² Analizando más detenidamente el proceso, preferimos en la actualidad denominarlo "situación divalente", ya que la disociación del vínculo en bueno y malo provoca la divalencia, es decir, la doble valencia en términos de objetos parciales. Sólo con la existencia de un objeto total se hace posible la ambivalencia. Ver "Introducción a una nueva problemática para la psiquiatría".

bien las estereotipias y el lenguaje esquizofrénico. Como es sabido, las estereotipias constituyen movimientos o actos que se repiten en la misma forma dando la apariencia de una actividad automática. Sin embargo, estos movimientos o actitudes tienen un contenido comprensible y una finalidad. Esto es admitido ya por Bleuler cuando cita el caso de una enferma que en su estereotipia representaba los movimientos del zapatero, porque el amante de la enferma tenía ese oficio; otra hacía los movimientos de un baile porque durante él conoció a su novio. La enferma de Jung repetía en forma estereotipada el acto de coser, relacionado también con el oficio del novio, cuya muerte desencadenó el proceso esquizofrénico en la enferma. Los casos que hemos podido analizar prueban que el enfermo repite en su estereotipia una situación traumática con la finalidad de descargar tensiones, satisfacer deseos y finalmente como una tentativa de recuperar o fijar los objetos a través de la fantasía. La naturaleza puramente autoerótica de estas manifestaciones parece ser cierta en algunas formas muy primitivas, siendo equivalentes de una masturbación sin representaciones de objeto.

Ya hemos mencionado que el esquizofrénico ha perdido sus objetos libidinosos debido a la intensa represión de sus instintos. Al intentar recuperar esta relación con ellos sólo consigue hacerlo con las representaciones verbales o fonéticas, que no son tratadas como tales sino como si fueran los objetos mismos. La forma en que este lenguaje es elaborado se debe a que el proceso primario típico de la elaboración onírica entra aquí en juego trayendo los mismos mecanismos, o sea el desplazamiento, la condensación, la dramatización, la simbolización, etc. Justamente el simbolismo sexual del pensamiento esquizofrénico atrajo la atención de muchos investigadores. El pensamiento habitual en ellos, de tipo mágico, se encuentra por esto muy cerca de nuestro pensamiento onírico, debiéndose también a ello la facilidad con que el terapeuta puede captar el sentido y sobre todo los símbolos expresados por ellos.

Relacionados con esta especial elaboración del pensamiento esquizofrénico bajo la primacía del proceso primario se encuentran componentes hereditarios, constitución pícnica o personalidad ci-esquizofrénico. Este tipo de lenguaje llega a su expresión máxima en la esquizofrenia.

7?) Además de esta serie de fenómenos ligados estrechamente al proceso de la enfermedad, deben considerarse otros rela-

donados con lo que pueda quedar aún de normal o neurótico en la estructura total del cuadro esquizofrénico, encontrándose un cierto núcleo que permanece en relación con la realidad. El yo del esquizofrénico puede integrar de esta manera un núcleo normal, otro neurótico, de introversión, cercano a la normalidad y reversible, teniendo la valoración de estos comportamientos un gran valor desde el punto de vista del pronóstico, sobre todo en lo que se refiere al tratamiento psicoanalítico. La transferencia puede establecerse desde este nivel con los caracteres de una transferencia neurótica, o desde un núcleo psicótico, estableciéndose entonces una relación con el médico como una tentativa de recuperar los objetos de la realidad. En el último caso la conducta será regresiva, infantil y las cargas afectivas serán de carácter predominantemente homosexual, constituyendo esto la fuente de mayor peligro en el tratamiento de los paranoides.

Patogénesis y dinámismos

Después de haber realizado el análisis de la sintomatología de la esquizofrenia trataré de resumir la posible patogénesis y dinámica de la enfermedad.

1?) La represión incluye los instintos, el yo y la realidad (Garma).

2?) La represión trae como consecuencia la intensificación de la libido homosexual, creándose dentro del aparato psíquico una situación de sometimiento de un yo masoquístico frente a un superyó sádico (Garma).

3?) Esta situación es producida por la disociación de los instintos, la liberación del instinto de muerte que canalizado dentro del superyó le da a éste su carácter sádico. Canalizado dicho instinto dentro del yo refuerza el masoquismo primitivo y erógeno, creando las condiciones para el masoquismo femenino (me refiero al hombre). -

4?) La homosexualidad y el instinto de agresión son en última instancia los elementos generadores de las psicosis, existiendo una relación estrecha entre homosexualidad y destructividad. Se plantean así dos posibilidades de relación, una acción paralela o una dependencia, inclinándome hacia la segunda hipótesis al sos-

tener que la energía del instinto de destrucción (libido destructiva) es de carácter homosexual.

5º) El proceso de la enfermedad se inicia en el plano genital. La angustia de castración es particularmente intensa debido a la naturaleza incestuosa de las tendencias, estableciéndose una relación de este tipo con la realidad. Todo fracaso, frustración o angustia proveniente de una causa exterior o intensificación de los apremios instintivos de causa interna (pubertad por ejemplo) desencadena las psicosis debido al aumento de la angustia.

6º) Frente a la situación el enfermo recurre a un mecanismo de defensa: la identificación o introyección del objeto perdido. Esta vía está facilitada por la disposición oral previa, que también crea la disposición a la homosexualidad latente anterior al proceso.

7º) La regresión reactiva la situación primitiva homosexual, intensificándola de esta manera. La homosexualidad es empleada para negar la castración y calmar la angustia, pero esta situación crea de nuevo una situación de ansiedad, una nueva represión inicia el proceso psicótico. El proceso psicótico tiene por finalidad negar la perversión.

8º) El proceso psicótico se inicia siempre con una situación melancólica y un trabajo de duelo tendiente a superarla. Si permanece en este trabajo se estructura una depresión que puede superarse por la intervención de un mecanismo maniaco.

Si al trabajo de incorporación y de duelo sigue un trabajo de expulsión del objeto introyectado se producen dos alternativas: a) si la proyección fracasa en su intento de expulsar al exterior el objeto introyectado, y sólo consigue proyectarlo en un órgano, aparece el síntoma hipocondríaco; b) si el trabajo de expulsión al exterior es logrado, aparece el síntoma paranoico. De esta manera, las quejas del melancólico van dirigidas al objeto introyectado y que permanece dentro de su yo psicológico, el hipocondríaco se queja de sus órganos por estar allí localizado el objeto introyectado, mientras que el paranoico se queja de sus perseguidores por haber conseguido expulsarlo al exterior.

9º) Si el enfermo intenta superar la situación pasivo-homosexual aparecen ideas y actos tendientes a reivindicar su masculinidad, llegando en algunos casos hasta el crimen paranoico con la

finalidad de eliminar las fuentes de peligro homosexual y de castración.

Mecanismos melancólicos, maníacos, hipocondríacos, paranoicos y criminosos constituyen mecanismos de defensa típicos en las psicosis. Si a ello se agrega una regresión del yo bastante profunda se constituye la estructura esquizofrénica con sus distintas formas clínicas, depresivas, agitadas, paranoides, hipocondríacas, etcétera. Cuando la regresión del yo es total aparece la forma simple, siendo la forma hebefrénica la expresión de un anulamiento del superyó, que sufre una alteración semejante a la manía, apareciendo los síntomas de perversión que la caracteriza. En la forma hebefrénica hay pocos síntomas de recuperación y ciclos maniaco-depresivos; en la catatonía la regresión del yo es típica, apareciendo los síntomas psicomotores. En las formas paranoides agudas predomina el mecanismo paranoico de expulsión, y en las formas crónicas (parafrenias) la superestructura psicótica está casi totalmente configurada por las tentativas de recuperar relaciones con la realidad.

El pronóstico

Todos los autores están más o menos de acuerdo sobre el valor que tiene el diagnóstico del "proceso esquizofrénico" con respecto a la evolución de la enfermedad. Se trata de un complejo sintomático, según Berze, Grule, Manz, de carácter primario, de origen orgánico, idiopático, debido a un agente desconocido y que produce progresivamente un cierto número de trastornos más o menos específicos. Además, derivaría directamente del ataque orgánico, no sería analizable, es decir, comprensible, no derivaría ni de conflictos vitales ni de complejos psíquicos ni tampoco tendría raíz en la estructura constitucional de la personalidad. Los síntomas secundarios estarían, ellos sí, relacionados con las funciones psíquicas, desarrollándose en las circunstancias modificadas por la evolución de la esquizofrenia como una serie de ensayos más o menos fructíferos de adaptación de la personalidad a los trastornos primarios. Entre los trastornos primarios ligados al proceso esquizofrénico los autores alemanes incluyen síntomas como la despersonalización, la autoobservación, el robo del pensamiento, la interceptación, sentimientos de extrañeza corporal, el sentimiento de amenaza, la viven-

cia de insuficiencia, el extrañamiento del mundo, la perplejidad, los sentimientos de influencia, la alteración esquizofrénica del pensamiento, los trastornos de los afectos, la disociación, ciertas formas de delirio esquizofrénico, etc. Lo que llama la atención es la insistencia en el carácter no analizable de esos síntomas, ya que para nuestro entender ninguno de ellos deja de ser comprensible si apelamos no solamente a la comprensión estática del fenómeno sino a otros medios de captación, como ser la comprensión genética y la comprensión simbólica. La despersonalización (como extrañamiento del mundo y del yo), el sentimiento catastrófico, las deformaciones de la imagen de sí, los trastornos hipocondríacos, la angustia, la perplejidad, etcétera, ligados al comienzo de todo proceso esquizofrénico son por ejemplo perfectamente analizables y comprensibles. El carácter de comprensible que damos al "proceso" no le quita por ello valor desde el punto de vista del pronóstico, ya que junto a la constitución leptosómica asténica y personalidad esquizoide de tipo hiperestésico autístico continúan siendo los elementos clínicos los que hacen pensar en una evolución grave de la enfermedad. La constancia de los síntomas, la claridad y lucidez del enfermo y la impresión de existir algo detrás son otros elementos de valor. Manz insiste sobre esa característica de existir "algo atrás del síntoma" relacionado con la personalidad anterior del esquizofrénico procesal, que dinámicamente puede explicarse por el hecho de que las personalidades esquizoides han realizado en cierta medida, y a veces en forma muy lenta, procesos que han permanecido latentes, constituyendo entonces el proceso actual sólo una reedición aumentada de la condición anterior. La existencia de componentes de la serie maniaco-depresiva, ya sea en forma de componentes hereditarios, constitución pícnica o personalidad cicloide, condicionan un mejor pronóstico, por existir en ellos justamente ese carácter reversible de los trastornos relacionados, desde el punto de vista psicoanalítico, con mecanismos maníacos que tienen el significado de superación de la situación depresiva como tentativa de autocuración. Al valorar la eficacia de los tratamientos convulsivantes y shock hipoglucémico es muy importante la búsqueda sistemática de este mecanismo maniaco-melancólico, ya que la práctica nos enseña que estas terapias son más eficaces en un círculo constituido por las formas depresivas, catatónicas, estuporosas. La actuación de estas terapias podría ser definida desde

el punto de vista psicológico como la satisfacción de tendencias masoquísticas, autodestructivas, que al disminuir sus tensiones permiten al yo establecer nuevas relaciones de objeto y una síntesis apropiada. Además, desde el punto de vista pronóstico podemos dar otros elementos relacionados con los grupos de síntomas que ya hemos descrito. En lo que respecta a los síntomas relacionados directamente con la represión y que inician el proceso, mencionamos a casi todos aquellos que en el concepto de Manz deben ser referidos al "proceso esquizofrénico". En las esquizofrenias de comienzo lento, por ejemplo, se observa la despersonalización en una forma bien clara, mientras que en las de comienzo brusco predominan las fantasías de fin del mundo o sentimiento catastrófico. El desplazamiento de la libido de los objetos y su conversión en libido narcisística, con sus consecuencias relacionadas con los trastornos de la imagen corporal, son bien importantes y, como ya lo hemos dicho, pueden estar latentes y sólo manifestarse durante el coma insulínico. La pérdida de los objetos, además de estas consecuencias, acarrea un profundo trastorno de la vida afectiva condicionando los afectos de tipo esquizofrénico, que van desde la afectividad de tipo paradójico hasta la indiferencia o embotamiento afectivo, como se observa sobre todo en las formas hebefrénicas. En cuanto al grupo de síntomas relacionados con el sometimiento o subordinación al superyó, una esquizofrenia tiene más tendencia a la cronicidad cuanto mayor es la pasividad con que sufre este sometimiento. De las tres formas de masoquismo, el masoquismo erógeno y el femenino junto con una invasión perversa de la personalidad son a nuestro entender los signos de peor pronóstico. El psicótico que se acomoda a esta situación aumenta su pasividad, desaparece la angustia coincidiendo muchas veces, si es alucinado, con un cambio en el contenido de las voces que oye. Éstas, que comenzaron siendo generalmente de carácter insultante, comienzan ahora a tratarlo con afecto, apareciendo en el enfermo un cierto sentimiento de bienestar infantil, pueril. Esta situación relacionada" con el cambio de la conducta de los perseguidores suele expresarse frecuentemente con la actuación de un aparato de influencia que en un primer período comienza dañando y que luego, al evolucionar la psicosis, acarrea al enfermo satisfacciones que tienen el significado de una entrega total a la pasividad, a la homosexualidad, desapareciendo la angustia. Relacionado con el ter-

cer grupo, es decir, con los mecanismos paranoides, de persecución, celos, erotomanía, etcétera, cuanta mayor racionalización ha sufrido el delirio, peor es el pronóstico; así como también la observación de manierismo, excentricidad y melindres da una prueba de acomodo a la situación psicótica. Relacionado con la regresión de la libido, puede existir un cierto predominio de síntomas estructurados desde la regresión oral-sádica secundaria condicionando síntomas de buen pronóstico de la serie maniaco-depresiva. La regresión del yo y su escisión y el funcionamiento de núcleos aislados que condicionan la aparición del síntoma denominado ataxia intrapsíquica, así como una evolución especial del superyó que podríamos denominar evolución heboidofrénica de la personalidad psicótica son signos de mal pronóstico. Otros de la misma categoría son: una sugestibilidad extrema, la aparición de una estereotipia bien estructurada con un contenido comprensible, la evolución esquizofrénica del lenguaje, que va desde la aparición de neologismos hasta la esquizofasia.

La esquizofrenia infantil

Todos los autores están de acuerdo en admitir un pronóstico grave en las esquizofrenias infantiles. Últimamente Lauretta Bender, Schilder, Bradley, Rapaport, Louise Despert, etcétera, han hecho una revisión completa del problema, trayendo un interesante material relacionado sobre todo con el tratamiento de dichos enfermos. Las terapias por shock tienen escasísima eficacia en estos casos, ofreciendo la única posibilidad de mejoría o curación el tratamiento psicoanalítico según las técnicas elaboradas por Anna Freud, Melanie Klein y Lauretta Bender. El interés de los estudios relacionados con el análisis de niños radica, sobre todo para nosotros, en el hecho de que en el tratamiento psicoanalítico de los psicóticos se plantean situaciones semejantes al análisis de los niños que pueden ser resueltas de acuerdo con los criterios de Melanie Klein, que propone la interpretación precoz y profunda de los materiales, y la técnica de Anna Freud, en la cual se aconseja antes de toda interpretación en profundidad fortalecer el yo del niño o del psicótico, suprimir la angustia, iniciando sólo después el trabajo en profundidad. Lo que caracteriza la personalidad prepsicótica del niño

esquizofrénico es su posición ante el mundo, que se expresa por un oposicionismo más o menos sistemático y a veces dirigido hacia uno de sus progenitores, junto a una introversión, tendencia a la fantasía y fuertes crisis de ansiedad. La enfermedad suele iniciarse generalmente por síntomas de la serie catatónica, una gran indiferencia o embotamiento afectivo, y pasados los síntomas activos del proceso queda un residuo que visto estáticamente y sin conocer los antecedentes del enfermo es a veces difícil diferenciar de una oligofrenia.

Los tratamientos

El problema del pronóstico de la esquizofrenia frente a los tratamientos biológicos de shock ha sido puesto al día en múltiples trabajos. Es por ello que no insistiré. El psicótico a través de todos estos tratamientos modifica solamente el aspecto cuantitativo de sus tensiones instintivas al descargar su agresividad por medio de la convulsión y el coma, que pueden ser denominados "mecanismos de muerte". Descargada la destructividad, el yo puede reorganizarse hasta que un nuevo incremento de dichas tensiones provoca un nuevo brote de la enfermedad, ya que las condiciones psicodinámicas que motivaron su esquizofrenia no fueron modificadas. Los contenidos patológicos solamente fueron reprimidos al disminuir sus cargas, permanecen más o menos inactivos en el inconsciente del sujeto durante cierto tiempo hasta que, creadas ciertas condiciones, hacen de nuevo su aparición. La insulino-terapia tiene, a mi entender, la gran ventaja de crear en un cierto momento una condición especial en que las represiones disminuyen de intensidad, hay un verdadero desbloqueo de los contenidos reprimidos, ellos se hacen más o menos conscientes y en algunos casos fácilmente analizables, sobre todo al despertar del coma. Hay aquí un momento útil, que dura a veces algunos minutos, en que el enfermo deja de ser psicótico, ha evolucionado hasta su nivel más o menos neurótico, adquiere conciencia de enfermedad y establece una relación de transferencia con el médico que puede ser utilizada no sólo para la exploración más a fondo de sus psicodinamismos sino con una finalidad terapéutica. Sostenemos el criterio de que todo tratamiento debe ser comenzado con el shock hipoglucémico, y en el caso de

fracasar éste o de no haberse reducido totalmente la sintomatología psicótica del enfermo debe recurrirse al cardiazol o al electroshock. Además, es aconsejable que el médico que trata psicoterápicamente al enfermo en esas condiciones no sea él mismo el encargado de administrar los tratamientos biológicos, porque de ser así no haría nada más que aumentar la ansiedad del enfermo, retirándose éste a posiciones más lejanas de la realidad.

El tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia y en general de las psicosis difiere del tratamiento psicoanalítico de las neurosis en los detalles de la conducta del analista frente al enfermo, pero no desde el punto de vista de su dinámica, ya que en ambos casos la situación gira alrededor de las manifestaciones ligadas a la transferorresistencia. Frieda Fromm-Reichmann, en un trabajo titulado "Los problemas de la transferencia en los esquizofrénicos", ha actualizado la cuestión resumiendo la experiencia y las ideas de todos los analistas al respecto, dando las normas generales del tratamiento psicoanalítico de los esquizofrénicos, sosteniendo que ellos son capaces de desarrollar relaciones donde el trabajo es practicable, así como reacciones de transferencia. La psicoterapia eficiente de los esquizofrénicos depende sobre todo del hecho de que el analista comprenda la importancia de estos fenómenos de transferencia y que los enfrente de una manera apropiada.

Bibliografía

- Garma, Ángel, "La realidad exterior y los instintos en la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, 1944, vol. II, p. 1.
- Fenichel, Otto, *Outline of psychoanalysis*, 1932.
- Freud, Sigmund, "Introducción al narcisismo", *Obras completas*, tomo XIV, S. Rueda, Buenos Aires.
- , "La pérdida de la realidad en las neurosis y en las psicosis", *idem*, tomo XIV.
- , "Neurosis y psicosis", *idem*, tomo XIV.
- , "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementía paranoide) autobiográficamente descrito", *idem*, tomo XIV.
- Fromm-Reichmann, F., "Transference problems in schizophrenics", *Psychoanalytic Quarterly*, 1939, vol. VII.
- Manz, F., *El pronóstico de las psicosis endógenas*, 1931.

- Nunberg, Hermann, *Teoría general de las neurosis*, 1937.
- Pichon-Riviere, Enrique, "Alteraciones del esquema corporal en el curso de la epilepsia, histeria y coma hipoglucémico", *Index de Neurología y Psiquiatría*, 1941, vol. 3.
- , "Los dinamismos de la epilepsia", *Revista de Psicoanálisis*, 1939, vol. I, n° 3.
- Schilder Paul, "Psychology of schizophrenia", *Psychoanalytic Review*, 1939, vol. XVI, n° 3.
- Tausk, Víctor, "Sobre el origen del 'aparato de influencia' en la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, 1945, vol. II, n° 3.
- Vowinkel Weigert, Edith, "Notas psicoanalíticas sobre el tratamiento de las psicosis funcionales por narcosis prolongada y convulsivantes", *Revista de Psicoanálisis*, 1946, vol. III, n° 3.
- , "A contribution to the theory of schizophrenia", *International Journal of Psychoanalysis*, 1936, vol. XVII.

PSICOANÁLISIS DE LA ESQUIZOFRENIA •

Es casi un hábito en psiquiatría, cuando se intenta elaborar una teoría general de las psicosis, tomar como punto de referencia la esquizofrenia.

La dificultad para delimitar sus cuadros clínicos y los enfoques parciales que se han hecho de ella entorpece toda tentativa de ordenación. Muchos conceptos clásicos, formales, estáticos, han caído después de la aplicación de los nuevos tratamientos de shock y sueño. Todos hemos visto "desarmarse" una psicosis a veces en pocas horas, evolucionar en forma inesperada. Por ejemplo, un psicótico hacerse neurótico, un catatónico hacerse paranoide. A través del psicoanálisis de esquizofrénicos y epilépticos, y apoyados por las observaciones realizadas durante los tratamientos biológicos, se nos hizo evidente un núcleo psicótico central, bien delimitado, del cual parten todas las otras estructuras como maneras o tentativas de resolver dicha situación básica. Esta situación está configurada por los elementos que caracterizan el estado depresivo o melancólico, con sus conflictos y mecanismos específicos. Lo que expondré ante ustedes es una teoría general de las psicosis que desemboca finalmente en una teoría de la esquizofrenia, que, a mi entender, está constituida por una mezcla de todos los mecanismos psicóticos, siendo su único elemento específico una regresión del yo a una etapa determinada del desarrollo.

* Trabajo presentado en el Primer Congreso Interamericano de Medicina. &ío de Janeiro, septiembre de 1946.
Revista de Psicoanálisis, oct.-nov.-dic. de 1947, vol. V, n° 2.

Comenzaré exponiendo, por lo tanto, los conceptos generales sobre la etiología y patogenia de las neurosis y psicosis.

Es sabido que el psicoanálisis considera la causación de las neurosis como una ecuación etiológica compuesta de varios elementos que se van intrincando sucesiva y evolutivamente y que Freud denominó series complementarias. La primera de estas series complementarias está constituida por los factores hereditarios, constitucionales, y por las vivencias infantiles traumáticas, factores que en una intrincación recíproca dan lugar a una fijación de la libido en un determinado estadio evolutivo, condicionando lo que se llama disposición por fijación de la libido. La segunda serie complementaria está constituida por la nueva intrincación de este factor disposicional con situaciones actuales denominadas, en términos generales, conflicto actual. Este factor puede reducirse a situaciones de fracaso o frustración en lo que se refiere a la satisfacción del instinto. Desde esta situación de frustración se inicia el proceso de regresión a los puntos disposicionales, previamente determinados y específicos para cada neurosis y psicosis. También el factor constitucional, hereditario, debe ser considerado desde el punto de vista de la evolución de la libido, existiendo desde el nacimiento, en cada sujeto, una cierta fijabilidad constitucional, es decir, un cierto reforzamiento de determinados erotismos parciales. La constitución debe ser considerada a su vez como el producto de dos factores: el factor hereditario, genotípicamente considerado, y la actuación sobre el feto de las vivencias de la madre durante el embarazo. Esto constituiría una tercera serie complementaria y la primera en orden cronológico. Estos conceptos de constitución y disposición a la neurosis son conceptos de naturaleza biológica, influyendo los factores nombrados en el desarrollo del individuo en su totalidad.

El conflicto actual, agente provocador o desencadenador de la neurosis o psicosis, es inespecífico y sólo actúa desencadenando el proceso de la enfermedad. En la literatura psiquiátrica, al exponer y al hacer la crítica de la teoría psicoanalítica de las psicosis, sólo se tiene en cuenta equivocadamente este último factor.

La ecuación etiológica, con sus tres series complementarias, enfocada desde el punto de vista dinámico y evolutivo (un plano vertical), puede ser expresada también desde el punto de vista estructural (en el plano horizontal) como la interferencia de dos

grandes series de factores relacionados con los instintos, por una parte, y con el yo, por la otra. Cualquier factor que produzca un incremento de las tensiones instintivas (ya sea por una causa endógena, biológica o exógena y reactiva), o que el yo se debilite a causa de un daño en su estructura orgánica (por ejemplo, un factor tóxico), crea una situación desde la cual se inicia el proceso de la enfermedad. Expresado esto último en términos de la libido, se podría decir que cuando las cargas del ello son demasiado intensas o cuando las contracargas del yo se debilitan se crea una situación patógena de comienzo, situación que se invierte después de efectuada la regresión, dominando entonces las contracargas del yo.

La actuación de estos diferentes factores puede condicionar, en términos generales, ecuaciones etiológicas donde el predominio de uno de los factores sobre los otros hace posible una cierta ordenación: 1º) aquellas donde predomina el factor hereditario; 2º) aquellas donde predomina el factor disposicional; 3º) aquellas donde predominan los factores actuales, que tanto pueden ser referidas al instinto como al yo. Los dos primeros casos dan lugar a las llamadas psicosis endógenas, y el tercero, a las psicosis exógenas y reactivas. Pero el examen detenido de estos tipos de ecuación etiológica demuestra siempre la intervención de todos los factores, y es siempre la suma de su actuación lo que produce la enfermedad. Sólo así —como dice Freud— se prescinde de las estériles antítesis de lo endógeno y lo exógeno, de lo que es constitucional en el individuo y de lo que está ligado a su destino.

Establecidas las normas que rigen la etiología y patogénesis de las neurosis y psicosis, veremos ahora cómo es posible también en el plano psicológico encontrar analogías entre estos dos tipos de estructuras que, como lo ha demostrado A. Garma, son el producto de un conflicto entre el ello (los instintos), por una parte, y el yo al servicio del superyó, por la otra. Es decir que también en las neurosis, como en las psicosis, hay un rechazo de la vida instintiva y que las diferencias formales y estructurales existentes entre ambos tipos de afecciones están regidas por diferencias cuantitativas en lo que se refiere a la intensidad del rechazo. Dicho rechazo da siempre por resultado una situación psíquica caracterizada por un yo masoquista y un superyó severo, y el predominio de una posición pasivo-masoquística acompañada de una intensificación de la libido

homosexual. Hay que destacar también que la represión incluya tanto los instintos como el yo y la realidad. Esta situación es más intensa en las psicosis que en las neurosis, y está condicionada» a mi entender, por un proceso ligado a la regresión, proceso constituido por la disociación de los instintos, que en un plano normal actúan mezclados. En un plano regresivo, al disociarse, el instinto de agresión queda libre y es canalizado dentro del superyó, haciéndose entonces éste cruel y sádico. Otra parte de dicho instinto de agresión es canalizado dentro del propio yo del sujeto, reforzándose de esta manera el masoquismo primitivo y erógeno, a la par que se crean las condiciones para la aparición del masoquismo femenino. La actuación del instinto de agresión y la libido homosexual dominan la vida instintiva del psicótico, pudiéndose establecer entre ambos factores una relación energética al sostener que la libido homosexual es la energía del instinto de muerte.

La situación así establecida de un yo masoquista frente a un superyó sádico, situación básica de las psicosis y configurada en el sentido de una estructura melancólica, es el punto donde se inicia la elaboración de otras situaciones que van a configurar todos los otros tipos clínicos descritos. En términos generales, podríamos decir que ésta es la única enfermedad; todas las demás estructuras son tentativas que hace el yo para deshacerse de esa situación depresiva básica.

Trataremos ahora de comprender cómo se produce esta situación depresiva básica. Toda neurosis y psicosis se inicia en el plano genital; la angustia de castración es reactivada por el conflicto actual, situación que se produce con cierta facilidad en los sujetos predispuestos, ya que son poco resistentes a las frustraciones impuestas por la realidad. En el caso, por ejemplo, de la esquizofrenia, encontramos intensas fijaciones orales que condicionan esta hipersensibilidad a la frustración. Reactivada la angustia de castración, el sujeto inicia un proceso de regresión para defenderse de los peligros de ésta negando su posibilidad y reactivándose así toda la vida sexual infantil, perversa y polimorfa. En las neurosis histérica y obsesiva la regresión llega a los estadios fálico y anal-sádico secundario, límite justo en que el proceso de la regresión preserva aún la pertenencia de los objetos. La línea divisoria entre las neurosis y psicosis se encuentra entre las dos fases del erotismo anal; una regresión al estadio anal-sádico primario provoca una intensi-

ficación de la agresión, siendo entonces el objeto destruido y abandonado. Frente a esta situación de pérdida de objeto, que acarrea un nuevo incremento de la ansiedad, es decir, un peligro renovado, aparece un nuevo mecanismo de defensa tendiente a rehacer la situación anterior con el objeto. Debido a que la regresión ha continuado hasta la fase oral, el objeto es incorporado, introyectado psíquicamente, y el yo se identifica con él, creándose así la situación específica de la melancolía.

Cuando esta situación es elaborada dentro del aparato psíquico, dentro de los límites del yo, se configura una estructura melancólica con sus contenidos y mecanismos específicos. La situación creada es la de un yo masoquista frente a un superyó cruel y sádico, apareciendo entonces una fuerte tensión entre las dos instancias psíquicas y surgiendo el sentimiento de culpabilidad, los remordimientos, la necesidad de castigo y expiación, la inhibición psicomotriz, etc. Creada esta situación penosa, el yo tiende a deshacerse de ella apelando entonces a un nuevo mecanismo de defensa, la proyección. Si la situación melancólica es parcial o totalmente eliminada de los límites del aparato psíquico y se proyecta en los órganos, dentro de los límites del cuerpo, se configura la segunda estructura, que es la hipocondríaca. Todo lo que el hipocondríaco dice de sus órganos es una trasposición de la situación anterior, pudiendo decirse que mientras el melancólico es un sujeto perseguido por su conciencia, el hipocondríaco lo es por sus órganos.

Si la estructura hipocondríaca sigue siendo elaborada por el yo del sujeto, llega a adquirir formas extremas, como el delirio de Cotard o delirio de negación. El hipocondríaco que sufre de ansiedad ha desplazado los contenidos psicológicos relacionados con la angustia de castración sobre algún órgano de su economía, pudiendo nuevamente hacerse intolerable la situación. Si el yo del sujeto está dotado disposicionalmente de una mayor capacidad de proyección, la situación es entonces proyectada al exterior, configurándose de esta manera la tercera estructura: la estructura paranoide. De este modo, los peligros son expulsados al exterior, siendo más fácil al yo defenderse de ellos que defenderse de los peligros internos anteriores. A la fórmula ya expresada de que el melancólico es un sujeto perseguido por su conciencia y el hipocondríaco por sus órganos, agregaremos que el paranoide lo es por sus ene-

migos exteriores, que representan los objetos anteriormente introyectados y cargados de una agresividad oral y anal sádicas, vueltos contra el propio sujeto. La idea central de la persecución, perseguir para matar, debe ser interpretada a su vez en los diferentes planos oral, anal y genital, configurándose tipos distintos de persecución: ideas de ser asfixiado, envenenado, atacado por atrás, asesinado, en relación con fases oral-respiratoria, oral-digestiva, anal y genital. Esta consideración estratigráfica de la persecución debe ser también hecha con respecto a los objetos perseguidores, que ya en planos sucesivos pueden representar el médico, el padre, la madre, en su totalidad o previamente fraccionados durante el proceso de la incorporación oral.

Cuando la situación melancólica es elaborada dentro del yo y tiene una evolución característica da lugar a la estructura melancólica perteneciente a la psicosis maniaco-depresiva; debido a factores constitucionales y disposicionales puede hacer uso de un mecanismo de curación de esa situación anterior, el mecanismo maníaco. En esta situación se produce la inversión de lo anterior, el superyó se funde dentro del yo, y debilitándose de esta manera desaparecen las inhibiciones psicomotrices, aparece la euforia, un sentimiento de triunfo, semejante a una fiesta después de un duelo penoso y prolongado. Las diferentes formas clínicas de la psicosis maniaco-depresiva están condicionadas por la alternancia y mezcla de estos dos mecanismos.

Si el conflicto melancólico es proyectado en los órganos la situación puede elaborarse allí, configurándose la estructura hipocóndrica; si esto mismo se hace en el exterior, tendremos la estructura paranoide o paranoica, según intervengan o no elementos provenientes de una mayor regresión del yo.

Antes de aplicar estas ideas generales a la teoría de la esquizofrenia diré que estos mecanismos y regresiones se refieren al yo despierto, al yo de la vigilia, y que a este tipo de regresión pueden agregarse otros que aparecen también frente a situaciones de angustia, donde el yo apela en la realidad a otros mecanismos de fuga, en este caso semejantes al sueño, como en los estados confusionales. Los contenidos psicológicos expresados por estos enfermos son semejantes a los del sueño, y los distintos grados se relacionan con los grados de profundidad del proceso del dormir: la somnolencia, el sueño con sueños y el sueño profundo. La confu-

sión mental simple, la confusión con onirismo y el estupor confusional corresponden a esos tres grados de regresión del yo durante el sueño. En los contenidos psicológicos de los estados oniroides volvemos a encontrar los temas relacionados con la angustia de castración, el superyó rígido y la persecución. En síntesis, pueden describirse mecanismos psicóticos generales de tipo melancólico, maníaco, hipocondríaco, paranoide, oniroides, a los que agregaremos también mecanismos perversos y criminosos en relación con debilitamientos temporarios o permanentes del superyó. Nuestra teoría de la esquizofrenia puede ser enunciada así: es una estructura en la cual se mezclan todos los mecanismos enunciados y aparecidos cronológicamente, tal como lo hemos expuesto, proceso al cual se suma otro mecanismo, específico para la esquizofrenia, caracterizado por una regresión del yo, que comienza ya en las otras formas de psicosis pero que en ésta llega a grados más profundos debido a puntos disposicionales específicos: fijación oral primaria y prenatal. Todos los grados intermedios son posibles, considerando por eso estériles todas las discusiones nosográficas que no tienen en cuenta los factores dinámicos y evolutivos del proceso.

La regresión del yo da lugar a una serie de síntomas que caracterizan la esquizofrenia, siendo el más importante de ellos una escisión del yo, fenómeno que fue visto por Bleuler y que calificó el trastorno fundamental. Los síntomas primarios descritos por éste, como los trastornos de las asociaciones de ideas, están en relación con esta regresión a un yo desintegrado, disgregado, infantil. Las denominaciones que siguen han tenido exclusivamente en consideración este aspecto fenomenológico del trastorno: ataxia intrapsíquica de Stransky, discordancia de Chaslin, orquesta sin jefe de Kraepelin, trastorno de la coordinación bajo forma de trastorno paralógico de la activación de Kleist, destrucción del consciente con emancipación de las vías asociativas anexas de Otto Gross, insuficiencia de la actividad psíquica de Berze, etcétera.

El pensamiento de este yo regresivo está regido por las leyes del pensar prelógico, mágico-animista, infantil, surgiendo analogías con el pensamiento onírico, ya que su elaboración está regida por los mismos mecanismos empleados en el trabajo del sueño. La regresión se produce a una etapa donde el yo no ha realizado su síntesis, coexistiendo dentro de su estructura núcleos más o menos

autónomos, que actúan independientemente relacionados con diferentes identificaciones y dando lugar a síntomas como intercepciones, eco del pensamiento, seudoalucinaciones, etc. Los síntomas psicomotores de la catatonía obedecen al mismo proceso de regresión del yo, produciéndose la liberación de mecanismos arcaicos que dejan de ser controlados por el yo, adquiriendo algunos de ellos ciertos grados de automatización y ritmo. La pérdida de los sistemas de integración del yo dan a la motricidad del catatónico su aspecto caótico, funcionando en forma anormal los sistemas de excitación e inhibición. Este aspecto psicomotor del catatónico va junto con una estructura psíquica en la cual encontramos todos los elementos del pensamiento melancólico, girando todos los contenidos alrededor de un núcleo formado por el sentimiento de culpabilidad.

La esquizofrenia sería entonces una suma de todos los mecanismos psicóticos descritos y aparecidos según una cronología determinada, más una regresión del yo, condicionando el predominio de algún mecanismo o la regresión de este yo las distintas formas clínicas de esta psicosis. Deben considerarse además tres períodos en su evolución:

- 1?) Período de pérdida y recuperación del objeto.
- 2?) Período de expulsión del objeto.
- 3?) Período de restitución o período de las tentativas de recuperar las relaciones con la realidad o período parafrénico.

Los tratamientos modernos de la esquizofrenia actúan justamente sobre la situación depresiva básica, primaria. Por medio del coma, la convulsión, el psicótico descarga sus tensiones instintivas, sobre todo las de carácter agresivo, satisfaciendo además las tendencias masoquísticas del yo y las sádicas del superyó. Es decir, que sólo modifica el aspecto cuantitativo de sus tensiones instintivas haciendo posible al yo conseguir una nueva síntesis al calmar la ansiedad, pero los contenidos patológicos reprimidos por disminuir sus cargas permanecen en el inconsciente, listos para ser puestos nuevamente en movimiento por cualquier situación exterior. Lo único que se ha conseguido es transformar a un psicótico en un neurótico, abandonándolo el psiquiatra en el preciso momento en que

el enfermo, puesto en condiciones de adquirir una total conciencia de enfermedad, es capaz de establecer una relación de transferencia que permite un análisis en profundidad de sus situaciones patógenas.

Resumen

Sobre la base de la experiencia recogida a través de análisis y tratamientos biológicos de esquizofrénicos, el autor sostiene el principio general de que todas las psicosis parten de una situación básica de estructura depresiva, situación desde la cual, y debido a disposiciones anteriores, se configuran las psicosis, que aparecen como mecanismos tendientes a resolver dicha situación básica. Los otros principios son: que tanto las psicosis como las neurosis son el producto de un conflicto entre el ello y el yo al servicio del superyó. Las diferencias estructurales entre estos dos tipos de enfermedades se refieren a diferencias cuantitativas entre la represión y la regresión. El rechazo de la vida instintiva acarrea una situación psicológica caracterizada por un yo masoquista y un superyó sádico, predominando la posición pasivo-femenina en el hombre y la de signo contrario en la mujer, acompañándose de una intensificación de la libido homosexual. Durante el proceso de la regresión se produce una disociación de los instintos: el instinto de agresión es canalizado tanto por el yo como por el superyó, situación que determina las actitudes masoquista del yo y sádica del superyó. La tensión entre ambas instancias da origen a la angustia, al sentimiento de culpabilidad y a la necesidad de castigo, satisfechas por las terapias de shock, el mecanismo de curación más importante. La situación depresiva así configurada puede ser elaborada dentro del aparato psíquico (estructura melancólica) o proyectada en un órgano (estructura hipocondríaca) o proyectada al exterior (estructura paranoide). Además de estos mecanismos aparecen otros: maníacos, oniroides, criminosos, perversos, etc. Lo único específico de la esquizofrenia sería la regresión del yo disgregado a una etapa infantil, con mecanismos psicomotores. (Ver: "Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, 1946, vol. IV, N° 1, págs. 6-22.) La esquizofrenia podría ser definida como una mezcla de todos estos mecanismos más esta regresión específica

del yo. La enfermedad se iniciaría siempre en el plano genital, con una pérdida de objeto en el nivel anal-sádico primario, una recuperación del objeto en el nivel oral, iniciándose entonces la depresión básica y las tentativas posteriores tendientes a deshacerse **de** ella.

ALGUNOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TEORIA PSICOANALITICA DE LA EPILEPSIA *

Stekel (1911) tiene el mérito de haber sido el primero en considerar la epilepsia desde un punto de vista psicoanalítico, admitiendo la psicogénesis de un gran número de casos. Ya los autores que lo precedieron se habían dado cuenta claramente de las relaciones entre la epilepsia y la histeria, creando un eslabón intermedio llamado histeroepilepsia. Inspirado en estas observaciones y en los aportes de la teoría psicoanalítica, Stekel sostiene en su primer trabajo que muchos enfermos tratados en base a un diagnóstico de epilepsia serían psiconeuróticos (parapáticos), siendo las manifestaciones de la epilepsia formas particulares de la simulación. Habría en ellos una gran tendencia a la escisión de la personalidad, que se manifestaría no solamente por las crisis, sino también por otros fenómenos, como estados de ensueño, sueños diurnos, ausencias pasajeras, distracciones, una gran actividad imaginativa y finalmente por una criminalidad de una intensidad extraordinaria más o menos reprimida por instancias represoras hipertróficas e hipermorales. En la crisis epiléptica se cumpliría la victoria de lo consciente moral sobre lo inconsciente criminal, reemplazando la crisis al crimen. En la mayoría de los enfermos con crisis epilépticas se encontrarían en el contenido latente de sus fantasías crímenes sexuales (violación, crimen pasional, pedofilia, necrofilia, canibalismo, vampirismo, incesto, etcétera.) Lo mismo

* Sobre apuntes de una comunicación a la sociedad de Neurología y Psiquiatría, cuyo título era "Consideraciones psicoanalíticas sobre la epilepsia", 1941.

Index de Neurología y Psiquiatría, dic. de 1941, vol. 3, n° 3.

sucedería en las fantasías que acompañan a la masturbación y al coito, llegando en algunos casos a hacerse más o menos consciente dicho contenido, fenómeno que explicaría la producción de crisis durante estos dos momentos de la vida sexual.

Destaca, además, la frecuencia de un complejo religioso, bondad, solicitud, que serían sobrecompensaciones a lo primitivo, que es el odio: "hacia afuera Cristo, hacia adentro Satanás". Resume así su concepción en el primer trabajo (1911) basado en el análisis de cuatro casos:

1?) La epilepsia es —más frecuentemente de lo que se ha creído— una enfermedad psicógena.

2?) En todos los casos ella pone de manifiesto una fuerte criminalidad, rechazada por ser considerada irrealizable (caso^ Dostoievski).

3?) La crisis reemplaza al crimen y eventualmente también a un acto sexual, que es también un crimen (autoprotección).

4?) La crisis es producida, a menudo, por una angustia frente al castigo de Dios y simboliza la falta, el castigo, el nacimiento, el renacer y la muerte.

5?) La seudoepilepsia es curable por una psicoterapia analítica, debiendo acompañarse ésta por una reeducación por el trabajo.

En un trabajo posterior (1924), Stekel, aunque reconociendo una epilepsia orgánicamente condicionada (epilepsia sintomática), sostiene que también estos casos son susceptibles de un tratamiento psicoanalítico, debido a que sobre la base orgánica se construya una superestructura parapática (psicógena) que aprovecha el trastorno orgánico en beneficio de la neurosis.

En dicho trabajo Stekel establece una serie de tipos de crisis:

1?) El epiléptico huye de una situación penosa hacia un estado de embriaguez afectiva o un desmayo. En esta categoría ubica también la epilepsia afectiva de Bratz.

2?) El epiléptico vive una experiencia de sus últimos tiempos.

3?) Vive un trauma de su infancia.

4?) La crisis repite el acto del parto (nacimiento).

5?) La crisis lleva la regresión hasta la época embrionaria.

6?) El epiléptico experimenta su propia muerte.

7?) Realiza un acto sexual prohibido.

8?) Comete un delito.

En este último trabajo, una publicación de conjunto con sus discípulos (Graven, Helberer, Wittels, Sonnenschein), dice haber tratado 22 casos de los cuales han curado 15 (70 %).

P. Clark (1915), sin hacer referencia en sus primeros trabajos a la concepción de Stekel, intenta una explicación del fenómeno epiléptico en su totalidad sobre la base de la concepción psicoanalítica de la esquizofrenia, siendo su contribución muy numerosa, pues abarca hasta el año 1926. El ataque epiléptico sería para este autor una tentativa de satisfacción de deseos sexuales, considerando como causa esencial una perturbación del proceso vital producida como consecuencia de una fijación de la libido en un estadio precoz de su desarrollo (infantilismo afectivo, narcisismo). Otros elementos comunes en el epiléptico serían una identificación con la madre, fijación en el padre del mismo sexo o sustitutos, fuertes componentes narcisísticos y homosexuales, una incapacidad de la libido de objeto para realizar ocupaciones. Estos enfermos no soportarían los traumatismos cotidianos, reaccionando frente a daños físicos y psíquicos en forma de ataques (manifestación secundaria), que tendrían el significado de una reacción de protección frente a estímulos demasiado intensos. Este mecanismo protector de carácter regresivo tendría además el sentido de una huida de la realidad hasta la época fetal (fantasías de claustro materno, metroerotismo) y derivarían de la disposición narcisística previa (narcisismo epiléptico como manifestación primaria).

P. Schilder (1925) estudió particularmente el contenido de las confusiones episódicas y estados crepusculares posparoxísticos, elaborando desde este enfoque su teoría de la epilepsia. Las vivencias fundamentales que encuentra en dichos estados son las de aniquilamiento o muerte y las de renacimiento, vinculando los fenómenos de *déjà-xru*, con fantasías ligadas al segundo tema. Estas fantasías deben considerarse más o menos típicas de la epilepsia, a pesar de haber sido también descritas por otros autores (Jung) en la esquizofrenia, agregándose en la epilepsia elementos de tipo sádico, es decir, de agresión. Aparecen también fenómenos del tipo de la perseveración, que podrían relacionarse con lo que Freud denominó tendencia o impulso a la repetición y que, según Schilder, serían la expresión de un determinado ritmo biológico, típico de la epilepsia. Aunque la tendencia a la repetición está más cercana a lo psíquico que la tendencia a la perseveración, no

sería posible negar una relación íntima entre estos dos fenómenos. El epiléptico fuera de sus ataques se caracterizaría por un fuerte autoerotismo (Maeder), Su religiosidad, beatería y afán de justicia constituirían formaciones reactivas frente a las tendencias primarias (agresión, crueldad, violencia). La demencia epiléptica estaría caracterizada por fenómenos de perseveración, viscosidad y fuertes componentes narcisísticos, agregándose muy a menudo síntomas deficitarios francamente orgánicos.

Finalmente Schilder encara el problema de la génesis de la epilepsia sosteniendo que las explicaciones dadas hasta entonces no son suficientes. Sostiene el punto de vista de que cada modificación en el suceder psíquico es abordable y definible también psicológicamente. En el caso de la epilepsia, como en general para todas las afecciones mentales, sería necesario encontrar puntos específicos de fijación muy cercanos a lo orgánico, aunque siempre comprensibles psicológicamente. Insiste particularmente en la importancia de delimitar perfectamente la cuestión de la psicogénesis de la epilepsia de la cuestión de la psicogénesis del ataque aislado, teniéndose además que establecer una separación estricta entre la causa actual y el punto o lugar de fijación.

En un artículo escrito en 1925 y publicado en 1930, W. Reich aborda el problema específico del ataque epiléptico desde el punto de vista psicoanalítico, apoyándose sobre todo en su teoría de la función del orgasmo. Al analizar los trabajos de Stekel y Schilder, dice que estos investigadores no han encontrado el elemento específico de la etiología y mecanismo de la epilepsia, y que lo descubierto por ellos puede ser hallado en todo síntoma histérico o neurótico en general y hasta en las manifestaciones normales. Reich no se ocupa del problema de la epilepsia desde un punto de vista patogénico, sino del ataque en sí, salvando la alternativa de definir la enfermedad. El ataque representaría el coito por medio de la motricidad epiléptica y no por medio de la motricidad de tipo histérico. En este último caso, como es sabido, la descarga no se produce porque la excitación disminuye ya antes del acmé, mientras que en el ataque epiléptico se llega al orgasmo no faltando ninguno de los signos característicos. La sola diferencia que existe entre la manifestación epiléptica y el coito normal es que en este último predominan las contracciones de los músculos del bajo vientre y de las extremidades inferiores mientras que en el ataque epiléptico

las contracciones predominarían en la cabeza y miembros superiores. Esto haría suponer a Reich que en la epilepsia el aparato genital está excluido del circuito de la excitación sexual, desarrollándose entonces ésta en todo el cuerpo, faltándole finalmente la polarización en los órganos genitales, como sucede en el orgasmo normal. Este orgasmo extragenital sería específico de la epilepsia y estaría condicionado orgánicamente, pudiendo ser desencadenado por vía psíquica, sin que esto signifique considerar a la epilepsia como una enfermedad puramente psicógena. Sería de importancia también hacer notar que dicho orgasmo extragenital va precedido de angustia y que, según algunos autores, este último fenómeno sería producido por la excitación libidinosa del sistema neurovegetativo, considerándolo así como un fenómeno de acumulación. Dicha excitación, acumulada en este sistema, pasaría en poca cantidad a los órganos genitales (auras genitales) sin poder descargarse, haciéndolo en la epilepsia por medio del aparato muscular (orgasmo extragenital muscular epiléptico). Sería así por lo tanto el ataque epiléptico un síntoma especial de una neurosis actual. Las tendencias que se expresarían por medio de este ataque variarían en cada individuo: homosexualidad, deseos heterosexuales, sadismo, exhibicionismo, sin que todo esto pueda explicar el accidente paroxístico. La exclusión de la motricidad libidinosa del aparato genital traería como consecuencia un aumento del narcisismo, desarrollándose el ataque en todo el cuerpo, con exclusión de los genitales y asumiendo el primero el papel de los segundos. Es ya conocido por los psicoanalistas que la fantasía de regresión o vuelta al seno materno puede reemplazar a las fantasías relacionadas con el acto sexual en los casos donde el cuerpo adquiere el significado de pene. Durante la evolución el pene asumiría el papel de yo-cuerpo que penetra dentro de la madre (Ferenczi), explicándose así que durante el ataque epiléptico se produzcan dichas fantasías por genitalización del cuerpo. Las investigaciones de Reich sobre la relación energética entre los impulsos eróticos y destructivos dan como resultado que todo entorpecimiento en la descarga normal de la libido (psíquica o somática) aumenta la agresividad (sadismo). El carácter epiléptico se debería pues a una acumulación crónica de la libido, de donde derivaría el sadismo, como también fuertes formaciones reactivas (compadecimiento, religiosidad). Finalmente sostiene que sólo le ha sido

posible esclarecer el mecanismo del ataque epiléptico quedando sin resolver el problema de su génesis, sospechando, sin embargo, que dicho ataque puede ser desencadenado tanto por factores físicos o psíquicos. Sostiene además que debe esperarse mucho de la etiología endocrina y neurovegetativa de la epilepsia, pero que estas concepciones permanecerán estériles mientras no valoren en toda su amplitud la teoría psicoanalítica de la libido.

Freud, en su ensayo sobre "Dostoievski y el parricidio" (1930), dice que la epilepsia se presenta como una enfermedad cuya unidad clínica es sólo aparente y cuyos límites son imprecisos. Estaría caracterizada por la presencia de crisis paroxísticas y manifestaciones permanentes del carácter, como irritabilidad, agresividad, y una disminución de la capacidad mental, que puede faltar en muchos casos. La causa principal de su determinación sería un factor corporal aún poco conocido, siendo posible admitir una causación puramente psíquica que daría como resultado la formación de un estado particular caracterizado por un tipo de reacción desencadenada frente a estímulos similares. La igualdad de los síntomas objetivos hablaría en favor de un criterio funcional que consideraría en la epilepsia la presencia de un mecanismo orgánico preformado apto para la descarga de impulsos y capaz de ponerse en movimiento por condiciones diversas (tóxico-tisulares o emocionales). Bajo esta doble aparición sería fácil sospechar la identidad con el mecanismo fundamental de descarga de los instintos, recordando Freud que los médicos de la antigüedad ya calificaban al coito como una pequeña epilepsia. La reacción epiléptica (nombre dado a todas sus manifestaciones clínicas), considerada como una neurosis, tendría por finalidad descargar por vía somática el montante de excitación cuya elaboración no puede ser lograda por vía psíquica (analogía con el síntoma histérico). Esta noción importante había sido ya enunciada por Freud en un trabajo anterior ("El yo y el ello", 1923) al hablar de la disociación de los instintos. El instinto de destrucción entraría, según el concepto elaborado aquí, regularmente al servicio del eros para los fines de descarga, sospechándose, por último, que el ataque epiléptico sería un producto y un signo de dicha disociación de los instintos.

Sostiene que es necesario distinguir una epilepsia orgánica de una epilepsia afectiva (Dostoievski), por cuanto los enfermos del primer tipo deben ser considerados enfermos cerebrales, orgá-

nicos, y los segundos, neuróticos, estando la vida anímica alterada desde afuera en los primeros, y en los segundos desde adentro mismo del aparato psíquico. Estudiando el caso de Dostoievski, hace notar que éste había tenido antes de sus crisis epilépticas típicas (aparecidas a los 18 años y después del asesinato del padre) otras de una categoría especial, denominadas "crisis de muerte", teniendo verdaderamente la significación de tal. El sentido de estas manifestaciones sería el siguiente:

Identificación con una persona muerta o con una persona a quien se desea la muerte, asumiendo entonces la crisis el papel de un castigo por haber deseado la muerte de otra persona. Quien muere es el sujeto que la había deseado y, según la experiencia psicoanalítica, esa otra persona es siempre el padre. La crisis, que tiene la estructura de un síntoma histérico, tendría el significado de un autocastigo por haber deseado la muerte del padre odiado; siendo el parricidio, según Freud, el crimen original y primitivo de la humanidad y del individuo y la principal fuente del sentimiento de culpabilidad.

Haciendo intervenir otros factores, como bisexualidad, superyó y complejo de castración (llave maestra para la comprensión de toda neurosis), Freud penetra más profundamente en la estructura interna del caso Dostoievski. El fuerte sentimiento de culpabilidad del escritor, así como su conducta masoquista derivarían de un intenso componente femenino, pudiendo expresarse su fórmula psíquica como una vigorosa disposición bisexual que se defiende con energía de una dependencia de un padre extremadamente duro.

Los primeros síntomas, "ataques de muerte", deben comprenderse como una identificación con el padre permitida a título de castigo por el superyó. Ésta podría formularse así: "Tú has querido matar a tu padre para transformarte en él. Ahora eres tú el padre, pero el padre muerto". (Mecanismo común de los síntomas histéricos.) A esta formulación primera se agregaría finalmente ésta: "Ahora es tu padre quien te mata". Para el yo el síntoma de la muerte constituiría la satisfacción de fantasías que expresan el deseo masculino y al mismo tiempo una satisfacción masoquista. Para el superyó, una satisfacción de carácter punitivo, es decir, sádico. El contenido de la relación entre el sujeto y el padre considerado como objeto ha sido transferido o traspuesto en una relación entre el yo y el superyó.

Estas reacciones infantiles ligadas al complejo de Edipo pueden tener varios destinos, extinguirse o intensificarse, pudiendo la realidad, en algunos casos, responder a los deseos reprimidos. En el caso Dostoievski el carácter duro, cruel y violento del padre lejos de disminuir con el correr del tiempo empeoró ostensiblemente haciendo posible que el primero conservara su odio y el deseo de que éste muriera. Esto sucedió en efecto en forma trágica, y al cumplirse sus deseos expresados en sus fantasías todos los mecanismos de defensa de su neurosis se fortalecieron. Los ataques tomaron el carácter típicamente epiléptico y adquirieron una intensidad terrible, tanto como lo fue la forma en que murió su progenitor. Dichos ataques tenían el sentido de un autocastigo, siendo reemplazados en ciertas épocas de su vida por circunstancias que tuvieron el significado de tal (durante su estada en Siberia no parece haberlos sufrido). También explicaría esto su aceptación pasiva del castigo no merecido de manos del zar como un sustituto del castigo merecido por sus tendencias parricidas. Reemplazó así el castigo (ataques) que él mismo se administraba por el castigo (reclusión en Siberia) que le administraba el sustituto del padre (zar-"padrecito"). Parece que jamás pudo librarse del remordimiento causado por dichas tendencias parricidas, y prueba de ello son dos orientaciones de su vida interior: la autoridad del Estado y su fe en Dios. Resumiendo, podríamos decir que cuando un fuerte instinto de muerte, agresión o destrucción consigue su libre expresión hacia el mundo exterior hace del hombre un criminal (sadismo), mientras que dirigido contra sí se expresa como masoquismo, sentimiento de culpa (en nuestro caso crisis epilépticas).

El epiléptico participa alternativamente y en forma variable de estas dos direcciones del instinto de agresión, siendo su carácter habitual predominantemente sádico y durante sus crisis paroxísticas profundamente masoquista. De esta manera la fenomenología tanto psíquica como neurológica de la epilepsia adquiere los caracteres de finalidad, sentido y unidad.

Otto* Fenichel (1931), al referirse a las organoneurosis en general, dice que sus mecanismos pregenitales, profundamente narcisísticos, harían recordar a la hipocondría (o depresiones) y que podrían encontrarse éstos a menudo en las neurosis vasomotoras, neurosis que comprenden el sistema autónomo, y en los trastornos psicogenéticos de la piel. La similitud de la estructura psicológica

de tales neurosis con lo que Freud describió al estudiar la personalidad de Dostoievski condujeron al autor a preguntarse si la epilepsia (mejor, la histeroepilepsia) no constituye una organoneurosis narcisística. El complejo sintomático epileptoide descrito por Freud sería un síndrome orgánicamente preformado, pudiendo encontrar su expresión en forma de reacción orgánica (epilepsia jacksoniana, epilepsia genuina). Duda de los datos obtenidos por Stekel y Clark, pero reconoce sin embargo que un análisis de tales casos permitirá descubrir relaciones psicológicas partiendo del principio de que todo síntoma orgánico tiene en esencia un significado patoneurótico. En los casos cercanos al tipo puramente psicogenético y de acuerdo con la naturaleza arcaica del sistema epileptoide la regresión sería más profunda y más narcisísticamente fijada que la de la simple histeria de conversión. La epilepsia sería caracterizada por Fenichel como una organoneurosis del cerebro, siendo las cargas de este órgano principalmente la expresión de un movimiento de carácter destructivo, extraordinariamente sádico y dirigido contra el propio yo.

Al referirse este autor a las manifestaciones del carácter oral hace mención de un fenómeno que tiene muy probablemente una gran relación con una de las modalidades más típicas del carácter epileptoide: Dice que la exigencia oral-sádica tiene frecuentemente el carácter de vampiro "succionador" y que las personas que participan de este tipo de conducta piden y exigen y no sueltan a su objeto como si fueran verdaderas sanguijuelas, manteniéndose adheridas al objeto, chupándolo. Esta forma de "aferrarse al objeto", común a muchos esquizofrénicos, haría pensar que durante el estadio oral el temor a la pérdida de objeto, en realidad motivado por la separación del pecho de la madre, es especialmente grande y condicionaría esta "adherencia por succión", que según Fenichel podría relacionarse con el carácter epiléptico.

S. E. Jelliffe (1935-1937) considera como un trastorno esencial y común a todas las formas de epilepsia una defectuosa o deficiente distribución de la energía nerviosa, pudiendo esto ser causado de muchas maneras y a través de diversas vías. El organismo sano, por medio de sus mecanismos nerviosos, distribuiría la energía en acciones armónicamente coordinadas en los niveles físico-químico, sensorio-motor y psíquico. En los estados convulsivos se produciría una alteración de esta distribución de la energía con un

trastorno consecutivo en los tres niveles nombrados, caracterizando así distintas formas de dichos estados convulsivos. La corriente de energía puede ser bloqueada, contenida y conducida a través de una descarga difusa en cualquiera de los niveles. Por ejemplo, en la tetania sería el nivel físico-químico; en la epilepsia jacksoniana, el sensorio-motor, y finalmente en la histeria, el psíquico o simbólico. En el ataque epiléptico clásico todos estos niveles estarían comprometidos, pudiendo en otros casos limitarse dichos trastornos a un solo nivel, existiendo por lo tanto una serie de estados intermedios que van desde los niveles instintivos más altos a los más bajos (convulsión histérica, convulsión psicasténica de Oppenheim, epilepsia afectiva de Bratz, ataque epiléptico típico).

Desde el punto de vista psicológico, el ataque sería para Jelliffe una huida a un estado de inconsciencia que aparece en épocas de grandes tensiones, como crisis emocionales (conflictos) o crisis del desarrollo (pubertad), que exigirían una serie de nuevos reajustes psicológicos, fisiológicos y sociales. El ataque sería, por lo tanto, una tentativa de adaptación a las exigencias de la vida y una tentativa de escape o fuga frente a estímulos intolerables, ya sean interiores (toxinas, tumor, etc.) o exteriores (situaciones vitales).

A. Kardiner (1932-1941) intenta una comprensión del "problema del yo" valiéndose del estudio de las neurosis traumáticas y de las reacciones epilépticas, donde esta instancia psíquica parece ocupar el plano principal.

Sustituye el principio etiológico de la privación por el de trauma, siendo característico de éste que además de dañar el valor narcisístico de un determinado apéndice del yo perjudica su valor de utilidad (*Nutzlichkeitsfunktion*). La intervención de la privación sólo sería posible en los casos en que existen cargas libres, cuya movilidad permite la regresión y el desplazamiento. El trauma lesionaría solamente las cargas ligadas del órgano (silenciosas en un yo normalmente integrado), siendo esta clase de energía la que hay que considerar en la epilepsia, cuya organicidad es admitida por esta razón. En ciertas neurosis consecutivas a un trauma que habría perjudicado porciones psíquicas o somáticas del yo-corporal Kardiner encuentra una serie de fenómenos de inhibición y contráctiles, que comprenderían partes bien localizadas del yo corporal o el sensorio íntegro, acompañada por procesos secundarios del sistema autónomo y por una fenomenología psíquica típica.

Pero a diferencia de las neurosis de transferencia, en estos casos las cargas existentes en aquellas porciones ejecutivas del yo y comprendidas en el aparato sensorio-motor aperceptivo no serían desplazables ni libremente intercambiables, por estar ligadas al órgano mismo. La tesis de Kardiner se asienta en el postulado de Freud sobre la fusión o mezcla de los instintos, y de esta manera una inhibición protectora de las cargas ligadas al órgano conduciría a procesos que Freud denominó disociación de los instintos. Sucedería entonces, por este proceso, que la agresión normalmente llevada a cabo en interés de la libido se hace anárquica, volviéndose en forma vehemente y desorganizada contra el mundo exterior o reviviendo uno de los tipos primitivos de poderío (como el poderío oral), o dirigiéndose contra el propio yo del sujeto.

Una de las características esenciales de la epilepsia sería para este autor la tendencia a la repetición que se observa en sus síntomas. El ataque epiléptico, que se repite exactamente en todos sus detalles, daría la impresión de constituir un esfuerzo para volver a conseguir la integración de los órganos lesionados. El ataque tendría el significado simbólico del renacimiento, es decir, de una regresión a un punto de completa inconsciencia, simulando la muerte. Así, todos los fenómenos que suceden durante y después del ataque epiléptico repiten, en forma abreviada, aquellos acontecimientos que tienen lugar desde el momento mismo del nacimiento, pudiendo considerarse por esto que el epiléptico hace grandes y continuados esfuerzos para curarse a sí mismo. En otras palabras, debido a esta tendencia o impulso a la repetición el yo trataría de volver a fusionar o mezclar dichas energías anárquicas y destructivas, teniendo a veces éxitos espontáneos, después de haber repetido las fases primitivas que prevalecieron en la infancia. En las neurosis traumáticas la nueva fusión es incompleta, siendo periódicamente intentada en la epilepsia por medio de una regresión a la situación del nacimiento. En la epilepsia esta fusión secundaria puede llegar a tener éxito en forma de sublimación, reforzando con dichas energías los procesos intelectuales o la moralidad (Dostoievski-Religión), o volverse contra el mundo exterior (criminalidad). El padecimiento orgánico impediría una adecuada expresión de la energía existente. Por lo tanto, ésta, que ordinariamente se descarga por vías o cauces normales de auto-expresión, estaría en la epilepsia aprisionada o retenida, liberán-

dose bruscamente en ciertas circunstancias en forma de arrebatos de agresividad, violencia y destructividad de carácter sadomasoquista. Afirma Kardiner, siguiendo estrictamente a Freud, que en la reacción epiléptica habría una disociación de los instintos, poniéndose en libertad tendencias agresivas que normalmente operan en interés de la libido, pero que en el caso particular de la epilepsia se descargan en forma destructiva contra el mundo exterior o contra el propio yo.

Según Y. Hendrick (1940), sería un hecho ya conocido por otros investigadores, como Fremont-Smith, Rows, etcétera, que los ataques epilépticos pueden ser frecuentemente desencadenados por crisis de ansiedad. Hace resaltar, sin embargo, que las relaciones entre las auras y las crisis de ansiedad, con los trastornos psico-neuróticos que están en su base y que son su verdadera causa, no han sido suficientemente estudiadas. La razón parece ser que las experiencias emocionales más críticas de la historia del individuo son a menudo víctimas de una amnesia completa y que únicamente son revelables por un tratamiento psicoanalítico profundo y prolongado y no por el interrogatorio psiquiátrico común. En los dos casos analizados por Hendrick estos hechos fueron recordados después de un largo período de análisis y el aura preparoxística no representaba en realidad detalles de las circunstancias objetivas asociadas a la crisis de ansiedad, siendo únicamente un vestigio de la ansiedad misma, anterior a la manifestación objetiva de la epilepsia y neuróticamente condicionada.

La repetición de dichas crisis de ansiedad estaría inhibida y, como consecuencia de esto, la descarga que se hacía a través del sistema autónomo se haría entonces a través del sistema nervioso central, reemplazando así el ataque epiléptico a la crisis de ansiedad misma. La función del aura sería una tentativa frustrada de reproducir la ansiedad cada vez que la repetición del conflicto emocional patognomónico y patogenético parece probable. En los ataques epilépticos sin aura seguramente la ansiedad habría existido, habiéndose borrado sus trazos conscientes. Destaca el autor la importancia de estas observaciones psicológicas y las considera de gran interés para el estudio fisiológico de la epilepsia. En el síndrome convulsivo se habrían considerado sobre todo los trastornos de la función cortical, siendo los estudios realizados sobre la circulación, oxidación y electroencefalograma aportes muy va-

lios y concretos, pero las observaciones psicoanalíticas indican la posibilidad de que el trastorno cortical en sí sea iniciado, desencadenado, por tensiones críticas del sistema autónomo, cuya descarga como crisis de ansiedad estaría inhibida, relacionando los síntomas del síndrome de ansiedad con la etiología de las convulsiones. Las investigaciones posteriores estarían encaminadas, según Hendrick, hacia el conocimiento de la psiconeurosis que obró como barrera primitiva y que evitó o desvió así la descarga emocional normal, es decir, las tensiones psicofisiológicas. Para definir las causas originales de los ataques en términos de estructura orgánica y función la fisiología debería explicar la base neurológica hormonal de estos síndromes de ansiedad, el mecanismo por el cual son inhibidos y la base fisiológica y anatómica por la cual esta tensión del sistema autónomo es descargada a través del sistema nervioso central en forma de convulsión. Hace notar finalmente que algunos contemporáneos de Galeno ya sostenían la teoría de que el aura era la causa del ataque, debiéndose modificar esta fórmula diciendo que no son las sensaciones experimentadas durante el aura las que producen el ataque, sino la experiencia ansiosa, de la cual el aura es sólo un vestigio.

Bibliografía

- Clark, P., "Some psychological studies on the nature and pathogenesis of epilepsy", *J. of nerv. and ment. dis.*, 1915, n° 42.
- , "The nature and pathogenesis of epilepsy", *N. Y. med. jour.*, 1915, 101.
- , "The psychobiologic concept of essential epilepsy", *J. of nerv. and ment. dis.*, 1923, t. 57.
- , "A further contribution to the psychology of essential epilepsy", *J. of nerv. and ment. dis.*, 1926, t. 63.
- Fenichel, O., *Hysterien und Zwangsneurosen*, 1931.
- , *Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen*, 1931.
- Freud, S., "Dostoievski und die Vatererbtung", *Almanach d. Psa*, 1930.
- , "El yo y el ello", *Obras completas*, tomo IX, S. Rueda, Buenos Aires, 1923.
- Hendrick, Y., "Psychoanalytic observations on the auras of two cases with convulsions", *Psychosomatic medicine*, 1940, vol. II, n° 1.
- Jelliffe, S. E., *Diseases of the nervous system*, 1935.

- , "Les concepts dynamiques et la crise épileptique", *UEncéphale*, 1937, vol. II.
- Kardiner, A., "The bio-analysis of the epileptic reaction", *Psychoanalyt. Quart.*, 1932, I, n° 34.
- , "The traumatic neuroses of war", *Psychosomatic Medicine Monograph*, 1941, II-III.
- Reich, W., "Über den Epileptischen Anfall", *Internat. Zeitschr. f. Psychoanal.*, 1931, 17, pp. 263-275.
- Schilder, P., *Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage*, 1925.
- Stekel, W., *Zentralbl. j. Psychoanalyse*, 1911, vol. 1, fase. 5-6.
- , *Fortschritte der analytischen Sexualwissenschaft*, 1924, t. I.

PATOGENIA Y DINAMISMOS DE LA EPILEPSIA *

Consideramos que para un mejor planteo del problema general de la epilepsia debe tenerse en cuenta la totalidad de sus manifestaciones, ya sean ellas de carácter paroxístico o permanente. La valoración parcial de estas manifestaciones por parte de la neurología y la psiquiatría, respectivamente, fue lo que a nuestro entender impidió una concepción unitaria de dicha afección.

En términos generales, la epilepsia es un tipo de respuesta total del organismo frente a determinadas situaciones vitales, estando a su vez dicho tipo de respuesta condicionado por factores dependientes de la estructura del yo y de los instintos. Esta situación hace posible que un cierto montante de agresión se descargue de una manera especial siguiendo cauces y niveles determinados. La situación patogénica de la epilepsia está regida por una policausalidad, se expresa como pluralidad fenoménica bajo el impulso de una unidad funcional.

El síntoma epiléptico es de carácter funcional, reversible espontáneamente, sigue un determinado ritmo y constituye un mecanismo de defensa del tipo de la conversión somática. Dicha conversión somática no se diferencia de cualquier otro síntoma

* Trabajo leído en el Primer Congreso de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires, 14 de noviembre de 1944. Constituye en realidad un resumen de los trabajos anteriores sobre epilepsia aparecidos en *Index de Neurología y Psiquiatría*, 1941, vol. 3, n° 3, y en la *Revista de Psicoanálisis*, 1944, vol. I, n° 3. *Revista de Psicoanálisis*, 1944, año II, n° 4.

neurótico, ya que como ellos tiene una estructura, un sentido, una finalidad y una causa.

En la ecuación etiológica de la enfermedad intervienen factores constitucionales, heredados, con una expresión estructural determinada, o factores accidentales que pueden llegar a crear dicha condición, entrando los factores del primer tipo con los segundos en relación recíproca y condicionando los distintos tipos de epilepsia, que van desde la llamada epilepsia esencial a la epilepsia sintomática, existiendo todas las graduaciones intermedias. La conversión somática es un mecanismo de defensa empleado por el yo frente a determinadas situaciones de ansiedad causadas por apremios instintivos. De esta manera el yo trata de evitar el displacer creado por la situación de ansiedad, siguiendo las leyes del principio del placer. La angustia es la expresión del peligro sentido por el yo; al temer éste por su integridad pone en movimiento sus mecanismos de defensa, que en los casos de síntomas paroxísticos son del tipo de la conversión somática cuando la situación de ansiedad es aguda, mientras que frente a una situación de ansiedad más o menos permanente emplea otros mecanismos, como la inhibición, la formación reactiva, la sublimación, la idealización, etcétera.

La situación de ansiedad y sus causas pueden ser vistas desde tres enfoques diferentes: 1?) desde el punto de vista cuantitativo se trata de una tensión exagerada de la libido, con carácter agudo o crónico; 2?) desde el punto de vista cualitativo se trata de una libido homosexual, y 3-) dicha angustia tampoco es indiferente, pues aparece frente a la intensificación del instinto de agresión, que trata de expresarse ya sea en forma libre, como sadismo, o como inhibición brusca, en forma de ataque epiléptico. La elaboración de esta situación por parte del yo configura la personalidad epiléptica. Además de libido homosexual, instinto de agresión y ansiedad debe considerarse en la epilepsia un factor temporal, un cierto ritmo en los aumentos de la tensión libidinosa, defendiendo estas variaciones cuantitativas de la tensión de factores endógenos, ritmo biológico, ritmo de los instintos, y también de factores exógenos, como sobrestimulación, que son bien característicos en la infancia, tal como lo demuestra el trabajo de A. y L. Rascovsky. En los casos en que el factor estimulante es actual se reproduce el dinamismo de las epilepsias reflejas. El principio del placer, guar-

dián del aparato psíquico, rige los umbrales de las tensiones, siendo característico de la epilepsia en su forma paroxística un determinado ciclo que se expresa por un aumento paulatino de dichas tensiones con tentativas de descargarlas desde el momento mismo en que se inician. Las primeras tentativas constituyen los fenómenos prodrómicos, luego las auras, terminándose en los casos típicos con un ataque epiléptico que constituye la tentativa más lograda de descargar dichas tensiones. El ataque, el síntoma más profundo y también más eficaz en la descarga, tampoco parece conseguir toda su finalidad, ya que una descarga total de los instintos sólo es posible por vías normales y en un nivel genital. Debido a esto siempre queda un remanente de tensión que, junto con el automatismo de repetición, impulsa al yo a realizar nuevas tentativas, siendo así que cuando menos profunda haya sido la descarga, como por ejemplo en la ausencia epiléptica o en la picnolepsia, las crisis tienden a repetirse con mayor frecuencia, observándose el hecho inverso de que ellas disminuyen cuando este estado de tensión se resuelve en un ataque típico. En la producción de dicho ataque puede considerarse un eslabón intermedio el hecho de que la situación de ansiedad se exprese por el sistema nervioso autónomo, lo cual acarrearía una neurosis vascular, que sería, en última instancia, responsable de los fenómenos corticales que desencadenan el ataque (relación entre sistema vascular y hostilidad). Las investigaciones recientes de Penfield demuestran que el ataque epiléptico es producido por una descarga neuronal primaria, siendo los fenómenos vasculares una consecuencia de aquélla. Los síntomas de la epilepsia son de carácter permanente o paroxístico, encontrándose entre estos últimos todo el complejo sintomático de la crisis paroxística, que se inicia con toda clase de pródromos y auras, tanto en el plano mental como visceral, que son tentativas de aliviar la situación de ansiedad, generalmente no lograda por este mecanismo, desembocando en el ataque con todas sus fases. El ataque epiléptico es generalmente víctima de una amnesia de distintos grados y extensión, que puede comprender las circunstancias anteriores y posteriores al ataque, manifestarse posteriormente en forma retardada e incluso faltar en algunos casos. El mecanismo generador de la amnesia es la represión, y la pérdida de conciencia durante el ataque está relacionada con el grado de regresión conseguido en la crisis. La amnesia epiléptica debe ser

considerada como un fenómeno funcional debido a una represión intensa de los contenidos mismos del ataque, siendo posible reducirla o suprimirla totalmente por medio de la hipnosis. El ataque, además de su aspecto formal, tiene un significado, un sentido y una finalidad. La situación psíquica típica del epiléptico está constituida por un yo masoquista y un superyó sádico, creándose entre estas dos instancias psíquicas un estado de tensión que acarrea un sentimiento de culpa, una necesidad de castigo, pudiendo compararse la crisis epiléptica con la situación psíquica del suicida, ya que el acto suicida representa en última instancia un crimen introyectado (crimen y castigo a la vez). En las crisis epilépticas existe una satisfacción de ambos instintos, descargándose tensiones del instinto de vida en favor de las descargas del instinto de muerte. Del análisis de los epilépticos (nos referimos a varones) se deducen: existencia de fuertes tendencias homosexuales debido a una precoz identificación con la madre, y una identificación con el padre en la circunstancia del ataque; se realiza también durante este último una unión de carácter homosexual entre sujeto y objeto. La crisis expresaría la situación ambivalente de*odio y amor al padre, teniendo el significado **tantea** de crimen como de coito realizados sobre la misma persona, dé ahí surge una doble fuente del sentimiento de culpabilidad, creándose una situación insoluble que tiende a repetirse y que además de representar el crimen y el coito con el padre representa el castigo por ambos delitos.

Entre los síntomas permanentes que se estructuran frente a una situación de ansiedad con alternativas de ritmo menos intenso que en los casos de crisis convulsivas, el yo emplea otros mecanismos de defensa, como la inhibición, la formación reactiva, la sublimación y la idealización. Se habían observado en los epilépticos determinados rasgos de carácter, como escrupulosidad, prolijidad, tendencia a la exactitud, tenacidad, detallismo, pedantería, egocentrismo, solemnidad, pomposidad, afán de justicia, compasión exagerada, sobrestimación de la familia, beatería, religiosidad, lentitud, viscosidad, perseverancia, limitación del círculo de intereses. A través del psicoanálisis estos rasgos caracterológicos se hacen comprensibles, derivándose sobre todo de las tres fuentes de agresividad que actúan también como disposicionales (anal, oral y uretral). Del predominio de una fuente sobre las otras surgen los distintos tipos caracterológicos. La personalidad epiléptica en

su forma más típica integra fundamentalmente todos los rasgos del carácter anal, diferenciándose de la personalidad obsesiva en líneas generales solamente desde el punto de vista cuantitativo (dato confirmado, por ejemplo, por el test de Rorschach). La agresividad puede sublimarse en forma de creación literaria o actividad plástica. Puede sufrir también el proceso de idealización. Otra elaboración de la agresividad está constituida por la formación reactiva, como ser la compasión y la bondad exageradas, estando dicha agresión bloqueada o inhibida en otros casos, produciéndose entonces el fenómeno tan frecuente de la lentificación o bradipsiquia. Las tendencias oral-sádicas condicionan un cierto tipo especial de adhesividad debido a una relación ambivalente con el objeto, que junto con la lentificación de los procesos mentales y su tendencia a la perseveración caracterizan la conducta de ciertos epilépticos frente a sus objetos. Este complejo sintomático se expresa clínicamente como viscosidad.

El epiléptico es fundamentalmente un sujeto sadomasoquista que participa de las tres formas de masoquismo; el moral, el erótico y el femenino, que junto a la otra dirección de la agresión, el sadismo, dan origen a la estructura sadomasoquista más característica e intensa de la patología mental.

En los sueños de los epilépticos se expresa la situación básica de ansiedad y su condicionamiento instintivo. En el contenido onírico manifiesto puede estar representado en forma simbólica el ataque, apareciendo a veces en forma estereotipada con el carácter de aura o equivalente. Otros son de contenido homosexual, y finalmente los de contenido sadomasoquista suelen alternar una dirección de la agresividad con otra relacionada con la situación total. Los trastornos del sueño son muy frecuentes, como el insomnio o los sobresaltos, y es en la epilepsia infantil donde los hemos estudiado particularmente. Allí se encuentra con gran frecuencia lo que hemos denominado síndrome nocturno de la epilepsia, caracterizado por pavor nocturno, somniloquia, sonambulismo, enuresis, etcétera. En las psicosis epilépticas, y sobre todo en los estados crepusculares, se encuentran ideas de aniquilamiento o muerte y renacimiento referidas al propio cuerpo del sujeto o proyectadas al exterior como fantasías de destrucción y reconstrucción del mundo, fantasías de regresión al seno materno, fenómenos de *déjà vu*, que junto con la situación maníaco-melancólica con-

figuran los distintos cuadros. La perseveración, relacionada con el automatismo de repetición, domina el curso del pensamiento de estos enfermos. La demencia epiléptica, caracterizada por perseveración, viscosidad, narcisismo y fenómenos de autoerotismo, va acompañada por trastornos deficitarios relacionados con las consecuencias estructurales de los ataques producidos en forma frecuente. Además de estos cuadros típicos en la epilepsia pueden presentarse en forma transitoria fobias, obsesiones, tics, tartamudeo, estados paranoides, donde el tema místico suele presentarse con gran frecuencia.

Se encuentran en los epilépticos frecuentes trastornos gastro-intestinales relacionados con la situación epiléptica básica. Hemos descrito uno bastante característico, donde a una constipación pertinaz relacionada con la inhibición de la agresividad siguen crisis diarreicas súbitas y a veces dolorosas, que tienen el carácter de verdaderos equivalentes. La jaqueca oftálmica emparentada con la epilepsia ha sido motivo del estudio del doctor Cárcamo. Se insiste sobre la polimortalidad en las familias de epilépticos, relacionándola nosotros con una intensificación constitucional del instinto de muerte. Hay, además, una tendencia a la esterilidad, relacionada sin duda con profundos trastornos endocrinos y con disturbios de la fórmula instintiva de estos pacientes.

La electroencefalografía constituye hoy uno de los métodos más preciosos para la investigación de los fenómenos epilépticos. De los estudios de Lennox, F. Gibbs, H. P. Daves, Jaspers, etcétera, podemos sintetizar que los epilépticos muestran una alteración del ritmo de las ondas cerebrales, siendo la disritmia cerebral paroxística su manifestación extrema. Esta disritmia tiene carácter particular de acuerdo con cada tipo clínico, mostrando los epilépticos, en el 95 % de los casos, fuera de sus síntomas agudos, trastornos del ritmo denominados subclínicos y también específicos para cada tipo. El número de personas con trazados de tipo epiléptico, es 20 veces mayor que los que sufren esta enfermedad en forma manifiesta. En los Estados Unidos hay 500.000 epilépticos en asistencia, deduciéndose además que existen 10 millones de personas con un ritmo anormal. Los estudios realizados sobre parientes de epilépticos indican que el 60 % de ellos tiene un trazado anormal. En los niños difíciles, llamados niños problema, con mala conducta, y en adultos con una conducta antisocial, don-

de predomina la agresividad, se observan trazados semejantes. Davies estudió 132 esquizofrénicos, encontrando que en la mitad de los casos se presentan gráficos anormales, caracterizándose estos enfermos por una conducta anormal de tipo francamente agresivo; se plantea así una situación interesante desde el punto de vista pronóstico frente a las terapéuticas convulsionantes. Los datos suministrados por estas investigaciones dan prueba de la naturaleza constitucional de la disposición a esta enfermedad, que se caracterizaría fundamentalmente por un umbral bajo de reacción y una forma instintiva especial, donde la agresividad tiene un gran predominio.

Desde el punto de vista de la patogénesis es absolutamente necesario hacer la diferenciación entre causa del síntoma y causa de la enfermedad, ya que la confusión de estos dos conceptos ha traído como consecuencia una falsa valoración de la teoría psicoanalítica de esta enfermedad. En la aparición de toda neurosis deben considerarse dos clases de factores: unos dependientes del ello, o sea de la vida instintiva, y otros del yo, estableciéndose entre estos dos factores una serie complementaria que puede ser colmada de un lado o de otro. En la epilepsia, por ejemplo, los factores constitucionales, es decir, congénitos, pueden ser expresados en términos del yo y términos del instinto. De parte de este último habría para nosotros una especial intensidad del instinto de agresión y de parte del yo una determinada debilidad, expresada estructuralmente, que imposibilita una perfecta mezcla y evolución de los instintos. La gran frecuencia de crisis convulsivas en los oligofrénicos y en la infancia se explica por un umbral bajo de reacción relacionado con la estructura orgánica de su yo. Esa situación constitucional, heredada muchas veces, puede sufrir distintas evoluciones relacionadas con vivencias o experiencias infantiles, que junto con los factores constitucionales conforman la primera serie complementaria, cuyo resultado es la disposición a la enfermedad, tomado este término en sentido analítico y que de nuevo puede expresarse como un umbral determinado de reacción dependiente del yo y de la vida instintiva. En lo que respecta al yo, vemos que pueden existir una debilidad constitucional y una debilidad adquirida posteriormente por lesiones cerebrales, como tumor o traumatismo, intoxicación, infección, etcétera, que ponen al descubierto una situación epiléptica latente, como tienden a de-

mostrarlo los estudios electroencefalográficos, o en los casos de lesiones muy graves la situación epiléptica es creada en su totalidad por el factor actual. De parte de la vida instintiva, un aumento endógeno, por ejemplo, puberal, de las energías instintivas con un yo hasta entonces resistente puede desencadenar un accidente epiléptico o los aumentos exógenos, así como la sobrestimulación en las epilepsias infantiles puede producir el mismo efecto.

La epilepsia, sobre todo en su mecanismo de expresión convulsiva, plantea hoy interesantes problemas debido al empleo de la convulsión como terapéutica de las enfermedades mentales. Sostenemos con Garma que la situación básica en la psicosis se caracteriza por el sometimiento de un yo masoquista frente a un superyó sádico, concomitantemente con una intensificación de la libido homosexual y del instinto de muerte. La situación psicótica reproduce lo que ya hemos dicho de la situación psíquica del epiléptico, diferenciándose ésta, por ejemplo, de la melancolía y de la esquizofrenia por disponer de un medio de descarga como la convulsión. El psicótico tiende a permanecer en la situación expresada al no poder resolverla por medio de la producción* de sus síntomas paroxísticos. La provocación artificial de un ataque epiléptico en un psicótico en las condiciones expresadas resuelve la situación de conflicto y sus consecuencias al satisfacer las tendencias masoquistas. Al desaparecer la ansiedad relacionada con la tensión de las energías instintivas el yo puede intentar, a través de un verdadero proceso de renacimiento, nuevas relaciones de objeto y una nueva síntesis.

Resumen

El autor considera que el problema general de la epilepsia fue mal planteado debido a que la neurología y la psiquiatría, cada una por su parte, se ocupaban de manifestaciones que pertenecían al campo de investigación de cada una de ellas, dándose interpretaciones parciales y dificultándose de esta manera una concepción unitaria. En términos generales, debe considerarse a la epilepsia como una respuesta total del organismo frente a determinadas situaciones vitales, estando a su vez dicho tipo de respuesta condicionado por factores dependientes de la estructura del yo

y de los instintos. Considera la agresión y sus diversas elaboraciones a través de distintos niveles y canales como determinando la pluralidad fenoménica de esta afección. El síntoma epiléptico sería de carácter funcional, siguiendo un determinado ritmo y con las particularidades de un mecanismo de defensa del tipo de la conversión somática expresada en niveles primitivos, narcisísticos y pregenitales. El yo del epiléptico emplearía estos distintos mecanismos para aliviar la situación de ansiedad siguiendo las leyes del principio del placer. Considera dicha situación de ansiedad y sus causas desde tres enfoques diferentes: 1?) desde el punto de vista cuantitativo se trata de una tensión exagerada de la libido, de carácter agudo, como la que determina los fenómenos paroxísticos; o de carácter crónico, como la que determina los aspectos caracterológicos de la enfermedad; 2?) desde el punto de vista cualitativo se trata de una libido homosexual (destruktiva); 3•) dicha angustia tampoco es indiferente, pues ella aparece frente a la intensificación del instinto de muerte que trata de expresarse. Además de libido homosexual, instinto de agresión y ansiedad deben considerarse ciertos factores temporales, un cierto ritmo en la tensión libidinosa. Los distintos síntomas paroxísticos, pródromos, auras, convulsión, son diferentes maneras o tentativas de descargar las tensiones crecientes. La amnesia consecutiva es de carácter funcional, a veces reversible y ligada a la represión de los contenidos latentes del síntoma. La pérdida de conocimiento está relacionada con el grado de regresión conseguido en la crisis. La situación psíquica del epiléptico está constituida por un yo masoquista y un superyó sádico, creándose entre estas dos instancias un gran estado de tensión que acarrea un sentimiento de culpa, una necesidad de castigo, pudiendo compararse la crisis epiléptica a la situación psíquica del suicida (crimen introyectado). El significado último del ataque representaría el crimen y el coito con el padre y el castigo por ambos delitos. Basándose sobre todo en el análisis de epilépticos, el autor llega a establecer una relación entre instinto de muerte y libido homosexual, sosteniendo en última instancia que esta última representa la energía del primero. Estudia luego la personalidad epiléptica con sus tres fuentes disposicionales, anal, oral y uretral, que condicionan los distintos tipos caracterológicos. Los sueños y los trastornos del sueño son también estudiados desde el punto de vista de la situación básica, describiendo en el niño un síndrome

nocturno típico caracterizado por pavor nocturno, somniloquia, sonambulismo y enuresis. A continuación, estudia las psicosis epilépticas, la jaqueca y algunos trastornos gastrointestinales que tienen el carácter de verdaderos equivalentes. Los estudios electroencefalográficos son analizados y empleados para un esquema de la patogénesis general de esta enfermedad. En dicha patogénesis intervienen factores dependientes del yo (debilidad del yo), de carácter congénito y adquirido y con una expresión estructural. Los otros factores dependen de la fórmula instintiva, sobre todo intensificación congénita o adquirida del instinto de agresión y como consecuencia una mala fusión de instintos. Los factores dependientes del yo y de los instintos entran en interrelación como series complementarias, configurando las epilepsias, que van desde las genuinas hasta las sintomáticas (organoneurosis y patoneurosis). Finalmente se ocupa del valor terapéutico de la convulsión provocada artificialmente, que actuaría, en términos generales, satisfaciendo las tendencias masoquísticas y calmando la ansiedad relacionada con el incremento del instinto de agresión.

LOS DINAMISMOS DE LA EPILEPSIA *

La agresión impedida parece constituir un grave daño; parece realmente como si tuviéramos que destruir otras cosas y otros seres para no destruirnos a nosotros mismos, para protegernos contra la tendencia a la autodestrucción. ¡Triste descubrimiento para los moralistas!

S. Freud (1)

En la epilepsia deben considerarse dos clases de manifestaciones: una de carácter paroxístico (las crisis) y otra de carácter permanente (la personalidad epiléptica). La valoración parcial de esa dualidad fenoménica, enfocada respectivamente por la neurología y la psiquiatría, impidió llegar a una concepción unitaria de esta enfermedad. La epilepsia como respuesta total del organismo a determinadas situaciones vitales fue prevista por muchos observadores, poetas, filósofos y médicos de todas las épocas, pero sólo se hizo comprensible como una totalidad a través del enfoque psicoanalítico.

El problema de la epilepsia gira alrededor de la agresividad

* Trabajo leído en la Asociación Psicoanalítica Argentina el 26 de agosto de 1943.

Revista de Psicoanálisis, 1944, año I, n° 3.

Este trabajo constituye nuestro segundo acercamiento al problema de la epilepsia (69, 70, 71) y tiene un carácter fragmentario; algunos de los conceptos emitidos son por ahora sólo hipótesis, aunque han surgido bien claramente en el curso de nuestras investigaciones. A esta categoría pertenecen las relaciones que pretendemos establecer entre el instinto de muerte y la libido homosexual, el instinto de muerte y las situaciones de ansiedad, y la influencia de este instinto y de la libido homosexual en la patogénesis de las enfermedades mentales, así como las denominaciones de libido destructiva y libido constructiva. El material del cual surgió está constituido por el análisis de algunos enfermos epilépticos, la observación clínica de muchos casos y el tratamiento de las psicosis por medio de los métodos de shock.

Este artículo es el punto de partida de dos trabajos próximos a publicarse: uno sobre van Gogh y otro sobre el conde de Lautréamont.

considerada como un instinto, y la forma que esta agresividad toma en su búsqueda de expresión (descarga o inhibición) es la que le da los distintos aspectos fenomenológicos (pluralidad fenoménica), que junto con la unidad funcional y la policausalidad representan los tres principios que rigen la estructuración de la enfermedad.

