

Concepciones y Tratamientos de las Neurosis de Guerra Durante la Primera Guerra Mundial

Concepções e Tratamentos das Neuroses de Guerra Durante a Primeira Guerra Mundial

Conceptions and Treatments of the War Neurosis During the First World War

Luis César Sanfelippo¹

Universidad de Buenos Aires

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo estudiar, desde la perspectiva de la historia intelectual, algunos de los problemas conceptuales, técnicos y éticos que surgieron durante la Primera Guerra Mundial en torno a la noción de neurosis de guerra. Se destacarán tres ejes: el problema conceptual del carácter somático o psíquico de las patologías de guerra; la discusión sobre el papel que cumplen en la generación de la enfermedad, las condiciones objetivas de la situación y las particularidades subjetivas de quien la atravesó; y, por último, los criterios pragmáticos y éticos con los que se reflexionó sobre la práctica terapéutica. Además, se estudiarán las vías de expansión de teorías y prácticas psicológicas y psicoanalíticas durante la Gran Guerra.

Palabras clave: neurosis de guerra, trauma, predisposición, tratamientos físicos, psicoterapias

Resumo

O presente artigo tem como objetivo estudar, a partir da perspectiva da história intelectual, alguns dos problemas conceituais, técnicos e éticos que surgiram durante a Primeira Guerra Mundial em torno da noção de neuroses de guerra. Destacam-se três eixos: o problema conceitual do caráter somático ou psíquico das patologias de guerra; a discussão sobre o papel que cumprem na geração da doença as condições objetivas da situação e as particularidades subjetivas de quem a atravessou; os critérios pragmáticos e éticos com os quais se refletiu sobre a prática terapêutica. Ademais, serão estudadas as vias de expansão de teorias e práticas psicológicas e psicoanalíticas durante a Grande Guerra.

Palavras-chave: neuroses de guerra, trauma, predisposição, tratamentos físicos, psicoterapias

Abstract

The present article aims to explore, from the perspective of intellectual history, some of the conceptual, technical and ethical problems that arose during the First World War around the notion of war neurosis. We study three axis: the conceptual problem of somatic or psychic nature of the pathologies of war; the discussion on the role in the generation of the illness the objective conditions of the situation and the subjective peculiarities of the one who crossed it; pragmatic and ethical criteria used to reflect on the therapeutic practice. In addition, we will study the ways through which psychological and psychoanalytic theories and practices expanded during the Great War.

Keywords: war neurosis, trauma, predisposition, physical treatments, psychotherapies

En el presente artículo, nos proponemos estudiar históricamente algunos de los problemas conceptuales, técnicos y éticos que surgieron durante la Primera Guerra Mundial en torno a la noción de *neurosis de guerra*. El conflicto bélico, y la categoría nosográfica a él asociada, generaron debates sobre la naturaleza del trauma, sobre las patologías derivadas y sobre sus tratamientos que adquirieron una relevancia, una extensión e, incluso, una urgencia que no se observaban desde las polémicas clínico-jurídicas en torno a los accidentes de ferrocarril durante las últimas décadas del Siglo XIX. Pero, en aquel entonces, el motor principal de las disputas era la reparación pecunaria que de un lado pretendían cobrar y del otro esperaban no tener que pagar. La guerra, en cambio, introducía un tipo de demanda diferente: no tanto compensar al soldado por el daño sufrido sino curarlo (y hacerlo en el menor tiempo posible)

¹ Dirección Postal: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Dirección: Av. Independencia 3065. Buenos Aires, Argentina. E-mail: luissanfe@gmail.com

para que pudiera volver al campo de batalla. Por ende, la cuestión terapéutica alcanzó una importancia mucho mayor que en la centuria anterior.

Intentaremos focalizarnos en tres ejes, cuya relevancia no se reduce al pasado disciplinar, pues delimitan debates que conservan su plena vigencia: el problema conceptual del carácter somático o psíquico de las patologías de guerra; la discusión sobre el papel (en la generación de la enfermedad) de las condiciones objetivas de la situación y de las particularidades subjetivas de quien la atravesó; los criterios pragmáticos y éticos con los que se reflexionó sobre la práctica terapéutica. Al mismo tiempo, pretendemos estudiar las vías por las que la Gran Guerra terminó constituyendo una oportunidad privilegiada para el desarrollo y la transformación de ciertas teorías psicológicas sobre las neurosis y, en particular, para que el movimiento psicoanalítico alcanzase una legitimación institucional mayor de la que había logrado hasta entonces. Para alcanzar nuestro objetivo, adoptaremos la perspectiva de la historia intelectual (Vezzetti, 2007), que se sirve de distintas herramientas historiográficas para abordar una zona de problemas heterogéneos (conceptuales, prácticos, institucionales), donde la distinción tradicional entre historias “internas” (que desconocen el contexto) y “externas” (que desatienden los debates conceptuales para centrarse únicamente en los “usos”) se vuelve insuficiente, pues las transformaciones epistémicas, técnicas y culturales parecen alimentarse mutuamente.

La “Naturaleza” de las Neurosis de Guerra

Nikolas Rose ha planteado que, durante la Primera Guerra Mundial, las deserciones en el ejército británico por casos de neurosis habrían conducido, por un lado, al rechazo de los enfoques que consideraban estos casos como “orgánicos e intratables” y, por otro lado, a la difusión y aceptación de “una concepción dinámica de los procesos psicológicos, que admitía características como el inconsciente y la represión, pero refutaba el argumento freudiano de una etiología sexual específica” (Rose, 1990, p. 12). Esta descripción sucinta de las consecuencias de la guerra en el terreno de la patología neurótica sugiere la idea de un consenso amplio entre los especialistas médicos de entonces sobre los siguientes tres puntos: 1. el carácter psíquico y curable de la patología; 2. la presencia de procesos dinámicos inconscientes; 3. la escasa incidencia de los factores sexuales. Consideramos que la descripción de Rose debería ser matizada, pues si bien señala una tendencia que se fue imponiendo paulatinamente durante la guerra, un análisis más detallado muestra rápidamente la existencia de polémicas y de desacuerdos entre los especialistas.

En el comienzo del conflicto bélico, la suposición de que los síntomas de los soldados dependían de una alteración orgánica producto de la onda expansiva de una explosión estaba aun muy extendida en Inglaterra, como lo atestigua el nombre que se le otorgaba a la patología: *shell-shock* (literalmente, “choque de granada”).

