

EL SUJETO CAUTIVO POR LA GUERRA

Silvia Elena Tendlarz (PhD)*

Universidad de Buenos Aires

Universidad de San Martín

*"Si quieres soportar la vida,
prepárate para la muerte"*
Freud

Resumen:

El presente trabajo examina el impacto de la guerra tanto sobre el combatiente como sobre la población civil. Para ello examina las neurosis traumáticas de guerra como así también algunas presentaciones del "estado de stress post-traumático": síndrome nuclear y síndrome de Estocolmo propio de la toma de rehenes. Se intenta oponer la captación universal a la singular posición del sujeto atravesado por la guerra.

Palabras clave: Guerra, neurosis traumática, stress post-traumático

Abstract:

This work examines the impact of the war not only over the soldier but over the civilian population as well. It also examines the war traumatic neurosis and some presentations of the post traumatic stress disorder (PTSD): nuclear syndrome and Stockholm syndrome proper of the hostage taking. It tries to oppose the universal view towards the single position of the subject affected by the war.

Key words: War, Traumatic neurosis, Post Traumatic Stress Disorder

La guerra

Múltiples titulares presentan la vorágine de esa maquinaria desgarrante llamada guerra. De odio y muerte; de valentía y horror; de humillación y victoria; de hipocresía y dolor... Cada uno de ellos forma el calidoscopio que desencaja la imagen armónica que proponen los ideales de la cultura y muestran en anagrama el secreto que adoran en silencio.

* *Docente de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y la Universidad de San Martín, Buenos Aires. Psicoanalista (AME) de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL) y de la Escuela de la Causa freudiana (ECF) París.

Las ciudades refugian a sus muertos de distintas maneras. En sus sepulturas, reliquiarios simbólicos que indican su paso entre los vivos. En sus libros, cómputo implacable de nacimientos y muertes. En sus recuerdos, crónicas de la historia, memorial de un pasado. También en sus omisiones: revelación de un acontecimiento anterior que desmiente el presente. Pero en el mismo movimiento, el pautado silencio descubre su esfuerzo estéril por reescribir una historia que oculta un real que retorna en los recuerdos de sus protagonistas, y más allá de ellos mismos, en los objetos, testigos mudos del odio y la destructividad.

Curiosamente, como si estas estrategias de recomposición fueran insuficientes, algunas ciudades recurren a desenterrar a sus muertos, para adorar -a escondidas- sus lugares sagrados y brindar la prueba de que algo existió. Un objeto es necesario para llevar a cabo un cómputo de otro modo imposible.

Starobinski señala que lo moderno está caracterizado por el conflicto y la contradicción, variablemente referidos al presente y al pasado. El contraste y la disonancia entre la presencia simultánea de campanarios y chimeneas industriales, ilustra algo más que la imagen del ventanal de Madame Bovary. El contraste no es sólo visual o ideológico. La temporalidad que se descompone a la manera de Joyce o de Virginia Woolf permiten comprender por qué los requerimientos de la civilización resultan siempre anacrónicos; quizás siempre ya sea demasiado tarde.

Freud nombró "hipocresía de la cultura" a este estado de las cosas. Exige de sus miembros una renuncia que excede sus posibilidades: los ideales de la cultura se vuelven una exigencia ensordecedora frente a los reclamos pulsionales. Desentendiéndose del deseo, lo humano se restringe a la obediencia del ideal que lleva a la conquista, a la carrera del éxito, al desvarío, a la guerra y a la muerte. Una nueva especie de "filisteo de la cultura" se perfila siempre, con un precario equilibrio que arriesga su derrumbe.

No existe en Freud una distinción entre "cultura" y "civilización". Se aleja del uso corriente en la lengua alemana. La torsión permite alojar en el interior de la polis la barbarie que la civilización intenta desalojar.

Tal vez la definición de Kundera se vuelva representativa: la modernidad como aliado de sus propios sepultureros. En nombre del ideal se reencuentra aquello mismo que se quiere enterrar en el olvido.