Es corriente en la literatura médica actual considerar la teoría analítica de esta enfermedad como sinónimo de una teoría psicogenética, negando de esta manera la valoración que ella hace de los factores orgánicos de su determinación. (Redlich [2], Frisch [3]).

Esto se debe, fundamentalmente, a la falta de diferenciación que hay que establecer entre la causa del síntoma y la causa de la enfermedad. La causa del síntoma (por ejemplo, el ataque), su sentido y su finalidad no se diferencian en nada de cualquier síntoma neurótico (histérico), encontrándose en el fenómeno convulsivo o en los otros llamados equivalentes de éste contenidos semejantes a cualquier síntoma neurótico. El síntoma epiléptico es de carácter funcional, espontáneamente reversible, sigue un determinado ritmo en su aparición, constituyendo un mecanismo de defensa del tipo de la conversión somática. En la ecuación etiológica general de la enfermedad intervienen tanto factores constitucionales (heredados), con una expresión estructural determinada, como factores accidentales que entran en interrelación con los primeros, formándose de esta manera series complementarias.¹ El mecanismo de defensa (la convulsión) está orgánicamente preformado, como dice Freud (5), poniéndose dicho mecanismo en movimiento por determinadas situa-

¹ Como es sabido, en la determinación de toda neurosis entran en juego diversos factores relacionados con dos series complementarias principales. La primera está constituida por factores constitucionales, heredados (determinada magnitud del instinto de muerte y mecanismos de defensa preformados), y por vivencias infantiles traumáticas que entran en interrelación creando la disposición a la neurosis. Esta disposición a la epilepsia, comprobada electroencefalográficamente, da lugar a la aptitud convulsiva (umbral) desde la cual pueden expresarse determinados estados de tensión. La segunda serie complementaria está constituida por la disposición y por factores actuales desencadenantes, donde deben incluirse tanto factores de orden psíquico (privación o frustración) y factores orgánicos, estructurales, tales como tumores, traumatismos, intoxicaciones, etcétera, que contribuyen a debilitar el yo. A estos factores estructurales se refieren generalmente las múltiples causas capaces de producir una epilepsia, sin tener en cuenta las condiciones anteriores. (S. Cobb [4] dice que se han enumerado más de sesenta.)

ciones, que pueden ser expresadas como tensiones exageradas de la libido. Tal mecanismo de defensa es utilizado por el yo para evitar el displacer creado por la angustia y siguiendo las leyes del principio del placer. El síntoma epiléptico paroxístico, de cualquier especie que sea, debe ser considerado como todo síntoma neurótico: en su estructura, en su finalidad, en su sentido y en su causa; siendo, también, los síntomas permanentes o caracterológicos defensas contra las mismas situaciones de ansiedad a través de fenómenos de sublimación, idealización, formación reactiva, inhibición, etcétera.

La situación de ansiedad

El síntoma neurótico se estructura partiendo de una determinada situación (incremento de un instinto que tiende a manifestarse) que puede considerarse como una situación de peligro que recuerda situaciones traumáticas anteriores (nacimiento). La angustia es la expresión del peligro sentido por el yo, y al temer éste por su integridad pone en marcha sus mecanismos de defensa con el objeto de impedir la satisfacción directa del instinto peligroso y deshacerse de la angustia. Esto sucede cuando el yo no puede elaborar adecuadamente la tendencia y cuando también se opone a su libre realización.

La situación de ansiedad y sus causas pueden ser vistas de tres maneras diferentes:

1-) Desde el punto de vista cuantitativo se trata, como ya lo hemos dicho, de una tensión exagerada de la libido debido a su acumulación primero dentro del ello y luego su irrupción en el yo. Dicho incremento tiene en la epilepsia dos formas particulares de manifestarse: a) Una de carácter más o menos permanente (incremento o acumulación crónica), y b) la otra se produce en forma brusca desde el nivel anterior (incremento agudo o paroxístico).

2?) Pero esta libido acumulada no es de carácter indiferente, debe tener una calidad determinada, siendo para nosotros una libido de carácter homosexual (libido destructiva). De la naturaleza bisexual del hombre, de las variaciones cuantitativas de esta libido homosexual y de los conflictos específicos creados por esta

situación se originarían, en última instancia, todos los procesos[^] patológicos.

3*) La angustia tampoco es indiferente, sino que ella aparece frente a un determinado instinto, estableciéndose la defensa frente a este último. El instinto de muerte o de destrucción intensificado crea la situación de peligro, apareciendo la angustia como una reacción frente a dicha situación, pudiendo extenderse este concepto a toda manifestación de ansiedad que representaría una angustia de muerte frente a un peligro interno, externo proyectado o externo real. La libre expresión del instinto de muerte se manifiesta en la agresión directa (sadismo, crimen), su inhibición brusca condiciona la aparición del accidente paroxístico (ataque epiléptico), y su elaboración por el yo en forma de rasgos de carácter configura la personalidad epiléptica.

Además de la libido homosexual, del instinto de muerte y de la ansiedad debe considerarse un factor temporal, de ritmo, en los aumentos de la tensión libidinosa, observándose en la epilepsia la influencia de estos últimos factores de una manera[^]típica. Las variaciones cuantitativas de la tensión de la libido dependen generalmente de factores endógenos (ritmo biológico) y también de factores exógenos (estimulación, privación), siendo los primeros más característicos en la epilepsia. La intensificación de la libido puede también depender de factores exógenos, reactivos, menos frecuentes en el adulto que en el niño, donde las crisis son a menudo desencadenadas por situaciones de sobrestimulación ("co-lecho" por ejemplo), a semejanza de lo que sucede en las epilepsias reflejas. En estas últimas variedades el factor desencadenante actúa como en la neurosis de angustia, siendo posible por esta causa hacer desaparecer los accidentes paroxísticos con la sola supresión de las situaciones patógenas presentes.

El principio del placer (guardián del aparato psíquico) rige los umbrales de las tensiones, siendo característico de la epilepsia, en su forma paroxística, un determinado ciclo que se expresa por un aumento paulatino de esas tensiones con tentativas de descargarlas desde el momento mismo en que se inician. Estas primeras tentativas constituyen primero los fenómenos prodrómicos, luego las auras, terminándose en los casos típicos con un ataque epiléptico que constituye la tentativa más lograda de descargar dichas tensiones. Este síntoma paroxístico, el más profundo y

más eficaz en la descarga, tampoco parece conseguir toda su finalidad, ya que ello sólo es posible en forma completa por vías normales y en un nivel genital. La repetición de los ataques se debe a que la descarga nunca es completa en un nivel pregenital, quedando siempre un remanente de tensión, semejante a lo que sucede en el neurasténico, que junto con el automatismo de repetición impulsa al yo a realizar nuevas tentativas. Cuanto menos profunda haya sido la descarga (la ausencia epiléptica o la picnolepsia, por ejemplo), las crisis tienden a repetirse con mayor frecuencia, observándose el hecho inverso de que ellas disminuyen cuando ese estado de tensión se resuelve en un ataque típico.

El ataque epiléptico es una conversión somática de carácter pregenital que se expresa por medio del sistema nervioso central, pudiendo considerarse un eslabón intermedio a través del sistema nervioso autónomo que acarrearía una neurosis vascular, responsable en última instancia de los fenómenos corticales que desencadenan el ataque. Pero las investigaciones recientes, sobre todo de Penfield (6), demuestran, sin embargo, que el ataque epiléptico es producido por una descarga neuronal primaria, siendo los fenómenos vasculares únicamente una consecuencia de aquélla.

Este fenómeno de conversión y descarga de tensiones se relaciona específicamente con el instinto de destrucción, sosteniendo Freud (7) que en el ataque epiléptico existe una disociación profunda de los instintos, liberándose el instinto de muerte, que entraría secundariamente al servicio del eros para los fines de descarga. Califica el ataque epiléptico como un producto y un signo de tal disociación de los instintos de vida y de muerte, quedando sin embargo una cierta cantidad de mezclas que contribuyen a dar al fenómeno epiléptico el carácter de manifestación típica de masoquismo erógeno. Debido a esto el principio del placer condiciona también la aparición del ataque epiléptico, actuando en conjunto con el principio del Nirvana, ya que la búsqueda de estabilidad y la disminución de tensiones están asociadas. Como en el comienzo de la vida, estos dos principios actúan en la misma dirección, teniendo el ataque epiléptico el significado de muerte y orgasmo.

*... Gustave (Flaubert) levait la **tete** et devenait très palé, il avait senti l'aura, ce souffle mystérieux qui passe sur la face comme le vol d'un esprit, son regard d'était plein d'angoisse ...*

Máxime du Camp

Hemos dividido los síntomas de la epilepsia en permanentes y paroxísticos, encontrándose entre estos últimos el ataque epiléptico típico y además todos los síntomas que integran la epilepsia menor y los llamados equivalentes.

El ataque convulsivo en su forma clásica está compuesto por varios momentos denominados pródromos, auras, ataque propiamente dicho y fenómenos posparoxísticos.

1º) Los síntomas prodrómicos son de una infinita variedad, pudiendo manifestarse como fenómenos psíquicos o viscerales patológicos, siendo ellos la expresión del estado de tensión, de la libido que va en aumento. Su origen debe ser considerado como el de todo síntoma neurótico, elaborado psíquica o somáticamente, encontrándose entre los más frecuentes los trastornos del humor, irritabilidad, crisis coléricas y los más variados fenómenos de la serie distímica. El aumento de la agresividad y su consecuencia, la angustia, condicionan la aparición de todos ellos, que también pueden expresarse como conversiones somáticas, verdaderas orgoneurosis paroxísticas, tales como las cefaleas, taquicardias (hasta del tipo paroxístico), dolores, trastornos gastrointestinales, etc. Además se observan en calidad de síntomas prodrómicos trastornos del sueño, insomnio, pavores nocturnos, somniloquia, sonambulismo y cuadros neuróticos más o menos organizados, como fobias, obsesiones, tics, tartamudeo, estados paranoides, etc. La multiplicidad de estos síntomas y sus distintos aspectos fenomenológicos están en relación con los variados mecanismos de defensa que cada yo dispone para solucionar la situación de ansiedad liquidando determinados niveles de tensión.

2º) Después de los fenómenos prodrómicos aparecen frecuentemente las auras (en el 60 % de los casos, según Grinker [9]), preceden al ataque y constituyen también, como los síntomas anteriores o prodrómicos, tentativas de aliviar al yo de sus

tensiones displacientes. Dichas tentativas condicionan también la aparición de múltiples fenómenos psíquicos y somáticos semejantes a cualquier síntoma neurótico, y constituyen la última tentativa de evitar el ataque. La relación entre aura y ataque debe ser comprendida de esta manera y no, como se creía, que entre ambas había una relación de causa y efecto. Y. Hendrick (10), quien estudió específicamente dicha relación, sostiene que no es el aura en sí la que obra como desencadenante del ataque, sino que es la ansiedad misma, que está en su base, la que causa también la aparición del segundo fenómeno. La crisis de ansiedad neuróticamente condicionada y anterior a la aparición del trastorno convulsivo estaría bloqueada en su libre expresión (descarga a través del sistema autónomo. Dicho bloqueo de la expresión por las vías habituales hace necesaria la búsqueda de otros caminos, canalizándose dicha energía a través del sistema nervioso central como convulsión.

En los ataques que no van precedidos de auras, la ansiedad, sin embargo, debe haber existido, precediendo inmediatamente al ataque y causada por una súbita elevación de la tensión, que sería característica de ciertos enfermos. Esta situación especial impide la elaboración de dicha angustia, desencadenándose el ataque inmediatamente después de su aparición. Debido a estas circunstancias las crisis de ansiedad aparecidas en estas condiciones van incluidas con los fenómenos mismos del ataque, siendo también víctimas de la amnesia.

La aparición de determinadas auras más o menos específicas para cada enfermo depende en su aspecto formal de factores orgánicamente condicionados o preformados (en forma congénita o adquirida), constituyendo vías accesibles a la expresión de determinados contenidos individuales. El estudio detenido de dichas auras específicas tiene un gran valor desde el punto de vista del diagnóstico de la localización del daño cerebral (intervenciones neuroquirúrgicas), habiendo servido también a algunos autores, como Foerster (11), para el estudio de las localizaciones cerebrales.

3?) La convulsión propiamente dicha que sigue al aura es la manifestación más típica y más profunda de la epilepsia, y a este momento del accidente paroxístico hacen referencia los nombres propuestos para esta enfermedad. Constituye, como los síntomas an-

tenores, una tentativa de descargar tensiones por medio de la *incU* vación somática, siendo de todas ellas la más eficaz por su profumdidad y brusquedad.

No entraremos en la descripción detallada de sus distinta* fases, sino que haremos solamente mención de lo que es aprehen* sible hasta ahora desde el punto de vista psicoanalítico.²

a) En el momento en que comienza el ataque, y acompañado de una expresión de terror, se oye a veces el grito característico del epiléptico, que constituye la expresión de la última y desesperada tentativa de buscar protección frente al peligro inminente. El tono y la intensidad de este grito son bien característicos, dando al ataque una mayor dramaticidad y sentido.

b) En su aspecto motor, la crisis comienza con la fase tónica, expresión de la lucha aún existente entre las tendencias que tratan de descargarse y su inhibición.

c) A esta fase tónica siguen las contracciones clónicas, don-

² Es difícil hacer una mejor descripción de un ataque epiléptico que la que hiciera Máxime du Camp, testigo de las primeras manifestaciones de esta enfermedad cuando Flaubert tenía veintidós años: "au mois d'octobre 1843 dans un cabriolet que Gustave conduisait lui-même.

Au moment où un roulier passait à côté du cabriolet, Gustave fut abattu et tomba. D'autres attaques de nerfs survinrent; il y en eut quatre dans une quinzaine. Ces crises se produisaient de la même façon et étaient précédées des mêmes phénomènes. Tout à coup, sans motif appréciable, Gustave levait la tête et devenait très pâle: il avait senti Taura, ce souffle mystérieux qui passe sur la face comme le vol d'un esprit: son regard était plein d'angoisse et il levait les épaules avec un geste de découragement navrant; il disait: «J'ai une flamme dans l'œil gauche»; puis, quelques secondes après: «J'ai une flamme dans l'œil droit; tout me semble de couleur d'or». (Recordemos aquí la obsesión del amarillo en van Gogh.) Cet état singulier se prolongeait quelquefois pendant plusieurs minutes. A ce moment, cela était visible, il comptait encore en Stre quitté pour une alerte; puis son visage pâlissait encore plus et prenait une expression désespérée; rapidement il marchait, il courait vers son lit, s'y étendait, morne, sinistre, comme il se serait couché tout vivant dans un cercueil; ... alors il poussait une plainte dont l'accent déchirant vibre encore dans mon oreille, et la convulsion le soulevait. A ce paroxysme où tout l'être entrait en trépidation, succédaient un sommeil profond et une courbature qui durait pendant plusieurs jours."

Esta cita y todas las que se refieren a Flaubert son tomadas del estudio de J. Fretet (12) titulado: "Flaubert: L'épilepsie et le style". Una gran cantidad de datos e intentos de interpretación psicoanalítica completan el interés de este trabajo.

de el abandono de la inhibición es casi completo, haciéndose los movimientos más libres e independientes, representando esta fase la expresión del triunfo total de las tendencias que tratan así de descargar sus tensiones.

d) Después de estas contracciones, en el período posparoxístico, el enfermo duerme profundamente, apareciendo a veces fenómenos relacionados con el sueño y el automatismo y cuadros alucinatorios de estructura onírica. Al despertar el enfermo advierte generalmente lo sucedido debido a las consecuencias físicas del ataque, su humor puede ser alegre y tener la sensación de alivio, de bienestar, manifestándose más tranquilo y optimista. Todo el ataque es víctima de una amnesia de distintos grados y extensión, que puede llegar hasta las circunstancias anteriores y posteriores al ataque; a veces sólo puede manifestarse posteriormente, e incluso puede faltar en algunos casos. El mecanismo generador de esta amnesia es el de represión, que tiene por finalidad borrar acontecimientos penosos, observándose en los casos en que esta represión falta o ha sido poco intensa la aparición de fenómenos depresivos.³ La pérdida de la conciencia durante el ataque

³ En Dostoievski el ataque tiene caracteres particulares, lo que parece el aura corresponde a la primera fase del ataque (momento maniaco, crimen); el castigo representado por la segunda fase es insuficiente para aplacar sus fuertes sentimientos de culpabilidad y surge de allí el estado depresivo consecutivo a sus crisis. A este factor se suma el hecho de que la amnesia no era profunda, ya que la primera fase era perfectamente recordada. Tomamos de H. Troyat (13) la descripción completa. "Toute-fois, ces crises d'épilepsie deviennent de plus fréquentes. Une à deux par semaine. Il pressent vaguement leur approche. Tous ses doutes, toutes ses agitations se résorbent dans une impression d'alliance aux joies fulgurantes de l'au-delà. «Mais ces moments radieux, écrit-il dans *Ydiot*, n'étaient que le prélude de la seconde finale, celle à laquelle succédait immédiatement Paccés. Cette seconde assurément était inexprimable... Qu'importe que se soit une maladie, si, dans cette minute, j'ai une sensation inouïe, insoupçonnée jusqu'alors, de plénitude, de mesure, d'apaisement, de fusion dans **Telan** d'une prière, avec la plus haute synthèse de la vie...» «Pendant quelques instants, disait aussi Fédor Mikhaïlovitch à ses amis, je connais un bonheur tel qu'il est impossible de le concevoir en temps normal, et que les autres ne Pimaginent même pas. J'éprouve une harmonie complète en moi et dans le monde, et ce sentiment est si fort, si suave, que, pour quelques secondes de cette jouissance, on pourrait donner dix ans de sa vie, peut-être même toute sa vie.»

C'était lorsque Fédor Mikhaïlovitch touchait à la pointe de cette exta-

está también en relación con el grado de regresión conseguido en] la crisis, y actuando en forma conjunta con la represión producen] dos fenómenos característicos del accidente epiléptico: la pérdida: de conciencia y la amnesia. !

La amnesia epiléptica, considerada como un fenómeno funcional, como una represión intensa de algo desagradable, fue objeto de estudio por parte de Schilder (14), quien por medio de la hipnosis y la exploración por el "método del ahorro" pudo hacer revivir en los enfermos el acontecer mórbido de determinados accidentes paroxísticos, planteándose interesantes problemas con respecto a la responsabilidad de dichos enfermos.

Durante las crisis se observan además, con gran frecuencia, dos manifestaciones relacionadas con la regresión oral: la mordedura de la lengua, expresión de la castración desplazada hacia arriba (lengua como falo), y la sialorrea, que da lugar al fenómeno bien conocido de la espuma. Dicha sialorrea puede relacionarse con aquella estudiada por Ferenczi (15) y Abraham (16) como manifestación del erotismo oral en los estados depresivos y* denominada por el segundo de los autores "polución oral". La mordedura de la lengua y la espuma son signos de gran valor clínico para establecer el diagnóstico diferencial entre ataque epiléptico y ataque histérico, debido a que ellos no se producen en el segundo de los casos, por corresponder la histeria a puntos de fijación y regresión más altos, donde el estadio oral está casi excluido en la estructuración de la sintomatología.

Por lo general, el ataque epiléptico sigue el curso que hemos

se mystique, que le spasme le secouait, le jetait á terre, hurlant et bavant. Strakhov, qui avait assisté á une crise de Dostoievski, nous la décrit ainsi: «Il s'arréta un instant, comme s'il eüt cherché un mot pour exprimer sa pensée, et, déjà, il ouvrait la bouche. Je le regardais avec une attention accrue: j'étais certain qu'il allait prononcer des paroles extraordinaires. Soudain, de ses lèvres entr'ouvertes, s'echappa un son étrange, étiré, absurde et il s'effondra sans connaissance au milieu de la chambre.»

Il lui arrivait de se blesser en tombant. Sa face était marbrée de plaques rouges. Lorsqu'il revenait á lui, ses muscles étaient fatigués par les crampes, sa tete vide. Il avait l'impression, selon son propre aveu, qu'il était coupable d'un crime terrible et que rien ne pourrait le relever de sa faute. Etait-ce la mort de son père, était-ce la mort de Pivrogne Issaiev qui le torturaient ainsi? Cette soif du châtiment a dominé toute la vie intime de Dostoievski."

expuesto, repitiéndose después de algún tiempo variable para cada enfermo; existe, sin embargo, otra contingencia, la repetición inmediata y repetida de otros ataques que conducen el estado de mal epiléptico, que acarrea a veces la muerte del enfermo. En este caso el instinto de destrucción vuelto contra el propio sujeto habría logrado su completa finalidad.

Significado del ataque

J'ai la conviction d'être mort plusieurs fois. Je suis sur que je sais ce que c'est que mourir, j'ai souvent senti nettement mori ame qui m'échappait comme on sent le sang qui coule par l'ouverture d'une saignée.

G. Flaubert

¿La epilepsia no es acaso la soledad del criminal... y no cae el epiléptico porque no tiene dónde asirse?

O. Weininger

Como todo síntoma neurótico, el ataque epiléptico tiene un contenido psíquico, es decir, un sentido, sobredeterminado, que se elabora en relación con los distintos momentos del desarrollo del individuo. Podría decirse que la forma del síntoma se va llenando de contenidos psíquicos determinados a medida que el sujeto crece, razón que explica el hecho de que la convulsión del niño pequeño, por ejemplo, no tenga los mismos contenidos psíquicos que el ataque del adulto, manteniéndose sin embargo los caracteres de sentido, finalidad, estructura y causa a través de toda la evolución.

Como ya dijimos, el sentido de las crisis había sido intuitivo por observadores de todos los tiempos, derivándose de ello el hecho de que el epiléptico fuera considerado como un ser extraño, sobrenatural, demoníaco y criminal.⁴ Pero fue realmente W. Stekel el pri-

⁴ *El Nuevo Testamento*, San Marcos, capítulo IX.

16. Y preguntóles: ¿Qué disputáis con ellos?

17. Y respondiendo uno de la compañía, dijo: Maestro, traje a ti mi hijo, que tiene un espíritu mudo.

18. El cual, donde quiera que le toma, le despedaza; y echa espumarajos,

mero que formuló explícitamente los contenidos fundamentales de dichos ataques. En su primer acercamiento al problema dice que la crisis reemplaza al crimen y también a un acto sexual que constituye a su vez un crimen. La aparición de estas crisis frente a situaciones de angustia (frente a Dios, por ejemplo) prueba que el ataque significa a su vez la falta cometida, el castigo por dicha falta (crimen y castigo), el nacimiento, el renacer y la muerte. Sería una huida frente a una situación penosa que repite el acto del nacimiento, un trauma infantil, la experiencia de la propia muerte, un acto sexual prohibido, un delito, etc. La regresión es profunda y llega hasta la época embrionaria, teniendo dicha regresión el sentido de una huida o refugio a una época en que el ser se siente totalmente protegido.

Stekel (19 y 20) toma particularmente en consideración el odio (agresión, crimen) como complejo nuclear, primitivo y patológico de la epilepsia. Este elemento entraría en lucha con la conciencia moral del sujeto, derivándose del destino de este conflicto las dos conductas opuestas: la crisis epiléptica y la conducta criminal.

Posteriormente P. Clark (21, 22, 23 y 24) sostuvo que el ataque epiléptico satisface deseos sexuales, representando también una huida de la realidad debido a los estímulos desagradables que ella

y cruje los dientes, y se va secando: y dije a tus discípulos que le echasen fuera y no pudieron.

19. Y respondiendo él, les dijo: ¡Oh, generación infiel! ¿hasta cuándo estaré con vosotros? ¿hasta cuándo os tengo de sufrir? Traédmele.
20. Y se le trajeron: y como le vio, luego el espíritu le desgarraba; y cayendo en tierra, se revolcaba, echando espumarajos.
21. Y Jesús preguntó a su padre: ¿Cuánto tiempo ha que le aconteció esto? Y él dijo: Desde niño.
22. Y muchas veces le echa en el fuego y en aguas para matarle; mas, si puedes algo, ayúdanos, teniendo misericordia de nosotros.
23. Y Jesús le dijo: Si puedes creer, al que cree todo es posible.
24. Y luego el padre del muchacho dijo clamando: Creo, ayuda mi incredulidad.
25. Y como Jesús vio que la multitud se agolpaba, reprendió al espíritu inmundo, diciéndole: Espíritu mudo y sordo, yo te mando, sal de él, y no entres más en él.
26. Entonces el espíritu clamando y desgarrándole mucho, salió; y él quedó como muerto, de modo que muchos decían: Está muerto.
27. Mas Jesús tomándole de la mano, enderezóle; y se levantó.

integra. Esta huida hasta la época fetal tiene el carácter de una medida de protección. La frecuencia de fantasías de regresión al seno materno y el tipo de motilidad manifestada en el ataque orientaron a este investigador en la formulación de sus puntos de vista.

W. Reich (25) enfocó particularmente el ataque epiléptico desde el punto de vista de la economía de la libido, sosteniendo que dicho ataque constituye un coito realizado por medio de una motilidad denominada epiléptica, diferente de la histérica. Se trataría de un orgasmo extragenital, ya que los órganos sexuales están excluidos de esta motilidad. Las tendencias que buscan su expresión por medio del ataque no serían, para Reich, nada específicas; estarían relacionadas con cada individuo en particular, pudiendo existir entre ellas las de carácter homosexual, heterosexual, sádico, exhibicionista, etcétera. En el epiléptico la descarga sexual se efectuaría por intermedio de todo el cuerpo, ya que debido a su estructura narcisista existe una identidad cuerpo-pene.

Freud, en su estudio sobre "Dostoievski y el parricidio", dio una visión de conjunto del problema de la epilepsia, sin dejar de aclarar ninguno de sus aspectos. Para Freud, el ataque epiléptico tiene por finalidad, como todo síntoma neurótico, descargar por vía somática el montante de excitación cuya elaboración no puede ser dominada por vía psíquica.

Al ocuparse del caso Dostoievski hace notar que este escritor había tenido antes de sus ataques típicos algunos otros de naturaleza distinta y considerados como "crisis de muerte". Estas primeras manifestaciones de su enfermedad deben comprenderse como el resultado de una identificación con el padre, siendo permitida dicha identificación a título de castigo por el superyó. Freud formula esto de la siguiente manera: "Tú has querido matar a tu padre para transformarte en él mismo". "Ahora eres tú el padre, pero el padre muerto." Debido a la intervención del superyó la formulación final sería: "Ahora es tu padre quien te mata". Este síntoma denominado "crisis de muerte" satisface las tendencias masoquistas del yo y las tendencias sádicas del superyó, teniendo el significado general de un autocastigo por los deseos de muerte dirigidos hacia el padre (parricidio), arrancando de estos deseos primitivos las fuentes principales del sentimiento de culpabilidad.

íero las "crisis de muerte" de Dostoievski Cambiaron de, expresión después del asesinato real del padre, cuando el escritor tenía 18 años. La realidad se encargó de satisfacer sus deseos y debió, por este motivo, fortalecer sus mecanismos de defensa, apareciendo como consecuencia de esto los ataques epilépticos típicos. La situación de Dostoievski frente a su padre era muy ambivalente, viéndose así satisfechas en parte sus tendencias, ya que sentía hacia él una fuerte hostilidad condicionada por el carácter duro, cruel y violento de su progenitor. Estas características del padre fortalecieron sus tendencias primitivas haciendo más intensos los deseos de muerte, situación que se veía complicada aún más debido a una intensa bisexualidad y, como consecuencia, a fuertes tendencias homosexuales.

Esta situación psíquica que Freud describe como típica del epiléptico y que está constituida por un yo masoquista y un superyó sádico representa una transposición de la relación entre el objeto y el sujeto (hijo, padre) transferida dentro del plano mental. El estado de tensión entre el yo y el superyó acarrea un intenso sentimiento de culpa, una necesidad de castigo, pudiendo la crisis epiléptica compararse a la situación psicológica del suicida, ya que tanto el acto suicida como el ataque epiléptico representan en última instancia un crimen introyectado (crimen y castigo a la vez). En las crisis epilépticas existe una satisfacción de ambos instintos, descargándose tensiones del instinto de vida (libido constructiva) en favor de la descarga de las tensiones del instinto de muerte (libido destructiva). Como consecuencia de las fuertes tendencias homosexuales existentes en el epiléptico (identificación previa con la madre y una identificación con el padre en las circunstancias del ataque) se realiza también durante este último una unión de carácter homosexual entre el sujeto y el objeto. La crisis expresa la situación ambivalente de odio y amor al padre y tiene el significado tanto de crimen como de coito realizado sobre la misma persona, surgiendo de allí una doble fuente del sentimiento de culpabilidad que crea una situación insoluble que tiende a repetirse y que además de representar el crimen y el coito con el padre representa el castigo por ambos delitos.

El carácter epiléptico

...toujours crispé et prêt á donner une calotte et deux ou trois coups de pied á propos de rien au premier homme qui passe.

G. Flaubert

...ce grand trottoir roulant que sont les pages de Flaubert, au défilement continu, monotone, morne, indéfini.

M. Proust (26)

...el criminal es homosexual.

O. Weininger (27)

Je me retournai au moment même où Vincent (van Gogh) se précipitait sur moi, un rasoir á la main...

P. Gauguin (28)

Observadores no analíticos habían comprobado en los epilépticos la existencia de rasgos caracterológicos más o menos típicos, como escrupulosidad, prolijidad, tendencia a la exactitud, tenacidad, detallismo, pedantería, egocentrismo, solemnidad, pomposidad, afán de justicia, compasión exagerada, sobrestimación de la familia, beatería, religiosidad, lentitud, viscosidad, perseveración, limitación del círculo de intereses, etcétera. Dichos rasgos de carácter integraban lo que se denominó constitución epiléptica o epileptoide, personalidad epiléptica, psicópata epiléptico, carácter epiléptico, epilepsia larvada, epilepsia psíquica, etcétera.

Se había observado también que no todos los epilépticos tenían las mismas características, tanto en calidad como en cantidad, existiendo una relación directa entre la intensidad de las manifestaciones caracterológicas y el componente constitucional. Desde otro punto de vista, existe una relación inversa entre la intensidad del carácter y la intensidad de las crisis típicas, ya que cuanto menos frecuentes y menos intensas sean éstas más evidente aparece el componente caracterológico. Explícase este fenómeno por el hecho de que después de descargada la agresión en forma de crisis la tensión de ésta disminuye, no necesitando entonces el yo oponerle barreras permanentes con el objeto de limitarla.

W. Stekel insistió en sus primeros trabajos sobre la fuerte cri-

minalidad del epiléptico, que está, según él, más o menos rechazada por instancias represoras hipertróficas e hipermorales. Encuentra en la mayoría de los enfermos con crisis fantasías cuyos contenidos latentes serían crímenes sexuales, como violación, crimen pasional, pedofilia, necrofilia, canibalismo, vampirismo, incesto, etc. Dichas fantasías también acompañarían el acto de la masturbación y el coito, fenómeno que explica la aparición de crisis epilépticas durante estos dos momentos de la vida sexual. La masturbación como factor patogénico de la epilepsia es insistentemente valorada por este autor, destacando además la frecuencia de los rasgos de religiosidad, bondad y solicitud, considerados como sobrecompensaciones de lo primitivo, que es el odio: "Hacia afuera Cristo, hacia adentro Satanás".

Después de Stekel y sin conocer los trabajos de éste, P. Clark describe el carácter epiléptico de la siguiente manera. Dice que se trata de un sujeto egoísta, mal adaptado a su medio pero sin embargo muy fijado a él, mal trabajador, sin delicadeza de espíritu, sin escrúpulos ni escepticismos, con muy poco freno de sus instintos, muy frecuentemente en conflicto con el mundo exterior, egocéntrico, caprichoso, obstinado, grosero, inaccesible a un verdadero afecto y con un juicio falseado. Otras características están constituidas por una identificación con la madre, fijación en el padre o sustitutos, fuertes componentes narcisísticos y homosexuales y una libido de objeto incapaz de realizar buenas ocupaciones. El narcisismo epiléptico es muy intenso y tendría caracteres especiales, denominando con el nombre de metroerotismo a aquel que es satisfecho durante las fantasías de claustro materno y durante el ataque epiléptico mismo. Finalmente considera Clark al epiléptico como un sujeto no evolucionado desde el punto de vista afectivo (oligotimia, E. Pichon-Riviére y A. Aberastury [72]) debido a fijaciones precoces de la libido.

Maeder (29) caracteriza al epiléptico fuera de sus ataques por su fuerte autoerotismo, y Schilder insiste en la religiosidad, la beatería y el afán de justicia como formaciones reactivas frente a las tendencias primitivas de agresión.

Para W. Reich el carácter epiléptico está condicionado por una acumulación crónica de la libido, derivándose de allí su intenso sadismo. Este autor considera que el entorpecimiento en la descarga normal de la libido (psíquica o somática) aumenta la agresividad

(sadismo) y establece de esta manera una relación energética **entre** los impulsos eróticos y los destructivos.

Freud en su ensayo sobre Dostoievski realiza el más profundo análisis de la personalidad epiléptica. Aclara que el psicoanálisis no da una explicación de lo cuantitativo de la creación literaria (talento), sino solamente los aspectos cualitativos de la obra y del sujeto, considerando a Dostoievski desde cuatro puntos de vista distintos, o sea, como poeta, neurótico, moralista y pecador.

Del significado de sus crisis ya hemos hablado anteriormente, así como también hemos mencionado su posición ambivalente frente al padre, su intensa bisexualidad, sus fuertes tendencias homosexuales (latentes). Estas últimas condicionaron su posición pasiva frente a la vida y, junto con la ambivalencia, un especial comportamiento frente al complejo de castración. Dicha pasividad no sólo era de carácter anal-sádico, sino también de carácter oral, expresándose ésta como una necesidad permanente de cariño, de protección, una posición pasiva frente a la mujer que hablaría en favor de fuertes tendencias oral-receptivas. Su intensa agresividad, su superyó rígido hicieron de él un sujeto masoquista. Fuertes sentimientos de culpabilidad, necesidad de castigo y expiación condicionaron en última instancia su enfermedad y su conducta; satisfaciéndose dicha necesidad de castigo no sólo por medio de los ataques sino también por sustitutivos de éstos, que tenían para su inconsciente un mismo significado (prisión en Siberia).

La posición pasivo-femenina frente al padre y el sometimiento frente a él orientaron también otros aspectos de su comportamiento, como por ejemplo su posición frente a Dios y frente al zar. Su afición al juego era de carácter compulsivo, constituyendo en realidad un sustitutivo del onanismo infantil; buscaba a través de este mecanismo —el juego— la satisfacción de sus tendencias sexuales a la vez que recibía el castigo —pérdida— atribuyéndolo al destino (proyección del padre).⁵ Solamente cuando perdía y había empeñado todo podía dar libre curso a su creación literaria,

⁵ "Le jeu est pour lui comme Tacte sexuel qu'on lui refuse. Il retrouve dans les angoisses de la roulette ce paroxysme des sentiments qu'il a connu auprès de Pauline. L'impression aussi de goûter une joie vile, de commettre un crime contre quelqu'un, de frapper, de tuer quelque chose de beau et de préserver en lui même. Il rentre á Thôtel, extenué, comme après une nuit d'amour." (H. Troyat.)

porque como consecuencia de haber conseguido satisfacer su necesidad de castigo se veía libre de sus inhibiciones. Esta relación entre satisfacción masoquista y posibilidad de creación adquirió en Dostoievski una forma cíclica o periódica, haciendo recordar mecanismos semejantes observados en sujetos ciclotímicos, los cuales son sólo capaces de trabajar durante las fases de ligera excitación.

Dostoievski eligió predominantemente como personajes de sus novelas a criminales, sobre los cuales proyectaba sus propios conflictos y satisfacía sus tendencias a través de la creación literaria. La simpatía que él profesaba por tales sujetos radicaba, dice Freud, en que éstos constituían para él especies de redentores que, habiéndose hecho cargo del pecado de los demás, alivian la conciencia de sus semejantes. La compasión por los criminales está basada en una identificación con ellos y en un reconocimiento por haber realizado lo que los demás hubieran deseado, descargándose por esta vía indirecta las tensiones de sus propias tendencias. El mecanismo de la compasión es semejante, teniendo en la epilepsia una intensidad y calidad particulares.

Lo que Freud descubrió en Dostoievski puede extenderse a la personalidad epiléptica en general, destacándose de su análisis las siguientes características: bisexualidad, homosexualidad intensa (latente), posición pasivo-receptiva frente a la mujer (madre) y pasivo-femenina frente al hombre (padre), fuerte ambivalencia, sentimiento de culpabilidad, necesidad de castigo, expiación, complejo de Edipo complicado debido a la ambivalencia y posición semejante frente al complejo de castración. Inhibiciones en el trabajo que desaparecen después de satisfecha la necesidad de castigo, elementos narcisísticos, egoísmo, hipermoralidad, mejor dicho, seudomoralidad basada en el arrepentimiento y no en la renuncia a la satisfacción, fenómeno este último que constituiría para Freud el fundamento de la moral normal. Los cuatro aspectos de Dostoievski considerados por Freud, el poeta, el neurótico, el moralista y el pecador, se transforman después de su análisis en el poeta, el epiléptico, el seudomoralista y el criminal.

Tratemos ahora de agrupar esta multiplicidad de rasgos del carácter epiléptico alrededor de sus fuentes de origen para llegar a una cierta ordenación.

La fijación de la libido en el estadio anal-sádico tiene cará-

ter predominante en el epiléptico, actuando como fijaciones secundarias las de tipo oral y uretral sádicos. La crisis epiléptica integra aun elementos de etapas más profundas del desarrollo de la libido, quizá prenatales, ya que el tipo de motilidad del ataque es considerado por algunos autores como de tipo fetal. También el ataque puede integrar algunos elementos genitales, lo que explica la aparición en algunos casos de la eyaculación durante la crisis. Lo que diferencia el ataque epiléptico del ataque histérico es justamente la intensidad de la regresión, el predominio de elementos agresivos, el significado de muerte más que de orgasmo, existiendo por esto entre el ataque histérico y el epiléptico solamente diferencias cuantitativas en lo que se refiere al grado de regresión y montante de agresión descargada.

La agresividad en el epiléptico proviene de tres fuentes principales: anal, oral y uretral, constituyéndose de esta manera una magnitud específica para esta enfermedad. De los distintos destinos que sigue esta agresividad depende la estructuración de todos los síntomas que aparecen como procesos defensivos frente a dos situaciones que condicionan los accidentes paroxísticos o los rasgos caracterológicos. Frente a la intensidad permanente o crónica se organizan síntomas que modifican la estructura del yo y le dan su fisonomía (carácter), y frente a la intensificación súbita sobre el nivel anterior aparecen los accidentes paroxísticos.

La personalidad epiléptica integra en su mayoría los elementos de carácter anal, diferenciándose de la personalidad obsesiva en líneas generales sólo desde el punto de vista cuantitativo (test de Rorschach). La agresividad puede sufrir distintas elaboraciones, ser en parte sublimada y satisfecha de esta manera en la creación artística (Dostoievski) o en el trabajo. Puede ser elaborada y satisfecha en cierta medida por medio del proceso denominado idealización. En este proceso, como dice Fenichel (30), un acto sádico puede ser aceptado por el yo y se esconde detrás de la máscara de un acto "benéfico". La realización de un ideal eleva el sentimiento de autoestimación, confiere al yo omnipotencia, produce un cierto grado de embriaguez narcisística en favor de la cual la tendencia reprimida se hace viable. Este proceso de elaboración de la agresividad integra la conducta de todos los hombres en determinadas situaciones (guerra, lucha social) y da, dentro del terreno patológico que nos ocupa, un tipo especial de

dirigente epileptoide que satisface su sadismo en aras de un ideal» Pero la tendencia puede sufrir una tercera elaboración o destino^ que se expresa en este caso por la calidad misma de la contracciy ga que constituye la formación reactiva, siendo ejemplos típicos la compasión y la bondad exageradas del epiléptico frente a detelv minadas situaciones. Finalmente, la agresión puede ser bloquead* o inhibida sin ser descargada como crisis, expresándose en la coi* ducta por una "lentificación" de todos los procesos mentales, por ejemplo, el trabajo (Flaubert), y que caracteriza uno de los rasgo! esenciales de la personalidad epiléptica.⁶ Estos enfermos son general- mente lentos, pesados, morosos, asténicos debido al enorme gasto que deben realizar para inhibir su agresividad. Si esta inhibición fracasa porque la defensa se debilita o la agresión aumenta en forma súbita, puede ésta manifestarse en forma brusca, como por ejemplo en el tan característico raptus epiléptico, donde la des- tructividad llega a su máxima expresión. De la existencia de los dos componentes, inhibición y explosividad, F. Minkowska (31) dedujo su concepción de la bipolaridad del carácter epiléptico (constitución glischroide).

Frente a las tendencias oral-sádicas aparecen también formacio- nes semejantes, describiendo Fenichel un tipo particular donde la exigencia oral tiene el carácter de vampiro (succionador). Las per- sonas que pertenecen a este tipo se adhieren al objeto como verdade- ras sanguijuelas, aferrándose de tal manera que dan la impresión de que estuvieran succionando el objeto. Esta adherencia es pro- ducto de un temor a la pérdida de dicho objeto (heredero del temor a la pérdida del pecho de la madre) y expresa la relación ambivalente de esta etapa relacionada con la receptividad y la des- tructividad. Este componente oral del carácter epiléptico condicio- na, junto con la "lentificación" de los procesos psíquicos, uno de los síntomas más conocidos del carácter epiléptico: la viscosidad con referencia al objeto.

El erotismo uretral, con sus componentes erótico y sádico (im- pulso de penetración), contribuye a la estructuración de un tipo epiléptico ambicioso y combativo. Las tendencias anales condicio- nan también múltiples rasgos del carácter epiléptico, como la per-

⁶ "J'ai fait un chapitre depuis six semaines, ce qui n'est pas mal pour un brave type de mon espèce." (Flaubert.) J. Fretet relaciona con esta carac- terística el estilo de Flaubert.

severación, el orden, la obstinación, el detallismo, la escrupulosidad, la prolijidad, la tendencia a la exactitud, la limpieza, etc. Estas tendencias pueden ser sublimadas apareciendo en el sujeto, por ejemplo, tendencias plásticas, como en el caso de van Gogh. Además, el epiléptico, por su narcisismo, integra otros rasgos, como egocentrismo, egoísmo, pedantería, pomposidad, solemnidad y rasgos francamente paranoides.

El masoquismo de estos enfermos, tan acabadamente estudiado por Freud en el caso Dostoievski, y el sadismo constituyen los elementos más característicos. Su hipermoralidad, afán de justicia, beatería, religiosidad están en relación con el sentimiento de culpabilidad. El epiléptico participa en forma intensa de las tres variedades de masoquismo, ya que el instinto de muerte, intenso y disociado, puede ser canalizado en parte por el superyó, que se hace rígido y severo (sádico), dando así lugar al masoquismo moral. Otra parte del instinto de muerte es directamente canalizada por el yo, se suma al masoquismo primario o residual y mezclándose con elementos libidinosos constituye el masoquismo erótico, siendo el ataque epiléptico una de sus manifestaciones más típicas. El masoquismo de tipo femenino se vincula con las fuertes tendencias homosexuales, con la pasividad, con las fantasías relacionadas con el complejo de castración (ser golpeado, amordazado, humillado, conducta de niño malo, obediencia incondicional, etcétera), contribuyendo así a completar la fisonomía profundamente masoquista del epiléptico, que junto con la otra dirección de la agresión (el sadismo) dan origen a la estructura sado-masoquista más característica e intensa de la patología mental.

Los sueños de los epilépticos

Las intolerables alucinaciones han cesado..., actualmente se reducen a una simple pesadilla.

V. van Gogh (32)

...pour s'endormir (van Gogh) d'un sommeil de plomb...

P. Gauguin

Como es sabido, en los sueños se expresa frecuentemente la situación neurótica primitiva con toda claridad, tanto su estructura como las fuentes y objetos patogenéticos. El sueño considerado como

un síntoma puede a veces tener un significado simbólico que expresa directamente la situación o las tendencias (sueños típicos), mientras que otros necesitan ser analizados para revelar su sentido oculto o latente. Los sueños de los epilépticos en general no difieren de los de los demás neuróticos, pudiéndose, sin embargo, encontrar en el contenido manifiesto algunas características formales relacionadas con la enfermedad misma. Pero es la valoración estadística de determinados temas lo que hará posible inferir situaciones específicas, tal como lo realizaron French y Alexander (33) en sus estudios sobre el asma y los trastornos gastrointestinales.

Durante el sueño las tendencias más primitivas (agresividad) encuentran una mayor facilidad en su camino hacia la expresión debido al proceso mismo del dormir, fracasando más a menudo la elaboración onírica (pavores nocturnos),⁷ presentándose la ansiedad frecuentemente en los sueños de los epilépticos.

El contenido manifiesto de los sueños puede estar en relación con los pródromos, las auras, los ataques, las tendencias básicas y el conflicto primordial, representado por la lucha contra la agresión y las distintas direcciones que ella toma. Los primeros estudios sistemáticos realizados sobre los sueños de los epilépticos fueron hechos por Feré (35), desde un punto de vista clínico y fenomenológico, y por Stekel (36), quien fue en realidad el primero que analizó sueños de epilépticos relacionándolos con la situación patogenética.

Los contenidos generales de estos sueños se relacionan con las dos corrientes de la agresión, el sadismo y el masoquismo, pudiendo a veces descubrirse sus fuentes originarias (anal, oral y uretral) en los mismos contenidos oníricos.

Describiremos los siguientes tipos utilizando los sueños de un epiléptico analizado por nosotros:

1?) Existen sueños que aparecen en forma estereotipada, con escasas variantes, que preceden a los ataques y que deben ser considerados como verdaderas auras oníricas (frecuente presencia del color rojo relacionado con el sadismo).

2?) Otros sueños representan el ataque mismo, estando sim-

⁷ E. Jones (34) realizó el más completo estudio sobre este fenómeno en su libro *On the nightmare*. Encuentra grandes relaciones con algunas supersticiones medievales, incubos, vampiros, diablos, brujas, etcétera, relacionando ambas series de fenómenos con deseos sexuales reprimidos.

bolizados según Gutheil (37) por caídas, pérdidas de equilibrio, ruidos de truenos, por el acto de ahogarse, de sumergirse, de inundarse, de caída súbita de un cortinado que ocasiona un impedimento brusco por ejemplo en la marcha (*barrage*), etcétera. El paciente a que hemos aludido representó el ataque de la siguiente manera: "Soñé que se había desencadenado una fuerte tormenta eléctrica, con un viento que había temblar las paredes, yo observaba esto desde la cama". Tiempo después soñó lo siguiente: "Soñé que me caía en un pozo del cual no podía salir".

3º) Los sueños de contenido homosexual son muy frecuentes. El mismo enfermo tuvo el siguiente después de su primera entrevista conmigo: "El médico me decía: Usted es un invertido y no se va a curar". Un segundo de este tipo: "Estaba con un pijama floreado, parecía ropa femenina y me decían que había cambiado la voz".

4º) Sueños de contenidos sádicos en que aparecen escenas de entierros, coches fúnebres, cementerios, matar insectos, cavar fosas, etcétera. "Veía muchos coches fúnebres que llevaban cajones de muertos, primero uno grande, después muchos pequeños; en realidad, eran autos fúnebres y se me atribuía la muerte de alguien, parece que me hubiera hecho egoísta, pues no me impresionaba nada ver tantos coches fúnebres".

5º) Pero en este enfermo predominaban los sueños de contenido masoquista directamente relacionados con la castración. Transcribimos los siguientes de este tipo: a) "Veía un herido que estaba tendido en el suelo, tenía una herida negruzca con una abertura profunda, pero a pesar de lamentarse y quejarse fumaba en pipa. El accidente era consecuencia de un choque de trenes, que se veían destrozados. La herida tomaba todo el vientre (el análisis de este sueño reveló que el herido era el enfermo mismo); b) "Tenía un tajo en el abdomen, la abertura tenía la forma de un embudo, de color negro, los labios de la herida eran también negros, pero sin pelos. También en este sueño fumaba en pipa";⁸ c) "Veía unos

⁸ Estos dos sueños (5º a y b) en que el enfermo fuma en pipa mientras contempla pasivamente sus heridas, en una actitud bien masoquista, recuerda a los últimos momentos de van Gogh. Como se sabe, éste murió a consecuencia de haberse pegado un tiro muy cerca del corazón; no haciendo nada por salvarse, se contentó con fumar en pipa continuamente. "Il ne prononca aucune parole, ne dormit pas et fuma presque sans arrêt" (Doiteau y Leroy [38]).

perros chicos de distintas razas, ninguno de la que yo prefiero, veía también metido en una casilla un cachorro de perro de policía de los que a mí me gustan tanto como los de caza, en otra habitación había una perra que según decían había tenido 11 perros, tenía una profunda herida en el costado izquierdo, estaba tendida en el suelo y se lamentaba"; d) "Un perro me muerde la pantorrilla y me arranca un pedazo del pantalón, miraba mi pantalón y me reía"; e) "Me olvidaba los anteojos de largavista en el momento en que iba a salir con mi amigo más íntimo"; f) "Sentía que me desgarraban..."; g) "Tenía una muela completamente cariada"; h) "X me indicaba la punta de la nariz y me decía que la tenía lastimada"; i) "Un mono de gran tamaño estaba agarrado de mis testículos sin causarme dolor, pero sí cosquillas que me impedían gritar en demanda de auxilio"; j) "Al levantarme vi sobre la cama un miembro cortado que por su tamaño aunque no por otros detalles era semejante al del toro"; k) "Me afeitaba en seco con una máquina de afeitar, mi peluquero me reprochaba que lo hiciera yo mismo en vez de aguardarlo. A continuación veía hojas de afeitar por todas partes, hasta había una suspendida en el aire como la espada de Damocles"; l) "Alguien se ofreció a acompañarme, entonces yo, agradeciéndole, le decía: Usted va a acompañar a un muerto, doctor".

6?) En este mismo enfermo existían fuertes tendencias pedofílicas, que se expresaban en sus sueños: a) "Soñé que pervertía a un niño de más o menos siete u ocho años y que era sorprendido por una mujer, despertando con gran ansiedad"; b) "...y tenía relaciones sexuales con una niña de 5 años".

7?) Relacionado con el sadismo uretral presente en los casos de enuresis, manifestación típica en la epilepsia infantil, hay temas relacionados con el agua, el fuego, la penetración, etcétera: a) "...mi compañero atizaba el fuego de la caldera y como la locomotora bufaba, a consecuencia de esto me alarmé y le dije que suspendiera, pues de otro modo estallaría"; b) "Salía de una casa con lluvia. Llevaba puesto un impermeable. Al llegar a la puerta de la verja veo a una persona desconocida (resultó ser la hermana mayor, sustituía de la madre) en la vereda con dos paraguas, encontrando que a los costados de la verja había gran cantidad de paraguas colgados, entre los cuales se encontraba el mío...".

Una de las situaciones básicas de este enfermo estaba relacio-

nada con una tía, hermana del padre, que substituyó preóóztiiénte a su madre después del fallecimiento de ésta. Esta situación se continuó luego con sus dos hermanas mayores (él era el menor y único varón). El sueño anterior se relacionaba con esta situación expresándose en el siguiente en una forma aún más clara: "Encuentro unos chicos que me dicen: hoy viene la bruja M (la tía). Sigo caminando y caigo en una trampa hecha de alambres consiguiendo salir de ella. A continuación, en una segunda escena, encuentro a una bruja sentada frente a una mesa, me hace algunos pases magnéticos (hipnotismo) y siento como que me sacaran algo para darlo a los demás".

En los epilépticos se observan frecuentes trastornos del sueño y en particular en aquellos que no presentan crisis paroxísticas o son éstas poco frecuentes y poco profundas. Estos trastornos del sueño se relacionan con la angustia originada en el conflicto neurótico, apareciendo en forma de intranquilidad, insomnios, sobresaltos, pavor nocturnos, siendo además muy frecuente la aparición de crisis paroxísticas durante el reposo. Cuando la elaboración onírica fracasa, el sujeto despierta; el insomnio tendría, entonces, la finalidad de evitar la reproducción de una situación de peligro (muerte o crimen, etcétera).

¹ Este sueño de los paraguas, cuyo contenido latente estaba relacionado con temas vinculados al complejo de castración y a la homosexualidad, junto con un cuadro pintado por Ramón Gómez de la Serna para ilustrar una conferencia y una fotografía de Man Ray representando ambos el tema de la tan famosa como intrincada frase del conde de Lautréamont me revelaron el contenido oculto de ésta: "Y sobre todo, bello (Mervyn) como el hallazgo fortuito sobre una mesa de disección de una máquina de coser y de un paraguas". El hallazgo fortuito (destino) de una máquina de coser (madre) y de un paraguas (pene) sobre una mesa de disección (castración) son los contenidos fundamentales que pueden sintetizarse así: incesto-castración-homosexualidad-belleza de Mervyn (joven de 16 años y 4 meses perseguido por Maldoror). En un próximo trabajo sobre el conde de Lautréamont (39) partiremos de la interpretación de esta frase intentando una comprensión psicoanalítica de su obra.

La epilepsia infantil

*...Fedor a éprouvé justement dans son enfance de
ees sentiments sombres et pénibles... un amour-
propre excessif, une méfiance aigrie, une timidité
maladive... obsede par Vidée de la souffrance...*

H. Troyat

Las manifestaciones más características de la epilepsia infantil están relacionadas con los fenómenos que acabamos de estudiar, presentándose con frecuencia una serie de síntomas (síndrome nocturno) caracterizados por la presencia de angustia, intranquilidad, insomnio, pavores nocturnos, somniloquia, sonambulismo y enuresis.

Según Melanie Klein (40), los pavores nocturnos representan ya elaboraciones precoces del complejo de Edipo, estando relacionados con crisis de ansiedad y cólera e íntimamente ligados a fuertes sentimientos de culpa. Estos pavores nocturnos pueden ser considerados como manifestaciones típicas semejantes a las crisis y equivalentes por proceder de la misma situación neurótica primitiva. La ansiedad experimentada por el niño puede luego tomar diversas formas, más o menos disfrazadas, debido a la acción de complicados procesos de represión. Desaparecidos los pavores nocturnos, suelen manifestarse trastornos del sueño, como por ejemplo el deseo de dormirse tarde, despertarse temprano, sueño fácilmente perturbable, incapacidad de dormirse por la tarde, etcétera. El análisis de dichos niños ha demostrado a Melanie Klein que estas manifestaciones son transformaciones del pavor nocturno originario, perteneciendo también a este mismo grupo de fenómenos los más diversos ceremoniales a que se entregan los niños antes de acostarse o de dormirse.

Acompañando a este síntoma nocturno (el pavor) se presenta otro, la somniloquia, que es como un derivado del primero. Este síntoma consiste en el hecho que el niño o el adulto hablan, gesticulan, gritan durante la noche, siendo fácil advertir por la expresión y el contenido de algunas palabras que se hacen inteligibles el sentido de defensa, de pedido de auxilio frente a una situación de ansiedad vivida durante el sueño. La somniloquia podría ser comparada al grito del epiléptico durante el ataque, ya que ambos tie-

nen la misma finalidad. Cuando la situación expresada se hace intolerable y si el sujeto dispone de mecanismos especiales preformados, la defensa contra esta situación se hace viable por medio de la motricidad, apareciendo entonces el sonambulismo. El análisis de casos de este género nos ha demostrado que su finalidad es la de eludir una situación de peligro, buscar amparo (la búsqueda del padre por ejemplo), teniendo este síntoma un gran parentesco en cuanto a su estructura y patogénesis con las crisis del automatismo de toda índole y las fugas en general.

Otro síntoma nocturno muy frecuente en los niños epilépticos es la enuresis, relacionada con el sadismo uretral. Es frecuente encontrar, según Melanie Klein, en los sueños y fantasías de dichos niños temas relacionados con inundación y destrucción de casas mediante grandes cantidades de orina, siendo la más conocida de estas fantasías aquella que relaciona el fuego con el orinarse en la cama y que representaría los impulsos ligados al acto de la micción. Analizando adultos y niños ella encontró con gran frecuencia fantasías en las cuales la orina era imaginada como un líquido corrosivo, disolvente y abrasador, como un veneno insidioso y secreto. Dichas fantasías sádico-uretrales contribuyen a conceder al pene un significado inconsciente de instrumento de crueldad. Relacionado con esto nos hemos referido ya con anterioridad a un tipo de epiléptico ambicioso y combativo, siendo además esas concepciones sádico-uretrales junto con las sádico-orales las que contribuyen con mayor frecuencia a acarrear trastornos de la potencia sexual en el hombre (las fantasías que giran alrededor del tema de la vagina dentada están relacionadas con estas dos fases del desarrollo de la libido).

En lo que respecta a los accidentes paroxísticos, los niños difieren poco de los adultos, yendo estas manifestaciones desde la simple obnubilación más o menos transitoria (G. Robin [41]),¹⁰ el vértigo, la ausencia, hasta el ataque típico. La determinación y el

¹⁰ Desde niño Flaubert presentó manifestaciones de este tipo "...il restait de longues heures un doigt dans la bouche, absorbe, Pair presque bête. «A ses retours d'une demi-journée paseo á Rouen, la mere de Gustave retrouvait son fils á la même place, dans la même pose. Elle s'effrayait de ees stupeurs.»" (M. du Camp.) "Il s'enfonçait tellement dans ses lectures, en se mordillant la langue et en se tortillant une meche de cheveux avec les doigts, qu'il lui arrivait, á un moment, de choir á terre. Un jour, il se coupa le nez en tombant contre une vitre de bibliothèque." (Flaubert.)

sentido de estos accidentes son más o menos los del adulto, aunque la elaboración de los síntomas es menor a medida que la edad decrece.

El niño epiléptico es violento, viscoso, turbulento, desordenado, inestable, agresivo, colérico, obstinado, caprichoso oposicionista, hipocondríaco, etcétera. Todos estos caracteres mezclados con elementos obsesivos, perseveración, lentitud (bradipsiquia) y explosividad completan el cuadro. Un elemento característico de la epilepsia infantil son las crisis coléricas, que ponen de manifiesto la estructura profundamente sado-masoquista de estos enfermos. En estas crisis coléricas se expresan una después de la otra, o juntas, las dos corrientes de la agresión, existiendo frecuentemente un cierto grado de obnubilación de la conciencia. Se observan además perversiones, vagabundaje, fugas, robos, etcétera, que pertenecen también al cuadro general de la enfermedad.

Las psicosis epilépticas

Durante muchos días he estado absolutamente extraviado... es abominable. He gritado tanto en las crisis... que yo quería defenderme y ya no podía más. Las crisis tienden a tomar un aspecto religioso absurdo... como no las tendría un supersticioso... me vienen ideas religiosas enmarañadas y atroces.

V. van Gogh

Dans les derniers temps... Vincent (van Gogh) devint excessivement brusque et bruyant, puis silencieux...

P. Gauguin

Nos ocuparemos aquí solamente de una de las formas más típicas de estas psicosis, los estados crepusculares episódicos (van Gogh)-, que constituyen el material de investigación desde el cual Schilder abordó el problema de la epilepsia.

Este autor encuentra como contenidos fundamentales las ideas de aniquilamiento o muerte y renacimiento referidas al propio cuerpo del sujeto o proyectadas al mundo exterior como fantasías de destrucción y reconstrucción del mundo. Cuerpo y mundo se mez-

clan también en la epilepsia como en la esquizofrenia debido a que se trata de afecciones profundamente narcisísticas donde la diferencia entre yo y el mundo exterior no está claramente establecida. Las fantasías de regresión al seno materno se manifiestan como típicos *déjà vu*, conteniendo en el fondo estos fenómenos la idea de renacimiento. El aniquilamiento y el renacer se observan bajo el aspecto de imágenes cósmicas, correspondiendo a las fantasías de fin del mundo, como en la esquizofrenia, y siendo éstas la proyección del derrumbe corporal. Las ideas de renacimiento con impulsos a la actividad corresponden al estado subjetivo de la manía, estructura psicótica que se manifiesta con gran frecuencia en la epilepsia. Las ideas de aniquilamiento corresponden a las fases denre-sivas, y las vivencias de renacimiento están relacionadas con la fase de restitución biológica y son consideradas por Schilder como la representación de los cambios biológicos de la enfermedad. En esta fase de restitución los enfermos se sienten sanos, teniendo tal vez la misma raíz la falta de conciencia de enfermedad existente en ellos. Estas fantasías de renacimiento í^nto a elementos sádicos podrían ser consideradas como tónicas de los estados crepusculares. Sin ser específicas de la epilepsia, ya que pueden encontrarse en la esquizofrenia, estas fantasías, aue fueron denominadas por Tung como imáeeenes primitivas, están relacionadas con los profundos cambios biológicos de la epilepsia.

Otros de los elementos característicos del estado crepuscular son los trastornos de la percepción, semejantes a los estados confusionales (amencia). La perseveración domina el pensamiento de estos enfermos y se caracteriza por el permanente regreso de los mismos contenidos, las mismas palabras, las mismas frases, la misma alucinación, etcétera. Esta tendencia a la perseveración puede ser relacionada con lo que Freud denominó automatismo de repetición y que según Schilder sería la expresión de un determinado ritmo biológico típico de la epilepsia que podría estar en conexión con las ideas de muerte y renacimiento.

En el estado crepuscular se produce generalmente una amnesia total, pudiendo demostrarse, sin embargo, con una investigación más cuidadosa, la existencia de restos de las vivencias experimentadas durante dichos estados. El método utilizado es denominado "método del ahorro", y siguiendo las investigaciones de Muralt (42) y Riklin (42 b) pudo Schilder hacer desaparecer por medio de la

hipnosis la amnesia consecutiva a estos accidentes, haciéndose (té esta manera conscientes sus contenidos vivenciales. El proceso de la amnesia se relaciona con la represión, debiendo tenerse en cuenta no sólo el carácter del material reprimido en relación con tendencias arcaicas y primitivas, sino también el elemento represor que sufre modificaciones después de estas crisis, haciéndose el sujeto en estas circunstancias más hipermoral. (Esto parece ser cierto en algunos casos.)

La demencia epiléptica se caracteriza por elementos pertenecientes a la estructura epiléptica en general, como la perseveración, la viscosidad, el narcisismo y autoerotismo. El pensamiento se hace lento, dificultoso, encontrándose, según Schilder, trastornos deficitarios que recuerdan a aquellos que se observan en la parálisis general y en otras afecciones orgánicas del cerebro. También describe trastornos del lenguaje semejantes a los de la afasia, ya caracterizados por una dificultad en la captación del sentido de las palabras frente a la cual el enfermo realiza grandes esfuerzos.

F. Minkowska hace interesantes observaciones sobre el delirio epiléptico desde el punto de vista fenomenológico coincidentes en el fondo con las interpretaciones psicoanalíticas. Dice que en presencia de un conflicto el epiléptico continúa llevándolo dentro de sí sin descargarlo, ya que este proceso le está impedido debido a su comportamiento glischroide (viscosidad que llega hasta el éxtasis). El conflicto se transforma de esta manera como en el polo de un imán, concentrándose alrededor de él la afectividad del sujeto. Las emociones acumuladas sólo pueden canalizarse en profundidad; la realidad es suprimida, la conciencia se obnubila y se sumerge en una ansiedad intensa, expresándose el factor destructivo que ella integra por visiones de un carácter global, enfrentándose el enfermo con las fuerzas más primitivas desencadenadas que terminan en un cataclismo donde todo naufraga. Estas vivencias del epiléptico —continúa diciendo F. Minkowska— provendrían de las capas más profundas y menos personales del individuo, derivándose de allí el carácter sobrenatural, religioso y cósmico del delirio epiléptico. Las inferencias existentes entre la situación del epiléptico y la del melancólico se manifiestan en que en este último caso las ideas de aniquilamiento van dirigidas contra el propio yo del sujeto. En el esquizofrénico todo se disocia, todo se dispersa, todo

se disgrega, mientras que en el epiléptico todo se acumula, se condensa, se aglutina, alejándose de esta manera el enfermo de la realidad para sumergirse en fenómenos de orden universal (la creación y el fin del mundo, fenómenos estrechamente ligados a la idea de Dios).

Esta religiosidad del epiléptico, que integra no solamente su carácter sino que constituye el núcleo de sus estructuras psicóticas, está relacionada con el sometimiento del yo al superyó, con el sentimiento de culpa, necesidad de castigo y expiación, tal como lo hemos estudiado en páginas anteriores. La frecuencia de temas religiosos en los delirios de los epilépticos había llamado la atención de muchos psiquiatras; Goldblatt (43), por ejemplo, ha realizado interesantes investigaciones estadísticas al respecto. Sobre 105 casos de epilepsia examinados por él, encontró que 33 presentaban una religiosidad patológica, mientras que en un número igual de otras afecciones mentales sólo pudo encontrarla en el 2 % de los casos.

Análisis de diversos hechos relacionados con la epilepsia

...la enfermedad ha invadido todo el cuerpo, ha penetrado en el organismo, y el alma, afectada, manifiesta su estado por estremecimientos epilépticos, de igual manera que las más inferiores capas de agua, cuando en el mar penetra el viento, se mueven, se arremolinan y se muestran a la superficie convertidas en espumosas, irritadas olas...

Lucrecio (44)

La epilepsia es el terremoto del hombre.

Boerhaave

1) *La repetición de las crisis.* Foerster distingue cuatro clases de factores epileptógenos: los irritativos, los que reducen el umbral de irritabilidad (los más importantes), los accidentales y los ictógenos.

Estos factores ictógenos son los que condicionan la aparición de nuevas e idénticas crisis, como consecuencia de la primera, frente a variadas situaciones. Dicho carácter había sido ya observado por Gowers (45) cuando decía que cada crisis epiléptica es parcial-

mente la consecuencia de la crisis precedente y la causa de la siguiente. Según Steck (46), esto no dependería de los procesos químicos reversibles, sino que se asienta sobre una propiedad funcional del sistema nervioso central denominado canalización dinámica (*bahnung*) o automatización de un fenómeno de descarga: Por esto, desde el punto de vista terapéutico sería necesario evitar a toda costa la creación del hábito epiléptico.

Este fenómeno de canalización dinámica o automatización del fenómeno de descarga es la denominación en términos fisiológicos de lo que Freud (47) llamó automatismo de repetición y que rig* la vida instintiva. Dicho automatismo de repetición tiene por función repetir determinadas situaciones, con la misma estructura y contenido, con el objeto de descargar tensiones acumuladas (sueños, neurosis traumáticas, juegos infantiles, etc.). Las tensiones acumuladas que se tratan de descargar por medio de la repetición de dichas situaciones están relacionadas primitivamente con las tensiones acumuladas en la situación primaria y que debido a su magnitud e intensidad en su irrupción no pudieron ser descargadas ni elaboradas por el yo. A la acción de este principio y debido a su carácter compulsivo y en cierta medida destructor, Freud le dio las características de "demoníaco". Dicho automatismo de repetición tendría por finalidad: hacer vivir activamente lo que se ha experimentado pasivamente (por ejemplo, el trauma del nacimiento); la experiencia pasiva es reproducida activamente durante el ataque epiléptico con la finalidad de descargar las tensiones relacionadas con la primitiva experiencia.

El automatismo de repetición entra al servicio del principio del Nirvana y del principio del placer. Al liquidar tensiones displacientes consigue también estabilidad. En la repetición de dicha situación traumática son satisfechos todos los instintos, tanto de vida como de muerte, y la situación total tiene los caracteres de una manifestación de masoquismo erógeno.

Para A. Kardiner (48) el ataque epiléptico se repite exactamente en todos sus detalles debido a un esfuerzo tendiente a volver a conseguir la integración de los órganos dañados, movido por el automatismo de repetición. El ataque tendría el significado de muerte y renacimiento, y los fenómenos que siguen al ataque repiten en forma abreviada aquellos acontecimientos que tienen lugar desde el momento mismo del nacimiento. El epiléptico hace por

esto grandes y continuados esfuerzos para autocurarse. Debido al automatismo de repetición el yo intenta nuevas fusiones o mezcla de instintos, realizándose algunos éxitos espontáneos por medio de esa mezcla secundaria que puede impulsar al sujeto hacia las vías de la sublimación u orientar el instinto de muerte hacia afuera llevándolo a la criminalidad.

2) *La mutación de los síntomas.* Hemos dicho ya que la fenomenología de la epilepsia está condicionada por dos situaciones típicas dependientes de las tensiones de la libido, siendo una de carácter permanente, que da lugar a la estructuración de la personalidad epiléptica, y la otra de carácter súbito, brusco, que da lugar a la formación de los accidentes paroxísticos. El incremento de la libido, la magnitud del instinto de muerte, la situación de ansiedad provocada por ellos mueve al yo al empleo de sus mecanismos de defensa contra dicha situación. Entre estas dos series de fenómenos existe un cierto balanceo, como por ejemplo la aparición de frecuentes accidentes paroxísticos hace disminuir o variar los componentes caracterológicos. De esta manera la situación primitiva puede ser resuelta como ataque, como carácter, como manifestaciones nocturnas, como conducta criminal, estableciéndose entre estas diversas manifestaciones ciertos intercambios o mutaciones.

La denominación de equivalentes epilépticos resulta así inadecuada, ya que los diversos síntomas derivan todos de la misma situación psíquica primitiva, siendo los ataques tan equivalentes de los síntomas menores como los segundos de los primeros. La forma en que el yo resuelve el conflicto empleando variados mecanismos de defensa depende seguramente de disposiciones previas, estructurales y de las condiciones económicas de la libido.

3) *La hiperventilación.* Siguiendo la técnica propuesta por Foerster (49) es posible en algunos casos provocar crisis convulsivas más o menos típicas en enfermos epilépticos estando el mecanismo de producción relacionado con la alcalosis desencadenada. Puede provocarse lo mismo con la introducción directa de alcalinos, así como con la disminución del oxígeno del aire inspirado, siendo, según Lennox y Cobb (50), estos dos factores, además de la hipercloremia y la hipocalcemia los que más frecuentemente influyen en la precipitación de los ataques. La situación humoral producida como consecuencia de la hiperventilación reproduce el

cuadro humoral de la ansiedad, encontrándose también en **álj** alcalosis, hipocalcemia (H. Claude, Lévy-Valensi [51]). El **dd** encadenamiento de crisis epilépticas en sujetos con una alta **depq** sición para ellas a consecuencia de la hiperventilación puede **ej** plicarse por el hecho de que esta maniobra crea las condiciones bid lógicas de la ansiedad, fenómeno del cual depende la aparición **á(** los síntomas de la epilepsia.

4) *El hiperinsulinismo.* La observación de crisis **convulsiva** causadas por la administración de insulina en diabéticos, el descúbrimiento de casos de hiperinsulinismo espontáneo (adenoma **d^** páncreas) y finalmente la observación de crisis convulsivas **durante** el tratamiento de Sakel en enfermos psicóticos estimularon **invel** tigaciones encaminadas a establecer relaciones **entre** el nivel del azúcar sanguíneo y dichas manifestaciones paroxísticas. En los **ca** sos de hiperinsulinismo espontáneo estudiados (Harris [52], 50 **ca** sos hasta 1932) se observaron predominantemente los síntomas convulsivos, sosteniendo, sin embargo, Weiss y English (53) que lo **^** síntomas más frecuentes son la ansiedad, irritabilidad» excitación, estados confusionales que pueden llegar hasta la pérdida completa **ddj** conciencia (coma). Weiss y English discuten la relación causal **entre** el hiperinsulinismo funcional y los estados de ansiedad, haciendo **^** notar de paso la ligereza con que se diagnostican los primeros. **Para**, dichos autores el hiperinsulinismo es una consecuencia y no una! causa de los estados de ansiedad, estando éstos en relación con **del** terminadas situaciones vitales. Se encuentra en estos casos, **co**tnQi condición predominante, la existencia de intensas frustraciones ora-**i** les durante la infancia, que reactivadas por determinadas situaci-**^** nes actuales desencadenarían la hipersecreción, pudiendo **admitirse** que esta hiperfunción de la glándula, de carácter más o menos permanente, podría ser la causa del adenomamismo. Las frustraciones orales, el anhelo de amor, el hambre y la ansiedad están íntimamen-; te relacionados en el inconsciente, tal como Alexander (54) lo **d*** mostró en sus estudios sobre la úlcera péptica. La hipersecreción **d*** insulina en los estados de hiperinsulinismo funcional podría ser con- siderada como equivalente **de** hipersecreción de jugo gástrico, tal, como se observa en las neurosis gástricas producidas frente a sitúa- ciones semejantes. En los casos en que se inyectan grandes dosis **de ** insulina y en el adenoma de páncreas independizado de su sitúa- ción etiológica primitiva, la hipoglucemia crea dentro del yo una!

situación de peligro reproduciendo las situaciones primitivas de frustración oral de origen exterior (relaciones entre frustraciones orales, ansiedad y agresión, M. Klein). Las crisis convulsivas que se presentan son la consecuencia de esta situación de peligro y de la ansiedad a ella ligada, desencadenándose los accidentes paroxísticos en sujetos con una disposición convulsiva previa.

5) *La epilepsia refleja*. Ella ofrece un particular interés para la teoría psicoanalítica de la epilepsia. De cuanto se ha escrito, tanto desde el punto de vista experimental (Brown Sequard [55]) como desde el clínico, se deduce que cualquier parte del cuerpo que es irritada con cierta intensidad y duración puede transformarse en una zona epileptógena; es decir, que desde allí pueden partir estímulos capaces de producir crisis convulsivas. Estas zonas así estimuladas son en realidad erogenizadas, transformándose en verdaderas zonas erógenas desde las cuales puede elevarse la tensión de la libido en el aparato psíquico. Pero para que una crisis convulsiva se produzca por un estímulo de tal naturaleza en el hombre, éste debe disponer de mecanismos preformados (aptitud convulsiva), siendo el caso más típico el de la aparición de manifestaciones epilépticas en niños con vermes intestinales. La irritación permanente de la mucosa intestinal, zona de por sí fuertemente erógena, se convierte en una fuente permanente de estímulos libidinosos que condiciona la aparición de los síntomas que suelen iniciarse como ansiedad difusa, pavores nocturnos, irritabilidad, agresividad, trastornos neurasténiformes. Según el umbral de que disponga, aparecerán fenómenos convulsivos dependientes de esta situación de estimulación, sin descarga adecuada, semejante a las condiciones de una neurosis de angustia. La relación entre el erotismo anal-sádico y la epilepsia ha sido ya consignada repetidamente en este trabajo, pudiendo sostenerse que la estimulación de dicha zona erógena condiciona el aumento de la agresividad (sadismo).

Koang Ngan Koen (56) ha resumido todas las experiencias realizadas en animales y las observaciones clínicas en personas. Cita los curiosos casos de Bochefontaine, donde el ataque era desencadenado por la estimulación del lóbulo de la oreja; de Jackson, donde las crisis se producían cada vez que alguien tocaba la cara o la cabeza del enfermo; de K. Wilson, donde las mismas condiciones se establecían cuando el elástico del sombrero tocaba la nariz del enfermo, etcétera.

Además de la interpretación económica (aumento de la ten* sión de la libido), en todos los casos cabe una interpretación psicológica (simbólica) de las situaciones de estímulo.

La otra variedad de casos de epilepsia refleja se relaciona con intervenciones quirúrgicas más o menos traumáticas (amputaciones, por ejemplo), siendo estos casos muy poco frecuentes. La situación inversa se da con mucha mayor frecuencia y consiste en que, a raíz de intervenciones del mismo tipo, los enfermos epilépticos suprimen por lo menos temporariamente sus **crisis** (satisfacción masoquística sustitutiva). Esto mismo sucede también frente a fracasos u otras circunstancias que contribuyen a satisfacer la necesidad de castigo.

6) **Los trastornos gastrointestinales.** Pródromos y auras epilépticos de naturaleza gastrointestinal han sido descritos desde la antigüedad, tratándose, como ya lo hemos dicho, de trastornos funcionales de carácter paroxístico (organoneurosis transitorias). También hemos podido comprobar con cierta frecuencia en estos enfermos úlceras pépticas; W. Álvarez (57) describe una serie, de trastornos más o menos transitorios que deben ser relacionados con la epilepsia y aconseja un examen electroencefalográfico en los casos sospechosos. Pero los trastornos gastrointestinales más frecuentes en los epilépticos son aquellos constituidos por una constipación crónica, alternando con crisis diarreicas súbitas y a veces dolorosas, que recuerdan a las que se observan en la colitis mucomembranosa. Esta organoneurosis está en relación **con** el estudio anal-sádico del desarrollo de la libido, y por este motivo las funciones excrementicias entran al servicio de las tendencias eróticas y agresivas.

La constipación crónica psicogenética (F. Alexander [58]) tiene una doble determinación: a) El retener materia fecal satisface el erotismo anal, constituyendo también la expresión de una actitud infantil de "no dar nada" como venganza dirigida contra la madre por considerar que no recibe de ella amor suficiente; b) por otro lado, la inhibición del acto de la defecación se debe a que éste tiene el significado inconsciente de agresión ligada al acto de "ensuciar". El temor a la venganza (vuelta de la agresión desde el exterior) y los sentimientos de culpa que la satisfacción de la agresión acarrearía condicionan la inhibición de esta función de

significado hostil, expresándose de esta manera el conflicto epiléptico por intermedio del tractus intestinal.

Pero debido a la disminución de las fuerzas represoras o al aumento súbito de la agresión, aparecen crisis diarreicas precedidas a veces de una descarga de gases intestinales, dolor y malestar, que son la expresión de la desinhibición de la agresión, que se expresa de esta manera por vía somática. La descarga de la agresión por intermedio de las funciones intestinales reemplaza a otro accidente paroxístico (pródromos, aura o ataque), habiendo intuido O. Weininger el verdadero sentido de estos síntomas al decir que "la diarrea desvía por otro conducto lo que de otra manera se atascaría y produciría la caída del individuo" (ataque epiléptico).

7) **La jaqueca.** El problema relacionado con el parentesco entre la jaqueca y la epilepsia ha sido largamente debatido, encontrándose con cierta frecuencia crisis que tienen los caracteres de la jaqueca entre los antecedentes individuales y familiares de los epilépticos. La jaqueca es una organoneurosis vasomotora (conversión pregenital) que toma los vasos cerebrales y otros órganos, como el estómago, el intestino, los ojos, etcétera, para expresar una situación psíquica similar a la epilepsia, girando también ella alrededor de la agresividad y sus distintas direcciones.

Frida Fromm-Reichmann (59) realizó el análisis de varios casos de jaqueca sosteniendo que los enfermos de este tipo sufren fundamentalmente de un conflicto de ambivalencia no resuelto al no poder tolerar la hostilidad dirigida contra personas queridas. Por este motivo tratan de mantener reprimida la agresión, que vuelven contra sí y se expresa finalmente por el síntoma físico de la jaqueca. El temor al castigo proveniente de dichas personas suele ser sentido como temor al desamparo familiar, siendo frecuente su aparición en personas pertenecientes a familias tradicionales con intensos lazos afectivos, circunstancia que contribuye a una mayor represión de la agresividad. La elección de la cabeza para la expresión del conflicto estaría condicionada, en algunos de los casos analizados, por ciertas características intelectuales de los padres, estando dirigida la hostilidad hacia la parte del cuerpo más narcisísticamente valorada por el objeto.

La situación psíquica y los mecanismos de la jaqueca pueden sintetizarse de la siguiente manera: intenso conflicto de ambiva-

lencia, la agresividad es reprimida y vuelta contra el propio sujeto! introyección del objeto, introyección de la agresión, identificaciói;; realizándose la agresión sobre el propio sujeto como en la epilepsia. El ataque de jaqueca representa la agresión (crimen) que hubfl de realizarse contra el objeto, sufriéndola el yo masoquísticament<; como un castigo impuesto por el superyó. En la jaqueca se **ob**^ serva además de una fijación anal-sádica una de carácter oral-sádico intenso; una particular severidad del superyó, elementos depresivos de carácter periódico que vinculan esta organoneurosis con s\ círculo de la psicosis maniacodepresiva.

8) **Estudios electroencefalográficos.** La electroencefalografía constituye hoy uno de los métodos más precisos para la investiga^ ción de los fenómenos epilépticos. Trataremos de resumir los resultados obtenidos en este terreno por Lennox, F. y E. Gibbs (60), H. y P. Davis (61), Jasper, etcétera.

a) El electroencefalograma muestra una alteración del ritmo de las ondas cerebrales, siendo la disritmia cerebral paroxística su manifestación extrema. Esta disritmia tiene carácter particular de acuerdo con cada tipo clínico, mostrando los epilépticos, fuera de sus síntomas agudos, en el 95 % de los casos, trastornos del ritmo denominado subclínico también específicos para cada tipo. Las crisis pueden ser previstas con anticipación, siendo probable que también en la epilepsia sintomática sea necesaria una disposición previa, demostrada frecuentemente por medio de este método.

b) El número de personas con trazados del tipo de la epilepsia es veinte veces mayor que los que sufren esta enfermedad en forma manifiesta. En los Estados Unidos hay 500.000 epilépticos en asistencia, deduciéndose entonces que existen más o menos 10.000.000 de personas con un ritmo anormal. Estudios realizados sobre familiares de epilépticos indican que el 60 % de ellos tiene un trazado anormal.

c) En los niños difíciles, denominados "niños problema", con mala conducta, y en adultos con una conducta antisocial, donde predomina la agresividad, se observan trazados semejantes. P. Davis estudió 132 esquizofrénicos, encontrando que la mitad de los casos presentaban gráficos anormales, caracterizándose estos enfermos por una conducta anormal de tipo agresivo (sería interesante investigar si no son éstos los esquizofrénicos que reaccionan mejor frente a los tratamientos insulínico y convulsivante).

Los datos suministrados por estas investigaciones dan prueba de la naturaleza constitucional de la disposición a esta enfermedad, que se caracterizaría por un umbral bajo de reacción y una fórmula instintiva especial donde la agresividad tiene un gran predominio. Las anormalidades del trazado deben ser consideradas como la expresión de esta situación instintiva fundamental que condicionaría los distintos aspectos de la epilepsia.

9) **La constitución epileptoide.** Las investigaciones de F. Min-kowska, realizadas por medio de los métodos genealógicos y antropométricos, aportan una serie de hechos de gran importancia para fundamentar la teoría analítica. Denomina constitución epileptoide o constitución glischroide a cierta categoría de sujetos que hereditaria y congénitamente manifiestan una bipolaridad que va de la inhibición a la explosividad, denominando a este conjunto: proporción afectivo-acumulativa. Sus estudios genealógicos demostraron que se trata de caracteres heredados, y en este sentido el término de constitución es empleado por ella.

En las familias donde encontró la epilepsia como trastorno dominante, basado en una herencia similar,¹¹ dicha afección se manifestaba de las siguientes formas: polimortalidad, epilepsia convulsiva, delirios epilépticos con o sin crisis y presencia de factores de naturaleza epiléptica en psicosis asociadas. Un aspecto particular, común a la mayoría de los integrantes normales y psicopáticos de esta familia, son los caracteres de la constitución epileptoide y el predominio de sujetos con una constitución física de tipo atlético.¹² Además, ha encontrado que los epilépticos permanecen fieles a su pueblo y tierra natal, en contraposición con los esquizoides, que tienden a la dispersión. En lo que se refiere a la elección de profesionales, las familias de este tipo dan sujetos orientados hacia tra-

¹¹ Entre los ascendientes de Dostoievski se encontraban ladrones, asesinos, magistrados, visionarios, "gente de avería", ascendencia donde el mal y el bien (H. Troyat) se mezclaron a través de generaciones, preconfigurando la obra de Dostoievski. Su madre padecía de horribles pesadillas "...il lui arrivait de pousser des hurlements de bête. Les enfants se réveillaient glacés d'épouvante". Su único hijo varón, Aliosha, murió en estado de mal epiléptico a los dos años y medio, hecho que contribuyó a reforzar aún más su sentimiento de culpabilidad, ya que consideraba que el niño había muerto de una enfermedad heredada de él.

¹² "...tendant ses muscles comme un athlète... sa large poitrine de géant..." G. de Maupassant (62).

bajos rudos, como agricultores, obreros de fábrica, etc. Finalmente, en el delirio epiléptico predominaría la obnubilación, la ansiedad, lo sobrenatural cósmico y religioso, la aglutinación, **etcétera**

Desde un punto de vista psicoanalítico puede formularse **qué** la disposición o naturaleza constitucional de la epilepsia **dependa** de una particular intensidad del instinto de destrucción (con fuentes anal, oral y uretral), que se expresaría por la polimortalidad infantil y por los componentes paroxísticos y permanentes de la enfermedad. La bipolaridad de la constitución epileptoide se relaciona con dicha magnitud del instinto de muerte; la explosión es su manifestación directa, y la inhibición, la defensa contra él. **Ea** cuanto a la afinidad de la constitución artética (Kretschmer [63] y Mauz [64], Minkowska) con la epilepsia, se explica por la relación existente entre el sadismo y la musculatura estriada. El hecho de que los sujetos pertenecientes al círculo epileptoide permanezcan en su lugar, en su ciudad natal o en su país de origen está vinculado con la dependencia oral (adhesividad oral), que les hace imposible el alejamiento de aquellos lugares que representan sustitutos de la madre, defendiéndose de esta manera de situaciones de desamparo.

Epilepsia y psicosis

La sensibilité semble se comporter à la manière d'un fluide dont la quantité totale est déterminée et qui, toutes les fois qu'il se jette en plus grande abondance dans l'un de ses canaux, diminue proportionnellement dans tous les autres.

Cabanis (65)

El empleo de la convulsión epiléptica como medio terapéutico plantea interesantes problemas referentes a la interrelación existente entre los dinamismos de epilépticos y psicóticos en general.

Sostiene A. Garma (66) que en las psicosis, tal como sucede en las neurosis, el conflicto se realiza entre el ello y el yo al servicio del superyó, y que las diferencias formales existentes entre estas dos estructuras sólo se refieren a la intensidad de la represión de los instintos. Dicha represión se ejercería sobre los instintos

correspondientes al sexo del sujeto, acarreado como consecuencia una intensificación de la libido homosexual. La situación psicológica en la psicosis (particularmente esquizofrenia y melancolía) podría ser definida como una subordinación de un yo masoquista frente a un superyó sádico.

Pero esta situación puede relacionarse con una intensificación del instinto de muerte, siendo éste canalizado tanto por el yo del sujeto (masoquismo del yo) como por el superyó (sadismo del superyó). Los dos elementos que adquieren predominio en la situación psicótica, la libido homosexual y el instinto de muerte, obran patogenéticamente, derivándose de ellos los síntomas incluidos en cada estructura psicótica.

El problema de la relación existente entre el instinto de muerte y la libido homosexual puede resolverse de dos maneras: o ellos obran paralelamente, o bien, como pensamos, la libido homosexual (libido destructiva) constituye la energía del instinto de muerte.

Consideradas así las psicosis, vemos que ellas reproducen la situación psíquica del epiléptico que, intensificada en las circunstancias del ataque, intenta resolver por este mecanismo el estado de tensión existente entre el yo y el superyó al descargar energías relacionadas con el instinto de muerte y la libido homosexual. El psicótico vive esta situación sin disponer de mecanismos para resolverla, intentando por medio de la producción de síntomas disminuir la angustia.

La provocación de un ataque epiléptico en un psicótico (Jelliffe [67], E. Vowinckel Weigert [68], etc.) en esas condiciones resuelve la situación de conflicto y sus consecuencias al satisfacer las tendencias masoquistas (necesidad de castigo). Desaparecida la situación de ansiedad, el yo puede intentar, a través de un verdadero proceso de renacimiento, nuevas relaciones de objeto y una síntesis apropiada.

Bibliografía

(1) Freud, S., "Nuevas aportaciones", *Obras completas*, tomo **XVII**, página 137, S. Rueda, Buenos Aires.

- (2) Redlich, E., *Observaciones críticas sobre el problema de la psicogénesis y psicoterapia de la epilepsia*, Nervenartz, 1929, t. 2.
- (3) Frisch, F., "Contribución al problema de la psicogénesis de la epilepsia" *Zentralblatt Für Psychotherapie*, 1930, t. 3.
- (4) Cobb S., *Foundations of Neuropsychiatry*, Williams and Wilkins Comp[^]; Baltimore, 1941.
- (5) Freud S., "Dostoievski y el parricidio", *Psicoterapia*, 1936, 3, p. 1.
- (6) Penfield, W. y Erickson, T., *Epilepsy and cerebral localization*, 1941.
- (7) Freud, S., "El yo y el ello", *Obras Completas*, t. IX, S. Rueda, Buenos Aires, 1923.
- (8) Du Camp, M., *Souvenirs Litteraires*, 1882.
- (9) Grinker, R., *Neurología*, Espasa Calpe, Madrid, 1942.
- (10) Hendrick, Y., "Psychoanalyt. observations on the auras of two case* with convulsions", *Psychosomatic med.*, 1940, vol. II, n^o 1.
- (11) Foerster, "Die pathogenese d. epilept. anfalls", *Zbl f. Neu.*, 1926, 44, p. 746.
- (12) Fretet, J., "Flaubert: L'épilepsie et le style", *Vévolution psychiatrique*, vol. III, 3.
- (13) Troyat, H., *Dostoievski*, 2 tomos, Americ-Edit, Río de Janeiro, 1940.
- (14) Schilder, P., "Entwurf zu einer psychiatrie auf Psychoanalytischer Grundlage", *Viena Inter. Psycho. Verlag.*, 1925.
- (15) Ferenczi, S., *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis*, Hogarth Press, Londres, 1923.
- (16) Abraham, K., *Selected Papers*, Hogarth Press, Londres.
- (17) Flaubert, G., *Correspondance*, Bibliothèque Charpentier. (3 series.)
- (18) Weininger, O., citado por Stekel.
- (19) Stekel, W., *Les états d'angoisse nerveux*, 1930, p. 551.
- (20) —, *Fortschritte der analytischen sexualwissenschaft*, t. I, 1924.
- (21) Clark, P., "Some psychological studies on the nature and pathogenesis of epilepsy", *Journal of nerv. and ment. dis.*, 1915, n- 42.
- (22) —, "The nature and pathogenesis of epilepsy", *Med. Jour.*, N. Y., 1915, 101.
- (23) —, "The psychobiology concept of essential epilepsy", *Jour. of nerv. and ment. dis.*, 1923, 57.
- (24) —, "A further contribution to the psychology and essential epilepsy", *Jour. of nerv. and ment. dis.*, 1926, t. 63.
- (25) Reich, W., "Über den Epileptischen Anfall", *Internat. Zeitschr. F. PsychoanaU*, 1931, 17, pp. 263-275.
- (26) Proust, M., "A propos du style de Flaubert", en *Chroniques*, Gallimard, París, 1927.
- (27) Weininger, O., *Diario íntimo*, trad. cast. de E. Suda, Americalee, Buenos Aires, 1942.
- (28) Gauguin, P., *Avant et après*, Crés, 1924.
- (29) Maeder, "Sexualität und Epilepsie", *Jahr. f. psycho. Forsch.*, 1909, vol. I.
- (30) Fenichel, O., "Histerien und Zwangsneurosen, Perversionen, Psycho-sen Charakter torungen", *Viena Enter. Psycho, Verlag*, 1931.