En Alemania, la rápida proliferación de estos casos había permitido la recuperación de la categoría de “neurosis traumática”, acuñada por Hermann Oppenheim en 1889 y reconocida poco tiempo después por la Oficina Imperial de Seguros, en el contexto de la implementación estatal de los seguros por accidentes (Schäffner, 2001). Pero esta categoría nosográfica había caído rápidamente en desuso, cuando buena parte del establishment médico responsabilizó a Oppenheim y a su noción de una epidemia de “neurosis” o “histeria por pensión” (Lerner,

2001, p. 150), vale decir, de un número inusitado de reclamos de compensaciones y de deserciones laborales. Años más tarde, la enorme cantidad de soldados que desarrollaron síntomas neuróticos durante el conflicto bélico parecieron otorgarle a Oppenheim una nueva oportunidad para confirmar sus teorías, al ser nombrado jefe de un improvisado hospital militar con 200 camas en Berlín (Brunner, 2000; Lerner, 2001). Desde su perspectiva, los soldados habrían enfermado porque las explosiones generarían “un estímulo acústico” que enviaría al cerebro una “onda excitatoria abrumadora y traumática” que dañaría el tejido nervioso o provocaría un daño molecular (Oppenheim, 1916, p. 228 citado por Brunner, 2000, p. 299).

También en Francia hubo un grupo de neurólogos que, aunque minoritarios, sostenían una interpretación somática de la enfermedad. Probablemente, la figura más representativa de las perspectivas orgánicas haya sido Paul Sollier, antiguo discípulo de Charcot, que durante la guerra se hizo cargo del centro neurológico de Lyon (Roudebush, 2001). Sollier pensaba que “los síntomas psicológicos y emocionales de la histeria eran un epifenómeno de su causa fisiológica: el entumecimiento del cerebro” (Roudebush, 2001, p. 258).

Sin embargo, no tardaron en aparecer distintas críticas a estas concepciones organicistas. En Francia, las ideas de Sollier sobre las neurosis de guerra se oponían a la visión más extendida, inspirada generalmente en las ideas de Babinski sobre el “pitiatismo” (Edelman, 2003, p. 272). Dicha visión, aparentemente superadora de la concepción charcotiana de la histeria como enfermedad neurológica y común a ambos sexos, constituía un retorno a posiciones más tradicionales, pues convertía a dicha patología en un problema más *moral* (cercano a las concepciones de los alienistas del siglo anterior) que *psicológico* (en el sentido en que Freud o Janet podían usar dicho término). Esta interpretación vinculaba los síntomas que aquejaban a los soldados con un proceso de “feminización”, con intereses individuales que se contraponían a las necesidades de la nación y con sospechas sobre las motivaciones que sostenían los fenómenos patológicos. En última instancia (y no es necesario exagerar para encontrar estas ideas en el espíritu de la época), la histeria bélica terminaba siendo un cuadro de afeminados, egoístas y simuladores.

Tal vez el libro de Maxime Laignel-Lavastine y Paul Carbon, *Les Accidentés de la guerre: leurs esprit, leurs réactions, leur traitement* (Laignel-Lavastine & Carbon, 1919 citado por Roudebush, 2001, p. 265), ejemplifique bien la visión más extendida en Francia sobre las neurosis de guerra. Como relata Marc Roudebush, estos autores compararon al soldado neurótico con el trabajador asegurado que obtenía beneficios de prolongar su enfermedad o que esperaba una compensación por el daño sufrido. Mientras un soldado debería responder a la “mentalidad colectiva” y convertirse en actor de la historia, el neurótico retornaría a su individualidad, transformándose en un mero espectador, al igual que la mayor parte de la sociedad civil (Roudebush, 2001, p. 266). A su vez, los autores recomendaban rechazar la participación de mujeres en su tratamiento, pues esto dificultaría reconquistar la virilidad de carácter perdida (Roudebush, 2001, p. 266). De esta manera, sobre el soldado enfermo volvían a recaer algunos de los rasgos atribuidos desde siempre a la histeria, en especial, su vínculo con la femineidad y con la simulación.

En Alemania, el panorama era análogo. Las concepciones somáticas de Oppenheim fueron fuertemente cuestionadas en un Congreso sobre Neurosis de Guerra (organizado

por la poderosa Asociación Alemana de Psiquiatría y la Sociedad Neurológica Alemana) celebrado en Munich en septiembre de 1916 (Brunner, 2000; Lerner, 2001). Ese evento científico contó con la presencia de más de 300 especialistas y de miembros de alto rango del ejército alemán. Rápidamente, se llegó a una unidad de criterios que operó como la impugnación definitiva en el campo médico alemán de las ideas de Oppenheim (Lerner, 2001). En oposición a las neurosis traumáticas, se impuso el diagnóstico de histeria; contra una concepción somática de la enfermedad, proliferaron las hipótesis psicológicas; versus el peso determinante de los acontecimientos bélicos, se dio importancia a la predisposición nacida en el pasado y a las expectativas de obtener en el futuro algún beneficio por el mal sufrido; en lugar de las pensiones por invalidez, se diseminaron distintos tipos de terapéuticas.

Los argumentos utilizados para rechazar la validez de las neurosis traumáticas venían acumulándose desde el comienzo de la guerra. Estudios sistemáticos sobre prisioneros de guerra confirmaban la poca incidencia de neurosis de combate entre estos prisioneros, quienes estaban excluidos de las pensiones y los beneficios compensatorios por la patología. Un segundo argumento contra las neurosis traumáticas fue el carácter excepcional de los síntomas neuróticos en quienes presentaron serias lesiones físicas. Un tercer dato que debilitaba las posturas del neurólogo residía en el alto número de síntomas neuróticos en personas que no llegaron a entrar al campo de batalla. Por último, el éxito de terapéuticas sugestivas y psíquicas reforzaba la idea del carácter funcional de ese mal (Lerner, 2001).

Durante el Congreso, el médico Max Nonne realizó una demostración de sus habilidades en hipnosis, logrando suprimir síntomas neuróticos en distintos soldados (Lerner, 2001, p. 164; Brunner, 2000, p. 300). Su actuación en el Congreso fue tan consagratoria para él como funesta para Oppenheim: si los síntomas podían ser eliminados por medios psíquicos, entonces no tendrían un fundamento somático (Brunner, 2000, p. 300). Al mismo tiempo, Nonne se oponía a considerarlos como signos de una neurosis específica de situaciones traumáticas; más bien, serían fenómenos propios de histeria o neurastenia (Brunner, 2000, p. 300), patologías en cuyo desarrollo no siempre participaban experiencias traumáticas. Además, este médico dividió los casos de neurosis de guerra en dos grandes grupos. Por un lado, aquellos en los que las experiencias de la guerra sí llegaban a adquirir estatuto traumático y conducían a la producción de síntomas, pero que podían ser eliminados “rápida y completamente” con terapias hipnóticas y sugestivas (Nonne, 1915, p. 850 citado por Bruner, 2000, p. 300). Por ese carácter “curable”, dichos casos no presentaban mayores inconvenientes en el contexto bélico, ya que rápidamente podrían volver al campo de batalla. Por otro lado, algunos pacientes presentaban síntomas que retornaban tras la terapia o que nunca habían podido ser suprimidos (Brunner, 2000, pp. 300-301). Nonne explicó esta resistencia a la terapia hipnótica a partir de la presencia de unas “representaciones de deseos”, a menudo inconscientes, pero en cierto modo inmorales y egoístas, pues apuntaban a conseguir un beneficio personal (una pensión, la desertión al ejército, etc.) que iba en contra de las obligaciones y los intereses colectivos (Brunner, 2000, p. 301; Lerner, & Micale, 2001, p. 14). De esa manera, al igual que en Francia, pesaba sobre los soldados neuróticos una fuerte crítica moral y la enfermedad terminaba siendo concebida como una huida de las obligaciones y como una fuente de potenciales beneficios.