La Primera Guerra Mundial representó para Freud la caída de los ideales heroicos que su contemporaneidad preconizaba. Se creía confrontado a lo peor. El exilio de 1938 fue un anuncio de la época de horror y de barbarie que emergía de "su civilización". Nada supo de la agonías en los campos de la muerte. Otras chimeneas dieron cuenta de su contemporaneidad, revelaron lo que, hurtado, se alojaba en el seno de esas imágenes ideales.

Poco tiempo antes de su muerte, escribe, ya en Londres, a la directora de "Time and Tide": "Llegué a Viena siendo un niño de cuatro años desde un pequeño pueblo de Moravia. Tras sesenta y ocho años de laborioso trabajo tuve que abandonar mi hogar, asistí a la destrucción de la Sociedad científica que había fundado, ví destruidas nuestras instituciones, ocupada por invasores nuestra imprenta (Verlag), confiscados o reducidos a pulpa los libros que yo había publicado, expulsados de sus profesiones a mis hijos. Acude a mi mente ahora un antiguo dicho francés: "El ruido es para el fatuo / la queja es para el tonto / el hombre honesto engañado / se va sin decir palabra"". Casi una constatación de lo que sus escritos ubicuamente presagian en el ineludible tercer cofre, elección forzada del viviente, que sustrae a Freud de la violencia de su contemporaneidad.

La actualidad de 1914, el impacto de la declaración de la Primera Guerra Mundial, impulsa la aparición del artículo de Freud "De guerra y muerte" (1915). Frente a la desilusión se produce un cambio de actitud frente a la muerte.

Nadie cree en la propia muerte: somos inmortales en nuestro inconciente. Pero en relación a la muerte de otros, un ligero velo se tiende frente a la confesión de tales deseos inconcientes. O se evita cautelosamente abordar este tema si el sentenciado puede oirlo. Incluso frente al muerto se mantiene una actitud particular, "casi de admiración, como si se hubiera llevado a cabo algo muy difícil".

El trabajo de captación de la muerte no es un catálogo que sincroniza los días, ni el opúsculo acallado por los dioses del futuro: el culto de los muertos, con las motivaciones

inconcientes que lo orientan, es una forma de honrar a la vida. Otorgarle el justo lugar a la muerte, exiliarla tajante y definitivamente como medio de depuración de una raza o como instrumento de funcionamiento ideológico, es reintegrar el valor a la vida.

La muerte existe como tal entre los vivos. Frente a ella, el sentimiento de culpabilidad surge como tormento por una falta que no logra ser metaforizada. El joven Orestes debe sepultar las Erinias en el altar del culto para acallar sus rugidos de venganza. Un preciado conteo de recuerdos, llamado por Freud *duelo*, es el tránsito que sitúa en el lugar de la falta las palabras que forcejean con lo que no es "contable".

En psicoanálisis la muerte está enlazada al deseo. Un asesinato primordial, el del padre en la horda primitiva, es el mito con que se recrea la transformación del goce en deseo. Muerte que se metamorfosea en expresión de amor al padre. Esto corresponde al aforismo lacaniano que sitúa el amor en el tránsito del goce al deseo.

Este asesinato es mítico. Aunque se una al deseo, paráfrasis de la castración, el homicidio es un acto que se desentiende del deseo y se le opone. Es diferente desear la muerte del prójimo que llevarla a cabo.

El homicidio fue el objeto de meticolosos análisis por parte del derecho: se trata de determinar hasta qué punto interviene la voluntad del sujeto. Lacan subraya que cualquiera sea la patología del individuo en cuestión, éste siempre es responsable de su acto. El "no desculpabilizar al paciente" de la fórmula freudiana toma otra envergadura. No se trata ya de transformar la falta (parte de la estructura) en un elemento imaginario, ni de despojar al sujeto de su acto, so pretexto de excusarlo por su enfermedad, sino, por el contrario, de permitirle al sujeto enfrentarse con su acto para poder darle una respuesta que lo sitúe nuevamente. Freud no se complace en llevar a cabo una psicopatología del horror a la que aludiría Einstein en su correspondencia. La infamia y la crueldad también tienen un lugar irrevocable en la civilización.