- (31) Minkowska, F., "La constitution épileptique", *L'évolution psychiatrique*, 19324.
- (32) Van Gogh, V., *Cartas a su hermano Theo*, trad. castell. de C. G. Lara, El Ateneo, Buenos Aires, 1943.
- (33) French, T., y Alexander, F., *Factores psicogénicos en el asma bronquial*, Asoc. Psic. Argentina, Buenos Aires, 1943.
- (34) Jones, E., *On the nightmare*, Hogarth Press, Londres, 1931.
- (35) Feré, "Études des revés des épileptiques", *Revue de médecine*, septiembre de 1905.
- (36) Stekel, W., *Die Sprache des traumes*, Bergmann, Munich.
- (37) Gutheil, E., *The language of the dream*, Mac Millan Company, Nueva York, 1939.
- (38) Doiteau y Leroy, *La folie de Vincent van Gogh*, Esculape, París, 1928.
- (39) Lautréamont, Conde de, *Los cantos de Maldoror*, trad. cast. de R. Gómez de la Serna, p. 177.
- (40) Klein, M., *The psychoanalysis of children*, Hogarth Press, Londres, 1937.
- (41) Robin, G., *Uépilepsie chez Venfant*, Gastón Doin, París, 1932.
- (42) Murlt, "Zur frage der epileptischen Amnesien", *Ztsch. f. Hypnotismus*, t. X.
- (42b) Ricklin, "Hepung epilep. Amnesien", *Journ. f. Psych. u. NeuroL*, 1. 2.
- (43) Goldblat, M., "Ueber das religiose Wessen der Epilleptiker", *Zeitsch. f. ges. Neur. u. Psych.*, vol. 116.
- (44) Lucrecio, *La naturaleza de las cosas*, trad. cast. de M. Rodríguez Navas, p. 181.
- (45) Gowers, *De l'épilepsie*, Masson, París, 1883.
- (46) Steck, H., "Anatomie path. et phys. del epilepsie", *Ann med. Psychil.*, 1936, t. I, 145.
- (47) Freud, S., "Más allá del principio del placer", *Obras completas*, t. II, S. Rueda, Buenos Aires.
- (48) Kardiner, A., "The bio-analysis of the epileptic reaction", *Psychoanalyt. Quart.*, 1932, I, n? 3-4.
- , "The traumatic neuroses of war", *Psychosomatic Medicine Monograph*, 1941, II-III.
- (49) Foerster, *In Deut. Med. Woch.*, nov. 1924, p. 1562.
- (50) Lennox y Cobb, citado por Grinker.
- (51) Claude, H., Lévy-Valensi, *Les états anxieux*, Maloine, París, 1938.
- (52) Harris, S., "Epilepsy and narcolepsy associated with hyperinsulinism", *J.A.M.A.*, 1933, 100, pp. 321-328.
- (53) Weiss and English, *Psychosomatic medicine*, Saunders, Filadelfia, 1943.
- (54) Alexander, F., *The medical valué of psychoanalysis*, Norton, Nueva York, 1936.
- (55) Brown Sequard, "Affection convulsive, etc.", *Société de Biologie*, 1850, p. 105.
- (56) Koang Ngan Koen, *VEpilepsie expérimentale*, Vega, París, 1933.
- (57) Álvarez, W., *Nervousness indigestión and pain*, 1943.

- (58) Alexander, F., y colaboradores, "Symposium on the influence of psycho. fact, gastrointestinal disturbances", *Psycho. Quart.*, 1934.
- (59) Fromm-Reichmann, F., "Contribution to psychogenesis of migraine", *Psychoanalytic Prev.*, 1937, 24, p. 26.
- (60) Lennox, F. and Gibbs, "The electro-encephalogram in diagnosis and in localization of epileptic seizures", *Arch. Neur. and Psychiat.*, 36, pp. 1225-1235.
- (61) Davis, H. and P., "The electroencephalograms of psychotic patients", *Amer. Journ. Psychiat.*, 95, pp. 1007-1025.
- (62) Maupassant, G. de, *Étude sur G. Flaubert*.
- (63) Kretschmer, E. y Enke, W., *La personalidad de los atléticos*, Morata, Madrid, 1942.
- (64) Mauz, F. *La predisposición a los ataques convulsivos*, Morata, Madrid, 1942.
- (65) Cabanis, "Histoire des sensations", *Oeuvres complètes*, 1831, U III, p. 153.
- (66) Garma, A., "La realidad y el ello en la esquizofrenia", *Archivos de Neurobiología*, 1931, pp. 11-604.
- (67) Jelliffe, S., "Smith Ely, Clinical experience with hypoglycemic therapy of the psychoses", *Journal of Nerv. and Neurol. Dis.*, 1937, 85, p. 575.
- (68) Vowinckel Weigert, E., "Psychoanalytic notes on sleep and convulsions in functional psychoses", *Psychiatry*, 1941, pp. 2-198.
- (69) Pichon-Rivière, E., "Algunos conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica de la epilepsia", *Index de neuro y psiquiatría*, 1941, n° 3.
- (70) —, "Alteraciones del esquema corporal en el curso de la epilepsia, la histeria y coma hipoglucémico" (resumen), *Index de neuro y psiquiatría*, 1941, n° 3.
- (71) —, "Consideraciones sobre un caso de epilepsia con ataques, paraneusias y estados de sueño" (resumen), *Index de neuro y psiquiatría*, 1941, n° 3.
- (72) —, y Aberastury, A., *Oligotimia y endocrinopatías*, Actas del Congreso Panamericano de Endocrinología, 1940.

ESTUDIO PSICOSOMATICO DE LA JAQUECA *

En un trabajo anterior sobre los dinamismos de la epilepsia he tratado de poner en claro los mecanismos esenciales de esta afección con el propósito de establecer relaciones entre la jaqueca y la epilepsia. El análisis de algunos enfermos con jaqueca me dio la certeza de que la situación básica en estas dos afecciones era muy semejante, ya que sus síntomas podían alternar, sustituyéndose entre ellos, tomando todos los tipos clínicos de transición. El conflicto descubierto en estos pacientes es fundamentalmente un conflicto de ambivalencia imposible de resolver, ya que la intensa agresividad va dirigida contra personas a veces sobrestimadas por ellos. La represión de esta agresión y la vuelta contra sí es el mecanismo esencial. El mecanismo de defensa empleado por el yo de estos enfermos es semejante al de la melancolía y al de la epilepsia, existiendo una introyección del objeto (introyección de la agresión dirigida hacia ellos) y realizándose el ataque contra el propio sujeto.

De esta manera, el yo se castiga masoquísticamente, sanción que es impuesta por un superyó muy severo. Cierta periodicidad, la existencia de crisis depresivas y puntos de fijación o dispositionales semejantes me permitieron establecer también una relación entre esta enfermedad y la psicosis maniaco-depresiva. La situación básica que hemos descrito en la esquizofrenia se resuelve aquí con

* Trabajo presentado al Primer Congreso Interamericano de Medicina, Río de Janeiro, setiembre de 1946.
Rascovsky, A., editor, *Patología psicosomática*, cap. XII, Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1949.

un síntoma de conversión somática, perfectamente delimitado, semejante a las conversiones de la epilepsia.

El propósito principal de mi comunicación es mostrarles algunas situaciones nucleares del psicoanálisis de un jaquecoso, psicoanálisis que duró 600 horas, curándose finalmente el paciente de su trastorno.

Se trataba de un enfermo que vino al análisis por una impotencia de larga evolución y que frente a la inminencia de un noviazgo decidió ponerse en tratamiento. Además, sufría de profundas depresiones, inhibiciones para el trabajo, ideas de suicidio, desarrollando una conducta de fracaso y sometimiento frente a las personas con las cuales trabajaba. Padecía periódicamente de fuertes lumbagos, crisis de ansiedad, pavor nocturnos y "crisis de muerte" caracterizadas por una gran postración, escalofríos y vivencia de muerte inmediata. De niño había padecido todas las enfermedades características de esa época del desarrollo, y según el enfermo había vivido casi toda su infancia en manos de médicos. A los 20 años enfermó de tuberculosis.

Era un hombre dotado de gran inteligencia que no había podido realizarse debido a sus trastornos de carácter, no habiendo terminado ninguna carrera. Trabajaba en una oficina del Estado y ganaba un sueldo pequeño. Era muy estimado por sus compañeros de trabajo, y durante el análisis apareció en él una fuerte vocación poética, llegando a escribir gran cantidad de poesías cuyo contenido era un material importante para él mismo.

Pertenecía a una familia criolla, tradicional, con grandes prejuicios sociales y religiosos. Vivía en un clima familiar muy intenso, característico en estos enfermos. Sus antecedentes hereditarios son de un interés múltiple. Por la línea paterna, la bisabuela había sido alienada (psicosis maniaco-depresiva); la abuela, con francas tendencias depresivas, había muerto de diabetes; el padre, que falleció a los 64 años de cáncer de próstata, era hipertenso, obeso y sufría graves depresiones. Un tío del enfermo, alcoholista y epileptoide, murió también de cáncer; otro, también alcoholista, falleció de la misma enfermedad, al igual que un tercer tío, que padecía además tendencias depresivas. Entre los tíos paternos había sólo una mujer, que aún vive, a la que denominaremos Julia, quien tuvo una gran influencia en la vida de nuestro enfermo.

Tiene ella también un carácter extraño, con frecuentes síntomas de conversión y crisis de angustia.

Por la línea materna encontramos una familia de taciturnos, con rasgos esquizoides; la madre del enfermo vive y es hipertensa.

De este matrimonio nacieron 10 hijos, de los cuales viven 8, habiendo muerto 2, uno, el mayor, a los 8 años y el otro, el quinto, a los 8 meses, de escarlatina. Nuestro enfermo es el cuarto en la escala familiar. De los 8 vivos, 2 son mujeres, solteras ambas; la mayor, afectada de bocio exoftálmico y operada de fibroma. La otra mujer, la novena en la escala familiar, está afectada también de bocio exoftálmico y tiene un típico carácter histérico. Lo que caracteriza este grupo familiar es una conducta de fracaso, y las tendencias pasivo-masoquistas son predominantes en los hombres.

El síntoma de la jaqueca apareció en nuestro enfermo entre los 17 y 18 años con todas las características de dicha enfermedad, sus pródromos, su fase ocular, su fase dolorosa y la fase terminal. Algunas crisis fueron acompañadas de movimientos rítmicos de la cabeza y parálisis faciales transitorias. No me detendré en el estudio de su sintomatología; sus crisis fueron bien típicas, alternando con otras menos características. La observación de este caso me demostró que entre el dolor de cabeza común y la jaqueca oftálmica existe una serie de grados, de transiciones, que obedecen todos a mecanismos semejantes, dependiendo el grado de gravedad del síntoma de la situación psicológica desencadenante. Después de las jaquecas el enfermo padeció de una sinusitis crónica que también desapareció con el psicoanálisis. Su jaqueca solía iniciarse con una obstrucción del conducto nasal derecho, con sensación de dificultad en los movimientos faciales, fuertes dolores en el arco superciliar y seno frontal, con sensación de hinchazón en el mismo lugar, reducción de su campo visual, lagrimeo, fotofobia, sensación de nube, movimientos rítmicos y una sensación de congestión cefálica y de "batimiento de la masa encefálica", tal como expresaba el enfermo. Estas crisis eran periódicas y una vez iniciadas tenían un horario fijo. Después de haber intentado toda clase de tratamientos, pero sobre todo movido por su impotencia, decidió hacer un tratamiento psicoanalítico.

Trataré ahora de narrarles algunos sueños y las asociaciones del enfermo que permitieron visualizar situaciones inconscientes, patógenas. Además, el primer sueño, que titularemos "el camino

del puente", tiene un especial interés, ya que a través de él pudimos descubrir una situación traumática que obró como factor localizador, permitiéndonos aclarar en parte un problema aún oscuro, el de la elección de neurosis.

El sueño del "camino del puente" es así: La escena se desarrolla en un puente muy alto y largo, similar al puente de Brooklyn, con sus cadenas laterales en forma de festón. El enfermo lo atravesaba en un automóvil de color rojo, haciendo zigzags, ya que tenía que sortear una serie de refugios que en forma asimétrica estaban en el centro del puente y en toda su longitud. Detiene el automóvil y entonces ve a un niño que está tirado en el suelo, en un costado del puente, con un ataque de furia, traducido en gritos y pataleos. Alguien le dice que ese niño no debe ser tocado; nadie puede acercarse a él pues es un niño malo. Aparecen entonces en escena dos mujeres, que son la madre y la tía del enfermo, que lo invitan a proseguir su marcha, ya que ellas cuidarán al niño. Esto último se realiza a espaldas del enfermo, y las dos mujeres convienen en que el ataque de furia sólo se le pasará produciéndole un traumatismo, similar al que originó la enfermedad. Entonces las mujeres le dan al niño un fuerte golpe en la cabeza, a la altura de la frente, que le atraviesa el arco superciliar hacia abajo produciéndole una herida de la cual sale sangre. Al sentir los gritos del niño el enfermo vuelve a detener su automóvil, y cuando va a socorrerlo ve, con la consiguiente sorpresa, que ya no es un niño malo, que está completamente calmado. Entonces lo carga en su automóvil y se lo lleva.

El enfermo comienza asociando con el puente, que para él sería un símbolo de un curso de vida, que une los dos extremos, el comienzo y la terminación, es decir, el espacio comprendido entre el nacimiento y la muerte. "Vida por cierto pesada, tal como lo simbolizan las cadenas que lo bordean en forma de festón como si fueran esposas adheridas a mis miembros haciendo muy pesada mi marcha. Las dificultades de la vida están además simbolizadas por la serie de obstáculos que obstruyen el camino, en forma de refugios asimétricos que entorpecen la marcha de todos los días, el zigzag que hago permanentemente, cosa que me dificulta llegar a cualquier meta. Veo obstáculos y nada más que obstáculos." Recordemos la estructura depresiva del enfermo, sus inhibiciones, sus dudas, su ambivalencia. Caracterológicamente se lo

podría definir como un sujeto que elude, haciendo zigzags, las dificultades de la realidad. Pero por otro lado elude también los refugios, símbolos del claustro materno; no quiere entregarse a la pasividad, es decir, a la muerte.

Después del tema del puente, el enfermo comienza a asociar con el auto rojo, y relata que este automóvil es tomado de la realidad y pertenece a una amiga suya que es homosexual, asociando además con las dificultades que tiene él mismo debido a sus propias tendencias homosexuales. La amiga homosexual representa también a su tía Julia, mujer activa que sustituyó al padre del enfermo; es una mujer con auto, es decir, con pene, asociando el rojo con temas relacionados con la agresividad de esta misma tía.

El niño es una representación del propio enfermo y dice que representa sus tendencias infantiles y perversas. Las crisis que sufre el niño en el sueño representan para él sus propias crisis de ansiedad, sus crisis de cólera, y el pataleo expresa una típica actitud del enfermo que reacciona "pataleando" después de pasada la situación en la que esto hubiera sido más adecuado. Asocia además con las crisis epilépticas, con sus "crisis de muerte", ve en el niño una representación de un "pataleo inútil", de un esfuerzo inadecuado para vencer la pasividad. Asocia a continuación con una aparente sobreactividad en el trabajo, que tiene también por finalidad resolver neuróticamente su intensa pasividad. Dicha sobreactividad está siempre al servicio de un sometimiento frente a una figura paterna. El niño con ataque de furia representa entonces su agresividad y su pasividad, su conducta inadecuada y los síntomas paroxísticos epileptoides, mejor dicho, el contenido epiléptico de su jaqueca.

Alguien dice en el sueño que el niño no debe ser tocado, que nadie debe acercársele pues es un niño malo. Asocia a continuación con la idea de su propia maldad relacionada con sus tendencias homosexuales y agresivas. La idea de "malo" tiene también el sentido de repudiable, de sucio, pensamientos que giran alrededor del sentimiento de culpabilidad, que en él es muy intenso. Asocia además "lo malo" en relación con el ataque con las ideas que el vulgo se hace de los epilépticos, que serían seres poseídos por el demonio, satánicos, "intocables para no contaminarse". Esta idea se relaciona, sin duda, con los sentimientos de culpabi-

lidad despertados en la persona que observa un ataque al intuir el significado criminal latente del acceso.

Las dos mujeres que aparecen en el sueño son la madre y su tía Julia, figuras de una importancia fundamental en el desarrollo de nuestro enfermo. La tía, hermana del padre, que enviudó hace mucho tiempo, vivió siempre con ellos y desempeñó un papel activo. Las asociaciones del enfermo giraron alrededor de su complejo de Edipo, de su dependencia de la madre y de la tía, manifestando que son ellas quienes tienen en sus manos la clave originaria de su enfermedad, de su mal, y también los medios para contrarrestarla. Asocia a continuación con su noviazgo y la manera en que su madre y su tía lo fomentaron. El noviazgo tuvo por consecuencia reforzar el temor a la mujer, considerándose definitivamente impotente. "Éste fue un nuevo golpe —dice el enfermo—. En la vida real así acontece, y estas mujeres, al fomentar mi noviazgo, me producen una nueva sacudida, un nuevo golpe, que en el sueño es aplicado en la cabeza, representando el golpe (la jaqueca) el método por el cual me administro el castigo, apareciendo clara mi asociación entre impotencia y jaqueca.' El golpe —dice— parecía muy bien asestado; el niño parecía sufrir muy profundamente y de la herida manaba sangre/' Lo que más llamaba la atención del enfermo era que el golpe era aplicado justamente en el lugar donde el dolor es más intenso durante su crisis jaquecosa. Una vez aplicado el castigo, el niño se recupera, el enfermo lo toma y lo abraza, teniendo la impresión de reintegrarse algo que le pertenecía. Es como si después de haber sufrido el castigo él se atreviera a observarse, no considerándose ya malo, pues ya ha pagado su culpa.¹ La jaqueca representa para su inconsciente todo golpe asestado por la realidad, golpes que el mismo enfermo busca compulsado por su necesidad de castigo. Su madre y su tía representan su propio superyó, quien le administra

¹ En relación con el significado de golpe o castigo podemos citar esta curiosa observación de Mitchell (citado por P. Vallery-Radot y J. Hamburger): "El enfermo veía como a gran distancia un enano muy pequeño; esta figura se acercaba progresivamente y aumentaba de tamaño; la alucinación continuaba más de unas horas, y al cabo de este tiempo la imagen había adquirido proporciones gigantescas y se había transformado en un gladiador. Al final el gladiador golpeaba con su espada la cabeza del paciente y la cefalea adquiría su intensidad máxima en el punto donde el golpe era administrado".

un castigo por intentar una relación sexual cargada de tendencias incestuosas y homosexuales.

De las asociaciones dadas y utilizando también materiales de otros sueños aparece clara la relación entre la homosexualidad, agresión, pataleos, crisis de furia, el ser considerado malo, el recibir de nuevo el castigo, el ser castrado, representando simbólicamente la repetición de una crisis de jaqueca que cura la agresión, la furia, y es a su vez un castigo administrado por la madre y la tía. Frente a esta última su situación era muy ambivalente, y en última instancia la agresión iba dirigida contra ella, agresión que, impedida por el superyó, se volvía contra el propio enfermo. La tendencia y el objeto eran introyectados, como sucede en el mecanismo del suicidio; la crisis, desde este punto de vista, puede representar un crimen introyectado.

Una vez recibido el golpe y pasada la crisis, tal como sucede después de sus ataques de jaqueca, el enfermo se encuentra con menos ansiedad, menos inhibido y sintiendo una sensación de euforia y bienestar. Aliviando su sentimiento de culpa entra en una fase semejante al estado hipomaniaco.

El análisis de este sueño permitió visualizar la situación básica y los mecanismos de su neurosis. Cuando al final de la sesión hizo la síntesis de sus asociaciones tuvo una impresión particular. El enfermo dijo: "tengo la sensación de que estoy por recordar algo", y automáticamente pasó su mano por la región donde su jaqueca se manifiesta con más intensidad. Tuvo una sensación de *déjà vu*. Transcurridos varios días seguía pensando en la sensación despertada al final de esta sesión, y una semana después, en el momento en que estaba preparando chocolate, revolviendo con una cuchara el contenido de la cacerola, su novia, que estaba con él, tomó de sus manos la cuchara y pretendió batir el chocolate con mayor rapidez, gesto que hizo que la cacerola girara y estuviera a punto de caerse. En este momento el enfermo, demostrando gran ansiedad, exclamó: "Por favor, tengo horror de que pueda darse vuelta esta cacerola y volcarse el chocolate encima de mí". A continuación le dice: "Yo no recuerdo, pero siempre se me ha contado que de muy niño, no tenía aún dos años, estaba mi niñera haciéndome la sopa en la cocina y al darse vuelta teniendo ella el plato en la mano, me tomé de su pollera, lo que hizo que la pobre mujer me echara encima la sopa hirviendo sobre

la cabeza y me quemara parte de la cara del lado derecho". Al terminar la frase cuenta el enfermo que levantó su mano e indicó el lugar donde había recibido la quemadura, sorprendiéndose, mientras realizaba esto, de repetir el mismo gesto hecho mientras contaba el sueño durante la sesión: con su mano cubría parte de la cara del lado derecho desde la ceja hacia abajo. "Confieso —dice el enfermo— que de inmediato se hizo luz en mi mente, quedando muy impresionado." La asociación entre el golpe recibido en el sueño, los ataques de jaqueca y la quemadura sufrida en la infancia quedaba establecida. Esto último fue el traumatismo que fijó en un determinado lugar del cuerpo el sitio donde 15 años después iba a manifestarse en jaqueca.

Después de haber relatado este acontecimiento de su infancia el enfermo pidió a su madre que le relatara el episodio citado: "Al hacerlo —dice—, me quedé nuevamente helado; mi madre afirmó que era verdad, y para hacer más gráfica su descripción levantó su mano y la pasó sobre mi rostro de la misma manera y en el mismo lugar en que yo lo había hecho en la sesión de psicoanálisis y frente a mi novia".

Recordó en una sesión posterior que este accidente se había producido poco tiempo después de la muerte de un hermano menor, fallecido a la edad de 8 meses de escarlatina. La quemadura ocasionada por la niñera, sustitua de la madre y de la tía, fue vivida por el enfermo como un castigo por haber deseado la muerte de su hermano. En el sueño del puente, el golpe es asestado en el mismo lugar, donde cada vez que su agresividad se intensifica el castigo se vuelve a producir de la misma manera y en el mismo sitio. Años después de la muerte de su hermano el enfermo contrajo una escarlatina que le ocasionó un reumatismo, responsable, según creía él, de unas crisis de lumbago, que desaparecieron con el análisis. Esta identificación con el hermano enfermo y muerto apareció muchas veces en el contenido de sus síntomas.

Todo el análisis de este enfermo, que duró 600 horas, demostró lo que había sido visto ya en la interpretación de este sueño, analizado durante el primer año de tratamiento. El enfermo curó de su jaqueca, de sus crisis paroxísticas, de su impotencia, de su lumbago y modificó su conducta de fracaso, ocupando en la actualidad un puesto directivo en una empresa comercial.

Bibliografía

- Cárcamo, C. E., "Contribución psicoanalítica al conocimiento de la jaqueca", *Revista de Psicoanálisis*, 1945, vol. II, p. 579.
- Fromm-Reichmann, F., "Contribution to psychogenesis of migraine", *Psychoanalytic Review*, 1937, vol. 24, p. 26.
- Gutheil, E., "Analysis of a case of migraine", *Psychoanalytic Review*, vol. XXI.
- Kardiner, A., "Bio-analysis of the epileptic reaction", *Psychoanalytic Quarterly*, 1932, vol. I, p. 375.
- Pichon-Riviere, E., "Los dinanismos de la epilepsia", *Revista de Psicoanálisis*, 1944, vol. I, p. 340.
- , "Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, 1946, vol. IV, p. 1.
- Selinsky, H., "Psychological study of the migrainous patient", *Bulletin of the New York Academy*, 1939, vol. XV, p. 757.
- Tourraine, G. A. y Draper, G., "The migrainous patient", */ . Uerv. and Ment. Dis.*, 1934, vol. 80, p. 183.
- Vallery-Radot, Pasteur et Hamburger, J., *Les migraines*, Ed. Masson, París, 1935.
- Wolff, H. G., "Personality features and reactions of subjects with migraine", *Archivs. Neurol. and Psychiat.*, 1937. vol. XXXVII, p. 895.

PROTECCIÓN AL ENFERMO EPILÉPTICO *

(en colaboración con el Dr. Miguel Ángel Mazzei)

La palabra epilepsia proviene del griego y significa: **sorprender* sobrecoger**. Podríamos inferir, etimológicamente, que el ataque epiléptico sorprende al paciente. Clásicamente se dice que aparece en forma brusca, sin causa aparente, sólo precedido por "el vientecillo anunciador del aura". Pero el ataque también sorprende a la familia del paciente y al grupo social en el que ésta se encuentra ubicada.

Al mismo tiempo, el ataque despierta temor, sobrecoge por sus características dramáticas.

Podríamos decir, entonces, que es una enfermedad **sorprendente y sobrecogedora**. Esto es importante para comprender la reacción del paciente, de la familia y de la comunidad ante la enfermedad.

En el sentir popular la epilepsia sigue siendo una enfermedad envuelta en un oscurantismo medieval. Hoy no le atribuimos caracteres místicos o demoníacos, como entonces, pero los profundos prejuicios que hay frente a ella son fuertes barreras que impiden su intelección y mucho más la comprensión de los pacientes que la sufren. Sigue siendo una enfermedad vergonzante y los casos no son declarados; por esta razón es muy difícil tener datos estadísticos confiables.

Desde el punto de vista social el enfermo no tratado es un peligro potencial. Desde el punto de vista de la salud pública,

* Trabajo presentado al Congreso Argentino de Epilepsia, Buenos Aires, mayo de 1967.

preocupa detectar tempranamente quiénes la padecen y tratarlos. Pero también interesa cambiar la imagen que de ella tienen la comunidad, la familia y los propios pacientes. Importa asimismo considerar en qué edades es más frecuente, a fin de rastrearla y prevenir sus consecuencias.

Uno de nosotros (Pichon-Riviére), investigando en el área escolar, obtuvo altas cifras de porcentaje de epilepsia entre los niños que presentan trastornos de conducta (aproximadamente 80 %). Esta cifra es de por sí significativa para presentar el problema en su verdadera dimensión.

Por otro lado, la valoración parcial de las manifestaciones **de** la epilepsia ha impedido una concepción total de la enfermedad. La epilepsia es una respuesta total del organismo frente a ciertas situaciones vitales.

La patogenia de la epilepsia es policausal. El síntoma epiléptico es de carácter funcional, siendo reversible espontáneamente. Tiene un determinado ritmo y constituye un mecanismo de defensa del tipo de la conversión somática. En la epilepsia hay un umbral sobre el que van a oscilar las tensiones. Los factores tóxicos, infecciosos, traumáticos, congénitos pueden hacer que ese umbral baje y que tensiones menores desencadenen el ataque. Las primeras oscilaciones de las tensiones se producen en el período de los pródomos, en los cuales se pueden dar todas las formas clínicas: fobias, neurosis obsesivas, jaquecas, epilepsias viscerales de todo tipo. Todas éstas son formas transitorias de descargar la tensión a través de las organoneurosis. Esto lo percibe el grupo familiar, que, por lo estereotipado de los pródromos, puede anticipar el ataque. La amnesia posterior a la crisis perturba en el paciente la conciencia **de** enfermedad.

Veamos ahora algunos aspectos de la personalidad del epiléptico. En el enfermo se observa una falta de dominio de la economía psíquica que activa un mecanismo orgánico preestablecido. El acceso sería una descarga motora de una gran tensión instintiva que ha perdido el camino de una adecuada descarga psíquica. Esta reacción tiene cierta semejanza con la motilidad afectiva del niño. En el niño las reacciones motoras son empleadas para aliviar rápidamente la tensión incontrolada cuando aparece la ansiedad, que traduce la señal de un peligro interior.

Durante el acceso hay, pues, una regresión del epiléptico a

niveles infantiles. El epiléptico tiene una personalidad fuertemente contenida que puede abrumar al yo.

Los elementos constitucionales-hereditarios juegan un papel muy importante en la determinación de la enfermedad, pero junto con ellos correría paralela una evolución psíquica determinada por factores neuróticos ambientales.

Los trazados electroencefalográficos indican una disritmia, pero no se ha podido confirmar una lesión orgánica. Investigaciones estadísticas entre parientes sanguíneos de epilépticos demostraron la presencia de una predisposición innata a los accesos. Esta disposición hacia desórdenes convulsivos puede coincidir con un mayor potencial hacia el desarrollo de trastornos neuróticos. Esta presunción se basa en la presencia del carácter epiléptico.

En el epiléptico hay una fuerte tendencia a la muerte, y la evolución del ataque significaría la muerte y la resurrección. Este revivir representa la victoria de la conciencia moral sobre el inconsciente criminal. Muestran una particular propensión a la crueldad y a la violencia con un amor especial por el propio yo, una singular vanidad, pero también una adhesión y apegamiento y una relación generosa notablemente buena. Vemos así, dentro de la condición epiléptica, un paralelo entre las condiciones narcisistas y el interés especial por el mundo exterior.

También la religiosidad del epiléptico se muestra en el estado crepuscular tanto como en el intervalo libre. De este modo vemos que la condición epiléptica crepuscular está en estrecha relación con el estado permanente del epiléptico.

El ataque sería una fuga de la realidad, de su realidad cargada de agresividad, crueldad y criminalidad.

El enfermo puede presentarse con una actitud pasiva, receptiva, que recuerda al yo infantil, o bien con una conducta rígida y desafectiva que enmascara una tendencia inconsciente hacia el furor, la hostilidad y la violencia.

Veamos entonces que todo está preparado orgánica, psíquica y socialmente para que el ataque tenga lugar. Sólo se requiere un estímulo para hacer estallar el acceso en un epiléptico latente. Es un manojo de cartuchos de dinamita a la espera del estímulo.

El ataque en sí es un comportamiento que constituye el lenguaje del epiléptico. A través de él se comunica con el ambiente en una forma parecida a como lo hace el histérico.

Estos enfermos son altamente contenidos, razón por la cual su descarga es tan violenta. En ellos su componente autodestructivo es tan fuerte como el heterodestructivo. En el delirio o durante el aura pueden cometer atentados inmorales, causar un incendio y hasta matar. En estos casos el crimen se caracteriza por la brutalidad y el ensañamiento. Se trata de crímenes sexuales, violación, crímenes pasionales, canibalismo, vampirismo, incesto, necrofilia, etcétera. Estos contenidos también pueden ser fantasías que el epiléptico utiliza durante la masturbación.

Una de las características que es preciso destacar en estos enfermos es el trastorno del aprendizaje. Por ello es necesario extremar la pesquisa en el niño y en el adolescente.

Un trabajo de investigación de la doctora Blanca Montevechio realizado sobre 95 casos de adolescentes siguiendo nuestro esquema referencial le permitió llegar a la siguiente conclusión: "La mayoría de los adolescentes examinados por nosotros tenían como manifestación principal trastornos del aprendizaje, siendo el motivo de la consulta trastornos del comportamiento", Esquemmatizando el proceso del aprendizaje, diremos que consta de las siguientes etapas: 1) Atención y retención; 2) Elaboración y asimilación; 3) Exposición.

En nuestros pacientes pueden coexistir perturbaciones en tales etapas, correspondiendo la mayor frecuencia en las de la atención y retención.

En la primera etapa presentan dificultades en mantener la atención en forma sostenida. Son distraídos, a veces no responden cuando se les habla. Se trata de casos de perturbaciones en la atención o *distracción patológica*.

Las dificultades del aprendizaje a menudo coexisten con un nivel mental normal o superior al término medio. En estos casos el proceso de elaboración suele estar conservado, aunque se ve perturbado por la falta de atención. Son niños inquietos, hiperkinéticos, irritables y agresivos.

El grupo que presenta dificultades en la exposición es casi tan numeroso como el anterior. Se trata de adolescentes tímidos, inhibidos, que se bloquean y olvidan sus lecciones en la escuela. Temen a los profesores, son fóbicos. Generalmente se muestran apáticos, hipobúlicos, no manifiestan interés por el estudio ni por otras actividades.

A estas perturbaciones del aprendizaje, de la conducta y del humor se agregan síntomas como: tartamudez, tics, movimiento» estereotipados, cefaleas y vómitos. A menudo se presenta el **síndrome nocturno**, descrito por uno de nosotros (Pichon-Riviére), que consiste en: sueño intranquilo, bruxismo o rechinar de los dientes, somniloquia, sonambulismo, pavor nocturno y enuresis

Puede darse también la **picnolepsia**, con ausencias múltiples, breves y a gran velocidad; con un parpadeo especial, una ligera distracción de la que rápidamente vuelven a la realidad. **Píenos**, en griego, quiere decir acumulación y, por ello, se la llama también epilepsia acumulativa. Los ataques se acumulan y pueden tener 40 ó 50 por día, con ausencias muy pequeñas, pero que ocasionan serios trastornos en el aprendizaje en los niños. Por lo general los maestros lo confunden simplemente con la distracción. Pero esta distracción patológica se caracteriza por no tener fantasías, por ser hueca (sin recuerdos) y súbita.

Es posible confundir pesadillas con pavores nocturnos. Para diferenciarlas podemos decir que:

- 1) En la pesadilla es posible despertar y pedir protección, mientras que en el pavor nocturno el sueño es más profundo, hay quejidos, somniloquia y es difícil despertar al niño.
- 2) El sueño normal es capaz de ser perturbado por ruidos corrientes, en cambio el sueño del epiléptico es de plomo. Se duermen en seguida y muy profundamente, mientras que el despertar se hace gradualmente con astenia matinal. Se levantan muy lentamente, cansados y doloridos.
- 3) En el individuo normal, sueño y vigilia están estrechamente vinculados y articulados. En cambio, el epiléptico puede tener en el presueño alucinaciones llamadas hipnagógicas y en el despertar alucinaciones llamadas hipnopómpicas, acompañadas de un síntoma muy molesto: la cataplexia, que se produce por una pérdida del tono muscular, no pudiendo levantarse ni manejar el cuerpo.

Otro síntoma es la crisis apendicular nocturna, muy frecuente en los niños. Parece un dolor apendicular típico, pero sin fiebre, y el niño se duerme en seguida. En cambio, en la histeria el niño permanece despierto. La alter-

nancia entre vigilia y sueño, característica de la epilepsia, nos hace pensar que la estructura que rige el sueño-vigilia no funciona correctamente.

Todo individuo sano pasa por un proceso de maduración bioeléctrico que lo lleva a un trazado normal. Este proceso puede estar interferido en la epilepsia por causas ambientales, entre las que podemos consignar:

Perturbaciones en la relación madre-hijo.

Hogares conflictuados (falta de afectividad y seguridad).

Esto daría como resultado trastornos de la conducta y del aprendizaje con:

Manifestaciones antisociales.

Auto y heteroagresión.

Fugas.

Inestabilidad del humor con irritabilidad e impulsividad que no están en relación con el estímulo.

Todas estas consideraciones clínicas permiten que el maestro pueda actuar como detector de síntomas sospechosos, sabiendo que pueden obedecer a una epilepsia. Estos síntomas pueden ser:

Síntomas abdominales (epilepsia abdominal): vómitos, epigastralgias, a veces asociados con cefaleas.

Trastornos de conducta.

Onicofagia y timidez.

Trastornos de la atención.

Hablar con tono bajo de voz puede estar asociado a inhibición ante extraños.

En los dibujos: trazos gruesos, sucios, repasados (perseveración).

En la letra: desapareja e irregular en forma y tamaño. No mantiene la horizontalidad. Trazos gruesos.

Alteraciones del humor.

Se afirma que la mayoría de los niños epilépticos presentan déficit intelectual.

Si bien algunos autores sostienen que los coeficientes intelectuales de niños epilépticos son inferiores a lo normal, otros encuentran que no hay diferencias o que son más elevados que lo corriente.

Los datos obtenidos parecen indicar que cuanto mayor es la

importancia de los factores adquiridos en la génesis de la epilepsia, tanto más graves serán las consecuencias de orden intelectual.

Sin embargo, Henderson encontró conflictos de la personalidad en el 12 % de los niños epilépticos de edad escolar, si bien esto no les impedía la concurrencia a la escuela. *

En lo referente al factor desencadenante de las crisis, sorprende comprobar que en muchos casos el paciente se provoca los accesos agitando los dedos delante de los ojos bajo una luz intensa. Esto produce en el niño un placer no exento de culpabilidad. Otros pacientes afirman la necesidad de buscar la luz, lo que hace suponer que en alguna medida también se provocan el ataque. Por otro lado* el horario de los accesos indica un vivo deseo de solitud, como el que suele observarse en los casos de histeria. Algunos se niegan a curarse para que no les "quiten los ataques". Esto coincide con la descripción de Dostoievski sobre el deleite experimentado antes de un ataque.

Las características generales del epiléptico son lentitud del pensamiento, lenguaje y actitudes, así como la explosión paroxismal. Hay una **bipolaridad** en la epilepsia que va desde la lentitud a la explosión, y encontramos síntomas en los dos polos. Por eso la llamamos **enfermedad paroxística**. Con esta denominación evitamos la angustia que produce la palabra epilepsia, sin faltar a la verdad. Se suponía que los genios que eran epilépticos tenían una actividad creadora que aparecía como una revelación proporcionada por la enfermedad. Hoy sostenemos que en la medida en que el enfermo puede crear no tiene convulsiones. Cuando van Gogh podía pintar no tenía ataques, y así ha ocurrido con muchos otros. Por estas razones el maestro debe detectar los signos sospechosos sin abrir juicio sobre la naturaleza de ellos. Importa que aun el médico limite al máximo el uso del término epilepsia, particularmente si se refiere a niños, ya que su empleo arbitrario puede ser causa de tratamientos innecesarios y de dificultades en la vida social.

Muchos casos de psicopatía epiléptica están relacionados con algún trastorno de la maduración y no con la epilepsia.

Del mismo modo debe destacarse la frecuencia de los cuadros llamados fronterizos, que se vinculan a una tensión emotiva o son desencadenados por ella.

La teoría de uno de nosotros (Pichon-Rivière) referente a las estructuras de la conducta dice que en la personalidad de cada uno

hay que un repertorio de conducta. La conducta estudiada en el nivel psicológico es la conducta moral, es decir, una totalidad organizada, formando una unidad de experiencia con una unidad de significado.

Si sometiéramos a una gran cantidad de personas de distintas edades, de distintas características y grados de salud mental o enfermedad a todas las situaciones y a todos los estímulos posibles obtendríamos una enorme cantidad de respuestas. Vale decir, todos los tipos de conducta a los que puede recurrir un sujeto, o sea, el repertorio de la conducta.

Un estudio de la estructura de la personalidad se asienta sobre el hecho de que toda conducta es un papel o rol, y por lo tanto, una función social, y que esta estructura está limitada en cada cultura según una forma rutinaria.

En condiciones habituales cada persona no lleva a cabo la totalidad de las conductas y estructuras con que cuenta como posibilidad, sino que organiza su personalidad sobre el predominio de algunas de ellas. Cuando se modifican las condiciones, un individuo puede realizar la totalidad de estructuras de carácter posible con intensidad, frecuencia y duración variables. Ésta es la experiencia que se obtiene con el tratamiento psicoanalítico.

Toda conducta es la mejor conducta en el momento en que se manifiesta. Es la más ordenada y organizada que el organismo puede ofrecer en ese momento.

En esta línea de ideas, la personalidad total estaría formada por una serie de estructuras de la conducta, entre las que se pueden mencionar las siguientes:

Estructura paranoide

Ansiosa
Depresiva
Evitativa
Ritualista
Esquizoide

Estructura histérica

Hipomaníaca
Confusional
Epileptoide
Hipocondríaca

Sería un mosaico de conductas en el cual cada una predomina según las circunstancias. Por esta razón es necesario ser cautos en cuanto a la denominación de epiléptico a un individuo y sobre todo a un niño, cuya personalidad incipiente está requiriendo experiencias adecuadas para madurar.

Hasta aquí hemos recurrido a los aspectos clínicos más significativos que pueden darnos pautas para un enfoque total de la epilepsia como problema de salud pública. 1

De todo lo dicho podemos extraer algunas ideas que nos permitan enfocar un programa de educación sanitaria en distintas áreas convergentes. Estas áreas pueden ser: {

El propio enfermo	J
su familia	
el médico	
el maestro	
la comunidad	*7
las autoridades sanitarias	f
las autoridades educativas.	

El propio enfermo: Para encarar la educación del enfermo debemos conocer sus características. Por un lado, los componentes hereditarios de la enfermedad; por otro, el ambiente familiar, en el que el enfermo recibe toda la carga emocional de sus miembros: Así considerado, es el portavoz de la enfermedad de todos sus familiares, por ello enferma.

Dijimos que los ataques producían satisfacción y culpa y que ellos podían ser provocados por el paciente, que se provocaba así una muerte simbólica. Aquí hemos llegado a un punto importante. La satisfacción y provocación del ataque nos da la idea de la resistencia del enfermo a curarse y su propensión a autodestruirse. Se lo debe hacer consciente de la protección excesiva que se le brinda y que él exige, destacando los beneficios de la psicoterapia como piedra angular del tratamiento, junto a las drogas. Ésta es la única posibilidad que hay para que el paciente cambie la imagen que tiene de sí mismo y del mundo. j

Su familia: La familia no siempre contribuye cabalmente a la recuperación del enfermo. Se siente un poco culpable de lo que a él le sucede. El desconocimiento de los mecanismos íntimos de la enfermedad y de la participación inconsciente que ella misma, tiene en dicha enfermedad le hacen perder la oportunidad de actuar favorablemente en la recuperación del enfermo. !

Como podrá verse, la educación a nivel familiar no siempre es fácil, y su resistencia está envuelta en un clima de intensa ansiedad, i

De todos modos, la labor educativa deberá cumplirse, conociendo las limitaciones. Se les explicará lo que sucede realmente para que sean conscientes de su papel y del papel del enfermo. Eventualmente se aconsejará el tratamiento psicoterápico a aquellos que presenten más resistencia.

El médico: En lo que al médico respecta hay que evitar la iatrogenia, tratando de no utilizar tan generosamente el término epilepsia para denominar los casos sospechosos. De esta forma evitaremos consecuencias altamente perjudiciales.

El maestro: Dado su lugar de privilegio en relación al alumno y a la familia, hay que proporcionarle conocimientos suficientes para que pueda buscar los síntomas sospechosos. Pero inculcando en ellos la prudencia y la parquedad necesarias para que no incurran en apreciaciones diagnósticas que lleven a situaciones críticas.

La comunidad: Este sector participa de un azoramiento y una incógnita frente a la enfermedad y al enfermo, que se traduce en ansiedad y miedo. Su actitud está plagada de prejuicios, que son lógicos dado el ambiente trágico y oscuro que rodea a la enfermedad. Supone además que el epiléptico es un criminal en potencia y se defiende ante esa idea.

Para saber con más realidad que imagen tiene la comunidad del enfermo epiléptico, qué piensa y qué siente, debería proyectar una investigación psicosocial que nos diera datos suficientes para llevar a cabo una educación masiva que modifique esa imagen. Pensamos que el Ministerio de Bienestar Social podría encargar una investigación como la que proponemos, desde ya con personal altamente capacitado y con técnicos que tengan amplia experiencia.

Las autoridades sanitarias: Corresponde a ellas la habilitación de servicios especializados en los que el tratamiento sea integral, contemplando la reeducación laboral para la que el paciente se encuentre apto. Asimismo, deben estudiar, a través de sus organismos especializados, toda forma de divulgación grupal y masiva para el esclarecimiento popular en este problema. Esto acortará las distancias entre el enfermo y su familia y la comunidad. Otra idea aprovechable será hacer un estudio epidemiológico de la enfermedad a fin de precisar datos para su utilización futura.

Las autoridades educacionales: Ésta es una de las áreas más

importantes desde el punto de vista de la salud pública, ya que **la** instituciones educacionales reciben a los pequeños pacientes en uní edad cronológica de la enfermedad en la que puede practicarse **é** tratamiento temprano que haga menos seria su evolución. Desde **ei** ta instancia se podrían programar cursos de capacitación pai| todo el personal docente a fin de que su rol en la lucha contra 1| epilepsia sea responsable y productivo. *i*

Hemos tratado de dar en este correlato un pantallazo actual lizado de la importancia de la epilepsia como problema de salud pública, dada la trascendencia de la enfermedad así como del im- pacto que produce en el grupo comunitario.

Cuando se tiene la imagen real de una enfermedad es **posible** recuperar a su víctima, el hombre, volviéndolo a una vida útil y creativa.

Sepa nuestro pueblo ser responsable, pero con un claro cono- cimiento de la realidad, para que nuestra cultura no esté plagada de fantasmas que inhiban nuestra mente y nuestro futuro.

Bibliografía

- Bleger, José, *Psicología de la conducta*, Centro Editor, Buenos Aires, 1970.
 Dassen y Fustinoni, O., *Sistema nervioso*.
 Garma, A., *Sadismo y masoquismo en la conducta*, Nova, Buenos Aires.,
 Montevecchio, Blanca, "Aportes de la electroencefalografía al estudio de los problemas del aprendizaje y de la conducta del adolescente", 1964.
 OMS, "Epilepsia Juvenil". *Informe técnico n° 130*.
 Pichon-Riviére, E., "Aspectos psiquiátricos de la epilepsia". \
 —, "Patogenia y dinanismos de la epilepsia", *Rev. de Psicoanálisis*, »
 1944, año II, n° 4.
 Podolsky, E. y otros, *Enciclopedia de las aberraciones*, Psique, Buenos Aires.
 Schilder, P., *Introducción a una psiquiatría psicoanalítica*, Beta, Buenos Aires.
 Weiss y English, *Psychosomatic medicine*, Saunders, Filadelfia, 1943.

PSICOSIS HÍPNICAS Y CONFUSIONALES *

1) Somnolencia	Confusión mental simple
2) Dormir con sueños	Confusión mental con onirismo.
3) Dormir-sueño-agitación	Confusión mental agitada
4) Dormir sin sueños	Confusión mental estuporosa

Denominamos psicosis hípnicas, para diferenciarlas de aquellos cuadros que se manifiestan en relación con el yo de vigilia, al grupo de psicosis caracterizadas por regresiones que guardan analogía, por su mecanismo y estructura, con la regresión producida durante el sueño. Este tipo de psicosis es comprensible sólo si el terapeuta las encara con un enfoque dinámico tomando como su modelo natural los distintos aspectos del sueño, con su regresión y contenido. Su rasgo esencial consiste en un empañamiento de la conciencia que va desde los grados leves —dados por la confusión mental simple— a cuadros más graves, que se denominan confusión mental con onirismo, confusión mental agitada y, finalmente, confusión mental estuporosa o estupor confusional.

La confusión mental simple, que se corresponde al modelo de la somnolencia, se caracteriza por un cierto grado de obnubilación de la conciencia del yo de vigilia sin la intrusión de los elementos del sueño, característicos de otros estadios.

El segundo grado corresponde al modelo del dormir con sueños

- Sobre apuntes de clases del autor en la Escuela de Psicología Social, ex Psiquiatría Social.

y, como estructura psicótica, la denominamos confusión mental con onirismo.

El tercer grado de regresión hípica se caracteriza por el dormir con sueños y agitación, dada ésta por dos manifestaciones del sueño, el sonambulismo y la somniloquia. A esta situación corresponde la confusión mental agitada; y el cuarto grado de regresión hípica, el dormir sin sueños, corresponde a la confusión mental estuporosa.

En la confusión mental simple hay una obnubilación, y los pacientes tienen la apariencia de estar sumidos en somnolencia. Caen en un estado intermedio de "duermevela", característico de este cuadro. El paciente no tiene una pérdida total del sentido de la realidad, pero aparece desorientado, haciendo esfuerzos por mantenerse en estado de vigilia. El estado crepuscular en el que cae permite que contenidos preconcientes ligados a las ansiedades básicas de pérdida y ataque penetren la conciencia dando a la confusión una tonalidad triste o agresiva.

La confusión mental con onirismo es la más frecuente. Se manifiesta por un estado de obnubilación, al que se agrégala actividad onírica, pero ya no vivida como en el sueño normal, sino proyectada en el ambiente. Los pacientes experimentan un estado alucinatorio muy concreto, en el que viven sus sueños como una realidad inmediata, como proyectados en una pantalla cinematográfica. Estos estados oníricos son de carácter persecutorio —muy raras veces tienen carácter agradable—, y lo predominante en ellos es la ansiedad paranoide. Es un delirio de persecución vivido con el clima de la situación onírica, como una pesadilla proyectada.

La confusión mental agitada se caracteriza por un estado de confusión en el que falla el bloqueo del sistema motor, provocándose una agitación determinada, la cual está emparentada con los estados de somniloquia y sonambulismo, donde la motricidad es invadida por el estado emocional del sujeto. A veces hay onirismo. Si se analiza al paciente se ve que el motivo de la agitación es también de carácter angustiante y persecutorio. Generalmente, el enfermo tiende a escapar de esta situación. El sujeto puede llegar, en su deseo de huida, a arrojar desde una ventana sin tener una intencionalidad suicida clara.

La cuarta estructura se manifiesta como una regresión análoga a la del "sueño de plomo", aparentemente sin sueños. El enfermo

está en un estado de estupor, cuesta sacarlo de esa situación. Despierta muy sobresaltado, y muy frecuentemente incluye en el mundo exterior alguna vivencia onírica.

Estas estructuras, en definitiva, se resumen en una sola, en la que los grados de profundidad de la regresión alternan y oscilan. Si se estudia el "horario" de los síntomas se puede hacer el pronóstico de la psicosis, ya que cuanto más nocturnos sean dichos síntomas más favorable es el pronóstico del cuadro.

Ahora bien, estas cuatro estructuras pueden ser desencadenadas por múltiples factores. Los autores alemanes llaman a este tipo de reacción "la reacción exógena" o "la psicosis exógena", por el hecho de que puede ser provocada por un agente exterior, ya sea tóxico, infeccioso o emocional. Esa tendencia a reaccionar con un predominio del yo hipócnico es mucho más frecuente en aquellas personas que muestran una patología particular del dormir. Cuando se analiza un cuadro con estas características se encuentra con frecuencia un tipo de perturbación del sueño cuyo centro está ocupado por la pesadilla, que alcanza su forma más intensa en el pavor nocturno.

La pesadilla se caracteriza por la presencia de una ansiedad predominantemente paranoide, frente a la cual el sujeto no puede controlar su motilidad debido a que la intensa angustia lo lleva a una situación de **pánico**, que provoca una pérdida de tono muscular expresada en la dificultad para correr, defenderse, etcétera, con el riesgo de ser alcanzado por el perseguidor. Se produce entonces una cataplexia que puede manifestarse en cualquier parte del cuerpo. Una de las formas más atenuadas de la cataplexia es el ronquido. La cataplexia se extiende también a las piernas y los brazos. Si el sujeto consigue despertar y proyectar en el ambiente algo de su experiencia onírica se configura la situación de la pesadilla. Pero si no puede despertar y se queja, nos encontramos frente al pavor nocturno. La diferencia entre una y otra situación consiste en que el sujeto en el estado de pesadilla despierta e incluye dentro del ambiente algo del contenido onírico angustiante, mientras que en el pavor el sujeto es despertado pero sufre una amnesia del contenido onírico, y puede volver a dormirse inmediatamente. Aquí nos encontramos frente a una característica epileptoide en el sentido de que hay un trastorno serio del pasaje de la vigilia al sueño y una amnesia del contenido angustiante, a lo que se agrega la posibilidad

de volver a dormirse inmediatamente, ya que el contenido angustiante del sueño es reprimido de tal manera que no perturba la función del dormir. La pesadilla es más frecuente que el pavor y corresponde preferentemente a una estructura fóbica; el pavor nocturno se relaciona con la estructura epiléptica. Junto a esos síntomas aparecen otros, como el rechinar de dientes, el ronquido exagerado, los sobresaltos, la enuresis, la encopresis, crisis masticatorias, movimientos rítmicos, babeo de la almohada, configurando lo que hemos denominado "síndrome nocturno".

Podemos decir que la somniloquia y el sonambulismo son ya dos formas de la elaboración de la pesadilla. En el sueño hay una desconexión entre el pensar y la acción. Si se establece la comunicación entre ambos existe la posibilidad de explicar los contenidos angustiantes mediante el grito. Todos estos mecanismos contribuyen a la disminución de la ansiedad. Lo mismo sucede con el sonambulismo. Podemos ver que el pavor nocturno puede ser eludido por medio del sonambulismo. En general, el contenido psicológico del sonambulismo consiste en la búsqueda de ayuda en un estado crepuscular también llamado de sueño parcial, ya que el sonámbulo mantiene una cierta capacidad de orientación, e incluso tiene el prestigio de lograr un equilibrio particular. Hasta existe un mito popular acerca del sonámbulo que camina por las cornisas. El sonambulismo se da porque el sujeto logra controlar su ansiedad por medio de la acción. Ahora bien, cada síntoma en particular es insuficiente para hacer el diagnóstico de epilepsia, al que nos conduce la observación del "síndrome nocturno", porque todos esos trastornos del dormir y del soñar pueden ser transitorios. Por ejemplo, las pesadillas y las fobias infantiles y las zoofobias son muy frecuentes entre los 3 y 4 años de edad, y eso condiciona la aparición de rituales muy precoces que configuran luego las neurosis obsesivas relacionadas con el dormir. Si nos preguntamos qué es más grave como síntoma, la pesadilla o una neurosis obsesiva del dormir, debemos responder que en realidad no hay diferencia. Si el ritual del dormir se ha estructurado de una manera muy intensa o tiende a ampliarse puede comprometer toda la estructura del grupo familiar. Podemos decir en este caso que desde el punto de vista grupal el compromiso es mayor.

Toda pesadilla es, en cierta medida, una situación traumática. Pero tendríamos previamente que definir la situación traumática en

términos de relación, de vínculo. En realidad, la situación traumática en el sueño es el fracaso de la represión de un vínculo con un objeto malo. El fantasma reaparece en el sueño, y frente a él se tiende a adoptar una actitud determinada. Es un sueño paranoide que se diferencia de otros sueños en el sentido de que tienden a una repetición mayor, a un ciclo determinado, pero que está basado fundamentalmente en un vínculo perturbador con el objeto, es decir, un vínculo persecutorio. Lo que se llama neurosis traumática o postraumática es una neurosis que puede tomar aspectos confusionales y es consecutiva a un traumatismo real físico. Y aquí debemos tener en cuenta que cuanto mayor es el daño físico menor es el daño psíquico, mientras el trauma no haya comprometido directamente la vida mental del sujeto. En el caso del daño corporal, el trauma ya está realizado, el ataque está realizado, mientras que en la situación de peligro sin daño orgánico el daño está por realizarse, hay una expectación. Esto puede estar acompañado por perturbaciones en el despertar, como alucinaciones hipnopómpicas también cargadas de contenido persecutorio.

Utilizamos el siguiente esquema para ubicar las perturbaciones hípnicas, ya sea en el predormir, en el dormir y en el posdormir.

<i>Predormir</i>		<i>Posdormir</i>
Sobresaltos		Cataplexia
Alucinaciones hipnagógicas	<i>Dormir</i>	Alucinaciones hipnopómpicas
Cataplexia		
Insomnio		
Rituales	Pesadillas	
Fobias a dormir	Pavor nocturno	

En primer lugar tenemos el sobresalto. El sobresalto es casi normal. Adquiere características patológicas cuando es muy intenso y crea una situación de ansiedad en el sujeto. Es una crisis tónica o clónica-tónica tendiente a resolver una ansiedad del predormir, sobre todo una angustia de caída (sensación de caer en el vacío). El sobresalto se manifiesta como una situación de defensa y una descarga de tensión que permite, después, el sueño. Algunas per-

Sónas tienen que recurrir permanentemente a esos sobresaltos para conciliar el sueño.

Consideramos luego las alucines hipnagógicas, que presentan la misma estructura que los delirios oniroides. En el estado de "duermevela" se produce una proyección parcial o masiva de contenidos oníricos, a veces como en una pantalla cinematográfica. Podemos decir que son "microdelirios" muy transitorios que, elaborando ansiedades, permiten dormir. La ansiedad expresada en la alucinación hipnagógica es una ansiedad fragmentada, y si no apareciera este proceso en el predormir, durante el sueño adquiriría las características de una pesadilla demasiado intensa y de un pavor nocturno. Son, pues, procesos de fragmentación de una ansiedad que tiende a expresarse sobre todo en favor del debilitamiento del yo, que caracteriza la situación hípica.

Aquí puede observarse también la cataplexia. En el posdormir encontramos otro tipo de alucinación semejante, las alucinaciones hipnopómpicas, en las que se filtra el contenido del sueño en un proceso lentificado del despertar. Tanto las alucinaciones hipnagógicas como las hipnopómpicas representan las estructuras básicas de las psicosis hípnicas.

Lo más frecuente en el posdormir es la cataplexia. Hay una convulsión y una pérdida de tono muscular. El sujeto despierta sin tener un control de su motilidad, y si es despertado de golpe llega a caer, por el hecho de que no puede palearse. La cataplexia, muy poco frecuente en el predormir, es bastante frecuente en el dormir, y aun mucho más frecuente en el posdormir. En el dormir constituye, como lo hemos visto, la base funcional de la pesadilla. Hemos dicho que muchas fobias aparecen en el niño como la consecuencia de una pesadilla y una proyección en el mundo de la situación persecutoria. Ahora bien, las zoofobias y los sueños con animales perseguidores se encuentran en ciertos casos de psicosis hípnicas, como por ejemplo en los cuadros correspondientes al *delirium tremens**. El *delirium íremens* es una psicosis hípica típica acompañada de temblores,^ de trastornos neurológicos y de un estado confusional que puede ir de la confusión simple a la estuporosa, en cuyo contenido onírico encontramos predominantemente perseguidores con las características de animales, como ratas, cucarachas, etcétera, los cuales a veces llegan a cubrir el cuerpo del paciente. Sería interesante estudiar por qué aparece tal contenido en el alcoholismo

y qué relación habría entre las zoofobias infantiles, el alcoholismo y la necesidad de ingerir alcohol.

Hemos mencionado, incluidos en el síndrome nocturno, el rechinar de dientes, las crisis masticatorias, etcétera, y dolores abdominales que llegan incluso a configurar el cuadro de un abdomen agudo o "abdomen neurológico", que constituye también una de las formas viscerales de la epilepsia. Podemos hacer el diagnóstico de epilepsia visceral nocturna frente a un niño con un dolor agudo abdominal, que se queja en sueños, con las características del pavor descritas más arriba; mientras que si el niño tiene un dolor agudo, se mantiene despierto y no se vuelve a dormir, podríamos afirmar que se trata de un abdomen agudo de tipo funcional, transitorio, sin lesión apendicular, que obedece a un desplazamiento.

Toda esta patología del sueño nos permite comprender las psicosis hípnicas. Es muy frecuente en los niños la confusión mental simple en situaciones de fiebre alta. Hay niños que frente a un determinado monto de infección tienden a presentar manifestaciones de onirismo. En este caso el paciente teme quedar con la luz apagada, porque la oscuridad facilita la proyección de sus imágenes persecutorias. Esta reacción se puede dar en una forma transitoria o más o menos prolongada en cuadros infecciosos de cualquier índole. Ahora bien, estos niños que reaccionan fácilmente ante cualquier infección con delirios agudos transitorios son, por lo general, niños que muy precozmente han tenido perturbaciones del tipo de la pesadilla o del pavor nocturno.

Es importante ver que estas perturbaciones del sueño constituyen el centro de muchas situaciones, sobre todo en patología mental infantil. Muchas fobias son la secuela de ideas posoníricas que, proyectadas en el mundo de la realidad, originan las características fenomenologías de una situación fóbica en la vigilia. El sueño y sus perturbaciones constituyen la fuente de enriquecimiento de muchos cuadros neuróticos y psicóticos. Si observamos detenidamente la evolución de un cuadro psicótico vemos que muchos momentos del delirio (que, como dicen los franceses —Henri Ey—, son momentos "fecundos" del delirio) resultan aquellos ligados a experiencias oníricas.

Otro trastorno esencial, el insomnio, está vinculado a estas perturbaciones. En realidad, el insomnio es un **no querer** dormir,

no un ***no poder*** dormir, y surge como mecanismo destinado a eludir la angustia. Después de una situación de ansiedad en el sueño, recordado o no, aparece la perturbación del dormir. En el esquema (ver página 196) podemos incluir el insomnio, las fobias y los rituales del dormir. La fobia al dormir aparece muy frecuentemente como consecuencia de una primera experiencia angustiante del sueño. El enfermo no quiere repetir una situación pánica de ataque, y entonces surge la necesidad de una protección —dormir acompañado con luz, tan frecuente en el niño— o diferentes rituales del dormir.

ESQUEMA CORPORAL *

(apunte del Dr. Fernando Taragno)

En la definición del Schilder, Pichon-Riviére introduce una nueva dimensión, el factor tiempo: "el esquema corporal es la imagen tetradimensional que cada uno de nosotros tiene de sí mismo". Lo concibe como una estructura social configurando nociones de espacio y tiempo que rige muchos de los aspectos del vínculo con el otro.

Considera las divisiones establecidas entre mente, cuerpo y mundo exterior como separaciones formales, como áreas fenomenológicas o dimensiones del *self* o persona. Describe tres áreas: área 1 o mente, área 2 o cuerpo y área 3 o mundo exterior. Esta división es puramente formal, dado que todo lo que sucede en la mente, en el cuerpo o en el mundo está relacionado con situaciones básicas comunes a todas ellas. Dicho de otra manera: tanto las estructuras neuróticas como las psicóticas pueden expresarse en la mente, en el cuerpo o en el mundo exterior. Nada de lo que sucede en un área determinada deja de ser vivido por la totalidad de la persona. Este esquema de las tres dimensiones es un señalamiento fenomenológico, una manera de ubicar en las distintas áreas las diferentes categorías de objetos buenos y malos.

Intenta concebir con este esquema una unidad en permanente función, donde está incluida la totalidad, que se expresa con una conducta hacia afuera, que es visible y se llama conducta objetiva, y con una conducta interna, que es la vida emocional a través del cuerpo, en una permanente relación de objeto. De las tres áreas, el

* *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 1959.

área 2 o cuerpo es la más escotomizada para el yo, donde los objetos allí proyectados son menos reconocidos, así como su vínculo y la fantasía inconsciente que le acompaña.

Esta noción de división cuerpo-mente, que ha surgido como consecuencia de uno de los más primitivos mecanismos de defensa (Scott), sería para separar la mente del cuerpo, como para tener dos "sacos", si se permite la expresión, donde colocar los primeros objetos introyectados, buenos y malos, para que no se junten y contaminen.

El niño concibe su cuerpo y su mente como una unidad. En la integración progresiva posnatal de su esquema corporal, Pichon-Rivière introduce una nueva noción: estas integraciones se hacen alrededor de un eje ya estructurado prenatal, que denomina protoesquema corporal, que estaría integrado por estímulos interoceptivos, propioceptivos, etcétera, originados durante la vida fetal. En la estructuración progresiva, el esquema corporal toma en el desarrollo del niño características particulares de acuerdo con las primacías orales, anales o genitales. El interjuego de las proyecciones se hace a través de estas aberturas y principalmente en relación con problemas de distancia. Por ejemplo, en la alucinación podemos ver una patología del espacio en relación con el esquema corporal.

De acuerdo con su teoría de la concepción unitaria de las neurosis, psicosis, caracteropatías y enfermedades psicosomáticas, establece que la principal diferencia que existe entre ellas es el área de expresión de los conflictos, ya sea en la mente, en la representación mental del cuerpo o en la representación mental del mundo exterior. Teniendo presente que siempre está comprometida la totalidad de la persona, aunque con el predominio de una de las estructuras.

El vínculo con el objeto no sólo se establece con el psiquismo, sino que también se expresa a través del cuerpo. El pensamiento se manifiesta a través de la mente, pero todo el organismo aparece implicado en la situación.

Las ansiedades psicóticas básicas, subyacentes a las diferentes estructuras neuróticas, psicóticas, caracteropáticas, perversas y psicosomáticas, son las mismas en todas ellas. Son las ansiedades depresivas y paranoides, que configuran las posiciones depresiva y esquizoparanoide. En la primera posición la relación es con un objeto total, bueno y malo al mismo tiempo, frente al cual experimenta el

sentimiento de ambivalencia. En la posición esquizoparanoide los objetos son parciales, están divididos en buenos y malos, creándose lo que Pichon-Riviére ha llamado la "divalencia", o sea, la simultaneidad de sentimientos opuestos parciales.

Según la técnica empleada para el control y manejo de estos objetos parciales se configurarán los diferentes cuadros nosográficos. Puede decirse que en la base de toda la patología mental se encuentra la posición esquizoparanoide. Cuando el objeto parcial malo o perseguidor es proyectado en el área 2 o cuerpo tenemos la hipocondría. La persecución es experimentada en el cuerpo. Allí es donde el yo siente la amenaza, el peligro de muerte. Se plantea como una alienación localizada dentro del esquema corporal. La locura está circunscrita en el cuerpo o en una parte de éste; tiene una significación particular; el síntoma aparece en una determinada situación, con un vínculo específico y una fantasía inconsciente particular. Esta noción de vínculo con un objeto perseguidor dentro de la representación mental del cuerpo es fundamental. El hipocondríaco se hace megalomaniaco al identificarse con el objeto parcial bueno dentro de su mente, y se siente omnipotente cuando logra el control de sus perseguidores internalizados en su cuerpo, control que establece a través de su mente. Puede decirse que es un enfermo que se especializa en controlar a sus perseguidores metiéndolos dentro de su cuerpo. En la internalización de este objeto malo y perseguidor se produce, en un primer momento, una división y dispersión del mismo en todo el cuerpo, determinando como consecuencia un sufrimiento generalizado. La fragmentación del objeto es un mecanismo tendiente a hacer un control más fácil de las partes, sería un dividir para reinar, como dice M. Klein.

En la inmensa mayoría de los casos la internalización se produce por la vía oral, dentro del aparato digestivo, desplazándose posteriormente a los demás órganos. En cuanto a la elección del órgano dentro del cual se establece la situación hipocondríaca, recae sobre aquel que dispone, por un "oficio" ya aprendido en oportunidades anteriores, de mayores posibilidades de control dentro del espacio limitado al órgano de referencia.

El hipocondríaco suele elegir como *partenaire* a una mujer hipocondríaca que ha fracasado en el control de sus propios perseguidores. Proyecta sobre el cuerpo de ella sus propios órganos

enfermos, con los perseguidores incluidos. Esta colocación de sus órganos enfermos fuera de sí mismo le permite al hipocondríaco poder mirarlos y controlarlos desde afuera. Es la hipocondría externalizada (Pichon-Riviére). Ella, a su vez, lo ha elegido a él porque lo siente capaz de controlar a sus propios perseguidores, control en el cual siente que ha fracasado. Forman de esta manera una pareja indisoluble.

En la histeria de conversión la situación básica es la hipocondría. En la hipocondría pura, cosa que en realidad no existe, la inclusión del objeto malo se hace sin provocar reacción alguna del órgano dentro del cual está incluido. Cuando éste reacciona con sus funciones propias, con el propósito de manejar al objeto perseguidor incluido dentro de él, nos encontramos con el fenómeno de la conversión. Por ejemplo, en la parálisis histérica, que es el prototipo de las neurosis que toman una parte del esquema corporal y la eliminan del resto, el yo deposita en un miembro paralizado la situación conflictiva y lo aísla del resto del yo mediante los mecanismos de división y de represión.

La persecución en el cuerpo no es vivida "psicológicamente" porque está actuando permanentemente el mecanismo de división cuerpo-mente. A su vez, una parte del cuerpo es aislado y su contenido reprimido, dando lugar al sentimiento que describió Charcot como el de *la belle indifférence*.

El motivo por el cual los conflictos se presentan en la dimensión del cuerpo nos plantea el problema de la elección del área de expresión, lo que estaría en relación con la historia individual, con los factores hereditarios y disposicionales de cada sujeto en particular.

El síntoma histérico es situacional porque incluye una determinada relación objetal, que se hace en la dimensión del cuerpo, siendo allí ese objeto administrado, controlado, expulsado, etcétera, es decir, sufriendo todas las vicisitudes de los objetos, pero dentro de la representación mental del cuerpo. En el cuerpo las técnicas defensivas son más limitadas, porque están circunscritas a las funciones propias de cada órgano en particular.

El concepto de conversión incluye tácitamente un dualismo, es decir, la conversión de un sistema en otro, o de algo que le pertenece. Por ello piensa Pichon-Riviére que esta palabra ya empieza a molestar. Porque si se considera que lo que pasa en el

cuerpo es relacional, una manera particular de acercamiento al objeto incluido dentro de una situación total, con una fantasía determinada, desaparece la conversión. Este término dificulta la comprensión total del fenómeno, del síntoma orgánico; en cambio, el concepto de situación-relación, vínculo o conducta visceral, lo facilita.

La histeria de conversión puede ser dividida en dos grupos, según sea el sistema que interviene en el control de los objetos perseguidores internalizados. Por un lado está la verdadera histeria de conversión, donde el control se hace a través del sistema nervioso central, en el sistema neuromuscular y sensorial, como por ejemplo la parálisis, la ceguera, la convulsión, etcétera. Y por el otro, las llamadas enfermedades psicosomáticas, donde el control se establece a través del sistema autónomo o neurovegetativo, expresándose en el campo visceral. La enfermedad psicosomática debe ser comprendida, en términos relacionales, como el establecimiento de un vínculo particular con un objeto determinado, dentro del esquema del cuerpo, siendo manejado dicho objeto con las funciones propias del órgano, funciones que experimentan una regresión a etapas más primitivas, donde predominaron determinados tipos de vínculo. Esta regresión de las funciones del órgano crea un desajuste en la economía total, provocando la enfermedad (Pichon-Rivière). La regresión es hacia el punto disposicional, que es el momento del desarrollo en que se organizaron determinados tipos de conducta visceral, logrando en un momento dado el control de sus ansiedades.

Durante el fenómeno de la regresión, ésta no sólo se hace en el sentido de que los objetos son depositados en el cuerpo, sino que también se produce la regresión del órgano mismo en cuanto a sus funciones. Por ejemplo, el estómago de un ulceroso es un estómago que ha regresado a su etapa de lactante, pues el ritmo de hambre y satisfacción es semejante al de ese período. El hambre dolorosa del ulceroso es equivalente al hambre dolorosa del lactante. Aquí se puede ver la regresión de las funciones a una etapa determinada y a ciertos vínculos particulares, regresando la totalidad de la persona a un tipo de conducta que fue operativo en cuanto a la defensa de la ansiedad.

La enfermedad surgiría del conflicto entre la regresión de un órgano a una función más primitiva y la permanencia del resto

en un nivel más adulto. Esto explicaría la patología propia del órgano y la influencia del órgano sobre la economía total. Según Pichon-Riviére, el órgano que enferma no es el más débil, tal como se lo ha considerado hasta ahora, sino al contrario, es el más fuerte, el de mayor resistencia. Porque el órgano elegido es el lugar donde el yo está más atrincherado, donde hay una mayor comunicación entre él y las funciones propias del órgano en cuestión. La elección se hace en aquel que ya conoce el oficio. Así, el ulceroso ya hace rato que está pensando y actuando con su estómago, tratando de controlar a los objetos perseguidores, determinantes de sus ansiedades paranoides.

Desde el punto de vista disposicional, el órgano elegido es aquel que ha tendido, en un momento determinado, a establecer una defensa desde allí.

En el fenómeno de la conversión la relación con el objeto interno no está explicitada directamente, pero sí está implícita, aunque no visible. Los que son visibles son los mecanismos defensivos que causan todos los síntomas de la conversión, ya sea a través del sistema nervioso central, ya a través del* periférico o neurovegetativo. Se trata de diferentes niveles de expresión de conductas a través del cuerpo.

El sujeto configura en un momento dado una enfermedad psicosomática con el propósito de "zafarse" de la psicosis (Pichon-Riviére). Tiene así la gran ventaja, desde el punto de vista social, de que esta enfermedad no aparece incluida en la categoría de alienación. El sujeto que la padece es considerado como un enfermo del cuerpo y no es reconocido como un enfermo mental.

Debemos considerarla como una *pauta* de conducta repetitiva expresada en el cuerpo. Un *pattern* que está incluyendo tanto al órgano como al objeto, su vínculo, y la fantasía inconsciente en una totalidad. Siempre se encuentra la alternancia entre una expresión corporal y una expresión mental, y con cierta frecuencia la sucesión de cuadros psicosomáticos con cuadros psicóticos.

Puede decirse que los niños que han sido muy sobreprotegidos en una situación de enfermedad en un órgano particular tienen tendencia a zafarse de la situación mental y hacen una enfermedad psicosomática. Mientras que los niños que han sufrido una situación de desamparo corporal tienen tendencia a la elaboración mental. Es mucho más peligroso para ellos la repetición de una

situación de desamparo corporal, y tratan entonces de elaborar la situación a través de la mente. Entre estos tres cuadros nosográficos, hipocondría, histeria de conversión y enfermedad psicósomática, sólo existen diferencias fenomenológicas, poseyendo en cambio una unidad dinámica común.

El miembro fantasma pone de manifiesto un serio trastorno del esquema corporal. Tiene un interés particular porque plantea el problema de la alienación en el cuerpo. Se caracteriza porque sobre un miembro amputado aparece la ilusión compensadora de la amputación. Se produce en una situación inconsciente, conflictiva y situacional. Aparece en algunos casos, y específicamente frente a determinadas personas, con un contenido inconsciente específico. El fantasma, al ocupar un lugar espacialmente, ese espacio vacío a partir del muñón, plantea el problema de la externalización, de la misma manera como existe en el alucinado de la vista o del oído, por ejemplo. El mecanismo esencial es el de la división del esquema corporal, produciéndose luego la represión. Aparece sobre todo en las estructuras narcisísticas, donde las relaciones internas, en el ámbito del cuerpo, son fundamentales. La ilusión del amputado es un mecanismo de recuperación del objeto a través del miembro fantasma (Pichon-Rivière). Se encuentra entonces: 1) una estructura narcisística; 2) la pérdida del miembro; 3) la depresión consiguiente a la pérdida del objeto incluido en esa parte del cuerpo, y 4) la recuperación o establecimiento del vínculo perdido mediante un mecanismo alucinatorio. La reintroyección del objeto se hace por la vía del muñón, una vía desplazada de la vía oral. El fantasma se independiza del resto del cuerpo mediante el mecanismo de división.

En la alucinación, cualquiera que sea su tipo, visual, auditivo, etcétera, se plantea el problema de la externalización. Hay una alteración del esquema corporal en el sentido de que coloca afuera, mediante el mecanismo de división y proyección, una parte de sí mismo. Es la situación de uno dividido en dos, y de una de esas partes colocada afuera y percibida luego como si fuera de otro. Es lo que sucede durante la vigilia en los delirios alucinatorios, donde, por ejemplo, la voz escuchada desde afuera es producida por la extensión del esquema corporal, que se ha dividido y funciona configurando una situación de dos.

El "aparato de influencia" es, en última instancia, una parte

del propio cuerpo que ha sido colocada afuera mediante el mecanismo de proyección. Aparece entonces como la representación del propio pene o de los órganos sexuales proyectados en el mundo exterior.

En la despersonalización está comprometido el esquema corporal en forma masiva. Puede tomar tanto la esfera de la mente como la del cuerpo. El primer síntoma de un delirio hipocondríaco evolucionando hacia un delirio de Cotard es el extrañamiento del cuerpo. Éste aparece ante la visión especular como diferente. En el síndrome de Cotard la primera situación que se produce es la internalización del perseguidor en el cuerpo, configurando la hipocondría. Luego niega el objeto incorporado, incluyendo en la negación el órgano dentro del cual ha sido incluido, expresando, por ejemplo, que no tiene estómago, corazón, etc. Y finalmente racionaliza el porqué de no tener ese órgano construyendo el delirio de negación.

La anosognosia es la no percepción de una zona del esquema corporal, esté alterada o no, funcional y orgánicamente, por ejemplo, de una parálisis histérica, de una ceguera, etcétera. Se encuentra aquí el mecanismo de negación a través del esquema corporal.

Autoscopia externa negativa es la no percepción de la propia imagen especular frente al espejo, es decir, no percibir la imagen reflejada en el espejo. La autoscopia es positiva cuando el sujeto ve su doble afuera, en cualquier lugar, como si fuera frente al espejo.

En el fenómeno de levitación se experimentan sensaciones súbitas de liviandad con alteraciones en el peso y en la consistencia del cuerpo. Es la expresión de un vínculo maniaco en área corporal (Pichon-Rivière).

En la epilepsia se presentan alteraciones súbitas del esquema corporal, siendo su carácter paroxístico el elemento más típico. Estos trastornos son muy frecuentes y deben ser sistemáticamente buscados.

Durante la aplicación de los tratamientos biológicos se producen muy frecuentes e importantes modificaciones del esquema del cuerpo. En el despertar del coma insulínico las alteraciones pueden llegar hasta las vivencias de metamorfosis (Pichon-Rivière). Lo mismo ocurre con la administración de mescalina y LSD-25. El electroshock, la electronarcosis, etcétera, también detenninan cambios

en la imagen corporal, al igual que la aplicación del sueño prolongado.

El espacio está comprendido por las tres áreas: mente, cuerpo y mundo exterior, funcionando con un tiempo y en una situación dados, cuyo origen dinámico está constituido por el vínculo, estructura funcional que incluye el sujeto, el objeto y una comunicación a doble vía que puede sufrir perturbaciones que son específicas para cada neurosis, psicosis, caracteropatía, perversión y los llamados fenómenos psicosomáticos.

Resumen

Schilder define la imagen corporal como: "la representación mental tridimensional que cada uno de nosotros tiene de sí mismo". Esta imagen está construida sobre la base de múltiples sensaciones que se integran dinámicamente en una *Gestalt* del cuerpo. Es una estructura que está en permanente desintegración y reestructuración. La libido es fundamental. Describe el espacio del yo, espacio objetivo, y el espacio del ello, donde los afectos acercan y alejan los objetos. El espacio del cuerpo y el espacio exterior al mismo.

Scott sostiene que la división mente-cuerpo surge de un precoz mecanismo de defensa que tiene por finalidad resolver ansiedades específicas. El fenómeno de la superficie corporal es fundamental para establecer el ámbito del yo y del no-yo.

Pichon-Riviére describe tres áreas fenomenológicas del *self* o persona: mente, cuerpo y mundo exterior. La integración del esquema se hace sobre la base de un protoesquema corporal, prenatal. De acuerdo con su teoría de la concepción unitaria de las neurosis, psicosis, caracteropatías y enfermedades psicosomáticas, establece que la principal diferencia que existe entre ellas es el área de expresión de los conflictos. Cuando se expresan en el cuerpo, área 2, y de acuerdo con la técnica empleada para controlar los objetos perseguidores internalizados, tenemos la hipocondría, la histeria de conversión y las llamadas enfermedades psicosomáticas, estableciéndose dicho control, respectivamente, a través de la mente, del sistema nervioso central (con expresión en el territorio muscular y sensorial) y del sistema neurovegetativo (con expresión en el cam-

po visceral). El órgano que enferma es el más fuerte y no el *locus minoris resistenciae*.

El autor propone la designación de *esquema del self* como un esquema conceptual, referencial y operativo que incluye las tres dimensiones, mente, cuerpo y mundo exterior, funcionando con un tiempo y un vínculo que incluye al sujeto, el objeto y su comunicación.

Bibliografía

- Pichon-Rivière, Enrique, "Alteraciones del esquema corporal en el curso de la epilepsia, histeria y con el coma insulínico", *index Neurol. Psiquiat.*, 1941, 3.
- , "Patogenia y dinanismos de la epilepsia", *Rev. PsicoanaL*, Bs. As., 1944, II, p. 615.
 - , "Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia", *Rev. PsicoanaL*, Bs. As., 1946, IV, p. 1.
 - , "Psicoanálisis de la esquizofrenia", *Rev. PsicoanaL*, Bs. As., 1947, V, p. 293.
 - , *Curso sobre esquema corporal*, dictado en el Instituto Pichon-Rivière, 1949 (no publicado).
 - , *Trastornos del esquema corporal en la epilepsia*, conferencia dictada en el Ateneo de Neurología de Buenos Aires, 1951 (no publicada).
 - , *Miembro fantasma*, conferencia en el Ateneo de Neurología de Buenos Aires, 1951 (no publicada).
 - , Prólogo a Goodenough, F. L., *Test de inteligencia infantil*, Paidós, Buenos Aires, 1951.
 - , *Cursos sobre psiquiatría dinámica*, dictados en la Asociación Psicoanalítica Argentina, años 1956 y 1957.
 - , *Seminario sobre técnica de psicóticos*, dictado en la Asoc. PsicoanaL Arg., año 1958.
 - , *Conceptos y formas de la interpretación delirante*, leído en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires, año 1937.
 - , *Ilusión de Frégoli y Metamorfosis*, leído en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires, 1938.
 - , Prólogo a Schilder, Paul, *Introducción a una psiquiatría psicoanalítica*, Beta, Buenos Aires, 1949.

TRASTORNOS DEL ESQUEMA CORPORAL *

Alteraciones del esquema corporal en el curso de la epilepsia, histeria y coma hipoglucémico

Después de hacer un breve resumen de los trabajos de Head, Schilder, Van Bogaert, Lhermitte, Tchehrazi, Victoria, etcétera, se expone el punto de vista psicoanalítico (Schilder, Federn), insistiendo sobre los conceptos de narcisismo, genitalización, castigo y complicaciones de castración.

1er. caso. — L. L. de F., 38 años, casada; de acuerdo con los antecedentes se pudo establecer el diagnóstico de histeria de angustia previa al accidente actual. Al resbalar cae sobre el piso en forma más o menos violenta, instalándose con bastante rapidez síntomas de conversión (monoplejia **flaccida** del brazo derecho y camptocornia o plegamiento). Durante más de cuatro años recorrió consultorios de distintas especialidades, fue enyesada durante varios meses, electroterapia con quemaduras, etcétera; se le propone la amputación y entonces viene al consultorio externo de la Liga de Higiene Mental. Después de dos meses de exploración psicoanalítica y como producto de la transferencia se curan sus síntomas de conversión. El interés del caso radica en la característica siguiente: la enferma ignoraba su brazo, durante la noche lo buscaba, lo consideraba un cuerpo extraño, no lo integraba dentro de su esquema corporal. Era una anosognosia allí localizada comparable desde el punto de vista fenomenológico con este fenómeno de los hemiplé-

* *Index de Neurología y Psiquiatría*, 1941, vol. 3, n° 3.

jicos. También en el contenido manifiesto de sus sueños aparecía esta vivencia, y algunas frases del relato de uno de ellos lo expresan bien: "el médico me debía curar la herida del brazo con el calor de su cuerpo (transferencia), buscaba mi brazo desesperadamente (anosognosia) por toda la cama y luego por la habitación donde vivía, etc". Este sueño terminó de aclarar el contenido del síntoma y el análisis reveló una frigidez, homosexualidad latente e intensa, virilización, gran agresividad, castigo, castración, etcétera.

2º caso. — J. F., 11 años, epiléptico con convulsiones desde hace dos meses. Éstas son frecuentes durante las horas de clase en el colegio y tienen la estructura de los típicos. Al despertar del estado de obnubilación posparoxístico busca con precipitación y angustia su mano derecha debajo del banco donde está sentado, preguntado a sus compañeros por ella. "En los primeros ataques me parecía que me faltaban dos dedos, después los cinco y ahora la mano entera, parece que está cortada a la altura de la muñeca." En estos momentos llama o se defiende del padre, parece haber una alucinación visual de este tipo acompañada de pánico. Analizado este síntoma, después de pocas sesiones desaparece, no modificándole la frecuencia de las crisis, no pudiendo continuar el tratamiento por incompreensión de la familia.

3er. caso. — La observación siguiente fue hecha en forma casual hace cuatro años en el enfermo C. B., esquizofrénico (catatonía), sometido al tratamiento de Sackel. Una mañana en que recorría las camas de los enfermos sometidos a esta cura oí gritar a éste y quejarse como si sufriera un fuerte dolor; interrumpí entonces el coma que estaba en sus comienzos creyendo que se trataba de algún accidente orgánico. Interrogado, me relató que cada vez que pasaba por el pasillo formado por las dos filas de camas sentía lo siguiente: "Tengo la impresión de que mi cuerpo se alarga, se estira tanto que llega hasta las camas de enfrente y que al pasar usted me lastimaba las piernas, por eso gritaba". Esto se acompañaba de angustia y de cierta gesticulación encaminada a defenderse contra esto.

4º caso. — J. De A., esquizofrenia. Al salir del primer coma me manifiesta lo siguiente: "Doctor, qué horrible fue lo que sentí durante la inyección; me parecía que estaba transformado en un gusano, en una larva que se arrastraba por el suelo y que penetraba en muchos agujeros para buscar mi sustento: tenía grandes difi-

cultades para respirar al penetrar en ellos, sufría mucho y renegaba por tal clase de vida". Tres veces consecutivas tuvo la misma experiencia, que luego se transformó en la siguiente: "Sentía que mis piernas se alargaban, se hacían tan largas que algo debía sucederme por esto, cuando pasaba alguien entre las camas sentía un gran dolor en todos los huesos".

En las diez observaciones que hemos recogido de experiencias similares durante el coma insulínico, las impresiones de alargamiento y acortamiento del cuerpo, macropsia y micropsia, angustia y vivencia de muerte, interpretación del coma como un castigo, integraban una misma estructura. Los trastornos del esquema corporal consignados aquí están en última instancia relacionados con el complejo de castración; las variaciones del cuerpo se producen por su genitalización, y tanto en el coma como en el sueño la libido de objeto es retirada de sus representaciones y se hace casi totalmente narcisística.

Consideraciones sobre un caso de epilepsia con ataques, paramnesias y estados de sueño

Se trata de Miguel V., de 21 años, soltero, obrero ferroviario, hijo menor, su padre murió a consecuencia de una uremia, era de carácter "fuerte", tiránico e impulsivo. A los 9 años uno de sus hermanos mayores le golpea la cabeza con un zueco en la región témporo-parietal izquierda, se produce a consecuencia de esto una herida contusa del cuero cabelludo, sin pérdida de conocimiento. Anteriormente a este traumatismo su comportamiento tenía caracteres neuróticos, impulsivo, fácilmente colérico y obstinado; mimado por su madre, siente la presión de su padre. Su personalidad adquiere franco carácter epileptoide, y su agresividad es cada vez más intensa. Masturbación con fantasías sexuales de tipo sadomasoquista, poluciones nocturnas, a los 21 años inicia sus relaciones sexuales con algunos fracasos, impotencia transitoria, eyaculación precoz, teniendo el conjunto el aspecto de una neurosis actual de tipo hipocondríaco y neurasteniforme con episodios de ansiedad. Desde su infancia cultiva la amistad de una sola persona, ésta muere y al verla en el ataúd se desespera, llora, tiene una fuerte crisis de ansiedad y manifiesta con respecto a esto "no habrá otro

como él" (fuerte componente homosexual). Este estado se prolonga, y 20 días después tiene una crisis epiléptica típica (caída, mordedura de lengua, amnesia consecutiva). Se tranquiliza, comenzando poco tiempo después a aparecer fenómenos de *déjà vu*. Pasado un año tiene su segunda crisis epiléptica estando en compañía de su padre y su madre.

Al año siguiente muere su padre, apareciendo su tercera y última crisis epiléptica. Desde la segunda crisis los *déjà vu* se transforman en estados de sueño (*dream states*), donde los sueños y la realidad se entremezclan, hay reminiscencias de sueños, hechos sucedidos y sentimientos de extrañeza con sensación de *déjà vu*, llegando algunas veces hasta la despersonalización, preguntándose "quién soy, estoy cambiado, distinto, *etc.*". Algunas manifestaciones olfativas (olor a pintura fresca) hacen pensar en una "crisis del uncus", pero sólo se trataba de una percepción olfativa real que permaneció en el campo de su conciencia después de haber desaparecido el estímulo "se me quedó pegado el olor" y podría hacer pensar en una forma intermedia. Después de estos síntomas aparecieron ausencias con automatismo esporádico. La radiografía de cráneo pone en evidencia una falta de sustancia ósea que vista de perfil tiene la forma de pico de flauta en la región parietal izquierda, se completará el examen con neumoencefalografía (electroencefalografía). La localización probable de la lesión estaría en las áreas 21-22 (lóbulo temporal). La estructura de la personalidad de tipo epileptoide, el significado de las crisis, de los *déjà vu*, de los estados de sueño se interpretan desde el punto de vista psicoanalítico. Según Freud, las paramnesias pueden ser comprendidas como reviviscencias de fantasías inconscientes reprimidas, o según Ferenczi, como trozos olvidados (reprimidos) de sueños de la noche anterior. En nuestro caso esto era bien evidente y éstos procedían a veces de su infancia. Los tests de Mira y Rorschach confirmaron el diagnóstico clínico de personalidad epiléptica.

HISTORIA DE LA PSICOSIS MANIACODEPRESIVA **

Hipócrates (460-380 a. J. C.) describe como enfermedades mentales la **melancolía**, la manía, la frenitis, la epilepsia y la histeria. Atribuye la melancolía a la atrabilis, sin dar detalles sobre su sintomatología, haciendo hincapié sobre los trastornos emocionales fundamentales: "Cuando el temor (**phobos**) o la tristeza (**distimia**) permanecen largo tiempo, es un estado melancólico".

Hipócrates opone a la melancolía la **manía**, caracterizando esta enfermedad como un estado de alegría, de exuberancia y, más aún, de cólera y violencia. Desde el punto de vista etiológico, la melancolía sería producida por la **bilis negra**, concepto de donde se origina su denominación (en griego **melónos** — negro, **chole** = bilis). Los otros tres humores fundamentales son la sangre, el moco (flema pituita) y la bilis amarilla (cólera), que a su vez origina otras clases de trastornos.

Considera además la melancolía y la epilepsia como dos afecciones íntimamente relacionadas, y a ese propósito dice: "Los me-

* Garma, A. y Rascovsky, L. (compilación y prólogo), *Psicoanálisis de la melancolía*, cap. I, Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1948.

¹ En este artículo he incluido sólo las contribuciones que más significación tuvieron en su época. Los artículos de A. Lewis y el capítulo del libro de Muncie escrito por Marión Booth traen una ordenación cronológica completa de la historia de esta enfermedad. Aquí llegamos hasta la concepción psicoanalítica, que es desarrollada en el resto del libro.

Lo que está en bastardilla fue hecho con el propósito de destacar concepciones, síntomas y mecanismos que integran las teorías y descripciones de la psiquiatría moderna.

lancólicos de ordinario se vuelven epilépticos, y los epilépticos, melancólicos. De estos dos estados, lo que determina la preferencia por una u otra es la dirección que toma la enfermedad: si tiende a dirigirse hacia el cuerpo, es epilepsia, si a la inteligencia, es melancolía".

Su noción de que la bilis negra y el moco acarrear cambios en el calor y la humedad del cerebro, oscureciendo el espíritu y produciendo la enfermedad, influyó —dice A. Lewis— sobre todas las teorías y especulaciones futuras con respecto a esta enfermedad.