La difusión en el establishment médico germano parlante de algunas de estas ideas (como la existencia de representaciones y deseos inconscientes o la concepción de la enfermedad como huida), generaron el terreno para una mayor aceptación de las hipótesis psicoanalíticas de Sigmund Freud y de algunos de sus discípulos, que hasta entonces ocupaban un lugar marginal en el mundo psiquiátrico europeo continental². Al mismo tiempo, las necesidades de personal médico posibilitaron que algunos psicoanalistas comenzasen a ocupar cargos en organismo estatales o militares, alejándose de este modo de su tradicional práctica privada.

El primero de los psicoanalistas en presentar una concepción sobre estas patologías fue Sandor Ferenczi, quien ofició de “jefe médico del Departamento Hospitalario para Enfermedades Nerviosas”, con sede en el hospital militar María Valeria de Budapest (Brunner, 2000, p. 308). En 1916, a partir de la observación de 200 soldados enfermos, realizó una conferencia dirigida a los médicos de ese hospital, publicada un año después bajo el título de “Dos tipos de neurosis de guerra (histeria)” (Ferenczi, 1917). El artículo procuraba impugnar las tesis organicistas y explicar estas patologías en términos exclusivamente psicológicos. Además, pretendía inscribir las observaciones en dos categorías nosográficas freudianas: “histeria de conversión” e “histeria de angustia”. En ambos casos, prevalecía una perspectiva “económica” (en el sentido freudiano del término) que subrayaba las consecuencias en el psiquismo de una situación de peligro que suscitaba un afecto repentino y excesivo (miedo, terror, etc.) para el cual la persona no se hallaba suficientemente preparada (Ferenczi, 1917).

En 1918, se realizó en Budapest el Quinto Congreso Internacional de Psicoanálisis. Si bien no tuvo el tamaño ni la importancia del Congreso de Munich antes mencionado, también contó con la presencia de delegados de gobierno y de oficiales militares de los Imperios Alemán y Austro-Húngaro, lo que podría interpretarse como un creciente reconocimiento oficial del psicoanálisis en el marco de la guerra y sus neurosis (Jones, 1953-57, t. 2, p. 210; Brunner, 2000, p. 306; Faldezer, 2002, p. 405). Ferenczi fue uno de los tres oradores que abordaron explícitamente el tema de las neurosis de guerra (los otros dos fueron Karl Abraham y Ernst Simmel). Un año después, las ponencias respectivas de los tres psicoanalistas fueron publicadas en el libro *El psicoanálisis y las neurosis de guerra* (AA.VV. 1921), que incluía también una introducción redactada por Freud (Freud, 1919) y un texto de Ernest Jones (1919).

En su exposición, Ferenczi volvió a insistir en que “el experimento masivo de la guerra” habría confirmado la insuficiencia de las perspectivas orgánicas, como las de Oppenheim, para explicar el surgimiento de casos de neurosis (Ferenczi, 1919, p. 6). Tras afirmar que muchos de los autores que defendían concepciones psicógenas de las neurosis de guerra estarían cerca “del psicoanálisis, aun sin saberlo” (Ferenczi, 1919, p. 15), decidió ocuparse del

² En el Reino Unido, la recepción del psicoanálisis, si bien tampoco fue inmediata, se dio por vías más diversas que en el resto de Europa, que no necesariamente estaban ligadas tan estrechamente a la figura de Sigmund Freud y de su círculo más cercano. W.H.R. Rivers es un buen ejemplo de esto (Leese, 2001; Robinson, 2005). Tras realizar actividades de antropólogo en Australia, regresó a Gran Bretaña en marzo de 1915 para incorporarse al hospital Craiglockhart en Escocia. Durante la guerra, realizó varias ponencias que tenían en común el propósito de recuperar y transmitir algunas hipótesis freudianas en un medio médico que ignoraba la obra del psicoanalista vienés. Pero entonces, Rivers releyó y utilizó muchas nociones psicoanalíticas (como inconsciente, instintos, inhibición, disociación, complejos, sugestión, sublimación, etc.) desde un marco evolucionista original, que minimizaba el papel de la sexualidad y resaltaba el papel de la auto-conservación, sobre todo, para pensar los cuadros de neurosis de guerra (Rivers, 1920).

problema de la participación de la sexualidad en la generación de las neurosis de guerra. Si, como afirmaba buena parte del establishment médico, los elementos sexuales no cumplían ningún rol en el desarrollo de estas patologías, entonces cabían dos posibilidades: o bien, estas neurosis eran radicalmente distintas a las neurosis de paz y, entonces, el psicoanálisis, diseñado para estas últimas, no podía ser aplicado a las primeras; o bien, los cuadros de guerra eran idénticos a aquellos surgidos en tiempos pacíficos y, entonces, en las neurosis corrientes la sexualidad tampoco tendría la importancia que Freud le atribuía.

Para superar estas críticas, el psicoanalista húngaro se apoyó en la noción de “narcisismo”, es decir, en la idea de que la libido (sexual) podía investir y tomar como objeto al yo. Presentada en el caso Schreber (Freud, 1911) e introducida formalmente en la teoría psicoanalítica tres años después (Freud, 1914), esta categoría no sólo aludía a procesos normales del desarrollo como la constitución del yo, sino también a fenómenos patológicos como la pérdida de todo interés por el mundo (en la demencia precoz, la hipocondría o la melancolía) en la medida en que la libido (retirada de los objetos) era colocada en el yo, pudiendo llegar a generar perturbaciones severas debidas al “estasis de la libido yoica” (Freud, 1914, p. 81). A partir de estas ideas, Ferenczi sostuvo que:

las neurosis de guerra, de acuerdo con el psicoanálisis, pertenecen a un grupo de neurosis en las cuales está afectada no sólo la sexualidad genital, como en la histeria ordinaria, sino también su precursor, el así llamado narcisismo, amor a sí mismo, como en la demencia precoz y la paranoia. (Ferenczi, 1919, p. 17)

Por esta vía, creía superar las críticas al psicoanálisis, pues estas patologías responderían no sólo a un peligro para el yo sino también a un elemento sexual. “A consecuencia del *shock* - producido en las experiencia bélicas-, el interés y el apetito sexual (libido) de los pacientes fue retirado del objeto al yo” (Ferenczi, 1919, p. 18). Este desplazamiento de la libido de los objetos del mundo hacia el yo permitiría explicar, según su punto de vista, “las sensaciones orgánicas hipocondríacas y la hipersensibilidad”, así como también “la disminución del amor objetal” y de “la potencia genital”, que otorgarían al cuadro una falsa apariencia desexualizada (Ferenczi, 1919, p. 18).