De la cohesión entre el derecho y la violencia nace, para Freud, la civilización. Se trata de encontrar una conjunción adecuada entre la identificación y el goce. Pero la acción del ideal que rige el sistema de identificaciones crea también el enemigo que se intenta destruir. El desenlace de la civilización, que se fue construyendo a través de los siglos, resulta incierto.

En todo caso para Freud, y tal vez sólo sea una expresión de deseo, "todo lo que promueva la cultura trabaja también contra la guerra" (1932).

El sesgo que prevalece para zanjar esta cuestión en psicoanálisis es el de la batalla interior. El individuo es una pequeña civilización en guerra consigo mismo. La contraposición pulsional conlleva una lucha por sortear la muerte: esto brinda el matiz específico de cada vida. El dualismo pulsional no está en contradicción. Una pulsión se alimenta de otra.

Antes de llegar a esta oposición teórica, Freud enuncia el conflicto interior que se produce en el sujeto en términos de un conflicto entre "un yo de la paz y el nuevo yo guerrero del soldado, y se torna agudo cuando el yo-paz advierte claramente qué gran peligro de perder la vida le deparan las osadas empresas de su doble parásito" (1919).

Se presentan así dos cuestiones entrelazadas: un poderoso enemigo interior y el riesgo mortal del campo de batalla -que el sujeto debe afrontar desde su subjetividad-. El hombre es impulsado a una acción, eventualmente matar, anteriormente rechazada con el fin de apaciguar su "civilización interior". El síntoma es uno de los resultados de esta confrontación.

I. LA ENFERMEDAD DEL COMBATIENTE

1.- Freud: las neurosis traumáticas de guerra

La guerra cambia sus vestiduras a través del paso del tiempo hasta el combate desde las trincheras en la Primera Guerra, bombardeos sofisticados de la Segunda Guerra, "guerra fría" de la post-guerra, y luego, quien sabe, tal vez "guerra de religión" o la llamada guerra "total y global".

Pero en todo momento una cuestión guarda su enigma: ¿cómo medir el goce del combatiente? En todo caso algo retorna a través de los síntomas.

La eventualidad de una perturbación psíquica es reconocida desde la Antigüedad. Ciertos ritos que preceden al combate intentan alentar al guerrero y exorcisar su miedo: se evita el peligro potencial de que se inicie un circuito en cadena que propague el pánico en el campo de batalla.

Algo debe perderse, anuncian los dioses, e Ifigenia es conducida al altar del sacrificio para que partan las naves. Sacrificio que no es homogéneo para todos. Goce en más o en menos que siguen los lineamientos de distintas posiciones subjetivas. Con el ideal religioso del sacrificio se conjuga una descarga pulsional inmensurable.

Durante la Primera Guerra Mundial aparecieron los primeros artículos sobre las reacciones patológicas durante el combate. La patología se contraponen a la moral "del buen combatiente", que ilustra el guerrero aplicado de Palhaum, desde donde fueron analizados y tipificados los "descarriados". Este es el caso del "desertor".

Víctor Tausk establece variaciones en la causalidad de ese acto que escandaliza al engranaje de la guerra. Los motivos conscientes son incluidos en la serie que va de la debilidad a la neurosis.

¿Por qué un hombre debería estar preparado para matar? Ese esfuerzo en más que solicita la civilización, en numerosos casos produce catástrofes subjetivas irreversibles. A veces las reacciones traumáticas desencadenadas durante la guerra permanecen inasimilables a lo simbólico y provocan estados de perplejidad que pueden volverse crónicos.