Areteo de Capadocia (entre los siglos i y ii después de Cristo) da una descripción detallada de la melancolía grave: "Si (la bilis negra) tiende a fluir hacia arriba, al estómago y al diafragma, produce la melancolía, porque da flatulencia y eructos de naturaleza fétida y con olor a pescado, y los flatos retumbando hacia abajo perturban el entendimiento. Por esta causa, en épocas anteriores, estas personas eran llamadas melancólicas y flatulentas. Y sin embargo, en algunos de estos casos no existen ni la flatulencia ni la bilis, sino *simple cólera* y aflicción, y una- te&te -depresión espiritual... Es un decaimiento del espíritu provocado por una sola fantasía y sin fiebre; y a mí me parece que la *melancolía es el comienzo y parte de la manía*. Porque en aquellos que son dementes el entendimiento se transforma a veces en cólera y a veces en alegría, pero en los melancólicos se transforma en aflicción y abatimiento solamente. Pero aquellos que están dementes lo siguen estando la mayor parte de sus vidas, volviéndose tontos y haciendo cosas vergonzosas y terribles. Pero aquellos afectados por la melancolía no están cada uno de ellos afectados de acuerdo con una forma particular, sino que están, ya sea con sospecha de que han de ser envenenados, o huyen al desierto debido a su misantropía, o se vuelven supersticiosos, o contraen odio a la vida. O si en algún momento tiene lugar la distensión, en la mayoría de los casos sobreviene un júbilo, pero estas personas se vuelven dementes".

Areteo puntualiza el carácter corriente de estos estados y da su opinión sobre el diagnóstico diferencial, concluyendo que: "Las características no son oscuras; porque los pacientes son apáticos o severos, deprimidos o irrazonablemente aletargados sin causa manifiesta: tal es el comienzo de la melancolía. Y también se vuel-

ven malhumorados, sin espíritu, con insomnio y se levantan precipitadamente de un sueño perturbado. Si la enfermedad tiende a avanzar, se apodera de ellos un miedo irracional cuando sus **sueños tienen mucha realidad, son terribles y claros**; si sienten, cuando están despiertos, aversión por alguna persona como si fuera ésta un espíritu malo, dicha visión se precipita en sus sueños cuando duermen. Tienden a cambiar de opinión muy prontamente; tan pronto son ruines, mezquinos, como generosos, derrochadores, y esto no se debe a ninguna virtud del alma, sino al carácter variable de la enfermedad. Pero si la enfermedad se vuelve más impetiosa, entonces el enfermo **odia**, evita los lugares concurridos por los hombres, se entrega a vanas lamentaciones, se queja de la vida y desea morir. En muchos casos esto da lugar a la insensibilidad y a la insensatez. Se despreocupan de todo o se olvidan de ellos mismos y viven la vida de los animales inferiores".

La melancolía, como la manía, está localizada —según Areteo— en el **hipocondrio**, y es para él la forma fundamental de la cual se derivan las otras variedades psicóticas.

Según Zilboorg, en la época de Areteo los médicos comenzaron a tener cada vez más conciencia de que ciertos estados de regocijo anormal (la llamada **manía**) **estaban relacionados** con ciertos estados de depresión anormal, la llamada "melancolía". Areteo se inclinó a considerar estos dos estados patológicos **como expresiones de una enfermedad**, concepto que constituye el antecedente histórico más importante de nuestra actual concepción de la psicosis maniaco-depresiva. Areteo hacía, sin embargo, alguna salvedad: que "la manía no es siempre el producto de la melancolía, puesto que a menudo comienza originalmente sin ninguna melancolía precedente".

Las personas que padecen de manía o furor, dice Areteo, son "naturalmente irritables, violentas, fácilmente dadas a la alegría, tienen un espíritu inclinado a la broma o a las cosas infantiles". Así **describe la personalidad** prepsicótica del futuro maníaco, haciendo una descripción similar de aquellos sujetos predispuestos a la melancolía, encontrándose aquí, según Zilboorg, el primer indicio de que ciertas enfermedades mentales no son más que una extensión psicológica de los llamados rasgos anormales de la personalidad de un individuo dado. Además de la investigación del contenido de la psicosis, Areteo sobresalió en el arte del **pronóstico**, inclinándose a

considerar las enfermedades mentales desde el punto de vista del resultado final a que llega el proceso. A fines del siglo xix este punto de vista culminó con la concepción kraepeliniana. Las descripciones que hace Areteo de sus enfermos son particularmente sobresalientes, y al referirse a los maníacos dice que éstos "se abandonan a la *alegría*, la *risa*, el *juego*, el *baile*,² de día y de noche", que se enojan por cualquier restricción, que algunos son violentos, mientras que otros "destruyen su ropa y son propensos a maltratar o matar a los que les rodean". Algunos de ellos han "*despertado nuevamente sus recuerdos* con la mayor nitidez", de manera que "saben anatomía, filosofía y poesía como si hubiesen estado en relación con las musas". "La manía es distinta de las enfermedades seniles, calamidad propia de la vejez, que son progresivas e incurables. La manía, por el contrario, es *intermitente* y puede curarse completamente con buen tratamiento. La manía termina de dos maneras: o por remisión o bien por curación total. La remisión no es saludable si se produce espontáneamente."

La descripción que hace Areteo de la melancolía no es menos aguda. Los melancólicos son inquietos, *tristetes*, *desanimados*, insomnes; "son presas del terror si la afección hace progresos. Se ponen flacos por su agitación y llegan a perder el sueño vivificante. En una etapa más avanzada, se quejan de miles de sutilezas y desean la muerte. Desgarran sus propios miembros con espíritu religioso y para tributar una especie de homenaje a los dioses que exigen este sacrificio". Todo esto, dice Areteo— es consecuencia de una profunda convicción y a veces suscita en los que se atormentan un estado de júbilo, a pesar de su tristeza, haciendo que se sientan libres de todo cuidado, como si estuviesen protegidos por las divinidades. "Hablando en términos generales, la melancolía tiende a *repetirse*; pero no puede dudarse de que la enfermedad o se ha curado o bien tiene *intervalos* durante algunos años."

Sorano, uno de los más grandes médicos romanos del siglo i, hizo la siguiente descripción de los estados maníacos: "Los ataques son continuos, o bien están separados por *intervalos* durante los cuales los pacientes ignoran completamente la agitación por la que han pasado y a veces conservan un vago conocimiento de lo que ha ocurrido...; el paciente puede imaginar que ha tomado

² En un próximo trabajo a publicarse, titulado *Manía, desenfreno y fiesta*, destaco las semejanzas fenomenológicas y dinámicas entre estos estados.

otra forma que la suya: uno se cree a sí mismo un gorrión, un gallo o un vaso de barro; otro, un buen orador o actor, sosteniendo gravemente una caña e imaginando que lleva el cetro del mundo; otros gritan como niños y piden que se les lleve en brazos o se creen a sí mismos un grano de mostaza y tiemblan continuamente por temor a ser comidos por una gallina; algunos hasta se niegan a orinar por temor a provocar un nuevo diluvio".

En cuanto a los tratamientos prescritos por Sorano, éstos se reflejan bien en el trato que aconseja dar a los maníacos: "Los maníacos tienen que ser colocados en una habitación suavemente iluminada, de temperatura moderada y donde la tranquilidad no sea perturbada por ningún ruido. Ninguna pintura debe adornar las paredes de su habitación; el aire debe entrar por aberturas elevadas. Los pacientes deben ser colocados preferentemente sobre el suelo, pues la mayoría de ellos se sienten casi siempre inclinados a saltar hacia afuera. Sus camas deben estar sólidamente fijadas, y de tal manera colocadas que no vean a las personas que entran; así se evita una variedad de enojos. Si se encuentran en estado de agitación tal que no puede dárseles otra cama que un jergón de paja, hay que escogerlo cuidadosamente, prepararlo y despojarlo de toda materia dura ...

"Si alguna parte del cuerpo ha sufrido por la inquietud del paciente, resultan útiles las aplicaciones calientes, hechas con material blando y muy limpio, en la cabeza, las espaldas y el pecho. Es necesario emplear fomentos de aceite caliente mezclado, siendo preferible un cocimiento liviano de sebo o de aceite de linaza, por sus cualidades sedantes. Deben prohibirse las entradas y salidas frecuentes, especialmente de gentes extrañas, y debe aconsejarse con firmeza a los sirvientes que limiten las excursiones de los pacientes, a fin de que no se exasperen mucho. Sin embargo, hay que evitar también el aumento de su falta de raciocinio por la excesiva inactividad y la debilidad consiguiente.

"Deben emplearse mucho tacto y discreción para llamarles la atención sobre sus faltas; a veces hay que pasar por alto la mala conducta o corregirla con indulgencia; otras veces es necesario una reprimenda ligeramente severa y una explicación de las ventajas derivadas de la buena conducta.

"Si los pacientes se agitan o luchan contra la restricción o si se exasperan por la reclusión deben ser controlados por varios en-

fermeros, quienes han de cuidar que sus propósitos sean descubiertos lo menos posible. Así, pueden acercarse a los pacientes como si fuesen a darles fricciones, y con esto se evitará la resistencia innecesaria. Si la visión de sus semejantes los irrita, deben emplearse fajas para contenerlos, medida con frecuencia necesaria. Estas fajas serán de textura suave y delicada, debiendo correrse cuidadosamente. Hay que tomar la mayor precaución a fin de evitar choques, pues la aplicación sin cuidado de estas fajas aumenta e incluso produce furia en lugar de aplacarla."

Galeno (siglo n d. de J. C), repitiendo las palabras de Hipócrates, decía: "Los hombres deben saber que del cerebro, y sólo del cerebro, surgen los placeres, las alegrías, la risa y las bromas, así como nuestras aflicciones, dolores y lágrimas... Lo mismo que nos vuelve locos o delirantes nos inspira miedo y terror. . . La corrupción del cerebro es causada no sólo por la flema sino también por la bilis. Aquellos que están dementes debido a la flema son tranquilos y no gritan ni producen perturbaciones; aquellos que se enloquecen debido a la bilis son ruidosos, perversos e inquietos, y siempre están haciendo algo inoportuno". Comentando esto, dice: "Si conociéramos bien la fisiología del cerebro, encontraríamos con seguridad en su estado patológico tanto el sitio de la enfermedad como la naturaleza del remedio". Al hablar de su causa, sostiene que: "La melancolía depende de un exceso de bilis en la sustancia cerebral; el humor melancólico es un estado espesado de la sangre semejante a la bilis, la cual, evaporándose en el cerebro, causa los síntomas melancólicos que afectan la mente". Con la designación de "melancolía" describe cuadros muy polimorfos que incluyen toda clase de psicosis, mostrándose de acuerdo con Hipócrates en cuanto a la relación entre *la evilepsia y la melancolía*.

"Los melancólicos están siempre invadidos por temores, pero las imágenes fantásticas no se presentan a ellos siempre de la misma manera. Así, uno de ellos se imaginaba estar hecho de conchillas y, en consecuencia, evitaba a todos los caminantes por miedo a ser aplastado. Otro, viendo que los gallos batían sus alas antes de cantar, imitaba la voz de estos animales y golpeaba sus flancos con los brazos. Otro sospechaba que Atlas, fatigado del peso del mundo que soporta, podría desprenderse de su pesado fardo y de esta manera aplastarse, al mismo tiempo que podría hacer perecer a todos. Miles de ideas semejantes atraviesan su espíritu. Existen diferencias

entre los melancólicos. Todos son presa de tristeza, de temor, acusan a la vida y odian a los hombres, pero no todos desean morir. Hay, por el contrario, otros en quienes la esencia misma de su melancolía es el temor a la muerte. **Oíros nos parecen extraños: temen la muerte y al mismo tiempo la desean.** También Hipócrates parece tener razón al haber relacionado todos los síntomas propios de los melancólicos con los dos principales: el **temor** y la **tristeza**. Es como consecuencia de esta tristeza que los melancólicos odian todo lo que ven y parecen continuamente apenados y llenos de miedo, como los niños y los hombres ignorantes que tiemblan en una oscuridad profunda..."

A continuación, Galeno describe una típica **depresión reactiva** y dice: "Hipócrates sostiene que la ausencia de derramamiento de semen puede determinar la melancolía. Yo mismo he visto a un individuo que después del dolor que le causó la **muerte de su mujer** se abstuvo de relaciones sexuales que realizaba antes con frecuencia. Había perdido el espíritu y no digería ni siquiera lo poco que tomaba. Si se esforzaba para tomar más lo vomitaba en seguida. Se entristecía, no solamente por estas razones, sino también sin causa evidente, como sucede en los melancólicos. Todos los desórdenes desaparecieron después que hubo retomado sus antiguas costumbres".

Para Galeno, la **hipocondría** está caracterizada por dos órdenes de fenómenos, los unos primitivos y abdominales, y los otros secundarios y cerebrales, agregando que el temor y la tristeza integran también esta enfermedad. Establece relaciones entre la melancolía y la hipocondría y entre el estómago y el cerebro en la patogenia: "En efecto —dice—, el estómago transmite sus enfermedades a la cabeza, y ésta transmite las suyas al estómago a causa de la longitud de los nervios que del encéfalo llegan al orificio del estómago y que dan a esta parte del cuerpo una sensibilidad superior a todas las otras partes, de donde resulta que todas las fracturas de la cabeza que penetran hasta las meninges están acompañadas de vómitos biliosos, y que los dolores de cabeza, de cualquier manera que aparezcan, causan un trastorno y a veces una modificación del estómago. Las enfermedades llamadas hipocondríacas y flatulentas se caracterizan por abatimientos melancólicos..."

Galeno parece haber sido el primero en hablar de la **hipocondría**, sospechándose que fue el creador de este término. Consi-

deró además que la bilis amarilla produce tanto el delirio febril (frenitis) como la irritabilidad y los impulsos hostiles que se observan en la manía.

Después de Galeno se inicia un largo período de oscurantismo donde la influencia de la Iglesia se hizo sentir como un impedimento en la investigación psiquiátrica, transformándose la demonología, sus causas y consecuencias, en la base de toda referencia a las enfermedades mentales. Éstas, y sobre todo los melancólicos e histéricos fueron considerados como poseídos por el demonio, terminando muchos de ellos en la hoguera. En el siglo xvi se inicia un renacimiento gradual de la medicina empírica en lo que se refiere al estudio de las enfermedades mentales, y comienza una revisión de las enseñanzas de Hipócrates y Galeno e intentos de clasificación y reconocimiento de las causas naturales de las enfermedades. Vallesius (1559-1589), Montanos, Cappivacci, Nicolás Piso, Walter Bruel, Gregory Horst siguen esta corriente. G. Rondelet, de Montpellier (1507-1566), sostiene: "La manía es una locura sin fiebre y con agitación. Ella proviene de una sangre biliosa, cocida, o también de sangre melancólica o mezclada de un modo-melancólico, llamada *canina*. Estos enfermos son querulantes, locuaces, agitados: a menudo ríen y algunas veces son obedientes, pero bien pronto vuelven a su locura. Si parecen volver al estado normal, por cualquier motivo recaen en sus errores, muerden a los que los rodean, injurian a sus amigos, golpean y hieren. La melancolía está generalmente acompañada de depresión, lo que la distingue de la manía, y tiene su origen en el cerebro, en el cuerpo y en las flatulencias del hipocondrio. Entre las diversas ideas delirantes están las ideas religiosas, las ideas de grandeza, el temor de ser envenenado y la sensación de tener animales dentro del vientre". Se ocupa también de la *licantropía*, haciendo descripciones detalladas.

Los psiquiatras de esa época recomendaban para el tratamiento de la melancolía las purgas, las enemas, las sangrías, los baños, el uso del eléboro, el específico de Antisira, la aplicación de emplastos aromáticos, vesicantes, la aplicación de sanguijuelas alrededor del ano, etcétera.

Lazare Rivière, de Montpellier (1589-1655), sostiene que "la manía y la melancolía son delirios sin fiebre", y como signos del acceso inminente destaca la aparición "de dolores de cabeza continuos, insomnio o sueño liviano y de corta duración, trastornos del

carácter, trastornos visuales, tintineos en los oídos, locuacidad des acostumbrada, alternando con intervalos en que el enfermo se muestra taciturno. La melancolía puede definirse —dice— como un delirio acompañado de temor y tristeza; en algunos enfermos se manifiesta alegría y jovialidad, y *de la disposición variada del humor melancólico salen todas las formas diferentes de delirio*. Unos se creen reyes, príncipes, divinos, otros se creen animales e imitan sus distintas voces, otras se rehusan a comer y beber, otros se creen muertos, etcétera".

En el siglo xvm se inicia —dice A. Lewis— un nuevo período, en el cual la interacción de los factores físicos y psíquicos es discutida y la psicología se acerca a la medicina práctica. Esta influencia se inicia con G. E. Stahl (1660-1734) y es ejercida a través de su doctrina animista y vitalista, en la que señala la influencia de la vida psíquica sobre los fenómenos orgánicos. "Estos procesos —dice— están unidos en uno solo en el organismo viviente. Las perturbaciones mentales son una relación anormal del alma, inhibida en su trabajo regular por un motivo extraño que surge, ya sea en los sentidos, ya en otras funciones corporales o ya en el humor."

Uno de los sistemas nosológicos de mayor prestigio en esa época fue el construido por Francois Boissier de Sauvages de la Croix (1706-1777). Se conocían en el siglo xvm las siguientes entidades clínicas: la *manía* o *delirio general*, la *melancolía* o *delirio parcial*, la *demencia* o *abolición del pensamiento* y la *idiotia*, que comprendía todos los estados de debilidad mental. A ellas se agregaba algunas veces el *frenesí*, que comprendía los delirios generales acompañados de fiebre. Boissier de Sauvages daba de los melancólicos la siguiente definición: "Los que constantemente fijos en una preocupación deliran cuando se trata de otros sujetos". En este gran grupo de melancólicos están comprendidos los melancólicos, formas de esquizofrenia y paranoia e histeria de la nomenclatura actual. Describe "catorce clases de melancolía: 1) la *melancolía ordinaria* 2) la *erotomanía*: los enfermos no desean gozar del ser amado, pero le consagran una especie de culto; 3) la *melancolía religiosa*; 4) la *melancolía de imaginación*, que difiere de la hipocondría en que estos enfermos imaginarios no presentan ningún trastorno físico; 5) la *melancolía extravagante*: los enfermos tienen ideas de grandeza; 6) la *melancolía atónita*: el enfermo permanece inmóvil y como estúpido, y algunas veces rechaza beber y

come*; 7) la *melancolía vagabunda*-, deseo intenso de movimiento; 8) la *melancolía danzante*, especie de enfermedad epidérmica; 9) la *melancolía "hippanthropica"*, variedad de zooantropía; 10) la *melancolía de los Seutas*, que se creían transformados en mujeres; 11) la *melancolía inglesa* o *t&dium vit&*; 12) la *melancolía zooantrópica* todas las niñas de un convento estaban atacadas de una singular melancolía en ciertos días y a ciertas horas determinadas; durante el acceso, las jóvenes se creían gatas y formaban un concierto miélico; 13) la *melancolía de entusiasmo*: los enfermos se creen inspirados; 14) la *melancolía de preocupación*".

Hermann Boerhaave (1668-1738), en sus aforismos, considera la manía como una forma más grave de la melancolía: "Si la melancolía se extiende tanto como para que la agitación del fluido cerebral origine la locura de los pacientes se la denomina manía". Definió la melancolía "como esa enfermedad en la cual el paciente está durante largo tiempo, y obstinadamente, delirando, casi siempre cavilando sobre un mismo pensamiento y sin fiebre". La relación entre la manía y la melancolía también fue vista por Boerhaave, llegando Morgagni (1682-1771) a negar toda distinción entre ambas: "*La manía está tan vinculada a la melancolía* que estas perturbaciones a menudo se transforman la una en la otra, y así se ve con frecuencia a médicos dudando de si deben calificar de melancólico o de maníaco a un paciente que alterna entre una audaz charla y un silencio". El holandés Schim (1779) dio un paso más adelante y describió *crisis periódicas*.

Los tratamientos de la melancolía durante el siglo xviii eran muy variados, y entre los remedios usados estaban el anagalis, el arsénico, la belladona, *datura stramonium*, el fósforo, el tártago y otros vomitivos y purgas. También, en ocasiones, se empleó la electricidad; la sangre de burro era muy recomendada y fue considerada por Cardilucci como una medicación específica de la melancolía. Boenneken y Boerhaave recomendaban la hidroterapia: "Sumergirse en el mar y permanecer en estado de inmersión tanto como ee pudiera soportar era el remedio principal". John Ferriar (1763-1815) aconsejaba baños calientes para la manía y baños fríos para la melancolía, y otros usaron la inmersión como un *remedio punitivo y amenazador*. Algunos psiquiatras franceses de la época, tales como Col de Villars (1737) y Buchoz (1769), recomendaban la música como tratamiento de la melancolía. Algunos métodos crue-

les incluían la silla giratoria, que Avicena recomendara con el objeto de hacer fluir la sangre a las regiones apropiadas.

P. H. Pinel (1809) acepta en conjunto la nosografía de Boissier de Sauvages, pero plantea un interrogante de gran significación. En su capítulo sobre la melancolía o delirio exclusivo (melancólicos y paranoides de hoy) expresa su disidencia en cuanto a la unidad de este gran grupo de melancolías diciendo: "Nada más inexplicable y, sin embargo, nada mejor comprobado que las dos formas opuestas que puede tomar la melancolía. A veces es un orgullo excesivo y la idea quimérica de poseer riquezas inmensas o un poder sin límites; otras veces es el abatimiento más pusilánime, una consternación profunda hasta la desesperación".

En otra parte se refiere a una *constitución melancólica* "como causa frecuente de los desarreglos más extremos y de las ideas más exageradas".

Esquirol (1838), partiendo del interrogante planteado por Pinel, sustituye el término de melancolía por el de *monomanías*, dividiéndolas en expansivas y depresivas. La monomanía depresiva con tristeza, morosidad, concentración dolorosa del espíritu, es denominada por él *lipemanía* (del griego tristeza, locura), melancólicos de la nomenclatura actual. Las monomanías expansivas, caracterizadas según Esquirol por una lesión parcial de la inteligencia, de los afectos y de la voluntad, son divididas en tres grupos: *monomanías instintivas* o de la voluntad, *monomanías afectivas* y *monomanías intelectuales* o delirio parcial, de donde salió después el grupo de los *delirios crónicos sistematizados*.

Según G. Deny y Paul Camus, la evolución histórica de la psicosis maniaco-depresiva puede dividirse en tres períodos. El primero se extiende desde las épocas más lejanas hasta mitad del siglo XIX, y el solo punto interesante a retener de esta primera etapa de la historia en lo que se refiere a las relaciones de la manía y de la melancolía es que todos los médicos, sin excepción, consideraron la manía y la melancolía como dos entidades diferentes, a pesar de las relaciones a veces estrechas existentes entre los accesos de una y otra forma.

El segundo período comprende la segunda mitad del siglo XIX y corresponde al descubrimiento de la locura circular y de la locura a doble forma, período que Deny y Camus denominan *francés* por excelencia, o también de la Escuela de la Salpêtrière. El tercer pe-

ríodo o período contemporáneo fue llamado también por ellos *período alemán* y se inicia con Kraepelin en 1899.

El período francés (1851-1899) comienza, según nuestros autores, con las lecciones clínicas publicadas en 1851 en la *Gazette des Hôpitaux* por Pierre Falret, lecciones en las cuales este autor menciona, al lado de los *tipos intermitentes* de manía, "otro estado de intermitencia que se observa entre el período de disminución y el período de excitación de las *formas circulares* de las enfermedades mentales... Esta forma no consiste, como se ha dicho frecuentemente, en la alternancia de la manía y de la melancolía separadas por un intervalo lúcido más o menos prolongado, sino en la sucesión de la exaltación maníaca, simple sobreactividad de las facultades y de la suspensión de la inteligencia. Un período de excitación alterna con un período de debilitamiento, ordinariamente más prolongado". Pero si bien Falret había asignado desde esa época algunos caracteres particulares a *esta forma circular*, señalando en particular la incurabilidad, no la había descrito, sin embargo, como una enfermedad especial sino después de la comunicación hecha por Baillarger a la Academia de Medicina en 1854, cuyo título era: *Nota sobre un género de locura cuyos accesos están caracterizados por dos períodos regulares, uno de depresión y otro de excitación*. La conclusión de Baillarger es que "estos accesos no pertenecen propiamente ni a la melancolía ni a la manía, sino que ellos constituyen un género especial de alienación caracterizado por la existencia regular de dos períodos, uno de excitación y otro de depresión". A este tipo de locura Baillarger la designó con el nombre de *locura a doble forma*, demostrando que los accesos de esta enfermedad se presentan tanto aislados como reproduciéndose de una manera intermitente, y a veces pueden sucederse sin interrupción. Con esto se inició el pleito entre Falret y Baillarger, pues ambos reclamaban la prioridad. El primero de ellos presentó algunos días después a la misma academia un trabajo titulado: *Memoria sobre la locura circular, forma de enfermedad mental caracterizada por la reproducción sucesiva y regular del estado maníaco, del estado melancólico y de un intervalo lúcido más o menos prolongado*. Los accesos de esta forma de enfermedad se componían de tres fases yuxtapuestas en el siguiente orden: un estadio maníaco, un estadio de depresión y un intervalo lúcido, constituyendo esta última fase la única diferencia, ya que Baillarger la había excluido.

Dicen Deny y Camus que, como consecuencia, se puede decir que estos dos autores han descrito casi simultáneamente *la misma enfermedad* bajo dos nombres diferentes. Sin embargo, habría que agregar que a Falret corresponde el mérito de haber puesto en evidencia los principales caracteres de la misma, sobre todo el papel importante que juega la herencia en su producción, así como la mayor frecuencia con que esta enfermedad se presenta en la mujer y la gravedad de su pronóstico. En definitiva, ellos habían aislado definitivamente de la manía y de la melancolía clásicas una nueva entidad clínica, la locura circular o la locura a doble forma, las que constituyen, en realidad, una sola enfermedad, pudiendo manifestarse bajo dos modalidades diferentes.

Esta nueva entidad fue discutida por Morel, Dagonet y otros, encontrando Mareé la solución para poner de acuerdo a Falret y a Baillarger al proponer aplicar el nombre de locura a doble forma sólo a los accesos de manía-melancolía que están separados por un intervalo netamente definido, y reservar el de locura circular a los mismos accesos cuando se suceden sin interrupción.

A partir de esta época todos los alienistas franceses, entre ellos Magnan y Cullière en 1890, Regis en 1892, Gilbert Ballet en 1894, etcétera, se pusieron de acuerdo en ubicar la locura circular o a doble forma al lado de la manía y de la melancolía recidivantes en un grupo especial denominado *psicosis periódicas o intermitentes*.³

Esta última opinión fue adoptada por Kraepelin en la cuarta edición de su *Tratado de psiquiatría* (1893), donde ubica entre las *enfermedades constitucionales incurables a marcha crónica*, al lado de la *locura sistematizada*, las *locuras periódicas*, distinguiendo cuatro grupos: las formas *delirantes, maníacas, circulares y depresivas*.

Una figura de especial significación, y que debemos citar antes de entrar en el tercer período o período kraepeliniano de la historia de la psicosis maniaco-depresiva, es W. Griesinger (1817-1968), profesor de Clínica Médica y Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Zurich y después profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Berlín. Su *Tratado de las enfermedades mentales* apareció

³ Cotard (1880), con sus trabajos sobre el delirio hipocondríaco en las formas graves de la melancolía ansiosa y el delirio de negación (1882), y el delirio de enormidad (1888), hace el aporte más importante al conocimiento fenomenológico de la estructura hipocondríaca. A este respecto véase en particular el libro de J. Ségla *Le delire des négations*.

por primera vez en 1845, publicando su segunda edición en **1861**, "enteramente refundida y considerablemente aumentada", traducida al francés por Baillarger. En el prólogo a esta edición Griesinger dice: "Además de los resultados de la experiencia personal del autor, esta obra contiene el resumen de todos los trabajos más o menos importantes sobre la alienación mental publicados en este siglo en Alemania, Francia e Inglaterra; en particular, el lector podrá ver cuánto el autor ha tomado de los excelentes trabajos de los alienistas franceses". Puede sostenerse que su obra es, desde este punto de vista, única en la historia de la psiquiatría.

Los prejuicios que tenía como somatólogo dejaron libre su intuición psicológica para la observación y descripción de los cuadros clínicos. Son particularmente interesantes para nuestro actual punto de vista sus conceptos sobre la melancolía, la manía y el suicidio.

Al hablar de las formas de las enfermedades mentales expresa este *criterio dinámico y evolutivo de las psicosis*: "El análisis de los hechos nos muestra *dos grandes grupos de estados* fundamentales de anomalías psíquicas, que representan las •des diferencias más esenciales de la locura. En uno, la locura consiste en la producción mórbida de emociones y estados emocionales que dominan al sujeto y se fijan de una manera permanente, y bajo la influencia de los cuales la vida psíquica toda sufre modificaciones de igual naturaleza e igual especie. En el otro, ella consiste en las lesiones de la inteligencia y de la voluntad que no provienen (que no provienen más) de un estado emocional dominante, pero que representan un estado de calma, independiente, sin profunda excitación de los sentimientos, en el cual el pensamiento y la voluntad están falseados (ordinariamente, con carácter predominante de debilitamiento de las facultades mentales). *La observación nos muestra, por otro lado, que los estados que forman el primer grupo preceden, en la inmensa mayoría de los casos, a los del segundo grupo, y que estos últimos no son ordinariamente más que la consecuencia y la terminación de los primeros*; entonces, la enfermedad cerebral ya no es curable. Vemos, más aun, en la gran mayoría de los estados del primer grupo una cierta sucesión determinada de diferentes géneros de estados emocionales; de ahí resulta una manera de contemplar la locura que, en las diferentes formas mentales, *reconoce diferentes períodos de un trabajo mórbido* que, si bien es cierto que puede ser modificado,

interrumpido, transformado por los accidentes patológicos intercurrentes más diversos, en su conjunto sigue una marcha sucesiva y constante que puede llegar hasta la destrucción completa de la vida psíquica".

Pero Griesinger va aun más allá en su concepción dinámica, y su teoría es aclarada hoy en sus fundamentos por el psicoanálisis. Las psicosis correspondientes al primer grupo pueden evolucionar hacia las del segundo, con todos sus grados y formas intermedias, agregando después que las primeras se originan en una depresión que actúa como situación básica. Su concepto de los dos grupos fundamentales de psicosis está basado, según él, en las ideas de Zeller, mientras que el segundo principio, que se refiere al comienzo depresivo de toda psicosis, se basa en las ideas de Guislain.⁴

Transcribo a continuación los fundamentos de su teoría:

"La observación muestra que la inmensa mayoría de las enfermedades mentales comienza por estos estados de desarmonía profunda de los sentimientos afectivos (se refiere a los estados de depresión) bajo la forma de una emoción depresiva, triste. Guislain fue el primero que estudió atentamente este hecho y que lo ha puesto bien en claro. Es incontestable que es exacto en general, y nada se opone a que se diga que *el período inicial de todas las enfermedades mentales es un estado de melancolía*. Sin duda, hay excepciones: en la demencia senil, en la manía periódica, en la meningitis, en los casos de alienación mental que siguen a la fiebre tifoidea, al cólera, a la neumonía, a la insolación, etcétera, la explosión de la manía tiene lugar a menudo sin ser precedida de melancolía; pero es mucho más frecuente que la ausencia del período melancólico no sea sino aparente; esto se debe a que como

⁴ Las psicosis pueden ser consideradas como originándose en una situación básica general de carácter depresivo, de donde surgen las demás como tentativas de resolver dicha situación básica, dando lugar a las estructuras maníacas, hipocondríacas y paranoides. Una psicosis determinada debe ser considerada como la intrincación o mezcla de estas determinadas estructuras, surgiendo de allí la necesidad de su estudio estratigráfico. El concepto de Griesinger de la depresión inicial y la evolución de la psicosis de un grupo a otro se hace comprensible sólo por el estudio de los psicodinamismos de la psicosis. Ver Pichon-Riviére, E., "Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, 1946, vol. IV, n° 1, y "Psicoanálisis de la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, 1947, vol. V, n° 2.

el mismo es poco intenso no se lo ha tomado todavía como un estado de alienación.

"El período melancólico que precede a la locura es todavía designado por algunos alienistas con el nombre de *período de incubación o período prodrómico*, y para ellos la explosión de la locura data sólo desde el momento en que el enfermo no puede ya dominarse exteriormente. Este límite es hasta cierto punto arbitrario; pero, precisamente, esta circunstancia en que el *período de incubación* tiene casi siempre el carácter depresivo es de la más grande importancia.

"La melancolía que *precede* y *acarrea* la locura parece ser simplemente la continuación inmediata de una *emoción dolorosa* realmente motivada (causas morales de la locura), por ejemplo, una pena, celos; pero se distingue del dolor moral en estado de salud por su *exageración* y por su curso ordinariamente prolongado y cada vez más independiente de influencias exteriores y por otros trastornos accesorios que la acompañan."

Al referirse a la manía, insiste nuevamente sobre su concepto del pasaje de una estructura a otra: .^

"Mientras que en las formas más puras y más delimitadas de la melancolía se presentan estados de depresión del sensorio y de la confianza en sí mismo, de concentración mórbida del espíritu sobre un sentimiento triste con imposibilidad por parte del enfermo y, en los grados avanzados, incapacidad de hacer ningún acto que exija un poco de esfuerzo, observamos que en las formas que hemos estudiado en último término el estado emocional del espíritu se acompaña siempre cada vez más de una tendencia mórbida a realizar actos. La posibilidad que tiene el enfermo de traducir por actos los sentimientos que lo agitan y de desembarazarse así de ese sentimiento penoso indica ya que en esas últimas formas la fase motriz de las facultades mentales, el esfuerzo, se ha hecho libre; más estas impulsiones adquieren fuerza y persistencia, más el esfuerzo goza de una libertad extensa e independiente, más también se ven aparecer esos estados de irritabilidad y de exaltación permanentes de la voluntad, a los cuales viene pronto a unirse una sensación exagerada de sí mismo y una confianza ilimitada del individuo en él mismo."

Más adelante, Griesinger insiste nuevamente en su concepto sobre el período prodrómico melancólico en estos términos:

"Hemos destacado ya muchas veces que en el más grande número de los casos los estados maníacos son precedidos de un período melancólico, y que la *manía es engendrada por la melancolía*. En los casos de curso crónico se puede muy a menudo seguir el modo de desarrollo de la enfermedad, y se ve entonces en los melancólicos que el dolor y la ansiedad morales se exageran de día en día y se transforman, primero simplemente, en una gran agitación exterior, llegando progresivamente a la manía más completa. En estos casos, evidentemente, es el dolor moral el que ha acarreado este estado convulsivo, y este fenómeno puede ser perfectamente comparado, por una parte, con las convulsiones que suceden a una sensación física muy penosa, y por otra con las contracturas musculares que constituyen una especie de reacción instintiva contra dolores violentos."

Después de hacer un profundo análisis de la *destrutividad melancólica* y de la *destrutividad maníaca*, termina, en su introducción al estudio de la manía, con la siguiente frase: "Siempre la observación demuestra de manera evidente que cuando el cerebro ha sido el lugar de una lesión consistente en un estado de dolor moral esto constituye una disposición muy fuerte a la manía. La manía sucede a la melancolía: esto es la regla; hay casos también donde mucho tiempo después de la curación de un acceso de melancolía un segundo ataque de locura se presenta desde el primer momento como manía".

Griesinger es el primero en relacionar de una manera concreta la *melancolía con el odio y las tendencias destructivas*. "En la melancolía —dice—, este estado emocional fundamental de desarmonía de los sentimientos, de ansiedad y de dolor moral en general da lugar a ciertas tendencias, a ciertas direcciones de la voluntad que se traducen por actos cuyo carácter es siempre negativo, lúgubre, hostil y destructivo. Las ideas y los sentimientos negativos que aquí se transforman en esfuerzos, los actos que son su consecuencia, pueden ser dirigidos ya sea contra el individuo mismo, ya sea contra otras personas, ya sea, en fin, contra objetos inanimados; se han descrito estos hechos, de acuerdo con la diferencia de los rasgos exteriores, como monomanías diferentes."

A través de los ejemplos que él cita se puede apreciar de qué manera había observado los distintos y sucesivos desplazamientos de la agresión.

El tercer período, alemán, se inicia con la publicación de la sexta edición del *Tratado de psiquiatría* de Kraepelin, en el que éste propone una clasificación totalmente nueva de las enfermedades mentales. Kraepelin había observado, como lo habían hecho Morel y Magnan, que la *repetición* más o menos regular o la *alternancia* de los accesos de manía y de melancolía no eran caracteres suficientemente importantes para calificar especies distintas, mostrando que las psicosis llamadas intermitentes, periódicas, circulares, a doble forma, alternas, etcétera, presentaban todas la *misma evolución* y que, por lo tanto, era más lógico considerar a todos estos estados como las manifestaciones, los equivalentes, de una sola enfermedad fundamental: la locura maniicodepresiva. Demuestra, además, que las manías tituladas *simples* tienen la misma tendencia a la repetición, negando de esta manera su independencia nosográfica y ubicándolas dentro de la psicosis maniicodepresiva.

Del conjunto de los estados depresivos llamados melancólicos separa aquel que se produce en el período de la involución y en la senilidad, por el hecho de que tiene otras causas, Otros" síntomas y otra terminación, llamando a esta entidad *melancolía de involución senil o presenil*.⁵ Todos los otros estados depresivos de la edad juvenil y de la madurez que recidivan o alternan con estados de excitación son relacionados con la psicosis maniicodepresiva cuando no son sintomáticos de una demencia precoz.

La psicosis maniicodepresiva de Kraepelin puede definirse como una psicosis constitucional, esencialmente hereditaria, caracterizada por la repetición, alternancia, yuxtaposición o coexistencia de estados de excitación y de depresión. Todos los estados de excitación y de depresión (menos la melancolía de involución), estados que eran descritos hasta entonces separadamente bajo la denominación de manía y melancolía simple, intermitente o periódica, locura a doble forma o circular, etcétera, deben ser considerados como las manifestaciones de una sola y única enfermedad fundamental, la *locura maniicodepresiva*, que se compone de tres grupos de estados diferentes relacionados entre ellos por numerosas formas inter-

⁵ El carácter de entidad independiente dado por Kraepelin a la melancolía de involución fue severamente discutido por Thalditser (1902) y por Dreyfus (1907), entre otros. Como consecuencia de esto, dejó de considerarla de esa manera y la aceptó como uno de los estados mixtos.

mediarías: los *estados maníacos, depresivos y mixtos*. Los estados mixtos son aquellos en los cuales los fenómenos de excitación y de depresión coexisten, se mezclan y se intrincan. Los fenómenos de excitación y de depresión tienen finalmente el mismo origen, reconociendo el *mismo mecanismo psicopatológico de carácter afectivo*, no debiendo considerarse la manía como antítesis de la melancolía, ya que la una como la otra nacen sobre un fondo de depresión (inhibición psíquica) y *debutan con fenómenos de depresión* acompañados de dolor moral. Según Kraepelin, las investigaciones de la psicología experimental y de la psicometría demuestran que bajo los aspectos en apariencia opuestos de la excitación y de la depresión existen caracteres psicológicos comunes que pueden definirse como una disminución de la percepción, una lentificación de la asociación de ideas, reacciones intelectuales y afectivas en relación con esta "parálisis psíquica" (cólera, ideas delirantes, etcétera...), insuficiencia emocional que va desde la simple desviación de los sentimientos afectivos hasta su completa pérdida. La exaltación del automatismo puede, por otra parte, ocasionar el cambio enmascarando los signos precedentes, imponiendo algunas veces una sobreactividad intelectual (fuga de ideas, agitación, ideas fijas u obsesivas, impulsiones psicomotrices). Admite, además, que siempre se ve persistir, durante los intervalos que separan los accesos, manifestaciones ligadas a la desconfianza, a la irritabilidad, una emotividad exagerada y casi siempre astenia intelectual con disminución de la energía y de la capacidad de trabajo.

Desde el punto de vista del pronóstico, no importa que los accesos sean frecuentes o muy espaciados, o que la forma del curso sea una u otra. La psicosis maniacodepresiva *jamás conduce a un estado de decadencia mental profunda*, observándose excepcionalmente un *estado de debilitamiento mental* que puede ser fácilmente diferenciado de otros similares pertenecientes a otras enfermedades. La psicosis maniacodepresiva, según el principio nosológico-clínico, constituye una unidad nosológica independiente, aislada por Kraepelin siguiendo la metodología de Kahlbaum⁶ y las observaciones

⁶ Según Jaspers, fue Kahlbaum quien enunció las condiciones necesarias y fundamentales para demarcar las unidades clínicas. Estas condiciones son dos: V) el estudio de la evolución total del enfermo, y 2?) tomar el cuadro de conjunto de la psicosis obtenido por observaciones clínicas dirigidas en todas las direcciones posibles.

		Hipomanía Manía mltis, mitissima. <i>Manía</i> Propiamente dicha. <i>Tobsucht</i> . Manía paranoide Ideas delirantes de grandeza, de tipo de la parálisis general. Manía delirante Alteración profunda de la conciencia, ideas delirantes, confusas y extravagantes.	
	Estados maníacos Fuga de ideas, humor alegre, tendencia a la ocupación.		Manía depresiva o ansiosa Fuga de ideas, agitación, ansiedad.
	Constitución depresiva Distimia constitucional. Acentuación sentimental, triste, difusa, de todas las experiencias vitales.		Depresión agitada Inhibición, agitación, ansiedad.
Estados básicos Alteraciones psíquicas que acompañan frecuentemente los intervalos libres de los accesos y que caracterizan la constitución manicodepresiva.	Constitución maníaca Cuadro opuesto al anterior.	Hipomelancolía Inhibición psíquica sin alucinaciones ni ideas delirantes acusadas. Melancolía simple Sintomatología simple. Estupor melancólico Inhibición psicomotora en su grado mas extremo.	Estados mixtos Síntomas maníacos y depresivos mezclados indistintamente.
	Constitución irritable Mezcla de las dos anteriores.	Estados melancólicos Inhibición psicomotora, tristeza, ansiedad.	Depresión con inhibición psíquica Tristeza, irresolubilidad.
	Constitución ciclótica Oscilaciones del estado psíquico de carácter maniaco y depresivo alternado.	Melancolía grave Ideas delirantes y alucinaciones. Melancolía-paranoide Ideas de persecución, alucinaciones —cuáftro semejante al de la demencia alcohólica—. Melancolía fantástica Gran riqueza alucinatoria de contenido extravagante; ideas hipocondríacas, enturbiamiento ligero de la conciencia. Melancolía delirante Enturbiamiento profundo, oniroide de la conciencia.	Manía pobre en ideas Alegria, agitación, ansiedad. Depresión con fuga de ideas Tristeza, irresolubilidad. Manía inhibida Fuga de ideas, alegría, inhibición psíquica.

Los estados maniacodepresivos según Kraepelin.

1ro tomado del libro de J. M. Sacristán.)

clínicas de los psiquiatras franceses de la última mitad del siglo XIX.

Dice Sacristán que son muchos los psiquiatras que niegan a la psicosis maniaco-depresiva su condición de entidad clínica, dándole sólo un valor meramente sintomático y susceptible de manifestarse en diversas enfermedades. Schroeder le reserva dentro de la nosografía un lugar muy limitado y, renovando el viejo concepto de psicosis degenerativa, comprende en él a una serie de alteraciones psicóticas agudas desprendidas de la psicosis maniaco-depresiva, de sintomatología multiforme, y que son fundamentalmente episodios o fases y no procesos. La psicosis maniaco-depresiva no sería para él más que una forma particular de las psicosis degenerativas, separando únicamente de estas últimas los casos puros de psicosis maniaco-depresiva, la histeria y ciertas formas paranoides, dejando el resto incluido en las psicosis degenerativas, ya sean de origen autóctono o reactivo. Lo característico de estas psicosis sería su tendencia a la repetición y a la aparición periódica, siendo el pronóstico del caso aislado muy favorable. La personalidad psicopática, donde se asientan estas psicosis, se manifiesta con claridad en los intervalos y pertenecería al tipo sensitivo, apareciendo claramente su disposición ciclotímica.

Otra tentativa tendiente a desmembrar la psicosis maniaco-depresiva es la de Kleist, que sostiene que la psicosis maniaco-depresiva no es una entidad nosológica independiente, ubicándola dentro de un grupo de enfermedades que ofrecen como caracteres comunes o semejantes una base constitucional, la aparición autóctona, la aparición de accesos iguales, la benignidad, pero que son enfermedades independientes, de patogenia y sintomatología diferentes, grupo al que da el nombre de *psicosis autóctonas constitucionales* y, posteriormente, de *psicosis degenerativas autóctonas*. Estas psicosis, que guardan cierta semejanza de carácter general, tendrían de común que bajo la acción de *noxas* aún desconocidas (endocrinas) se ponen en movimiento determinados complejos de funciones psíquicas que sufren cambios y oscilaciones autóctonas merced a una cierta labilidad constitucional.

Ritterhaus, siguiendo a Hoche, considera la psicosis maniaco-depresiva como un síndrome. Por otra parte, Ewald admite una forma maniaco-depresiva propia y otras varias de carácter sintomático. Entre las últimas, describe las formas provocadas por cual-

quier causa externa psicogenética, traumática o de otra naturaleza, estando la disposición maniacodepresiva a veces latente y pudiendo ser movilizada por otras enfermedades. Considera, además, de gran importancia para el diagnóstico la investigación caracterológica prepsicótica. Los estudios de Kretschmer y Mauz traen una nueva luz en lo que se refiere sobre todo a los problemas del diagnóstico diferencial y al pronóstico. Kretschmer, por medio de su método llamado *diagnóstico polidimensional*, que consiste en el análisis y valoración de la constitución somática, herencia, personalidad prepsicótica, observación de la sintomatología psíquica y de la exploración neurológica e interna, admite no solamente la existencia de algunas formas puras, sino de otras compuestas de aleaciones, llamadas *formas mixtas*. El tipo constitucional de la psicosis maniacodepresiva llamado *ciclotímico*⁷ incluye no solamente a la psicosis maniacodepresiva, sino también a los temperamentos cicloides. Sostiene también que existe una afinidad entre determinados tipos psíquicos y físicos, y que en este caso se trata del tipo físico denominado constitución pícnica. Esta relación entre factores constitucionales psíquicos y físicos tiene un gran valor desde el punto de vista del pronóstico.

Según Bleuler, el concepto de Kraepelin de la psicosis maniacodepresiva es bastante definido. Observa que las diversas formas entre sí, y sobre todo en el mismo paciente, y las disposiciones hereditarias son una prueba de la relación de todos los cuadros des-

⁷ Con respecto a este término hace notar Lange que es empleado aquí de una manera distinta de lo común. "El concepto es empleado por mí en la misma acepción que le dan Kraepelin y Bumke para designar aquellas personalidades cuya vida, o por lo menos largos períodos de ella, está caracterizada por oscilaciones maníacas y depresivas leves, es decir, que no llegan a ser verdaderamente patológicas. En cambio, Kretschmer reserva esta expresión para las peculiaridades temperamentales todavía normales de este círculo constitucional, para lo cual sería mejor utilizar el término 'sintónico' propuesto por Bleuler. Recientemente, Kurt Schneider utiliza la palabra *ciclotímico* nuevamente en otra acepción, designando el conjunto del círculo constitucional maniacodepresivo (Luxenburger también se inclina a combatir su punto de vista). Con el fin de evitar esta pluralidad de significados, Bumke ha propuesto designar todos estos casos como 'timopáticas' o 'constitución timopática pícnica', pero esta terminología todavía no ha logrado introducirse en el lenguaje científico. No obstante, me parece conveniente utilizar esta designación para reservar al concepto '*ciclotímico*'* su antiguo y limitado significado en el sentido de Kraepelin y Bumke, como aquí se ha hecho."

critos. Sostiene además que no es fácil limitar los cuadros anteriores del grupo de las distimias psicógenas en los psicópatas y de las melancolías aún no clasificadas, ya que una división natural no existe entre el distímico habitual y las personalidades psicopáticas (se refiere sobre todo a los irritables y a los excitables).

Dice Bleuler que "a la psicosis maniaco-depresiva pertenece de lleno todo lo que se ha designado como neurastenia periódica y dipsias de repetición; también la hipocondría en forma de ataques y la melancolía neurasténica de Friedmann. La paranoia aguda y periódica pertenece en parte a nuestras formas maníacas y melancólicas delirantes, y en gran parte también a las alucinosis esquizofrénicas; igualmente, la mayoría de los casos de *amentia* que no caen en las divisiones de Kraepelin. Una parte de los litigantes son maniaco-depresivos o ciclotímicos, y si se dispone de una buena anamnesis esto puede observarse bien. Para distinguirlos de los litigantes paranoicos debe tenerse en cuenta que presentan épocas en las que permanecen tranquilos, y entonces comprenden la falta de sentido de su conducta y manifiestan su arrepentimiento; al mismo tiempo el delirio no permanece bien definido en su contenido. Una parte de los que buscan al médico por ideas fijas son depresivos".

Refiriéndose a los conceptos de esquizoidia y ciclotimia (que denomina *sintonía*), dice que éstos corresponden a modos de reacción que coexisten en proporción discrecional en todo sujeto normal. El exceso de uno de ambos componentes produce respectivamente la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva. Se puede hablar sólo de predominantemente ciclotímico o esquizoide; el componente accesorio es a su vez muy importante para el tratamiento y para el pronóstico, surgiendo en definitiva el concepto de que los estados mixtos serían una mezcla de síntomas maniaco-depresivos y esquizofrénicos.

A. Mayer piensa que un organismo psicobiológicamente integrado reacciona ante ciertas situaciones abarcando los fenómenos en su totalidad. Son estas reacciones definidas y tipos de personalidad los que requieren ser evaluados, siendo la melancolía un amplio juego de reacciones timergásicas o afectivas. La depresión tendría una finalidad protectora, y su propósito sería retirar al individuo de una situación de adaptación difícil.

Henry Ey y Julien Rouart, aplicando los principios de H. Jackson, consideran los cuadros clínicos observados como *diso-*

Ilusiones uniformes de las funciones psíquicas. Al hacer intervenir el concepto de disolución —muy semejante al concepto psicoanalítico de *regresión*—, estudian la estructura maniaco-depresiva como uno de tales niveles de disolución. El segundo de estos autores aborda después, en otro trabajo, el problema de las formas intermedias marginales entre la psicosis maniaco-depresiva y la esquizofrenia.

Bibliografía

- Baillarger, "Note sur un genre de folie, etc.", *Gazette Hebdomadaire*, febrero 3 de 1854.
- Benon, R., *La mélancolie*, Ed. Marcel Vigné, París, 1937.
- Bleuler, E., *Tratado de psiquiatría*, Calpe, Madrid, 1924.
- Bumke, O., *Nuevo tratado de enfermedades mentales*, Seix., Barcelona, 1946.
- Cotard, "Du délire hypocondriaque dans une forme grave/de la mélancolie anxieuse", *Ann. méd. psych.*, setiembre de 1880.
- Deny, G. y Camus, P., *La psychose maniaque-dépressive*, Bailliére, París 1907.
- Esquirol, E., *Des maladies mentales*, Ballière, París, 1938.
- Ey, H. y Rouart, J., *Essai d'application des principes de Jackson á une conception dynamique de la neuro-psychiatrie*, Doin., París, 1938.
- Falret, J. P., *Des maladies mentales*, París, 1864.
- Griesinger, W., *Traite des maladies mentales*, Delahaye, París, 1865.
- Guislain, J., *Lecons orales sur le phrénopathies*, Gand, 1852.
- Jaspers, K., *Psychopathologie générale*, Alean, París, 1928.
- Kraepelin, E. y Lange, *Psychiatrie*, 9^a ed., Allgemeine Psychiatrie, Leipzig, 1927.
- Lange, J., *Psiquiatría*, Servet, Madrid-Barcelona, 1942.
- Leignel-Lavastine, M. y Vinchon, J., *Les malades de Vesprit et leurs médecins du XIV^e au XIX^e siècle*, Norbert Maloine, París.
- Lewis, Aubrey J., "Melancholia: a historical review", *Journal of Mental Science*, 1934, t. LXXX, vol. 328, p. 1.
- Mauz F., *El pronóstico de las psicosis endógenas*, J. Morata, Madrid, 1931.
- Muncie, Wendell, *Psychobiology and psychiatry*, Mosby, St. Louis, 1939.
- Pichon-Rivière, E., "Desarrollo histórico y estado actual de la concepción de los delirios crónicos", *Index de Neurología y Psiquiatría*, 1938,
— "Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia", *Revista de Psicoanálisis*, 1946, vol. IV, n^o 1.
- Pinel, P. H., *Traite médico-philosophique sur Váliénation mentale*, Brosson, París, 1809.

Rouart, J., *Psychose maníaque-dépressive et folies discordantes*, Doin & C^{ie}.,
Paris, 1935.
Sacristán J. M., *Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco-de-
presiva y esquizofrenia*, Archivos de Neurobiología, Málaga, 1929.
Séglas, J., *Le delire des négations*, Masson et Gauthier Villars, París, 1895.
Semelaigne, **Rene**, *Les pionniers de la psychiatrie française*, 1930.
Zilboorg, G. y Henry, G. W., *Historia de la psicología médica*, Hachette,
1945.

DESARROLLO HISTÓRICO Y ESTADO ACTUAL DE LA CONCEPCIÓN DE LOS DELIRIOS CRÓNICOS *

El objeto de nuestro trabajo es historiar el concepto de los delirios crónicos, que formularon las escuelas francesa y alemana para llegar finalmente a la clasificación actual, previo estudio comparado de ambas nosologías. Lo dividiremos en cuatro partes:

- 1?) Escuela francesa.
- 2?) Escuela alemana.
- 3?) Estudio comparado de ambas.
- 4?) Concepción actual.

Escuela francesa hasta Serieux y Capgras

I. En el siglo xviii se conocían las siguientes entidades: la manía o delirio general, la melancolía o delirio parcial, la demencia o abolición del pensamiento y la idiocia, que comprendía todos los estados de retardo mental. Se agregaba algunas veces el frenesí, que comprendía los delirios generales acompañados de fiebre. Boissier de Sauvages (1768), por ejemplo, daba la siguiente definición de los melancólicos: "Los que constantemente fijos en una preocupación deliran cuando se trata de otros sujetos". Están comprendidos en este grupo los melancólicos y los paranoicos de la nomenclatura actual. Este autor estudiaba entre las variedades de la melancolía, junto a las formas común y estuporosa, la melancolía

* *Index de Neurología y Psiquiatría*, 1938, vol. 1, n? 2.

amatoria o erotomanía y la melancolía Argantis o enfermedad imaginaria.

II. Pinel (1800) acepta esta concepción en conjunto, pero plantea un interrogante de gran significación. En su capítulo sobre la melancolía o delirio exclusivo (melancólicos y paranoicos de hoy), expresa su disidencia en cuanto a la unidad de este grupo diciendo: "nada es más inexplicable y sin embargo nada es mejor comprobado que las dos formas opuestas que puede tomar **la** melancolía. Es a veces un orgullo excesivo y la idea quimérica de poseer riquezas inmensas o un poder sin límites, es otras el abatimiento más pusilánime, una consternación profunda hasta **la** desesperación".

III. Esquirol parte de este interrogante de Pinel sustituyendo el término de melancolía por el de monomanía, dividiéndolas en expansivas y depresivas, consagrando así la oposición ya planteada por su maestro. La monomanía depresiva con tristeza, morosidad, concentración dolorosa del espíritu es llamada por este autor lipemanía o melancolía propiamente dicha, y desde entonces este término caracteriza el síndrome melancólico tal cual se lo concibe en la actualidad.

Las monomanías expansivas, caracterizadas, como dice Esquirol, por una lesión parcial de la inteligencia, de los afectos y de la voluntad, las divide en tres grupos: monomanías instintivas, afectivas e intelectuales.

a) *Monomanía instintiva* o de la voluntad o monomanía sin delirio, comprende los estados de obsesión, impulsión, perversiones instintivas (monomanía de embriaguez, incendiaria, homicida, etcétera [locura moral y obsesiones de la actualidad]).

b) *Monomanía afectiva*, monomanía razonante, denominación bajo la cual Esquirol describía trastornos del carácter y fobias (tomaron sucesivamente los nombres de: manía razonante, perseguidos y perseguidores y finalmente delirio de reivindicación).

c) *Monomanía intelectual*, que constituye el verdadero núcleo central de la concepción de Esquirol, es un verdadero delirio parcial. Los enfermos deducen consecuencias legítimas de un principio falso, condicionando a esto su conducta. Es la *variedad que mas nos interesa* porque de allí saldrá el futuro grupo de delirios sistematizados crónicos alucinatorios e interpretativos. Esquirol no hace **la**

diferenciación entre estos dos últimos mecanismos. Relata casos de delirios expansivos en que los enfermos se creen reyes, príncipes, grandes señores, dando como ejemplo típico a Don Quijote. En su última época incluye también la erotomanía en este grupo.

IV. *Esta noción de delirio parcial no será aceptada por todos*, surgiendo una reacción contra este concepto tendiente a delimitar un grupo de delirios crónicos solidarios de trastornos generales y evolutivos de la personalidad y de la actividad psíquica. Es el sentido —según cree Nodet— de la gran obra continuada en Francia por Laségue, J. Falret, J. P. Falret, Foville, Legrand du Saulle, Morel, Magnan.

Según Genil Perrin, faltaban dos cosas para llegar desde las monomanías hasta las concepciones actuales:

1?) Aislar de los delirios sintomáticos una psicosis de apariencia autónoma, sistematizada y progresiva. Los delirios de persecución y grandeza, aislados de la melancolía actual, formaban un grupo confuso: estaban allí comprendidos los delirios autónomos y todos los delirios sintomáticos de otras afecciones (episódicos, tóxicos, infecciosos, de la parálisis general de la nomenclatura actual).

2-) Separar y distinguir las formas en que la alucinación o la interpretación intervienen.

Laségue, en 1852, aísla *el delirio de persecución* de las monomanías poniendo de relieve especialmente el síntoma "idea de persecución" sin tratar de describir un delirio a evolución sistemática. Morel, Foville, Legrand du Saulle y otros demuestran el parentesco que existe entre las ideas delirantes de persecución y grandeza. Jules Falret, en 1872, realiza la síntesis de los conocimientos existentes hasta ese momento y consigue hacer *la descripción de conjunto del delirio sistematizado de persecución con sus cuatro períodos o fases clínicas*:

- a) período de interpretaciones delirantes;
- b) período de estado, caracterizado por la aparición de alucinaciones del oído;
- c) período caracterizado por el desarrollo de trastornos de la sensibilidad general;
- d) período de delirio estereotipado, con ideas de grandeza y donde la enfermedad se cristaliza sin evolucionar hacia la demencia.

Finalmente Falret opone a este delirio sistematizado de persecución el de *perseguidos y perseguidores*. Con esto termina la época cuya única preocupación fue el análisis sintomatológico de las psicosis. La época siguiente tendrá una nueva preocupación: la *etiología*. Morel habla ya de ciertos delirantes hereditarios que se presentan como perseguidos razonantes (análogos a los querulantes de la escuela alemana). Pero esta oposición entre las psicopatías *adquiridas y heredadas* será consagrada por la magnífica obra de Magnan, que separa netamente su *delirio crónico a evolución sistemática de los delirios de los degenerados* (sistematizados o polimorfos).

V. Magnan, a fines del siglo XIX, da el retoque final a su concepción.

Caracteriza su *delirio crónico a evolución sistemática*:

- a) por aparecer en sujetos normales, con herencia muy poco cargada, es decir, por ser accidental;
- b) por aparecer preferentemente en la edad adulta;
- c) por su evolución lenta, progresiva y regular;
- d) por recorrer cuatro fases sucesivas:
 - 1º) inquietud e interpretación;
 - 2º) persecución y alucinación;
 - 3º) megalomanía o ambición;
 - 4º) demencia.

Por el contrario, los *delirios de los degenerados* (alucinatorios, interpretativos, de evolución rápida o lenta, polimorfos o sistematizados) aparecen en sujetos con una fuerte herencia psicopática que presentan antes de la aparición de la psicosis signos de desequilibrio mental (*degenerados superiores*) o de debilidad (*degenerados inferiores*), evolucionan sin períodos regulares y se caracterizan por su polimorfismo o su sistematización, pero no alucinatoria (incluye en este grupo los llamados *delirios polimorfos, delirios d'emblée, bouffée delirantes y los delirios sistematizados no alucinatorios* de los degenerados con sus dos variedades: delirio de perseguidos-perseguidores, futuro delirio de reivindicación y el delirio de interpretación, futuro delirio de interpretación de Serieux y Capgras).

VI. Gilbert Ballet (1911) parte de la crítica que hace de la

concepción de Magnan y crea una nueva entidad nosológica llamada *psicosis alucinatoria crónica*. Dice que al emplear esta denominación no crea ningún neologismo, que en todos los libros y publicaciones se habla de psicosis alucinatoria o también de psicosis alucinatorias crónicas (Dupré). *Dice tomar el vocablo simplemente en singular para agrupar en este término casos que le parece que se relacionan nosográficamente.*

Agrupar así todos los delirios alucinatorios de los degenerados y accidentales que están por fuera de la hebefrenia. Dice que Kraepelin ha intentado ya agruparlos con la etiqueta de demencia paranoide, relacionándolos directamente con la demencia precoz. Pero la evolución en ciertos casos demencial y tardía de la psicosis alucinatoria crónica no debe acarrear necesariamente una misma comunidad nosológica. La demencia precoz es considerada por Kraepelin como una enfermedad accidental, mientras que la psicosis alucinatoria crónica aparece a menudo bajo el aspecto manifiesto de psicosis constitucional.

La crítica que hace del delirio crónico a evolución sistemática de Magnan es aun más terminante, y puede resumirse así:

1?) La etiología exclusiva afirmada para cada uno de los dos grupos, es decir, accidental para el delirio crónico y degenerativa para los otros, está mal fundada. "No se está autorizado a decir que la herencia de los perseguidos a evolución crónica sea menos cargada que la de los degenerados llamados perseguidos."

2?) El esquema en cuatro períodos del delirio crónico es constatado con muy rara frecuencia. Las ideas megalomaniacas son el doblez de las de persecución, no sustituyéndose unas a otras. Coexisten al mismo tiempo. El cuarto período, o de demencia terminal, es muy poco constante, y ya Falret llegaba hasta negarlo.

3?) El polimorfismo de los delirios de los degenerados es más aparente que real. Se trata ya de un polimorfismo sucesivo *desarrollándose en el tiempo*; es entonces, generalmente, la *manifestación de una hebefrenia*; o bien se trata de un *polimorfismo simultáneo aparente*, siendo fácil darse cuenta en estos casos que todas las concepciones delirantes aparentemente dispares pueden ser referidas a ideas de persecución o ideas megalomaniacas.

Sobre esta crítica de Kraepelin, y sobre todo de Magnan, Gilbert Ballet construye su noción de psicosis alucinatoria crónica, que puede caracterizarse así:

1º) por aparecer en sujetos preparados por una herencia psicopática cargada y con evidentes trastornos del carácter anteriores a la aparición del delirio. La debilidad mental es raramente observada;

2º) en lo que se refiere a los síntomas, hay que colocar en primer término el estado cenestésico penoso y la inquietud que le precede o, al menos, acompaña las primeras manifestaciones. Como en la melancolía, el trastorno intelectual es condicionado por un trastorno de la cenestesia. Un sentimiento vago de inquietud que asombra y sorprende al enfermo más que lo entristece vivamente. Este trastorno cenestésico se asocia bien pronto, y a veces desde un comienzo, a las ideas de persecución y a las alucinaciones de los diversos sentidos, destacándose con nitidez las auditivas. Las ideas megalomaniacas enriquecen pronto el cuadro, pero de una manera inconstante;

3-) la evolución es excepcionalmente regular. Hay exacerbación y fases de acalmia. El pronóstico es siempre grave y las curaciones son infinitamente más raras que las que se han descrito. La evolución se hace en el sentido de un debilitamiento intelectual, generalmente muy tardío y no constante, que sólo algunas veces puede aparecer con rapidez. *Dice Gilbert Ballet que estas diferentes evoluciones son insuficientes para legitimizar distinciones nosológicas.*

Esta concepción de los delirios alucinatorios crónicos que separa por una parte los delirios de persecución no alucinatorios y, por otra, las formas delirantes de la demencia precoz va a ser aceptada por la gran mayoría de los psiquiatras. Dice Rogues de Fursac que la psicosis alucinatoria crónica es una entidad psiquiátrica esencialmente francesa que merece guardar individualidad mientras clasifiquemos las enfermedades mentales por sus síntomas y por su evolución.

VIL Serieux y Capgras (1921), en el capítulo del *Tratado* de Sergent que ellos escriben, sintetizan hasta esa época el concepto que la mayoría de los psiquiatras franceses tenía de los delirios sistematizados crónicos.

Con el título de "delirios sistematizados crónicos" describen los siguientes cuadros, separándolos de antemano en alucinatorios y no alucinatorios:

- A) *delirios sistematizados crónicos no alucinatorios, constitucionales.*
 - 1) delirio de interpretación;
 - 2) delirio de reivindicación;
 - 3) delirio de imaginación (Dupré y Logre).
- B) *delirio sistematizado crónico alucinatorio, equivalente de la psicosis alucinadora crónica de Gilbert Ballet, de causa autotóxica probable en un predispuesto y caracterizado por:*
 - a) la existencia y preponderancia de numerosos trastornos sensoriales con predominio de las alucinaciones auditivas;
 - b) la coordinación, la sistematización de las ideas delirantes;
 - c) la larga conservación de la actividad psíquica.

El fondo mental del alucinado se modifica, se altera, a medida que progresa la enfermedad, conservando sin embargo algunos de ellos una actividad intelectual casi normal hasta una edad avanzada. De una manera general puede decirse que estas psicosis no terminan en esa ruina casi completa y definitiva de las facultades psíquicas que lleva el nombre de demencia. Sin embargo, la actividad mental disminuye, el delirio se fija, aparecen estereotipias, los gestos y las actitudes pierden toda significación y el lenguaje se llena de neologismos, volviéndose ininteligible. Ciertas formas de delirio alucinatorio con disociación rápida sirven probablemente de transición entre los delirios sistematizados y la demencia precoz, y serán ubicados diferentemente de acuerdo con el momento en que son sometidos a la observación. El delirio crónico a evolución sistemática de Maznan pasa a ser sólo una forma clínica del delirio sistematizado alucinatorio crónico, forma ñor demás rara, según Dide y Guiraud (el uno por mil de estos delirios).

Serieux y Capgras, admitiendo algunas formas de transición entre delirio sistematizado crónico alucinatorio y la demencia paranoide, separan netamente este grupo de la demencia precoz para relacionarlo con los delirios sistematizados no alucinatorios agrupándolos todos bajo la denominación común de "delirios sistematizados crónicos" (Dumas admite un estrecho parentesco entre la psicosis alucinadora crónica y la demencia paranoide).

La escuela alemana —dice Genil Perrin— se encuentra a comienzos del siglo xix frente a los mismos cuadros nosográficos de la anti-güedad, donde la melancolía ocupaba un lugar privilegiado. La melancolía y la manía eran consideradas enfermedades de la afectividad, oponiéndoseles otras, consideradas trastornos de la inteligencia. Eran estas últimas, en suma, todos los estados delirantes, alucinatorios o no. *Para designar en bloque esta categoría de estados psicopáticos*, los alemanes han empleado selectivamente el término *paranoia*, cuyo correspondiente germánico más adecuado es el de *Verrücktheit*. La preocupación máxima de esta escuela fue el *criterio patogénico*, y en el curso del siglo xix, después de muchos ensayos de análisis y síntesis, llegaron a los cuadros nosológicos actuales.

Heinroth (1818) describió como éxtasis paranoico un delirio megalomaniaco; Ellinger (1845) emplea por primera vez la palabra *Verrücktheit*. Las concepciones de Morel encontraron allí algunos adeptos, describiendo Snell (1865) un delirio primitivo o esencial con alucinaciones. La obra de Griesinger (1850) es considerada como el punto de partida. Emplea por *primera vez este autor la palabra paranoia como sinónimo de "Verrücktheit"*. Considera la paranoia como una enfermedad secundaria a una alteración inicial de la afectividad, que se caracteriza por el desarrollo progresivo, consecutivo a un acceso de manía o melancolía, de un delirio de persecución y de grandeza con alucinaciones o sin ellas, evolucionando hacia la demencia. Snell, Sander, Westphal (1870) describen una forma primaria de la paranoia, enfermedad propia de la inteligencia, separándola netamente de la melancolía y de la manía, consideradas enfermedades de la afectividad. Westphal dice que los desórdenes afectivos que aparecen en la paranoia son siempre secundarios y derivados de ideas delirantes o de trastornos psico-sensoriales. Sander pone también en evidencia la degeneración mental como causa de la paranoia, completando Samt (1974) este estudio con la descripción de una variedad alucinatoria. Pelman (1882) niega las formas secundarias del delirio crónico. Mendel (1883) considera la paranoia primitiva, ya sea simple o alucinatoria, como de carácter degenerativo. Fritsch (1879) se opone a la concepción de los delirios primitivos. *Hasta aquí, primitiva o secuturia, la paranoia era considerada como una enfermedad esencialmente*

crónica. Kahlbaum y Westphal (1876) describen una *forma aguda, paranoia aguda*, criticada por la escuela vienesa, donde este estado es considerado confusional, el *Hallucinatoris her Wahnsinn* de Kraft-Ebing (1879). Encontramos en el tratado de Kraft-Ebing (1879) una exposición de conjunto sobre la paranoia tal cual era ésta concebida por la psiquiatría alemana de su época. La define así: "Enfermedad psíquica crónica que aparece exclusivamente en los tarados, que se desarrolla en medio o a expensas de neurosis constitucionales y cuyo síntoma principal es la existencia de ideas delirantes. Estas ideas son primitivas, sistemáticas, formadas por operaciones de conclusión y de juicio y que de esta forma construyen un verdadero edificio de ilusiones". *La divide en dos grupos*, según que la idea delirante esté o no en relación con un proceso alucinatorio, y dice: hay casos, muy raros por demás, donde el acmé de la enfermedad, la formación de la idea delirante, es esencialmente primordial o ideativo (*paranoia combinatoria*, equivalente al delirio de interpretación de Serieux y Capgras); hay otras formas mucho más frecuentes donde el trastorno sensorial alucinatorio participa casi exclusivamente en el origen y la marcha de la enfermedad (*paranoia alucinatoria*). El *factor constitucional* es aquí puesto bien en claro, estudiando este autor *dos variedades*; *la paranoia originaria*, incluyéndose los casos donde las tendencias paranoicas son manifiestas desde la infancia, y las *paranoias tardías*, donde la enfermedad parece desarrollarse solamente después de la pubertad o en la edad adulta. Finalmente, Westphal da el nombre de *paranoia abortiva o rudimentaria a los estados de obsesión e ideas fijas*.

Kraepelin se opone a este estado de cosas y dice que *la confusión ha nacido por no haber hecho intervenir el criterio evolutivo*; con el desplazamiento del punto de partida, que solamente apuntaba estados crónicos no curables, la concepción puramente sintomática del cuadro mórbido tomó un predominio excesivo. Ya que la evolución y la terminación de la enfermedad no servían de criterio, el trastorno de la inteligencia, la aparición de ideas delirantes o de trastornos psicosensoresiales quedaban Como los únicos signos palpables de la paranoia. Una serie de cuadros clínicos debía entonces necesariamente relacionarse con la paranoia, aunque no ofreciendo, desde el punto de vista clínico, vínculo alguno con esta forma mórbida tal cual fue primitivamente descrita. Estados tales como la confusión mental, el delirio alcohólico y numerosos hechos clínicos

pertenecientes indudablemente a la demencia precoz y a las psicosis maniicodepresivas fueron confundidos con la paranoia.

Los paranoicos constituían entonces el 70 u 80 % de la población de ciertos asilos. Critica Kraepelin: "No se llegará a nada si se busca el criterio en el estudio puramente sintomático de la enfermedad y en la oposición artificial de las enfermedades de la inteligencia con las del sentimiento. En ausencia de criterio anatomopatológico de la psicosis".

Kraepelin crea un nuevo grupo: el de la demencia precoz, haciendo entrar en él la catatonía de Kahlbaum, la hebefrenia de Kahlbaum y de Hecker y una multitud de delirios pertenecientes hasta entonces a la paranoia. Son delirios con una sistematización imperfecta que evolucionan con más o menos rapidez hacia un debilitamiento psíquico y que por ciertas semejanzas con el cuadro de donde procedían llama delirios paranoides.

Las *parafrenias* incluidas primitivamente en la demencia paranoide son separadas luego por el mismo autor, pero estableciendo entre ellas nada más que diferencias de grado. La *definición* de la parafrenia no está —dice Frey— más que virtualmente contenida en el tratado de Kraepelin. Cree poder entresacar la siguiente: "*Las parafrenias son delirios sistematizados crónicos endógenos accidentales con disociación limitada*".

Kraepelin distingue cuatro formas:

- 1) La sistemática (llamada así inspirándose en Magnan);
- 2º) La expansiva (confundida hasta entonces con la manía crónica);
- 3?) La confabulatoria;
- 4?) La fantástica.

La *paranoia para la escuela de Munich* representa un delirio sistematizado crónico constitucional *sin debilitamiento psíquico terminal*. La multiplicidad de las interpretaciones delirantes y la ausencia de alucinaciones son puestas de manifiesto; pero *no parece ser que Kraepelin se haya servido de estos datos para caracterizar la afección*. Los caracteres evolutivos son considerados los más importantes. *Por fuera de estas formas, Kraepelin describe el delirio psicogénico o delirio de los querulantes.*

*Estudio comparado de las concepciones francesa y alemana
(Serieux y Capgras - Kraepelin)*

Este estudio fue realizado por Frey en su tesis "Concepción de Kraepelin y concepciones francesas concernientes a los delirios sistematizados crónicos".

Dice Frey que toda psicosis que lleva el diagnóstico francés de delirio sistematizado crónico "será ubicada por la escuela kraepeliniana ya sea en la paranoia, ya sea en las parafrenias, ya sea en las formas paranoides de la demencia precoz". La paranoia de Kraepelin corresponde más exactamente al delirio de interpretación de Serieux y Capgras. El equivalente del delirio de reivindicación de Serieux y Capgras en la psiquiatría alemana es el de-

SERIEUX Y CAPGRAS		KRAEPELIN			
Delirios sistematizados. Crónicos no alucinatorios. (Constitucionales).	D. de reivindicación.	Delirio de los querulantes (psicogenético)			
	D. de interpretación.	Paranoia (constitucional)			
	D. de imaginación.	confabulatoria		Parafrenias	Endogene Verblödingen.
Delirios sistematizados. Crónicos alucinatorios. (Accidentales en predispuestos).	D. crónico de Magnan.	sistemática			
	Forma fantástica de la P.A.C.	fantástica			
(Sin equivalente)		expansiva			
Demencia precoz	Demencia precoz kraepeliniana	benigna	Demencia paranoide	Demencia precoz	
		grave			
		catatónica hebefrénica simple			

lirio de los querulantes, psicogenético, no constitucional. En cuanto al delirio de imaginación, dice Frey que no tiene equivalente en la psiquiatría de Kraepelin. Creemos nosotros que equivale más o menos a la parafrenia confabulatoria, pero estos delirios son constitucionales en la clasificación, mientras que en la alemana son adquiridos.

Las parafrenias de Kraepelin corresponden en forma general a los delirios sistematizados crónicos alucinatorios de la escuela francesa. La parafrenia sistemática corresponde a ciertos delirios crónicos de Magnan con demencia tardía y atenuada. Las parafrenias fantásticas corresponden a las formas fantásticas descritas por Serieux y Capgras en el delirio sistematizado crónico alucinatorio. No se encuentra equivalente de la parafrenia expansiva, que Kraepelin reconoce haber tomado en un comienzo como una forma atípica de la manía. La parafrenia confabulatoria, como ya dijimos, haría recordar los delirios de imaginación de Dupré y Logre.

La concepción kraepeliniana de la demencia precoz, y en especial de la demencia paranoide en su última forma, será aceptada por la casi totalidad de los psiquiatras franceses.

*Etapas de revisión y síntesis de las concepciones
francesa y alemana*

A pesar del criterio evolutivo que introdujo Kraepelin, las concepciones precedentes deben calificarse de esencialmente estáticas. El mérito de la escuela moderna ha sido considerar también el aspecto dinámico del problema; con otras palabras, estudiar la estructura psicológica y psicopatológica de los delirios.

Los precursores de esta nueva orientación son Friedmann y Gaupp, con sus descripciones de "paranoia mitigada" y "paranoia abortiva", respectivamente (1894 y 1910). Luego cabe mencionar a Jaspers, quien en su *Psicopatología general* (1913) delimitó claramente la "evolución" (psicológicamente comprensible) del "proceso" (psicológicamente no comprensible), diferenciación que luego tuvo enorme repercusión en la psiquiatría alemana.

El punto decisivo fue, sin embargo, la aparición (1918) de la monografía de Kretschmer sobre la paranoia sensitiva (*sensiti-*

ver Beziehungswahn), trabajo de suma importancia y que fue el punto de partida para una serie de estudios sobre los delirios crónicos de autores como Kehrer, J. Lange, Scholz, Heidenhain, O. Kant, Kahn y muchos otros.

Fue obra de Claude y de su escuela adaptar estos conceptos nuevos a las doctrinas de la escuela francesa. En 1925, el catedrático de París empieza a disgregar el extenso grupo llamado delirio sistematizado crónico, alucinatorio.

Los trabajos de Ceiller, Nayrac, Montassut, Heuyer, Gilbert Robin, Targowla, Dublineau, Borel, Henri Ey, Lacan, Rouart, Schiff, Ferdiere, L. Anglade y Leconte concretan esta tendencia. La corriente neojacksoniana, de la cual Henry Ey y Julien Rouart son los más auténticos representantes, da solidez y fundamento a esta nueva concepción. *Sobre la base de los tres principios de Jackson (evolución, disolución, signos positivos y negativos) y de los cuatro factores de la locura (personalidad, velocidad, profundidad y factores exteriores y corporales), incluyen el punto de vista anterior dentro de una concepción dinámica y estructural de los trastornos neuropsiquiátricos.* V

Un exponente de esta corriente moderna es Charles Henry Nodet, cuya tesis sobre el grupo de las psicosis alucinatorias crónicas (1938) nos servirá de guía para lo siguiente.

Nodet parte de la crítica que hace de la psicosis alucinatoria crónica, entidad que, según este autor, ha sido *admitida por razones clínicas y doctrinales. Razón clínica*, porque todos los delirios crónicos alucinatorios aparentaban tener una misma unidad clínica. *Razón doctrinaria*, porque la concepción atomística de la alucinación como generadora del delirio le confería una *unidad patogénica*.

Nodet *analiza estos dos argumentos y termina diciendo que es imposible continuar sosteniéndolos. Sintetizando las razones que lo obligaban a pensar así:*

- A) *Desde el punto de vista clínico, le opone tres órdenes de argumentos:*
 - V) es por demás difícil delimitar en ciertos momentos el papel desempeñado por la alucinación, la interpretación, la ilusión y la intuición, que están frecuentemente intrincadas;
 - 2?) el estudio en un mismo servicio de asilo de todas las psicosis alucinatorias crónicas, cuyo comienzo

es anterior a 1930 (37 casos), muestra estructuras delirantes imposibles de superponerse;

3?) la evolución de esos 37 delirios es de un polimorfismo tal que no puede servir de lazo entre ellos.

La unidad clínica de las psicosis alucinatorias crónicas no se justifica, pues, ni desde el punto de vista semiológico, ni desde el punto de vista estructural, ni desde el punto de vista evolutivo.

B) *Desde el punto de vista doctrinario* parece difícil concebir la alucinación *como generadora del delirio*. Nodet es partidario de una concepción dinámica de la alucinación considerada como una disolución funcional, que es ante todo una *creencia errónea de aprehensión del yo y del mundo exterior*. Su naturaleza es *ser fenomenológicamente estética, pero patogenéticamente ilusoria!* y condicionada por una baja del nivel psíquico a determinismo biológico. Ella está amasada con la personalidad del sujeto e integrada dentro de un comportamiento mórbido y vital. Su importancia es *secundaria en el análisis estructural de un delirio*. La alucinación es una forma original, pero no necesaria, por la cual un enfermo expresa su delirio *traicionando su vida afectiva*. Es una *superestructura* en relación con los materiales propios e irreducibles, pero cuya razón de ser es la *estructura psicopática primitiva, profunda, de donde ella surge*.

Nodet encara después la parte constructiva de esta nueva corriente basada en la noción de estructura y en la concepción jacksoniana. Define, siguiendo a Ey y a Rouart, la estructura delirante como el conjunto típico de trastornos vividos por el enfermo (de acuerdo con sus capacidades) como acontecimientos y observados por el médico como un estado psicopático típico, siendo a su vez esta estructura la evolución típica de un cierto nivel de disolución. *Todas las transiciones y pasajes entre una estructura y otra son teóricamente posibles y prácticamente realizadas; ya sea que se comparen varias psicosis entre sí o que se tenga en cuenta únicamente el desarrollo histórico de una misma psicosis.*

De esta crítica y de esta nueva síntesis saldrá la actual con-

cepción tripartita de los delirios crónicos aceptada por la casi totalidad de los psiquiatras franceses actuales.

I. *Delirios de estructura paranoica*, caracterizados por (Ey-Nodet) :

1?) estar en continuidad con las tendencias de la personalidad. Reflejo de primer grado de dicha personalidad;

2?) la lucidez y la coherencia. Desarrollo sistemático coherente y comprensible de un drama persecutorio, con ausencia de debilitamiento psíquico apreciable. Significación delirante introducida tanto en el mundo de los objetos como del yo;

3?) nueve principales temas: persecución, megalomanía, celos, erotomanía, misticismo, hipocondría, autoacusación, influencia y reivindicación;

4?) mecanismos normales y subnormales. Interpretaciones, intuiciones, proyección alucinatoria de las creencias fundamentales;

5?) *inconsciencia* del delirio. Irreducible a toda argumentación. Penetrabilidad y comunicabilidad hasta la contagiosidad;

6º) estructura *afectiva* fundamental. Agresividad. Peligrosidad. *El delirio constituye para el enfermo su vida, su fe y su acción.*

Esta estructura presenta las siguientes *variedades*, que pueden agruparse alrededor de dos núcleos principales constituidos por el delirio de interpretación de Serieux y Capgras y el delirio de autorreferimiento de Kretschmer.

- A) *Delirio de imaginación*, mitomanía delirante de Dupré.
- B) *Delirios pasionales* con tres subvariedades:
 - 1?) erotomanía;
 - 2?) celos;
 - 3?) reivindicación de Serieux y Capgras.
- C) *Delirio de interpretación* de Serieux y Capgras.
- D) *Delirios alucinatorios*, con dos subvariedades:
 - 1?) *delirios de persecución* con actividad alucinatoria a predominio acústico verbal.
 - 2º) *delirios de influencia* que expresan la posesión de los automatismos kineto-ideo-afectivos por sentimientos patológicos (*sentimientos de influencia y automatismo*) .
- E) *Delirios hipoesténicos* (de estructura obsesiva), con ocho subvariedades:

- 1?) paranoia sensitiva de Kretschmer;
- 2?) paranoia abortiva de Gaupp;
- 3?) síndrome de acción exterior de Claude;
- 4°) delirio de suposición, variedad resignada de Serieux y Capgras;
- 5°) delirio interrogativo de Capgras y Abery;
- 6°) delirio de interpretación hipoesténico de Capgras;
- 7?) psicosis de sensibilización de Constanza Pascal;
- 8?) psicasténicos perseguidos o hipocondríacos perseguidos (Schiff).

Con la denominación de delirios de estructura paranoica se agrupan entonces todos los delirios sistematizados crónicos no alucinatorios y una cierta parte del grupo de las psicosis alucinatorias crónicas. Las parafrenias sistemáticas y confabulatorias entran en este grupo junto con la paranoia y el delirio psicogenético o delirio de querulantes de Kraepelin. En favor de la unidad y autonomía de las locuras de persecución —siguiendo a Schiff— haremos resaltar la frecuente intrincación de estas diferentes variedades. Erotomanía y reivindicación, interpretación y querulancia, celos y delirio de grandeza persecución con explosión pasional, etcétera, son combinaciones frecuentes que nos ofrece diariamente la clínica.

II. *Delirios de estructura parafrénica*, caracterizados por (Henry Ey):

- !•) construcciones fantásticas yuxtapuestas;
- 2?) bloques delirantes aglutinados;
- 3?) impenetrabilidad;
- 4?) ideología neo-formada (reflejo en segundo grado de la personalidad);
- 5?) forma paralógica del pensamiento;
- 6?) recubrimiento de la realidad por un mundo delirante yuxtapuesto;
- T)** conciencia parcial del delirio (fantasía, ironía);
- 8?) agresividad contingente;
- 9?) estructura intelectual fundamental.

Esta estructura tiene tres variedades o tipos ideales en función de los cuales se organizan los delirios parafrénicos. Los casos clínicos concretos pueden participar en proporción diversa de estos

tres aspectos sintomatológicos. Son estructuras emancipadas de los procesos esquizofrénicos, de la manía y de la melancolía.

- a) *Parafrenia fantástica*, caracterizada por (Henry Ey):
 - 1?) trastornos paralógicos en la construcción delirante sin trastornos primarios importantes;
 - 2?) evolución hacia la fabulación delirante;
 - 3?) deformación delirante y absurda de la personalidad (autismo ideológico);
 - 4?) experiencias delirantes disestéticas y oníroides;
 - 5?) yuxtaposición del mundo delirante al mundo de lo real;
 - 6?) integridad intelectual.
- b) *Parafrenia expansiva*, caracterizada por (Henri Ey):
 - 1º) exaltación, pero sin gran desorden de los actos;
 - 2º) riqueza del delirio;
 - 3º) circunscripción y profundización de los temas;
 - 4?) actitudes creadoras duraderas;
 - 5º) producciones estéticas e ideológica^ consistentes.
- c) *Parafrenia melancólica (delirio de Cotard)*, caracterizada por (Henri Ey):
 - 1?) ausencia de trastornos en la actividad psíquica;
 - 2?) ausencia de emoción dolorosa. Hiperestenia;
 - 3?) ausencia de comportamiento melancólico;
 - 4?) actividad y adaptación normales;
 - 5?) *yuxtaposición del delirio a la realidad ambiental claramente concebida.*

Aquí se agrupan una gran parte de las psicosis alucinatorias crónicas y el delirio de Cotard. De las parafrenias de Kraepelin quedan la fantástica y la expansiva. La sistemática y la confabulante pasaron al grupo de los delirios paranoicos. Constituyen las psicosis paranoides esquizofrénicas (Claude).

Esta forma de concebir la parafrenia está de acuerdo con la noción de psicosis posprocesales de Berze. Para este autor *la esquizofrenia posprocesal, o sea, las parafrenias*, se opondría a la *esquizofrenia activa procesal, a la hebefrenia delirante, a la demencia paranoide*.

III. *Delirios de estructura paranoide*, caracterizados por (Ey-Nodet):

1?) incoherencia básica, organización paralógica, liberación sin obstáculos de un pensamiento afectivo muy regresivo. Necesidad de apelar a la comprensión genética y simbólica. Experiencias delirantes disestésicas y oniroídes permanentes o con predominio nocturno. Es decir, *un pensamiento paranoide que se hace más mágico cuanto más regresiva sea la estructura;*

2?) *mundo autístico, único, con una realidad única como consecuencia;*

3?) *trastornos primarios de la esquizofrenia: disociación, autismo de impotencia o primitivo, ambivalencia, debilitamiento afectivo, inercia. Evolución hacia una discordancia completa o hacia una incoherencia verbal estereotipada;*

4?) *trastorno profundo de la personalidad con déficit marcado de la inteligencia.*

Los delirios de estructura paranoide corresponden a la demencia paranoide de Kraepelin, a la demencia paranoide hebefrénica de Claude, a la esquizofrenia delirante de Ey. Algunas formas de la psicosis alucinatoria crónica a evolución demencial rápida deben ser ubicadas aquí.

Síntesis

*Como resultado de la crítica que hacen de la **PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA**, esta entidad desaparece de la nosografía. Los delirios que ella integraba fueron ubicados sucesivamente en las estructuras **PARANOICA**, **PARAFRÉNICA** y **PARANOIDE**. Estructuras típicas que con una evolución típica constituyen las psicosis del mismo nombre y que deben ser consideradas como niveles sucesivos de disolución de la personalidad, pudiendo una psicosis recorrer uno o más niveles típicos.*

Esto constituye a forma de encarar el problema según la nueva corriente que sostiene un criterio dinámico y estructural en neuropsiquiatría.

Bibliografía

Es imposible dar una bibliografía completa sobre un tema que ha sido objeto de investigación asidua desde que existe una psiquiatría científica. Los trabajos más importantes están citados en las siguientes obras:

- Ey, Henri y Rouart, *Essai d'application des principes de Jackson á une conception dynamique de la neuro-psychiatrie*, París, 1938.
- Frey, Bernaw, *Conceptions de Kraepelin et conceptions frangaises concernant les delires systématisés chroniques*, Tesis Estrasburgo, 1923.
- Genil Perrin, J., *Les paranoiaques*, París, 1926.
- Kretschmer, E., *Der sensitive Beziehungswahn*, Berlín (2ª ed.), 1927.
- Lacan, Jacques, *De la psychose paranóiaque dans ses rapports avec la personnalité*, Tesis de París, 1932.
- Lange, Johannes, *Die Paranoiafrage*, Wein y Leipzig, 1927.
- Nayrac, P., *La démence paranoide*, Tesis de París, 1924.
- Nodet, Charles Henri, *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques*, Tesis de París, 1938.
- Schiff, Paul, *L'évolution des idées sur la folie de persécution*, París, 1935.

CONCEPTOS BASICOS EN MEDICINA
PSICOSOMATICA *

Frente al problema psicofísico solamente es justificable, desde el punto de vista científico, una concepción monista que considere lo psíquico como una propiedad de la materia organizada de una manera particular. Lo psíquico sería una función del organismo, no pudiéndose hablar, desde un punto de vista ontológico, ni de paralelismo ni de interacción, ya que eso implicaría una concepción dualista del hombre. Por eso, el término psicossomático y el frecuente empleo de palabras como correlación, interacción, dominio de una o de otra de las dos categorías de fenómenos harían creer en la aceptación tácita de una concepción dualista del hombre. Su empleo frecuente en la literatura médica actual tiene un carácter práctico, expositivo y, en cierta medida, justificado, ya que lo corporal y lo anímico se expresan en la realidad como fenómenos de calidades diferentes.

La contribución más importante tendiente al conocimiento del hombre como una totalidad parte del campo del psicoanálisis, que va más allá de la medicina, de donde ha partido, para constituirse poco a poco en una verdadera antropología, considerando este término en su acepción exacta.

Como bien lo hace resaltar F. Alexander, el paciente vuelve ahora a ser considerado como un ser humano, con sus preocupaciones, temores, depresiones, esperanzas, es decir, como un todo indivisible. Además, el médico mismo vuelve a ocupar su verdadero lugar, ya que al preocuparse por el cuidado físico y psíquico de su enfermo

* *La Prensa Médica Argentina*, 1948, vol. XXXV, n° 36.

reúne en una sola mano lo que era encomendado a la medicina y a la religión por separado.