En el mismo Congreso, Karl Abraham también sostuvo que en las neurosis de guerra “el trauma actúa en la sexualidad de muchas personas en el sentido de dar impulso a una alteración regresiva que llega hasta el narcisismo” (Abraham, 1919, p. 23). Del otro lado del Canal de La Mancha, Jones se “aventuró a sugerir” que en el narcisismo tendríamos “la clave de los estados de terror con los que estamos familiarizados en las neurosis de guerra” (Jones, 1919, p. 58). Finalmente, quisiéramos mencionar que el mismo Freud también creyó encontrar en el narcisismo un soporte para pensar las neurosis de guerra que permitiera anudar la idea del peligro para el yo con la sexualidad. Para el psicoanalista vienés, en los casos de neurosis de guerra se produciría una escisión “entre el antiguo yo de la paz y el nuevo yo guerrero del soldado” (Freud, 1919, p. 207). Las exigencias de este último provocarían en el primero un conflicto mayúsculo que sólo sería eludido por el refugio en la enfermedad que, a pesar del malestar generado, quitaba al soldado del campo de batalla. “Tanto se puede decir que, mediante la huida a la neurosis traumática, el yo antiguo se protege del riesgo mortal como que se defiende del nuevo yo, a quien discierne como peligroso para su vida” (Freud, 1919, p. 207). Además, para Freud, el cuadro sólo se podría explicar si se prestaba atención

a “los nexos, existentes sin ninguna duda, entre terror, angustia- afectos característicos de las patologías de guerra- y libido narcisista” (Freud, 1919, p. 207).

Tras haber presentado un panorama general de las distintas posiciones organicistas y psicológicas sobre la naturaleza de las neurosis de guerra que plantearon distintos médicos, psiquiatras y psicoanalistas, nos gustaría abordar otro de los grandes debates que se produjo en torno a estas patologías.

El Carácter Objetivo o Subjetivo de las Neurosis de Guerra

¿Las neurosis de guerra pueden ser entendidas como una consecuencia de los acontecimientos de la guerra? ¿o, surgidas en ese marco, dependerían de ciertas características propias de quien desarrolla los síntomas y, por ende, previas a la experiencia bélica? En términos estadísticos, los argumentos no son concluyentes, pues si bien es cierto que durante la guerra se habían desarrollado (o visibilizado) más casos de neurosis que en tiempos de paz, también es cierto que en los combates participaron muchísimas más personas que las que terminaron enfermas.

Las concepciones somáticas de las neurosis de guerra, como las sostenidas por Oppenheim o por Sollier, implicaban un esquema causal y determinista: la persona quedaba ubicada como una víctima pasiva de un acontecimiento completamente ajeno, externo y decisivo para el desarrollo del mal. Por ende, en este tipo de concepciones quedaría excluida cualquier consideración sobre una responsabilidad subjetiva en la producción o el mantenimiento de los síntomas. Así, el soldado neurótico parecía delinear una figura de víctima cuyo padecimiento dependería plenamente del suceso que tuvo que atravesar.

Marc Roudebush estableció una relación estrecha entre este tipo de aproximaciones al problema de las neurosis y el carácter privado de la práctica de los médicos que adherían a ella (Roudebush, 2001). En Francia, el polo *fisiológico* de la profesión neurológica (que se oponía al polo *moral*, mucho más difundido) habría sido “especialmente atractivo para los practicantes que, como Sollier, atendían a clientes privados. Al objetivar la histeria y definir su tratamiento en términos puramente médicos, esta aproximación absuelve al paciente de responsabilidad por su condición, y afirma la relevancia de la experticia del neurólogo” (Roudebush, 2001, p. 260). Paul Lerner realizó un señalamiento similar para el contexto alemán y de Europa Central:

los clínicos privados - como Oppenheim - estaban más dispuestos a diagnosticar desórdenes somáticos, mientras que entre los universitarios - que constituían el establishment más prestigioso y con más recursos - las teorías psicogénicas estaban comenzando a ganar popularidad en este período (...) Los desórdenes somáticos carecían del estigma de la enfermedad mental (...) y un clínico que le dijera a sus pacientes lo que no quería escuchar podría encontrar su sala de espera rápidamente vacía. (Lerner, 2001, p. 148)

Sin embargo, esta correlación rápida entre concepciones somáticas, desresponsabilización subjetiva y práctica privada debería ser matizada. Por un lado, porque en el contexto germano parlante, el movimiento psicoanalítico se caracterizaba por sostener una práctica desarrollada casi exclusivamente en el ámbito del consultorio privado, sin que eso condujera

a sostener concepciones orgánicas de la enfermedad ni a ubicar a los pacientes en posición de víctimas pasivas de un trauma que los eximiera de responsabilidad por el sufrimiento que portaban. Por otro lado, porque en los Estados Unidos también fue posible considerar a los veteranos de guerra como enfermos de una patología de naturaleza psíquica que, sin embargo, no generaba allí las sospechas ni las culpabilizaciones morales que eran comunes en los medios médicos franceses o alemanes (Cox, 2001).

Ahora bien, tanto en Francia como en Alemania era usual otorgar mayor peso en la determinación de la patología a las particularidades que portaba la persona antes de la guerra o a unos elementos psíquicos (sugestiones, deseos) que parecían decir más del sujeto que de la experiencia atravesada. Sea que sus rasgos hereditarios los hubieran hecho susceptibles de sugestiones y de afeminamiento, sea que por su constitución hubieran desarrollado deseos individuales, contrarios a los intereses colectivos y a la obligación moral, las situaciones vividas durante el conflicto bélico perdían importancia en el proceso patológico. La mayoría de los autores que estudiaron dichos contextos coinciden que entre el simulador y el enfermo pitiático, histérico o neurasténico no parecía haber muchas diferencias en la consideración teórica ni en el tratamiento práctico (Roudebush, 2001; Lerner, 2001; Brunner, 2000). Así entendido, la figura del soldado neurótico representaba la antítesis del héroe de guerra y el símbolo de una degeneración moral.

Este tipo de concepciones, inspiradas en Babinski, Strümpell o Nonne, dejaban de lado el interés por el trauma, no sólo como acontecimiento mecánico sino como factor contingente que podría generar patología. La poca importancia otorgada a la experiencia vivida solía fundamentarse en algunos datos como el hecho de “que muy pocos soldados gravemente heridos físicamente o prisioneros de guerra parecían desarrollar síntomas nerviosos persistentes, aun cuando cientos de miles de ellos habían atravesado experiencias severamente traumáticas” (Brunner, 2000, p. 303). Esto se complementaba con “la falta de paralelismo o proporción entre la severidad del trauma sufrido y la severidad y rigidez de los síntomas” (Brunner, 2000, p. 304). En otras palabras, estas concepciones explicaban mejor que las somáticas por qué algunas personas enfermaban mientras otras permanecían sanas aun cuando hubieran atravesado las mismas experiencias. Pero, probablemente, ni la herencia ni el interés de obtener algún beneficio por la enfermedad terminaban de explicar la existencia de semejante cantidad de casos de neurosis durante la guerra ni la persistencia de los síntomas a pesar del padecimiento que generaban.