La guerra genera sus marginales: desertores, simuladores, hasta inventa una nueva nomenclatura que nombra a sus enfermos. Surgen así las "neurosis traumáticas de guerra". El ingenio del artista logra reunir satíricamente a todo este bestiario, y aún más, en las peripecias del bravo soldado Chvéik.

Desde fines del siglo pasado las "neurosis traumáticas" tuvieron un lugar en la psiquiatría para explicar las perturbaciones originadas por conmociones mecánicas, choques ferroviarios y otros accidentes que aparejaban el riesgo de muerte. Oppenheim enlaza el término de trauma al de neurosis en 1884. Kraepelin dará autonomía a esta afección, "*Schreckneurosen*", en 1895. A comienzos de siglo Honigstein forja el vocablo "*Kriegsneurosen*" en un congreso alemán de medicina interna (1907), denominación que encuentra su apogeo durante la Gran Guerra.

El enlace entre neurosis y trauma forma parte de la teorización freudiana. Planteaba junto a Breuer en 1893 que los histéricos "sufren de reminiscencias", sitúan como causa de la enfermedad la fijación de una vivencia que cobra el valor de un trauma. Freud y Breuer

siguen el sendero trazado por Charcot que relacionaba histeria y traumatismo en oposición a la causalidad hereditaria. Rápidamente el trauma deviene sexual y la retroacción su modelo.

La concepción de la neurosis traumática de guerra se vuelve para Freud una oportunidad inigualable para presentar sus teorías en un círculo más amplio.

A fines de setiembre de 1918 se llevó a cabo el 5º Congreso Psicoanalítico Internacional en la gran sala de la Academia húngara de Ciencias en Budapest. La guerra se hizo presente en este encuentro de diversas maneras. Primero por la imposibilidad práctica de que fuera verdaderamente un congreso internacional. Luego, y esto es sin duda el punto más importante de este encuentro, parte de las reuniones se destinaron a un debate acerca del psicoanálisis de las neurosis de guerra: se inició con las ponencias de Ferenczi, Abraham y Simmel. Esto motivó que por vez primera se encontraran presentes representantes oficiales del gobierno húngaro, alemán y austríaco.

Dada la eficacia de la utilización de métodos psicoterapéuticos de inspiración analítica en esta afección -que no coincide verdaderamente con el método psicoanalítico tal como Freud lo planteaba-, se discutió la posibilidad de crear clínicas psicoanalíticas para el tratamiento de las neurosis de guerra. Al mismo tiempo que Freud apoya esa propuesta, aprovecha esta inesperada oportunidad para presentar su técnica de trabajo en "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica", donde trata la cuestión de la técnica activa que comienza a ser utilizada por Ferenczi. El "actuar" que le preocupa concierne más a la posición del analista que al tratamiento de las neurosis desencadenadas en época de guerra.

Con la finalización de la guerra concluyó el interés "oficial" por las neurosis de guerra, y junto a ello, la creación de las clínicas proyectadas.

Al año siguiente sale publicado un libro que incluye las ponencias sobre esta problemática, y Freud se encarga de escribir el prefacio. Dice explícitamente que en realidad no existe ninguna diferencia entre las neurosis que se desencadenan durante la guerra y las de los tiempos de paz. No obstante, esta aproximación de la psiquiatría militar permitió constatar el origen psicógeno de los síntomas (que se opone a ciertos planteos funcionales u orgánicos), el significado de las mociones pulsionales concientes y la ganancia primaria de la enfermedad

o "refugio en la enfermedad". La neurosis traumática es efecto de la represión, reacción frente al trauma.

Los años 20 señalan un vuelco decisivo en la teorización freudiana tanto por la inclusión de la pulsión de muerte como por la reformulación de la psicopatología que toma como eje el concepto de castración.