El estudio de los factores emocionales en la génesis de las afecciones somáticas es tan antiguo como la medicina misma, pero entró en su fase científica sólo después que el psicoanálisis proporcionó a la medicina una concepción del hombre, esclareciendo de este modo las vías de actuación de lo psíquico sobre el soma.

Planteado el problema cuerpo-alma, nos preguntamos ahora, ¿qué es psicogénesis? Para ello recurrimos a Alexander, quien valiéndose del ejemplo de la hipertensión arterial nos dice que psicogénesis no significa, por ejemplo, que la contracción de los vasos sanguíneos no responda a un mecanismo somático. Señala que la rabia o la cólera, contenido emocional específico de la hipertensión, tienen seguramente su asiento en algún lugar del sistema nervioso central, que es un proceso fisiológico y que el efecto de dicho proceso está expresado en múltiples manifestaciones, siendo una entre ellas el aumento de la presión sanguínea. Es decir, que en última instancia cada una de dichas manifestaciones puede ser descrita teóricamente en términos fisiológicos.

La medicina psicosomática entró en su fase científica después de los aportes de Freud y sus discípulos, como Grodeck, Abraham, Deutsch y Simmel. Posteriormente Franz Alexander y sus colaboradores y discípulos del Instituto Psicoanalítico de Chicago abordaron en forma sistemática y ordenada determinadas afecciones, como las enfermedades gastrointestinales (úlcera, constipación, colitis mucosmembranosa), enfermedades alérgicas (asma, rinitis espasmódica, urticaria), hipertensión, etcétera.

La comprensión del fenómeno de la interrelación psicosomática recibió el más valioso aporte cuando Freud estudió los fenómenos histéricos. El caso Dora, estudiado por Freud, sigue siendo la mejor introducción a este tipo de estudios.

Esta enferma padecía de los más variados síntomas histéricos referidos a la esfera somática, como ser, crisis disneicas, tos, afonía, jaqueca, etcétera, que, después de un análisis en profundidad, demostraron estar en conexión con determinados afectos reprimidos, es decir, inconscientes y que buscaban una vía de expresión fuera de los cauces normales. La esencia de la teoría de la conversión somática (conversión de un afecto en una inervación orgánica), tal como

Freud la denominó, es que *cada tendencia psíquica busca una adecuada expresión corporal*.

Cuando la vía normal de descarga de tales expresiones es viable, ésta se realiza a través del sistema yo consciente, que expresado en términos anatomofisiológicos equivaldría a decir a través de la corteza cerebral. El yo consciente ejerce en este nivel de actuación un control sobre las intervenciones nerviosas, que sirven de esta manera para descargar tensiones psíquicas que se originan en necesidades o apetitos biológicos. El ejemplo más típico de este caso lo constituye la descarga del instinto sexual a través de una conducta sexual normal.

Además, dentro del grupo de fenómenos normales, deben ser ubicados (F. Alexander) algunos de naturaleza automática, que también descargan tensiones emocionales, como ser el llanto, la risa, el rubor, etcétera, que son conscientes en lo que respecta a sus contenidos psicológicos, pero que en cuanto a su expresión somática son automáticos e inconscientes, por lo que el sujeto pierde en gran medida el control sobre ellos. Este componente somático constituye el aspecto orgánico que acompaña a la expresión de todas nuestras emociones normales, representando un modelo normal del fenómeno que Freud denominó conversión somática.

El caso más típico es el llanto, vía de descarga de tensiones emocionales de carácter displaciente o triste, y el componente orgánico, secretorio, que lo acompaña. Constituye esto la conversión de la tristeza en un fenómeno de excitación glandular cuyo estímulo partió de la corteza, pasó por los centros subcorticales y llegó finalmente a concretarse por vía parasimpática. La lágrima, característica del llanto, es el último eslabón de una larga serie de fenómenos que se iniciaron en un estado de ánimo especial, la tristeza.

Este fenómeno de tan fácil observación sirve de *modelo* bien claro de lo que es la interrelación psicosomática y las vías y eslabones que constituyen su estructura total.

Los fenómenos patológicos o síntomas a expresión somática o conversiones somáticas verdaderas sólo se diferencian de este fenómeno normal de conversión por realizarse en otras condiciones, a través de otros sistemas y desde otros niveles de integración. Consideremos, por ejemplo, que la vía normal de descarga de las emociones esté bloqueada, como sucede en el caso en que el afecto que le corresponde es reprimido, es decir, se ha hecho inconsciente. Dicho

afecto o tendencia, por el hecho de ser reprimido, no pierde sin embargo su fuerza, ya que actúa desde el inconsciente mismo, tendiendo a expresarse de cualquier manera. Si encuentra una particular disposición en el sujeto, lo hace por vías no habituales de descarga. Dicha descarga puede hacerse entonces partiendo desde el inconsciente a través del sistema sensorio-motor, como en el caso del síntoma histérico de conversión (convulsión, ceguera, sordera, anestesia, etcétera) o a través del sistema neurovegetativo, como en el caso del fenómeno de conversión somática que caracteriza a las neurosis de los órganos (ataque de asma, gastritis, constipación, diarrea, etcétera). El fenómeno resultante o síntoma orgánico constituye la expresión simbólica de un deseo reprimido. Esta represión del deseo fue previamente realizada, debido a su naturaleza objetable, por parte de la conciencia moral del sujeto. Por medio del síntoma, elude en cierta manera la censura, intentándose una descarga por vía sustitutiva e inconsciente.

Otro aspecto del fenómeno de conversión, como en general de todo síntoma neurótico, es que constituye una tentativa de descargar tensiones emocionales, en este caso por vía somática, con el fin de intentar restablecer un estado de calma dentro del aparato psíquico, dado que éste no tolera el aumento de tensiones, reaccionado frente a este estado con un fenómeno típico constituido por la angustia.

La imposibilidad de una descarga total de las tensiones por vía normal crea un estado de excitación crónica que obliga al yo del sujeto a intentar, por la producción de nuevos síntomas, el alivio de la situación patógena. La angustia, expresión de esta tensión excesiva, tiene como el dolor en el terreno de lo orgánico la misma finalidad, es decir, moviliza los mecanismos de defensa.

Aclarado ya el concepto básico de situación patógena y fenómenos de conversión, veremos si es posible aplicar este mecanismo a todas las perturbaciones psicógenas del cuerpo, criterio del que participamos nosotros. Alexander limita, sin embargo, este mecanismo de conversión a los síntomas que se expresan por intermedio del sistema nervioso central, voluntario. Para los demás, es decir, aquellos que se expresan por intermedio del sistema autónomo, involuntariamente, sostiene que los síntomas somáticos producidos de esta manera no son manifestaciones sustitutivas del afecto reprimido, sino que son sólo concomitantes, acompañantes fisiológicos normales de determinados afectos.

Tomemos un ejemplo del propio Alexander. La cólera que no puede expresarse por medio de gritos, acusaciones, golpes, etcétera, al ser reprimida puede expresarse como fenómeno de conversión en los órganos empleados para la expresión de dicho afecto, como por ejemplo la laringe, los miembros, apareciendo síntomas como la afonía o una parálisis de determinados miembros. En el caso de las neurosis vegetativas sucedería lo siguiente: los estados afectivos de cólera y miedo están relacionados, como es sabido por los estudios de Cannon, con un síndrome fisiológico consistente en procesos vegetativos tales como la excitación del sistema adrenal, movilización de la glucosa, elevación de la tensión sanguínea, modificaciones en la distribución de la sangre, que desde el área espláncnica afluye hacia el sistema muscular, hacia los pulmones y el cerebro. Estos procesos fisiológicos son los resultados normales de la cólera y el miedo; no satisfacen la cólera reprimida sino que la acompañan. Consisten —dice Alexander— en la preparación del organismo para determinados deberes que debe afrontar en una situación de peligro, es decir, de lucha o de huida, y son una preparación y una adaptación adecuada a una conducta especial exigida al organismo, y una parte inseparable de un fenómeno total denominado cólera; es la reacción de los sistemas orgánicos a la cólera, y sólo cuando este estado de tensión afectiva se hace crónico es cuando se transforma en patológico el estado descrito. En estos casos el individuo es incapaz de librarse de su cólera ya sea por una descarga hacia el exterior o por un síntoma psiconeurótico, y en la hipertensión, por ejemplo, lo patológico consiste en el hecho de que el paciente está en una constante tensión afectiva que no es descargada ni directamente ni por síntomas neuróticos. Es un sujeto que está "permanentemente listo para atacar".

Según los puntos de vista de Alexander ya expuestos, puede hablarse de las siguientes entidades psicósomáticas:

V) *La histeria de conversión*, que incluye todos los síntomas a expresión orgánica de esta neurosis que se configura por intermedio de los dos sistemas; neuromuscular y sensorial, como convulsiones, parálisis, contracturas, anestias, etcétera, como también los órganos encargados de expresar las emociones dando síntomas como afonías, afasias, bulimia, anorexia, rubefacción de la piel, asma, que ocupa un lugar intermedio entre este grupo y los siguientes.

2º) *Neurosis vegetativas* de causa psicógena sin significación

psicológica específica, es decir, simbólica, pero relacionadas con afectos específicos, tales como la hipertensión, las neurosis gástricas, el hiperinsulinismo, la urticaria, etcétera.

3-) *Enfermedades orgánicas de origen psicógeno.* Una neurosis vegetativa anterior, por ejemplo una neurosis gástrica, acarrea por el proceso que Alexander llama "saltos de lo funcional a lo orgánico", una úlcera péptica, consecuencia final de la situación anterior sin contenido psicológico específico y secundario a una neurosis vegetativa anterior.

Alexander admite además tipos mixtos entre la primera y segunda categoría de afecciones, como por ejemplo, aquellas neurosis que se expresan por órganos sometidos a doble control voluntario y automático, tales como las relacionadas con las funciones esfinterianas, como constipación, diarrea, polaquiuria, retención de orina, etcétera.

Otra tentativa de ordenación terminológica y nosográfica de las afecciones psicosomáticas es la realizada por Lawrence Kubie.

En principio, este autor distingue dos grandes tipos: 1?) *Susceptibilidad* o predisposición de tipos específicos en ^1 sentido morfológico, fisiológico y psicológico a enfermedades determinadas, tales como cardiopatías, hipertensión, reumatismo, diabetes, traumatismo. Este aspecto de la investigación fue realizado sobre todo por Flanders Dunbar y su escuela. 2º) *Somatización*, denominando de esta manera a cualquier proceso por el cual funciones generales en el plano de la experiencia psíquica llegan a expresarse y descargarse parcial o totalmente en forma de perturbaciones somáticas, sensoriales, motoras, secretorias o mixtas. Este proceso de somatización aparecido a raíz de la disociación y anarquización de reacciones parciales es el elemento básico que configura los cuatro tipos descritos por Kubie:

V) *La somatización* que se produce en los órganos de relación externa, sensoriales, musculatura estriada, órgano del lenguaje y su control central, funciones organizadoras centrales, configurando aquí el proceso que ya conocemos con el nombre de histeria de conversión.

2?) *La somatización* que toma los órganos de la economía interna que carecen de representaciones psíquicas o sólo las tienen atenuadas, por ejemplo, neurosis gástricas.

3?) *La somatización* que toma las funciones instintivas (orifi-

cios corporales, aparato de deglución, genitales, etcétera), dando trastornos como el vaginismo, la frigidez, hiperventilación, trastornos esfinterianos, impotencia, disnea.

4º) *La somatización* puede expresarse en el cuerpo en su totalidad. Comprende Kubie que en la mayoría de los casos hay intrincación de mecanismos, siendo mixtos los sistemas de descarga. La clasificación sistemática que intenta establecer se basa en primer término en la agrupación de los trastornos psicósomáticos con criterio *topográfico*, es decir, según el sistema de órganos que hayan servido para la descarga. El segundo criterio se basa en el *mecanismo* empleado para la descarga, es decir, ya sea una conversión histérica como una organoneurosis, etc. El tercer criterio se basa en el *terreno psíquico* en que se producen dichos síntomas psicósomáticos, es decir, variará según sea neurótica, psicótica o perversa la personalidad del que sufre el síntoma.

Una última tentativa de sistematización fue realizada por Fenichel, quién sobre la base de los dos tipos de neurosis descritos por Freud con el nombre de neurosis actuales y psiconeurosis, clasifica en cuatro grupos las entidades psicósomáticas.

1?) *Ecuivalentes afectivos*: se trata aquí de los casos en que se experimenta la expresión física de un afecto, aunque el individuo no logre reconocer su significación.

2?) *Las afecciones* que aparecen como resultado de los cambios químicos acaecidos en los órganos del individuo insatisfecho y reprimido. Se trata aquí de *neurosis actuales*, de causas tóxicas producidas por la acumulación de energía libidinosa no descargada.

3?) Afecciones que son el resultado de *actitudes inconscientes*, reprimidas, es el caso de todas las *conversiones somáticas*.

4?) Todas las formas de combinación de las tres posibilidades antes mencionadas.

Además de estos tipos de trastornos psicósomáticos Fenichel menciona las patoneurosis descritas por Ferenczi y que aparecen como consecuencia de enfermedades orgánicas. Estas neurosis exigen como condición previa un órgano enfermo. Este proceso patoneurótico se produce en toda enfermedad orgánica, siendo su secuela psicológica. Fenichel, refiriéndose a estos últimos procesos, dice que cada vez que nos encontremos frente a un síntoma orgánico y un conflicto psicológico es necesario preguntarse, ante todo,

si es el conflicto el que ha producido el síntoma o el síntoma el que ha producido el conflicto.

Debemos preguntarnos ahora, ¿por qué un órgano enferma y otro no?

Este problema de la elección de los órganos por parte de los mecanismos neuróticos es de especial interés en medicina psicosomática. Fenichel resume de la siguiente manera los factores que determinan dicha elección.

1º) La importancia de ciertos órganos desde el punto de vista de la fijación de la libido en ellos. Un individuo fijado en la fase oral, por ejemplo, presentará síntomas orales.

2º) La debilidad constitucional o adquirida de un órgano o un sistema, que constituye de esa manera un *locus minoris resistentiae*.

3º) En directa relación con lo anterior se halla la llamada "superestructura histérica de las enfermedades somáticas". Un problema psicológico sin solución puede "aprovechar" la enfermedad somática para obtener una satisfacción histérica a través de ella. Los síntomas, pues, "no son producidos por la conversión, pero son usados por la conversión" y, por lo tanto, pueden continuar sobre una base psicológica después que la causa orgánica que los creó ha dejado de existir.

4º) El *momento* en el que una determinada *represión* ocurrió puede producir luego la localización de los síntomas en el o los órganos sometidos a tensión en ese momento.

5º) Un factor importantísimo es la capacidad que tiene un órgano para que a través de él pueda exponerse, simbólicamente, una tendencia determinada.

Debemos preguntarnos, ¿los conflictos que han actuado sobre los órganos elegidos por las causas antedichas son indiferentes, inespecíficos o específicos para cada elección?

Las consideraciones que hicimos sobre la nosografía y que desembocan en el problema práctico del diagnóstico diferencial de las distintas estructuras o formas de las afecciones psicosomáticas nos llevan a estudiar un problema de gran interés psicoanalítico: el de la *especificidad de los conflictos actuantes en las determinadas afecciones*. Se trata de averiguar si determinadas afecciones expresadas en determinados sistemas orgánicos obedecen a determinados conflictos patógenos específicos. Según Alexander y su escuela es

posible sostener este criterio, y el gran material acumulado por ellos lo prueba.

Se sabe, por experiencias realizadas en el hombre y en animales, que diferentes estados afectivos tienen un tono vegetativo específico, como por ejemplo la cólera. Es de esperar que así como varía la naturaleza de dichos estados emocionales crónicos no satisfechos varíen correspondientemente las perturbaciones vegetativas. Así los síntomas neuróticos gástricos tienen una psicología diferente de los del asma, la diarrea o la constipación. Tal como hemos visto, el hipertenso es un hombre que está "siempre por atacar" sin atacar realmente, mientras que el ulceroso es un sujeto "que está siempre por comer".

A través de los problemas de la especificidad de los conflictos llegamos al último que expondremos hoy y que se refiere al tratamiento.

Hemos estudiado los fenómenos de conversión, los conflictos patógenos, las entidades clínicas, la elección de órgano y este último de la especificidad que nos coloca de lleno en el problema psicológico del enfermo psicossomático. Gracias al psicoanálisis todos estos mecanismos han sido puestos en claro y se entiende que toda terapia psicossomática debe estar basada fundamentalmente en los postulados del psicoanálisis. Las investigaciones y psicoterapias que no utilizan este método están condenadas a una actuación en superficie. Se limitarán a decir que la emoción es capaz de producir tal o cual síntoma, sin poder especificar la naturaleza y sobre todo el contenido psicológico de la emoción que acarreó el síntoma. En el terreno de la etiopatogenia se colocarán en la situación de un internista que sólo puede decir que una enfermedad es producida por un germen sin especificar cuál es, ni cómo es, ni de qué manera puede defenderse el organismo contra un ataque semejante. Todos los tipos de psicoterapia usados en medicina psicossomática son el método psicoanalítico clásico o variantes de éste, tendientes sobre todo a acortar la duración del tratamiento, pero la dinámica general es la misma. Sólo se diferencian en el grado de profundidad a que llega la actuación terapéutica.

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL SINDROME
ADIPOSO GENITAL PREPUBERAL EN EL VARÓN *

(en colaboración con los Dres. Arnaldo Rascovsky
y Jaime Salzman)

Nuestra observación repetida y continuada de perturbaciones endocrinas infantiles, en cuya técnica de trabajo se comprenden tres líneas generales de investigación evolutiva que expresamos como: evolución del nivel afectivo, evolución del nivel intelectual y evolución del nivel somático, nos ha llevado a la comprobación de la existencia de una constante ambiental como elemento constitutivo del síndrome adiposo genital prepuberal.

Este concepto que hemos extendido ulteriormente a otros, entre los que se incluyen la mayor parte de las endocrinopatías infantiles, tiene para nuestro criterio un carácter fundamental y etiológico que habremos de analizar más adelante. También hemos creído útil establecer una clasificación de los elementos totales constitutivos del síndrome, que se refieren esencialmente a los niveles evolutivos ya señalados y cuya existencia se revela en la investigación prolija de todo enfermo afectado por el síndrome cuyo estudio nos preocupa.

Las excepciones aparentes encontradas y que rehuían su incorporación fueron objeto de una investigación más profunda que reveló la absoluta certeza con que podían incluirse entre los factores ambientales que inmediatamente esbozaremos.

Estas investigaciones ambientales fueron seguidas de un estudio detenido de las características psicoafectivas en un extenso número de estos niños, donde encontramos con una repetición abrumadora las mismas formas de similar estructura en todos ellos.

* *Archivos argentinos de pediatría*, octubre 1940, año XI, n° 4, t. XIV.

Esta caracterología así señalada presenta rasgos de inmaduración y constituye la exaltación e hipertrofia de elementos normales hasta una edad posiblemente anterior a los cinco años y que se exagera por la incapacidad del niño para sobrepasarla situación parental y, por lo tanto, para evolucionar afectivamente, lo que hace que se produzca la ruptura del paralelismo entre la edad cronológica y la afectiva correspondiente, alteración que caracteriza al síndrome de esquizonoia de Pichón y Laforgue.

Conviene señalar que para nosotros, siguiendo a Jelliffe, el grado y forma de liquidación de la situación parental constituye la unidad de medida del nivel afectivo.

Desde las comunicaciones iniciales de Babinski y Frólich, el estudio general del síndrome se ha referido al cuadro somático con escasas referencias al psiconeurológico. En la amplísima gama de variaciones que se presentan con este título y que se extienden desde el gran cuadro tumoral hipertensivo con tumor cromóforo hasta las formas atenuadas de desaparición espontánea en la pubertad se han señalado variaciones psiconeurológicas más o menos paralelas. En un trabajo reciente, *Endocrinology* (23-637, noviembre 1938), Bela Mittelman estudia con más detención ciertos factores neuropsicopáticos que acompañan al cuadro, presentando una serie de casos que "no mostraban signos de hipertensión craneana ni lesiones de fondo de ojo".

Nosotros estudiamos las características psiconeurológicas, a las que concedemos una importancia paralela a las que definen el cuadro somático, pero al señalar los factores ambientales llegamos a un punto tal que nos obligó a establecer un orden cronológico de relación entre dichos factores ambientales por un lado y los factores psiconeurológicos y somáticos, que ya hemos señalado como simultáneos, por el otro, ya que *"ni los elementos somáticos ni los psiconeurológicos podrían haber engendrado el cuadro ambiental en forma retrospectiva"*.

En esa forma y en orden cronológico los elementos constitutivos del síndrome adiposo genital prepuberal son:

- V) Ambientales.
- 2?) A) Psiconeurológicos.
- B) Somáticos.

- 1?) *Elementos ambientales*
- La investigación ambiental revela la constante existencia de una anormal relación afectiva cualitativa y cuantitativa entre padres o sus sustitutos e hijos.
- a) Constelación familiar:
- Hijo único varón.
Hijo mayor varón.
el menor
Hijo débil Heine-Medin
el inválido - Cardiopatías, etcétera.
- Hijo confiado al cuidado de matrimonios sin hijos o mujeres solteras (tías, abuelas, etcétera) .
Ruptura del equilibrio afectivo parental (divorcio, viudez, padre o madre inexistente o disminuido desde el punto de vista moral).
- b) Cohabitación y colecho: Apreciación de las personas con quienes duerme desde que nació: I, en la cama; II, en la habitación; III, suele pasar a la cama de los padres, hermanos u otras personas.
- c) Factores productores de la estimulación sexual directa antes del comienzo puberal (alrededor de los 11-12 años): caricias directas excesivas, seducciones, sobrestimulación, etcétera.
- 2?) A) *Elementos psiconeurológicos*
- 1?) oligotimia.
- a) Nivel mental: Débil mental.
2?) oligofrenia. Imbécil.
Idiota.
- b) Debilidad psicomotriz: Falta de adaptación a los juegos y a la vida social propios de su edad y grupo social.
(Estacionamiento en la capacidad psicomotriz Falta de atracción y habilidad en el deporte; situación pasiva en el mismo (el juez,

adquirida hasta los cinco años, más o menos, de edad.)

el *linesman*, el espectador, el arquero). La natación como compensación (el deporte instintivo por excelencia).

Adaptación y atracción hacia las niñas y sus juegos.

Adaptación y atracción hacia los niños de escasa edad.

Regresión en la deambulaci3n (a pesar de haber aprendido a pararse y a caminar normalmente presenta tendencia a tropezar y tambalearse).

Torpeza motriz, dispraxia.

Desigualdad en los movimientos asociados de ambos brazos, piernas y cuello.

Temblor de tipo intencional poco frecuente (ausente en reposo).

Regresión psicomotriz del lenguaje.

Pereza; rechazo de toda actividad muscular dinámica.

c) Rasgos esquizo-
noicos:

Falta de iniciativa (*Regará h la mere*).

Ruboroso, vergonzoso.

Balbuceo, ceceo, excesivo uso de los diminutivos y otras regresiones del lenguaje.

Puerilismo, temores excesivos, fobias.

Sobredependencia materno - paterna (la solicitud del permiso previo ante toda realizaci3n) .

Inexistencia de la autopuni3n (vergüenza ante el descubrimiento de la falta sin sensaci3n de culpa si no es descubierto).

Inercia.

d) Perturbaciones
en la evoluci3n
del tono
muscular:

Reflejos
posturales
de Schilder
negativos.

1º) Aducci3n de los brazos.

2?) No elevaci3n o escasa
del brazo de la barba.

3?) El brazo superior des-
ciende hasta el nivel del
inferior.

e) Orientación
hacia las
actividades
estáticas:

1?) STrabajos

Dibujo, trabajos manuales, carpintería, dactilografía, artesanado, lectura, mecánica, etcétera.

2?) Juegos

Juegos de mesa (canje de figuritas, naipes, simulación del pequeño comercio), ludo, dominó, ajedrez, damas, bolitas.

f) Orientación
oral excesiva:

Hiperorexia con escaso o ningún apetito diferenciado.

Repugnancia por determinados alimentos comunes, (leche, pescado, etcétera).

Hábito de llevarse objetos a la boca o de tocarse la misma (masticar lápices o lapiceras, succión de las puntas de los cuellos, de los guardapolvos, de los botones, succión del pulgar, onicofagia) masticar goma como golosina. Permanente deseo de comer, insatisfacción alimenticia, comen a cualquier hora.

g) Orientación
anal excesiva:
(carácter
sádico-anal).

Economía exagerada, avaricia, alcancías, ahorros desproporcionados.

1?) Captación

Coleccionismo: filatelia, colombofilia, etcétera.

Acumulación de objetos de toda índole; inexistencia del desperdicio.

Inhibición total del derroche; todos sus gastos tienen un carácter captativo (alimentos, ropas, etcétera).

Acumulación de juguetes para guardarlos sin ser utilizados en su función.

Sentido de la propiedad exagerado. Desconfianza, vigilancia excesiva sobre los ob-

- jetos de su propiedad. Tendencia inconsciente a tomar los objetos a su alcance con la mano.
- 2?) Erotismo anal
- Constipación con crisis de diarrea o de necesidad imperiosa e intempestiva de deponer.
- Episodios de encopresis.
- Larga permanencia en el retrete (lecturas y juegos mientras dura su permanencia).
- Ritual de la defecación.
- Toilette* del acto a cargo de la madre o sustituta.
- 3?) Hábitos higiénicos exagerados
- Pulcritud, aseo, acicalamiento.
- Sobreconsideración del aseo y elegancia para el juicio.
- Orientación hacia adornos y joyas.
- Prolijidad, meticulosidad, sobrevaloración del orden.
- Orientación femenina en la indumentaria.
- h) Sexualidad:
- Mantenimiento anormal de la orientación sexual directa hacia ambos sexos.
- Excesivo apego a las caricias y excitaciones: besos, abrazos, roces, etcétera.
- Ausencia de la latencia sexual normal entre los 5-6 y 12 años de edad (período de latencia de Freud).
- Homosexualismo latente.
- Exhibicionismo, *voyeurs* (mixoscopia, escoptofilia).
- Predominio de las tendencias sádicas sobre las masoquistas.
- i) Aspiración profesional:
- 1?) Vinculada a su situación afectiva:
- militar
marino
policía
bombero
aviador
maestro

2º) Vinculada a su orientación estática:	ingeniero mecánico electricista dibujante carpintero chofer, etcétera
---	--

B) *Elementos somáticos*

- a) Generales: Obesidad.
Alteraciones morfológicas.
Osteocondrodistrofias.
Perturbaciones de la glucorregulación.
Perturbaciones de la visión.
Perturbaciones vasomotoras.
Trastornos de la sudoración.
Perturbaciones alérgicas ,(urticaria), eczema, coriza espasmódica, asma), etcétera.
- b) Locales: Micro o pequeño pene.
Testículos pequeños, ectópicos o mal descendidos.
Implantación del cabello y monte de venus feminoide.
Voz de timbre agudo o disfónico.
Dolores abdominales.
Sudoración de las manos y pies.
Pie plano.
Genu valgum.
Ginecomastia, etcétera.

Resumen

Los autores señalan la tríada constitucional del cuadro: ambiental, psiconeurológica y somática, destacando especialmente el orden de presentación cronológica. Refieren por primera vez las características del cuadro ambiental, al que le conceden un marcado valor

etiológico y de constante presentación. Asimismo, realizan un estudio sumario de los elementos psiconeurológicos que componen el síndrome y su interpretación psicoanalítica. Además, resumen los constituyentes somáticos del cuadro.

ULCERA PÉPTICA Y PSICOSIS MANIACODEPRESIVA

La investigación psicoanalítica de los enfermos ulcerosos fue realizada por primera vez en forma sistemática por Franz Alexander y sus colaboradores del Instituto Psicoanalítico de Chicago (1). Consiguieron describir situaciones específicas en estos enfermos relacionadas con intensas tendencias orales receptivas y hostiles que, reprimidas por el sujeto, actuarían desde la corteza como estímulos irritativos crónicos provocando una disfunción gástrica por el mecanismo ya dilucidado por los fisiólogos. Para el psicoanálisis, dice Alexander, esta afinidad de las tendencias pasivo-receptivas de carácter oral no tiene nada de extraño, ya que el niño experimenta las primeras gratificaciones de sus tendencias receptivas durante la lactancia. La asociación emocional entre el deseo pasivo de ser amado, bien cuidado, y las funciones fisiológicas de la nutrición se establece en el primer período del desarrollo del niño. En situaciones posteriores, el deseo de ser alimentado sirve como sustituto del deseo reprimido de ser amado, convirtiéndose esta situación en el estímulo específico y crónico de la disfunción. Los enfermos que debido a la situación de conflicto mencionada tienen que reprimir y abstenerse de estas tendencias intensas de carácter oral-receptivo expresan entonces su situación por medio del lenguaje orgánico, es decir, el lenguaje gástrico. Un estómago en estas condiciones se comporta como si durante todo el tiempo "fuera a alimentarse o estuviera a punto de ser alimen-

* Rascovsky, A., compilador, *Patología psicosomática*, cap. III, Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1948.

tado". Cuanto más grande sea el rechazo de toda gratificación de estas tendencias orales durante el curso ulterior de la vida, tanto mayor será el deseo inconsciente de recibir amor y ayuda. Desear alimento no significará ya tener hambre en el sentido biológico, sino que, expresado en el sentido simbólico, tendrá ya el significado general de protección. Esta situación de búsqueda de amparo, conflicto específico del ulceroso, está en relación, según León Saúl (2), en términos generales con la frustración de las necesidades o deseos de amor materno. Este autor usa el término "amor materno" en un sentido muy amplio, extendiéndose este concepto a todos los intereses, la estimación y el afecto que los demás sienten hacia el enfermo. También son incluidas todas aquellas necesidades relacionadas con el reposo, descanso, aflojamiento de tensiones, diversiones, ayuda afectiva, etc. Todas estas situaciones deben ser incluidas dentro de lo que denominamos deseos pasivo-receptivos, predominantemente orales, situación contra la cual el ulceroso trata de luchar en otro plano. Pero hay otro tipo de enfermos que desean gratificaciones más sublimadas, tales como el reconocimiento, el aprecio y el prestigio. Para ellos, el ser admirado por los demás, actitud típicamente narcisista, constituye el mayor placer que son capaces de experimentar. En otros enfermos —continúa Saúl— es el calor humano, el hogar y la protección inmediata de un sustituto de la madre lo que es inconscientemente buscado. El hecho básico es que todas las necesidades de comodidad, confort, amor y placer están profundamente asociadas con los procesos del comer, de ser alimentado. En los suietos con una disposición oral intensa toda dificultad o impedimento relacionados con estos problemas generales será vivido con intensidad como una frustración de sus deseos oral-receptivos. La frustración desencadena en ellos intensas tendencias agresivas frente a los objetos, situación que da origen a la fuerte ambivalencia que presentan.

Estos enfermos son, en realidad, muy sensibles a las pequeñas frustraciones y reaccionan de dos maneras: o configurando una depresión o dando síntomas gastrointestinales, manifestaciones ambas de un mismo proceso psicológico tendiente a la recuperación de un objeto perdido, abandonado.

Alexander y su escuela no van más lejos en la interpretación de los síntomas de la úlcera. Considerada la situación básica en

relación con las tendencias orales, ésta pondría en movimiento mecanismos fisiológicos, produciéndose una hipermotilidad, hipersecreción y trastornos de la irrigación del órgano. Estos fenómenos darían lugar a una disfunción crónica; un estómago vacío crónicamente estimulado se hace entonces vulnerable por el jugo gástrico segregado de una manera anormal, acarreado como consecuencia la úlcera péptica. Una alteración crónica de una función acarrea el daño de la estructura misma, produciéndose lo que Alexander llama el "salto de lo funcional a lo estructural".

Sin embargo, es posible seguir la investigación de los contenidos de los síntomas de la úlcera péptica mucho más allá de los límites señalados por Alexander. Conocemos ya que la situación básica gira alrededor de deseos orales, tanto receptivos como agresivos, que el deseo de ser amado se identifica en el inconsciente con el deseo de ser alimentado, que el deseo de protección está relacionado con el deseo de amor materno, que la frustración de intensos deseos oral-receptivos crea una situación de hostilidad y, como consecuencia, la ambivalencia frente a los objetos. Las observaciones de los internistas y luego de los psicoanalistas nos ponen también en presencia de otro conflicto además del de ambivalencia: el conflicto entre la pasividad y la actividad, situación que el ulceroso tratará a veces, en forma desesperada, de resolver.

Según A. Garma (3), la úlcera péptica se origina por la persistencia de situaciones infantiles muy precoces no resueltas relacionadas con la madre, situaciones que en la edad adulta dificultan una buena adaptación del sujeto a la realidad. Según este autor, el ulceroso se esfuerza por conseguir una aparente actividad triunfadora, pretendiendo, por otra parte, rehuir sus conflictos y tratando de vencer las dificultades exteriores. Cuando fracasa en parte en esta labor, desplaza las dificultades del medio exterior a su tubo digestivo, representando los alimentos dichas circunstancias exteriores difíciles de vencer y que ahora trata de digerir. La herida de la úlcera representaría las agresiones provenientes del ambiente, y también la herida de la separación de la madre y la vuelta de la agresión contra sí. Una constelación parental frecuente en estos enfermos estaría constituida por una madre dominadora y un padre débil.

El análisis de algunos ulcerosos y la observación clínica de otros

me condujo a conclusiones semejantes. Encontramos como punto de fijación disposicional la segunda fase oral (oral canibalística), a la cual regresa parcialmente el ulceroso durante su enfermedad; un grave conflicto de ambivalencia, de pasividad y actividad; rasgos maniacodepresivos; la periodicidad de los trastornos y mecanismos de defensa típicos, como la introyección del objeto no ya en el aparato psíquico sino en el propio órgano enfermo. La relación con los mecanismos maniacodepresivos se nos apareció con toda claridad. El período doloroso de la úlcera se relaciona con la fase depresiva, y su aparición está condicionada por mecanismos semejantes. Frustraciones leves o intensas actuando sobre disposiciones oral-sádicas intensas o leves inician el proceso, desencadenándose una gran hostilidad frente al objeto, situación que es vivida psíquicamente como pérdida de objeto o abandono de éste, reactivándose la angustia. Frente a esta situación el enfermo hace esfuerzos por recuperar el objeto

S. Rado (4) había observado que los enfermos depresivos tienen grandes necesidades narcisistas, que son muy sensibles a los pequeños daños y que la dependencia de los objetos exteriores es muy intensa. En el ulceroso ya sabemos que sucede lo mismo, y también que la necesidad de autoaprecio les hace apoyarse en los demás, sintiendo consciente o inconscientemente la necesidad de ser estimados, de ser queridos a cualquier precio. Lo que caracteriza a ambos tipos de afecciones es una situación permanente de peligro de perder amor que, según Rado, corresponde a la situación de peligro producida por el hambre en el recién nacido. Así se establece la relación entre ser alimentado, orgasmo alimenticio, del cual deriva el autoaprecio, seguido a veces de un estado de embriaguez típico de la situación maníaca. Esta doble situación, de anhelo y rechazo de la madre, de amor y odio, lleva al sujeto a una mayor hostilidad, volviéndose ésta contra sí. Pero la introyección de la agresión va acompañada de la introyección del objeto contra el cual ella iba dirigida. Una imagen de madre agresiva, imaginada así por elementos reales y por la proyección de la propia agresividad, es introyectada. El melancólico elabora esta situación en un plano psicológico, mientras que el ulceroso fracciona la situación traumática; parte de ella es elaborada psíquicamente, mientras que la mayor cantidad es introyectada en su aparato gástrico, tratando

entonces el enfermo de vencer la situación dentro de su propio estómago. Esa imagen de madre agresiva introyectada, cargada del propio sadismo dentario del enfermo, es la que le muerde por dentro. Pero allí mismo la situación se vuelve ambivalente, porque si bien por un lado desea deshacerse de ella, eliminarla, por otro lado hace lo posible por retenerla. La constipación que acompaña a la crisis dolorosa tiene por finalidad retener el objeto introyectado, tratando el enfermo de esta manera de defenderse de una nueva pérdida de objeto. Se observa aquí el círculo vicioso en el que el enfermo se debate.

Debido al proceso de introyección dentro del mismo órgano (que representa en cierto sentido el propio superyó hecho a imagen de una madre hostil) se crea de nuevo una situación de peligro, apareciendo una necesidad de protección. Es como si aceptando en ese plano la pasividad el enfermo tratara de buscar sustitutos buenos del alimento materno. El análisis de un síntoma tan típico como el hambre dolorosa pone en claro estos contenidos y mecanismos. Este síntoma va acompañado de angustia y dolor, que se calman con la ingestión de cualquier alimento, apareciendo a continuación de la ingestión una sensación de bienestar, de euforia, de embriaguez y sueño, semejante a la que debe sentir el lactante después de haber sido amamantado suficientemente por su madre. Ciertas alteraciones del apetito, como hiporexias, hiperorexias, paraorexias, etcétera, están en relación con fantasías canibalísticas y coprofágicas, tendencias vinculadas con el estadio oral secundario. La periodicidad es característica de la úlcera y de la psicosis maniacodepresiva y está condicionada en ambas por la suma de factores endógenos y exógenos, pudiendo predominar los primeros o los segundos factores. Se pueden describir, de acuerdo con el ritmo y forma de aparición, formas clínicas de la úlcera semejantes a los diversos tipos clínicos de la psicosis maniacodepresiva.¹

Después de una crisis dolorosa que puede durar días o meses, el enfermo pasa a un estado que tiene analogías con la excitación de la psicosis maniacodepresiva. La situación penosa anterior es olvidada, tal como sucede en la manía, teniendo dicha negación de lo penoso la finalidad de negar la realidad anterior displaciente.

¹ Los síntomas de hipofunción (melancolía gástrica) alternan o se mezclan con los síntomas de hiperfunción (manía gástrica).

Lo que Melanie Klein (6) dice con respecto a la manía es aplicable aquí también, ya que por el mecanismo de negación el enfermo ulceroso pretende quitarle valor a los peligros provenientes de los objetos malos y de su propio sadismo. Al mismo tiempo que pretende lo anterior, procura restar la importancia que tienen los objetos buenos, esforzándose por aparecer libre e independiente.

Los tipos caracterológicos configurados en el sentido de la actividad son elaboraciones maniacas de la situación contraria, latente.

Junto a esta negación de la crisis aparece un estado de omnipotencia gástrica, semejante a la omnipotencia psíquica del maníaco. En esta situación el ulceroso se siente capaz de digerir cualquier cosa; uno de nuestros enfermos, refiriéndose a esta situación de omnipotencia gástrica, acostumbraba repetir que se sentía "capaz de digerir piedras".

Pero esta negación de lo penoso, con el olvido de la situación anterior, la omnipotencia, la euforia, que sigue a lo que podríamos denominar la "melancolía gástrica", constituye un grave escollo en el tratamiento de estos enfermos, ya que en estas situaciones suelen hacer abandono de sus regímenes y otros tratamientos por considerar que están curados. Sin embargo, es fácil ver a través de esta conducta mecanismos de fracaso que entran al servicio de tendencias masoquistas y sentimientos de culpa que permanecen reprimidos pero sin dejar de expresarse en la conducta total del enfermo.

Hemos pretendido dar las pruebas del parentesco entre la psicosis maniacodepresiva y la úlcera péptica destacando el tipo de regresión, los puntos disposicionales, los mecanismos fundamentales, la situación frente a la madre. Lo que las diferencia es que mientras el melancólico elabora la situación en su aparato psíquico, el ulceroso somatiza el conflicto melancólico apareciendo este proceso como una defensa contra alteraciones graves de la personalidad. El sujeto puede "escapar" o "zafarse" de una psicosis por este mecanismo. Otra diferencia existente entre ambas afecciones es que en la úlcera la regresión del yo es solamente parcial, mientras que en la psicosis maniacodepresiva es más total y profunda.

Otro problema interesante que surge durante el transcurso del análisis de los ulcerosos es la relación existente entre el hambre de estos enfermos y el hambre del obeso, condicionadas ambas por

conflictos psicológicos. Es probable que en el obeso el hambre sea menos agresiva debido a una fijación oral más profunda, la situación frente a la madre es mucho menos ambivalente. Debido a esto, durante el proceso de la incorporación de una imagen de madre solamente nutricia, ésta no acarrea daños en el aparato digestivo; el alimento es simplemente metabolizado.

Bibliografía

- (1) Alexander, F., Bacon, C; Wilson, G. W.; Levey, H. B., y Levine, M., "The influence of psychotic factors upon gastrointestinal disturbances", *Psychoanalytic Quarterly*, 1954, vol. III, pp. 501-508.
- (2) Saúl, León, "Psychiatric treatment of peptic ulcer patients", *Psychosomatic Medicine*, 1946, vol. VIII, p. 204.
- (3) Garma, A., "Psicogénesis de la úlcera péptica", *Revista de Psicoanálisis*, 1945, vol. II, pp. 603-614.
- (4) Rado, Sandor, "The problem of melancholia", *Infern. Journal of Psychoanalysis*, 1938, vol. IX
- (5) Wolf, S. y Wolff, H. G., *Human gastric function. An experimental study of a man and his stomach*, Oxford University Press, Nueva York, 1943.
- (6) Klein, Melanie, "A contribution to the psychogenesis of maniac-depressive states", *International Journal of Psychoanalysis*, 1935, vol. XVI, pp. 145-176.

PRÓLOGO AL LIBRO DE ENRIQUE V. SALERNO
"APORTACIONES A LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA,
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA" *

La aparición de un libro que trate de temas de medicina psicosomática constituye siempre un índice de progreso médico en el sentido de superar anticuadas formas de pensar y dicotomías ya inadmisibles. Como bien lo hace resaltar F. Alexander (1), el paciente vuelve ahora a ser considerado como un ser humano, con sus preocupaciones, temores, depresiones, esperanzas, es decir, como un todo indivisible. Además, el médico mismo vuelve a ocupar su verdadero lugar, ya que, al preocuparse por el cuidado físico y psíquico de su enfermo, reúne en una sola mano lo que era encomendado a la medicina y a la religión por separado.

Los dos trabajos que incluye aquí el doctor Enrique V. Salerno constituyen una contribución valiosísima al conocimiento integral de dos afecciones, la congestión pelviana y el aborto espontáneo de origen emocional. Ha podido realizar esta labor gracias a su formación científica dirigida en el doble sentido de su especialidad, la ginecología, y una formación psicoanalítica que lo capacitó para abordar en profundidad e integralmente dos problemas de especial interés. Resulta promisorio para el movimiento psicosomático en nuestro país que el mérito de su trabajo "Factores psicogenéticos en ginecología y obstetricia. El aborto espontáneo emocional" haya sido debidamente valorado por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, distinguiéndolo con un accésit. De relevante significación es también que el señor secretario general de la

* Salerno, E. V., *Aportaciones a la medicina psicosomática, ginecología y obstetricia*, C. Vergara, Buenos Aires, 1946.

mencionada sociedad, profesor doctor Silvestre L. Sala, al referirse a dicho aporte científico se haya expresado en los siguientes términos. "Un tema de muy interesante actualidad y no tratado en nuestra Sociedad fue el del *aborto emocional* y de los factores psicogenéticos de su producción; en un consciente trabajo se puso sobre el tapete la interdependencia psicosomática en nuestras dos especialidades y muy especialmente en la producción de ciertos abortos que otrora parecían carecer de explicación. Con este trabajo el psicoanálisis entró a figurar en la literatura médica de la Sociedad".¹

Sobre las relaciones de la ginecología y la obstetricia con la medicina psicosomática, así como de la historia de estas ideas, el autor se ocupa en forma extensa, limitándose en esto que sirve a manera de introducción a dar las nociones generales para poder comprender mejor los mecanismos de actuación psíquica.

El estudio de los factores emocionales en la génesis de las afecciones somáticas es tan antiguo como la medicina misma, pero entró en su fase científica sólo después que el psicoanálisis le proporcionó a la medicina una concepción del hombre, esclareciendo de este modo las vías de actuación de lo psíquico sobre el soma.

El planteo filosófico de la relación cuerpo-alma complicó la investigación, ya que la misma denominación de medicina psicosomática haría pensar en una concepción dualista del hombre. Para evitar discusiones interminables, los editores del *Journal of Psychosomatic Medicine* (2), órgano oficial de este nuevo movimiento en Estados Unidos, publicaron una declaración de principios en la que esclarecieron su situación frente a dicho problema.

La exposición de estos principios dice: "Se ha puesto empeño en la tesis de que no hay diferencia lógica entre cuerpo y alma, entre lo físico y lo psíquico. Se acepta que la complicada neurofisiología de la conducta, de los instintos y del intelecto difiere del resto de la fisiología debido a su grado de complejidad, pero no desde el punto de vista cualitativo. Por ello la división de las disciplinas médicas en fisiología, neurología, medicina interna, psiquiatría y psicología puede ser conveniente desde el punto de vista biológico y filosófico. Se presupone que los fenómenos psíquicos y físicos se producen en el mismo sistema biológico y son probable-

¹ *Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Bs. As.*, 1946, vol. XXV-2, p. 65.

mente dos aspectos del mismo proceso; los fenómenos psicológicos han de ser estudiados en su causalidad psicológica con métodos intrínsecamente psicológicos, mientras que los fenómenos fisiológicos deberán ser estudiados en su causalidad fisiológica con los métodos de la fisiología y de la química".

Aclarada la posición frente al problema de la relación cuerpo-alma, es conveniente, antes de seguir adelante, hacer lo mismo con el concepto de psicogénesis. Para ello recurrimos de nuevo a Alexander, quien valiéndose del ejemplo de la hipertensión arterial nos dice que psicogénesis no significa, por ejemplo, que la contracción de los vasos sanguíneos no responda a un mecanismo somático. Que la rabia o cólera, contenido emocional específico de la hipertensión, tiene seguramente su asiento en algún lugar del sistema nervioso central, que es un proceso fisiológico y que el efecto de dicho proceso está expresado en múltiples manifestaciones, siendo una entre ellas el aumento de la presión sanguínea. Es decir que, en última instancia, cada una de dichas manifestaciones puede ser descrita teóricamente en términos fisiológicos.

Cuando se habla de psicogénesis, dice Alexander, nos referimos a procesos psicológicos que consisten en excitaciones centrales del sistema nervioso que pueden ser estudiadas por medio de métodos psicológicos, por la razón de que son percibidas subjetivamente en forma de emociones, ideas o deseos. De allí que la investigación psicosomática se ocupe de procesos en los cuales ciertos eslabones dentro de la cadena causal de los hechos se presten más a un estudio por medio de métodos psicológicos que por medio de métodos fisiológicos, y aunque la base fisiológica de los fenómenos fisiológicos sea mejor conocida, no nos será posible prescindir de su estudio psicológico.

Como ya dijimos, la medicina psicosomática entró en su fase científica debido al aporte de los primeros trabajos de Freud, particularmente sobre la histeria, junto con algunas contribuciones de sus discípulos, tales como Grodeck, Abraham, Deutsch y Simmel. En los últimos años el progreso se debió a la labor realizada por Franz Alexander (3) y sus colaboradores y discípulos del Instituto Psicoanalítico de Chicago, quienes abordaron en forma sistemática y ordenada determinadas afecciones, como las enfermedades gastrointestinales (úlcera, constipación, colitis mucomembranosa), enfermedades alérgicas (asma, rinitis espasmódica, urticaria, hiper-

tensión, etc.). Estos estudios fueron realizados con el auspicio del National Research Council.

La comprensión del fenómeno de la interrelación psicosomática recibió el más valioso aporte cuando Freud estudió los fenómenos histéricos en general en un historial clínico, el caso Dora (4) * que constituye, hasta hoy, la mejor introducción a este tipo de estudios.

La enferma de Freud padecía los más variados síntomas histéricos referidos a la esfera somática, como crisis disneicas, tos, afonía, jaqueca, etcétera, que después de un análisis en profundidad demostraron estar en conexión con determinados afectos reprimidos, es decir, inconscientes, que buscaban una vía de expresión fuera de los cauces normales. La esencia de la teoría de la conversión somática (conversión de un afecto en una inervación orgánica), tal como Freud la denominó, es de que cada tendencia psíquica busca una adecuada expresión corporal. Cuando la vía normal de descarga de tales expresiones es viable, ésta se realiza a través del sistema yo consciente, que expresado en términos anatomofisiológicos equivaldría a decir a través de la corteza Cerebral. El yo consciente ejerce en este nivel de actuación un control sobre las inervaciones nerviosas, que sirven de esta manera para descargar tensiones psíquicas que se originan en necesidades o apetitos biológicos. El ejemplo más típico de este caso lo constituye la descarga del instinto sexual a través de una conducta sexual normal.

La actividad normal del individuo se vale de esta posibilidad de descarga de tensiones, realizada por medio de todas nuestras inervaciones, para satisfacer necesidades por medio de una conducta que tiende a ser adecuada a la finalidad instintiva y a las circunstancias exteriores presentes.

Además, dentro del grupo de fenómenos normales deben ser ubicados (F. Alexander) algunos de naturaleza automática que también descargan tensiones emocionales, como son el llanto, la risa, el rubor, etcétera, que son conscientes en lo que respecta a sus contenidos psicológicos, pero que en cuanto a su expresión somática son automáticos e inconscientes, y sobre los cuales el sujeto pierde en gran medida el control. Este componente somático constituye el aspecto orgánico que acompaña a la expresión de todas nuestras emociones normales, representando un modelo normal del fenómeno que Freud denominó conversión somática.

Tomemos por ejemplo el caso más típico, el llanto, vía de descarga de tensiones emocionales de carácter displaciente o triste, y el componente orgánico, secretorio, que lo acompaña. Constituye esto la conversión de la tristeza en un fenómeno de excitación glandular cuyo estímulo partió de la corteza, pasó por los centros subcorticales y llegó finalmente a concretarse por vía parasimpática. La lágrima, característica del llanto, es el último eslabón de una larga serie de fenómenos que se iniciaron en un estado de ánimo especial, la tristeza.

Este fenómeno de tan fácil observación sirve de modelo bien claro de lo que es la interrelación psicosomática y las vías y eslabones que constituyen su estructura total.

Los fenómenos patológicos o síntomas a expresión somática o conversiones somáticas verdaderas sólo se diferencian de este fenómeno normal de conversión por realizarse en otras condiciones, a través de otros sistemas y desde otros niveles de integración. Consideremos, por ejemplo, que la vía normal de descarga de las emociones esté bloqueada, como sucede en el caso de que el afecto que le corresponde es reprimido, es decir, se ha hecho inconsciente. Dicho afecto o tendencia, por el hecho de ser reprimido, no pierde sin embargo su fuerza, ya que actúa desde el inconsciente mismo tendiendo a expresarse de cualquier manera. Si encuentra una particular disposición en el sujeto, lo hace por vías no habituales de descarga. Dicha descarga puede hacerse entonces partiendo desde el inconsciente a través del sistema sensorio-motor, como en el caso del síntoma histérico de conversión (convulsión, ceguera, sordera, anestesia, etcétera), o a través del sistema neurovegetativo, como en el caso del fenómeno de conversión somática que caracteriza a las neurosis de los órganos (ataque de asma, gastritis, constipación, diarrea, etcétera). El fenómeno resultante o síntoma orgánico constituye la expresión simbólica de un deseo reprimido. Esta represión del deseo fue previamente realizada, debido a su naturaleza objetable, por parte de la conciencia moral del sujeto. Por medio del síntoma elude en cierta manera la censura, intentándose una descarga por vía sustitutiva e inconsciente.

Otro aspecto del fenómeno de conversión, como en general de todo síntoma neurótico, es que constituye una tentativa de descargar tensiones emocionales, en este caso por vía somática, con el fin de intentar restablecer un estado de calma dentro del aparato

psíquico, dado que éste no tolera el aumento de tensiones, reaccionando frente a este estado con un fenómeno típico constituido por la angustia. Pero dicha descarga de tensiones emocionales por vías sustitutivas o neuróticas son sólo tentativas tendientes a tranquilizar el aparato psíquico, ya que una descarga total y absoluta sólo puede realizarse por vías normales. Cuando existe un conflicto neurótico, dichas tensiones tienden a descargarse por vía normal, quedando sin embargo siempre un remanente que crea un estado de excitación crónica o de tensión exagerada crónica que mueve al yo del sujeto a producir continuamente nuevos síntomas como nuevas tentativas de descarga. Semejante estado de irritación crónica producido por la energía psíquica acumulada constituye un estímulo permanente, explicándose así la cronicidad, permanencia o variabilidad de los síntomas que desembocan en una disfunción orgánica crónica. La finalidad es suprimir el displacer, combatir la angustia, señal de alarma del sufrimiento del yo y equivalente al dolor en el terreno de lo orgánico. Tanto la angustia como el dolor impulsan al organismo a movilizar sus mecanismos, de defensa, siendo los síntomas, considerados desde este punto de vista, tentativa de curación del conflicto neurótico primitivo.

El fenómeno orgánico en su aspecto funcional constituye, pues, un medio de expresión, es un lenguaje con el cual se expresan determinados afectos o emociones prohibidos, bloqueados en el inconsciente. Esta expresión orgánica de los afectos es lo que Freud denominó "lenguaje de los órganos", que sólo puede ser descifrado a través de la investigación psicoanalítica de los contenidos inconscientes. De esta manera dicho lenguaje cifrado se hace comprensible, tanto para el enfermo mismo, que desconocía sus verdaderos contenidos, como para el médico que lo escucha, descubriéndose así que el síntoma orgánico expresa el conflicto neurótico en su totalidad, representando las tendencias que están en conflicto. De esta manera se observa que toda la acción se ha desplazado sobre el órgano y sus funciones, realizándose allí, podríamos decir, el drama en su totalidad. En términos generales, el tratamiento psicoanalítico tiene por finalidad hacer consciente al enfermo las tendencias inconscientes que actuaban sobre el órgano. Logrado esto, busca formas de descarga más normales, suprimiéndose el síntoma, ya innecesario para expresar los conflictos inconscientes.

Como he dicho anteriormente, la labor más sistemática reali-

zada en este terreno fue aquella dirigida por Franz Alexander en el Instituto Psicoanalítico de Chicago. Tomaron como ejemplo el problema del asma (5), que fue abordado por internistas, alergistas y psicoanalistas, realizando un trabajo de equipo que constituye un verdadero modelo en este género. Los pacientes fueron cuidadosamente seleccionados, teniendo en cuenta sobre todo la obtención de un justo diagnóstico desde el punto de vista alérgico, ya que el interés que movió a dicha empresa fue el deseo de estudiar especialmente las interrelaciones entre los factores psicológicos y alérgicos en la etiología del asma bronquial. Seleccionados de esta manera los enfermos, se realizaron de tiempo en tiempo detalladas comunicaciones donde intervenía el equipo en su conjunto y donde se consideraba y discutía el curso del análisis y los exámenes alérgicos de cada enfermo en particular.

En el terreno de la ginecología, la obra de Teresa Benedek y Boris B. Rubenstein (6), comentada en el curso de uno de los trabajos por el doctor Salerno, es, a mi entender, la labor más profunda realizada en este campo.

Nuestro Instituto de Psicoanálisis ha orientado también su labor en este sentido, Arnaldo Rascovsky, T. Schlossberg y G. Ferrari Hardoy (7) investigaron desde este punto de vista el síndrome de virilización suprarrenal en las niñas. C. E. Cárcamo y María Langer (8) abordaron el problema de la esterilidad en la mujer, sosteniendo que en los casos en que los ginecólogos no encuentran una razón orgánica suficiente es lógico pensar que esta esterilidad puede ser determinada por factores psicológicos. Dos enfermas que analizaron se embarazaron durante el tratamiento, sosteniendo los autores que los motivos psíquicos de la esterilidad pueden ser de naturaleza diversa, pero que en el fondo se trataría de una inmadurez psicosexual de grado variable con una fijación exagerada a la madre. Esta fijación a la madre podría adoptar dos formas: una, en la cual las tendencias tienen un fin activo y corresponde a la mujer virilizada, y otra, en la cual el fin instintivo es de naturaleza pasiva, forma constituida por las mujeres de tipo infantil, en las que el ginecólogo explica la esterilidad con el diagnóstico de infantilismo genital.

María Langer (9), en otro trabajo titulado "Algunas aportaciones a la psicología de la menstruación", destaca en términos generales el sentido que ésta puede tener como defensa contra

la homosexualidad, como también de satisfacción sádica. María: Langer(10), en un tercer trabajo titulado "Problema psicológico/ de la lactancia", estudia los diferentes mecanismos neuróticos capaces de inhibir o favorecer la lactancia.

Entre otros trabajos realizados por miembros de nuestro instituto pueden citarse los de Ángel Garma (11), "Psicogénesis de la úlcera péptica"; G. Ferrari Hardoy (12), "Estudio psicosomático de la coriza"; C. E. Cárcamo (13), "La jaqueca"; A. y L. Rascovsky (14), "La epilepsia infantil". El doctor Valentín Pérer Pastorini (16), al escribir la técnica de examen llamada "La anamnesis asociativa", estudia en forma integral a una enferma que padeció de 41 procesos neumónicos.

La aparición del libro de Weiss y English (17) facilita grandemente los primeros contactos con la medicina psicosomática, constituyendo quizá la primera tentativa de sistematizar estos estudios, consiguiendo los autores escribir un verdadero texto de medicina psicosomática. Los problemas han sido enfocados con un criterio práctico, siendo muy accesible para el internista con algún conocimiento del psicoanálisis. Entre nosotros, Emilio Pizarro Crespo y Lelio Zeno (18) publicaron su *Clínica Psicosomática*, siendo el primero de los autores uno de los precursores de estas investigaciones en nuestro país. La obra es meritoria, aunque pueden hacérsele objeciones desde el punto de vista psicoanalítico; Pero son sobre todo los dos libros de Flanders Dunbar(19) los que constituyen el material necesario para una buena formación psicosomática. El primero de ellos, *Emociones y cambios corporales*, es la recopilación de toda la literatura concerniente a este tema entre los años 1910 y 1933, a través de 2358 fichas bibliográficas. En los primeros capítulos, de orientación y metodología, hace un planteo exacto de las cuestiones teóricas, exponiendo luego el material bibliográfico referente a cada sistema en particular; su manejo es muy fácil y de imprescindible necesidad.

Posteriormente, Flanders Dunbar (20) publicó un segundo libro, titulado *Diagnóstico psicosomático*, en el cual ella expone su experiencia como resultado del examen y tratamiento de 1600 enfermos afectados de trastornos varios, como fracturas, trastornos cardiovasculares, hipertensión, oclusión coronaria, síndrome anginoso, reumatismo, arritmias cardíacas y diabetes. Después de exponer su técnica, sus métodos de tratamiento y sus resultados, se

ocupa de la formación del médico, insistiendo en el hecho de que la formación psiquiátrica habitual es insuficiente y que por este motivo la formación psicoanalítica debe ser imprescindiblemente añadida a las anteriores como base importante para una formación profunda tendiente a los estudios psicosomáticos. Flanders Dunbar insiste sobre la condición que hizo posible esta eficaz y profunda investigación del doctor Salerno al decir "todos mis colaboradores y asistentes poseían una buena experiencia médica y psiquiátrica; aquellos que además disponían de una formación psicoanalítica alcanzaban muchos más éxitos en su labor clínica y de investigación que los que carecían de ella".

Bibliografía

- (1) Alexander, F., "Aspectos psicológicos de la medicina", *Revista de Psichosomatic Medicine*, 1943, v. 3, p. 205.
- (2) —, "Conceptos fundamentales sobre introducción psicoanalítica", *Psychosomatic Medicine*, 1943, v. 3, p. 205.
- (3) —, *Medical value of psychoanalysis*.
- (4) Freud, S. "Historiales clínicos", *Obras completas*, t. XV. S. Rueda, Buenos Aires.
- (5) French, M. Th., *"Factores psicogénicos en el asma bronquial"*, Ed. por Asociación Psicoanal. Arg., 1943.
- (6) Benedek, Th. y Rubenstein, B. B., *El ciclo sexual en la mujer*, Ed. por Asoc. Psicoanal. Argentina, 1944.
- (7) Rascovsky, A.; Schlossberg, T. y Ferrari Hardoy, G., "Síndrome de virilización suprarrenal en niñas", *Arch. Arg. de Pediatría*, 1940, XI, 4.
- (8) Cárcamo, E. C. y Langer, M., "Psicoanálisis de la esterilidad femenina". *Revista de Psicoanálisis*, 1944, vol. II, n° 1, p. 9.
- (9) Langer, M., "Algunas aportaciones a la psicología de la menstruación", *Revista de Psicoanálisis*, 1944, vol. II, n° 9, p. 211.
- (10) —, "Problemas psicológicos de la lactancia", *Revista de Psicoanálisis*, 1945, vol. III, n° 2, p. 221.
- (11) Garma A., "Psicogénesis de la úlcera péptica", *Revista de Psicoanálisis*, 1945, vol. II n° 4, p. 603.
- (12) Ferrari Hardoy, G., "Estudio psicosomático de la coriza", *Revista de Psicoanálisis*, 1944, vol. I, n° 4, p. 531.
- (13) Cárcamo, E. C., "Contribución psicoanalítica al conocimiento de la jaqueca", *Revista de Psicoanálisis*, 1945, vol. II, n° 4, p. 580.
- (14) Rascovsky, A. y Rascovsky, L., "Consideraciones psicoanalíticas sobre

la situación actual estimulante en 116 casos de epilepsia infantil", *Revista de Psicoanálisis*, 1945, vol. II, n° 4, p. 626.

(15) Pichon-Rivière, E., "Patogenia y dinamismos de la epilepsia", *Revista de Psicoanálisis*, 1945, vol. II, n° 4, p. 615.

(16) Pérez Pastorini, V., "Valor de la anamnesis asociativa en medicina psicósomática", *Revista de Psicoanálisis*, 1945, vol. III, p. 43.

(17) Weiss, Ed. y Engiish, O. S., *Psychosomatic medicine*, Saunders C, Filadelfia, 1943.

(18) Pizarro Crespo, E. y Zeno, Lelio, *Clínica psicósomática*, El Ateneo, Buenos Aires, 1945.

(19) Dunbar, Flanders, *Emotions and bodily changes*, Columbia University Press, 2ª ed., 1938.

(20) —, *Psychosomatic diagnosis*, Paul Hoeber, Nueva York, 1943.

ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA DERMATOLOGÍA *

Siendo la piel el órgano sobre el cual se expresan con mayor objetividad las distintas situaciones emocionales trayendo como consecuencia alteraciones de la irrigación, humedad, temperatura, erectibilidad de los pelos, etcétera, resulta extraño que los dermatólogos en general hayan tenido una gran resistencia a considerar los factores psicogenéticos en las dermatopatías. Este rechazo está, sin duda, vinculado a factores inconscientes; es muy posible que el problema gire alrededor de lo sucio y su equivalente en lo moral para la personalidad del dermatólogo. Sin embargo, como veremos después, al revisar los trabajos psicosomáticos sobre el tema, esta posibilidad, es decir, el origen psicogénico de perturbaciones de la piel había sido considerado desde la antigüedad; los eczemas, las verrugas, las alteraciones del cabello y otras afecciones fueron sin duda observados por los dermatólogos y obedecían a causas psíquicas o susceptibles de un tratamiento psicoterapia).

Dentro de la dermatología actual, Sulzberger, en su libro sobre *Alergia dermatológica*, niega el factor psicogenético, si bien considera las consecuencias psicológicas o repercusiones de las afecciones de la piel sobre la personalidad y conducta de dichos enfermos.

El punto de vista más revolucionario en dermatología es el

* Conferencia pronunciada en la cátedra de Dermatosifilografía del profesor Marcial Quiroga, en el curso de posgraduados sobre el tema *Eczema* (Facultad de Medicina de Buenos Aires), el 19 de noviembre de 1948. *Revista de Psicoanálisis*, 1949, t. VI, n° 2.

de Stokes, que a un conocimiento profundo de la dermatología une una penetración psicológica poco común. En un trabajo publicado por Beerman, Stokes pone al día la cuestión formulándola de la siguiente manera:

"Los dermatólogos y alergistas, como todos los grupos formados en el curso de la especialización de la medicina, pasan por un período en el cual se resisten a toda vinculación con sus vecinos de otros sectores médicos, actitud que representa uno de sus recursos inconscientes para afirmar su autonomía e identidad individuales. El acostumbramiento del dermatólogo a lo visible y estructural, que en el campo de las enfermedades de la piel implica la constante tentación al pensamiento superficial, al mismo tiempo que facilita el estudio y la clasificación, posiblemente sea uno de los factores de la resistencia a admitir los trastornos psicogénicos entre las causas de las enfermedades cutáneas. Una especialidad tan altamente objetiva y 'ocular', en la que la naturaleza misma del material clínico tiene como consecuencia el entusiasmo por lo fotográfico, y el predominio de una mentalidad de este tipo quizá tienda a ser reacia al punto (de vista funcional, ya sea en el diagnóstico como en la investigación. Podría decirse que hasta hace poco tiempo el campo de lo psicogenético en dermatología se limitaba exclusivamente a las lesiones autoproducidas, individualizables por su aspecto extraño y reacio a toda clasificación. También en medicina general se traduce la tendencia a pensar en términos de causas exclusivas, en lugar de complejos factores interactuantes. Este criterio de etiología única tal vez merezca justo crédito en la revelación de la causa de cierto grupo de enfermedades relativamente desconocidas, pero en última instancia deberá ceder lugar a un punto de vista que reconozca a la causación múltiple y a las interrelaciones idéntica o mayor importancia que a los factores etiológicos únicos o aislados. En las dermatosis, el factor psíquico raramente se presenta como único, y quizá sea por eso que no ha sido tan fácilmente aceptado como los hongos, microorganismos celulares y otros factores semejantes."

Este concepto de la causación múltiple en las enfermedades de la piel coincide justamente con el concepto de la ecuación etiológica de Freud, surgiendo de allí la necesidad de un estudio *integral de la situación. La enfermedad debe ser considerada como una reacción de la totalidad del organismo frente a determinados*

estímulos a través de un determinado sistema, en este caso, la piel; después, al estudiar los fenómenos alérgicos, veremos que los fenómenos emocionales y los agentes físicos, químicos, vegetales, etcétera, entran en esta ecuación etiológica, no por separado, sino integrando una situación total sin establecer dependencia e interacciones entre ellos.

El interés por la dermatología se ha despertado en los últimos años entre los psiquiatras y psicoanalistas, y las contribuciones más importantes sobre los aspectos psicosomáticos de las enfermedades de la piel parten de este campo. Es poco frecuente que un enfermo de la piel acuda al tratamiento psicoanalítico por una afección en este sistema, pero es muy frecuente que en el curso del tratamiento surjan situaciones dermatológicas o aparezcan enfermedades típicas de la piel.

Félix Deutsch, uno de los psicoanalistas que más se han destacado en este campo, habla de "psiquiatría cutánea".

Un estudio comparativo de los enfermos psiquiátricos y dermatológicos fue realizado por Karl Menninger, uno de los más destacados psiquiatras y psicoanalistas de los Estados Unidos. Menninger fue invitado por el doctor Paul O'Leary, jefe de la sección dermatología de la Clínica Mayo, a pasar seis semanas en el servicio de piel con el objeto de realizar observaciones sobre los pacientes, su asistencia y tratamiento, así como sobre la actitud de los dermatólogos frente a este tipo de enfermedades. Al referirse a la atmósfera emocional de la clínica dermatológica, dice que cuando un observador entra en una clínica de este tipo advierte casi inmediatamente una atmósfera característica. Los pacientes que esperan ayuda ponen en evidencia una desesperación controlada pero ansiosa, muy diferente, por su naturaleza, de la depresión y ansiedad más dramática de la clínica quirúrgica o de la resignación más plácida de una clínica médica. Si bien estos pacientes no están amenazados de muerte, el límite exterior de su personalidad, la piel, se encuentra enfermo, y algo que psicológicamente es más importante que la locomoción o la digestión se encuentra comprometido, es decir, la apariencia exterior.

El motivo de la aflicción se revela pronto, constituyendo una fuente de ansiedad, y a la sensación de molestia o dolor que experimentan se agrega la constante mortificación que produce la exhibición de una más o menos repulsiva y sospechosa lesión

que, según Menninger, señala y separa a estos pacientes de los demás. Los enfermos de la piel son objeto de comentarios, existiendo un rechazo consciente o inconsciente motivado por la idea de contagio, transformándose en tabú¹ para los otros. Problemas semejantes enfrenta el psiquiatra ante el grupo de pacientes neuróticos y psicóticos, existiendo de común entre estos dos tipos de pacientes —de la mente y de la piel— el hecho de que sus sufrimientos son subestimados por aquellos que no los han experimentado. Es difícil para el observador común hacerse cargo de la tortura de los enfermos con pruritos graves, que se sacuden, retuercen, se angustian y quedan exhaustos y desesperados después de un ataque de picazón. Una característica de los enfermos de la piel, y que está en oposición con su intenso sufrimiento, es que tratan de asegurar a las demás personas que su enfermedad es menos grave que lo que en realidad es, con el objeto de pasar lo más inadvertidos posible. Se refiere Menninger a la concepción despreciativa de la gente con respecto a dermatólogos y psiquiatras: piensan que los primeros sólo recetan pomadas que cambian en ocasión de cada visita y que.*los- psiquiatras son médicos que sólo se ocupan de palmeaar a los hombres ricos, tratar mujeres hipocondríacas o enchalecar psicóticos excitados. En realidad, este pésimo prestigio está basado en algo cierto con respecto a algunos prácticos de ambas especialidades y, además, porque en estas dos ramas de la medicina la preocupación fenomenológica, nosográfica y la descripción de los aspectos exteriores impidió la comprensión de los mecanismos tanto de las neurosis y psicosis como de las dermatopatías. Se refiere después Menninger a lo que él llama la gran plaga de la práctica dermatológica, constituida por la familia de los eczemas. Dice que en cada especialidad de la medicina existe un grupo de pacientes que padecen enfermedades de una etiología oscura y son refractarios a todo tratamiento, considerándoselos como indeseables. Según el doctor O'Leary, la tercera parte de los pacientes tratados en la Clínica Mayo se encuentran en este grupo, que frecuentemente deben ser hospitalizados y cuyo cuidado es más difícil y costoso que el de cualquier otro tipo de pacientes. Estos pacien-

¹ La relación entre esta situación tabú y la idea de suciedad será desarrollada en un próximo trabajo siguiendo las ideas de E. Jones, M. Klein, B. Lewin, L. Kubie, G. Róheim, etcétera.

tes son inconstantes, van de médico en médico, tienen la idea de que padecen de una enfermedad crónica, y cuenta Menninger que una de las secretarias de la Clínica Mayo le hizo observar que la mitad de las cartas que había escrito ese día eran respuestas a interminables quejas sobre "todavía hay comezón" o "apareció de nuevo la comezón". Todo el medio familiar termina por estar preocupado con el eczematoso, provocando en el paciente y en la familia un estado de pesimismo y depresión. Hace notar Menninger el hecho curioso de que estos pacientes rara vez se suicidan o se convierten en psicóticos, mecanismo que aclararemos después al estudiar la dinámica de la reacción eczematosa. *Insiste Menninger en la necesidad de un estudio integral del enfermo de la piel, de su desarrollo individual, de la relación de la afección con determinadas situaciones psicológicas, concluyendo que la historia de la vida del paciente pasa a ser más importante que la historia de la lesión.*

La psicofisiología de la piel demuestra que se trata de un órgano fuertemente erotizado, estando en conexión, sobre todo, con erotismos pregenitales (predominantemente con el erotismo anal), pudiendo expresarse a través de ella múltiples situaciones inconscientes. *El prurito es a nuestro entender el síntoma fundamental y es el resultado del desplazamiento y extensión del prurito anal ocasionado por la represión de éste o por las dificultades en su satisfacción.* Durante el tratamiento psicoanalítico los pacientes hacen muy frecuente mención de cambios en el aspecto, tacto, sensibilidad dolorosa, temperatura, olor y gusto de su piel, expresando así en forma simbólica situaciones más generales. Deutsch y Nadell han elaborado un cuadro con las distintas variaciones y sus equivalentes inconscientes, el cual es de gran interés desde el punto de vista psicológico. Por ejemplo, una paciente puede referirse a que su piel se encuentra más oscura, significando esto, referido a su conducta total, sentimientos de culpa, *voyeurismo*, ocultación o sentimientos de vergüenza y resentimiento. Mientras que al referir que ese día su piel está más blanca, puede expresar simbólicamente el hecho de que su conducta es correcta, como también tendencias exhibicionistas, jactancia, vanidad, es decir, actitudes narcisistas. La referencia al tacto y al dolor suele hacer alusión a tendencias sadomasoquistas; la humedad, a tendencias orales y uretrales; el

P I E L

EROTISMO CUTANEO

Percepciones sensoriales relacionadas con sus formas psicósomáticas de reacción

VISIÓN		TACTO... DOLOR		
oscuro <i>l</i>	blanca <i>í</i>	áspero <i>i</i>	suave <i>l</i>	humedad
erróneo <i>l</i>	correcto <i>i</i>	erróneo <i>i</i>	correcto <i>i</i>	erróneo <i>l</i>
voyeurismo <i>l</i>	exhibicionista <i>i</i>	cosquillas <i>i</i>	autoerotismo <i>i</i>	sudoración fluido lágrimas <i>l</i>
ocultación <i>l</i>	jactancia vanidad <i>i</i>	rascado <i>i</i>	sedante <i>i</i>	oral uretral <i>l</i>
sensitiva <i>l</i>	narcisista <i>i</i>	sadomasoquismo dolor perfeccionista concienzudo <i>i</i>	ambicioso exhibicionista <i>i</i>	
vergonzosa resentida				
TEMPERATURA		•ER. GUSTAR		
frío <i>l</i>	calor <i>i</i>	malo <i>i</i>	bueno <i>i</i>	
independencia <i>l</i>	dependencia <i>i</i>	erróneo <i>l</i>	correcto <i>i</i>	
activo <i>i</i>	pasivo <i>i</i>	disgusto (anal)	vanidad (oral)	
masculino <i>i</i>	femenino <i>i</i>	limpieza puritanismo argumentador	ambicioso conversador	
piel de gallina	sonrojarse			

(Tomado de Deutsch y Nadell)

calor, referirse a la dependencia, y el frío, a la independencia; el mal olor, así como también el gusto de la piel, a sentimientos de culpa (ver cuadro).

La psicofisiología de la piel en sus múltiples aspectos fue abordada por Schilder, quien aportó un interesante material en relación con la erogenidad de la piel, enrojecimiento y transpiración en relación con tendencias paranoides y, sobre todo, con respecto a la importancia de los estímulos que parten de la piel en relación con la configuración del esquema del cuerpo y las primeras relaciones con el mundo exterior. Concluye diciendo que ni las enfermedades orgánicas ni las psicogenéticas de la piel permanecen en la periferia, sino que ambos tipos de afecciones atacan el centro de la personalidad; son centrífugas, emanan de centros conflictuales de la personalidad y se dirigen hacia la periferia. Para él no existe un proceso puramente orgánico, ya que el organismo es una entidad psicofísica.

Los dermatólogos que más contribuyeron a este enfoque integral de la dermatología fueron Sack, Bunnemann, Kreivich, Klauder, Eller, Barinbaum y sobre todo Stokes y su escuela en los últimos años. Flanders Dunbar, en su libro *Emociones y cambios corporales*, resume estos trabajos salidos del campo de la dermatología. Las contribuciones psiquiátricas y psicoanalíticas posteriores las resumiremos después; me referiré primero a los enfoques generales y luego, en especial, al eczema y *al prurito, situación ésta que consideramos básica, equivalente de la angustia en el terreno psíquico y del dolor en el terreno orgánico, que moviliza mecanismos de defensa que en última instancia constituyen lo que se expresa como enfermedad*. Finalmente, me ocuparé de las relaciones de la alergia con estas situaciones y su interpretación psicósomática.

W. T. Sack (1927) se extraña de la poca preocupación de los dermatólogos por la psicología profunda manifestando que ellos padecen de un escotoma psíquico, siéndoles muy difícil separarse de la patología altamente diferenciada de un órgano para pasar a la *patología de la persona*. Continúa diciendo Sack que la piel es un órgano particularmente favorable para los estudios de la relación psicósomática, sobre todo porque está excluida de toda participación de inervación voluntaria.

Con el objeto de aclarar el concepto acerca de la signifi-

cación de la piel como órgano somático terminal en el que actúan equivalentes de procesos psíquicos, define la piel como un *órgano de expresión*. Sack explica el término "expresión" diciendo que es todo proceso somático, relacionado sin lugar a dudas a un proceso psíquico definido, tanto si la correlación se establece a través del sistema nervioso voluntario como si se efectúa a través del involuntario. El fenómeno de expresión tiene una doble significación: en primer término, una significación *refleja*; el reflejo arranca desde los estratos profundos del inconsciente para llegar hasta la mente consciente y atraer la atención del propio individuo. En segundo lugar, la significación de la expresión tiene un valor de *demonstración* dirigida hacia el ambiente social solicitando atención del mundo externo. (Esta fórmula puede aplicarse correctamente al estudio de todos los sistemas orgánicos.)

Al hablar de la piel como órgano de expresión es importante que recordemos que ella no es vivenciada como un sistema de capas, tal y como es desde el punto de vista histológico, sino que su vivencia se realiza a través de términos de situación; en ocasiones se trata de puntos de sensibilidad a diferentes estímulos, tales como el frío, el calor, el dolor, el ardor, la comezón, el placer sexual y toda clase de idiosincrasias poco placenteras, así como la totalidad de las cualidades del sistema táctil. Además, desde el punto de vista estético y como línea de demarcación entre el cuerpo y el ambiente, puede dar lugar a sensaciones de belleza, repugnancia, pureza o impureza, palidez, enrojecimiento, suavidad, etc. Esos y otros múltiples papeles son juzgados por la piel en términos de experiencias individuales. Siendo la piel un medio de comunicación entre el medio externo e interno, es indudable que es una de las partes menos accesibles a la conciencia. Es claro que este órgano, como sistema expuesto, puede desempeñar un importante papel en los mecanismos de expresión. Las observaciones casuales revelan el hecho de que incluso el individuo normal presenta un número de procesos psicogénicos en su piel; estos procesos de gran importancia (enrojecimiento, palidez) acompañan a las emociones y se presentan en particular en las regiones expuestas.

Una demostración categórica de las ideas de Sack fue llevada a cabo por Kreivich al producir mediante la hipnosis vesículas

cutáneas, con exclusión de toda fuente de error; finalmente, una de las ideas de Sack que ubica perfectamente el problema de la psicogénesis es el hecho *de que ninguna manifestación de la piel puede ser reconocida como psicogenética mediante la simple inspección y que sin un análisis psicológico no se puede establecer un diagnóstico de enfermedad psicogenética de la piel.*

O. Bunnemann (1922) contribuyó con experiencias definitivas en cuanto a la posibilidad de provocar lesiones de la piel en estado hipnótico; no sólo logró provocarlas, sino hacerlas desaparecer después mediante el mismo procedimiento.

Bunnemann (1927) utiliza para establecer la especificidad psicogénica el método denominado *palimnesis* (Kohnstamm), que consiste en lo siguiente: Si se sospecha que el origen de los síntomas es psicogenético se lleva al paciente a un estado de hipnosis profunda tratando de relacionar el síntoma con un recuerdo o experiencia. Ilustra su método con casos de reproducción y eliminación de sudoración en la mano con hemorragia subcutánea y furunculosis. Estas experiencias nos ponen directamente en relación con un problema que hoy no abordaremos, el de la producción de estigmas en los místicos por vía psicogenética.

J. V. Klauder (1925) insiste sobre la necesidad del uso de la psicoterapia en dermatología y estudia casos de prurito, vesículas y urticaria provocados por sugestión. J. J. Eller hace una extensa revisión (1929) del problema y propone una clasificación de las enfermedades de la piel, a la cual haremos alusión más adelante.

Pero en realidad, después de Sack es J. H. Stokes, individualmente y con sus discípulos, quien da una contribución fundamental al conocimiento de los factores psicosomáticos en dermatología.

En una serie de ocho artículos hace una revisión de los mecanismos de expresión; entre ellos, mecanismos gastrointestinales, y plantea un problema muy debatido en dermatología, que se refiere a la influencia de los factores gastrointestinales sobre la piel. Basado en los trabajos de Walter Álvarez, concluye que los trastornos gastrointestinales tienen, en su gran mayoría, una base emocional y que actuarían como intermedios, secundariamente, sobre la piel. Stokes y sus colaboradores llegan a la siguiente conclusión:

"Nuestra experiencia y una cuidadosa investigación nos in-

ducen a pensar que en las urticarias y las dermatitis de la edad media de la vida, en los eczemas, en la rosácea e incluso en la dermatosis (como la epidermofitosis) es necesario eliminar los factores psicológicos que entran en la causación. La tensión, los defectos de la personalidad, el conflicto y la angustia y los complejos psíquicos tienen tanta importancia o aun mayor que los otros factores de difusión física. La terapéutica debe encauzarse hacia la superación de los factores psicológicos al mismo tiempo y aun antes que hacia los factores físicos."

J. K. Mayr (1927) hace hincapié sobre los factores psicogénéticos e insiste sobre la importancia de los factores psíquicos en los trastornos de la piel, aun en infecciones no psicogénicas, sosteniendo que se ha dado muy poca importancia al proceso cutáneo, con sus resultantes estéticas, cosméticas y sociales, factores que constituyen un trauma para el paciente. Finalmente, hace una extensa revisión de la literatura dermatológica referente a hemorragias, urticaria, edemas, dermatitis, úlceras, trastornos de la secreción sudoral, cambios en el pelo y en la pigmentación.

M. Barinbaum (1932) se ocupa del psicoanálisis en su relación con la dermatología, de las enfermedades psicogénicas de la piel consideradas como un síntoma neurótico y en especial como un fenómeno de conversión histérica en el que se tiende a derivar un impulso reprimido en expresión somática. Concluye diciendo que el psicoanálisis es importante en dermatología por dos razones: una, porque nos da la posibilidad de lograr, mediante una investigación sistemática, la delimitación de las enfermedades psicogénicas de la piel; la otra, porque nos permite establecer una relación entre las enfermedades de la piel y el sistema endocrino vegetativo, así como la interrelación entre los conceptos dermatológicos y psicoanalíticos en las enfermedades psicogénicas de la piel.

Hemos insistido ya varias veces sobre la importancia del factor prurito en la génesis de las enfermedades de la piel. Según nuestra manera de ver, y de acuerdo con el material psicológico recogido en el curso de tratamientos psicoanalíticos, esto es cierto en un gran grupo de afecciones, en particular el que hoy es motivo de nuestra atención. J. Sadger (1912) fue uno de los primeros en señalar la importancia de *la piel como zona erógena* que puede aparecer mezclada con el erotismo de las membranas

mucosas y de los músculos, o condensarse, sobre todo en la piel, dando la impresión de un erotismo cutáneo puro. Sadger trae a colación una serie de ejemplos relacionados con los estímulos de erotismo cutáneo y sostiene que cada individuo reaccionará de acuerdo con un patrón erógeno determinado, y cita como ejemplo a los fanáticos de los baños con agua fría y a los fanáticos del agua caliente. Cualquier estímulo exterior, calor, frío, luz, contactos físicos, estimulación eléctrica, puede estimular el erotismo cutáneo.² Una de las conexiones más íntimas entre la vida sexual y las modificaciones de la sensibilidad erógena de la piel se encuentra por ejemplo en el cosquilleo. Su naturaleza sexual se pone en evidencia de múltiples maneras; por ejemplo, en muchas lenguas, según Sadger, cosquilleo y cohabitar se designan con la misma palabra. Cita también el caso de que muchas adolescentes extraordinariamente cosquillosas dejan de serlo en cuanto empiezan a tener relaciones sexuales, y que en muchas leyendas folklóricas la existencia de cosquilleo sirve como prueba de virginidad. F. Winkler al hablar del prurito dice que éste tanto puede ser generalizado como localizado, y cuando tiene esta última característica se encuentra circunscrito a las zonas erógenas, como prurito vulvar, anal, del escroto, del perineo o del orificio uretral. Mis observaciones sobre casos de prurito me demostraron que en un momento determinado de la evolución el prurito fue localizado en una zona erógena, con más frecuencia anal, y que, en los casos generalizados, una represión intensa de este prurito anal o genital hizo que éste se extendiera por el resto de la superficie cutánea. Durante el análisis siempre encontramos este punto de partida ligado a determinadas fantasías, sobre todo de tipo homosexual. Un caso típico es el prurito aparecido en la menopausia, que se exacerba con el calor de la cama y cuyo rascado es in-

² En relación con este erotismo cutáneo y su represión, he podido observar un hecho curioso en una de mis pacientes psicoanalizadas que había pertenecido a un grupo nudista. Este erotismo estaba intensamente reprimido, y en contraste con su actitud nudista tenía un pudor exagerado al presentarse desnuda al tener relaciones sexuales con su esposo; para vencer estas dificultades debía efectuar sus relaciones a oscuras o con alguna ropa sobre el cuerpo. Este hecho explicaría muchos aspectos de la conducta nudista, y la aparente calma estaría basada en una intensa represión de este erotismo previamente reforzado por un desplazamiento de erotismos pregenitales y genitales.

tensamente placentero para la paciente, siendo expresión de la regresión pregenital. Hace mucho que Jacquet habló de un "onanismo prurítico", y *este placer conseguido por el rascado condiciona la cronicidad de una dermatosis que satisface así tendencias inconscientes de los pacientes*. Sadger compara la situación del paciente prurítico con el furor uterino, tal como lo evidencian las descripciones clásicas de Kaposi y Naisser. En una nota al margen, Sadger hace notar un factor de gran importancia que consiste en el hecho de considerar un *erotismo congénito de la piel*, el cual representaría una predisposición somática, penetrándose así profundamente en los factores biológicos que intervienen en la ecuación etiológica de muchas enfermedades de la piel. Pensamos que los factores llamados hereditarios que intervienen, por ejemplo, en las situaciones alérgicas, se encuentran relacionados con este erotismo congénito de la piel. Winkler y Sack (1922) han obtenido éxitos terapéuticos por medio de la hipnosis y del psicoanálisis, citando el último autor un caso, donde el *rascado* conducía al *orgasmo* y, por lo tanto, tenía el significado ¿te una masturbación. En un trabajo posterior, Sack (1927) sostiene que no hay trastorno de la piel en el cual no se pueda encontrar una base psicogénica, dividiendo las enfermedades de la piel en pruriginosas y no pruriginosas, clasificando las manifestaciones en primarias y secundarias, es decir, estas últimas como consecuencia del rascado. En las lesiones pruriginosas, y de acuerdo con el concepto de Sack, hay una acción del órgano y una reacción, en tanto que en los trastornos no pruriginosos tan sólo existe acción del órgano. Partiendo de estas consideraciones, Sack dice que el prurito psicógeno es una neurosis pura. Sack describe en forma detallada cómo se determina éste: es el resultado de una dirección especial de la atención ante los pequeños estímulos cutáneos, los cuales siempre están presentes, tales las sensaciones de comezón que se pueden producir en cualquier época y en cualquier lugar del cuerpo. Siguiendo la dirección de Sack, Kreivich (1923) afirmó que el eczema se debía a un reflejo vasomotor, y el rascarse aliviaría el reflejo vasomotor correspondiente, ligando de esta manera la urticaria y el eczema y colocándolos en una conexión genética estrecha, destacando un hecho de gran importancia al comprobar que el eczema se desarrolla a partir de un prurito rascado. *El prurito puramente psicógeno es el síntoma neurótico de la piel más*

frecuente, y partiendo de él podemos intentar una comprensión de los mecanismos del eczema. Sack establece una estrecha relación entre prurito y sensaciones sexuales, considerándolos como equivalentes de la masturbación. Refiere el caso de una mujer en la cual un eczema crónico y generalizado era el equivalente indudable de una neurosis, produciendo y consiguiendo orgasmos a través del rascado. Otra paciente, muy inteligente, afirmaba que las picaduras de mosquitos se transformaban en zonas erógenas. En cuanto al tratamiento del prurito, insiste en la gran importancia de la psicoterapia.

J. H. Stokes (1930) relata tres casos de lo que él denomina psicosis sexual, cuyo elemento principal era el prurito. C. Romer (1924) relata un caso semejante. En cuanto al prurito, W. T. Sack (1923) dice que en ocasiones el mecanismo es alérgico, siendo necesario en estos casos considerar el origen psíquico de los trastornos alérgicos, citando en apoyo a su teoría las observaciones de Bettmann y Mitchel.

Nuevas contribuciones de J. H. Stokes y sus discípulos, S. Rothman, Becker, tendientes a aclarar el mecanismo del prurito desde el punto de vista psíquico, dermatológico, neurológico y alérgico, y un reciente trabajo de Milton Rosenbaum, con la exposición de dos casos de prurito psicógeno bien claros, contribuyen a un esclarecimiento de los mecanismos psicósomáticos (1945).

Los casos presentados por Rosenbaum se referían a dos pacientes que sufrían de prurito vulvar y cuya psicogénesis tenía los caracteres de una conversión somática histérica. Dice el autor que ginecólogos y dermatólogos muy a menudo reconocen que el prurito es más un síntoma que una enfermedad y que el rascado es agradable y puede llegar al orgasmo, pero existen otros casos, en contradicción con los primeros, que podemos denominar "pruritos neuróticos", casos de "prurito psicótico", donde existe un predominio de la sensación dolorosa, mecanismo accionado por tendencias hostiles autodestructivas, pudiendo existir casos intermedios donde pueden coexistir el dolor y el placer, como en el masoquismo erótico. Stokes cita el caso de un sujeto que no quería curar de su lesión puriginosa en un pie porque le proporcionaba más placer que el acto sexual con su mujer, expresándose aquí con claridad el *elemento masturbatorio* implícito en el rascado.

Karl Menninger, en su libro *El hombre contra sí mismo*, al

referirse a las automutilaciones como suicidio focal, cita el caso de los neuróticos que se producen lesiones graves de la piel, por el rascado, con una finalidad autodestructiva. Trae a colación un caso de Klauder, en donde esta situación se producía principalmente dos días por semana, coincidiendo con situaciones determinadas vinculadas con su historia. Estos mecanismos autodestructivos, muy frecuentes en los sujetos con tendencias hipocondríacas, adquieren a veces una especial gravedad. Situaciones semejantes he observado en la enfermedad de Gilíes de la Tourette, donde la incoordinación motriz, los tics, la coprolalia impulsiva y la ecolalia se acompañaban de un intenso prurito que obligaba al paciente a quitarse la ropa y rascarse de una manera compulsiva, provocándose lesiones de relativa gravedad. Es justamente esta primera observación, hecha hace más o menos diez años, la que orientó nuestro interés hacia el estudio del prurito en relación con el erotismo anal. El prurito anal ofrece, por este motivo, un interés especial desde el punto de vista psicosomático. Su significado de *masturbación anal* aparece con toda claridad descargando en el sujeto tensiones genitales por una vía pregenital menos peligrosa para él. ~V

Si tolera su satisfacción anal, la situación se localiza, pero si, como sucede frecuentemente, esta sensación placentera anal es reprimida, parcial o totalmente, se desplaza entonces sobre el resto de la piel y crea la situación fundamental para el desencadenamiento de mecanismos preformados, específicos para cada sujeto.