Las dos grandes posturas contrapuestas y excluyentes que hemos recortado parecían imposibilitadas de pensar más equilibradamente la relación entre experiencia objetiva y particularidades subjetivas, entre azar y determinación, entre accidente y herencia. La mayoría de los psicoanalistas que participaron del conflicto bélico se ubicaron en una posición alejada de ambos extremos, aunque no llegaron a adoptar una posición homogénea.

De hecho, en las ideas Abraham, volvemos a encontrar un gran énfasis en el papel de la predisposición. El psicoanalista berlinés pensaba que en los neuróticos de guerra

ya antes de la campaña la potencia estaba disminuida o sólo eran potentes bajo ciertas condiciones. Su actitud hacia el sexo femenino estaba más o menos perturbada por fijaciones parciales de la libido en el estadio narcisista del desarrollo. (Abraham, 1919, pp. 23-24)

Impotentes y narcisistas... aunque Abraham se refería a posiciones inconscientes en un congreso de psicoanálisis, no debe olvidarse que en el evento se encontraban presentes oficiales de ejércitos, en quienes este tipo de juicios sobre los neuróticos de guerra eran moneda corriente. Resulta difícil considerar que las apreciaciones del psicoanalista no contribuyeran a la consolidación de una figura degradada de quienes enfermaban durante la guerra. Más aún cuando, con terminología psicoanalítica, volvemos a encontrarnos con algunas de las ideas más difundidas en el contexto médico alemán. Durante la guerra, según Abraham, se le pedía a los soldados que fueran capaces de un “sacrificio incondicional en favor de las masas”, lo que implicaba “la renuncia de todos los privilegios narcisistas”: “la persona sana es capaz de cumplir con una supresión completa de su narcisismo”; el neurótico, no (Abraham, 1919, p. 24).

Consideramos que la posición de Ferenczi al respecto era distinta. Desde su perspectiva, “el psicoanálisis toma una posición media” entre quienes sostenían que los síntomas dependían de las condiciones objetivas de la situación y aquellos que otorgaban mayor peso a las particularidades subjetivas (Ferenczi, 1919, p. 13). Por ello afirmaba que “una predisposición ligera y un shock severo puede producir el mismo efecto que una predisposición aumentada y un grado mucho más leve de shock” (Ferenczi, 1919, p. 13).

Podría creerse que su hipótesis de la existencia de una regresión hasta el primer año de vida, momento en que aun no era posible caminar y que el niño no tenía más objeto libidinal que su propia imagen (Ferenczi, 1919, p. 18), otorgaría a la figura del soldado un rasgo infantil, quizás diferente a la atribución de atributos femeninos, pero igual de peyorativo y moralizante. Esta interpretación parece justificada si se considera que Ferenczi describía a los neuróticos de guerra en los siguientes términos: “los pacientes querían ser consentidos, cuidados, compadecidos como niños” (Ferenczi, 1919, p. 18); “la personalidad íntegra de la mayoría de las víctimas de un trauma se corresponden con el niño que está preocupado, lloriqueando, desenfrenado y revoltoso como consecuencia del miedo” (Ferenczi, 1919, p. 19). Sin embargo, consideramos que esta interpretación podría ser matizada porque, si bien Ferenczi afirmaba que existían hombres que estarían especialmente “predispuestos al narcisismo”, también consideraba que “ninguno sería enteramente inmune a él, pues el estadio del narcisismo conforma un punto de fijación significativo en el desarrollo del apetito sexual (libido) de todo ser humano” (Ferenczi, 1919, pp. 18-19). Desde la perspectiva adoptada por Ferenczi (y por Freud), el narcisismo sería una etapa necesaria del desarrollo humano y, por ende, universal, aun cuando pudiera otorgar a cada uno distintos grados de fijación y de predisposición. En la misma línea, el carácter infantil no sería un atributo exclusivo de algunos pocos predisuestos, sino un rasgo universal de la sexualidad humana. Luego, los neuróticos de guerra no serían hombres particularmente aññados *antes* de la experiencia traumática, sino que regresaron a una posición infantil *tras* haber sufrido un *shock*. Finalmente, la posibilidad de una regresión tal dependería de la *combinación entre el grado de predisposición y la intensidad de la vivencia*.

Además, de acuerdo al psicoanalista, la regresión a la infancia respondería a un proceso inconsciente y no a una intención deliberada de obtener un beneficio en el presente. Por eso criticaba a Strümpell, quien acercaba el soldado neurótico al simulador, al considerar que la producción de la enfermedad se debía a “una ganancia actual (pensiones, compensación

por daño, huida del frente de batalla)” (Ferenczi, 1919, p. 19). Para Ferenczi, todos esos beneficios son “secundarios” respecto de una ganancia primaria de la enfermedad: “el placer de permanecer en el refugio seguro de la situación infantil” (Ferenczi, 1919, p. 19). Dicha ganancia primaria constituiría una situación paradójica, pues si bien evitaría al neurótico enfrentarse al conflicto gracias al refugio en la enfermedad, terminaría pagando el precio de una satisfacción que sólo se alcanzaría en el malestar. Dos años antes, Freud se oponía en términos similares a las posiciones que acercaban el enfermo al simulador:

En el caso de las neurosis traumáticas, en particular de las provocadas por los horrores de la guerra, se nos impone la presencia de un motivo egoísta del yo, un motivo que aspira a su defensa y su provecho. (Freud, 1916-17, p. 347)

-Sin embargo,- el yo se aviene a la neurosis que no puede impedir y saca de ella el mejor partido, si es que puede sacarle alguno (...) Por regla general pronto se advierte que el yo ha hecho un mal negocio abandonándose a la neurosis. Ha pagado demasiado caro un alivio del conflicto. (Freud, 1916-17, p. 349)

Los Tratamientos de las Neurosis de Guerra

Para analizar las prácticas terapéuticas llevadas adelante durante la guerra es necesario situar tres rasgos del contexto que probablemente determinaban los tratamientos en una medida mayor que las concepciones teóricas sobre la naturaleza de las dolencias. En primer lugar, aislamiento, electroshock, hipnosis, terapias por sugestión o por persuasión, catarsis, psicoanálisis: a todas estas técnicas se les demandaba un mismo resultado, a saber, que el soldado volviera lo más rápidamente posible al frente (Leese, 2001; Roudebush, 2001; Brunner, 2000). Por ende, el criterio pragmático de la eficacia podía llegar a imponerse por sobre los reparos epistémicos o éticos. En segundo lugar, dado el gran número de casos, muchas veces los tratamientos eran llevados a cabo por médicos no especialistas, tan cercanos a las urgencias de las trincheras como alejados de los debates académicos (Leese, 2001). Por último, tampoco existía una relación directa entre el modo de concebir la patología (somática o psíquica) y el tipo de terapéutica elegida: una terapia física, como la faradización, también podía ser utilizada por quienes sostenían que los síntomas tenían un origen psicológico y justificada como procedimiento “persuasivo” (Leese, 2001).