Los sueños de las neurosis traumáticas de guerra devienen en esta ocasión uno de los ejemplos que Freud utiliza para presentar la "compulsión a la repetición". El sujeto sueña reiteradamente con la situación de su accidente y despierta aterrorizado. Esto no responde al circuito del placer, sino que es un "más allá" que impide seguir durmiendo.

Freud establece cierto número de precisiones que modificará en "Inhibición, síntoma y angustia". La angustia es la expectativa frente al peligro, aun desconocido; el miedo se experimenta frente a un objeto determinado; el terror surge cuando se corre un peligro sin estar preparado para ello -se subraya así el factor sorpresa-. En tanto que la angustia protege contra el terror, no es la fuente de la neurosis traumática sino que es el efecto del terror. Al mismo tiempo, un daño físico contrarresta en la mayoría de los casos la producción de la neurosis como consecuencia de una redistribución de la libido narcisista.

Aunque Freud modifique en parte esta concepción, la puesta en valor del "terror" le permite desarraigar definitivamente la concepción del "choque" (*Shock*), que se desliza hacia una causación orgánica o funcional, y enfatiza el origen psíquico de la enfermedad. De esta manera el "*Shell Shock*", traducido como "neurosis de guerra", no es el efecto del enfrentamiento con el material bélico sino con aquello que en lo real apunta a su fantasma.

De la trilogía angustia, miedo y terror, en 1926, como efecto de la modificación de la teoría de la angustia, Freud pasa a formular la oposición entre angustia, dolor y duelo. El terror, *Shreck*, es equiparado a la angustia, definida como la reacción frente a la situación traumática. Esta vez el trauma pierde su carácter anecdótico y se vuelve un elemento estructural ligado estrechamente a la castración, que antecede a la emergencia de la angustia y que linda con el dolor y con el duelo frente a la pérdida.

Ante el peligro pulsional, como da repetidas pruebas la fobia, surge el objeto que localiza la angustia como protección. Más allá de la formación de síntomas, la angustia

misma, al decir de Lacan, ya es una respuesta frente al enigma del deseo del Otro. La realidad del peligro cobra diversos matices: el enemigo interior, que se traduce por el "odio a sí mismo", es tan inquietante como el que se sitúa en el exterior. En el caso de la fobia ese objeto de temor produce un alivio en tanto localiza al goce, y lo *Unheimlich* se vuelve un miedo domesticado.

En la lucha "cuerpo a cuerpo" del combatiente, cualesquiera que fuere el cuerpo en cuestión (puede reducirse a un altoparlante), lo traumático no puede ser establecido a priori e independientemente del sujeto. El riesgo de muerte, como así también el peligro de asesinar, lo enfrentan a la transgresión del mandamiento pilar de la civilización: "no matarás". Contradicción que se manifiesta en épocas de guerra: la muerte permite la vigencia de los lazos sociales al mismo tiempo que los deshace.

Jones señala la necesidad de diferenciar en la guerra entre el matar (asociado a la defensa personal y al Ideal de su civilización) del asesinar (que da cuenta del goce). ¿Qué es lo que establece su límite, siempre precario, en el campo de batalla? La respuesta pertenece al terreno de lo singular de cada subjetividad.

2.- Lacan y la psiquiatría inglesa

El interés de la psiquiatría militar por la salud mental de los combatientes no se restringe a una preocupación por los efectivos, sino que incluye el factor de la disponibilidad de reintegración al frente de batalla (por lo menos en lo que concierne a las guerras actuales). La predicción de guerras futuras pone de relieve la supervivencia en la lista de una evacuación posible: los soldados que padecen trastornos psíquicos quedan últimos junto a los heridos graves. No se trata ya de salvar la mayor cantidad de vidas posibles, de tener en cuenta el conjunto de la población, sino que esta "ética nuclear" que esboza nuestro tiempo vuelve a la fórmula darwiniana del "más apto".