Pearson describe dos casos bien característicos, uno de una erupción pruriginosa de los pies y otra del escroto, en donde el significado masturbatorio era bien claro. Weiss describe situaciones semejantes aparecidas en forma transitoria coincidiendo con impotencia. Saúl cita el caso de un muchacho que tenía accesos pruriginosos anales cada vez que se encontraba con hombres mayores que le dedicaban un cierto interés, estando relacionado con fantasías homosexuales. El prurito desaparecía después de una defecación satisfactoria. Como mecanismo general del prurito anal se ve una *intensa represión de la genitalidad*, ya sea de una manera transitoria o permanente. Por ejemplo, en una de mis pacientes el mecanismo aparecía bien claro en relación con la represión de fantasías heterosexuales. Un día se encontró conmigo fuera de la situación analítica y en presencia de elementos que podrían estimular sus fantasías heterosexuales con el analista, la paciente reprimió fuer-

temente estas fantasías apareciendo en sustitución de la satisfacción genital una intensa crisis de prurito anal.

Flanders Dunbar resume en su libro la bibliografía sobre eczema, anterior a las contribuciones psicoanalíticas, que en realidad son las únicas que interesan, porque hacen posible la comprensión dinámica de la enfermedad en relación con factores inconscientes. Los demás autores sólo refieren casos de eczema curados por sugestión o hipnosis, como, por ejemplo, W. Heise (1914), que refiere el caso de una enfermera que durante la noche de guardia fue atacada por tres pacientes, asustándose intensamente. Una vez terminada su guardia se fue a la cama y, cinco horas después, se levantó con la cara ardiente presentando en la tarde del mismo día un eczema agudo de la cara. Bunnemann (1922) describe un caso de eczema curado en el curso de tres sesiones hipnóticas; el paciente estuvo libre del eczema durante un año y tres meses, siendo posible su reproducción mediante la sugestión hipnótica. W. T. Sack (1929) relata otro caso en el cual la recaída del eczema fue provocada mediante la evocación de la situación emocional correspondiente en el curso de la hipnosis. Posteriormente, el mismo Bunnemann (1924-1925) relata otros casos, entre ellos el de un cirujano con lesiones eczematosas graves curadas por hipnosis. T. Bonjour (1931) considera que Hamilton Osgood, de Boston, fue el primero en señalar la posibilidad de curación del eczema mediante la sugestión (1968), y cita el caso de un profesor ruso con un eczema crónico, rebelde a todo tratamiento, que fue curado mediante las plegarias de una curandera.

Duwnikov, Barnun, Kusell, Nikolski, en sus trabajos elaboraron la teoría nerviosa del eczema, pero tal como lo señala Barinbaum, todos estos tratamientos sugestivos e hipnóticos son puramente sintomáticos, transitorios y sólo el psicoanálisis es capaz de resolver las condiciones patogénicas.

Si bien la sugestión y la hipnosis tienen un valor relativo desde el punto de vista terapéutico, en cambio, desde el punto de vista teórico su valor es muy importante: la posibilidad de reproducir eczemas por vía sugestiva e hipnótica es una prueba importante en favor de la existencia de mecanismos psicogenéticos. Uno de los más importantes trabajos experimentales realizados sobre el eczema es producto de la obra de dos investigadores de esta cátedra de Dermatología, los doctores Arturo M. Mom y Fernando Noussitou.

En un trabajo titulado *Reacciones de sugestión en el eczema experimental* pusieron en evidencia la influencia del factor psíquico. En un tercio de los casos (seis de los pacientes) sometidos al eczema experimental por dinitroclorobenceno, y desencadenado en una de las cuatro áreas sensibilizadas, se obtuvo la reacción a distancia en las otras tres. Igual en calidad, menor en intensidad y con un retardo de veinticuatro horas con respecto a la zona desencadenada inicialmente. La sugestión sumada a la reacción a distancia aumentó la intensidad hasta hacerla igual en todas las zonas, eliminando el retardo, y la sugestión pura permitió obtener en los mismos sujetos voluntaria y simultáneamente dos áreas eczematosas y dos áreas "mudas", *demostrándose así, de una manera objetiva, la influencia de la sugestión en la producción del eczema experimental* (1943).

Dicen Weiss y English que debe admitirse que entre los *alérgicos* existe una elevada proporción de neuróticos, tanto que debe prestarse una especial atención a la personalidad de estos sujetos si se quieren individualizar los factores psíquicos susceptibles de tener particular importancia como fondo de la enfermedad y como agentes desencadenantes de los accesos.

Se reconoce que muchos trastornos alérgicos son de origen hereditario, pero es necesario diferenciar, como lo hace Flanders Dunbar, *la herencia de la pseudoherencia*. Este concepto de la pseudoherencia, que tiene tanta importancia en medicina psicosomática, debe ser considerado como una contaminación psicológica por *identificación* con algún miembro de la familia con el cual se está estrechamente ligado, padeciendo posteriormente, de una manera inconsciente, trastornos semejantes. También pueden mezclarse factores hereditarios y pseudohereditarios; a este respecto podemos citar un caso bien demostrativo analizado por la doctora Álvarez de Toledo. Se trataba de dos hermanas mellizas univitelinas, una de las cuales enfermó de un eczema generalizado con intenso prurito; la otra permaneció libre de todo trastorno de la piel. La situación planteaba un problema de interés teórico referente al hecho de por qué la una había enfermado y la otra no. El análisis reveló lo siguiente:

Las dos niñas dormían en una misma cama, una del lado de la pared y mirando hacia ella y la otra al lado, desde donde podía observar al abuelo materno que dormía en la misma habitación y a

quien estaban profundamente ligadas. El abuelo padecía de una enfermedad pruriginosa del pene y del escroto, teniendo que levantarse todas las noches para colocarse pomadas que le calmaran el prurito. La enferma observaba esto y a raíz de eso comenzó, ella misma, a tener un prurito vulvar que luego se hizo anal y que al generalizarse acarreó su enfermedad eozematosa. En este caso existen antecedentes familiares de enfermedades cutáneas, pero lo que resultó más importante en la génesis de la enfermedad fue la identificación con el abuelo, determinando este fenómeno de identificación la base más importante del fenómeno de la seudoherencia.

Psicoanalistas, psiquiatras e internistas realizaron múltiples estudios sobre las enfermedades alérgicas, coriza, fiebre del heno, asma, urticaria, eczema, etc. La situación general de todo enfermo alérgico, desde el punto de vista emocional, parece tener como núcleo central *un poderoso anhelo de amor, principalmente de amor materno*, sosteniendo Saúl que el deseo de amor intenso e insatisfecho afecta la sensibilidad alérgica del individuo. Se trata en estos casos del anhelo pueril y dependiente que siente un niño por el amor de su madre, planteando la hipótesis, aún no demostrada, de que la sensibilidad alérgica se exagera y los síntomas se manifiestan cuando este anhelo es particularmente frustrado o cuando es amenazado por ella. La relación que tienen estos factores emocionales con la sensibilidad alérgica consiste quizás en su efecto exacerbante, pero también puede operar aisladamente de los alérgenos produciendo síntomas similares. Trátase, según Saúl, de un factor alérgico que indudablemente influye sobre la sensibilidad y la complementa, por lo menos en ciertos casos. French y sus colaboradores llegan a la conclusión de que los *factores psicológicos y alérgicos* probablemente guarden entre sí una *relación complementaria* en la etiología del asma bronquial; por ejemplo, refiriéndose a los accesos asmáticos, sostienen que algunos podrían ser desencadenados solamente por factores alérgicos, mientras que en otros serían suficientes tan sólo los factores emocionales. En otro grupo, probablemente el más importante, es necesaria la conjunción de factores alérgicos y emocionales para producirse el acceso.

Una observación realizada por el profesor Quiroga y el doctor Arturo Mom, consignada con toda objetividad y sin ninguna interpretación, nos muestra de qué manera existe un *interjuego entre reacciones alérgicas y emocionales, surgiendo de aquí la necesidad*

de interpretar la reacción alérgica como una reacción total del organismo a través de un órgano —la piel— mediante estímulos alérgicos y psíquicos que actúan conjuntamente produciendo una reacción cutánea de acuerdo con mecanismos preformados y específicos para cada individuo.

Se trataba del caso de un señora de 23 años, con eczema en párpados y mejilla derecha; la situación cutánea se había atribuido al esmalte de uñas y al lápiz labial; la supresión de ellos no produjo ninguna mejoría. Los antihistamínicos habituales sólo produjeron un momentáneo alivio al prurito.

Las pruebas alérgicas dieron resultados positivos al polvo de la casa y al extracto de *Candida albicans*.

A la vez que empezó a hablar de sus conflictos, se inició el tratamiento hiposensibilizante mediante la vacunación intradérmica con polvo de casa. La mejoría de la paciente fue en aumento y al cabo de seis semanas el eczema desapareció casi por completo.

En el curso de las conversaciones sostenidas con la enferma, ésta relataba un sueño que la obsesionaba: casi todas las noches veía un tigre dentro de una jaula de rejas rojas, el cual la miraba fijamente; éste pasaba la mitad del cuerpo a través de las rejas, pero nunca avanzaba más, a pesar de que el espacio existente entre las rejas le hubiera permitido hacerlo. Por otra parte, la puerta de la jaula se encontraba entornada.

Conforme el tratamiento hiposensibilizante progresó, el sueño empezó a hacerse borroso hasta esfumarse; en una ocasión, al pasar cinco días sin inyección, el fenómeno onírico reapareció en la cuarta noche y al día siguiente se notaba prurito en los párpados y un eritema neto en el lugar previamente ocupado por el eczema. *La reanudación del tratamiento hace desaparecer el sueño, el prurito y el eritema.* Sin advertirle nada a la enferma, se le sustituyen las dosis de antígeno por análogas de suero fisiológico; cuatro días después reaparecen el eritema, el prurito y el sueño. Al continuar con suero fisiológico el eritema aumenta, aparece eczema en los párpados y mejillas junto con persistencia cotidiana del sueño. Se aplica una vez más el antígeno específico y todos los fenómenos desaparecen. Cuando se aumentó la dosis de antígeno, reaparecieron el eczema y el sueño relatados.

Con motivo de nuevos conflictos externos el sueño reapareció, pero en esta ocasión el tigre salía de la jaula, rompiendo una reja y

saltando sobre la paciente para arañarla. Ésta despertó aterrada y con arañazos en las mismas zonas en donde antes había tenido el eczema. El médico comprobó los arañazos efectivamente circunscritos a las zonas anteriormente eczematosas.

Saúl, en un trabajo publicado en 1946, titulado *Alergia y relaciones con la madre*, destaca además de los mecanismos orales y motores como forma de vinculación con la madre uno muy importante que parece tener relación con los estados alérgicos. Se trata de la *vinculación respiratoria y dérmica*, la vinculación por intermedio de la piel en los meses de la vida intrauterina y la necesidad de respirar en el momento del nacimiento. Estas relaciones pueden transformarse en punto de fijación y debilidad y vías de ligamen para con la madre y entremezclarse con intensos sentimientos y angustia. El grito dirigido a la madre expresa claramente la forma de vinculación respiratoria para con ella. Los mecanismos dérmicos y respiratorios se encuentran estrechamente vinculados entre sí, y sus relaciones con la madre parecen ser de naturaleza análoga a la vinculación oral digestiva, y es muy probable que el papel jugado por la piel y el aparato respiratorio en las alergias sea similar al componente oral de los trastornos gastrointestinales.

La relación del *amparo materno*, la necesidad de afecto, etcétera, en relación con situaciones muy tempranas del desarrollo se pudo observar claramente en un niño de quince meses que padecía de eczema desde los dos meses y asma desde los catorce. Este niño fue analizado por Arminda Aberastury viéndose claramente que una intensa inhibición de la agresión, un temprano aprendizaje de limpieza y un impulso excesivo por parte del padre tendiente a que el niño se independizara crearon en él una situación de ansiedad debida a un sentimiento de desamparo y falta de protección. El niño padecía de una intensa somnolencia. Las medidas tomadas con él consistieron en una razonable protección y amparo, una autorización a la pasividad, indicando la psicoanalista, en otros momentos, la necesidad de que el niño, a través de juegos activos, descargara su intensa hostilidad reprimida. Se indicó un régimen de sueño y alimentación correspondiente a un lactante, insistiendo en la necesidad de satisfacer sus tendencias destructivas con los dientes. El niño mejoró considerablemente, modificándose de inmediato el eczema. Resuelto el desamparo infantil, la enfermedad de la piel, que

en última instancia le protegía,³ fue innecesaria y el síntoma fue abandonado. También la somnolencia, que era muy intensa en este pequeño paciente, fue interpretada como una fuga de la realidad penosa.

Una de mis pacientes psicoanalizadas que había sufrido de urticaria expresó muy claramente esta situación de desamparo y anhelo de amor por parte de la madre. Su primera crisis de urticaria apareció poco tiempo después del nacimiento de su hermana, cuando ella tenía tres años, siendo prácticamente abandonada por sus padres, que se ocuparon de la hermana, que era considerada una niña muy bonita. La enferma elaboró el desamparo considerándose fea y desempeñando la piel un importante papel en la valoración de su personalidad. Tres años después va con su madre, quien lleva en sus brazos a la hermana menor, a un acto público con un sombrero azul muy bonito, según la paciente, que le había comprado la madre días atrás, y que, sobre todo, le cubría su cabello, que consideraba muy feo. En dicho acto, y como consecuencia de la aglomeración, la niña perdió primero su sombrero azul y, por buscarlo, perdió contacto con su madre*. ¿Jue desapareció con la hermana menor; la paciente quedó presa de pánico y después de grandes dificultades encontró a su madre y hermana. Al llegar a su casa desarrolló un delirio agudo febril con alta temperatura, delirio cuyo contenido se refería sobre todo al sombrero azul perdido, a su recuperación y a los sucesos. Cuando la temperatura comenzó a ceder apareció una aguda crisis de urticaria con intenso prurito. La situación de desamparo, de pérdida del sombrero, madre protectora, de la madre real y de la hermana menor, objetos malos para con ella, pero de todas maneras preferibles a la soledad total, la falta de descarga emocional inmediata al incidente condicionaron la crisis de urticaria.

Deutsch y Nadell sostienen que los componentes que actúan en el desarrollo de un trastorno psicósomático del tipo de la dermatitis atópica son:

V) Un proceso patológico cutáneo en la primera infancia.

³ A través del material analítico de enfermos eczematosos surge la relación entre cubrirse de costras y protección materna. El vestirse de esta manera y su significado están completamente de acuerdo con las ideas de A. Garma, quien sostiene que el vestido, ante todo, tiene un significado materno. (*El origen de los vestidos.*)

2?) El compromiso de un impulso instintivo en la enfermedad de la piel.

3?) El desarrollo de rasgos neuróticos sobre la base de un trastorno cutáneo.

4?) La contribución de la constelación familiar, que con sus rasgos neuróticos complementarios tiende a estabilizar la enfermedad de la piel.

5?) La fusión final entre el sistema fisiológico y los patrones de la personalidad.

Deutsch y Nadell insisten también en las tendencias narcisistas y exhibicionistas, rasgos obsesivos, etcétera, que presentan estos pacientes con dermatitis atópica.

Stokes ha hecho una de las contribuciones más amplias al problema de la personalidad en las dermatitis atópicas. Habla de la personalidad diatésica y del complejo sintomático fiebre del heno, asma y eczema. Describe a estos sujetos con una personalidad neurótica como individuos que todo lo toman con gran cuidado y son intensamente individualistas; habitualmente son ultraconcienciosos, excesivamente alertas, hiperactivos. Estos pacientes no se pueden relajar y muestran rasgos compulsivos. Con estos rasgos de personalidad fácilmente se cae en situaciones de conflicto, las cuales frecuentemente producen la erupción cutánea. Stokes señala que en algunos pacientes el rascarse es una forma de masturbación cutánea. A pacientes con estados alérgicos los describe como individuos neuróticos con profundos sentimientos de inseguridad e inferioridad y también con tendencias hacia la agresión. Se encuentra presente en estos enfermos una tendencia a dominar y a llamar la atención, son personas con intensa hipersensibilidad, con gran impulso hacia el movimiento y que, por lo tanto, expresan sus tensiones reprimidas con inquietud y desasosiego. **Los principales rasgos del carácter son la dependencia excesiva y la reactivación ante la competición.** Pero para una comprensión profunda acerca de los mecanismos del eczema hay que consultar tres trabajos fundamentales: los de Allendy, Ackerman y Bartemeier, quienes exponen en detalle la cura psicoanalítica de tres casos de eczema con todos los mecanismos y la dinámica del proceso de la curación. Por falta de tiempo, sólo mencionaremos las conclusiones.⁴

⁴ En un próximo trabajo expondré en detalle estas tres importantes contribuciones.

En el caso de Allendy se trataba de una mujer de treinta y cinco años, con eczema desde hacía diez; habiendo realizado todo tipo de tratamiento fue enviada al psicoanalista por un dermatólogo. El eczema desapareció totalmente después de dos meses de análisis a razón de cuatro sesiones por semana. Allendy (1928) expone todo el material, particularmente los sueños, que son de gran interés. Considera que desde el punto de vista psicoanalítico aparecieron en forma nítida tres determinantes escalonados en tres capas.

1?) Castigo realizado sobre las manos criminales en relación con el padre, el marido, el hombre (período adulto). Recordemos que el eczema era de ambas manos;

2?) Castigo de las manos culpables por los deseos de masturbación (pubertad);

3-) Renuncia del esfuerzo en el trabajo (destete).

Leo Bartemeier, en un trabajo titulado "Estudio psicoanalítico de un caso de dermatitis exudativa" (1938), describe el tratamiento psicoanalítico de un caso curado. Se trata de un estudiante de odontología, próximo a graduarse, que tenía una afección cutánea en la mano derecha; desde hacía varios años esta lesión desaparecía en las vacaciones, al dejar la facultad, y volvía al reingresar a ella. La lesión de la piel, traumatizada por las uñas, correspondía a fantasías sádicas de actos sexuales y era a la vez un desafío a las prohibiciones infantiles y a las exigencias de limpieza. Su dermatitis crónica de la mano le protegía de la angustia de castración, desapareciendo la lesión cuando esta angustia fue superada. Su sexualidad evolucionó hacia una heterosexualidad, desapareciendo todos los síntomas neuróticos.

Ackerman (1939), en un trabajo titulado "Factores de la personalidad en las neurodermitis", destaca los factores inconscientes de su motivación. La enfermedad de la piel apareció a los tres años, a raíz de la muerte de la madre en un parto. Los factores sadomasoquistas, autócastigo, automutilación, orgías masturbatorias, la tendencia a la mutilación para hacerse poco atractiva ante los hombres por sus fuertes sentimientos de culpa afeaban sistemáticamente su apariencia mediante el rascado, y en los momentos en los que recibía un marcado afecto de alguna de las personas de su ambiente su piel mejoraba intensamente. Su mecanismo era hacerse odiosa para los otros y para sí misma, y estropearse la piel era hacerse tan

fea como para impedir el amor del padre y recordar el crimen de la madre realizado en la fantasía.

Una verdadera situación experimental que hace posible el estudio de las enfermedades de la piel en relación con factores emocionales es el ambiente bélico. Fueron realizadas interesantes observaciones por D. J. Sullivan y E. S. Bereston y por David Davis y W. Bick, quienes en un trabajo titulado "Reacciones observadas bajo la tensión emocional en tiempos de guerra" resumen algunas experiencias de particular interés (1946). Para terminar, citemos, por ejemplo, uno de los casos de Davis y Bick, donde la psicogénesis es bien evidente en relación con determinadas situaciones emocionales específicas:

Se trataba de un capitán del cuerpo de dentistas del ejército, que sufría de un eczema severo de ambas manos desde hacía ocho meses. Durante toda su vida había estado bien hasta que en agosto de 1944 aparecieron vesículas en sus dedos, encontrándose cumpliendo con su deber en el exterior: las lesiones se extendieron y finalmente llegaron a abarcar ambas manos. Se intentaron diferentes medicaciones sin ningún éxito. Los intentos que el paciente hizo para realizar su trabajo con guantes de goma no trajeron como resultado sino una agravación de sus lesiones. Aun cuando su edad se encontraba por encima de la requerida para ingresar al servicio, el dentista se alistó en la armada, cerrando voluntariamente su consultorio. A pesar de su edad y de sus calificaciones profesionales, además de un ejercicio médico con éxito poco habitual, su ingreso al ejército no fue acompañado sino de un grado de capitán. Tenía esperanzas de una promoción rápida. En su corta carrera militar se vio expuesto a numerosas frustraciones. Teniendo poco trabajo dental que realizar, se inscribió en un curso de cirugía maxilofacial, no siendo aceptado en vista de su edad. Al entrar en el servicio de ultramar, habitualmente se encontró en presencia de oficiales con los cuales no simpatizaba por su irritabilidad, a pesar de ello logró adaptarse, esperaba el ascenso en un corto plazo. Estando en estas condiciones, llegó de los Estados Unidos un mayor para hacerse cargo del puesto al cual pensaba ascender. En este momento empezó a sentirse aprehensivo, frustrado, con insomnio y perdió peso; con estos síntomas se desarrolló un severo eczema en ambas manos, el cual no mejoró ni aun después de cinco meses de hospitalización, haciendo necesario el retorno a su país.

Durante la primera entrevista psiquiátrica se encontraron con un paciente tenso, inquieto y asténico. Resultaba claro que había sido un individuo que había obtenido éxito en la vida civil y en el ejercicio privado de su profesión. Durante la entrevista el psiquiatra expresó simpatía por los problemas del capitán y le hizo ver que probablemente sugeriría el retiro de la vida militar. Después de dos días las lesiones de la piel habían experimentado una notable mejoría. Algunas días después, cuando la mejoría era casi completa, el paciente fue entrevistado por otro psiquiatra; la opinión de éste fue que, a pesar de los síntomas, no había razones suficientes para el retiro; cuatro horas y media después todas las lesiones cutáneas habían readquirido su antigua severidad. Sin embargo, el eczema mejoró rápidamente cuando dos días después se le informó que la segunda entrevista había sido parte del examen y que realmente se lo retiraría.

Tanto en este caso como en los restantes relatados, los autores parten de una base teórica de importancia. Consideran que los trastornos cutáneos son de dos tipos, uno de ellos es la reacción cutánea y otro la enfermedad cutánea. El artículo está dedicado a las reacciones cutáneas, donde consideran el eczema atópico, la hiperhidrosis y la urticaria.

En los casos de eczema atópico se trataba de individuos con una fuerte reacción angustiosa dentro de la cual la reacción cutánea no era sino una parte. El anuncio de que serían evacuados y dados de baja, o sea, separados de las causas productoras mejoraba la tensión y el eczema; cuando intencionalmente se les expresaba lo contrario, es decir, que no serían dados de baja, los síntomas reaparecían, poniéndose en evidencia la relación estrecha existente entre las situaciones emocionales, la conducta de los médicos y los síntomas cutáneos.

Resumen

Se trata de un artículo que formará parte de tres, en los que sucesivamente se tratarán los aspectos psicosomáticos de las afecciones de la piel.

En éste, el autor revisa en forma exhaustiva toda la literatura relacionada con el prurito y el eczema y aporta su experiencia per-

sonal sobre el tema. Considera que el prurito es el síntoma fundamental en dermatología, encarándolo como el resultado del desplazamiento y extensión del prurito anal, ocasionado por la represión de éste o por las dificultades en su satisfacción. Según el autor, el prurito, situación básica, equivaldría a la angustia en el terreno psíquico y al dolor en el terreno orgánico, el cual movilizaría mecanismos de defensa que en última instancia constituirían lo que se expresa como enfermedad cutánea. Llama la atención de los dermatólogos recalcando las ideas de Sack y haciendo notar que ninguna enfermedad de la piel será considerada como psicogenética si el dermatólogo únicamente se contenta con una simple inspección *de visu*. Ulteriormente pasa a considerar la piel como zona erógena, haciendo notar que el placer conseguido a través del rascado condiciona la cronicidad de la dermatosis, la cual satisface tendencias inconscientes de los enfermos. Considera la existencia de un erotismo congénito de la piel —para explicar algunas de las características de las enfermedades cutáneas—. En este trabajo se aportan los casos existentes en la literatura y que en forma fehaciente indican el carácter masturbatorio del rascado; trataríase de una masturbación de carácter anal, con una intensa represión de la genitalidad. Terminado el tema del prurito, pasa a revisar la literatura relacionada con el eczema y subraya los siguientes conceptos fundamentales: a) se ha demostrado en forma objetiva la influencia de la sugestión en la producción del eczema experimental; b) se establece la intensa vinculación entre los estados alérgicos y el eczema, considerándose que desde el punto de vista emocional el núcleo de estos estados es principalmente el poderoso anhelo de amor, principalmente de amor materno; c) a partir del relato, harto objetivo, de un caso se establece el interjuego entre reacciones alérgicas y emocionales, demostrando así la necesidad de interpretar la reacción alérgica como una reacción total del organismo a través de un órgano, la piel, mediante la actuación conjunta de estímulos alérgicos y psíquicos, los cuales producirán una reacción cutánea de acuerdo con mecanismos preformados y específicos para cada individuo.

Después pasa a considerar los principales rasgos del enfermo eczematoso: la dependencia excesiva y la reactivación ante la competición. Por último el trabajo presenta casos de dermatosis creadas por situaciones bélicas, en donde se pone en evidencia la estrecha

relación que existe entre las situaciones emocionales, la conducta de los médicos y los síntomas cutáneos.

Bibliografía

- Ackerman, A., "Studien zur Physiologie der Schweißdrüsen", *Dermatologie*, 1939, 79-151, 305.
- Ackerman, Nathan, W., "Personality factors in neurodermite. A case study" *Psychosomatic Med.*, julio de 1939, 1-3, pp. 366-375.
- Allendy, **Rene** "A case of eczema", *Psychoanal. Rev.*, 1932, 19-152, 163.
- Barber, H. W., "Psychological factors in dermatology", *Guy's Hosp. Gaz.*, 1930, pp. 44-399, 405.
- Barinbaum, Moses, "Eine Kruze Mitteilung über zwei psychotherapeutisch beeinflusste Ekzeme", *Zentralblatt für Psychotherapie*, 1932, III, p. 106.
- Bartemeir, Leo H., "A psychoanalytic study of a case of chronic exudative dermatitis", *The Psychoanal Quarterly*, 1938, 7-2, pp. 216-231.
- Becker, S. W., "Functional medicine from the dermatologist's point of view", *Journal of Med. Cincinnati*, 1941, 21, p. 526*
- Bromberg, W. y Schilder, "On tactile imagination and tactile after effects", *Journal of Nervous and M. Dis.*, julio-agosto de 1932, p. 76.
- Bunnenmann, Jadasschn, J., Jolowicz, E., Memmesheimer, A. M., Sack, W. Th. y Wehrer, "Symposium on skin diseases: Erfolge und Grenzen der Psychotherapie bei Hautkrankheiten", *Dermat. Wchnschr.*, 1932, pp. 94-20, 26.
- Coon, J. M. y Rothman, S., "The nature of the pilomotor response to acetylcholine; some observations on the pharmacodynamics of the skin", *J. Pharm. and Exp. Ther.*, 1940, pp. 68-310.
- Crutchfield, E. F., "Emotional and psychic factors in skin disease", *Texas State J. Med.*, 1932, 27 pp. 707-709.
- Dale, H. H. y Feldberg, "Chemical transmission of secretory impulses to sweat glands of cat", *J. Physiol.*, 1934 pp. 82-121.
- Deutsch, T., "Psychoanalysis of the neurosis", *Internat. Psychoanal. Library*, 1932.
- Deutsch, F., "Choice of the organ in organ neurosis", *International J. Psychoanal.*, 1939, pp. 20-3, 4.
- , *Emotional factors in asthma and other allergic skin conditions*, Publication Am. Assoc. of Med. Soc. Work, 1938.
- , *Psychosomatic aspects of research in motivation*. Comunicación leída en la reunión de la Association for Research in Psychoanalysis and Exper. Psychodynamics, diciembre de 1941.
- , "The production of somatic disease by emotional disturbance", *Proc. Assoc. for Research in Nerv. and Mental Disease*, 1939, pp. 19-271, 292.

- , y Nadell R., "Autonomic skin test with electrophoresis", */.* *Invest. Dermat.*, 1942, pp. 5-87.
- , "Psychosomatic aspect of dermatology with special consideration of allergic phenomena", *The Nervous Child*, 1946, 5-4, pp. 339-364.
- Doswald, D. C. y Kreibich, J., "Zur Frage der Posthypnotischen Hautphänomene", *Monatschr. f. prakt. Dermat.*, 1906, 43, pp. 634-640.
- Dumontpallier, "De Taction vaso-motrice de la suggestion chez les hysteriques", *Compt. Rend. Soc. de Biol.*, 1885, Serie 2.
- Dunbar, H. F., *Emotions and bodily changes*, Nueva York, Columbia University Press, 1935.
- Fenichel, O., "Outline of clinical psychoanalysis", *Psychoanal. Quarterly*, 1938, pp. 7-216.
- Freud, S., *Obras Completas*, Santiago Rueda, Buenos Aires, tomo XIV, p. 215 y tomo V, p. 128.
- Goldsmith, W. M., "Significance and treatment of itching", *Practitioner*, 1936, pp. 132-36, 54.
- Grant, R. T., Pearson, R. S. B. y Comeau, W. J., "Observations on urticaria provoked by emotion, by exercise and by warming the body", *Clin. Sci.*, 1936, pp. 2-253.
- Hazen, H. H. y Whitmore, E. R., "Skin diseases due to emotional disturbances", *Arch. dermat. and syph.*, 1925, pp. 12-261, 266.
- Herraiz Ballester, L., "Los mecanismos preordados de reacción en la piel", *Rev. Arg. de Dermatología*, 1943, 27-2, pp. 191-195.
- Homburger, A., "Lichenoider Ausschlag als psychogene Dermatoze", *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.*, 1932, pp. 82-105, 116.
- Hopkins, J. R., Kesten, B. M. y Hazel, O. G., "Urticaria provoked by heat or by psychic stimuli", *Arch. Dermat. and Syph.*, 1938, pp. 38-79.
- Jelliffe, Smith Ely, "Psoriasis as a hysterical conversion symbolization", *New York. Med. J.*, 1916, CIV, pp. 1077-1084.
- Klauder, J. V., "Psychic hyperhidrosis of the palms and soles", *Arch. Dermat. and Syph.*, 1925, pp. 11-694.
- , "The cutaneous neuroses", *Tr. Sect. Dermat. and Syph. A. M. A.*, pp. 174-195.
- Kubie, L., "The phantasy of dirt", *Psychoanal. Quart.*, 1937, pp. 6-388-425.
- Lewis, T., *Clinical science, illustrated by personal experiences*, Londres, 1934.
- , "Erythromelalgia", *Clin. Sci.*, 1933, pp. 1-175.
- , "Observations on the vascular axon reflex in human skin as exhibited by a case of urticaria with remarks upon the nocifensor nerve hypothesis", *Clin. Sci.*, 1942, pp. 4-365.
- Lindsley, D. B. y Sassaman, W. H., "Autonomic activity and brain potentials associated with 'voluntary' control of the pilomotor", */.* *Neurophysiol.*, 1938, pp. 1-343.
- Mabille, "Notes sur les hémorragies cutanées par autosuggestion dans le sommeil provoqué", *Progrès méd.*, 1885, pp. 13-155.
- Mom, A. M. y Noussitou, F., "Estudios sobre reactividad cutánea, V. Papel del sistema nervioso periférico en la sensibilización experimental de la piel", *Rev. Ar. de Dermatosifilología*, 27-2A3, pp. 196-213.

- , "Estudios sobre reactividad cutánea. VII. Reacciones de sugestión el eczema experimental", *Rev. Arg. de Dermatosisifilología*, 27-2-43, pp. 200-206.
- Montgomery, L., "Psychoanalysis of a case of Acné Vulgaris", *PsychoanaU Rev.*, 1936, pp. 23-274, 285.
- O'Donovan, W. J., *Dermatological neuroses*, Psyche Miniatures Medical Series, 1927.
- Perutz, A. y Lustig, B., "Zur Physiologie der Fettabscheidung an der Hautoberfläche", *Biochem. Ztschr.*, 1933, pp. 261-128.
- Rosenbaum, Milton, "Psychosomatic factors in pruritus", *Psychosomatic Medicine*, 1945, pp. 7-1.
- Rothman, S., "Physiology of itching", *Physiol Rev.*, 1941, pp. 21-357.
- Rothman, S., "The role of the autonomic nervous system in cutaneous disorders", *Psychosom. Med.*, 1945, pp. 7-2.
- , y Coon, J. M., "Axon reflex response to acetylcholine in the skin", */. Invest.*, 1940, pp. 3-79.
- , "Studies on liberation of acetylcholine in the skin", */. Invest.*, 1940, 99.
- Sack, W. Th., "Die Haut als Aussrücksorgan", *Arch. Dermat. u. Syph.*, 1926, pp. 151-200, 206.
- , "Ueber die psychogene Komponente des Pruritus und der pruriginosa Dermatosen", *Munch. med. Wchnschr.*, 1922, pp. 69-148, 150.
- , "Zur Methode der Erforschung psychogener Dermatosen", *Archn. f. Dermat. u. S.*, 1928, pp. 154-410, 420. *
- , "Zur Psychogenese und Psychotherapie der Hautkrankheiten", (Vortrag gehalten auf dem Konress für Psychotherapie), *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1926, pp. 151-206, Diskussion, pp. 206-207.
- Saúl, L. J. y Bernstein, C., "The emotional setting of some attacks of urticaria", *Psychosom. Med.*, 1941, pp. 3-4.
- Schilder, P., "Remarks on the psychophysiology of the skin", *PsychoanaU Rev.*, 1936, pp. 23-274.
- , "Über Neurasthenie", *Int. Zeitschr. f. Psychanal.*, tomo XVII, 1931.
- Serrati, B., "Influenza del sistema nervoso sulla secrezione sebacea. Osservazioni e ricerche cliniche", *Riv. Pat. Nerv.*, 1938, pp. 52-377.
- Sontag, W. Lester, "The purpose and fate of a skin disorder", *Psychosom. Med.*, 1945, 7-5, pp. 306-310.
- Stiefler, G., "Seborrhoea faciei als isolirte postencephalitische Restveränderung", *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1924, pp. 37-334.
- Stokes, J. E., Lee, W. E. y Johnson, H. M., "Contact, contact-infective and infective-allergic dermatitis of the hands", *J.A.M.A.*, 1943, pp. 123-195.
- Stokes, J. H., "The psychoneurogenous components of cutaneous reaction mechanisms", *Am. J. Med. Sc.*, 1939, pp. 198-4; 1940, pp. 2004.
- , "A clinical analysis of pruritus ani", *New International CUnics*, 1940, I, Sr. 3.
- , "The personaly factor in phylogenous reaction of the skin", *Arch. Derm. and Syph.*, pp. 42-5, 780.
- , y Beerman, H., "Psychosomatic correlations in allergic conditions", *Psychsom., Med.*, 1940 pp. 24.

- ^•jllivan, D. J. y Bereston, E. S., "Psychosomatic dermatological syndromes in military service", *Am. J. Psychiat.*, 1946, pp. 103-42, 49.
- Sulzberger, M. B., *Dermatological Allergy*, Springfield, C. C. Thomas, 1940.
- , "Discussion of Rothman S. The role of the autonomic nervous system in cutaneous disorders", *Psychosom. Mea**, 1945, pp. 7-94.
- Tobias, Norman, *Essentials of dermatology*, J. B. Lippincot, Co., Filadelfia, 2* ed., 1944, pp. 400-405.
- Veress F. V., *Beitrage zur Pathogenese des Herpes simplex*, Deliberaciones de la Convención Internacional de Dermatólogos, Budapest, 1936, pp. 2-242.
- Walker, A. E., "The hypothalamus and pilomotor regulation", *Res. Publ. Assn Nerv. Ment. Dis.*, 1940, pp. 20-400.
- Weiss, Edward y Saúl, L. }, "Psychosomatic medicine", *Press in Neurology and Psychiatry*, 1948, vol. 555, pp. 526-527.
- Wibauw, C. R., "Contribution á Pétude du role vaso-moteur et trophique des nerfs sensitifs", *Arch. Internat. Physiol.*, 1938, M U , pp. 46-293, 324, y 325.

PRÓLOGO AL LIBRO DE DAVID LIBERMAN
"SEMIOLOGIA PSICOSOMÁTICA" *

Como una prueba del creciente interés en nuestro medio por la medicina psicosomática aparece este trabajo del Dr. David Liberman. Es algo así como el vocero de su promoción, y lo que podemos certificar sin duda alguna es su fuerte vocación e inquietud por un conocimiento integral.

Movido por las dificultades de captar el enfermo en su totalidad, pensó en aplicar el método historiográfico de Ranke al examen psicosomático de los enfermos; método que además de poner en evidencia la pluricausalidad de todo síntoma le sirve también para una útil orientación terapéutica.

Se basa en que el hecho estudiado por la ciencia natural puede ser reproducido cuantas veces lo desea el investigador, bastándole con colocarse en las mismas condiciones causales.

No sucede lo mismo con el hecho histórico, ya que para que éste se cumpla son necesarias determinadas condiciones témporo-espaciales imposibles de repetir. Aplica esto último al enfermo sosteniendo que las condiciones témporo-espaciales que determinan la enfermedad —tal como las que originan el hecho histórico— están en constante devenir.

Esto constituye la base teórica de su método de examen, que divide en varios momentos de investigación denominados heurística, crítica externa, crítica interna o de veracidad (de sinceridad, de competencia y de interpretación), síntesis e historiografía de la enfermedad.

* Liberman David, *Semiología psicosomática*, López y Etchegoyen, Buenos Aires, 1947.

De su aplicación se infiere la plúricausalidad del síntoma, y siguiendo a Ranke, denomina los diferentes factores o causas como desencadenantes, determinantes, atenuantes, predisponentes, etc.

Algunos capítulos, tales como el dedicado a la crítica interna, ofrecen un particular interés, demostrándose bajo una nueva luz la imposibilidad de abordar los problemas que plantea la medicina psicosomática sin un conocimiento de los psicodinamismos descubiertos por el psicoanálisis.

Con marcado énfasis y originalidad el autor destaca los factores económicos y políticos en la génesis, la vivencia, la evolución y el tratamiento de la enfermedad. Sobre la base de las ideas de Franz Alexander, enfoca el problema de la enfermedad en sus relaciones con los conflictos entre el individuo y su medio social; conflictos cuya resolución en forma de fracaso de adaptación produce una situación regresiva, a partir de la cual se estructura la conducta neurótica.

El autor se anticipa a algunas críticas, pero tiene toda la razón al decir que lo inobjetable en su trabajo es que su método hace posible un mayor acercamiento al enfermo, del cual salen beneficiados tanto éste como el médico que lo examina. Es ésta su intención dominante.

Es muy común que durante el examen de los enfermos mentales nos tengamos que conformar con el aspecto objetivo del trastorno^ sin poder captar lo que acontece dentro de ellos. Esto sucedff particularmente en la esquizofrenia. La constatación de mutismo, negativismo, estereotipias, manierismos y melindrerías orienta el diagnóstico sindromático, escapándose el contenido y la motivacióif de los síntomas. Partimos del principio de que nada es inmotivada en el plano de las neurosis y de las psicosis y que la estructura totai i del trastorno, tanto en su forma como en su contenido, obedecen l a una actitud vital del individuo. Estamos con Freud al considerar: que todo síntoma tiene un sentido, una finalidad y una causad además de su estructura o forma. Suceden también casos en que elj enfermo establece conexión con el médico pero lo relatado por él j es insuficiente o no tiene relación con su actividad actual. Sospe-i chamos entonces que en el fondo hay un conflicto poco o nada cons- j cientizado. Finalmente el deseo o la necesidad práctica de estable- ¿ cer un pronóstico no sólo frente al curso o evolución natural de la; enfermedad sino frente a las nuevas terapéuticas de las psicosis nos! ha llevado a la búsqueda de reactivos que den cuenta del grado de j bloqueo, de cristalización o de no reevolución de determinadas psi-i cúsís. Ha sido pues una intención diagnóstica y pronostica la que] ha orientado este trabajo, que comenzamos hace tres años en el servicio del Dr. Brumana repitiendo las experiencias de Claude, j Borel y Robin. j

* Trabajo leído en la Sociedad Argentina de Neurología y Psiquiatría, mayo de 1940.

La investigación de las psicosis por medio de la anestesia se inicia con los trabajos de Claude y sus discípulos, en 1924. Con Borel y Robín utilizando el éter y luego con Baruk (1928), con el somnifene. En la misma época Laignel-Lavastine continuó estas experiencias en Francia. Lorenz y Kempf en los EE.UU.; H. Berger y Waltz en Alemania. Más tarde Baruk hace experiencias con escopoloralosa, y Constanza Pascal con cocaína, cafeína, éter, estricnina, etcétera, creando lo que ella denominaba el psicoanálisis fármacodinámico y Horsley el narcoanálisis. Desde 1920 Klaes comienza a trabajar con su técnica de la narcosis prolongada en el tratamiento de la esquizofrenia, desarrollándose así una nueva terapéutica, la narcoterapia, empleándose el somnifene, dialy cloetan. Últimamente (1938) aparece en los A.M.P. el trabajo de Deshries sobre el despertar de los anestesiados, llegando a nuestras manos después de haber iniciado nuestras experiencias el trabajo de K. H. Flotman, de Turingia (1938), titulado "Ensayos de diagnóstico y de terapéutica de la esquizofrenia por medio del Evipán Sódico". Todo este movimiento tiende a estudiar las modificaciones y manifestaciones acontecidas en el psiquismo de los enfermos mentales, ya sea con una intención diagnóstica o terapéutica, por medio de agentes farmacodinámicos que provocan el sueño. Claude llama al proceso psicofisiológico con el término de desbloqueo, nosotros preferimos el de dinamización.

Técnica empleada

Usamos el Evipán Sódico, que es una sal sódica del ácido N-Metil Cicloexenilmetilbarbitúrico muy soluble en agua y de eliminación rápida y que parece desintegrarse sobre todo en el hígado. Es utilizado en cirugía menor, urología, obstetricia, etcétera, por vía endovenosa, intramuscular y rectal. Da una anestesia de veinte a cuarenta minutos. La sustancia viene en polvo, en ampollas de 1 gramo a disolver en 10 cm\ Existe una gran bibliografía al respecto. Entre nosotros han publicado trabajos J. Gorodner, A. Ceballos, A. Fernández Saralegui y F. Médici, Beaux y, recientemente, Yacapraró. Se calculan más de cincuenta mil narcosis realizadas con muy pocos accidentes. Éstos se producen por parálisis respiratoria, de allí surge la necesidad de tener a mano lobelina o ácido carbónico. Si

la narcosis se prolonga fuera de lo común los enfermos pueden ser despertados con lobelina o Cardiazol. Preferimos nosotros la vía ^{ei*}í dovenosa inyectando la solución a una velocidad de 1 ciri' **cada** 50 segundos hasta conseguir el bostezo y la caída de la mandíbula; después de esto inyectamos 2 cm³ en 1/2 min. Generalmente son necesarios, según los casos, 4, 6 y hasta 10 cm³. En una esquizofre[^] nia de larga evolución hemos inyectado 10 cm³ dos veces en distir[>] tos días sin conseguir una narcosis. Hay que vigilar la presión arterial, generalmente hay un descenso de 15 a 30 mm de mercurio. El pulso se hace más lento y más lleno. El aspecto del paciente durante la narcosis es fresco y sonrosado, la respiración se hace primero más superficial y acelerada y después toma el ritmo del sueño. Pasado el efecto de la narcosis el enfermo puede volver a su cama donde generalmente vuelve a dormirse.

Aprovechamos un momento en el despertar. Hay un estado crepuscular de poca intensidad. Generalmente hay una afectividad naciente a veces explosiva que se parece a la salida del coma insulínico y que hace posible una fácil conexión con el enfermo.

Relataremos los tres casos más típicos, el primero es la liquidación de un conflicto; el segundo, el trasfondo de un delirio de persecución, y el tercero, el descubrimiento de un acto impuesto y delirio de influencia.

Pedro V., argentino, 19 años de edad, soltero, de profesión herrero, padre y tío alienados, personalidad esquizoide, onanista, casto con apetencia sexual pero muy tímido. Un mes antes de su internación comienza con un episodio de agitación y ansiedad que dura una semana y desde entonces aumenta su introversión, se desinteresa totalmente por el medio, permanece horas enteras en la misma actitud, no responde a los estímulos ambientales, musitación, llantos y risas inadecuadas. Actitudes místicas, insomnio y ansiedad nocturna. Es traído en esas condiciones al Hospicio de las Mercedes, donde su cuadro se estructura en el sentido de un estupor catatónico. Negativismo activo, algunas estereotipias, catalepsia y sitiofobia. Agresividad e impulsiones. Intenta fugarse en una forma torpe y sin dar explicación posterior. Comenzamos el tratamiento con Cardiazol y después de la quinta crisis convulsiva tenemos noticias de un conflicto sentimental que coincide con el comienzo de su proceso, interrogado al respecto, permanece en absoluto mutismo, notándose solamente un aumento de la ansiedad. Al día siguiente

practicamos la prueba con Evipán Sódico. Al inyectar 3 cm³ hay caída de la mandíbula, inyectamos en total 5cm³. La narcosis es completa y después de veinte minutos despierta con una fisonomía completamente distinta, está alegre, con aire satisfecho, y espontáneamente dice lo siguiente: "Angelita fuistes vos mi prima de diecisiete años, yo estaba enamorado de ella, hacía años, desde que éramos chicos, desde entonces jugábamos a los novios". Aquí cambia de expresión, hay una crisis de llanto y la angustia llega a su grado extremo, su afectividad es grande y de carácter explosivo, como si hubiera estado reprimida durante el mes y medio de estupor. La conexión con el enfermo fue muy fácil y le hicimos comprender que debía liquidar esa situación, que debía orientar su vida en otro sentido. Entonces suspira, vuelve a estar contento, abraza al médico y a los enfermeros y dice sin interrupción: "qué linda es la vida, ahora sí que voy a vivir. Me siento feliz, no sé lo que haría, amigos, amigos, amigos todos son para mí, las mujeres al diablo" (abraza de nuevo a uno de los enfermeros), canta los tangos "Melo-día de arrabal" y "Guitarra mía" con voz bien entonada, luego comienza a cantar el tango "Volver" pero en la mitad dice "no me acuerdo más". Pide un cigarrillo y lo fuma echando grandes bocanadas de humo. Se lo interroga entonces sobre su vida sexual y dice: "la timidez me ha jodido siempre doctor, por eso me hahré enfermado, me masturbaba siempre, lo hacía pensando en Angelita pero ahora viva la vida, quiero cantar como Gardel y al diablo las mujeres porque desde chico he tenido muchas ambiciones". El contacto vital con el enfermo duró más de una hora, poco a poco fue cerrándose de nuevo pero sin llegar a su estado anterior. Al día siguiente era posible hablar con él sobre temas alejados de su conflicto, porque al llegar a esto el enfermo volvía a callar. Cuatro días después hicimos otra narcosis con igual resultado, continuándose el tratamiento con Cardiazol hasta llegar a diez crisis convulsivas y fue dado de alta en siete meses. Vive con bastante normalidad sus problemas de convivencia y trabajo. Sus problemas de amor han sido totalmente escotomizados. En este caso el narcodiagnóstico se transformó en narcoterapia, la liquidación del conflicto dinamizó su psicosis y lo hizo así más accesible al Cardiazol y a la psicoterapia.

Pedro F., argentino, 34 años, soltero, agricultor, ingresa al Hospicio de las Mercedes el 8 de febrero de 1959. hs traído por

un amigo que no sabe dar datos sobre su enfermedad. Al examinarlo constatamos que se trata de una psicosis alucinatoria crónica con más de diez años de evolución, del tipo delirio de influencia*. Está tranquilo, orientado, lúcido, su relato es coherente y el tema esencial es persecución. Un tal Villordio que está en Corrientes lo maneja y lo dirige por medio de un poderoso aparato eléctrico para matarlo, pero previa tortura. El enfermo dice así: "Me hace orinar, cagar, comer, mirar a la fuerza. Me hace soñar con lo que quiere, se me van las cabras casi todas las noches, me quiere agotar así. Me da órdenes de día, tiene una voz ronca, de noche tres mujeres me conversan y a veces me dicen lo que él me va a hacer. Anoche, por ejemplo, me repitieron varias veces: es Villordio el de Corrientes, que es dueño del aparato el que te quiere embromar". Los mecanismos comenzaron por una primera intuición, después interpretaciones, llegando ahora a la alucinación auditivo-verbal franca con una creencia absoluta y con un comportamiento adecuado: dialoga con sus perseguidores y es sorprendido en actitud alucinatoria. Su tonalidad afectiva es adecuada al delirio, lo vive con intensa dramaticidad. Su fondo mental no está debilitado.-"Experiencias nocturnas de carácter onírico. Su sexualidad está seriamente comprometida. Encontramos en este caso el esquema que Magnan daba de su delirio crónico. Ha habido una fase de inquietud e interpretación y la actual de persecución y alucinación. Interrogado el enfermo repetidas veces con el objeto de encontrar ideas megalomaniacas o de ambición que pudieran hacer prever la entrada en el tercer período, nos fue imposible siquiera sospechar su existencia. En estas condiciones iniciamos tratamiento con Cardiazol realizando veinte crisis convulsivas completas sin modificación alguna del cuadro.

En estas condiciones realizamos la prueba con el Evipán Sódico. Inyectamos 10 cm³, conseguimos una narcosis completa que dura 20 minutos. El despertar es bastante brusco y agitado, el enfermo se sienta en la camilla y con una expresión hostil dice lo siguiente: "Yo soy Pedro F., carajo, Pedro F., el rey del mundo", aquí se golpea fuertemente el pecho. "Todos me tienen envidia porque soy el rey del mundo, carajo. Por eso me persiguen, porque soy el más hombre de todos. Porque soy macho y no como Uds. Villordio, el hermano de mi amigo me persigue junto con otro que maneja el aparato, aparato que todo lo atraviesa. Ellos dos y con la ayuda de tres hembras son los que me persiguen, de envidia por lat

mujeres que tenía. Era mi amigo íntimo porque al otro Villordto no lo conozco, pero sé que es él porque me habla y me manda como si fuera mi padre. Las hembras lo denunciaron durante un sueño. Porque yo soy el rey del mundo. Él está en Corrientes, en la Capital, va a terminar con todos. Tiene un aparato poderoso que lo atraviesa todo, que funde todo. Me quisieron degenerar, pero no lo van a conseguir, porque soy el rey del mundo y me envidian todos." Dirigiéndose a mí, a quien conoce hace más de veinte años dice con evidente hostilidad: "vos sos una criatura de mierda y no podes comprender esto". Interrogado sobre desde cuándo y cómo se ha transformado en el rey del mundo dice: "desde que nací soy hombre, desde que nací soy el rey del mundo. A mi madre le debo esto. En su vientre va era un hombre y el rey del mundo." Interrogado sobre época y forma de comienzo de la persecución dice: "me embromaron por primera vez estando acostado con mi muier, hace como diez años". Relata un trastorno sexual del tipo de la impotencia con eyaculación precoz y coito anteoortas. Finalmente se excita, insulta al médico e intenta agredirlo terminando con la frase stpniente: "sólo quiero ir con mi madre y mi padre que son viejitos y me necesitan".

Asistimos así al pasaje del tercer período según la concepción de Magnan, quien sostenía la no coexistencia de las ideas delirantes de persecución y megalomaníacas. Este concepto fue criticado por Gilbert Ballet, quien sostenía lo siguiente: "Las ideas megalomaniacas son el doblez de las de persecución, no sustituyéndose unas a otras. Coexisten al mismo tiempo". Creemos que entre los dos conceptos no hay mayor contradicción, el de Magnan es un concepto estructural y estático y el de Gilbert Ballet un concepto prospectivo, es decir, evolutivo, Freud dice que la mayor parte de los casos de paranoia o de psicosis paranoides integran un cierto montante de delirio de grandeza, pero que el pasaje de la pura persecución a la megalomanía indica una mayor regresión de la libido hacia un narcisismo total. El yo se transforma así en el único depositario de la libido retirada del ambiente. El propio yo del sujeto se transforma en objeto de adoración. La narcosis hubiera obrado como el sueño, retrayendo la libido del mundo exterior, acumulándola en el propio yo del sujeto, como sucede durante el sueño.

Una hora después de la prueba inyectamos 10 cm³ de Cardiazol produciéndose una crisis convulsiva completa, Al día siguiente

interrogamos a fondo al enfermo sin encontrar rastros de sus concepciones megalomaniacas. Al preguntársele concretamente si era el rey del mundo contestó: "déjese de bromas, yo soy un pobre agricultor". Al referirse a su estado, dijo: "anoche dormí muy bien,; no me molestaron en toda la noche y todavía no me ha hablado Villordio". Se continúa el tratamiento con Cardiazol, se hacen diez crisis convulsivas, completando así treinta. La mejoría fue evidente desde la narcosis. Adquirió poco a poco conciencia de enfermedad, pero con características especiales: "ahora estoy muy bien, no siento nada —decía—, soy dueño de mi persona, pero para mí que algo había de cierto en el asunto de Villordio. Ahora no me interesa más". Su conducta se normaliza, trabaja en la sala y solicita su alta. Como su familia no viene a retirarlo, permanece tres meses en estas condiciones en el servicio. Pero hace unos días comienza de nuevo a tener alucinaciones con un contenido que ya no es de persecución, sino de protección y amparo. Dice así el enfermo: "Villordio me ha vuelto a hablar, me dice qué hago aquí en el hospicio, que por qué no me voy para Corrientes que mi padre está viejito y me necesita". La tonalidad del delirio es ahora alegre. •

Nuestro último caso estudiado en colaboración con el jefe del servicio, Dr. Peluffo, es de características singulares por varios motivos. Se trata de Hipólito B., argentino de 33 años, soltero, peón de campo nacido en Villaguay (Entre Ríos) e internado por la policía el 8 de noviembre de 1939. La persona que lo acompaña no da ningún antecedente familiar personal ni de la enfermedad actual. Se presenta pues ante nosotros sin ningún dato y con la característica siguiente: al interrogarlo no contesta absolutamente nada, pudiéndose observar una contracción de los músculos masticadores y del cuello, fenómeno éste que se exacerba intensamente, acompañado de rechinar de los dientes cada vez que se le dirige la palabra. Si se intenta abrirle la boca, las dos arcadas dentarias se cierran convulsivamente. También los otros músculos de la cara se contraen llevando las comisuras labiales hacia afuera con elevación de las alas de la nariz, arrugas en la frente, abertura de los orbiculares y aparición de algunas mioclonías. Esta máscara más o menos fija asociada a la movilidad de los ojos recuerda la risa sardónica. Se le ordena cerrar los ojos, cumpliendo esta orden, pero lo que fue imposible en la primera época fue hacerle sacar la lengua. El grado de contracción podía apreciarse por el rechinar de los dientes, que se ha-

cía intensísimo al intentar explorar sobre todo lo referente a sexualidad. La conducta del enfermo en el servicio nos dio prueba de que se trataba de un enfermo lúcido y que solamente tenía mi grave impedimento para hablar. La exploración neurológica no reveló otro trastorno y las pruebas biológicas fueron negativas. Como el enfermo tampoco escribió, lo que en él acontecía era completamente desconocido para nosotros. Lo que la narcosis reveló desbarató todas nuestras hipótesis.

Inyectamos 6 cm³, llegando a la narcosis completa, relajación muscular, abolición del reflejo corneano. Duración de 20 minutos, despertar lento, con euforia y dando la impresión de un sujeto que se ha liberado de algo. Se conecta en seguida y comenzamos el interrogatorio porque no hubo relato espontáneo. Dijo así: "Es un mágico que me domina y que no me deja hablar ni escribir. Desde los quince años empezó a manejarme la mano derecha y después todo el cuerpo. No estoy loco, amigo, porque muchos me lo han dicho, estoy en el hospicio, me trajo la policía, pero es el mágico que me maneja. Les cuento esto para que sepan que el mágico me echó de la provincia de Buenos Aires. Estaba trabajando en una estancia y me descargó la carretilla con la mágica. Estaba enfermo y me fui a mi casa y allí pasé la noche sin dormir y entonces el mágico se me apareció de frente y me hablaba y no le entendía nada y de noche durmiendo me hizo enojar y me levanté con el cuchillo en la mano enojado y estaba como enfermo de la cabeza. Cuando salí a la calle me seguía, me iba dando el frente todo el camino y me hablaba y no le entendía, después se me desapareció pero me hablaba mal todo el camino con la mágica y el cuerpo era un fuego y me hervía la sangre. El mágico me ataja el pensamiento con la mágica y también a los doctores". Interrogado sobre su vida sexual, confiesa haber sido onanista, pero "el mágico me atajó la mano derecha y no me la deja hacer", nos dice. No ha tenido relaciones sexuales. Poluciones nocturnas, "influencia del mágico", dice, pero a medida que el interrogatorio es dirigido sobre sus problemas sexuales el trismus se hace de nuevo intenso, apareciendo el rechinar cuando se insinúa la investigación de complejos homosexuales.

La contracción de sus músculos masticadores, el cierre de la boca y la consiguiente imposibilidad de hablar son actos impuestos desde afuera, es decir, hay un sentimiento de influencia, de acción exterior personificado en un mágico. Es manejado, dirigido, diría-

mos "copado" en su totalidad por este extraño personaje. Desde el punto de vista estructural se trata de un delirio de influencia de estructura primitiva, mágica, en relación con su personalidad anterior. El síntoma más evidente es pues un acto impuesto y que siguiendo la escuela psicoanalítica tiene un significado de punición, ligado a su onanismo. El mágico "paralizó", como dice él, primero la mano derecha, mano onánica, y representa para el enfermo un sustituto del padre muerto durante su adolescencia. Frente al mágico realiza él una conducta de obediencia pasiva.

Esta interpretación fue confirmada en grandes líneas por lo escrito posteriormente por el enfermo después de haber recibido la orden expresada así: "El mágico anoche me avisó que escribiera".

Actualmente el enfermo habla libremente con los otros internados; pero la inhibición aparece frente a toda persona que represente autoridad: médicos, enfermeros, policías, etcétera.

Conclusiones

La observación de quince casos durante y después de la narcosis nos lleva a hacer conclusiones de orden metodológico, psicoclínico, pronóstico y terapéutico.

1?) Se trata de un método de investigación inocuo si es manejado con prudencia y teniendo en cuenta las contraindicaciones formales: hipotensión, insuficiencia hepática grave, estados febriles y de gran desnutrición.

2?) El narcodiagnóstico o narcoanálisis o psicoanálisis farmacodinámico hace accesibles a la investigación planos de la personalidad casi imposibles de conocer de otra manera. Suprime las represiones poniendo así de manifiesto los complejos afectivos motivadores, ya sea del contenido o de la estructura en su totalidad, según como se contemple el problema etiopatogénico de la psicosis.

3?) Es posible establecer un pronóstico según sea el resultado de la prueba. Hemos observado que los casos graves con déficit marcado dan un relato pobre y sin reactivación afectiva. Esto estaría de acuerdo con las experiencias de Claude con la eterización.

4?) Y finalmente, el narcodiagnóstico puede transformarse en narcoterapia dinamizando las estructuras psicóticas, liquidando los conflictos y estableciendo contacto afectivo con el médico y facilitando así la labor psicoterápica de éste.

TEORIA Y PRÁCTICA DEL NARCOANÁLISIS *

El efecto producido por ciertas drogas sobre el psiquismo fue observado ya desde la antigüedad (1), pero es realmente Moreau de Tours (2, 3) quien, en 1845, inaugura este método experimental en psiquiatría.¹ Comienza estudiando los efectos psicológicos producidos por la *datura stramonium*, haciendo después experiencias personales con el hachís. Estas experiencias, hechas sobre él mismo y sobre sus discípulos y amigos, le hicieron ver en el hachís un me-

* Trabajo leído en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría el 30 de octubre de 1946. Su finalidad fue hacer una revisión histórica de la técnica y principios de narcoanálisis.

Revista de Psicoanálisis, 1947, tomo V, n.º 4.

¹ Desde el punto de vista histórico, el narcoanálisis parte de los trabajos de Moreau de Tours, en 1845, sobre los efectos psicológicos del hachís. Podemos destacar tres conclusiones fundamentales que se relacionan con el psicoanálisis actual:

V) Según Moreau de Tours es posible explorar zonas ocultas de la personalidad, zonas donde reside la causa de la alienación, es decir, es posible explorar el inconsciente tal como hoy lo concebimos, por medio de la acción de ciertas drogas.

20 Según el mismo autor, el psiquiatra debía someterse él mismo al efecto de la droga para poder estudiar los cambios producidos en su propia personalidad, con el propósito de tener una visión más precisa y vivida de los fenómenos de alienación. Este concepto coincide con el requisito fundamental para ser psicoanalista, que es el de someterse a un psicoanálisis didáctico, que no varía en nada del análisis terapéutico común.

3-) Moreau de Tours veía en la acción de las drogas, es decir, en los efectos psicológicos, la posibilidad de curar determinadas enfermedades mentales, sobre todo la melancolía y el estupor. Esto coincide con el propósito del narcoanálisis.

dio poderoso de exploración en materia de patogenia mental. Estaba, además, convencido de que por ella el psiquiatra podría iniciarse en los misterios de la alienación, remontándose a las fuentes ocultas de estos desórdenes, tan numerosos, variados y extraños. El que se somete a la influencia del hachís se siente capaz —dice— "de estudiar sobre sí mismo las principales modificaciones intelectuales que son el punto de partida de todas las clases de alienación mental. Sea cual fuere el grado de desorden de las ideas y la intensidad de las ilusiones y alucinaciones, el sujeto no pierde jamás el sentimiento de su individualidad, la conciencia íntima de sí mismo.. Ubicado fuera de estos trastornos, el yo domina y juzga los desórdenes que el agente perturbador provoca en las regiones inferiores de la inteligencia". Para Moreau de Tours, el trastorno primordial que experimentan los sujetos sometidos a dicha experiencia es la excitación. Es —dice— "una disgregación, una verdadera disolución del componente intelectual que se denomina facultades morales". El sujeto sufre después una profunda modificación, cayendo insensiblemente en un verdadero estado de ensueño. Después de un estudio detenido de estos estados de intoxicación, con sus ideas, convicciones delirantes, trastornos de los afectos, impulsiones irresistibles, ilusiones y alucinaciones, Moreau de Tours llega a otra conclusión fundamental, retomada medio siglo después por Freud (4), la de que la locura representa los sueños del hombre despierto. En los dos casos —dice— hay extinción, disminución lenta o brusca de la espontaneidad intelectual, metamorfosis del yo y ensueños. La observación de Moreau de Tours de que el hachís produce un sentimiento de bienestar, de excitación, etcétera, lo indujo a emplear esa droga en el tratamiento de estados melancólicos y estuporosos, comprobando que los fenómenos dinámicos sufren variaciones, mientras que en los casos con lesión orgánica los trastornos permanecen invariables. Uno de sus discípulos, Benjamín Ball (5), publicó algunas observaciones de enfermos que sufrían alucinaciones intermitentes de la vista y del oído y que fueron curados por el hachís.

El contenido de las fantasías producidas por el hachís está directamente relacionado con la personalidad del consumidor; de allí la multiplicidad de sus manifestaciones. Papus (seudónimo del médico y oculista Gerard Encausse, de alrededor de 1890) dijo: "El hachís es un ampliador, pero no un creador".

Los ensayos hechos por Moreau de Tours atrajeron el interés de los escritores de su época, surgiendo la moda del hachís. Teófilo Gautier **(6, 7)**, quien recibió del mismo Moreau las primeras cantidades de esta droga, fundó el club de los comedores de hachís, con Charles Baudelaire **(8)**, escribiendo ambos las más detalladas observaciones sobre los efectos de este estupefaciente. Recordemos el poema del hachís incluido por Baudelaire en sus *Paraísos artificiales*. En la parte cuarta de su libro, que lleva el título de *El Hombre-Dios*, hace un interesante estudio psicológico de la exaltación experimentada por la conciencia durante la embriaguez del hachís, que a menudo culmina —dice— en el hecho de que el embriagado llega a considerarse como una divinidad omnipotente.

El éter fue empleado también como método de exploración psicológica por Sauvet **(9)**, en **1847**, quien dio un detallado relato de una observación personal, destacando la excitación motriz y la euforia. Bríere de Boismont **(10)** estudia la acción de la eterización y señala el interesante hecho de que los sueños obtenidos en estos casos están siempre en relación con las preocupaciones de los enfermos y sus ideas dominantes. Morel **(11)**, en **1854**, estudia por primera vez los efectos de la eterización como medio de investigación psicológica en los dementes precoces afectados de mutismo absoluto. Estaba convencido de que estos enfermos tienen un pensamiento delirante activo. Y durante la eterización pudo entrever las tendencias del delirio, observando en uno de sus enfermos, por ejemplo, un orgasmo muy pronunciado y el desencadenamiento de una actividad masturbatoria muy intensa.

Además del hachís y del éter fueron empleados el alcohol, por Obernier **(1873) (12)**, y la cocaína, por Mantegazza, en **1866**, quien sostuvo que para conocer bien los síntomas de la alienación es necesario someterse al uso de sustancias que nos hagan pasar por todas las formas de esta enfermedad.

Los efectos psicológicos de la cocaína fueron estudiados por Freud **(1889) (13)**, quien los observó en su propia persona, sosteniendo que la acción euforizante se debe a un sentimiento de omnipotencia que aparece gracias a la anulación de toda causa depresiva, habiendo una exaltación del sentimiento normal de bienestar. Pichón **(1886) (14)** recomienda por esta causa el tratamiento de la morfinomanía por medio de la cocaína. Otros investigadores, como Dupré y Logre **(15)**, Lange, Marx, Maier, etcétera, lle-

gan a conclusiones semejantes. Maier (1926) (16) examina enfermos esquizofrénicos por el método de las asociaciones condicionales^ de Jung, con la ayuda de la cocaína, droga que facilita, según él, la aparición de complejos reprimidos y de recuerdos con fuerte carga emocional, que desfilan en serie a la manera de películas cinematográficas. N. Marx (1923) (17) sostenía que la euforia cocaínica es producida por una aceleración de las asociaciones de ideas, y que ésta era debida a que las barreras entre el inconsciente y el consciente son suprimidas, habiendo un debilitamiento del proceso de la censura bajo la influencia del tóxico. El hachís fue retomado, entre otros, por Kraepelin, y el éter por Dupouy (1913) y luego por Claude (18) y sus discípulos Borel y Robin, Natán y Maurice, en 1924. El peyote fue empleado para los mismos fines por muchos investigadores, destacando todos ellos la sensación de euforia y sentimiento de energía física o bienestar que produce.² Al respecto, deben ser destacados los trabajos de A. Routhier (1926) (19), quien considera esta droga como un posible medio de investigación psicoanalítica. Crea —dice— un onirismo cuyas imágenes, emanadas del subconsciente más o menos mediato, pueden expresar ideas no formuladas y tendencias profundas del individuo. Con el alcaloide del peyote, la mescalina, fueron realizados interesantes estudios por Kurt Beringer (20), Mayer-Gross, etcétera. También fue empleado el protóxido de azoe, el gas hilarante, por el mismo Priestley, su descubridor. Este mismo gas fue utilizado en experiencias personales por William James (21), quien comprobó "una intensidad extraordinaria de visiones metafísicas; el espíritu percibe las relaciones lógicas del ser con una sutileza y una rapidez aparentes, sin ejemplo en la conciencia normal".

El opio, la morfina, la cafeína, la escopolamina, la escocloralosa, etcétera, también fueron empleados para los mismos fines. Las drogas citadas hasta ahora fueron utilizadas, como hemos visto, sobre todo con el propósito de explorar zonas inaccesibles o poco accesibles de la personalidad, y el efecto fundamental comprobado por todos los investigadores gira alrededor de la eu-

² El peyote, el yagé y otras drogas tuvieron gran aplicación entre los indígenas americanos; su uso mágico y los estados logrados con la ingestión son un material de gran interés psicológico. Ver, para esto, Ramón Pardo, *Medicina aborigen americana*, biblioteca Humanior, 1937. Recordar también su empleo en las ordalías.

foria y la supresión de las inhibiciones. Sobre la base de esas observaciones, fueron empleadas para fines terapéuticos. Así llegamos al primer tratamiento donde el empleo sistemático de narcóticos se hizo con ese fin. Klaesi (22), entre 1920 y 1921, comenzó a emplear el método que él denominó narcosis prolongada con somnifene. Por medio de él modifica las relaciones del individuo con su medio, aumentando el contacto afectivo del paciente con su médico, disminuyendo considerablemente la hostilidad habitual. Klaesi da a este fenómeno una explicación puramente psicológica. "Hay que originar en el enfermo —dice— el sentimiento de una gran necesidad de ayuda y una sensación de debilidad, de tal manera que no permanezca frente al médico y al personal en un estado negativista." Klaesi explica de la misma manera las mejorías obtenidas a raíz de afecciones febriles y bajo las influencias de agentes piretógenos.

No es mi propósito describir los detalles de la técnica y sus resultados, por cierto muy discutidos, pero lo que quisiera destacar, partiendo de la observación de Klaesi, son los efectos psicológicos de este tratamiento, que nos servirán luego para interpretar hechos surgidos durante el narcoanálisis,

A. Fabre (23) insiste también sobre la necesidad de una psicoterapia activa junto a la acción farmacodinámica del medicamento en la narcosis prolongada. Al despertar —dice—, el enfermo suele estar transformado. Experimenta un sentimiento de dependencia, de impotencia en relación con el medio inmediato. Está en condiciones de exteriorizar al máximum su afectividad disponibles y mostraría tendencias a la euforia. Guillardovsky (24) explica los estados de hipermnesia aparecidos durante este tratamiento como debidos a la vivencia de una muerte inmediata. Este fenómeno —dice— tiene alguna analogía con aquel que se observa frente a una muerte inevitable; todo el pasado desfila delante de los ojos con una rapidez extraordinaria. Destaca también los cambios de humor y la emotividad, el sentimiento de bienestar, observando además que en el transcurso de los sueños y en los estados oníricos los enfermos aparecen generalmente representados por su propia imagen en la época de su niñez.

Edith Vowinckel Weigert (25) realizó el estudio psicoanalítico de los efectos del tratamiento de narcosis prolongada, siendo el primer acercamiento en profundidad a los mecanismos de ac-

tuación. El tratamiento logra restablecer una situación de yo placentero purificado, y la enferma por ella analizada daba la impresión de un lactante satisfecho. El contenido de los sueños y estados oniroides es de tipo infantil y representa no solamente una realización de deseos en el sentido de satisfacción de deseos instintivos, sino que también satisface la necesidad de castigo. Aparecen entonces imágenes de mutilación semejantes a las que Bromberg y Schilder describieron en la alucinosis alcohólica. El mecanismo fundamental provocado por la narcosis puede denominarse solución maníaca del conflicto, produciéndose una reconciliación entre el yo y el superyó. Disminuye la tensión entre estas dos instancias, de donde se deriva la euforia, el sentimiento de bienestar y la desaparición de las inhibiciones.

Otras experiencias que citaré de paso son aquellas realizadas con la bencedrina, empleada no solamente como euforizante, sino también como ayuda en el tratamiento psicoanalítico. Paul Schilder (26) realizó un detenido estudio de los efectos psicológicos de esta droga y de las modificaciones que en el transcurso del tratamiento analítico provoca. El psicoanálisis farmacológico trataría de establecer, según él, las modificaciones que tienen lugar en la distribución de la libido y en la estructura del yo bajo la influencia de dichos agentes. Sandor Rado (27), en un trabajo fundamental titulado "Psicoanálisis de la farmacotimia", había dado el primer paso en este sentido. En los dos casos psicoanalizados por Schilder con ayuda de la bencedrina surgió el hecho curioso de que el material aparecido en los momentos de la administración de la droga se relacionaba con situaciones orales que eran básicas y profundamente reprimidas. En 1924, Constanza Pascal (28), quien llamó al método de exploración psicológica por medio de drogas "psicoanálisis farmacodinámico", realizó una gran cantidad de observaciones empleando diversos agentes. Toda su experiencia y la de su escuela se halla reunida en la tesis de la doctora Andrea Deschamps (29), su discípula. El propósito era casi exclusivamente de exploración, diagnóstico y pronóstico.

Hace más o menos diez años comenzamos a emplear con el doctor F. Brumana métodos de exploración, como la eterización y otros, propulsados por Constanza Pascal. Posteriormente, un método más seguro y de más fácil manejo fue empleado por mí. Consistía en provocar una narcosis con el Evipán Sódico. Hace seis

años, en mayo de 1940, resumí aquí, en esta misma Sociedad, mi experiencia (30), basada en el análisis de quince casos. Llegué a la conclusión de que se trataba de un método de investigación inocuo; que el narcodiagnóstico o narcoanálisis o psicoanálisis farmacodinámico hacía accesibles a la investigación planos de la personalidad casi imposibles de conocer de otra manera. Que la narcosis suprimía las represiones poniendo de manifiesto material inconsciente relacionado con la estructura total de la psicosis. Además, la narcosis con Evipán Sódico podía ser empleada no sólo desde el punto de vista diagnóstico y de exploración, sino que tenía un valor terapéutico al dinamizar las estructuras psicóticas, haciéndolas más accesibles a una actuación psicoterápica. También empleé la narcosis como medio de facilitar otras terapias, como electroshock y cardiazolterapia.

Pero en realidad fue Stephen Horsley (31), desde 1936 hasta 1943 —época en que publicó su libro titulado *Narcoanálisis*—, el primero en sistematizar un método que él denominó narcoanálisis, con una técnica bien precisa y que con algunas variantes puede ser usado tanto en hospitales psiquiátricos como en pacientes que hacen tratamientos ambulatorios. Emplea Horsley barbitúricos de acción rápida, como nembutal, evipán y pentotal. La técnica de Horsley consiste en una mezcla de narcosis con sugestión hipnótica, y es la siguiente: se realiza primero una investigación de rutina, historia del enfermo, estado mental y físico, etc. Se coloca al paciente sobre una cama, en una habitación apartada. Horslev describe siete etapas en el tratamiento del enfermo hospitalizado:

1-) *Inducción de una narcosis ligera.* Se disuelve el nembutal en agua destilada, en solución al dos y medio por ciento, inyectándose por vía endovenosa a una velocidad de un centímetro cúbico por minuto. Cuando se produce un estado de narcosis ligera se detiene la inyección, manteniendo la aguja en la vena. En este período el paciente siente somnolencia; se le aconseja no luchar contra el deseo de dormir; se coloca así en un estado de receptividad pasiva capaz de comprender lo que se le dice, de hablar claramente y de contestar. En algunos sujetos esto es más difícil, debiendo aumentarse entonces la dosis.

2*) *Inducción de la hipnosis.* Mientras se inyecta la droga, el médico debe detener o controlar la atención de su paciente y establecer una relación hipnótica con él. En algunos casos se somete

fácilmente; en otros hay un cambio dramático del estado del aislamiento psíquico al de íntima subordinación o dependencia. Después el cuerpo se relaja, la timidez y las inhibiciones se desvanecen y el paciente —dice Horsley— se dispone a dar una información de lo que para él era confidencial.

3?) *El análisis.* Es usual comenzar con asociaciones libres, que tienen durante el narcoanálisis el verdadero carácter de una hipermnesia, sosteniendo Horsley que esta hipermnesia puede ser de dos clases. En un primer grupo existe una inhibición o bloqueo previo que da como resultado una amnesia de una parte de la vida del paciente. Al producirse la supresión de esta inhibición, hace una recuperación vivida y súbita del material olvidado. Otro grupo sería aquel en el cual los recuerdos, principalmente los de la infancia, son rememorados bajo el estado hipnótico, siendo el mecanismo fundamental de estas hipermnesias el debilitamiento brusco de las inhibiciones. El conflicto latente o reprimido suele surgir con rapidez a la superficie, aclarándose la historia del padecimiento, y en una hora el médico puede obtener una información importante de la historia individual del paciente. " "

4?) *Síntesis.* Esta fase es —según Horsley— la más importante del tratamiento y debe ser realizada con gran cuidado. Los requerimientos esenciales son una clara determinación de los factores responsables del padecimiento, el último paso en la reconstrucción de una actitud normal frente a la realidad. En los casos sencillos puede efectuarse una síntesis completa en una sesión, y en los casos más resistentes se recurre a una abreacción más intensa y a fuertes sugestionamientos poshipnóticos.

La síntesis —dice Horsley— debe tener por finalidad algo más que la reintegración de la personalidad disociada. Consistirá en un esclarecimiento en el cual el paciente debe ser ayudado por el médico a verse tal cual es en realidad, aceptando la actuación de los hechos descubiertos e incorporando este nuevo conocimiento a su actitud frente a la vida.

5?) *Narcosis profunda.* Los pacientes de hospital son sumergidos después del estado hipnótico en una profunda narcosis por medio de otra inyección de la solución a la misma velocidad, hasta llegar a un estado de inconsciencia. La duración media del primer sueño es de doce horas, despertándose generalmente los pacientes pidiendo alimento y durmiéndose de nuevo. Este período adicional

sería para Horsley de gran valor en los casos de agotamiento debido al insomnio prolongado.

6*) *Repetición del tratamiento.* La misma técnica puede repetirse al día siguiente o en días sucesivos o a intervalos más largos. Una inyección sería generalmente suficiente en los sujetos accesibles, permitiendo producir en sesiones siguientes una hipnosis por los procedimientos ordinarios.

7?) *Reeducación.* Hace notar Horsley que el estado poshipnótico es a menudo un período de tensión psíquica. Las sugerencias hipnóticas pueden ser reforzadas cuidadosamente en el paciente ya despierto por medio de la explicación, la persuasión y la reeducación. Hace notar que durante el narcoanálisis los fenómenos de transferencia son la regla y que a menudo se presentan en una forma muy aguda. La transferencia, cuando aparece, es un auxiliar en todas las etapas del narcoanálisis y un factor importante para devolver el contacto con la realidad. Después de explicar la técnica hace un detenido estudio de los fenómenos de abreacción y transferencia, como bases de toda psicoterapia. También durante el tratamiento son de importancia fundamental el estudio y el análisis detenido de los sueños. Muchas veces, durante el narcoanálisis, los sueños se repiten con mucha frecuencia, reemplazando a la neurosis y apareciendo como un síntoma principal, siendo ellos la expresión de las mismas causas inconscientes de la neurosis.

En los pacientes que hacen un tratamiento ambulatorio, la técnica se modifica suprimiéndose la narcosis profunda. En líneas generales, la técnica es la misma y los barbitúricos empleados son el pentotal, el α -clonumal, el amital, etc. El narcoanálisis puede usarse —según Horsley— para dos fines principales: 1?) como tratamiento único, facilitando el descubrimiento rápido del trastorno emocional; 2-) para vencer las resistencias que se presentan a menudo durante el curso de un psicoanálisis común.

Las indicaciones más precisas son la histeria en todas sus manifestaciones, especialmente la amnesia que resulta de experiencias en el campo de batalla, y los estados agudos de ansiedad. También es muy útil en el diagnóstico de las secuelas de los traumatismos craneanos, en el diagnóstico de los estados psicóticos dudosos, en las crisis de origen dudoso y en los casos de simulación.

El método Horsley fue elaborado en tiempo de paz, y utilizado en pacientes internados y en asistencia ambulatoria. Durante la

guerra este método fue empleado por los psiquiatras del ejército inglés con excelentes resultados. Un método surgido de las necesidades de la guerra fue el creado por el coronel Roy Grinker y el capitán John Spiegel (32), psiquiatras de la Fuerza Aérea Norteamericana durante la campaña de África del Norte. En dos libros, titulados *Las neurosis de guerra* (1945) y *Hombres en tensión* (1945) y en un informe presentado al Instituto Psicoanalítico de Chicago nos dan los detalles y resultados de este método, basado fundamentalmente en la concepción psicodinámica, es decir, psicoanalítica, de las neurosis. Después de hacer un detenido estudio sobre las neurosis de guerra, sus formas clínicas, su diagnóstico y pronóstico, hacen un detenido análisis de las terapéuticas empleadas. Dividen a éstas en dos grandes tipos. Las primeras, llamadas terapias de encubrimiento, entre las que incluyen la persuasión, la sugestión, la reeducación, sueño profundo, etcétera, son terapias que tienen por finalidad reforzar la represión y esconder los conflictos fundamentales. Por otro lado, las terapias denominadas "técnicas de poner al descubierto" incluyen la psicoterapia breve, utilizando como ayuda la narcosis producida por la inyección *añ* peñtotal sódico. En la valoración pronóstica de los casos, Grinker y Spiegel señalan algunos factores importantes: la historia individual del paciente, su neurosis previa, su nivel, el grado en que contribuyó el agotamiento a la aparición de su neurosis, los recientes traumatismos psíquicos, la severidad o gravedad del traumatismo desencadenante, la cantidad de ansiedad, la fortaleza del yo, la capacidad de comprensión psicológica, el grado de hostilidad reprimida, el síndrome clínico y el tiempo disponible para el tratamiento.

Estas técnicas llamadas "de poner al descubierto el conflicto" sólo pueden emplearse, según los autores, en la zona de combate dentro de un hospital general o de un hospital psiquiátrico especial. El método fue denominado por Grinker y Spiegel "narcosíntesis", utilizando para ello el pentotal sódico por vía endovenosa, que produce un estado de seminarcosis durante el cual el paciente puede revivir sus experiencias traumáticas del frente de batalla, emociones que fueron reprimidas por el propio sujeto. Otra acción de la droga es permitir al paciente, debido a la disminución de la ansiedad, enfrentarse con las emociones que tuvieron para él un carácter tan traumático. Bajo la acción de este tratamiento el enfermo parece sintetizar —de allí el nombre del método—, juntar los fragmentos de

Sus efnoções y vivencias conectadas por sü experiencia traumática, reconstruyendo de esta manera un recuerdo que coincide casi totalmente con la experiencia original desencadenante. Al liberarse de esas intensas emociones reprimidas y al establecer un contacto consciente con sus impulsos o tendencias inconscientes, puede establecer una normal relación con la realidad.

Grinker y Spiegel describen así la técnica: el paciente es aislado en una habitación semioscura; se le dice que va a recibir una inyección que lo va a hacer dormir y se inyecta por vía endovenosa a una velocidad de un centímetro cúbico por minuto mientras se le pide que cuente de cien para atrás. Poco tiempo después el contar se hace confuso y antes de que se produzca un sueño verdadero la inyección es interrumpida. En el caso de que el paciente no pueda contar se calcula el grado de narcosis por el tono de los párpados y los reflejos pupilares. Al comenzar la inyección hay generalmente un aumento de los síntomas de la ansiedad, que luego desaparecen, calmándose el paciente. En el momento en el que la narcosis ha alcanzado su nivel útil, algunos enfermos comienzan a hablar espontáneamente; si están hablando sobre el tema de su experiencia en el frente, el psiquiatra no debe interrumpirlos. Pero parece que en la mayoría de los casos el paciente debe ser estimulado en este sentido. Se le dice entonces que está en el campo de batalla, en las líneas del frente. El médico, si conoce detalles sobre la vida y circunstancias de la aparición de la enfermedad, puede añadir algunos detalles correspondientes a la situación real, y en caso de no conocerlos describir una escena típica del frente. Por ejemplo, se le dice al paciente que están cayendo bombas a su alrededor, que aeroplanos enemigos vuelan por encima del lugar, que hay tanques que se aproximan. El enfermo dirá entonces lo que él imagina que está sucediendo, variando la cantidad de estímulo de acuerdo con cada caso. Según Grinker y Spiegel, algunos reaccionan con las primeras palabras y comienzan a hacer un vivido relato de la acción bélica. Cuando esta estimulación es insuficiente, el psiquiatra debe jugar un papel aún más activo para desencadenar el recuerdo de la experiencia traumática; por ejemplo, debe jugar el papel de un camarada en el frente, gritar al paciente que baje la cabeza porque hay bombardeo, pedirle que le ayude a auxiliar a un compañero herido, etc. De esta manera generalmente la resistencia del enfermo es vencida. Algunos pacientes se levantan de la cama y comienzan a representar

partes de la escena traumática, permitiéndoseles hacerlo, andar por la habitación en busca de una trinchera o de un amigo perdido, etc. Otros enfermos reviven la escena sólo verbal y emocionalmente, sin hacer uso de una actividad motriz. Hablan a sus compañeros imaginarios, hunden su cabeza bajo la almohada para protegerse de las bombas, se extienden sobre la cama como si estuvieran en una trinchera. Algunos pacientes vuelven una y otra vez a una corta escena traumática, la repiten varias veces; al igual que un disco rayado, ellos no pueden pasar de ese punto, y en tales casos se requiere más de una sesión de narcosíntesis con pentotal, trayendo el paciente en cada una de ellas otras piezas o trozos de material reprimido. Estas situaciones son comunes en los estados de ansiedad amnésica o en el estupor, donde el yo del paciente parece incapaz de digerir las experiencias traumáticas excepto en pequeños trozos, es decir, fraccionando la situación traumática. Generalmente el psiquiatra juega un papel pasivo o activo, según el grado requerido por la situación, pero no existe en ningún momento el intento de producir una situación hipnótica; de allí la diferencia con el método de Horsley. La actitud del psiquiatra debe ser "comprensiva, afectuosa. Él debe representar para el paciente, que busca consuelo y protección, el papel de un padre bondadoso. Cuando lo que hay que dominar es un síntoma somático, como el mutismo, la sordera o una parálisis, el psiquiatra puede exigir del paciente el abandono de su síntoma, aunque esto es raro, por cuanto al disminuir la ansiedad generalmente los síntomas de conversión suelen desaparecer.

Terminada la sesión, debe ser instituida una psicoterapia basada en este conocimiento previo del enfermo, con el objeto de reforzar los procesos de curación. Una vez desaparecido el efecto de la droga se continúa esta labor. Debido a la escasez de tiempo empleaban de 15 a 30 minutos todos los días al comienzo y en los casos graves; más tarde día por medio o dos veces por semana. Los autores advierten muy bien el alcance de esta psicoterapia breve y sostienen que con ella no pretenden cambiar fundamentalmente la personalidad del paciente, siendo la finalidad de esta terapia liberar tensiones psicológicas inconscientes, aumentar las fuerzas del yo y, por otro lado, disminuir la severidad de un superyó que ejerce una presión intensa.

Grinker y Spiegel separan las distintas actuaciones de esta psi-

coterapia breve para aclarar su modo de actuación, haciendo resaltar, por supuesto, que estos mecanismos actúan juntos, dominando a veces uno, a veces otro. Los psicodinamismos estudiados son:

1?) *La transferencia positiva.* La relación de transferencia se establece generalmente de inmediato, dando al comportamiento del enfermo frente al médico un carácter infantil.

El médico representa para él la figura de un padre bondadoso que es capaz de defenderlo contra el mundo hostil en que vive. En los casos agudos de ansiedad, esta situación de transferencia es muy intensa, debiendo incluso el psiquiatra fomentarla. Cuando la transferencia es negativa y pertinaz, debe pensarse que el pronóstico es grave, ya que los casos que presentan esta característica suelen consolidar su neurosis, teniendo una evolución crónica.

2?) *Liberación de tensiones inconscientes.* Se relacionan principalmente con las emociones ligadas a la ansiedad, cuya cantidad excesiva o persistente es el problema nuclear de la neurosis de guerra. Cuanto mayores defensas fueron ya empleadas por el yo del sujeto frente a estas situaciones de ansiedad, tanto más difícil será hacer aflorar a la conciencia las causas que las motivaron. Es sabido que la amnesia, por ejemplo, tiene fundamentalmente un papel protector. El pentotal puede vencer estas resistencias relacionadas con la represión, pudiendo el enfermo, ayudado por el médico, relatar poco a poco sus experiencias traumáticas. El paciente debe ser alentado y a veces compulsado a llenar los huecos del recuerdo. De esta manera, la represión generalmente es vencida.

3º) *Gratificación de las necesidades de dependencia.* Esta situación constituye la base de la transferencia en los primeros períodos del tratamiento. El médico se convierte en protector y gratificador. En las sesiones, el paciente suele llorar, arrojarse en brazos del psiquiatra, relatando en estas circunstancias sus experiencias traumáticas, vividas como abandono y soledad, donde el grito infantil todavía resuena, según dicen los autores. Para ellos, el origen de la ansiedad está en su mayor parte ligado a ese sentimiento de abandono, comparándolo a la situación de un niño dejado solo en una habitación oscura, con la puerta cerrada y sin oír ninguna voz.

4?) *El reconocimiento del presente espacial y temporal.* En virtud de esa situación de peligro y abandono, el yo del neurótico ha adoptado diferentes técnicas, reaccionando como un niño pe-

queño, abandonando la escena por medio del estupor, rehusando escuchar los ruidos por medio de la sordera, negándose a hablar por medio del mutismo, rehusándose a tener conocimiento de lo sucedido por medio de la amnesia o desarrollando mecanismos fóbicos. El paciente, por medio de esta psicoterapia, debe cambiar el enfoque de una realidad hostil, proceso que se logra por una identificación del mismo con su médico, acrecentándose la fortaleza de su yo por este mecanismo. Esta situación debe ser interpretada sólo después que se haya consolidado, para hacerla consciente al enfermo en las últimas etapas de su tratamiento.

5?) *Liberación de la hostilidad reprimida.* Esta tarea, según Grinker y Spiegel, es la más difícil. Cuando la hostilidad es muy intensa y ha sido fuertemente reprimida, los pacientes se hacen rígidos y obstinados, siéndole muy difícil al yo elaborar tanta cantidad de agresión. La intensidad de las tendencias agresivas reprimidas, fuente también de la ansiedad, puede presentarse a veces en tal grado que sea necesario el empleo de shocks convulsivantes para descargar la agresión que impide una buena readaptación de los pacientes. Estos enfermos suelen sufrir, además de sueños estereotipados donde repiten las escenas traumáticas en forma de pesadillas; son muy irritables y se alejan del contacto social.

6-) *Identificación con el terapeuta.* Hemos visto ya que por medio de la identificación con el médico el paciente cambia su enfoque de la realidad; ésta se le aparece menos hostil, se siente más protegido, situación que dentro de su aparato psíquico debe ser relacionada con aquella establecida entre el yo y el superyó. Esta última instancia, el superyó, que se hizo aún más severo, acarrea un aumento del sentimiento de fracaso, de culpabilidad, que lo impulsa a veces a una conducta suicida. Este superyó severo tiene su historia individual, y se ve con frecuencia en los enfermos de neurosis de guerra que fue condicionado por la identificación con un padre hostil y exigente. La debilitación de este superyó exigente se produce por el proceso de identificación con el médico, imagen de padre comprensivo y bondadoso.

Hemos visto ya la importancia de este mecanismo de identificación en la relación de dependencia con el psicoterapeuta y la necesidad de ser interpretado al final del tratamiento con el objeto de liquidar dicha dependencia.