En tal sentido, el *electro-shock* parece ilustrar muy bien algunos de los dilemas que podían atravesar las elecciones técnicas. Dicho instrumento fue utilizado en la mayoría de los países que participaron del conflicto y en el marco de distintas concepciones terapéuticas. En Francia, donde primaban las ideas de Babinski y la virtual equiparación entre el histérico y el simulador, se justificaba el uso de una “fuerza proporcional a la mala fe de los pacientes” (Roudebush, 2001, p. 267). Por ejemplo, Clovis Vincet, antiguo discípulo de Babinski que estuvo a cargo del Centro Neurológico de Tours durante la guerra, propuso el método de “reeducción intensiva” (Roudebush, 2001, pp. 268-269). Este médico “creía que el tratamiento de la histeria requería fuerza física y virilidad carismática (...) Vincent se jactaba de obtener resultados inmediatos a través de una combinación de diagnóstico preciso, autoridad personal y el uso inquebrantable de corrientes eléctricas de alta intensidad” que permitirían mostrar al paciente el carácter ilusorio de sus parálisis u alteraciones (Roudebush, 2001, p.

268). Este tipo de accionar, que seguramente provoca impresión en la sensibilidad actual, no era extraño en su tiempo; por el contrario, muchos de sus contemporáneos podían ver a su centro y a su metodología como el lugar de referencia para derivar a “psiconeuróticos que no habían respondido a otros tratamientos” (Roudebush, 2001, p. 268). Para la mayoría de los médicos franceses, el electroshock no era visto como un “instrumento de coerción” sino como un “agente de persuasión” (Roudebush, 2001, p. 269). La “terapia por persuasión” había desplazado allí al uso de la sugestión en pos de una mayor participación consciente del paciente en el proceso curativo. Pero, en muchos casos, los métodos usados para ser “persuasivos” parecían adquirir ribetes disciplinarios y autoritarios (Roudebush, 2001).

En Alemania, donde la hipnosis y la sugestión eran utilizadas más que en Francia, la orientación terapéutica general también estuvo marcada por la suposición de que el paciente portaba un deseo individual contrario a la voluntad de la nación. Entonces, la terapia hipnótica de Nonne podía convivir con métodos más agresivos, como el de “ataque sorpresa” diseñado por Fritz Kaufmann (Brunner, 2000, p. 305). Este médico alentaba a sus colegas para que “usen todo medio posible para convencer al paciente de que uno es capaz de imponer sobre él su propia voluntad férrea” (Kaufmann, 1916, p. 803 citado por Brunner, 2000, p. 305). Y no tenía pruritos en propiciar la faradización pues, desde su perspectiva, “el poderoso impacto del dolor desplaza todas las ideas de deseo negativas” (Kaufmann, 1916, p. 804 citado por Brunner, 2000, p. 306). Lejos de ser criticada, esta perspectiva terapéutica era bien recibida por sus colegas e incluso llegaba a ser considerada más práctica que la hipnoterapia de Nonne, pues no demandaba la pericia que sí se precisaba para hipnotizar (Brunner, 2000). La elección entre un abordaje u el otro no dependía entonces de los conceptos que los fundamentaban ni tampoco de criterios éticos, sino de fundamentos pragmáticos, que podían conducir a médicos como Nonne a utilizar la electricidad en pacientes resistentes (Brunner, 2000).

Un panorama similar respecto de este último punto puede hallarse en el Reino Unido. Como señaló Peter Leese, “la terapia por electroshock era una técnica potencial dentro del abanico terapéutico” y podía ser utilizada tanto por médicos “progesistas” como por “disciplinarios” (Leese, 2001, p. 218). Aun cuando algunos llegaron a denunciar el electroshock como una herramienta de tortura, sobre todo después de finalizada la guerra, es cierto que también se lo defendía en nombre de su supuesta eficacia (Leese, 2001).

No obstante, también era habitual que los soldados que regresaban al campo de batalla tras ser “curados” por esos métodos coercitivos, volvían a caer enfermos muy rápidamente. Por esa falta de eficacia (y no tanto por reparos morales) algunos médicos recurrieron a otras técnicas, más “psicoterapéuticas”. Por ejemplo, M.D. Eder, quien había traducido al inglés algunos textos psicoanalíticos de Freud y de Jung, utilizó la sugestión (con o sin hipnosis) para tratar las neurosis de guerra (Eder, 1917). Desde su perspectiva, la eficacia de la sugestión directa residía en dos factores. Por un lado, en la suposición de que “el soldado es especialmente susceptible a la sugestión”, dado que “su entrenamiento y disciplina lo hacen responder a la autoridad del Oficial Médico” (Eder, 1917, p. 130). Por otro lado, en el hecho de que los “*shock* bélicos no son un asunto de todos los días” y, por eso, requerirían que al poder de la voluntad del soldado se le sumase un refuerzo que sería, justamente, lo que la sugestión hipnótica podría aportar (Eder, 1917, p. 133).

Por su parte, también en el ámbito británico, W.H.R. Rivers adoptó una variante más cercana al psicoanálisis clásico. Este médico se opuso a quienes proponían a los soldados ignorar y reprimir las experiencias bélicas, y condujo a sus pacientes a que pudieran hablar con él de ellas (Rivers, 1920, p. 189). Pero recordar no podía ser un fin en sí mismo, ya que “persistir en los recuerdos dolorosos” podía ser tan dañino como intentar desterrarlos de la memoria (Rivers, 1920, p. 203). Por eso se precisaría también hacer más tolerables los recuerdos (Rivers, 1920, p. 189), o encontrar en ellos un aspecto menos doloroso (Rivers, 1920, p. 192).

Volviendo al territorio de los Imperios Centrales, en el Congreso de Budapest al que ya hicimos referencia, presentó una ponencia Ernst Simmel, quien se había desempeñado durante dos años como oficial médico en un hospital para neuróticos de guerra en Posen y había escrito un libro titulado *Neurosis de guerra y trauma psíquico. Sus efectos recíprocos, descritos a partir de estudios psicoanalíticos hipnóticos*. A diferencia de las ponencias de Ferenczi y Abraham, su exposición no se ocupaba de cuestiones conceptuales sino fundamentalmente de problemas terapéuticos. Simmel criticó tanto a los métodos “por la fuerza y restrictivos”, los cuales producirían “nuevos daños psíquicos”, como al “uso de la sugestión pura bajo la forma de hipnosis cuando se lleva a cabo indiscriminadamente como una técnica ciega” (Simmel, 1919, p. 30). Desde su perspectiva, “la remoción de los síntomas” sin considerar “las constelaciones psíquicas del paciente que permanecen” produciría una nueva “perturbación general”, a lo que se sumaría la posibilidad de recidivas por el hecho de que estos “métodos paliativos” no modificarían “la causa última del sufrimiento”, que sólo podría ser elucidada “por medio del psicoanálisis” (Simmel, 1919, p. 30). Ahora bien, confrontado con la necesidad de acortar la duración de los tratamientos en el contexto bélico, utilizó “una combinación de hipnosis catártica-analítica con conversaciones analíticas durante el estado de vigilia e interpretación de los sueños” que, según su testimonio, “con un promedio de dos o tres sesiones traía alivio sintomático” (Simmel, 1919, p. 30).

En el mismo Congreso, Abraham (que, como hemos visto, adoptaba una posición cercana a buena parte del establishment médico alemán, por el peso otorgado a la predisposición y a los deseos contrarios a los intereses colectivos) también criticó los “procedimientos curativos activos, entre los cuales el más conocido es el de Kaufmann” (Abraham, 1919, p. 28). La crítica se basaba, fundamentalmente, en el criterio de eficacia: esos métodos conducirían “a una mejora rápida”, pero sus efectos terapéuticos no durarían en el tiempo, y producirían “ciertos fenómenos indeseados” debido a su severidad (Abraham, 1919, pp. 28-29). Como médico de guerra, Abraham habría utilizado “la hipnosis y otros medios sugestivos”, pero también “una clase simplificada de psicoanálisis” para hacer inteligible a los pacientes “el origen y la naturaleza de su sufrimiento”, logrando provocar en los pacientes el “sentimiento de ser entendido” (Abraham, 1919, p. 29). Aunque es muy difícil saber en qué consistió efectivamente su práctica terapéutica en el frente de batalla y cuáles fueron los efectos de la misma, es claro que el logro declarado contrastaba enormemente con los objetivos perseguidos por una metodología como la de Kaufmann.

Finalmente, quisiéramos incluir también las apreciaciones vertidas por Freud respecto al tratamiento de estas patologías. Como hemos dicho, el psicoanalista vienés no participó directamente en el frente de batalla; sin embargo, su ponencia en el V Congreso Internacional

de Psicoanálisis sólo puede ser entendida a la luz de los debates que ocasionaron las neurosis de guerra. El título de la exposición, “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” (Freud, 1919 [1918]), anticipaba el eje de la discusión. Frente a un público que incluía psicoanalistas junto con oficiales y delegados del Imperio Austro-Hungaro (quienes parecían interesados en invertir fondos para la creación de clínicas con orientación psicoanalítica), Freud se mostró dispuesto a modificar la técnica analítica para adaptarla a nuevas condiciones, distintas a las del consultorio privado, tales como las de los tratamientos en el campo de batalla o en los hospitales. Por eso consideró “enteramente justificada” (Freud, 1919 [1918], p. 158) la propuesta de Ferenczci, quien promovía la “*actividad del analista*” (Freud, 1919 [1918], p. 157) como un modo de brindar auxilio para la superación de las resistencias y la modificación de las condiciones externas. Por ende, sería erróneo considerar que, en ese marco, Freud criticaba el propósito pragmático de lograr resultados terapéuticos en el menor tiempo posible.

Sin embargo, inmediatamente introdujo otras referencias que sumaban una reflexión ética a los extendidos debates sobre la eficacia. En contra de lo esperado, Freud sugirió que los tratamientos no deberían terminar prematuramente con el padecimiento y, si los síntomas se retiraran, debería sostenerse otro orden de privación. De lo contrario, se “reduciría la fuerza pulsional que esfuerza hacia la curación” y se correría el riesgo de que el paciente encontrara nuevas satisfacciones sustitutivas (en su vida personal o en la relación con el médico), tan neuróticas como los síntomas (pues no modificó aún la posición frente al conflicto), pero que no van acompañadas de padecimiento (Freud, 1919 [1918], p. 158).

Al mismo tiempo, afirmó que quienes conducen los tratamientos deberían privarse de

hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio un patrimonio personal, a plasmar por él su destino, a imponer nuestros ideales y, con la arrogancia del creador, a complacernos en nuestra obra luego de haberlo formado a nuestra imagen y semejanza. (Freud, 1919 [1918], p. 160)

Esta declaración de principios fue realizada en un contexto en el que se apelaba a la sugestión directa y a cualquier método coercitivo para lograr torcer los deseos individuales del paciente en pos de una voluntad colectiva de la cual el médico parecía erigirse como su representante y su guardián. Es cierto que Freud se mostraba dispuesto a “adecuar la técnica a las nuevas condiciones” (Freud, 1919 [1918], p. 163) y que llegó a reconocer que frente a “pacientes hasta tal punto desorientados e ineptos para la existencia”, como podría ser habitual entre algunos neuróticos de guerra graves, sería preciso “aunar el influjo analítico con el pedagógico” (Freud, 1919 [1918], p. 160). Pero la orientación general de su discurso marchaba en una dirección distinta a las terapéuticas más habituales en los tiempos de guerra: “no se debe educar al enfermo para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser” (Freud, 1919 [1918], p. 160), aunque esto fuera en contra de los intereses colectivos.

En síntesis, en un contexto donde la diversidad de tratamientos era proporcional al apremio por obtener alta eficacia en poco tiempo, Freud se mostró dispuesto a aceptar algunas modificaciones que adaptaran la técnica a las nuevas condiciones pero intentó preservar un espacio para la reflexión ética, allí donde los criterios pragmáticos parecían imponerse.

Conclusiones

A lo largo de estas líneas hemos intentado realizar una reconstrucción histórica de los principales debates en torno a las neurosis de guerra durante el período en el que se desarrolló la Gran Guerra. La importancia de esos debates reside en el hecho de que posibilitan delinear una serie de problemas (conceptuales, prácticos, técnicos y éticos), vinculados con la noción de “trauma”, que siguen vigentes en la actualidad y que, en aquél entonces, empujaron a transformaciones importantes en los saberes “psi”, en la misma medida en que contribuyeron al desarrollo institucional de ciertas escuelas, como la psicoanalítica.

Nuestra indagación se posó, en primer lugar, en el estatuto atribuido a las neurosis de guerra, ámbito donde se retomaba el viejo problema del carácter orgánico o psicológico del trauma y de la patología mental. Intentamos fundamentar que, inicialmente, las teorías somáticas sobre el trauma y las neurosis de guerra parecían recuperar el consenso perdido en las últimas dos décadas del siglo anterior. Pero rápidamente fueron reemplazadas por concepciones psicológicas que destacaban el rol de ciertas emociones (como el miedo o terror) así como también el papel de los conflictos entre deseos individuales (no necesariamente conscientes) y obligaciones colectivas, que conducían a algunos a destacar el valor de huida que podría adquirir la enfermedad. Este habría sido el contexto de ideas para que algunas hipótesis psicoanalíticas alcanzaran difusión y reconocimiento entre el establishment médico; pero, al mismo tiempo, obligaban a los psicoanalistas a tener que justificar el rol de la sexualidad en dichas patologías a partir de la noción de narcisismo.