7?) *Desarrollo de la independencia en relación con el médico.*

Ésta es la fase terminal del tratamiento, teniendo una importancia fundamental para el desarrollo futuro del enfermo. En la manera en que consiga romper su dependencia, se verá posteriormente libre de otras dependencias relacionadas con su medio social y familiar. El paciente debe convencerse de que es igualmente útil fuera del campo de batalla, debe realizar un trabajo eficiente dentro del marco del ejército y adquirir el convencimiento de que su destino no está en volver al frente y que cumple igualmente con sus deberes patrióticos.

Esta psicoterapia breve, cuya técnica fue creada y fundamentada por Grinker y Spiegel, fue de gran utilidad. El criterio ha variado fundamentalmente en el tratamiento de la neurosis de guerra comparándolo con el de la guerra anterior. En ésta, los métodos eran casi todos represivos, mientras que las técnicas elaboradas durante la última contienda están basadas en una comprensión de los conflictos del paciente. Sin lugar a equívocos, afirman Grinker y Spiegel, puede decirse que el conocimiento aplicado por primera vez hasta ahora en la prevención y tratamiento de las neurosis de guerra es una comprensión sana, racional del conflicto dinámico entre las fuentes inconscientes de la ansiedad y las fuerzas del yo. Además, que esta psicoterapia breve basada en ese conocimiento es la única técnica nueva que fue empleada para el tratamiento de la neurosis de guerra y que ella está basada en los principios psicoanalíticos.

L. Kubie y S. Margolin (33), en un trabajo posterior, pasan revista a las técnicas y sobre todo a los efectos de estos tipos de tratamiento, destacando que la tolerancia del paciente para las interpretaciones y emociones desencadenantes es mayor en estos casos, pudiendo el yo del paciente incorporarlas dentro de sus procesos intelectuales y emocionales con el objeto de hacer una resíntesis de sus funciones psíquicas. La acción de las drogas hace posible al paciente experimentar en un nivel consciente y sin disfraz aquellas actitudes afectivas de amor y odio hacia personas que fueron importantes en los primeros años de su vida, tal como ocurre también en la relación de transferencia. Según Kubie y Margolin, las situaciones producidas por estos diversos agentes consisten esencialmente en un estado delirioide controlado. Este estado puede liberar estructuras latentes de considerable violencia, por cuyo motivo consideran que estas técnicas deben ser utilizadas por psiquiatras acostumbrados al manejo de los psicodinamismos inconscientes.

En síntesis, podemos decir que este método actúa sobre el conflicto actual y que la narcosis debilita las resistencias de la represión facilitando un proceso de abreacción tanto en lo que se refiere a la descarga de las emociones como al acto de adquirir conocimiento de la situación/ Este acto de adquirir conocimiento y de "expandirse" la energía psíquica tiene lugar por la influencia de la función sintética del yo, estableciéndose la continuidad y unidad de la personalidad psíquica anteriormente disociada. El yo del paciente se fortalece al disminuir la ansiedad; su superyó se debilita por la identificación con el psiquiatra. Pero este proceso se realiza durante la narcosis debido a una solución maníaca del conflicto entre el yo y el superyó, que da como consecuencia la euforia y la supresión de las inhibiciones. Abandonando el sujeto sus identificaciones anteriores para sustituirlas por otras tomadas de la realidad presente —el médico—. establece con éste una relación de dependencia, cuya liquidación constituye el paso final de toda psicoterapia psicoanalítica.

Bibliografía

- (1) Avesta, siglo VI a. de C.
- (2) Moreau de Tours, J., *Du Hachisch et de Valiération mentôle*, París, Fortin Masson et C^{ie}, 1845.
- (3) —, "De l'identité de l'état de rêve et de la folie", *Annales Médico-Psychologiques*, julio de 1855.
- (4) Freud, S., *La interpretación de los sueños*, Rueda, Buenos Aires, 2 tomos.
- (5) Ball, Benjamín, citado por A. Deschamps.
- (6) Gautier, Th., "Le Club des Hachischins", *Revue de Deux Mondes*, París, febrero de 1846.
- (7) —, *L'Orient*, tomo II, p. 47.
- (8) Baudelaire, C., *Les paradis artificiels*, París, 1860.
- (9) Sauvet, "Inhalation d'éther et ses effets psychologiques", *Annales Médico-Psychologiques*, 1847.
- (10) Brière de Boismont, *Revue Médicale*, junio de 1847.
- (11) Morel, "De Péthérisation dans les folies", *Archives Générales de Médecine**, febrero de 1854.
- (12) Obernier, "Del empleo del alcohol en los alienados", *Archiv für Psychiatrie*, 1973 (citado por A. Deschamps).
- (13) Freud, S., *Ueber Coca*, Viena, 1885. (Datos tomados de H. W. Maier.)
- (14) Pichón, "Consideraron sur la morphinomanie et sur son traitement", *Encéphale*, 1886.

- (15) Dupré et Logre, *Traite de Médecine* de Roger et Vidal, fase. 6.
- (16) Maier, H. W., *La cocaïne*, Payot, París, 1926.
- (17) Marx, Norbert, "Contribution á la psychologie de la cocalnomanie", *Encéphale*, 1923.
- (18) Claude, Borel y Robín, *Un nouveau procede d'investigation psychologique: Véthérisation*, Reunión de estudios neurológicos y neuropsiquiátricos, junio de 1924.
- , *Éthérisation chez les déments precoces*, Société de Psychiatrie, noviembre de 1924.
- (19) Routhier, A., *La plante qui fait les yeux émerveillés: le peyotl*, Doin, París, 1927.
- , *Les plantes devinatoires*, Doin, París, 1927.
- (20) Berínger, K., "Intoxicación por mescalina", *Archivos Argentinos de Neurología*, Buenos Aires, marzo de 1928.
- (21) Tames, W., *La volonté de croire*, Flammarion, París 1930.
- (22) Klaesi, "Aplicación terapéutica en la esquizofrenia de la narcosis prolongada por medio del 'somnifene'", *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1921, vol. I.
- (23) Fabre, A., "La narcosis prolongada", *Encéphale*, 1939, pp. 3-5.
- (24) Guíllarovsky, "Dynamique de la schizophrénie sous Pinfluence des narcoses prolongées", *Encéphale*, 1938, vol. I, p. 4.
- (25) Weigert Vowinckel, Edith, "Notas psicoanalíticas sobre el tratamiento de las psicosis funcionales por narcosis prolongadas y convulsionantes", *Revista de Psicoanálisis*, 1946, vol. III, p. 3.
- (26) Schilder, Paul, "Efectos psicológicos de la bencedrina", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1939, vol. III.
- (27) Rado, Sandor, "The psychoanalysis of pharmacothymia", *Psychoanalytic Quarterly*, 1933, vol. 2, pp. 1-23.
- (28) Pascal, Constance et Deschamps, A., *Psychanalyse pharmacodynamique des dément precoces*, Commission de l'Hébephrenie, octubre de 1930.
- (29) Deschamps, Andrea, *Éther, cocaïne, hachisch, peyotl et démence précoce*, Ed. Vega, París, 1932.
- (30) Pichon-Riviére, E., *Narcodiagnóstico con Evipán Sódico*, Sociedad de Neurología y Psiquiatría, Buenos Aires, mayo de 1940.
- (31) Horsley, Stephen, *Narco-Analysis*, Oxford U. P., Londres, 1943.
- (32) Grinker, Roy y Spiegel, John, *War neurosis*, The Blakiston Company, Filadelfia, 1945.
- , *Men under Stress*, The Blakiston Company, Filadelfia, 1945.
- , "Brief psychotherapy in war neurosis", *Psychosomatic medicine*, 1944.
- (33) Kubie, L. y Margolin, Sidney, "The therapeutic role of drugs in the process of repression, dissociation and synthesis", *Psychosomatic Medicine*, 1945, vol. VII, p. 3.

INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRIA INFANTIL *

Nuestro propósito en este trabajo es el de introducirnos en el campo de la psiquiatría infantil, intentándolo por tres vías de aproximación: la genética, la estructural fenoménica y la dinámica.

La psiquiatría de la infancia constituye, en realidad, una nueva rama de la ciencia psiquiátrica, siendo su evolución muy reciente. Podríamos decir que en el siglo xix no se había configurado aún como disciplina con un enfoque determinado, con excepción de algunos estudios sobre oligofrenia realizados por Binet y Simón.

Progresivamente, empero, se ha desarrollado una psiquiatría del niño que aporta elementos de gran utilidad para la comprensión genética de la psicopatología del adulto. Kanner, en su *introducción a la psiquiatría infantil*, intenta analizar estratigráficamente el desarrollo histórico de esta especialidad. En los últimos años la evolución de esta rama de la psiquiatría se ha centrado en diferentes problemáticas. Considera Kanner que apenas en la primera década de este siglo se comienza a "pensar psiquiátricamente en los niños", lo que podría ser interpretado como un emergente cultural. Señala luego un segundo período, en el cual "se hace algo en favor de los niños", particularmente en relación con el estudio de las comunidades infantiles; surge más tarde un tercer período, en el que este "hacer en favor de los niños" utiliza como instrumentos a la familia y la escuela. Sólo en el cuarto período se

* Sobre apuntes de cursos dictados en el Hospicio de las Mercedes entre los años 1939-1948.

trabaja "con" los niños, es decir, considerándolos directamente sujetos en la operación correctora.

Podríamos indicar que asistimos al comienzo de un quinto período, definible como "la etapa en que se trabaja con *el grupo*" en el que está incluido el niño, con un enfoque que implica un análisis psicosocial, sociodinámico e institucional de la situación.

Vemos que desde hace muy poco tiempo el problema se asienta en el niño, dándose una lenta evolución hacia la radicación del problema en el *grupo*, en el cual el niño se incluye como factor dinámico. Lo importante es, pues, considerar a la familia como el *grupo social primario*, como una totalidad de la que emergen situaciones en las que el niño aparece cumpliendo el rol de *portavoz*.

El niño sufre, pues, el impacto de una situación global. Estudiar el vínculo del niño con su madre constituye una parcialización del enfoque. Pueblan la literatura psiquiátrica trabajos muy bien realizados, de los que podemos decir, sin embargo, que presentan una carencia común que consiste en considerar al niño en un vínculo específico real y concreto (el que mantiene con la madre), sin incluir el vínculo con el padre o con los hermanos como una totalidad (situación triangular). Se impone, por lo tanto, realizar un análisis polidimensional del grupo familiar, destacando en este caso el personaje que nos interesa, el niño.

Según lo esbozado, se fue desarrollando una psiquiatría de la infancia con rasgos más o menos característicos. Podemos decir que los trabajos más importantes sobre el tema provienen de la escuela psicoanalítica, particularmente de la escuela inglesa, con Melanie Klein, así como de los aportes de Spitz y Margaret Read en los EE.UU. (En nuestro país este enfoque se introdujo y alcanzó difusión a través de la profesora A. Aberastury y sus discípulos.)

Desde el punto de vista clínico podemos señalar como un hecho muy significativo la descripción hecha por Kanner de lo que llama *autismo precoz infantil*. Con posterioridad al trabajo de Kanner se describen psicosis de otro tipo, como la *oligotímica* (Pichon-Riviére), las autísticas y las psicosis simbióticas, realizadas estas últimas por Margaret Mahler. Resultan significativos estudios como el de Goldwin, en el que se analizan las relaciones entre los cuidados parentales y la salud mental. Como un aporte concreto podemos citar particularmente el estudio de Spitz, mediante el que consigue construir una nosografía basada en determinados criterios estructu-

rales, configurando así una psiquiatría de los primeros años de vida, Spitz estudia sobre todo dos tipos de trastornos: a) **trastornos cualitativos**, o sea trastornos en los cuales el vínculo con la madre está distorsionado cualitativamente. La perturbación de la comunicación entre madre e hijo va a originar una estructura **cualitativamente anormal**, b) **trastornos cuantitativos**, o sea, cuando se puede hablar de una disminución, señalable o no, en términos de privación del afecto de la madre. Esta privación originará un estancamiento en el desarrollo, apareciendo el niño como un **débil afectivo**. Estructura ésta a la que hemos llamado **oligotímica**, para distinguirla de la **oligofrénica** (debilidad mental).

La relación entre lo **cuantitativo** y lo **cualitativo** se manifiesta en las estructuras mixtas, que incluyen trastornos **cuantitativos y cualitativos** coexistentes.

Spitz incluyó en su clasificación los trastornos que denomina "psicotóxicos", son aquellos debidos a las alteraciones **cualitativas** del vínculo característico con la madre. Pudo ubicar así los siguientes cuadros: 1) **coma del recién nacido**; 2) **vómitos del recién nacido con trastornos respiratorios**; 3) **cólicos del primer trimestre de vida**; 4) **retracción frente al mundo**; 5) **hipermotilidad**; 6) **fuego con excrementos**; 7) **hiperkinesis**; 8) **depresión anaclítica**; 9) **marasmo**.

Este autor estudia las actitudes maternas distorsionadas y sostiene que el rechazo primario pasivo y masivo puede originar el **coma del recién nacido**, tratándose éste de un cuadro característico. Cuando el rechazo primario es activo aparecen los **vómitos del recién nacido**, acompañados de trastornos respiratorios. Si la característica materna es de una solicitud primaria y ansiosamente exagerada, se producen **cólicos durante el primer trimestre**. Si la hostilidad se manifiesta, pero de una manera encubierta por una situación o una cortina de ansiedad, se condiciona una **retracción del niño frente al mundo inmediato**. Cuando la característica de la madre es una oscilación rápida entre los mimos y la hostilidad, aparece la **lúprihctilidad** en el niño, uno de cuyos síntomas es el balanceo. Si se da una oscilación cíclica del humor de la madre, aparece en el niño una tendencia a **jugar con materias fecales**. Cuando la hostilidad está conscientemente compensada, surge el cuadro de **hiperkinesis** agresiva descrito por Bolwie. Cuando la carencia emocional, incluida en el vínculo como la reacción de la madre, se considera

en términos de mayor o menor privación parcial, la privación emocional parcial desencadena la *depresión anaclítica*, y la privación emocional total, el *marasmo*. Estos cuadros fueron descritos **por** Spitz después de una larga experiencia pediátrica, configurando, como hemos dicho, una nosografía del recién nacido en relación con los trastornos *cuantitativos y cualitativos* del vínculo emocional con la madre.

Consideraremos ahora otro cuadro ya mencionado y fácilmente reconocible: *el autismo precoz infantil*, que fue descrito **por** Kanner en el año 1943, constituyendo ésta una de las contribuciones más importantes al desarrollo de una psiquiatría de la infancia. Kanner, sin poseer una formación dinámica, ha manejado un conjunto de conocimientos de la psiquiatría dinámica que le permitieron describir este cuadro clínico. El *autismo precoz infantil* se manifiesta básicamente por un retraimiento del mundo; puede aparecer en los primeros meses de vida o en el curso de los primeros años. Su rasgo esencial es el *aislamiento*: es decir, *el autismo* está descrito en términos de *grados de retraimiento del mundo exterior*. Los niños que lo padecen son llevados a consulta como *oligofrénicos*, es decir, retardados o mudos o sordomudos. Su retracción del mundo es tal que el estímulo, cualquiera que sea, no desencadena en ellos una respuesta adecuada. Es de gran importancia señalar en qué momento aparece el trastorno y la intensidad que éste muestra. Hay, por lo tanto, dos factores por considerar: a) intensidad del trastorno: b) momento en que hace su aparición.

Este trastorno característico de la infancia produce un alejamiento del mundo y posteriormente una pérdida de ciertas funciones ya elaboradas, ya adquiridas. (Si este trastorno aparece en pleno aprendizaje del lenguaje, éste retrocede y puede llegar a desaparecer. De allí que los niños puedan llegar a consulta como *oligofrénicos*, mudos o sordomudos.) Hay un detalle significativo que permite diferenciar en el primer abordaje a un niño *autista precoz* de un niño *oligofrénico*: el niño *autista* es generalmente bonito, armónicamente hecho, mientras que el *oligofrénico* presenta una serie de deformaciones o estigmas. De allí que se pueda establecer una distinción (tarea que realicé hace muchos años en el Asilo de Torres) entre los niños bien configurados, bonitos, en los que exteriormente nada resalta como anormal, y los niños mal conformados, con estigmas degenerativos. Esos niños "bien hechos", "bien

construidos", con una sensibilidad particular para la música, el ritmo y el baile, pero sin lenguaje o con un lenguaje regresivo, presentan en términos generales el cuadro de *autismo precoz infantil* descrito por Kanner. Son niños con tendencia a refugiarse dentro de la fantasía; en sus juegos son solitarios, no intervienen otros personajes reales y concretos: se trata de personajes de la fantasía con los cuales, por un sistema de adjudicación de roles, dialogan y construyen un mundo particular, un mundo autístico. Aun en tal situación estos niños pueden adquirir conocimientos, y muchos de aquellos niños denominados "precoces" muestran como característica un cierto grado de *autismo*. Son niños que no tienen una relación normal con el mundo. Presentan un déficit en el juego y su aprendizaje es unidireccional. Se pueden evaluar los niveles mentales alcanzados en el desarrollo por el tipo de juegos que el niño realiza, y podemos observar que éstos se entregan siempre a juegos regresivos, solitarios. Como dice Kanner, son autosuficientes y actúan "como si la gente no existiera", prescindiendo del mundo. Kanner habla también de una soledad autística; el niño se cierra en su autismo con un sentimiento de *autosuficiencia*. En los grados menores encontramos niños que tienen otros rasgos característicos; por ejemplo, una memoria extraordinaria, pero parcial, orientada hacia el recitado de poemas, nombres, palabras, lugares geográficos. En estos grados leves la característica fundamental es el desfase entre el nivel intelectual y el nivel emocional. Son niños con un gran rendimiento escolar y escaso rendimiento en la vida cotidiana.

Hemos visto que los niños que sufren de un *autismo precoz* previo al desarrollo del lenguaje, generalmente se presentan como mudos o sordomudos, asistiendo a consulta con el rótulo de *oligofrenia*. En la medida en que se desarrolla el lenguaje y este desarrollo es interrumpido por *el proceso autístico*, no sólo puede detenerse sino regresar aún más, es decir, que hay un estancamiento y una posterior regresión. Entre los casos de *autismo* citados por Kanner, éste insiste en señalar aquellos en que estos niños súbitamente han pronunciado alguna palabra correctamente utilizada, llenando de sorpresa a su ambiente. En su observación de distintas palabras insólitas dichas por niños autistas consignó el caso de un niño considerado sordomudo que llegó a decir "buenas noches". Otros pue-

den pronunciar habitualmente algunas palabras, en particular la palabra "mamá", con menos frecuencia la palabra "papá".

Los **niños autistas** presentan una característica fundamental: no adquieren la noción de **sí mismos**, "**del ser**". Se refieren a **sí** mismos en segunda o tercera persona, como cuando dicen "el nene quiere...". Uno de los trastornos básicos consiste, pues, en la carencia fundamental de desarrollo de la **conciencia del propio yo**. El **niño autista** tiene su vida muy organizada. Es decir, su mundo es estereotipado, y los juegos, las actitudes, la manera de ser constituyen un modelo fijo de reacción, un estereotipo bien característico. Frente a este estereotipo las mudanzas actúan como causa frecuentemente desencadenante de la enfermedad. Esto sucede porque el niño no soporta la ansiedad ante el cambio y, en un sentido general, el traslado de sus pertenencias, con las que se ha identificado proyectivamente. Su angustia es intensa, y en tanto no puede reconstruir en su nueva casa algo de su habitat anterior es presa de una gran ansiedad, agitación y confusión. Otro rasgo significativo del **niño autista** es que vive en un mundo en el que los objetos no son "totales", sino "parciales". Y un ejemplo típico de esto es que cuando alguien le roza el cuerpo o le interrumpe un juego el niño dirige su hostilidad no a la totalidad de la persona, sino que trata de ejecutar su venganza en la parte del cuerpo a la que considera su agresor, a veces muerde, a veces golpea. Para él el agresor es sólo una parte del cuerpo del otro, y sobre ella ejecuta su venganza.

La noción de rutina o monotonía se incluye muy rápidamente en la vida de estos **niños autistas**, y los padres suelen consultar al terapeuta diciendo que "no juega o que juega solo, que no acepta compañeros", y en caso de hacerlo, éstos son "mucho más pequeños o mucho mayores". Se dan las dos situaciones: niños que juegan y se entretienen con adultos o con niños muy pequeños, pero no presentan un desarrollo armónico de sus capacidades mentales y emocionales.

Kanner cita como ejemplo uno de los primeros casos estudiados en relación con la situación de mudanza: los encargados del traslado de los muebles estaban arrollando una alfombra, y el niño, al verlos, entró en un estado de gran ansiedad. Porque en ellos funciona intensamente un mecanismo muy importante de observar, la ya mencionada **identificación proyectiva**. Es decir, colocan en los objetos inanimados una serie de situaciones internas, y todo acto

ejecutado sobre esos objetos, juegos, juguetes, alfombras, muebles, etcétera, es vivido como si esa acción fuera ejercida sobre ellos mismos, ya que existe un grado de confusión entre el yo y el no-yo, representado en este caso por los objetos materiales. Por ejemplo, en una mudanza, el niño, con mucha ansiedad, empieza a reconocer y a palpar todos los objetos, y es solamente a través de la palpación, de la aprehensión, que recupera la noción de identidad de los objetos, y en la medida en que puede reconstruir la situación anterior la ansiedad se calma y el retraimiento puede retroceder.

Ahora bien, esta situación del *autismo precoz infantil* puede definirse como prototípica del proceso de desarrollo; esto es, hay en todo sujeto un cierto grado de retraimiento del mundo. Depende del monto del retraimiento, del momento de su emergencia y de la cronificación de la actitud que esto se transforme o no en un cuadro clínico. En el desarrollo, todo sujeto hace un retraimiento funcional para evitar situaciones de tensión o de peligro, pero corre el riesgo de no retomar la relación con el mundo una vez pasada la situación ansiógena. Si no adquiere esa flexibilidad, esa plasticidad para pasar de una situación autística adaptativa a funcional a una situación normal, queda aprisionado en una posición señalada por el aislamiento del mundo, con un cierto revestimiento de ese propio mundo por fantasías proyectadas en el mismo, y con características regresivas en cuanto a su relación emocional con la realidad. Esto aun cuando pudiera poseer una capacidad intelectual extraordinaria. Ello quiere decir que los niños "superdotados", de hecho, se incluyen casi en su totalidad en esa clasificación de *autismo* acompañado de un gran desarrollo de una técnica o de un conocimiento parcial. La importancia de este cuadro reside en que resulta normal, en cierta medida, durante el desarrollo. Pero, además, es precisamente a esta *situación autística* a la que el esquizofrénico —en cualquier otra edad— regresa en el proceso de enfermarse (esto es, a una *situación autística*, a una pauta de conducta ya elaborada muy precozmente que actúa como disposición). Un cierto *núcleo autista* es reactivado por la regresión. Así podemos ubicar los distintos tipos de psicosis esquizofrénica en la infancia, comenzando por el *autismo precoz infantil* descrito por Kanner (cuadro que corresponde a lo descrito por nosotros como *oligotimia* y por E. Pichón como *esquizonoia*); Sante de Santis se refirió a un cuadro al que denominó *demencia precocísima*; consideramos además la llamada

demencia de Heller dentro de esta continuidad genética, para luego dar lugar a la *esquizofrenia del púbero-adolescente* y la *esquizofrenia del adulto*. Hay, pues, una secuencia entre todos estos trastornos, y todos corresponden a este tipo básico de perturbación, el aislamiento del mundo, retraimiento y construcción de un mundo autístico; es decir, la alienación en las tres áreas de la conducta.

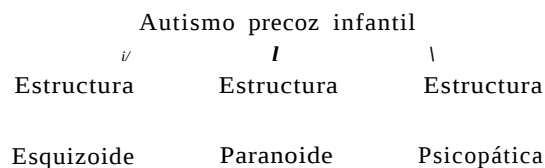
Las distintas estructuras patológicas pueden ordenarse genéticamente tomando como punto de partida el *autismo* de Kanner y llegando hasta la esquizofrenia del adulto, observándose fácilmente la continuidad genética que va de un polo a otro a través de dichas estructuras, configurándose una gama de cuadros patológicos (pautas) en los que la edad es un factor patoplástico de importancia. Es decir, que la psiquiatría, enfocada dinámicamente, debe considerar el desarrollo de las psicosis según un encuadre genético.

Lo dicho puede ser representado por el siguiente esquema:

- 1) *Autismo precoz infantil* (descrito por Kanner).
- 2) *Oligotimia* (Pichon-Rivière).
- 3) *Demencia precocísima* (de Sante de Santis).
- 4) *Demencia de Heller* (ésta es una forma grave de esquizofrenia o de demencia precocísima de Sante de Santis).
- 5) *Esquizofrenia del púbero-adolescente*.
- 6) *Esquizofrenia del adulto*.

La descripción más reciente es la de Kanner, quien en 1943 hizo la primera publicación sobre algunos casos de *autismo precoz infantil*. Los otros cuadros, en realidad, son formas o desarrollos más graves de la misma situación. El cuadro que presenta características más intensas es el de la *demencia de Heller*-. el paciente puede llegar a un deterioro total de su vida mental y emocional, alcanzando un estado deficitario, una demencia propiamente dicha. En tanto que las otras estructuras representan grados en la situación *autista* de retracción.

Por otra parte, podemos decir que en toda psicopatía hay un *núcleo autista*. Ahora bien, ¿por qué decimos esto?, porque el psicópata sufre un cierto grado de aislamiento del mundo, posee un núcleo alienado que le impide una rectificación de la realidad en un sistema o manejo de los componentes debido a la preexistencia de un *autismo precoz infantil*:



La importancia que tiene la indagación del cuadro autístico en todas sus formas reside en el hecho de que hace comprensibles aspectos de las psicosis, neurosis, psicopatías del adulto, siendo señalable el carácter defensivo y funcional de la posición *esquizo-paranoide* (Klein) con sus mecanismos, cuya finalidad apunta a eludir la emergencia de la *depresión básica subyacente*.

Ya hemos dicho que estos niños vienen a consulta como sordomudos, mudos y como *oligofrénicos*. Allí nos enfrentamos con los aspectos más fundamentales de la psiquiatría del niño:



Reiteramos que todas estas psicosis infantiles crean situaciones particulares que pueden ser ubicadas dentro de la *oligotimia* o *seudodebilidad*: son trastornos del desarrollo con un proceso llamado *autismo precoz infantil*, en tanto que la *olifrenia* propiamente dicha pertenece a causas estructurales y congénitas.

La *demencia de Heller* presenta una patología específica, pero podemos interpretarla como ligada a los procesos residuales. Es decir, el cuadro de la *demencia de Heller* comienza de la misma manera que el *autismo infantil*, pero marcha rápidamente hacia un deterioro mental que se expresa por ese tipo de anatomía patológica; podemos considerar también que se debe al deterioro masivo de las funciones, con un pasaje de lo funcional a lo estructural, y nos encontramos entonces ante un cuadro bien caracterizable. La regresión en la *demencia de Heller* es tan intensa que condiciona la aparición de elementos deficitarios, *cuantitativamente* valiables, actuando como subestructuras. El "muñón" forma la "cantidad de yo" que va a reaccionar ante la pérdida. Cuando el proceso se encuentra en una etapa funcional los trastornos son reversibles.

A las psicosis ya mencionadas podríamos agregar el cuadro

de la *psicosis hiperkinética* de Tramer y Polnowsky. Este cuadro, relacionado también con el *autismo infantil*, es el que presentan los niños inquietos, "que no paran", que están permanentemente en movimiento, con una hipermotilidad extraordinaria, con tendencia a un deterioro bastante rápido y crisis convulsivas que aparecen en un momento dado del proceso. En síntesis, las *psicosis hiperkinéticas* incluyen: descenso de nivel mental y trastornos *cualitativos* y crisis convulsivas.

Es importante también introducir en este esquema, para esclarecer a pediatras y terapeutas de niños en general, el cuadro que se manifiesta en forma aguda y que es descubierto generalmente por la madre o niñera cuando observa una perturbación de la temperatura localizada en los labios ("labios de hielo"). Acompañan a esta manifestación trastornos gastrointestinales y una palidez que se origina en una anomalía en la irrigación vascular peribucal. A esto se agrega un síndrome catatenoide, que aumenta progresivamente hasta llegar al coma.

El abordaje de la psiquiatría infantil, como hemos dicho más arriba, puede hacerse también a través del estudio de las funciones en su estructuración y desestructuración. Por ejemplo: podemos tomar como lo más característico los trastornos de la alimentación del niño siguiendo una ordenación. Las funciones comprometidas en la alimentación pueden estar relacionadas con: a) el apetito en sí; b) la masticación; c) la deglución; d) las funciones gastrointestinales.

Se dan perturbaciones que podemos llamar prototípicas, por ejemplo el trastorno del apetito en un niño puede tener características selectivas; es decir, la pérdida del apetito puede estar referida a un determinado alimento. Cuando el rechazo es más o menos global nos encontramos con la llamada *anorexia*; hay otros trastornos que podríamos llamar *disoréxicos* y están ligados a situaciones específicas frente a cierto tipo de alimentos. La *anorexia* es un cuadro grave cuando tiende a la cronicidad. Como otra perturbación del apetito podemos consignar la *bulimia*, que se caracteriza por la necesidad casi tumultuosa de ingerir alimentos, y también se relaciona con la *polifagia*. Aunque ésta resulta una forma más atenuada de la *bulimia*. En síntesis: la voracidad y la glotonería son características de ciertos desarrollos infantiles. Ya hemos visto que cuando el apetito está disminuido se produce, por

ejemplo, la inapetencia selectiva y la *bradifagia*, caracterizada por la lentitud en el comer. Los niños que padecen de *bradifagia* tienen, en realidad, una *anorexia* selectiva, y el proceso de discriminación sobre el alimento retarda considerablemente la ingestión, y el rechazo total de alimentos, por ejemplo, se encuentra entre los trastornos psicóticos. La *sitiofobia* consiste en la negativa del paciente a ingerir alimentos (generalmente porque para él ese alimento tiene características de veneno, y por eso hace esfuerzos para evitar la ingestión). En esos casos tenemos, pues, una pérdida psicótica del apetito y la negación del apetito, características del negativismo, del oposicionismo.

El rechazo total de alimentos, por ejemplo, se encuentra entre los trastornos psicóticos. La *sitiofobia* consiste en la negativa del paciente a ingerir alimentos (generalmente porque para él ese alimento tiene características de veneno, y por eso hace esfuerzos para evitar la ingestión). En esos casos tenemos, pues, una pérdida psicótica del apetito y la negación del apetito, características del negativismo, del oposicionismo.

Pueden producirse también trastornos del gusto: hay pacientes que presentan la característica de sentir un gusto particular en toda comida o, si no, una ausencia total de gusto. En otros casos* encontramos sujetos que ingieren cosas habitualmente no consideradas alimentos. Entre las perversiones del gusto registramos desde lo que se llama *pica*, caracterizada por la ingestión de revoque y cal de las paredes, trastorno frecuente en algunos niños, hasta una situación psicótica más intensa como la *coprofagia*, es decir, la ingestión de materias fecales.

Centrando nuestra atención sobre la función masticatoria, ésta puede aparecer perturbada, es decir, aumentada o disminuida. En algunos casos está exagerada, y se ve entonces la aparición de fantasías agresivas, sádicas, en el niño, con una necesidad de trituración muy intensa de los alimentos. A eso se liga un síntoma nocturno, el rechinamiento de dientes (este rechinamiento puede ser también diurno), que constituye la expresión de esas fantasías sádicas de trituración, o, relacionado con una estructura patológica, la epilepsia. También pueden producirse inhibiciones de la masticación cuando están operando fantasías canibalísticas o sádicas de tal intensidad que la masticación se inhibe en un proceso defensivo contra la ansiedad que provoca la culpa.

La función de deglución puede presentar perturbaciones, entre ellas, el *faringoespasma*, el *esofagismo*, la *aerofagia*, el *hipo*, los *eructos* y un trastorno muy típico llamado *medicismo* o *rumiación*, que consiste en la posibilidad que muestran algunos niños psicópatas y también *oligofrénicos* de poder regurgitar la comida, mantenerla otra vez en la boca y someterla a una nueva masticación, como si ésta fuera una forma de aprendizaje.

De la misma manera que hemos analizado las perturbaciones de la función alimentaria, indagaremos ahora las perturbaciones del dormir:

Un niño puede presentar trastornos del sueño que se caracterizan por la presencia de una anomalía en cualquier momento del dormir, ya sea que se manifieste en el predormir, durante el dormir y en el despertar. Un niño que no puede dormir, que tiene *insomnio*, sufre una situación de tensión. En realidad, el mecanismo del *insomnio*, o la finalidad del *insomnio*, no consiste en un "no poder dormir", sino en un "no querer dormir", para evitar el enfrentamiento, durante el estado de desamparo característico del sueño, de determinadas situaciones básicas psicológicas. Generalmente los contenidos que se quieren rehuir mediante esta técnica se originan en *ansiedades depresivas y paranoides*. El niño se defiende, por medio de rituales para no dormirse, del peligro que implica dormir. Por ello incluimos el *insomnio* entre las perturbaciones del dormir. Ahora bien, en la fase del predormir puede aparecer otro tipo de trastorno: por ejemplo, el *sobresalto*, considerado como un rasgo epiléptico normal en el sentido de que es un mecanismo universal. Sigue, sin embargo, una pauta muy semejante a la convulsión, y tiene una finalidad particular, que es la de descargar la ansiedad para poder dormir. El niño que tiene *sobresaltos* en el predormir los utiliza para descargar determinadas tensiones y dormirse después; la vivencia que tiene es la de caída en un abismo en el presueño, y un movimiento, un *sobresalto*, tendiente a tomar una posición determinada. Todas las situaciones que, después, provocarían en él la *pesadilla* o el *pavor nocturno* están actuando en ese momento. Durante el sueño puede manifestarse una serie de síntomas que es muy importante detectar, y que pertenecen, en gran medida, a la serie de la enfermedad epiléptica o enfermedad paroxística, y que si bien aisladamente no resultan suficientes para permitir la formulación de un diagnóstico de epilepsia, la suma de varios de ellos puede indicarnos que enfrentamos un trastorno de tal naturaleza. Ya señalamos como trastorno el *rechinamiento de dientes*, que, además, puede presentarse junto a *crisis masticatorias*, en las que el niño empieza como a comer y tragar algo durante el sueño, haciendo movimientos con los labios. También puede *babear la almohada*. Otro trastorno a considerar es la *enuresis nocturna*, es decir, una incontinencia, que se

manifiesta preferentemente por la noche. Si la incontinencia va acompañada de materias fecales, esto es, una incontinencia anal; hablamos de *encopresis*. La *enuresis* y la *encopresis* pueden ser diurnas también; en los casos más graves se manifiestan en ambas modalidades, diurnas y nocturnas. La forma nocturna de *enuresis* y *encopresis* es más leve que la forma diurna.

Otra perturbación característica que hay que tener en cuenta al analizar las funciones del dormir es la que produce la emisión de determinados sonidos, hasta llegar a hablar en sueños. Esto se denomina *somniloquia*. Junto con la *somniloquia*, o sustituyéndola, puede aparecer la actividad motriz: el *sonambulismo*. Las perturbaciones más típicas se refieren sobre todo al contenido de los sueños, a la reacción frente al soñar, y allí encontramos dos trastornos que debemos distinguir: el *pavor nocturno* y la *pesadilla*. El pavor nocturno es la perturbación más grave, y se caracteriza por el hecho de que el niño que está sumergido, a veces, en un verdadero mar de sudor, luchando con enemigos y perseguidores y gritando, no puede despertar. Fracasa el mecanismo del despertar y el sujeto queda sometido a una tensión interna. La *pesadilla* se caracteriza por el hecho de que también hay sueños penosos, pero el sujeto tiene la posibilidad de despertar en un momento dado proyectando en el ambiente algunas vivencias oníricas que estaban condicionando la ansiedad. El niño, entonces, se despierta del todo. Sombras, objetos, es decir, sus enemigos, sus perseguidores, están poblando la habitación. En el *pavor nocturno* eso no sucede. El soñante tiene que ser despertado a la fuerza, y generalmente se duerme inmediatamente, recomenzando la situación anterior. El *pavor nocturno*, que es, como hemos dicho, un trastorno más profundo, va acompañado generalmente por *enuresis* y *encopresis*, mientras que es menos frecuente la aparición de dichos trastornos en la *pesadilla*. Ahora bien, el hacer el diagnóstico diferencial entre estas dos estructuras resulta importante para el destino del paciente, ya que el *pavor* representa una estructura *epileptoide* más regresiva que la de la *pesadilla*, ligada a las fobias. Cuando los *pavores nocturnos* son muy profundos y van acompañados de gran agitación motriz y de *enuresis*, nos encontramos ante una forma nocturna de la epilepsia, en tanto que, como hemos dicho, la *pesadilla* se caracteriza por la posibilidad de despertar, de salir de esa situación, de proyectar los contenidos, de elaborar de alguna manera la

situación de ansiedad. Ahora bien, por el principio de movilidad de las estructuras, que hemos enunciado sobre la base de investigaciones en este campo, la *pesadilla* puede transformarse o evolucionar hacia un *pavor nocturno*, de la misma manera que, iniciado un proceso de rectificación, el *pavor* puede evolucionar hacia la *pesadilla*, como mecanismo histérico (conversión histérica), luego, a través de los mecanismos de proyección, hacia la fobia, y si la *ansiedad paranoide* es intensa y fallaran los mecanismos de control propios de la estructura fóbica nos encontraríamos ante un cuadro paranoide.

Otros trastornos que podemos observar en el despertar o durante el sueño son las crisis agudas dadas por el cuadro de *abdomen agudo (epilepsia visceral)*. El niño despierta con un dolor intenso que hace pensar en una apendicitis. Si tiene un dolor intenso y queda despierto, se acerca a la situación de *pesadilla*; podríamos decir que se aleja, en cierto sentido, de la epilepsia. Si el niño que tiene un fuerte dolor apenas despierta o es despertado y vuelve a dormirse, podemos decir que está muy cercano o está incluido en el círculo epiléptico. Se han realizado estudios con controles encefalográficos clasificando estos trastornos y llegándose a hacer predicciones en cuanto al tipo de trazado electroencefalo-gráfico que cada uno va a manifestar; se ven graves alteraciones del tipo de la disritmia en aquellos niños con fuertes dolores abdominales que apenas los expresan, señalan el lugar del dolor y vuelven a caer en un sueño de plomo.

Durante el sueño pueden manifestarse otros tipos de trastornos de la motilidad, por ejemplo, el *balanceo*. Es el caso de niños que, dormidos, en la situación correspondiente a la *pesadilla* presentan un *balanceo* o "*rocking*". Éste se caracteriza por movimientos rítmicos durante el sueño, en un estado casi crepuscular. Algunos acompañan el *rocking* con enuresis, caídas, ronquido. Otros se golpean la cabeza fuertemente contra la pared o se muerden la lengua.

Por último, nos referiremos a los trastornos del despertar como otra de las perturbaciones del dormir. El niño puede tener una vivencia onírica o posonírica, considerada como una alucinación hipnopómpica. Es discutible el carácter alucinatorio de esta vivencia. Pero lo que resulta importante destacar es que este tipo de alucinación o seudoalucinación tiene por finalidad el fragmentar la

ansiedad del predormir en el caso de las alucinaciones hipnagógicas, y del despertar en las hipnopómpicas, manteniendo la situación de escisión o *splitting*.

Veremos ahora las relaciones, en términos de continuidad genética, que se dan entre la patología del niño y del adulto. En líneas generales, podemos decir que todos los procesos descritos como neurosis, psicosis, caracteropatía, pueden ser encontrados en la infancia con desarrollos determinados. Empero, algunos trastornos resultan más típicos de la infancia, como las fobias, que caracterizan, en realidad, un porcentaje muy alto de reacciones o conductas patológicas en el niño. Ya hemos visto el *autismo precoz infantil*; lo que había sido descrito antes, en otro momento del desarrollo del niño como *demencia precoz* o *demencia precocísima* de Sante de Santis; la *demencia de Heller*; la *esquizofrenia del púbero-adolescente*. Ahora podríamos señalar qué otros cuadros psicóticos se observan en la infancia; la psicosis maniaco-depresiva; psicosis funcional, en su forma cíclica, periódica, más o menos típica, no aparece muy claramente manifiesta en el niño; podemos decir que las formas periódicas y cíclicas de la psicosis maniaco-depresiva tienen tendencia a estructurarse en un estadio superior. Pero un trastorno básico, como situación patogenética o como situación de desarrollo, es la *situación depresiva*. En algunos tratados que no presentan una orientación analítica se señala que la depresión es rara en el niño, sin embargo, la observación nos indica que es frecuente. La manía, que constituye el otro polo de la psicosis maniaco-depresiva, se expresa en el niño por reacciones motrices, de hipermotilidad, correspondiente a la manía agitada del adulto. Así, podemos hablar de cuadros de psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia *en la infancia*. Dentro de la neurosis podemos ver que se dan histerias de angustia o fobias, que configuran sobre todo cuadros del tipo de la *zoofobia*, el temor a determinados animales, característicos del desarrollo. En cuanto a la histeria de conversión, en el niño aparece una cantidad de trastornos psicósomáticos típicos de esta estructura, pero sobre todo en las formas de orga-noneurosis, es decir que la vía de expresión no es el sistema nervioso central y periférico, sino que es el sistema neurovegetativo, condicionando alteraciones orgánicas de esa naturaleza.

La neurosis obsesiva emerge sobre todo en un período determinado. Pasada la primera infancia, después de cuatro o cinco

años, coincidiendo con la edad escolar, la neurosis obsesiva es frecuente. Aun cuando podamos observar algunos rituales obsesivos en el niño más pequeño, la situación fóbica domina el cuadro del desarrollo infantil. Los mecanismos que condicionan la evitación fóbica y que se transforman después en rituales obsesivos no son tan frecuentes en el niño. Se observan algunos rituales "imperfectos", pero lo masivo, intenso en el niño son las fobias y, sobre todo, como hemos dicho, las *zoofobias*, es decir, la proyección por desplazamiento sobre un animal de las características del objeto temido o del objeto fobígeno. La hipocondría del niño tampoco aparece como frecuente a la mirada de observadores no analíticos; sin embargo, esta estructura como la depresión es muy frecuente y toma la forma de una reacción hipocondríaca o de una reacción depresiva, que no se prolonga durante mucho tiempo pero que se expresa en toda su extensión.

Hemos visto, pues, la histeria de conversión, formas de histeria de conversión propiamente dicha, y organoneurosis, la neurosis obsesiva. En cuanto a la psicosis y la esquizofrenia, hemos señalado la psicosis maniacodepresiva, sobre todo la depresión. Perteneciendo a este mismo círculo, incluimos la hipocondría. Nos interesa analizar ahora un grupo de trastornos que ocupa toda la patología, pero que se caracteriza por poseer un ritmo particular en su aparición y desaparición, y que pertenece al gran círculo de la epilepsia o *enfermedad paroxística*, que es capaz de desencadenar en una forma aguda cualquiera de las estructuras descritas. Se caracteriza por una perturbación en el ritmo, y va desde el polo de la inhibición hasta el polo de la explosividad, sin matices intermedios. Ahora bien, la epilepsia, que toma un campo muy grande en el dominio de la psiquiatría infantil, tiene formas nocturnas, como ya lo hemos señalado, de ahí las perturbaciones del sueño, como *pavor*, *sobresaltos*, *rechinamientos*, *crisis agudas viscerales*, *babeo de la almohada*, crisis de despersonalización al despertar o en el presueño, fenómenos hipnagógicos o hipnopómpicos. Todos estos trastornos configuran el gran *síndrome nocturno de la epilepsia infantil*. La *picnolepsia* es una forma de la epilepsia que se caracteriza por la acumulación de una serie de crisis, de pequeños males, durante el día, y que pueden llegar a ser 50, 60 y 70 microcrisis, manifestándose a veces un ligero pestañeo y una leve obnubilación de la conciencia. Esa forma de epilepsia tiene un carácter

diferencial que tiende a evolucionar bien y a veces a desaparecer, con la pubertad o la adolescencia.

El otro gran grupo de enfermedades tiene como situación básica la *oligofrenia*, en la que se ven trastornos estructurales cuyos grados de retardo, que pueden ser clasificados como morosidad, debilidad mental, imbecilidad, no analizaremos en esta introducción.

En términos generales, todo lo que encontramos en el adulto puede estar representado en el niño por una estructura menor o un desarrollo menor, pero lo importante es considerar que el trastorno semejante u homólogo va a ser un punto específico al cual el adulto o el adolescente pueden regresar, y es una pauta de conducta ya ejercitada contra determinadas situaciones de tensión y a la cual recurre en una regresión frente a dificultades que operan como factor actual desencadenante. La esquizofrenia se nos hace más comprensible al incluir en su núcleo básico el *autismo precoz infantil*. Muchos trastornos pueden ser estudiados "desde cerca", en el estado naciente, en el niño con *autismo precoz*.

Hemos visto alteraciones por función y por aparato, como los trastornos de la alimentación y del sueño. Veremos los trastornos de la marcha, deambulación, y trataremos de estructurar una nosografía que tome en cuenta los trastornos de funciones y los trastornos expresados como estructuras psicóticas, neuróticas, perversas y caracteropáticas.

El niño psicópata es un niño que tiene características semejantes a las del psicópata adulto, es decir, actúa mucho en el ambiente, cumple o ejercita un cierto tipo de liderazgo dentro del grupo, "mueve" al grupo bajo su influencia, observándose psicopatías muy graves con bastante precocidad. Podemos decir, la más característica de las psicopatías es la psicopatía histérica, señalada por la mentira patológica, que puede aparecer de una manera muy aguda en un niño, lo mismo que las caracteropatías de tipo maniaco, representadas por una hipermotilidad permanente, y caracteropatías hipocondríacas, depresivas y paranoides. Las más frecuentes serían la depresiva, la hipocondríaca y la maniaca, representadas por esa agitación permanente, descrita por Tramer y Polnowsky; es decir, que pueden desembocar en una psicosis por hipermotilidad, que termina con crisis convulsivas.

En cuanto a la psicopatía del adulto, pensamos que tiene un

cierto núcleo de *autismo* iniciado precozmente correspondiente al autismo precoz. Es en realidad un cuadro de *autismo precoz*; ya hemos señalado que existe un grado de *autismo precoz* en todos. Cuando se presenta como proceso, cuando hay una regresión, da los cuadros psicóticos del *autismo precoz infantil* y podemos denominarlo *esquizofrenia precocísima o de la primera infancia*. Si el autismo no es tan intenso, pero se desarrolla lentamente, junto con el desarrollo de las funciones del niño, tiende a configurar un vicio de la realidad característico de la psicopatía, y es el punto de regresión en un adulto más o menos sano que hace un proceso esquizofrénico, regresa a un desarrollo anterior, a un punto donde se había estructurado una pauta de conducta operativa en ese momento.

En cuanto a las psicosis *simbióticas*, debemos señalar que últimamente hubo una tendencia a clasificar las psicosis infantiles según el predominio de un proceso o del otro; es decir, del proceso autístico o del *proceso simbiótico*. La *situación simbiótica* se caracteriza por un grado de dependencia particular frente a un objeto. Podemos hablar, en definitiva, de la *simbiosis* como una forma de *parasitismo*, de dependencia. Pero esa dependencia puede estar relacionada con un objeto externo, y hablamos de una *situación simbiótica* propiamente dicha; pero también el *niño autista* mantiene una simbiosis con el objeto interno, y hablamos en ese caso, si predomina la situación *autística*, de la *simbiosis interna*. Si predomina la *simbiosis externa*, es una *psicosis simbiótica propiamente dicha*. Es decir, son grados de *simbiosis* y de *autismo* que condicionan una dependencia interna o una dependencia externa.

Con todas las formas intermedias, en realidad, todo este gran círculo de enfermedades *autísticas* y *simbióticas* puede ser incluido en el grupo de la esquizofrenia, dependiendo de los distintos grados de esquizofrenia. Sin embargo, existe siempre un cierto grado de reacción *simbiótica* o *autística* en las distintas psicosis infantiles.

**PRÓLOGO AL LIBRO DE F. SCHNEERSOHN
TLA NEUROSIS INFANTIL,
SU TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO" ***

Por primera vez aparece en lengua castellana una obra del profesor F. Schneersohn, creador de un nuevo sistema psicológico titulado *Homociencia* y cuyas bases fueron expuestas en su libro *El camino hacia el hombre*, publicado en 1927, donde considera la psiquis individual del niño y del adulto material de estudio, pero solamente en su aspecto individual.

Nacido en Ucrania en 1887, hace sus estudios de Medicina en Berlín, graduándose en 1913 y revalidando luego ese título en Rusia. Allí es discípulo de Bechterev, adquiriendo un profundo conocimiento de la psicología reflexológica. Posteriormente sufre una evidente influencia del psicoanálisis y la psicología individual.

Años más tarde, después de la gran guerra, se radica en Alemania, entregándose a una intensa labor científica y de cátedra, donde también publica numerosas obras, con el apoyo de sociedades y de prestigiosos pedagogos alemanes. Se traslada luego a los Estados Unidos, donde pronuncia una serie de conferencias, concluye algunas de sus nuevas obras y edita una densa revista titulada *Homociencia*. En Canadá dicta, en distintas universidades, conferencias sobre sus investigaciones en el campo de la psicología y pedagogía. Finalmente regresa en 1932 a Polonia, donde permanece poco tiempo para dirigirse a Tel Aviv (Palestina), de donde es invitado con el fin de dirigir el Departamento Municipal de Educación.

* Schneersohn, *La neurosis infantil, su tratamiento psico-pedagógico*, Imán, Buenos Aires, 1940.

La tesis fundamental para Schneersohn es que la neurosis infantil surge como consecuencia de un déficit en los juegos y que ésta puede ser curada salvando dicho déficit. La determinación de la edad de juego adquiere para él tanta importancia como la determinación de la edad mental por medio de los tests (Binet-Simon, etcétera), y su valoración determina la conducta a seguir en cada caso. De esto deduce las siguientes conclusiones:

1?) No prestando la necesaria atención o adoptando un criterio erróneo con respecto a la edad de juego puede provocarse un déficit de esta actividad que acarrea graves inconvenientes al niño y a la comunidad infantil escolar.

2?) La edad de juego debe ser valorada tomando como base la edad del núcleo hacia el cual demuestre el niño una particular atención (test del núcleo).

3?) Deben tomarse también muy en cuenta aquellos casos en que los niños, inducidos por razones de otro orden, eligen un núcleo determinado (niño físicamente débil que juega con menores, por temor a los más fuertes).

4?) Deben distinguirse, pues, una edad cronológica, una edad mental, una edad de juego y finalmente una edad educativa.

Se observa el hecho básico de que el niño en relación con su edad tiene distintos grados de educabilidad, es decir, una especial capacidad o disposición para recibir la educación o las influencias del adulto. Por el crecimiento de sus fuerzas, se desarrolla en el niño un verdadero impulso o deseo de independencia que modifica y aminora su grado o capacidad de ser educado, perdiendo poco a poco su plasticidad con respecto a las influencias de los adultos. Si la educación no se modifica o no se renueva paralelamente con estos cambios de la educabilidad, aparecen serios trastornos en el niño, siendo el tipo del *indisciplinado* el más característico. La edad educativa evoluciona paralelamente a la edad cronológica, pero se dan casos en que este fenómeno no se produce con exactitud. Existen niños de edad educativa avanzada o retardada, debiendo variar los métodos educacionales de acuerdo con la valoración de dicha edad. El niño puede ser completamente normal en la calle, entre los extraños en la clínica, etcétera, pero indisciplinado en la escuela y en su hogar, porque debido a su edad educativa avanzada, y no recibiendo un trato adecuado, se produce indirectamente un déficit en el juego.

Al desarrollar su tesis, Schneersohn intenta establecer una diferencia, tanto de objeto como metodológica, entre su sistema y el psicoanálisis y la psicología individual, sosteniendo que la concepción de Freud sólo admite que la sexualidad reprimida es la causa de la neurosis o las manifestaciones del complejo de inferioridad de Adler, sirviéndose ambos del método explicativo. La homociencia daría como causa principal de la neurosis el tedio, la falta de juego necesario y emplearía un método de psicoexploración para penetrar en forma sistemática en la realidad y descubrirla objetivamente en su unidad multiforme. Ubicaría el problema no en los planos profundos de la personalidad, sino en la clara conciencia del juego y en la conciencia del grupo en relación con ella. Como la neurosis se produce a causa de los inconvenientes surgidos durante el recreo, deduce como conclusión práctica que hay que reformar el actual régimen de recreos para hacer así la profilaxis de las neurosis infantiles, verdaderos gérmenes de las neurosis del adulto.

La observación debe realizarse en dos sentidos: 1º) tratando de descubrir en cada caso la contrariedad u obstáculo sufrido durante el recreo, que explicaría el comportamiento anormal, y 2º) tratando de curar radicalmente la neurosis dirigiendo en forma metódica la actividad en el juego y en la vida del núcleo infantil.

Dice el autor que la vida del niño está dominada enteramente por el juego, constituyendo así el fundamento del núcleo infantil y caracterizándose éste por su aspecto mágico, desempeñando el niño su papel en el juego como si se tratara de una realidad. De allí la singularidad del núcleo infantil que permite al niño vivir la realidad como un juego y el juego como una realidad.

La tragedia del niño solitario consiste, pues, en que estando separado de su núcleo se encuentra solo e indefenso, expuesto a la "sensata espontaneidad de los adultos", que reprimen sus impulsos infantiles. La neurosis es el resultado de la ruptura del lazo que une íntimamente al niño a su núcleo, enfermándose éste a causa del déficit de juego. Para conseguir la curación es necesario primeramente encontrar y restaurar dicha ruptura.

Su división de las neurosis es original y sumamente práctica y está referida a los distintos núcleos sociales, frente a los cuales el niño manifiesta predominantemente sus síntomas neuróticos. Su autor da las siguientes variedades: neurosis hogareña, escolar, de

la calle, de la sociedad, de los extraños y solitaria, dándose múltiples combinaciones entre ellas y siendo sus tipos puros los más raros.

Para Schneersohn cada caso estaría de este modo vinculado a un determinado núcleo social, causante de la neurosis; de esto se deduce la conducta práctica a seguir denominada traslación de los núcleos, en la que el médico y el psicopedagogo sirven de puentes de unión entre los núcleos sociales más importantes.

Uno de los aspectos más interesantes de este notable libro de Schneersohn lo constituye la psicología social de los núcleos infantiles, admitiendo que el principio básico de la psicología debe partir de la aceptación de que el niño no es solamente una miniatura del adulto, sino un ser peculiar, con leyes propias. Lo mismo sucede con el núcleo infantil, que no debe ser considerado como una miniatura del núcleo de los adultos, sino como una entidad singular, de tipo específicamente infantil e impuesto por las características biopsicológicas de dicha edad. Los niños no son capaces de imitar los actos de los adultos, así como tampoco los adultos son capaces de imitar los juegos infantiles. Unos y otros transforman los fenómenos de acuerdo con un sentimiento universal bien distinto; profundizando el autor a continuación algunas manifestaciones características de la vida colectiva infantil, como ser: el misterio, la jefatura neurótica, el despotismo, el antagonismo entre los núcleos, pseudoalucinaciones de juego. Demostrando de este modo con qué profunda regularidad se producen dichas manifestaciones y cuánta importancia tienen para el estudio, tratamiento y profilaxis de las neurosis y la pedagogía en general.

Sigue exponiendo Schneersohn a continuación una nueva doctrina de los recreos, recalcando que los maestros en general prestan muy poca atención a este momento de la vida escolar, y la escasez de métodos para llevar a cabo observaciones sistemáticas. Así es como una investigación a fondo de los procesos del juego y su desarrollo durante el recreo pondría en claro la gran influencia que éstos ejercen sobre la vida psíquica del niño, que indudablemente es más profunda que la enseñanza, porque los impedimentos en el juego son susceptibles de provocar en el niño reacciones neuróticas y antisociales.

El término recreo lo entiende el autor de esta obra como intervalo y descanso en el trabajo escolar, distinguiéndose éste de

los realizados en el hogar o en la calle. El recreo escolar tiene especial importancia porque en él llevará a cabo el niño la elección del núcleo al cual pertenecerá.

La escuela moderna reprime y entorpece el juego natural del niño, imponiéndose una reforma del recreo encaminada a crear las condiciones naturales del juego infantil en armonía con la enseñanza, para transformar de esta manera la escuela en un establecimiento educacional para el libre y armonioso desarrollo de los impulsos infantiles.

En la clase impera la influencia del maestro, es decir, del adulto, y en el recreo sucede lo contrario, imperando aquí la voluntad del grupo infantil. Surge así un conflicto permanente entre la clase y el recreo. El niño revela su naturaleza íntima durante el juego, mientras que el maestro se manifiesta productivamente en el curso de la clase. En dicho conflicto vence el más fuerte; el adulto impera de este modo en la escuela, adjudicándose para la enseñanza la mayor parte del tiempo. Esto es lo que Schneersohn denomina con acierto "conflicto fundamental*". El conflicto entre el niño y el adulto es ineludiblemente dramático y dialéctico, produciéndose entre dos sujetos que viven en sí mismos la propia contradicción. En la escuela, el niño y el maestro tratan por separado de imponer su voluntad, mientras cada cual vive oculto en el otro, teniendo esta lucha por objeto crear un equilibrio entre dos fuerzas fundamentalmente antagónicas, el juego y el trabajo. En la reforma del recreo debe proponerse pues la creación de la mayor armonía posible entre dichas fuerzas, evitando en la medida de lo posible dicho conflicto, ya se trate de niños o de adultos.

Utilizando las propias palabras del autor, hemos tratado de hacer una síntesis de su concepción de las neurosis infantiles y de su tratamiento por el juego libre y adecuado. Este valioso libro del profesor Schneersohn ofrece un gran interés para los padres, pedagogos y médicos, quienes tendrán sin duda una excelente guía para dirigir sus propias investigaciones y encauzar el dinámico y poderoso impulso del juego, propio de la infancia.

UNA NUEVA PROBLEMÁTICA PARA LA PSIQUIATRÍA *

La historia de la psiquiatría aparece jalonada en distintas épocas por las especulaciones de algunos investigadores acerca de la posibilidad del parentesco entre todas las enfermedades mentales a partir de un núcleo básico y universal. Sin embargo, estos intentos, viciados por una concepción organicista de la ecuación etiológica, origen de la enfermedad, excluyen de la patología mental la dimensión dialéctica en la que, a través de saltos sucesivos, la cantidad se convierte en calidad. La concepción mecanicista y organicista condujo, por ejemplo, en el caso de la psicosis maniaco-depresiva, a establecer una división entre formas endógenas y exógenas, sin indicar la correlación existente entre ambas. Sostiene Freud, por su parte, que la relación entre lo endógeno y lo exógeno debe ser vista como relación entre lo *disposicional* y los elementos vinculados al *destino* del propio sujeto. Es decir, hay una *complementaridad entre disposición y destino*. Agregamos a esto que, cuando se insiste en el factor endógeno o no comprensible psicológicamente, los psiquiatras llamados clásicos dejan traslucir su incapacidad para detectar el monto de privación, que al hacer impacto sobre un umbral variable en cada sujeto completa el aspecto pluridimensional de la estructuración de la neurosis o psicosis. Al considerar endógena una neurosis o psicosis, se niega en forma implícita la posibilidad de modificarla. El psiquiatra asume el rol de condicionante de la evolución del paciente, y entra en el juego del grupo

* *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, 1967, 13. (Número de homenaje al autor.)

familiar que intenta segregar al enfermo, por ser el portavoz de la ansiedad grupal. En síntesis: el psiquiatra se transforma en el líder de la resistencia al cambio a nivel comunitario, y trata al paciente como un sujeto "equivocado" desde el punto de vista racional.

En los últimos años, al uso instrumental de la lógica formal se agregó el de la lógica dialéctica y la noción de conflicto, donde los términos no se excluyen sino que establecen una continuidad genética sobre la base de síntesis sucesivas. La operación correctora o terapéutica se lleva a cabo siguiendo el trayecto de un vínculo no lineal, que se desarrolla en forma de una espiral continua, a través de la cual se resuelven las contradicciones entre las diferentes partes del mismo sujeto. Se incluye así una problemática dialéctica en el proceso corrector o en el vínculo con el terapeuta, que sirve de encuadre general, tendiente a indagar contradicciones que surgen en el interior de la operación y en el contexto de la misma.

La fragmentación del objeto de conocimiento en dominios particulares, producto de la fragmentación del vínculo, va seguida de un segundo momento integrador (epistemología convergente), cumpliéndose así dos procesos de signo contrario, que adquieren complementaridad a través de la experiencia emocional correctora. Puede afirmarse también que se trata de dos momentos de un mismo proceso, tanto en la enfermedad como en la corrección. Si este acontecer es puesto en marcha por el terapeuta, se impedirá, según la eficacia de su técnica, la configuración de situaciones dilemáticas, génesis de todo estancamiento, y la formación de estereotipos de una conducta, que toma características de desviación por falta de ajuste de los momentos de divergencia y convergencia.

La dificultad en la integración de estos dos momentos está dada por la presencia ineludible, en el campo del aprendizaje, del obstáculo epistemológico. Este obstáculo, que en la teoría de la comunicación está representado por el ruido y en la situación triangular por el tercero, transforma la espiral dialéctica del aprendizaje de la realidad en un círculo cerrado (estereotipo), actuando éste como estructura patógena. El perturbador de todo el contexto de conocimiento es el tercero, cuya presencia a nivel del vínculo y del diálogo condiciona los más graves disturbios de la comunicación y del aprendizaje de la realidad. De esto deriva mi definición de vínculo, sustituyendo la denominación freudiana de relación de

objeto. Todo vínculo, como mecanismo de interacción, debe ser definido como una *Gestalt*, que es al mismo tiempo bicorporal y tripersonal. (*Gestalt* como *Gestaltung*, introduciendo en ella la dimensión temporal.)

De esta *Gestalt* va a surgir el instrumento adecuado para aprehender la realidad de los objetos. El vínculo configura una estructura compleja, que incluye un sistema de transmisor-receptor, un mensaje, un canal, signos, símbolos y ruido. Según un análisis intrasistémico y extrasistémico, para lograr eficacia instrumental es necesaria la similitud en el esquema conceptual referencial y operativo del transmisor y del receptor; al no ser así, surge el malentendido. Toda mi teoría de la salud y la enfermedad mental se centra en el estudio del *vínculo* como estructura. La adaptación activa a la realidad, criterio básico de salud, será evaluada según la operatividad de las técnicas del yo (mecanismos de defensa). Su uso pluridimensional, horizontal y vertical, adaptativo, operacional y gnoseológico, en cada aquí y ahora, o sea en forma situacional a través de una planificación instrumental, debe ser tomado como signo de salud mental, que se expresa por un bias o desviación escasa del modelo natural. Esto es posible a través de una primera fase, que podemos llamar teórica, realizada a través de técnicas de percepción, penetración, depositación y resonancia (empatía), en la que el objeto es reconocido y mantenido a una distancia óptima del sujeto (alteridad). Por eso es que tanto la calidad como la dinámica del conocimiento condicionan una actividad en la que se reconoce un estilo propio de abordaje y de creación del objeto. Abordaje que tiende a aprehenderlo y modificarlo, constituyéndose así el juicio de realidad, criterio de salud y enfermedad mental, a través de una permanente referencia, verificación y evaluación en el mundo externo. La adaptación activa a la realidad y el aprendizaje están indisolublemente ligados. El sujeto sano, en la medida que aprehende el objeto y lo transforma, se modifica también a sí mismo, entrando en un interjuego dialéctico, en el que la síntesis que resuelve una situación dilemática se transforma en el punto inicial o tesis de otra antinomia, que deberá ser resuelta en este continuo proceso en espiral. La salud mental consiste en este proceso, en el que se realiza un *aprendizaje de la realidad* a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. En tanto se cumple este itinerario, la red de comunicaciones es

constantemente reajustada, y sólo así es posible elaborar un pensamiento capaz de un diálogo con el otro y de enfrentar el cambio.

Esta descripción alude a la superestructura del proceso. El campo de la infraestructura, depósito de motivos, necesidades y aspiraciones, constituye el inconsciente con sus fantasías (motivación), que son el producto de las relaciones miembros del grupo interno entre sí (grupo interno como grupo mediato e inmediato internalizado). Este fenómeno puede ser estudiado en el contenido de la actividad alucinatoria, en la que el paciente oye la voz del líder de la conspiración inconsciente en diálogo con el *self*, a quien controla y observa, ya que es una parte proyectada de él mismo. Otro hecho curioso del desarrollo de la psiquiatría es que hasta hoy se había insistido exclusivamente en la relación con el objeto perseguidor proyectado, abriéndose un campo tan vasto como el anterior al descubrirse una *patología del vínculo bueno* y la dimensión grupal del contenido inconsciente, perceptible a través de la noción de grupo interno, en interrelación permanente con el externo. En la fantasía motivacional hallamosy*como lo hiciéramos en la alucinación, una escala de motivos, necesidades y aspiraciones que subyacen en el proceso del aprendizaje, la comunicación y las operaciones tendientes al logro de gratificación en relación con objetos determinados. La acción y la decisión se asientan sobre esa constelación de motivos, y el logro está más relacionado con la aprehensión del objeto que con la descarga de tensiones, como lo describió Freud. El aprendizaje y la comunicación, aspectos instrumentales del logro de objeto, poseen una subestructura motivacional.

La conducta motivacional, la más ligada al destino del sujeto, consta también de esta doble estructura, en la que se puede observar que el aspecto direccional primario está ligado a las etapas iniciales del desarrollo. El proceso universal que promueve la motivación es el de la recreación del objeto, que adquiere en cada sujeto una determinación individual, surgida de la conjugación de las necesidades biológicas y el aparato instrumental del yo. El aspecto direccional secundario, elección de tarea, pareja, etcétera, pasa por el filtro grupal, que en definitiva decide la elección. El descubrimiento de la motivación constituye la más grande contribución de Freud, quien relacionó los fenómenos del "aquí y ahora" con

la historia personal del sujeto. Esto se llama "sentido del síntoma".

La doble dimensión del comportamiento, verticalidad y horizontalidad, se hace comprensible entonces por una psicología dinámica, histórica y estructural, alejada de la psiquiatría tradicional, que se mueve sólo en el campo de lo fenoménico y descriptivo. La doble dimensión condiciona aspectos esenciales del proceso corrector. La corrección se logra a través de la *explicación de lo implícito*. Esta concepción coincide con el esquema que algunos filósofos, economistas y sociólogos refirieron a lo económico-social, hablando de una superestructura y de una infraestructura y ubicando a la *necesidad* como núcleo dinámico de acción. En el ámbito del proceso terapéutico la resolución de la fisura entre ambas dimensiones se logra a través de un instrumento de producción, expresado en términos de conocimiento que permite el pasaje de la alienación, o de la *adaptación pasiva* en un bias regresivo, a la *adaptación activa* a la realidad. En nuestra cultura el hombre sufre la fragmentación y dispersión del objeto de su tarea, creándosele entonces una situación de privación y anomia que le hace imposible mantener un vínculo con dicho objeto, con el que guarda una relación fragmentada, transitoria y alienada.

Al factor inseguridad frente a su tarea se agrega la incertidumbre ante los cambios políticos, sentimientos ambos que repercuten en el contexto familiar donde la privación tiende a globalizarse. El sujeto se ve impotenciado en el manejo de su rol, y esto crea un umbral bajo de tolerancia hacia las frustraciones en relación con su nivel de aspiración. La vivencia de fracaso inicia el proceso de enfermedad, configurando una estructura depresiva. La alienación del vínculo con su tarea se desplaza a vínculos con objetos internos. El conflicto en su totalidad se ha internalizado, pasando del mundo externo al mundo interno con su modelo primario de la situación triangular. Esta depresión, que aparece con los caracteres estructurales de una depresión neurótica o neurosis de fracaso, sume al sujeto en un proceso regresivo hacia posiciones infantiles. El grupo familiar, en estado de anomia frente a la enfermedad de un miembro, incrementa la depresión del sujeto. Estamos en el punto de partida que, en un proceso de regresión, se va a articular con una estructura depresiva anterior, reforzándola. Es el momento de considerar en esta exposición la vigencia de otras

depresiones y analizarlas en la dirección del desarrollo, en sentido inverso al seguido en el proceso terapéutico que parte del aquí y ahora.

Voy a tomar como esquema de referencia aspectos de la teoría de M. Klein, Freud y Fairbairn para hacer comprensible mi teoría de la enfermedad única. Tendré en cuenta las dos primeras posiciones del desarrollo: la instrumental esquizoparanoide y la depresiva (patogenética existencial), a la que agrego otra: la patorrímica (temporal), que incluye los diferentes tiempos con que se manifiestan los síntomas generados en la posición patogenética o depresiva, estructurada sobre la base de la posición instrumental esquizoparanoide. A través de todo este trayecto permaneceré consecuente con mi teoría del vínculo. Pero antes de seguir adelante en la descripción de las posiciones vamos a estudiar los ingredientes de la causación de una neurosis o psicosis, o tomando la formulación de Freud: la ecuación etiológica, Entiendo que los principios que rigen la configuración de una estructura patológica son: 1) policausalidad, 2) pluralidad fenoménica, 3) continuidad genética y funcional, 4) movilidad de las estructuras, 5) rol, vínculo y portavoz, 6) situación triangular.

Como primer principio debemos destacar el de *policausalidad* o ecuación etiológica, proceso dinámico y configuracional, expresado en términos del monto de causación. En detalle, los parámetros son: *factor constitucional*, dividido en dos anteriores: el *genético* propiamente dicho y el *precozmente* adquirido en la vida *intrauterina*. La influencia que sufre el feto a través de su relación biológica con la madre incluye ya un *factor social*, puesto que la inseguridad o seguridad de la madre está relacionada con el tipo de vínculo que tiene con su pareja y la situación de su grupo familiar. Teniendo en cuenta la situación triangular vemos que esto opera desde el comienzo. Al *factor constitucional* se agrega en el desarrollo el impacto en el grupo familiar. La interacción de este hecho con el factor anterior da como resultado lo que se llama disposición o *factor disposicional* (según Freud, fijación de la libido en una etapa de su curso), lugar al que se vuelve en el proceso regresivo a fin de instrumentarse, como sucedió en el momento disposicional. El regreso es promovido por el *factor actual*, en el que el monto disposicional entra en complementariedad con el conflicto actual, descrito por mí como depresión desencade-

nante, iniciándose allí una regresión que marca el comienzo de la enfermedad.

Pluralidad fenoménica. Este principio se basa en la consideración de tres dimensiones fenoménicas de la mente, con sus respectivas proyecciones denominadas en términos de áreas: área uno o mente, área dos o cuerpo, área tres o mundo exterior. Estas tres áreas, fenoménicamente, tienen importancia en cuanto que el diagnóstico se hace en función del predominio de una de ellas, aunque un análisis estratigráfico demuestra la existencia o coexistencia de las tres áreas comprometidas en ese proceso en términos de comportamiento, pero en distintos niveles. Esto es lo que constituye el comportamiento en forma de una *Gestalt* o *Gestaltung* en permanente interacción de las tres áreas. Sin embargo, tenemos en cuenta que el proceso ordenador, o sea la planificación, en términos de estrategia, táctica, técnica y logística, funciona desde el *self* ubicado en el área uno, es decir, que ningún comportamiento le es extraño. Toda otra disquisición que negara esta totalidad totalizante caería en una dicotomía flagrante.

Las áreas son utilizadas en la posición instrumental esquizo-paranoide que sigue a la depresión regresional para ubicar los diferentes objetos y vínculos de signos opuestos en un clima de divalencia, con el fin, como ya dijimos, de preservar lo bueno y controlar lo malo, impidiendo así la fusión de ambas valencias, lo que significaría la configuración de la posición depresiva y la aparición del caos, duelo, catástrofe, destructividad, pérdida, soledad, ambivalencia y culpa. Si la posición instrumental no está paralizada, funciona en base al *splitting*, configurando los vínculos bueno y malo con sus respectivos objetos. Aquí aparece la fundamentación de una nosografía genética estructural y funcional en términos de localización de los dos vínculos en las tres áreas, con todas las variables que pueden existir. Por ejemplo, y a título de ilustración: en las fobias, agorafobia y claustrofobia, el objeto malo, paranoide o fobígeno, está proyectado en el área tres y actuando; esto configura la situación fóbica, donde tanto el objeto malo (fobígeno-paranoide) como el objeto bueno, en forma de acompañante fóbico, están situados en la misma área. El paciente teme por un lado ser atacado por el objeto fobígeno, preservando por otro el objeto acompañante depositario de sus partes buenas, por medio del mecanismo de evitación. Así no se juntan, eludiendo la catástrofe que

podría producirse ante el fracaso de la evitación. Toda una nosografía podría manifestarse en términos de área comprometida y valencia del objeto parcial. Esta nosografía, mucho más operacional que las conocidas, se caracteriza por la comprensión en la operación correctora en términos ya señalados y por su movilidad o pasaje de una estructura a otra, constituyendo esto el cuarto principio que puede ser observado durante el enfermarse y durante el proceso corrector.

Continuidad genética y funcional. La existencia de una posición esquizoparanoide con objetos parciales, es decir, el objeto total escindido, presupone la existencia de una etapa previa en relación con un objeto total con el que se establecen vínculos a cuatro vías. La escisión o *splitting* se produce en el acto del nacimiento, y todo vínculo gratificante hará considerar el objeto como bueno. Esto es lo que Freud llama (erradamente a mi juicio) instinto de vida (Eros), mientras que la otra parte del vínculo primario y de su objeto, sobre la base de experiencias frustradoras, se transforma en objeto malo, en un vínculo persecutorio, lo que de nuevo Freud considera como instinto, en este caso, instinto-de muerte, agresión o destrucción (Thanatos).

Como se ve, a mi entender, los instintos de vida o de muerte son ya una experiencia en forma de *comportamiento* donde lo social está incluido a través de momentos gratificantes o frustradores, produciéndose la inserción del niño en el mundo social. Ha adquirido a través de esas frustraciones y gratificaciones la capacidad de discriminar entre varios tipos de experiencias como primera manifestación de pensamiento, construyendo así una primera escala de valores. La división del objeto total tiene como motivación impedir la destrucción total del objeto, que al escindirse en bueno y malo configura las dos conductas primarias en relación con amar y ser amado y odiar y ser odiado, es decir, dos conductas sociales que determinan el comienzo del proceso de socialización en el niño que tiene un rol y un status dentro de un grupo primario o familiar. Retomando el punto de partida de la protodepresión, con la aparición del *splitting* como primera técnica del yo, nos introducimos en la posición esquizoparanoide descrita por Fairbairn y M. Klein en forma paralela a mis primeros trabajos sobre esquizofrenia.

Con la aparición de esta técnica defensiva se configuran dos vínculos, una situación de objeto parcial en relación de *divalencia*

(y no de ambivalencia como lo ha definido Bleuler), procesos de introyección y proyección, de control omnipotente, de idealización, de negación, etcétera. Teniendo en cuenta este concepto de posición esquizoparanoide es posible revisar el concepto de represión tan importante en la teoría psicoanalítica y punto de partida de la divergencia entre Freud y P. Janet. Freud sostenía que el proceso de represión era una estructura única y característica en la génesis de las neurosis; Janet en cambio entendía que el proceso primario podía ser definido en términos de disociación. Pienso que el pleito queda resuelto al considerar que la represión es un proceso complejo que incluye la disociación o *splitting*, procesos de introyección y de control omnipotente, etcétera.

Por ejemplo, el fracaso de este último constituye lo que Freud llama la vuelta de lo reprimido, que es lo negado, lo fragmentado, lo introyectado y proyectado, pudiendo volver en cualquiera de las tres áreas o dimensiones fenoménicas donde la mente sitúa los vínculos y objetos para su mejor manejo. En este volver, lo reprimido es vivido por el *self* como lo extraño y lo alienado. La ansiedad dominante en la posición esquizoparanoide es la ansiedad persecutoria o paranoide de ataque al yo. como producto de una retaliación por la proyección de la hostilidad¹ que vuelve agigantada o realimentada como un *boomerang* sobre el propio sujeto. Esta ansiedad paranoide vuelve como si proviniera de objetos humanos o desplazamientos, depositarios de la hostilidad de la cual el yo se ha liberado por la proyección. A esta ansiedad, la única descrita con anterioridad, agrego la otra proveniente de las vicisitudes del *vínculo bueno* o dependencia de objetos depositarios de esta calidad de sentimientos. Las alternativas sufridas por este vínculo dan como producto otro tipo de ansiedad, distinta de la persecutoria, con la cual, sin embargo, muchos la confunden: es el sentimiento de "estar a merced del depositario".

La ansiedad paranoide y el "sentimiento de estar a merced" (ansiedad depresiva de la posición esquizoide) son coexistentes y cooperantes en toda estructura neurótica normal. La antigua diferenciación entre ansiedad, angustia y miedo desaparece en la medida en que incluimos la dimensión de lo inconsciente o lo

¹ La hostilidad emerge como producto de la frustración.

implícito. Las definiciones de ansiedad y angustia estaban viciadas por el concepto de relación anobjetal.

La posición esquizoparanoide se vincula con la creciente idealización del objeto bueno, consiguiendo el yo por medio de su técnica la preservación del objeto idealizado. A medida que se incrementa la idealización de lo bueno aumenta el control y el alejamiento de lo malo y persecutorio, convirtiéndose el primero en un objeto invulnerable. Esta situación de tensión entre ambos objetos en distintas áreas hace necesaria la emergencia de una nueva técnica ante el carácter insoportable de la persecución: la negación mágica omnipotente.

Entre los demás procesos que operan debemos señalar la identificación proyectiva. En este mecanismo, el yo puede proyectar parte de sí mismo con distintos propósitos: por ejemplo, las partes malas para librarse de ellas, así como para atacar y destruir el objeto (irrupción). Se puede también proyectar partes buenas, por ejemplo, para ponerlas a salvo de la maldad interna o mejorar el objeto externo a través de una primitiva reparación proyectiva. En este momento podemos comprender lo que llamo situación depresiva esquizoide o neurótica. Se produce por la pérdida del control del depositario y lo depositado. Esta depresión no debe ser confundida con la depresión de la posición depresiva básica. En ésta observamos la presencia de un objeto total, vínculos a 4 vías, *ambivalencia*, culpa, tristeza, soledad en relación con la imagen del propio sujeto. En la *depresión esquizoide* se observa el vínculo con un objeto parcial, con depositación de los aspectos buenos. Es una depresión vivida en el afuera, sin culpa, en una situación *divalente* y con sentimiento de estar a merced.

El sentimiento básico de la depresión esquizoide es la *nostalgia*. M. Klein la describió, sin advertir su estructura diferenciada, cuando se refirió a la situación de despedida normal. La buena parte colocada con el objeto viajero o depositario se aleja de la pertenencia del yo. Éste queda debilitado, y a partir de ese momento no dejará de pensar en su destino; y si bien la preocupación manifiesta es por el depositario, su preocupación está vinculada al estado de las partes que de él se han desprendido, creándose una situación de zozobra permanente.

La nostalgia es algo distinto de la melancolía. El término es

una condensación creada por Hofer de las palabras griegas *nostos* —(νόστος) retorno— y *algos* —(αἰχμή) dolor—.

El *splitting* permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias. Está en la base de todo pensamiento, si consideramos que la discriminación es una de las primeras manifestaciones de este comportamiento del área une.

Posición depresiva. La posición esquizoparanoide, al lograr un manejo exitoso de las ansiedades de los primeros meses, lleva al niño pequeño a organizar su universo interno y externo. Los procesos de *splitting*, introyección y proyección le permiten ordenar sus emociones y percepciones, y separar lo bueno (objeto ideal) de lo malo (objeto malo). Los procesos de integración se hacen más estables y continuos, surgiendo un nuevo momento del desarrollo: la posición depresiva caracterizada por la presencia de un objeto total y un vínculo a cuatro vías. El niño sufre un proceso de cambio súbito y la existencia de cuatro vías en el vínculo le acarrea un *conflicto de ambivalencia*, de donde emerge la culpa. La maduración fisiológica del yo trae como consecuencia la organización de las percepciones de múltiple origen, así como el desarrollo y la organización de la memoria. La ansiedad dominante o miedo está referida a la pérdida del objeto, debido a la coexistencia en tiempo y espacio de aspectos malos (destructivos) y buenos en la estructura vincular.²

Los sentimientos de duelo, culpa y pérdida forman el núcleo existencial junto a la soledad. La tarea del yo en este momento consiste en inmovilizar el caos posible o en comienzo, apelando al único mecanismo o técnica del yo perteneciente a esta posición, la inhibición. Esta inhibición precoz, más o menos intensa en cada caso, va a constituir una pauta estereotipada y un complejo sistema de resistencia al cambio, con perturbaciones del aprendizaje, la comunicación y la identidad. La regresión desde posiciones más altas del desarrollo a estos puntos disposicionales, que toman el contexto de lo que M. Klein llamó *neurosis infantil*, trae como consecuencia la reactivación de este estereotipo al que llamamos *depresión básica*, con paralización de las técnicas instrumentales de la posición esquizoide. Si el proceso regresivo del enfermarse consigue reactivar el *splitting* y todos los otros mecanismos esquizoides,

² Que abarca al yo, al vínculo y al objeto.

con la reestructuración de dos vínculos con objetos parciales, uno totalmente bueno y otro totalmente malo, se configuran las estructuras nosográficas, según la ubicación de estos objetos en las distintas áreas.

A las dos posiciones descritas por M. Klein y Fairbairn —estructuras predominantemente espaciales— agregamos el factor temporal para construir la estructura tetradimensional de la mente. La situación patorrítmica se expresa en términos, velocidades o ritmos que constituyen *momentos* de estructuración patológica, que van de la inhibición y lentificación de los procesos mentales al polo explosivo donde todo sucede con las características —y de allí tomarán su configuración— de las crisis coléricas infantiles. Si esta bipolaridad llega a predominar en la manera de ser y de expresarse de las ansiedades y de las técnicas del yo tendientes a controlarlas y elaborarlas, nos encontramos en el amplio campo de la enfermedad paroxística (epilepsia).

En la ecuación etiopatogénica de la neurosis y psicosis debemos considerar lo que acontece en el proceso-del enfermarse y del recuperarse durante la operación correctora con el psicoterapeuta, así como la reparación de los aspectos instrumentales del par aprendizaje-comunicación. Esta perturbación, con antecedentes constitucionales, es una estructura con vigencia en la posición depresiva del desarrollo, a la que se vuelve (partiendo de la depresión desencadenante) en el *proceso regresional*. La funcionalidad de este proceso debe ser descrita en términos de "volver al lugar donde las técnicas del yo fueron eficaces"; pero al inmovilizar y dificultar la estructura depresiva la hizo rígida, repetitiva (estereotipo), quedando en forma latente como posición básica. Esta estructura actuó como punto disposicional en el momento del desarrollo, y si bien se controló a los miedos básicos, quedó estancada como estructura prototípica que constituye el núcleo patogenético del proceso del enfermarse. Esto es lo que yo llamo depresión básica (depresión del desarrollo, más depresión regresional con aspectos de la protodepresión).

Denomino *depresión desencadenante* a la situación habitual de comienzo, cuyo común denominador fue expresado por Freud en términos de privación de logros vinculados al nivel de aspiración. Este factor puede ser retraducido cuando se estudia su estructura en términos de depresión por pérdida o privación. No sólo en térmi-

nos de satisfacción de la libido y su estancamiento, sino también en términos de privación de objeto, o situación donde el objeto aparece como inalcanzable por *impotencia instrumental* de origen múltiple. La imposibilidad de establecer un vínculo con el objeto acarrea primero fantasías de recuperación, donde lo fantaseado está en relación con los instrumentos del vínculo (ejemplo: caso del miembro fantasma en la amputación de un brazo; negación de la pérdida del miembro). Esto constituye la defensa inmediata frente a la pérdida, que sin embargo no resiste la confrontación con la realidad, sumergiéndose entonces el sujeto en la depresión. Al imponerse la cruel verdad de la pérdida se inicia la regresión y elaboración del duelo que configuran la complejidad fenoménica y genética de la depresión regresional.

En síntesis, la estructura de la pauta depresiva de conducta está asentada en la situación de ambivalencia frente a un objeto total. De esta situación de ambivalencia surge la culpa (amor y odio frente a un mismo objeto, en un mismo tiempo y espacio). La ansiedad depresiva deriva del miedo a la pérdida real o fantaseada del objeto, el conflicto de ambivalencia, producto de un cuádruple vínculo (el sujeto ama y se siente amado, y odia y se siente odiado por el objeto), paraliza al sujeto por su intrincada red de relaciones. La inhibición se centra en determinadas funciones del yo. La tristeza, el dolor moral, la soledad y el desamparo derivan de la pérdida del objeto, del abandono y de la culpa. Frente a esta situación de sufrimiento surge la posibilidad de una regresión a una posición anterior, operativa e instrumental para el control de la ansiedad de la posición depresiva. El mecanismo básico es la división del yo y sus vínculos, y la aparición del miedo al ataque al yo, ya sea desde el área dos (hipocondría) o desde el área tres (paranoia). Aparece también un miedo depresivo frente al objeto bueno depositado con sentimiento de estar a merced y nostalgia.

Las neurosis son técnicas defensivas contra las ansiedades básicas. Son las más logradas y cercanas a lo normal, y están alejadas de la situación depresiva básica prototípica. Las psicosis son también formas de manejo de las ansiedades básicas, así como la psicopatía. Las perversiones son formas complejas de elaboración de la ansiedad psicótica, y su mecanismo se centra alrededor del apaciguamiento del perseguidor. El crimen es una tentativa de aniquilar la fuente de ansiedad proyectada desde el área uno al mundo exte-

rior, mientras que este proceso, internalizado, configura la situación de suicidio. La "locura" es la expresión de nuestra incapacidad para soportar y elaborar un monto determinado de sufrimiento. Este monto y nivel de capacidad son específicos para cada ser humano y constituyen sus puntos disposicionales, su estilo propio de elaboración.

Depresión iatrogénica. Denominamos depresión iatrogénica al aspecto positivo de la operación psicoterápica que consiste en integrar al sujeto a través de una dosificación operativa de partes disgregadas y hacer que la constante universal de *preservación de lo bueno y control de lo malo* funcione en niveles sucesivos caracterizados por un sufrimiento tolerable, por disminución del miedo a la pérdida de lo bueno y una disminución paralela al ataque, durante la confrontación de la experiencia correctora. En la adjudicación sucesiva de roles que en ella se realiza, el psicoterapeuta debe tener la plasticidad suficiente para asumir el rol adjudicado (transferencia), no actuándolo (*acting in* del terapeuta), sino retraduciéndolo (interpretación) en términos de, una conceptualización, hipótesis o fantasía acerca del acontecer[^]subyacente del otro, estando atento a su respuesta (emergente), que a su vez debe ser retomada en un continuo de hilo de Ariadna en forma de espiral. Recién ahora podemos formular lo que debe considerarse como unidad de trabajo, único método que por sus posibilidades de predicción se acerca más a un método científico de acuerdo con criterios tradicionales. Criterios que a su vez deben ser analizados para no caer víctimas de estereotipos que, actuando desde adentro del ECRO, de manera casi inconsciente, funcionan de parte del terapeuta como resistencia al cambio. La *unidad de trabajo* está compuesta por tres elementos que representan el ajuste de la operación: existente-interpretación-emergente. El emergente es expresado en el contexto de la operación y tomado por el terapeuta como material. Cuando el contenido es escotomizado y luego actuado afuera por el paciente, configura el *acting out*, frente al cual no hay que emitir juicio según una ética formal sino funcional, relacionándolo con el aquí y ahora que incluye aspectos positivos vinculados con el aprendizaje de la realidad o la reparación de las comunicaciones. Si el terapeuta juzga al paciente en términos de bueno, malo, inmoral, etcétera, arriesga la posibilidad de comprensión del mismo.

En el proceso corrector, a través de fenómenos de aprendizaje

y comunicación y sucesivos esclarecimientos, se disminuyen los miedos básicos y se posibilita la integración del yo, produciéndose la entrada en depresión y la emergencia de un proyecto o prospectiva que incluye la finitud como situación propia y concreta. Aparecen mecanismos de creación y trascendencia. La posición depresiva da entonces al sujeto oportunidad de adquirir identidad, base del *insight*, y facilita un aprendizaje de lectura de la realidad por medio de un sistema de comunicaciones, base de la información. En síntesis, los logros del penoso pasaje por la posición depresiva, situación ineludible en el proceso corrector, incluyen la integración que coincide con la disminución de los miedos básicos, reactivados por el proceso desencadenante, la disminución de la culpa y la inhibición, el *insight*, la puesta en marcha de mecanismos de reparación, creación, simbolización, sublimación, etcétera, que dan como resultado la construcción del pensamiento abstracto, el que por no arrastrar al objeto subyacentemente existente resulta más útil, flexible, capaz de evaluaciones en términos de estrategia, táctica, técnica y logística de sí mismo y de los demás.

La planificación y prospectiva, junto con las últimas técnicas nombradas, constituyen lo que Freud llama proceso de elaboración que sigue al *insight*. Este proceso, una vez puesto en marcha, persiste aunque se interrumpa el vínculo con el terapeuta, continuándose la elaboración después del análisis (*after analysis*). Esto se da cuando el proceso corrector ha seguido una estrategia adecuada. Paradójicamente es el momento de los mayores logros de autoconducción. Con la depresión iatrogénica cerramos nuestro esquema de las cinco depresiones: protodepresión, del desarrollo, desencadenante, regresional, iatrogénica. Ellas constituyen el núcleo básico del acontecer de la enfermedad y la curación.

Retomando los componentes de la causación configuracional, después del principio de continuidad genética estructural y funcional a través de cinco depresiones, me referiré al cuarto principio: *movilidad e interacción de las estructuras*. Ya hemos señalado el carácter funcional y significativo de las estructuras mentales que adquieren la fisonomía de lo que llamamos enfermedad mental. Un análisis secuencial y estratigráfico nos prueba el carácter complejo y mixto de cada una de ellas, diferenciándose unas de otras por el carácter dominante de la ubicación de los miedos básicos en cada área a través de vínculos significativos. Genéticamente se observan

en el desarrollo, lo mismo que en el proceso del enfermarse y el proceso corrector. Las estructuras son instrumentales y situacionales en cada aquí y ahora del proceso de interacción. Las discusiones bizantinas de los psiquiatras se deben en gran parte a un malentendido, ya que la estructura que se vio en un momento de observación puede variar en tiempo y espacio, puesto que la relación vincular con el investigador determina la configuración de estructuras con ese carácter funcional, instrumental, situacional y vincular, figurando este último en relación con el tipo específico de codificación y decodificación, aprendizaje, etcétera.

Por ello sostenemos este principio en sus aspectos fenomenológica) y genético, estructural y clínico. Quinto principio: *vínculo, rol, portavoz*: ya hemos definido el concepto de vínculo como una estructura compleja de interacción, no en forma lineal, sino en espiral, fundamento del diálogo operativo, donde a cada vuelta hay una realimentación del yo y un esclarecimiento del mundo. Cuando esta estructura se estanca por el monto de los miedos básicos, se paralizan la comunicación y el aprendizaje, estamos en presencia de una estructura estática y no dinámica que impide una adaptación activa a la realidad.