En segundo lugar, retomamos los debates sobre la importancia respectiva de las condiciones objetivas de las situaciones bélicas y de las particularidades subjetivas de quien debió atravesarlas. Al respecto, nos interesó destacar que las explicaciones somáticas de la enfermedad hacían hincapié en el polo objetivo y las psicológicas en el subjetivo, pero que esto no excluía que muchos médicos de los EE.UU. pudieran defender tesis psicológicas y considerar que la patología dependía de la situación más que de la persona, ni que muchos psicoanalistas sostuvieran una posición media entre ambos polos y consideraran una relación compleja entre el valor de la experiencia y la predisposición. Además, intentamos señalar que las posiciones extremas, que consideraban sólo uno de los polos y excluían el otro, terminaban constituyendo figuras del soldado neurótico que lo eternizaban como víctima pasiva o lo acusaban de simulador o egoísta.

Por último, nos ocupamos de presentar la diversidad de tratamientos físicos y psicológicos utilizados, y de las combinaciones posibles entre ellos (fundamentalmente, el modo en que el electro-shock podía ser considerado un instrumento de “persuasión” que actuaba sobre los ideas que estaban en la base de los síntomas, o la manera en que la hipnosis y la sugestión directa podían combinarse con técnicas psicoterapéuticas y psicoanalíticas posteriores). Además, destacamos que las urgencias de la guerra imponían en los practicantes “psi” el criterio de la eficacia y la rapidez terapéutica, haciendo que las voces que señalaban límites éticos fueran, durante la duración del conflicto bélico, bastante marginales.

Bibliografía

- AA.VV. (1921). *Psycho-analysis and the war neuroses*. London, Viena, New York: The International Psycho-Analytical Press.
- Abraham, K. (1919[1921]). Ponencia en el Simposio sobre Neurosis de Guerra en el Quinto Congreso Internacional de Psicoanálisis en Budapest. En AA.VV. *Psycho-Analysis and the War Neuroses*. London, Viena, New York: The International Psycho-Analytical Press.
- Brunner, J. (2000). Will, desire and experience: Etiology and ideology in the German and Austrian medical discourse on war neurosis. *Transcultural Psychiatry*, 37(3), 295-320.
- Cox, C. (2001). Invisible wounds: The American Legion, Shell-shocked Veterans, and American Society, 1919-1924. En M. Micale, & P. Lerner. *Traumatic pasts. History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930* (pp. 280-305). Cambridge: Cambridge University Press.
- Edelman, N. (2003). *Les métamorphoses de l'hystérique. Du debut du XIX siècle à la Grande Guerre*. Paris: La Découverte.
- Eder, M. D. (1917). *War-Schock. The psycho-neuroses in war psychology and treatment*. London: William Heinemann.
- Falzeder, E. (2002). *Sigmund Freud. Karl Abraham*. Correspondencia completa. 1907 – 1926. Madrid: Síntesis.
- Ferenczi, S. (1917[1981]). Dos tipos de neurosis de guerra (histeria). En *Obras completas* (Tomo 2, pp. 311-327). Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1919[1921]). Ponencia en el Simposio sobre Neurosis de Guerra en el Quinto Congreso Internacional de Psicoanálisis en Budapest. En AA.VV. *Psycho-analysis and the war neuroses*. London, Viena, New York: The International Psycho-Analytical Press.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoidea) descrito autobiográficamente. En S. Freud. *Obras Completas* (Tomo XII, pp. 1-76). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En S. Freud, S. *Obras Completas* (Tomo XIV, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-17). 24ª Conferencia de introducción al psicoanálisis. El estado neurótico común. En S. Freud, S. *Obras Completas* (Tomo XVI, pp. 344-356). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919 [1918]). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En S. Freud. *Obras Completas* (Tomo XVII, pp. 151-163). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919[1986]). Introducción a *Zur Psychoanalyse der Kriegs-neurosen*. En S. Freud. *Obras Completas. Tomo XVII* (pp. 201-208). Buenos Aires: Amorrortu.
- Jones, Ernest (1919[1921]). War shock and Freud's theory of the neuroses. En AA.VV. *Psycho-analysis and the war neuroses*. London, Viena, New York: The International Psycho-Analytical Press.
- Jones, Ernest (1953-57[1981]). *Vida y obra de Sigmund Freud*. Tres tomos. Barcelona: Anagrama.
- Kaufmann, F. (1916). Die planmässige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. *Münchener medizinische Wochenschrift, Feldärztliche Beilage*, 22, 802-804. Fragmentos citados por Brunner, 2000.
- Laignel-Lavastine, M., & Carbon, P. (1919). *Les Accidentés de la guerre: Leurs éspirit, leurs réactions, leur traitement*. Paris: Baillière et fills. Fragmentos citados en Roudebush, 2001.

- Leese, P. (2001). "Why are they not cured" British shellshock treatment during the Great War. En Micale, M., & Lerner, P. (2001). *Traumatic pasts. History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930* (pp. 205-221). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lerner, P. (2001). From traumatic neurosis to male hysteria: The decline and fall of Hermann Oppenheim, 1889-1919. En *Traumatic pasts. History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nonne, M. (1915). Soll man wieder 'traumatische Neurose' bei Kriegsverletzten diagnostizieren? *Medizinische Klinik*, 11, 849-854. Fragmentos citados por Brunner, 2000.
- Oppenheim, H. (1900). *Diseases of the nervous system*. Philadelphia and London: J. B. Lippincott Company.
- Oppenheim, H. (1916). *Die neurosen infolge von Kriegsverletzungen*. Berlin: Karger. Fragmentos citados por Brunner, 2000.
- Rivers, W.H.R. (1920). *Instinct and the unconscious: A contribution to a Biological Theory of the Psycho-Neuroses*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robinson, F. J. (2005). *Rivers. The forgotten healer*. Disponible en <http://www.whrrivers.co.uk>
- Rose, N. (1990). The Psychology of War. En *Governing the soul. The shaping of the private self*. London and New York: Routledge. Traducción castellana disponible en www.elseminario.com.ar
- Roudebush, M. (2001). A battle of nerves: Hysteria and its treatments in France During World War I. En M. Micale, & P. Lerner (2001). *Traumatic pasts. History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930* (pp. 253-279). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schäffner, W. (2001). Event, series, trauma: The probabilistic revolution of the mind in the late nineteenth and early twentieth centuries. En *Traumatic pasts. History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Simmel, E. (1919[1921]). Ponencia en el Simposio sobre Neurosis de Guerra en el Quinto Congreso Internacional de Psicoanálisis en Budapest. En AA.VV. *Psycho-analysis and the war neuroses*. London, Viena, New York: The International Psycho-Analytical Press.
- Vezzetti, H. (2007) Historias de la Psicología: problemas, funciones y objetivos. *Revista de historia de la Psicología*, 28(1), 147-165.

Recebido: 15/06/2016

Última revisão: 09/02/2017

Aceite final: 14/03/2017

Sobre o autor:

Luis César Sanfelippo: Licenciado y Doctor en Psicología. Docente e Investigador de la Cátedra I de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. E-mail: luissanfe@gmail.com