El concepto de rol, incorporado a la psicología social y desarrollado por G. H. Mead, el gran precursor de esta disciplina, que basó todo su desarrollo en el concepto de rol, su interacción, el concepto de mí, de otro generalizado, que representaría el grupo interno como producto de una internalización de los otros, adolece, sin embargo, de una limitación que hemos resuelto incorporando a la idea de grupo interno o mundo interno del sujeto la internalización llamada ecológica. Consideramos que la internalización del otro no se hace como un otro abstracto y aislado, sino que incluye los objetos inanimados, el habitat en su totalidad, que alimenta fuertemente la construcción del esquema corporal. A éste lo defino como la representación tetradimensional que cada uno tiene de sí mismo en forma de una *Gestalt-Gestaltung*, estructura cuya patología comprende los aspectos de la estructura temporo-espacial de la personalidad.

La noción popular de "querencia" o "pago" va mucho más allá de las personas que la integran, y eso se observa en las reacciones en las situaciones de migración: el miedo a la pérdida paraliza al migrador campesino en el momento en que tiene que asumir

un *toí* urbano, provocando su marginación. Retomando el concepto de rol, consideraremos algunas situaciones, las que se presentan con mayor frecuencia en los grupos operativos. El campo del grupo operativo está poblado por los roles prescritos o puestos, que definimos en términos de pertenencia, afiliación, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y telé, que representados en forma de un cono invertido convergen como roles o funciones para provocar en la situación de tarea la ruptura del estereotipo.

Se puede decir que en el acontecer del grupo determinadas personas van a asumir estos roles correspondientes de acuerdo con sus características personales; pero no todo se realiza en términos de una tarea positiva.

Otros roles, en cierta manera prescritos por su frecuencia, son asumidos por miembros del grupo, como los roles de portavoz, saboteador, chivo emisario y liderazgo, cuando alguno de los roles tiene mando: el líder autocrático, democrático, al que agrego el demagógico, cuya extraña ausencia en los investigadores llama la atención. Los miembros del grupo pueden asumir los roles consignados, y cuando la adjudicación o asunción del rol en el marco del puesto se realiza adecuadamente, su funcionalidad aumenta. Ciertos roles, como el conspirador o saboteador, son generalmente elegidos por el extragrupo e introducidos en el intragrupo con una misión secreta de sabotear fundamentalmente la tarea y el esclarecimiento. Estas infiltraciones, en forma de conspiración, deben ser tomadas como un hecho natural y son las fuerzas que actúan desde afuera, introducidas en el adentro para sabotear el cambio, es decir, son representantes de la resistencia al cambio. Roles por delegación con a veces infinitos eslabones, pero que van a dar a otro grupo que, como grupo de presión, asume en la comunidad el rol de la resistencia al cambio y el oscurantismo.

El nivel de cooperación en los pequeños grupos puede ser operativo, pero también lo es sobre todo en grupos más grandes. Cuando los liderazgos toman un campo mayor, a la identificación cooperativa se suma la identificación llamada cesariana, que puede jugar un rol en la historia cuando las situaciones grupales están en peligro o son incapaces de comprender el proceso histórico y cuando el miedo reactivado por situaciones de inseguridad y peligro se hace persecutorio. El movimiento regresivo dirigido por un líder cesariano trata entonces de controlar el grupo o tomar el poder.

Las identificaciones de este tipo entre los miembros de un grupo o comunidad, masa y líder, conducen a la idea de que la desgracia que ha caído sobre la comunidad ha sido traída exclusivamente por una conspiración de ciertas personas o grupos, a quienes se les adjudica el rol de responsables y chivos emisarios. Pero es frecuente encontrar un hilo conductor que va del liderazgo al "chivato", donde ambos juegan una especie de *role-playing*, en el que uno es el bueno y el otro, el malo.

Situación triangular

El complejo de Edipo, tal como fuera descrito por Freud, con sus variantes negativas y positivas, puede ser comprendido de una manera mucho más significativa si recurrimos a su representación espacial en forma de un triángulo, colocando en el ángulo superior al hijo, en el ángulo inferior izquierdo a la madre, y en el ángulo inferior derecho al padre.

Siguiendo la dirección de cada lado del triángulo tenemos una representación de cuatro vínculos. Por ejemplo, el niño en un primer nivel ama y se siente amado por la madre; en un nivel subyacente odia y se siente odiado por su madre; en el lado contrario es la relación del niño con su padre, donde en un primer nivel odia y se siente odiado y en un segundo nivel ama y se siente amado. Lo que pocas veces es consignado es el parámetro que opera desde la vida prenatal. Es la estructura vincular entre madre y padre, donde uno ama y se siente amado por el otro, u odia y se siente odiado por el otro. Haciendo abstracción de los participantes, este vínculo tendría también cuatro vías; pero en realidad, tomado desde ambos extremos, se complica aún más, porque tanto uno como otro adjudican roles y asumen roles partiendo de cada uno de los miembros de la pareja. Dependerá el monto de adjudicaciones y asunciones del rol de ser amado y ser odiado. Esta totalidad, verdadera jungla de vínculos, forma una totalidad totalizante, es decir, una *Gestalt* donde la modificación de uno de los parámetros acarrea la modificación del todo.

El 80 % de los trabajos que tratan del niño y sus vínculos se refiere a la relación con la madre; el padre aparece como un personaje escamoteado, pero por eso mismo operativo y peligroso.

Es la noción del tercero, que definitivamente nos lleva a definir a la relación bipolar o vínculo como de carácter bicorporal pero tri-personal.

El tercero en la teoría de la comunicación está representado por el ruido, que interfiere en un mensaje entre emisor y receptor y que aplicado en cualquier situación de conflicto social volvemos a encontrarlo como estructura básica y universal. De cada ángulo parten, por desplazamientos sucesivos, personas que desempeñan roles semejantes en relación con edad y sexo; de esta manera nos apartamos progresivamente del endogrupo endogámico hacia el extragrupo exogámico, que representa la sociedad. En el endogámico el tabú del incesto orienta las líneas de parentesco con sus prohibiciones y tabúes, y de esta manera pasamos de la psicología individual, con su situación endopsíquica, a la psicología social, que trata de las interrelaciones en el endogrupo o intragrupal, y finalmente a la sociología cuando tratamos de las interrelaciones intergrupales. Es el campo del exogrupo, ámbito específico de la sociología.

Si consideramos la función partiendo de estos parámetros podemos hablar de comportamiento económico, político, religioso, etcétera, en un nivel grupal o comunitario, cuyo análisis y evaluación se realizan partiendo de las seis funciones descritas: pertenencia y afiliación, cooperación y pertinencia, aprendizaje, comunicación y telé, cooperando en los niveles correspondientes a los campos de las ciencias sociales mencionadas y dirigidas hacia una situación de cambio que puede ser descrita en los niveles individual, psicosocial, comunitario y en la dirección de los comportamientos.

NEUROSIS Y PSICOSIS:
UNA TEORIA DE LA ENFERMEDAD •

La observación e indagación de los aspectos fenoménicos de la enfermedad mental o conducta desviada, inherentes a la tarea psiquiátrica, permiten a partir del descubrimiento de elementos genéticos, evolutivos y estructurales alcanzar una comprensión de la conducta humana como una totalidad en evolución dialéctica. Es decir que tras los signos de una conducta^aanormal", "desviada", "enferma" subyace una situación de conflicto de la que la enfermedad emerge como intento fallido de resolución.

Desde un enfoque totalizador definimos la conducta como estructura, como sistema dialéctico y significativo en permanente interacción, intentando resolver desde esa perspectiva las antinomias mente-cuerpo, individuo-sociedad, organismo-medio (Lagache). La inclusión de la dialéctica nos conduce a ampliar la definición de conducta, entendiéndola no sólo como estructura, sino como estructurante, como unidad múltiple o sistema de interacción, introduciéndose como concepto de interacción dialéctica la noción de modificación mutua, de interrelación intrasistémica (el mundo interno del sujeto) e intersistémica (relación del mundo interno del sujeto con el mundo externo). Entendemos por relación intrasistémica aquella que se da en el ámbito del yo del sujeto, en el que los objetos y los vínculos internalizados configuran un mundo interno, una dimensión intrasubjetiva en la cual interactúan configurando un mundo interno. Este sistema no es cerrado, sino que por mecanismos de proyección e introyección se relaciona con el mun-

* Clase n- 25, 1er. año, Primera Escuela Privada de Psicología Social, 1970.

do exterior. A esta forma de relación la denominamos intersistémica. En este sentido hablamos de la resolución de antinomias que han obstaculizado, como situaciones dilemáticas, el desarrollo de la reflexión psicológica en el contexto de las ciencias del hombre.

Desde la vertiente de la psiquiatría hablamos de conducta normal y patológica, incluyendo así otro par conceptual: salud y enfermedad, al que definimos como adaptación activa o pasiva a la realidad. Con el término adaptación nos referimos a la adecuación o inadecuación, coherencia o incoherencia de la respuesta a las exigencias del medio, a la conexión operativa e inoperante del sujeto con la realidad. Es decir que los criterios de salud y enfermedad, de normalidad y anormalidad no son absolutos, sino situacionales y relativos. Definida la conducta, a partir del estructuralismo genético,¹ como un "intento de respuesta coherente y significativa", podemos enunciar el postulado básico de nuestra teoría de la enfermedad mental: toda respuesta "inadecuada", toda conducta "desviada" es la resultante de una lectura distorsionada o empobrecida de la realidad. Es decir, la enfermedad implica una perturbación del proceso de aprendizaje de la realidad, un déficit en el circuito de la comunicación, procesos éstos (aprendizaje y comunicación) que se realimentan mutuamente.

Desde este punto de vista entendemos que el sujeto es sano en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización, y tiene capacidad para transformarla modificándose, a su vez, él mismo. El sujeto es sano en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico en el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada. La salud mental consiste, como lo hemos dicho, en un

¹ Compartimos muchos de los conceptos fundamentales sostenidos por esta corriente de pensamiento, particularmente la afirmación de que "todo comportamiento tiene un carácter de estructura significativa" y "que el estudio positivo de todo comportamiento humano reside en el esfuerzo por hacer accesible esa significación". Nos atrae particularmente el enfoque dialéctico de esta perspectiva para la que "las estructuras constitutivas del comportamiento no son datos universales, sino hechos específicos nacidos de una génesis pasada en situación de sufrir transformaciones que perfilan una evolución futura". (L. Goldmann, *Cénesis et Structure*, Mouton, La Haya, 1965.1

aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. Podemos decir también que consiste en una relación, o mejor dicho en una aptitud sintetizadora y totalizante en la resolución de las antinomias que surgen en su relación con la realidad.

Hemos definido la estructura como unidad múltiple, como sistema; esto nos remite a la enunciación de los principios que rigen la configuración de esa estructura, ya sea patológica o normal. Estos principios son:

- 1) *Principio de policausalidad*
- 2) *Principio de pluralidad fenoménica*
- 3) *Principio de continuidad genética y funcional*
- 4) *Principio de movilidad de las estructuras*

Agregamos a esto tres nociones que nos permitirán comprender la configuración de una estructura. Son las de rol, vínculo y portavoz.

1) *Principio de policausalidad*

Ya en el campo específico de la conducta desviada, podemos decir que en la génesis de las neurosis y psicosis nos encontramos con una pluralidad causal, una ecuación etiológica compuesta por varios elementos que se van articulando sucesiva y evolutivamente, a los que Freud llamó series complementarias. En este proceso dinámico y configuracional interviene en primer término el factor constitucional. En este factor, enunciado por Freud, distingo: a) elementos genéticos, hereditarios, lo genotípico o genético en sentido estricto, y b) lo fenotípico, es decir, aquellos elementos resultantes del contexto social que se manifiestan en un código biológico. Queremos decir que el feto sufre la influencia del medio social aun en el aparente resguardo de su vida intrauterina, por medio de las modificaciones del medio materno. A través de esas modificaciones impactan el desarrollo del feto las distintas alternativas de la relación de sus padres, la presencia o ausencia del padre, los conflictos del grupo familiar, sus vicisitudes de orden económico, situaciones de peligro individual o social, etcétera. Todo esto causa un monto de ansiedad en la madre que se traduce en el feto en alteraciones meta-

bélicas, sanguíneas, etcétera. Así, lo fenotípico y lo genotípico se articulan en la vida intrauterina para la estructuración del factor constitucional.

Una vez nacido el niño, el factor constitucional interactúa con el impacto de la presencia del niño en el grupo familiar, las características que con dicha presencia adquiere la constelación familiar, los vínculos positivos o negativos que en esa situación triagular (padre-madre-hijo) se establecen. Estas primeras vivencias y experiencias se articulan con lo constitucional, lo que Freud denominó factor disposicional.

Desde el nacimiento y durante el proceso del desarrollo el niño padece en su relación con el medio permanentes exigencias de adaptación. Se dan situaciones de conflicto entre sus necesidades y tendencias y las exigencias del medio. Surge así la angustia como señal de alarma ante el peligro que engendra la situación conflictiva. Si esa situación es elaborada, es decir, si el conflicto se resuelve en una solución integradora, el proceso de aprendizaje de la realidad continúa su desarrollo normal. Pero si el sujeto no puede elaborar su angustia ante el conflicto, y la controla y reprime por medio de técnicas defensivas, que por su rigidez tendrán el carácter de mecanismos de defensa estereotipados, el conflicto no se liquida sino que se elude y queda en forma latente como punto disposicional, con un estancamiento de los procesos de aprendizaje y comunicación (lo que Freud denominó de fijación de la libido).

Un factor actual o desencadenante, y con esto aludimos a un determinado monto de privación, una pérdida, una frustración o sufrimiento determinarán una inhibición del aprendizaje y las consecuentes regresión al punto disposicional y recurrencia a las técnicas de control de la angustia (posición patoplástica o instrumental), por medio de las cuales el sujeto intentará desprenderse de la situación de sufrimiento.

Queremos decir que el sujeto, por una pérdida real o fantaseada de un vínculo, por una amenaza de frustración o sufrimiento, se inhibe y detiene parcialmente su proceso de apropiación o aprendizaje de la realidad. Detiene parcialmente su progreso y recurre a mecanismos en ese momento operativos, aun cuando no lo son totalmente, ya que el conflicto no está resuelto sino eludido. Esto configurará una pauta de reacción que si se estereotipa da lugar a un

punto de fijación. El grado de inadecuación del mecanismo arcaico (que en el momento del desarrollo al que se regresa resultó operativo) y la intensidad de la estereotipia de su empleo nos darán un índice del grado de desviación de las normas que padece el sujeto y de las características de su adaptación (activa o pasiva) a la realidad. Por todo esto, podemos decir con Feud: "Cada sujeto hace la neurosis que puede y no la que quiere".

La neurosis o psicosis se desencadena cuando el factor disposicional se conjuga con el conflicto actual. Cuando el monto de lo disposicional es muy elevado, un conflicto actual, por escasa que sea su intensidad, es suficiente para desencadenar la enfermedad. Por eso hablamos de la complementariedad de los factores intervinientes.

Nos interesa señalar que los conceptos de constitución y disposición son de naturaleza psicobiológica. Con eso queremos insistir en que la teoría psicoanalítica de los neurosis y psicosis no postula, como equivocadamente se afirma en cierta literatura psiquiátrica, la psicogénesis de las neurosis y psicosis, ya que esto implicaría una parcialidad de la unidad psicofísica. Estos tres tipos de factores mencionados se intrincan en la configuración de las neurosis y psicosis. La enunciación de esta ecuación etiológica permite superar una concepción mecanicista que establece una estéril antítesis entre lo exógeno y lo endógeno, Freud sostiene que la correlación entre lo endógeno y lo exógeno debe ser comprendida como la complementariedad entre disposición y destino. Por nuestra parte, queremos señalar que los psiquiatras llamados "clásicos", al insistir en los factores endógenos de causación, escotomizan entre otras cosas el monto de privación o conflicto actual, que al hacer impacto en un umbral variable en cada sujeto completa el aspecto pluridimensional de las neurosis y psicosis.

2> *Principio de pluralidad fenoménica*

Este principio se funda sobre la consideración de tres dimensiones fenoménicas o áreas de expresión de la conducta. Cada área es el ámbito proyectivo en el que el sujeto ubica sus vínculos en un interjuego de mundo interno y contexto exterior mediante procesos de internalización y externalización. En este interjuego el cuerpo

resulta un área intermedia e intermediaria. Cada una de estas áreas —mente, cuerpo y mundo externo— tiene un código expresivo que le es propio.

Por ser el hombre una totalidad-totalizante (Sartre), su conducta comprometerá siempre, aunque en grados diferentes, las tres áreas de expresión. Hablamos de grados de compromiso de áreas en el sentido de que la depositación de los objetos con los que el sujeto establece vínculos es situacionalmente más significativa en el área que aparece como predominante. Por la fantasía inconsciente, el *self* (representación del yo) organiza proyecciones de objetos y vínculos en tres áreas, a las que llamaremos dimensiones proyectivas. Como consecuencia de esas proyecciones el sujeto expresará fenoménicamente, a través de distintos signos, en la mente, en el cuerpo y en el mundo sus relaciones vinculares. Es decir que en este sistema de signos que es la conducta la aparición de signos en un ámbito determinado es un emergente significativo que nos remite a las relaciones vinculares del sujeto, a su manera de percibir la realidad y a la modalidad particular de adaptarse a ella. Es decir, a la modalidad particular de resolver sus conflictos. Estas modalidades configuran lo que llamaremos la estructura de carácter del sujeto. La conducta es significativa, es un sistema de signos en el que se articulan significantes y significados, por lo cual se hace comprensible y modificable terapéuticamente. Los aspectos fenoménicos de la conducta, expresados en distintos ámbitos temporales-espaciales, son la resultante de la relación de sujeto, depositante, "lo depositado", con su valencia positiva o negativa, y la ubicación de los vínculos y objetos en un ámbito perceptual simbólico: el área. *El sujeto proyecta vínculos y objetos y actúa lo proyectado.* Por eso, sólo la interacción dialéctica del sujeto con el contexto permitirá una rectificación, una experiencia discriminadora y por ende correctora de su lectura de la realidad. El diagnóstico de la enfermedad se establece en función del predominio de una de las áreas por una multiplicidad sintomática, aunque el análisis estratigráfico nos muestra en cada situación el compromiso y existencia de las tres áreas.

Queremos señalar sin embargo que la mente opera por el *self* a través de mecanismos de proyección e introyección, como estrategia de esa ubicación, en los distintos ámbitos proyectivos, de los vínculos buenos o malos en un clima de divalencia y con la fina-

lidad de preservar lo bueno y controlar lo malo. Por esa depositación es que las áreas adquieren para el sujeto una significatividad particular en relación con la valencia positiva o negativa de lo depositado.

En la divalencia, el yo, el objeto y el vínculo —estructura esta última que incluye al yo, al objeto y a la relación dialéctica entre ambos— están escindidos y la tarea defensiva consiste en mantenerlos en esa escisión, ya que si lo bueno y lo malo se reunieran en el mismo objeto, el sujeto caería en una depresión, con su secuela de dolor y culpa, en una situación de ambivalencia. El yo elaborará también una estrategia para reunir los aspectos buenos y malos en un objeto (integración).

Postulamos sobre la base de estos conceptos una nosografía genética, estructural y funcional en términos de localización de los vínculos (bueno y malo) en las tres áreas mente-cuerpo-mundo externo, con todas las variables que de esa ecuación puedan surgir.

Ejemplificando, podemos decir que el sujeto fóbico proyectará y actuará el objeto bueno y el objeto malo en el área del mundo exterior. Por esa depositación se comportará evetativamente, es decir, presentará conductas de fuga como frente a un ataque exterior, y sentirá, por ejemplo, angustia en los espacios cerrados (claustrofobia) o en los espacios abiertos (agorafobia), en los que se siente a merced del perseguidor.

En la esquizofrenia el objeto perseguidor (vínculo malo) puede estar proyectado en el área tres (mundo externo) y el bueno en el área de la mente, caracterizándose así la esquizofrenia paranoide con una retracción de la realidad exterior y un encierro autístico y narcisista del sujeto. En el alejamiento del mundo externo, para evitar el objeto malo, se refuerza la privación que mencionamos como factor desencadenante.

3\ Principio de continuidad genética y funcional

Con este principio postulamos la existencia de un núcleo patogénico central de naturaleza depresiva del que todas las formas clínicas resultarían tentativas de desprendimiento. Estas tentativas se instrumentarían a través de las técnicas defensivas características de la posición esquizoparanoide descrita por Melanie Klein, a la

que yo denomino patoplástica o instrumental. Es decir que podríamos hablar de una *única enfermedad* con un *núcleo patogenético depresivo* y una instrumentación que tiene como mecanismo central la escisión o *splitting* del yo, del objeto y de los vínculos del yo con los objetos. A partir de esa escisión o *splitting* el sujeto recurre a las otras técnicas de la posición esquizoparanoide: la proyección (ubicación fuera de sujeto de los objetos internos), la introyección (pasaje fantaseado al interior del sujeto de los objetos externos y sus cualidades), el control omnipotente de los objetos tanto internos como externos, la idealización, etcétera. La alternancia e intrincación de la posición depresiva y la esquizoparanoide configuran una continuidad subyacente a los distintos aspectos fenoménicos característicos de los diversos cuadros clínicos.

Consideramos en la enfermedad mental una *génesis* y una *secuencia* vinculada a situaciones depresivas, de pérdida, de privación, de dolor, que son vividas como catástrofe interna en un clima de ambivalencia y culpa en el que el sujeto padece por sentir que odia y ama simultáneamente al mismo objeto, a la vez que es también amado y odiado por ese objeto. Es decir que en la relación con ese objeto pueden existir experiencias gratificantes (vínculo bueno) o frustrante (vínculo malo).

Estas pautas tienen su antecedente en dos situaciones incluidas en el desarrollo infantil normal. Con el nacimiento el niño sufre la primera pérdida de la relación simbiótica con su madre (pérdida del seno materno) y queda librado a las exigencias del medio externo en un estado de dependencia total. En esta situación, en la que vivirá experiencias gratificantes, surgidas de la satisfacción de deseos y necesidades, y experiencias frustrantes, estructurará sus vínculos positivos y negativos de acuerdo con la cualidad de la experiencia en cuya configuración intervienen ya fantasías inconscientes.

En ese estadio de su desarrollo, que abarca los seis primeros meses de vida, el sujeto recurre por primera vez, y con la finalidad de ordenar su universo para lograr una discriminación de sus emociones y percepciones, al ya mencionado mecanismo de escisión; relacionándose así, a partir del *splitting*, con lo que vivencia como dos objetos, uno totalmente bueno, gratificante, al que ama y por el que es amado, y otro totalmente malo, frustrante, peligroso y persecutorio, al que odia y por el que se siente odiado. Esta esci-

sión y relación del yo con dos objetos de valencias opuestas se denomina *divalencia* y es característica de la posición esquizoparanoide.

La ansiedad dominante en esta situación es la ansiedad paranoide o miedo al ataque del perseguidor, que es tanto mayor cuanto mayor haya sido el monto de hostilidad de la que el sujeto se ha librado proyectándola en el objeto interno y frustrante.

Con el proceso fisiológico de maduración y el manejo operativo de las ansiedades, el yo del niño logra una mayor integración, entrando así en una nueva fase, a la que M. Klein denominó posición depresiva del desarrollo (entre los seis meses y el año de vida). Hay un proceso de cambio como una organización integrativa de las percepciones. El sujeto reconoce el objeto total. No lo escinde, no lo divide, se relaciona con él como totalidad. Esto se da cuando el niño comienza a reconocer a su madre no en forma parcial (pecho, voz, calor, olor), sino como totalidad. Por el desarrollo de la memoria y de la capacidad integrativa establece con el objeto vínculos a cuatro vías, es decir que ama y se siente, amado y odia y se siente odiado por el mismo objeto, en el que descubre reunidas posibilidades de gratificación y frustración. De la misma manera, reconoce dentro de sí sentimientos de amor y gratitud coexistiendo con hostilidad y agresión. Esto provoca el sentimiento de ambivalencia con el temor a la pérdida del objeto amado y sentimiento de culpa por miedo a que los impulsos hostiles puedan dañar a dicho objeto.

La ambivalencia paraliza al sujeto, que tiene en ese momento como único recurso defensivo la inhibición que lo conducirá a la regresión y disociación. Todo esto configurará una pauta estereotipada de reacción que emergerá (a la que se regresa) en el proceso del enfermar a partir del conflicto actual o desencadenante.

Así, ante la situación de sufrimiento, característica de la depresión, surge la posibilidad de una nueva regresión a otra posición anterior, operativa o instrumental, que permite el control de la ansiedad. El sujeto sale de la inhibición y del conflicto de ambivalencia por una nueva disociación, y la ansiedad paranoide (miedo al ataque) reemplaza a la culpa (miedo a la pérdida).

Las neurosis son técnicas defensivas contra las ansiedades básicas. Dichas técnicas son las más logradas y cercanas a lo normal, y si bien resultan intentos fallidos de adaptación, se encuen-

tran más alejadas de la situación depresiva patogenética. Las psicosis son también intentos de manejo de las ansiedades básicas, pero menos exitosas que las neurosis, es decir, con un mayor grado de desviación de la norma de salud. Lo mismo sucede en las psicopatías, cuyo mecanismo prevalente es el de la delegación. Dentro de las psicopatías, las perversiones se manifiestan como formas complejas de elaboración de las ansiedades básicas, y su mecanismo general se centra alrededor del apaciguamiento del perseguidor (objeto malo). El crimen (también incluido en este cuadro) constituye la tentativa de aniquilar la fuente de ansiedad proyectada en el mundo externo. Cuando esta fuente es ubicada en el propio sujeto se configura la conducta suicida.

El fracaso de la elaboración del sufrimiento de la posición depresiva acarrea en forma inevitable el predominio de defensas que implican el bloqueo de las emociones y de la actividad de la fantasía. Estas defensas estereotipadas impiden, sobre todo, cierto grado de autoconocimiento o *insight* necesario para una adaptación positiva a la realidad. Es decir que el bloqueo del afecto, de la fantasía y del pensamiento que se observa en los distintos cuadros clínicos determina una conexión empobrecida con la realidad y una dificultad real de modificarla y de modificarse a sí mismo en ese interjuego dialéctico que es para nosotros un criterio de salud.

En cuanto a la situación depresiva, tomada como hilo conductor a través del proceso del enfermar y del proceso terapéutico, consideramos la existencia de cinco formas características, a las que denominamos: a) protodepresión, surgida de la pérdida que el niño vivencia al abandonar el claustro materno; b) posición depresiva del desarrollo, señalada por la situación de duelo o pérdida (desteque), conflicto de ambivalencia por una integración del yo y del objeto, culpa y tentativas de elaboración; c) depresión de comienzo o desencadenante. Es el período prodrómico de toda enfermedad mental y emerge ante una situación de frustración o pérdida; d) depresión regresional, la que implica la regresión a los puntos disposicionales anteriores, característicos de la posición depresiva infantil y su elaboración fallida; e) depresión iatrógena. Denominamos así a la que se produce cuando en el proceso corrector se intenta la integración de las partes del yo del paciente, es decir, cuando la tarea consiste en el pasaje de la estereotipia de los mecanismos de la posición esquizoparanoide a un momento depresivo

en el que el sujeto puede lograr una integración tanto del yo como del objeto y de la estructura vincular que los incluye. Adquiere así lo que llamamos *insight* o capacidad de autognosis, lo que le permite elaborar un proyecto con la inclusión de la muerte como situación propia y concreta. Esto significa enfrentar los problemas existenciales y el logro de una adaptación activa a la realidad con un estilo propio y una propia ideología de vida. Pero el momento depresivo de integración y la autognosis implican sufrimiento; por eso dice Rickman que "no hay curación sin lágrimas", pero agregamos que este sufrimiento es operativo.

La operación psicoterapéutica o proceso corrector consiste en última instancia en un proceso de aprendizaje de la realidad y de reparación de la red de comunicación disponible para el sujeto. La confrontación que implica la experiencia correctora cuando el sujeto puede integrarse en una situación de sufrimiento tolerable por la discriminación de los miedos básicos determina un manejo más adecuado de las técnicas del yo en la tarea de preservación de lo bueno y control de lo malo. ¿En qué consiste esa confrontación? En un proceso en el que el sujeto adjudicará al terapeuta distintos roles según sus modelos internos (transferencia). En este proceso de adjudicación se hará manifiesta su distorsión en la lectura de la realidad. Estos roles no serán actuados, sino retraducidos (interpretados) en una conceptualización o hipótesis acerca del acontecer inconsciente de su paciente. La respuesta del sujeto será retomada en ese diálogo como emergente, como signo que nos remite nuevamente a ese acontecer, que es el hilo que nos permite comprender y cooperar con él en la modificación de su percepción del mundo y las formas de su adaptación a la realidad.

Hemos enunciado cuatro principios que rigen, a nuestro juicio, la configuración de toda estructura patológica o normal. Me referiré ahora al mencionado en último término.

4) *Principio de movilidad de las estructuras*

Manejar este concepto implica situarse ante el paciente con un esquema referencial plástico que permita comprender que las estructuras son instrumentales y situacionales en cada aquí y ahora del proceso de interacción; que las modalidades o técnicas del manejo

de las ansiedades básicas, con su localización de objetos y vínculos en las distintas áreas, son modificables según los procesos de interacción en los cuales se compromete el sujeto. Esta afirmación tiene importantes implicaciones en lo que se refiere a la labor diagnóstica.

Retomando lo enunciado al referirnos al principio de pluralidad fenoménica, podemos afirmar que un análisis secuencial de la sintomatología de un paciente nos muestra que el sujeto en diversas situaciones presenta distintas defensas, distintas técnicas de manejo de sus ansiedades, con una variable ubicación de sus vínculos en las distintas áreas, en la permanente tarea de preservar lo bueno y controlar lo malo. Como ya lo hemos dicho, existiría un único núcleo patogenético, de naturaleza depresiva, y una instrumentación que tiene como mecanismo central la escisión del yo, de los objetos y de los vínculos, y que se complementa con el repertorio de técnicas defensivas de la posición esquizoparanoide. El hecho de que todos los cuadros clínicos aparezcan desde esta perspectiva como tentativas de desprendimiento de ese núcleo patogénico nos permite postular, teóricamente, lo que resulta un dato de observación clínica: la movilidad de las estructuras y su naturaleza situacional. Así como por el análisis secuencial podemos advertir dicha movilidad, el análisis estratigráfico nos revela el grado de compromiso de las áreas, o sea, el monto y calidad de la disposición que hace el sujeto en cada área. Tenemos así un área involucrada en primer término por la multiplicidad sintomática, lo que orienta el diagnóstico situacional y estructural, a la vez que podemos observar el grado de compromiso (siempre en términos de depositación) de las otras dos áreas, lo que nos permitirá establecer el pronóstico.

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA TRANSFERENCIA EN LOS PACIENTES PSICÓTICOS *

El fin que aquí persigo es hacer resaltar algunos aspectos de la transferencia y especialmente aquellos de los pacientes esquizofrénicos. Todo lo que ha sido tan brillantemente expuesto por mis colegas Dr. Lagache, Dr. Slumberger y la profesora A. Aberastury puede ser aplicado de una manera general en el tratamiento de los psicóticos.

Deseo hacer notar las contribuciones de M. Klein y de Frida Fromm-Reichmann y sus aspectos significativos: los puntos de vista que expongo son el resultado de mi trabajo como analista de psicóticos. Considero que las ideas expresadas por M. Klein sobre los mecanismos esquizoides y por Susan Isaacs sobre la naturaleza y la función de la fantasía indican la dirección de las investigaciones futuras.

Frida Fromm-Reichmann demostró en su primer trabajo sobre "El problema de la transferencia en los esquizofrénicos" la existencia de ésta (la transferencia), así como sus características esenciales. El esquizofrénico debe ser considerado como una persona que ha sufrido graves experiencias traumáticas en su primera infancia, en una época en que su yo y su capacidad para examinar la -realidad no estaban aún suficientemente desarrollados. Estas precoces experiencias traumáticas parecen dar la base psicológica

* Relato oficial presentado a la XIV Conferencia de Psicoanalistas de Lengua Francesa (noviembre de 1951) y publicado en la *Revue Francaise de Psychanalyse*, 1952, tomo XVI, n° 1-2.

Revista de Psicoanálisis, 1961, tomo XXVIII, n- 2, Traducido al castellano por María C. Grondona y Héctor J. Cassinelli.

de la influencia patogénica de las frustraciones para el futuro. En esta tapa el niño vive en un mundo narcisista, el trauma es una herida al egocentrismo infantil, y el sujeto se transforma en un niño extremadamente sensible a las frustraciones de la vida, su capacidad para resistir los traumas se agota fácilmente, escapa de la realidad, que se vuelve insoportable, tratando de restablecer el mundo autístico infantil. Este tipo de desarrollo influye decididamente sobre la actitud del paciente hacia el analista, y la conducta de este último deberá estar condicionada por la comprensión de esta situación. El esquizofrénico es extraordinariamente suspicaz y desconfiado, trata continuamente de poner a prueba al analista antes de aceptarlo. Su necesidad de dependencia es extrema (inseguridad esquizofrénica), su actitud narcisística es una defensa de esta situación anterior, puesto que siente que la reacción de desilusión puede tener efectos catastróficos.

Si las reacciones esquizofrénicas son más tumultuosas y aparentemente más imprevistas que las de los neuróticos, esto se debe a los inevitables errores del analista. Estos enfermos son capaces de desarrollar fuertes corrientes de afecto, de *amor* (transferencia positiva) y de *odio* (transferencia negativa) hacia el analista, y configurar las situaciones de transferencia en el sentido más estricto.

La separación del esquizofrénico de la realidad no es completa. Alejándose del mundo se defiende de él, pues para él éste le es hostil. Las relaciones de objeto se conservan y la transferencia debe ser comprendida en estos términos; *de la misma manera* debe comprenderse la concepción del narcisismo secundario, que está condicionada por una relación especial (identificación) con un objeto introyectado.

En la relación transferencial repetirá una relación de objeto particularmente intensa establecida durante la infancia con un objeto bueno (uno de sus padres o una de las personas que lo rodean); esta relación le servirá de apoyo en la medida que fue menos ambivalente.

La tendencia a establecer contacto con otras personas es tan intensa como la tendencia al aislamiento como defensa. La relación establecida debe ser significativa, comprensible y terapéuticamente útil.

El analista debe acercarse al esquizofrénico con la mayor sensi-

bilidad, los mayores cuidados y precauciones para no reforzar su desconfianza. Para esto debe superar su propia angustia, que siente frente a la soledad del paciente y al hecho de penetrar en el aislamiento del esquizofrénico.

El analista debe mantener una actitud de aceptación y de complacencia en lo concerniente al aspecto infantil (el niño rechazado y frustrado), a la vez que una actitud de respeto y comprensión de acuerdo con la edad cronológica del paciente.

Decir claramente al enfermo, el cual aparentemente no está en estado de comprender, la necesidad y razones del tratamiento es el punto de apoyo de una serie de interpretaciones con el fin de alcanzar un *insight* progresivo. Todo otro tipo de acercamiento vicia desde el comienzo de la relación transferencial.

Los métodos para fomentar la transferencia positiva, como, por ejemplo, el no analizarla, no deben emplearse; la transferencia debe ser analizada sobre todo en su aspecto negativo. Solamente los elementos que son una expresión de la interrelación real y positiva con el analista deben ser respetados; durante su recuperación el paciente traerá él mismo estos temas. ' *

Se debe evitar interpretar solamente los contenidos; el paciente necesita la ayuda del analista para comprender la génesis y la dinámica de sus angustias y defensas contra éstos (contenidos). La investigación de las "operaciones de seguridad" (Sullivan) o de las defensas empleadas en la situación transferencial contra las angustias que han surgido en esta situación es la dirección basal que dirige la técnica tanto en el análisis de los neuróticos como en el de los psicóticos (F. F. Reichmann).

La situación transferencial despierta angustias muy precoces, y el paciente repite sus angustias y defensas características durante el tratamiento. La intensidad condiciona neurosis, psicosis y caracteropatías de transferencia que ocupan la parte central del trabajo analítico. El material de los sueños es muy representativo de esta situación, sobre todo si se lo considera en términos de la relación de objetos —objetos introyectados, realidad interior, estructura del yo (disociación), etcétera.

La situación transferencial se vuelve comprensible si se la considera como la expresión de una fantasía inconsciente, con una génesis, una estructura, un contenido y una función particulares, tal como es concebida por M. Klein, S. Isaacs, Joan Rivière y Paula

Heímatm. Citaré algunas condiciones de trabajo de S. Isaács referentes a la situación transferencial que se manifiesta como una *totalidad (Gestalt)* en función, es decir, una conducta (Dr. Lagache):

a) Las fantasías son el contenido primario de los procesos mentales inconscientes.

b) Las fantasías inconscientes se refieren primeramente al cuerpo y representan fines instintivos dirigidos hacia los objetos.

c) Estas fantasías son en primer lugar los representantes psíquicos de los instintos libidinosos y destructivos; desde el comienzo de su desarrollo se elaboran como defensa, como cumplimiento de deseos y como contenidos de angustia.

d) Los postulados de Freud sobre la "Satisfacción alucinatoria de los deseos, su introyección primaria y su proyección" son la base de la vida de la fantasía.

e) A través de las experiencias externas las fantasías se elaboran y pueden expresarse, pero su existencia no depende solamente de la experiencia externa.

f) Las fantasías no dependen de las palabras, *aunque en ciertas condiciones* puedan ser expresadas por medio de palabras.

g) Las primeras fantasías se experimentan como sensaciones; más tarde toman la forma de imágenes plásticas y de representaciones dramáticas.

h) Las fantasías tienen tanto efectos psíquicos como corporales; por ejemplo, los síntomas de conversión, las cualidades corporales, el carácter y la personalidad, los síntomas neuróticos inconscientes y la sublimación.

i) Las fantasías inconscientes constituyen el nexo activo entre los instintos y los mecanismos. Cuando se estudia detalladamente, puede verse que toda variedad del mecanismo del yo surge de tipos específicos de fantasías, que en última instancia tienen su origen en pulsiones instintivas. "El yo es una parte diferenciada del ello". Un mecanismo es un término abstracto general que describe ciertos procesos mentales experimentados por el sujeto como fantasías inconscientes.

j) La adaptación a la realidad y el pensamiento de la realidad necesitan el apoyo y la presencia de fantasías inconscientes. La observación de las formas en las cuales se desarrolla el conoci-

miento del mundo exterior demuestra cómo la fantasía del niño contribuye a su *aprendizaje*.

k) Las fantasías inconscientes ejercen una influencia continua durante toda la vida, tanto en las personas normales como en los neuróticos; la diferencia reside en el carácter específico que les está asociado y en su relación con la realidad exterior.

1) En la situación transferencial el paciente repite fantasías que tuvo durante los primeros años de su vida y que constituyen el contenido profundo de la situación transferencial en lo que se refiere al impulso hacia el objeto como a los mecanismos de defensa que están incluidos como un todo en la situación.

Para Susan Isaacs, "La personalidad, las actitudes, las intenciones y aun mismo las características externas y el sexo del analista, tales como el enfermo los ve y los siente" cambian día a día y de un momento a otro, según las modificaciones de la vida interior del enfermo (causadas por las interpretaciones del analista o por los acontecimientos externos), es decir que *"la relación del enfermo con su analista es casi siempre enteramente una fantasía inconsciente"*.

El fenómeno de la transferencia en su totalidad no es solamente una prueba de la existencia y de la actividad de la fantasía en todos los pacientes, ya sean niños o adultos, enfermos o sanos; *sus modificaciones detalladas nos hacen capaces de descifrar el carácter particular de las fantasías en actividad en ciertas situaciones y su influencia sobre otros procesos mentales.*

La transferencia es ahora el principal instrumento para conocer lo que pasa en el psiquismo del enfermo y también para descubrir y reconstruir su primera historia. Descubrir las fantasías de transferencia y establecer sus relaciones con las primeras experiencias y con las situaciones actuales constituyen el principal medio de curación.

La repetición de situaciones de la infancia y su *acting out* en la transferencia se remontan a situaciones muy anteriores a los primeros recuerdos conscientes: el enfermo, ya sea niño o adulto, nos muestra frecuentemente, con los detalles más llamativos y dramáticos sentimientos, impulsos y actitudes apropiadas no solamente a las situaciones de la infancia, sino también a aquellas de los primeros meses de la infancia. En sus fantasías con el analista el enfermo retrocede hasta sus primeros días, y estudiar sus fantasías

añ Sus contenidos y comprenderlas en todos sus detalles es obtener un conocimiento sólido de lo que ha pasado en realidad en su psiquismo cuando era niño.

El conocimiento del contenido de estas fantasías constituye una de las contribuciones principales de la obra de Melanie Klein. En 1930 escribía: "El análisis de los niños entre 2 años y medio y 5 años demuestra claramente que para todos los niños al comienzo la realidad exterior no es más que un espejo de la propia vida instintiva. Ahora bien, las primeras fases de las relaciones humanas están dominadas por pulsiones orales sádicas.

"Estas pulsiones sádicas son acentuadas por las experiencias de privación y frustración; el resultado de este proceso es que todos los demás instrumentos de expresión sádica que el niño posee, y a los cuales llamamos sadismo uretral, anal y muscular, son a su vez activados y dirigidos hacia los objetos. El hecho es que en esta fase la realidad externa está poblada de objetos en la imaginación infantil, de los cuales se espera que traten al niño de la misma manera sádica como éste se ha visto obligado a tratarlos. Esta relación es ciertamente la primera de las realidades primitivas del niño.

"No es una exageración decir que en la primera realidad del niño el mundo es un seno y un vientre ocupados por objetos peligrosos, peligrosos en función de los propios impulsos que empujan al niño a atacar al mundo. Si por el curso normal del desarrollo el yo se relaciona gradualmente con los objetos externos de acuerdo con una escala de valores reales, para el psicótico el mundo (lo que equivale a los objetos) está valorizado de acuerdo con el nivel original, es decir que para el psicótico el mundo sigue siendo un vientre poblado de objetos peligrosos. Si se me pidiera dar, en pocas palabras, una generalización válida para los psicóticos, diría que la principal sería entre ellas la que corresponde a defensas contra las fases principales del desarrollo del sadismo."

En el mismo año, estudiando la importancia de la formación del símbolo para el desarrollo del yo, M. Klein demuestra con un material clínico estas situaciones, pero es en su artículo sobre los "mecanismos esquizoides" donde reúne sus ideas sobre este tema. Vamos a extraer algunos aspectos que nos interesan aquí en relación con la transferencia. En la primera infancia surgen las angustias características de las psicosis que empujan al yo a desarrollar

mecanismos de defensa específicos, encontrando en este período el punto de fijación de todas las perturbaciones psicóticas. *Las angustias primitivas, los mecanismos de defensa del yo en esta época, ejercen una profunda influencia en todos los aspectos del desarrollo (yo, superyó, relaciones de objeto).*

Las relaciones de objeto existen desde el comienzo de la vida, lo mismo que la disociación del objeto y el interjuego entre la introyección y proyección, entre los objetos y las situaciones internas y externas.

Desde el comienzo, la pulsión destructiva es dirigida hacia el objeto, que se expresa primeramente en fantasías de ataques sádicos orales contra el seno de la madre y después se extiende al cuerpo; de ahí surgen las angustias paranoides producidas por el deseo de robar al cuerpo de la madre lo que contiene de bueno y de poner en ella sus excrementos (pulsiones sádicas anales), con el deseo de entrar en su cuerpo para poder controlarlo desde adentro. Esto es de una gran importancia en el desarrollo de la paranoia y de la esquizofrenia y forma la base de un mecanismo descrito por M. Klein (identificación proyectiva), del cual hablaré después. Defensas típicas aparecen frente a estas ansiedades paranoides: la disociación del objeto, disociación del yo y del *vínculo entre ambos*, la idealización, la negación de la realidad externa e interna, el bloqueo de afectos, la despersonalización, etcétera. M. Klein describe en el desarrollo una primera fase, la posición paranoide (ansiedad paranoide, mecanismos esquizoides que han surgido frente a ésta), y después la posición depresiva con sentimientos de duelo y culpabilidad y mecanismos defensivos; por ejempo, mecanismos maníacos.

Durante el análisis de los niños y de los psicóticos, la repetición y la reconstrucción de estas primeras fantasías que corresponden a estas dos fases del desarrollo, al mismo tiempo que los mecanismos que les son característicos, configuran la neurosis transferencial, y el éxito del análisis depende del grado en el cual estas fantasías inconscientes que alimentan la ansiedad pueden volverse concretas en su relación con la transferencia.

Me referiré, finalmente, a un mecanismo cuyo análisis sistemático es fundamental en el tratamiento de los esquizofrénicos: la identificación proyectiva, que configura, según mi experiencia, muchos aspectos de la situación de transferencia. Ella se manifiesta

en las neurosis y caracteropatías, pero en los esquizofrénicos su análisis adquiere una importancia capital en el proceso de curación.

M. Klein la estudió (identificación proyectiva) y H. Rosenfeld dio de ella muy claros ejemplos clínicos. Voy a resumir sus principales características:

1?) Se intensifica en situaciones internas y externas que pueden aumentar momentáneamente la necesidad de proyección (por ejemplo, las frustraciones sufridas en la situación transferencial).

2?) La base de este mecanismo se encuentra en las primeras pulsiones:

a) Orales sádicas de vaciar el cuerpo del objeto (introyección) .

b) Pulsiones anales y uretrales sádicas de llenar con excrementos y orinas el cuerpo vaciado (proyección).

3?) La necesidad de control del objeto por este mecanismo está generalmente en proporción con el tipo de madre omnipotente y que ejerce un control severo, como las madres de esquizofrénicos.

4?) Esto constituye un punto de fijación para la homosexualidad y la paranoia, tal como lo demostró H. Rosenfeld.

5?) Las funciones de este mecanismo pueden ser el control obsesivo del perseguidor o el apaciguamiento de éste, como en el caso de la homosexualidad.

6?) Este mecanismo tiene generalmente dos niveles, uno en relación con la madre y otro en relación con el padre, que surgen alternativamente en la situación transferencial.

7º) Lo que ocurre primero es una disociación del yo y una proyección de esta parte disociada en el objeto; las características de este mecanismo serían las siguientes:

a) Expulsar la parte mala de sí mismo.

b) Dañar al objeto.

c) Controlarlo y tomar posesión de él (control omnipotente derivado de las pulsiones anales secundarias).

d) Expulsar el odio contra una parte de sí mismo dirigiéndolo contra el objeto, el cual es sentido por el yo como un perseguidor.

e) Contribuir a aumentar la intensidad del odio dirigido hacia otra persona (por ejemplo, hacia el analista en la situación transferencial).

f) El yo se debilita por la expulsión de algunas partes de

él mismo, ya que los sentimientos agresivos están íntimamente ligados en el psiquismo a los sentimientos de poder, de potencia, fuerza, conocimiento, etcétera,

g) Pero las partes buenas también pueden ser proyectadas (excrementos como regalos). Son las partes amadas de sí mismo las que son proyectadas entonces, situación que parece ser fundamental para el desarrollo de buenas relaciones objétales y la integración del yo.

h) Si esta proyección es excesiva, las partes buenas son sentidas como una pérdida de sí mismo y el objeto (la madre o el analista) se transforma en el ideal del yo externo. Esta situación tiende a empobrecer y debilitar al yo, y puede extenderse a otras personas, dando como resultado una gran dependencia de éstas, que son las representantes externas de las partes buenas de sí mismo. La otra consecuencia es el temor de haber perdido la capacidad de amar, sintiendo que el objeto amado es sobre todo amado como representante de sí mismo (elección narcisista y homosexual).

i) Este proceso puede invertirse por la introyección de estos objetos (la parte mala) y conduce al temor de que no solamente el cuerpo sino también la mente sean controlados por otras personas, de manera hostil. El temor a la *reintroyección* de un mundo externo peligroso, más el temor de los perseguidores internos y una huida hacia el objeto bueno interno condicionan el alejamiento de la realidad.

8?) El yo debilitado por el proceso anterior se vuelve incapaz de asimilar estos objetos internos, lo que conduce a los sentimientos de éstos dirigidos por ellos (los sentimientos de influencia surgidos durante el análisis son la proyección de este control interno), y el yo debilitado puede sentirse capaz de retomar en sí mismo las partes que habrá proyectado en el mundo exterior.

9?) Estas perturbaciones de interjuego de proyecciones e introyecciones implican una excesiva disociación del yo y perturban seriamente la relación tanto con el mundo interno como con el mundo externo, la que, según M. Klein, es el núcleo de algunas formas de esquizofrenia.

10º) La proyección en una persona de partes disociadas de uno mismo influye esencialmente sobre las relaciones del objeto, en la vida emocional y en la personalidad como un todo. Melanie Klein ilustra este aspecto del problema con un ejemplo más o menos uni-

versal: el sentimiento de soledad y el temor de partir. Los sentimientos depresivos que aparecen después que las personas se han alejado son condicionados en parte por el temor de la destrucción del objeto por las pulsiones agresivas hacia él por la frustración de la separación; pero M. Klein cree que es el mecanismo de identificación proyectiva el que interviene más específicamente. Estos sentimientos agresivos disociados de sí mismo y proyectados sobre el objeto hacen sentir al sujeto como si controlara al objeto de manera agresiva y destructiva. Al mismo tiempo, el objeto interno se encuentra en la misma situación de peligro y destrucción que el objeto externo, el cual es sentido como una parte de sí mismo.

El resultado es un excesivo debilitamiento del yo, el sentimiento de que no hay nada que lo sostenga, con una correspondiente dependencia de los otros. Se puede observar esta misma situación en el momento de la interrupción de la sesión de análisis o en el momento de la interrupción de los fines de semana en pacientes extremadamente dependientes, dependencia surgida de este sentimiento de debilidad.

TERMINACIÓN DEL ANALISIS *

(en colaboración con los Dres. M. Abadi, J. Bleger
y E. Rodrigué)

Presentaremos un breve bosquejo de nuestras opiniones sobre el tema "Terminación del análisis", como contribución a su mejor esclarecimiento.

Desearíamos poder contar con otro término más exacto y correcto, que reflejase mejor lo que realmente ocurre en lo que hasta ahora llamamos terminación del análisis. Estos términos que buscamos podrían ser algo así como culminación, desenlace o cierre del análisis, sin que ninguno de ellos termine de satisfacernos. Una relación que se impone de inmediato es la existencia entre terminación del análisis y curación, y en este sentido creemos que el concepto de curación deriva de los criterios de terminación del análisis y de ninguna manera adelantamos nada si queremos delimitar a este último valiéndonos del otro.

El término del análisis es la finalización de un ciclo que debe ser ubicado y comprendido de la misma manera que lo son las finalizaciones de los otros ciclos del desarrollo. Lo que realmente termina es la situación analítica, ya que la operación analítica se internaliza como proceso interno, de tal manera que podríamos decir que el análisis termina cuando se ha hecho internamente interminable. En otros términos, cuando se ha producido un enriquecimiento del mundo interno, con disminución del monto de ansiedades y cuando el yo no utiliza sus energías en paralizar y dominar esos miedos, sino que los resuelve en el manejo de la realidad interna y externa, es decir, cuando se ha producido una instrumentación de

* No hemos logrado ubicar la ocasión en que se presentó originalmente este trabajo.

las ansiedades, un manejo de los miedos con sentido de realidad. Esto implica, como ya lo sabemos, una rectificación de los procesos masivos de proyección-introyección, rectificación del aprendizaje y la comunicación, adquisición de la identidad y la alteridad, utilización de la identificación proyectiva como instrumento de ajuste a la realidad.

Creemos también de importancia subrayar que hay muchas clases de terminación del análisis, de la misma manera como cada ser humano cumple los mismos ciclos de desarrollo, de manera totalmente individual y diferente de los otros. En este sentido, la terminación del análisis está estrechamente relacionada con el momento evolutivo o con la etapa de la vida que el sujeto atraviesa, tanto como con los momentos críticos y los conflictos típicos de cada edad o período vital. La experiencia analítica es también un ciclo en la vida de un sujeto, que tiene que cumplir y satisfacer de manera irreversible e irrepetible, tanto como lo es cada período o ciclo vital.

El tratamiento psicoanalítico es una experiencia vital y única, irreversible e irrepetible, como lo es todo período o suceso vital, y tiene que ser planeado y conducido como tal. La fantasía de un análisis interminable es una fuente de resistencias en cuanto se posterga el análisis de situaciones porque serían ya analizadas "en otra oportunidad". Los criterios de terminación del análisis deben ser esclarecidos al comienzo de la operación analítica, porque ellos incluyen el plan de vida de cada sujeto, incluida su propia escala de valores. Didácticamente también deben ser enseñados primero los criterios de terminación del análisis antes que la técnica, estrictamente considerada, porque esta última está condicionada en alto grado por los primeros.

E. Jacques introdujo el concepto de *span of time* para referirse al tiempo en que cada individuo puede realizar una tarea bajo su propia responsabilidad, de manera autónoma, sin estar sometido a frenos o exigencias de autoridad. La terminación del análisis está también relacionada estrechamente con el logro del máximo del *span of time* para cada sujeto y también con lo que se podría designar el *span of space*, que es el exponente del grado de amplitud o estrechamiento del yo, ya que esto último tiene mucho que ver con el plan de vida y la amplitud que el mismo cubre, tanto en tiempo como en espacio.

LA "URGENCIA PSIQUIÁTRICA" *

En psiquiatría denominamos *urgencia* a toda situación en la que el trastorno aparece en forma súbita y repentina (exabrupto), aunque el análisis *post factum* de los datos demuestre que la pauta de reacción estaba preformada (disposición), activándose el proceso en un desarrollo acelerado por la presencia- de un factor actual desencadenante cuyo común denominador es el sentimiento de frustración. Esta frustración se origina en la pérdida de un vínculo.

Fenoménicamente la situación de urgencia, cuyo modelo natural sería el intento de suicidio, aparece como un proceso ahistórico que a través del análisis mostrará su carácter histórico. Es de importancia fundamental el esclarecimiento, en el primer contacto terapéutico, de la naturaleza o identidad del objeto perdido. La existencia de una situación previa de pérdida es fácilmente negada por el paciente y su grupo familiar.

El carácter acelerado del proceso obliga a adoptar una acción terapéutica inmediata, rápida, apremiante, para evitar consecuencias graves. Sobre los primeros datos, el equipo terapéutico deberá elaborar una estrategia para la operación, que ha de convertirse velozmente en táctica.

- En la práctica diaria de médico general, las urgencias psiquiátricas son relativamente frecuentes. Si bien en los medios urbanos la posibilidad de consulta con el especialista puede facilitar la resolución del problema, no podemos dejar de señalar la im-

* Apuntes para una conferencia pronunciada en ocasión de las Jornadas Celebratorias del Centenario del Hospital Rawson, Buenos Aires, 1968.

portancia fundamental que tiene para la evolución de todo cuadro *el primer contacto terapéutico*, generalmente a cargo del médico de la familia, de guardia o de un clínico o especialista no psiquiátrico.

En todas las urgencias psiquiátricas, definidas como la *emergencia* súbita e insólita de un estado en el que las funciones psíquicas aparecen perturbadas, la situación se estructura de acuerdo con los criterios que hemos enunciado a través de la enseñanza de la psiquiatría. Esta situación puede manifestarse en las siguientes áreas de expresión: la mente, el cuerpo, el mundo. El mecanismo psíquico que determina la localización del trastorno en un área de expresión es el de la proyección, que sigue la pauta adquirida durante el desarrollo mediante sucesivas identificaciones. El predominio de la expresión en un área determinada configura el aspecto fenoménico, sin dejar de señalar siempre que los tres vectores de expresión forman una totalidad; de ahí la afirmación de que el hombre debe ser considerado como una totalidad totalizante en función (Sartre).

Si tratamos de ubicar los diversos trastornos psiquiátricos aparecidos bruscamente con predominio en un área determinada, nos encontramos con un principio configuracional de las estructuras patológicas al que denominamos *pluralidad fenoménica*, o sea, múltiple aparición de síntomas en las tres áreas. En este momento estamos hablando de la aparición de los síntomas, aspectos que orienta el diagnóstico.

Antes de continuar con otros principios configuracionales, queremos señalar que es sobre el campo de la pluralidad fenoménica donde se orientan los primeros pasos de la indagación, y que es la observación la fuente de toda actitud clínica y el instrumento que permitirá captar los rasgos configuradores, en su conjuunto, de un cuadro clínico con su consiguiente diagnóstico, el cual gira alrededor de lo predominante.

Los datos accesorios pueden contribuir a estructurar los otros momentos de toda operación terapéutica, es decir, *el pronóstico, el tratamiento y la profilaxis*.

Dentro del campo de la urgencia podemos introducir el paso de la prevención al considerar que el diagnóstico precoz constituye el basamento más sólido para planificar el manejo de un paciente. Repetimos muy a menudo que el pronóstico de un paciente depende

en gran medida de la rapidez con que es establecido el diagnóstico, permitiendo un rápido pasaje de la estrategia a la táctica. El otro factor de pronóstico a considerar está relacionado con la capacidad del médico, que actúa con una técnica y una logística adecuadas.

Junto al principio de pluralidad fenoménica actúa una *poli-causalidad* o ecuación etiológica, a la que ya hemos hecho referencia al hablar de pauta preformada (disposición) y pérdida como factor desencadenante. Con estos elementos se conjuga un grupo familiar caracterizado por una historia de experiencias depresivas que originan un sentimiento catastrófico permanentemente realimentado y una comunicación escasa y distorsionada.

Consideramos también una *continuidad genética y funcional* que corresponde en nuestra sistemática a las ideas de Selye con respecto al concepto de *stress*; y en nuestra teoría de la enfermedad única, al concepto de depresión básica, cuya elaboración en diferentes niveles, intensidades, ritmos y formas configura los cuadros agudos, subagudos y crónicos.

Nuestro trabajo de hoy está focalizado en la construcción de un esquema de instrumentos operativos accesibles al médico general y a otros especialistas, y aun más concretamente a aquellos que deben enfrentarse con el paciente en un estado agudo que viene o es traído a la guardia de un hospital. Es entonces cuando el concepto de urgencia psiquiátrica esbozado esquemáticamente debe ser manejado de acuerdo con cuatro criterios: 1) Determinación de la presencia de un proceso biológico; 2) cuándo las circunstancias exigen acción inmediata para evitar consecuencias graves; 3) cuándo se cuenta con medidas terapéuticas (psicodrogas) que permitan reducir y evitar dichas consecuencias, y 4) cuándo no hay contraindicación para un tratamiento de un caso de urgencia (p. ej., problemas cardíacos), criterios a profundizar cuando enfoquemos la importancia de las estrategias para el manejo del paciente en las primeras veinticuatro horas de su enfermedad.

Como conclusión de este cuarto criterio debemos considerar en la forma más amplia posible la urgencia. A pesar de otras opiniones contrarias, sostengo que en un medio adecuado y con un esclarecimiento adecuado del paciente y su grupo familiar se debe recurrir a la hospitalización, comenzándose, por este solo hecho, a reducir las ansiedades del paciente y su familia. El aprovechamiento integral de las primeras veinticuatro horas es decisivo para esta-

blecer un plan de logros o finalidades que determinará el destino del paciente en relación con su enfermedad.

Siguiendo un criterio sistemático, no hay que detenerse a investigar urgencias verdaderas o seudourgencias. Cualquier tipo de conducta desviada, ya sea auténtica o revestida de simulación, disimulación y sobresimulación, debe ser enfocada, sin pérdida de tiempo, como la de un sujeto necesitado de *ayuda psiquiátrica*, guiándonos por la medida del sufrimiento neurótico y sus consecuencias.

Finalmente, señalaremos un criterio que hemos establecido en los últimos tiempos: el abordaje nunca debe ser unipersonal, sino que de inmediato y paralelamente debe ser tomado en cuenta el grupo familiar, que siempre está comprometido en el tipo de eclosión de la urgencia psiquiátrica. Esto nos da motivos para enunciar un principio que se agrega a los anteriores, y es tan importante que nos sirve de guía para la operación por realizar. Lo formulamos así: el paciente es el portavoz de las ansiedades, tensiones (*stress*) y conflictos del grupo, el cual tiende inconscientemente a expulsar al miembro enfermo por un proceso que denominamos segregación, y que si se prolonga en el tiempo nos permite hablar de abandonismo.

El abordaje pluridimensional se plantea como objetivo atenuar la ansiedad para lograr el esclarecimiento, salvar la vida del paciente para poder curarlo, lograr un umbral de comprensión. La utilización de psicodrogas permite lograr la comunicación con el paciente y atenuar las ansiedades y hace posible comenzar la comprensión y el esclarecimiento del conflicto actual desencadenante. Es importante que el terapeuta incluya en dicho esclarecimiento la situación témporo-espacial, la identidad del sujeto y el carácter situacional del episodio. El paciente debe saber quién es, dónde está, por qué está ahí, qué le sucedió.

La terapia debe tomar dos vectores, esclareciendo en el mismo sentido al grupo familiar y al paciente. Para evitar el esfuerzo del mecanismo de segregación, o "venganzas" directas o indirectas, es importante no insistir en la responsabilidad consciente del grupo, haciendo de la emergencia un fenómeno grupal influido por relaciones intergrupales alejadas del foco del problema.

En el enfoque grupal de la situación de urgencia podemos considerar tres posibilidades: 1) reunir, utilizando las técnicas del grupo operativo, a la totalidad de los integrantes, es decir, paciente y familia. El criterio que guiará al terapeuta en su deci-

sión de incluir en una misma situación grupal a la familia y al paciente consiste en la evaluación de la capacidad de discriminar que presenten en ese momento paciente y grupo; 2) operar por un lado con el paciente y por el otro con el grupo familiar; 3) esta operación doble puede ser abordada por un mismo terapeuta o por un equipo que actúe simultáneamente en la situación del grupo y del paciente. Es aconsejable el empleo de esta última técnica en la medida en que se configura un equipo terapéutico con mayores posibilidades de realimentación y un mejor aprovechamiento del tiempo, factor fundamental en estos casos.

La consigna para convocar a los integrantes del grupo inmediato del paciente puede ser formulada así: "Vengan los que puedan...", evitando toda exigencia o atribución directa de responsabilidades.

Retomemos la definición de urgencia diciendo que clínicamente es urgencia psiquiátrica toda pérdida de control consciente con la emergencia de un cuadro agudo de conducta desviada que debe ser explorado en toda su policausalidad.

TÉCNICAS DE SUPERVISIÓN GRUPAL EN PSICOTERAPIA DE NIÑOS *

(en colaboración con R. M. Reynoso, L. Chamó,
L. Huberman, E. Lawrence, J. Loschi, E. Pereno
y A. M. Quiroga)

En determinado momento, un equipo de larga experiencia en psicoterapia de niños y adolescentes, que dirige el Dr. Reynoso, solicitó al Dr. Pichon-Riviére la realización de un control. En especial, esta supervisión permitió la profundización en el conocimiento de la dinámica familiar del niño o del adolescente enfermos.

El Dr. Pichon-Riviére nos expresó en la primera reunión que el niño se somete consciente e inconscientemente al rol adjudicado por el grupo familiar, que se encarga de estereotiparlo y segregado. Para hacer comprensible el todo como una *Gestalt* que integran el niño y su familia, es absolutamente indispensable, señaló el Dr. Pichon-Riviére, el abordaje interdisciplinario, no sólo porque descubre la estructura general de ese mapa de interacciones, sino también porque enriquece e instrumenta al terapeuta encargado del paciente para una interpretación cada vez más operativa que influya en el grupo familiar. De esta manera puede construirse una estrategia de abordaje más rápida y segura.

Las técnicas de supervisión y evaluación son uno de los factores para la formación, ajuste y apoyo del psicoterapeuta cuando se aplican de manera sistemática como una tarea grupal, de modo de adquirir un esquema referencial que incluya los cuadros generales de la patología. Este planteo fue no sólo confrontado con otras metodologías, sino que se logró un ajuste progresivo dentro del conjunto de conceptualizaciones.

* Relato presentado en el Congreso Latinoamericano de Psicopatología Infanto-Juvenil, Buenos Aires, 1969.

La supervisión grupal es en estos casos acumulativa e interdisciplinaria, configurándose finalmente una *Gestalt* de información que le permitirá al terapeuta, como portavoz de una experiencia de este tipo, comenzar a construir sus interpretaciones con sus fantasías, las que, por la coherencia de la tarea, han dejado de ser grupales.

Desarrollaremos en este trabajo algunos aspectos de esta experiencia. Las reuniones del equipo con el supervisor y una observadora se realizaron semanalmente durante tres horas. En las mismas se presentaba un caso, previamente seleccionado por el grupo de trabajo, que por sus características ofreciera más dificultades para el manejo terapéutico y la relación con la familia.

Ejemplificaremos nuestra tarea relatando un caso llevado al control. La presentación se basó en una detallada historia clínica, el informe de una batería de tests proyectivos, el estudio de una entrevista familiar grabada y la evolución a través de su tratamiento.

Este caso posibilitó, casi experimentalmente/relacionar la aparición de los síntomas (encopresis) con experiencias de cambio y abandono; subyacentemente existía una situación de pánico crónico. El tratamiento, que duró dos años, modificó al principio el síntoma y más tarde la estructura del paciente. Podemos pensar que esos dos períodos de análisis atacaron dos dimensiones: el síntoma, con sus múltiples tentativas de elaboración y reaparición, y la estructura, de manera de crear un sentimiento de seguridad que, como consecuencia, mejoraría su relación con la familia, estableciéndose un círculo beneficioso.

Pablo, de 12 años, vino a la consulta por padecer encopresis desde los 6, terrores nocturnos, tics, onicofagia y conducta agresiva. Entre sus antecedentes más importantes figuraban: anoxia de recién nacido, destete brusco al cuarto mes, vómitos frecuentes y urticaria desde muy pequeño. Traumatismos frecuentes y una historia muy profusa de fobias y temores. Era buen alumno del último grado primario. Había recibido tratamiento psicoterapéutico en tres oportunidades sin que se hubiera conseguido modificar el cuadro clínico. Un resumen del informe de los tests refería una intensa ansiedad paranoide con mecanismos de defensa predominantemente disociativos, tentativas de control y tendencia a la actuación. Su conducta agresiva aparecía como una fachada tras la que ocultaba sus senti-

mientos de debilidad, soledad y pobreza. Necesitaba mantener una distancia con el objeto (mecanismo fóbico) por temor a ser penetrado y destruido. Se hacían evidentes sus dificultades para el control emocional y sus trastornos de carácter. Con respecto al tratamiento, al principio tuvo dificultades muy pronunciadas de verbalización, lo que llevó al terapeuta a utilizar técnicas psicodramáticas para favorecer la aparición de material. Posteriormente se continuó con la técnica psicoterapéutica verbal. El paciente estableció una fuerte relación transferencial, y a través del análisis de la misma se fue produciendo una modificación de sus defensas, un fortalecimiento del yo al disminuir la intensidad de su miedo al ataque y a la pérdida y, como consecuencia, una mejoría de sus síntomas. A un año de comenzado el tratamiento, y coincidiendo con la desaparición de la encopresis, se observó en Pablo una resistencia a concurrir a sus sesiones, fenómeno que fue interpretado transferencialmente, pero que al mismo tiempo nos hizo suponer la influencia del núcleo familiar, el cual podía favorecer inconscientemente esta resistencia ante la ruptura del estereotipo familiar que la mejoría de Pablo provocaba. Con este motivo se realizó una sesión familiar, a la que concurrieron los padres, los abuelos maternos, los dos hermanos y el paciente. De esta reunión se dedujo que la imagen que el grupo familiar tenía de la enfermedad de Pablo era contradictoria, acusándolo a él de la misma para desligarse de las responsabilidades en cuanto al origen de la enfermedad. La resistencia del grupo familiar al terapeuta (terapia) era intensa y adjudicada a Pablo. Este rechazo se expresaba ofreciendo vías muertas para el esclarecimiento de los temas, estereotipándose en el diálogo, enfrentando al terapeuta, interfiriendo la comunicación.

El Dr. Pichon-Rivière encontró significativo que la conexión por la que el paciente llegó a la clínica fuera una prima de él, enurética, que no había mejorado su síntoma por la terapia, si bien había aliviado sus trastornos de conducta. Interpretó esto como señal de una profunda resistencia del grupo familiar a la modificación de los contenidos expresados por el síntoma de Pablo. Esto se confirmaba por la actitud posterior de la familia, la cual, al suprimirse el síntoma, mostró resistencias a la continuación del tratamiento del niño, lo que obligó a la realización de una entrevista familiar con el fin de intentar modificar estas resistencias.

El temor a la muerte, muy intenso en Pablo, estaba ligado a la fantasía de vaciamiento ante la pérdida de control de esfínteres, en conexión seguramente con la prolongada anoxia que padeció de recién nacido inmediatamente después del parto.

Un antecedente específico del futuro síntoma encoprético lo hallamos a los 2 años de edad, momento en el cual Pablo orinaba por toda la casa. Podemos entender en esta conducta un intento de fecalización del ambiente (fantasía de ensuciar).

Como factor inmediato desencadenante del síntoma, cuando tenía 6 años, encontramos la coincidencia del embarazo de la madre, entendiéndose la encopresis como una fantasía de parto anal. Coincidió también con el ingreso de Pablo a la escuela, lo que confirma una vez más la relación entre la aparición de la encopresis y situaciones de inseguridad ante el cambio. De igual modo reapareció la encopresis, que había remitido circunstancialmente, al ser cambiado de colegio, un mes antes de la consulta. Un episodio similar ocurrió durante el tratamiento después de algunos meses de la desaparición del síntoma y en ocasión de las vacaciones del terapeuta, perdió nuevamente el control del esfínter anal, a lo que se asoció una inflamación peribucal, clara expresión de la intensa frustración oral vivida como destete. Repetía así la vivencia de desamparo experimentado a los 6 años, intentando regresar a una etapa anterior del desarrollo, con la fantasía de ser cuidado y atendido.

La misma ansiedad persecutoria que subyace en el síntoma encoprético, exclusivamente diurno en Pablo, se expresa durante la noche mediante el pavor. El Dr. Pichon-Rivière diferenció la pesadilla, que expresaría un nivel más histérico, del pavor, reconociendo en éste rasgos paroxísticos tales como: va acompañado de queja o grito, los ojos están abiertos pero el sujeto duerme, hay dificultad para despertarlo y vuelve a dormirse de inmediato. No recuerda el sueño; las crisis motoras que pueden presentarse al ser despertado se deben al pánico por no poder reconocer a quienes lo rodean. La situación básica es de pánico.

Entre los antecedentes del paciente figuraban tres caídas con pérdida del conocimiento, otra expresión de su tendencia a la descarga paroxística. Su marcado interés por los eclipses representaría una verdadera proyección de sus estados crepusculares.

Se pudo entender el rechazo de Pablo hacia las explicaciones

de orden sexual como una inhibición por sus fantasías incestuosas.

De la entrevista familiar pudimos deducir que la madre negaba la enfermedad, ya que, entre otras cosas, Pablo representaba su nivel de aspiración intelectual. Su intenso narcisismo y su omnipotencia se revelaron cuando, al referirse al nacimiento del niño, dijo: "sólo mío, sin compartir con nadie". El abuelo, al aliarse con Pablo, se hace portavoz de una situación familiar de incomunicación e inseguridad que hace manifiesta el paciente con su inseguridad esfinteriana. Éste, al mantenerse marginado durante la entrevista, expresó su situación de abandono y desamparo, básica en la enco-
presis.

Queremos expresar, finalmente, que este caso nos sirvió para ejemplificar cómo el intercambio permitió una mejor comprensión del paciente y aportó nuevas perspectivas en algunos aspectos psicopatológicos.

**PRÓLOGO AL LIBRO DE FRANZ ALEXANDER
Y THOMAS M. FRENCH
'TERAPÉUTICA PSICOANALÍTICA' •**

Franz Alexander y Thomas M. French, figuras de prestigio universal en el campo de la psiquiatría y del psicoanálisis, han planeado y dirigido esta *Terapéutica psicoanalítica*, que cuenta entre sus redactores a los principales miembros del Instituto de Psicoanálisis de Chicago.

Como todas las publicaciones de ese instituto/ caracteriza a la presente su alta seriedad. Sería difícil reunir un grupo de colaboradores de mayor capacidad: un conjunto de médicos de notable espíritu investigador y cuya dilatada práctica les ha permitido verificar y controlar resultados. Maravilla a veces el notable tacto psicológico y la aguda penetración que evidencian en el manejo de los problemas de los pacientes. En ocasiones llama también la atención cómo, con escasos datos, logran alcanzar una visión tan plástica y tan dinámica del paciente.

Ahora bien: los autores destacan con particular insistencia que no han incluido en el libro ni un solo caso tratado según el procedimiento psicoanalítico estrictamente clásico. Dicen que "esta omisión es intencional, en primer lugar, porque la literatura psicoanalítica abunda en tales presentaciones, y en segundo lugar, porque en nuestros estudios hemos hallado pocos casos que requieren una estricta adhesión a la técnica normal en todo el curso del tratamiento". Si bien la opinión de los autores me merece el mayor respeto, creo que ahí hay algo así como una confusión o una inversión del planteamiento, como si hubiera casos para una cosa y casos para la otra.

* Alexander y French, *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1955.

Posiblemente **todo eso no sea** sino una **secuela de la foonación** médica habitual: un caso de difteria, **un caso de** escarlatina» **et-cétera**.

Pero en el primer capítulo, al examinar la **"función de la psiquiatría"**, los problemas de esta disciplina se plantean **ya con dar** **riedad mucho** mayo*. Alexander habla aquí más **como** psiquiatra que **como** psicoanalista **o**, mejor dicho, psicoterapeuta. **insiste sobre todo en un** plan de tratamiento planificado y en **el uso** consciente y **flexible** de diversas técnicas, en la conveniencia de **cambiar oportu-** namente de táctica para adaptarse a las circunstancias particulares del momento. Nos dice también que su propósito **es el** propender al desarrollo de un procedimiento más económico, tanto en lo que atañe a tiempo como a esfuerzos. A esto último cabría objetar que tal vez no se ajusta a ciertos criterios científicos bien establecidos. **No** obstante, trátase de una empresa muy loable.

De sumo interés es el capítulo II, en el cual Alexander, haciendo gala de gran espíritu clínico, traza en forma brillante la historia de la técnica psicoanalítica.

Y mucho de novedoso y útil encontrará el lector en el capítulo sobre el fenómeno de la transferencia, obra de Thomas M. French, al que también pertenecen aquellos que en mi opinión son los trabajos más brillantes y significativos del libro. Destaquemos sobre todo su magnífica formulación del problema del presente, muy similar al planteo que hicimos nosotros en función de la teoría **de** Kurt Lewin.

De suma importancia son las indicaciones de French en materia de terapéutica. El subcapítulo titulado "Tratar o no tratar" contiene sugerencias de gran valor para todo psicoterapeuta. En sus consideraciones sobre la planificación de la terapia hay sin duda un encomiable propósito de controlar la exagerada flexibilidad en la técnica.

Una clara exposición de lo que sucede en realidad durante **el** proceso terapéutico nos la proporciona el mismo French en el capítulo VIII, "La dinámica del proceso terapéutico". Sólo opondríamos ciertos reparos al ajuste algo exagerado que encontramos en la parte titulada "Regulación de la intensidad del tratamiento". Estamos aquí frente a otra secuela del pensamiento médico: 10 gotas o 20 gotas.

Extraordinariamente clara y de admirable concisión es la parte

redactada por Catherine L. Bacon, del capítulo sobre el "Análisis de las perturbaciones del carácter".

En todos aquellos puntos que tocan de una manera u otra problemas de medicina psicosomática el enfoque del libro es muy acertado y preciso.

En síntesis: *Terapéutica psicoanalítica* es una excelente muestra del pensamiento psiquiátrico de Alexander, de su larga experiencia, de su justa comprensión y valoración de los factores sociales y de la magnífica obra que realiza el Instituto de Psicoanálisis de Chicago. Su publicación en castellano viene a enriquecer en forma notable la bibliografía especializada sobre el tema.

PRÓLOGO AL LIBRO DE DAVID LIBERMAN
"LA COMUNICACIÓN EN TERAPÉUTICA
PSICOANALISTA" *

*Pero sin un movimiento, sin un esfuerzo real de
totalización, los aportes de la sociología y del psico-
análisis dormirán unos junto a otros sin llegar a inte-
grarse al saber.*

Jean-Paul Sartre

En el año 1947 el doctor David Liberman publicaba su primer libro (que fue su tesis), titulado *Semiología psicosomática*.¹ Quince años después emerge como producto de una tarea continua, concreta, pensada y cada vez más profunda, su segundo libro sobre *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Sus ideas fueron "pasadas" y vueltas a pasar múltiples veces a través de grupos de estudio o en el Instituto de Psicoanálisis y en los cursos de nuestra Primera Escuela de Psiquiatría Dinámica.

Destacábamos ya en el prólogo a su primer libro su profundo deseo de comprender al paciente en situación de una manera global. Allí intentó aplicar el método historiográfico de Ranke al examen psicosomático de sus pacientes, método que le servía para poner en evidencia la pluricausalidad de todo síntoma, y era también útil para su orientación terapéutica. Para él, siguiendo a Ranke, para que se cumpla el hecho histórico (en contraposición al hecho estudiado por las ciencias naturales) son necesarias determinadas condiciones espacio-temporales que no pueden repetirse, tal como sucedería en la enfermedad, condiciones que tienen por característica el estar en permanente devenir.

Además, destaca la pluricausalidad del síntoma y el análisis de las causas o factores desencadenantes, determinantes, atenuantes; predisponentes, etcétera; fundamenta la base teórica de su método

* Liberman, David, *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*, Eudeba-Buenos Aires, 1963.

¹ Liberman, David, *Semiología psicosomática*, López Etchegoyen, Buenos Aires, 1947.

de indagación en heurística, crítica externa, crítica interna o de veracidad (de sinceridad, competencia, interpretación) y la síntesis y la historiografía de la enfermedad.

Con una base psicoanalítica, examina criterios, sistemas, métodos, etcétera, destacando con marcado énfasis la actuación de factores económicos y políticos en la génesis, vivencia, evolución y tratamiento de la enfermedad.

Desde entonces, incluye de una manera bien explícita el interjuego entre individuo y sociedad, los conflictos que la interacción acarrea, el fracaso de la adaptación y la estructuración de las conductas patológicas como productos de tensiones.

Cuando el Dr. Liberman toca el problema de la interacción entre individuos y grupos, ya está implícito el planteo que luego desarrolla en todos estos años de labor en una línea que partiendo de k) histórico va hacia lo ahistórico, influido el autor, sin duda, por K. Lewin y el mismo Ruesch, quien tanto ha predominado en él. Pero allí no se detiene, y lo vemos complementar lo histórico desde el presente aplicando el principio de continuidad genética.

Aquí, en este libro, el Dr. Liberman puntualiza su idea sobre la terapéutica psicoanalítica y centra su tarea en el contexto de la sesión psicoanalítica, que trata de comprender como una totalidad. Para realizar dicha tarea no han desechado otros enfoques que podrían ser considerados como no puramente analíticos, tales como todos los aportes de la teoría de la comunicación, en particular la obra de Ruesch. Su esquema referencial, conceptual y operativo se ha ido enriqueciendo de esta manera, así como sus aportes a la teoría misma de la comunicación, ya que ésta estaba desprovista en gran medida de su contenido básico, inconsciente (fantasía inconsciente, ansiedades básicas). Otro desarrollo al que dedicamos particular interés es el proceso del aprendizaje, que corre paralelo, se incrementa o alimenta con el proceso de la comunicación; las alteraciones de ambos procesos, comunicación y aprendizaje, forman la base de toda conducta patológica considerada como un déficit de adaptación activa a la realidad. Otro punto de partida, que forma parte de su esquema referencial, conceptual y operativo, es el de considerar el proceso psicoanalítico como un proceso dialéctico, en especial, con la intervención bicorporal, pero siempre trípersonal, ya que el tercero "escamoteado", negado, etcétera, de la situación

triangular aparece como el "modificador del campo" y puede ser comparado con el *ruido* de la teoría de la información.

Liberman no abandona nunca esa relación dialéctica para analizar los procesos de comunicación o interacción entre paciente y terapeuta. Las ideas de Ruesch son así desarrolladas en ciertos aspectos, conservando los puntos de vista formales de dicho autor y comparando la nosografía construida por éste con otras, como las de Fenichel, frecuentemente utilizadas en nuestro medio.

Los conceptos de rol, vínculo, tal como lo entendemos —es decir, esa relación sujeto-objeto a doble vía, interferidos ambos por el tercero, tan fértil sobre todo en el terreno de la psicología social—, están integrados formando un sistema coherente con las ideas de M. Klein y S. Isaacs sobre fantasía inconsciente, ansiedades básicas (paranoides y depresivas), perturbadoras, al fin de cuentas, de los procesos de comunicación y aprendizaje.

Sus formulaciones son descriptivas y explicativas e incluyen el aquí y ahora conmigo (o con nosotros) como el principio de continuidad genética, tal como ya fue señalado. Podríamos decir que Liberman en su libro actual se sitúa como sociólogo que instrumenta la historia para establecer continuidad y secuencia en las hipótesis (interpretaciones) que formula a sus pacientes en términos de una comunicación perturbadora y deficientemente aprendida.

Otros tantos aspectos interesantes de su obra son su dedicación a resolver la antinomia entre lo particular y lo universal y su indagación en lo universal que tiene cada particular.

Su aporte clínico es importante y diverso; por ejemplo, postula de una manera original la diferenciación de seis cualidades distintas en la posición "esquizoparanoide", sosteniendo que la progresiva asimilación de estas cualidades (en términos de relaciones objétales o vínculos) surge en el curso del ciclo vital de actitudes instrumentales del yo: percepción, discriminación, acción, regulación y control de la percepción, de la discriminación y de la acción, distancia social, utilización de la angustia, señal y sincronización entre imagen, idea y verbalización.

El análisis cualitativo de las ansiedades persecutorias, la relación que establece entre dichas ansiedades y el origen de las *funciones instrumentales del yo*, unido al señalamiento de que existiría un "espectro" de emociones con características diferentes según la calidad de los objetos de la fantasía inconsciente, del punto de fi-

jación y de las ansiedades básicas predominantes en un momento dado, debe ser señalado como el contexto central del cual derivan los esquemas conceptuales que el autor señala como características de las diferentes estructuras descritas en cada capítulo. También subraya el concepto de "emoción" o, mejor dicho, de "aditamento emocional" que, según él, constituye el acompañante no verbal del proceso mismo de la verbalización; esto permite destacar el *ruido* (que nosotros relacionamos con el tercero) que acompaña al intercambio de un mensaje entre paciente y terapeuta en la reunión analítica, y que puede manifestarse como sincrónico o asincrónico, según sea el momento del proceso comunicativo que se opera en la relación transferencial-contratransferencial.

Muchas cosas más podría destacar de tan apasionante libro; sólo señalaré que en el último capítulo el autor indaga el campo de interacción entre *naturaleza, cultura y neurosis*, tomando para ello algunas de mis ideas sobre las áreas de expresión fenomenológica de los síntomas o conductas patológicos, y algunos enfoques psicoanalíticos sobre el origen de la cultura. Retoma, con el propósito de esclarecerse y esclarecer el problema de la responsabilidad o "el estar en situación" del investigador psicoanalítico, el impacto cultural o influencias que sufre o padece y la clara noción de que de alguna manera está incluido en el propio campo de trabajo, donde puede ser víctima de prejuicios a veces inconscientes para él mismo. Desarrolla al final una visión de la evolución psicosexual, considerada en su doble aspecto de repetición y creación permanente, para terminar estableciendo la interacción que rige el par cultura-neurosis, haciendo hincapié sobre el "sentimiento inconsciente de culpabilidad" que opera en ambas estructuras. Y para terminar, habla de la relación entre investigador y su objeto (o campo). Siguiendo la secuencia de este libro, me recordó que Jean-Paul Sartre dice al respecto que "la única teoría del conocimiento que puede ser hoy válida es la que se funda sobre la verdad de la microfísica: el experimentador forma parte del propio sistema experimental. Es la única (teoría del conocimiento) que permite apartar toda ilusión idealista; es la única que instrumenta el hombre real en medio de un mundo real". En otro lugar dice el mismo Sartre: "De hecho, el sociólogo y su 'objeto' forman una pareja donde cada uno es interpretado por el otro, y cuya interrelación entre ambos

debe ser además descifrada como un momento de la historia."
(*Critique de la Raison Dialectique*, N. R. F., París, 1960.)

No sé bien a qué vienen estas alusiones finales, ya que el doctor Liberman ha tratado en forma consciente y clara de "situarse" permanentemente; quizá sea mi deseo que éste sea el tema de un tercer libro y que cumpla "otra vuelta de espiral".

**PRÓLOGO AL LIBRO DE DAVID LIBERMAN
"LINGÜÍSTICA, INTERACCION COMUNICATIVA
Y PROCESO PSICOANALITICO" ***

En su tarea actual el doctor Liberman postula una fundamentación epistemológica para el quehacer psicoanalítico, la que se lograría a través de la construcción de un método evolutivo. Éste consiste en la indagación de la sesión psicoanalítica como diálogo, en el investigar la secuencia de los circuitos comunicacionales que en ella se cumplen. Elabora para ello un modelo operativo en el que quien en un primer momento es observador participante, operador comprometido activamente en el campo, pasa a posteriori, y por la apertura de un segundo circuito, a convertirse en el evaluador de la situación con la finalidad de estructurar una estrategia de complementariedad entre terapeuta y paciente. Esta complementariedad apunta al logro de un diálogo progresivamente provisto de sentido, en el que se dan sucesivos acercamientos a una lectura correcta de la realidad.

Proponer un método evaluativo para el psicoanálisis que permita establecer una conexión entre los hechos o datos de la base empírica y los enunciados psicoanalíticos implica un compromiso con una praxis en la que la experiencia del descubrimiento analítico de esa totalidad que es la sesión, conceptualizada a partir de una crítica y una autocrítica, logra una realimentación y ajuste de la organización conceptual, lo que revertirá necesariamente en una mayor operatividad de las técnicas instrumentales.

* David Liberman, *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Galerna, Buenos Aires, 1971. (2- ed., Nueva Visión, Buenos Aires, 1976).

Elige el doctor Liberman la vía de abordaje más apropiada al centrar su atención en el análisis de los procesos de *feed-back* en el circuito de interacción comunicativa. Precisamente por esa modificación mutua de emisor y receptor, manifiesta a través de distintos códigos expresivos, podemos determinar si se ha logrado o no ese acontecer dialéctico, totalizante y operativo que constituye la sustancia de la relación bicorporal y tripersonal a la que denominamos vínculo analítico.

Con este libro, al que su autor considera una continuidad y profundización de su trabajo anterior y al que yo encuentro, quizá precisamente por ser una profundización, cualitativamente diferente, el doctor Liberman penetra en el campo de la planificación, a la que definimos como la concepción estructural que integra las técnicas operacionales para provocar una situación de cambio. Es decir que el terapeuta abandona el azar, evalúa logísticamente su acción y la regula tácticamente para hacerla eficaz. Se convierte así en un artesano que con la capacidad crítica que emerge del campo mismo de su tarea práxica perfecciona cotidianamente su instrumento.

No puede resultar extraño que hablemos de planificación en psicoanálisis, ya que el terreno de la terapia psicoanalítica es el campo en el que se enfrentan dos estrategias: la de la enfermedad y la de la salud.

El doctor Liberman propone el uso de un instrumento destinado a impedir que el tratamiento se convierta, como muchas veces sucede, en la lucha estéril y dilemática de dos estrategias suplementarias, que tienen el común denominador de la omnipotencia y la enfermedad. La tarea consiste, por el contrario, en la convergencia de esfuerzos para la configuración de una estrategia conjunta y complementaria.

Soy consciente de no mencionar en este prólogo muchas de las ideas originales desarrolladas por el doctor Liberman en esta obra que se inscribe dentro de una nueva línea del pensamiento psicoanalítico, destinado a darle continuidad y autonomía en el contexto de las ciencias del hombre. Aperturas como las que plantea el doctor Liberman al cumplir los postulados básicos configuradores de una ciencia, al hacer la tarea analítica situacional y operativa arrancan al psicoanálisis de la mitología y de la estereotipia a la que desafortunadamente una generación insistió en condenarlo.

He insistido en el tema de la evaluación y la planificación, ya que me impactó la coincidencia de la actual orientación de mi indagación en psicoanálisis: la construcción de una criteriología analítica.

La continuidad que el doctor Liberman da a sus investigaciones hace prever una progresiva profundización de su tarea, con un esquema conceptual enriquecido por aportes interdisciplinarios. Hace nueve años, al prologar *Comunicación en terapéutica psicoanalítica*, dije que esperaba para el doctor Liberman una nueva vuelta de espiral. La lectura de esta obra me permite comprobar que mi expectativa se ha cumplido. Esto no me impide sino que, por el contrario, me estimula a esperar para él y para mí nuevos desarrollos en el proceso dialéctico al que aspira llegar nuestro pensamiento.

Indice

Exposición sucinta de la teoría especial de las neurosis y psicosis	9
Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia	34
Psicoanálisis de la esquizofrenia	57
Algunos conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica de la epilepsia	67
Patogenia y dinamismos de la epilepsia	81
Los dinamismos de la epilepsia	91
Estudio psicossomático de la jaqueca	135
Protección al enfermo epiléptico	144
Psicosis hípnicas y confusionales	155
Esquema corporal	163
Trastornos del esquema corporal	173
Historia de la psicosis maniicodepresiva	177
Desarrollo histórico y estado actual de la concepción de los delirios crónicos	202
Conceptos básicos en medicina psicossomática	221

Elementos constitutivos del síndrome adiposo genital prepuberal en el varón	230
Úlcera péptica y psicosis maniaco-depresiva	238
Prólogo al libro de Enrique V. Salerno <i>Aportaciones a la medicina psicosomática, ginecología y obstetricia</i>	245
Aspectos psicosomáticos de la dermatología	255
Prólogo al libro de David Liberman <i>Semiología psicosomática</i>	284
Narcodiagnóstico con evipán sódico	286
Teoría y práctica del narcoanálisis	295
Introducción a la psiquiatría infantil	312
Prólogo al libro del F. Schneersohn <i>La neurosis infantil, su tratamiento psicopedagógico</i>	330
Una nueva problemática para la psiquiatría "	335
Neurosis y psicosis: una teoría de la enfermedad	354
Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes psicóticos	366
Terminación del análisis	376
La "urgencia psiquiátrica"	378
Técnicas de supervisión grupal en psicoterapia de niños	383
Prólogo al libro de Franz Alexander y Thomas M. French <i>Terapéutica psicoanalítica</i>	388
Prólogo al libro de David Liberman <i>La comunicación en terapéutica psicoanalítica</i>	391
Prólogo al libro de David Liberman <i>Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico</i>	396

Se terminó de imprimir
en *Impresiones Schmidel*, Cosquín 1172, Buenos Aires,
el 30 de junio de 1977
en una tirada de 3.000 ejemplares