En la selección de quienes deben ir al frente de batalla la población es determinante. E.E.U.U. pudo inventar durante la Segunda Guerra Mundial un test de selección que asegurara el envío de los más preparados para el combate. Gran Bretaña, como lo expresa el Coronel Rees, se encontró con la dificultad de un número reducido, por lo que tuvo que idear

un dispositivo inverso que permitiera reintegrar lo antes posible en sus batallones todo el personal con trastornos producidos durante la guerra, y enviar a realizar tareas auxiliares a todas las personas consideradas como "no aptas" para el servicio (el hecho que no pudieran participar de la batalla no los volvía ineficaces para mantener el funcionamiento del aparato de guerra).

Podemos distinguir dos áreas diferentes: los procedimientos de selección y de reinserción que anteceden al combate (de acuerdo a las diferentes necesidades) y los tratamientos propuestos para la atención de los soldados que se encuentran en medio de la lucha.

En cuanto a la prevención, Lacan comenta ampliamente el trabajo de Bion con grupos pequeños. El azar lo llevó a participar de las dos guerras mundiales. En la primera como combatiente, en la segunda como psiquiatra. En su autobiografía, describe detenidamente el impacto de la guerra: el miedo, la precipitación y la perentoriedad, el desconcierto y la incertidumbre, el cansancio. Un episodio es retenido con atención. El tanque que dirige se descompone y el personal a bordo debe salir precipitadamente. Un compañero lo empuja y lo salva de la bala que no obstante lo roza. La impresión del acontecimiento lo deja en un estado de "despersonalización", en el que se siente volar. ¿Cómo nombrar el impacto de la muerte que pasa a su lado? En otra ocasión, todos los oficiales de su sección mueren y es requerido para cumplir una función a pesar de no estar preparado para ello. Un sargento de más experiencia lo acompaña en esta tarea. Esta situación es clave para su invención de los grupos sin líder.

Durante la Segunda Guerra Mundial propone la constitución de dos tipos de grupos: los grupos sin líderes para la selección de oficiales y los de readaptación. El primero trata de detectar los individuos adecuados para el cumplimiento de esa función, pero también evalúa la capacidad de cada sujeto para relegar las ambiciones individuales en vistas al objetivo común. Este trabajo fue interrumpido al año siguiente de su iniciación porque no respondía a los requerimientos del sistema ideológico militar.

El segundo tipo de grupos fue constituido también en 1942 en el hospital de Northfield: éste recibía a aquellos que en principio podían reintegrarse al servicio activo. Rickman se

encargaba primero del tratamiento, y luego los pacientes pasaban al pabellón de readaptación dirigido por Bion. Durante este período de la internación se juzgaba la capacidad de readaptación a la vida militar. En caso de fracaso el paciente era orientado hacia tareas auxiliares. A pesar de los resultados obtenidos, aparentemente muy satisfactorios, esta experiencia grupal fue interrumpida al cabo de seis semanas sin ninguna explicación por parte de sus superiores.

El artículo que publicó con Rickman en 1943, "Intra-group tensions in therapy. Their Study as the task of the group", es retomado por Lacan en "La psiquiatría inglesa y la guerra" (1946). Para Lacan, el Rubicón que atravesó Bion fue su innovación metodológica que permitió encontrar una intervención adecuada frente al impasse de la situación, y recobra así "la impresión de milagro de los primeros procedimientos freudianos". Logró dar un toque psicoanalítico al tratamiento psiquiátrico: recupera en ese movimiento parte de su historia. Construyó un procedimiento terapéutico a partir de la manera personal que encontró para sobrellevar el desazón y la impotencia de su vivencia durante la guerra, que le valió, por otra parte, numerosas condecoraciones.

Esta experiencia fue el punto de partida de la teorización de Bion acerca de los grupos. Lo que extrae Lacan del artículo, como es habitual en sus comentarios, va más allá de lo que dice el propio Bion: esta es la vía que encuentra para criticar el adormecimiento de la psiquiatría y del psicoanálisis francés. El énfasis está puesto sobre el cálculo colectivo a partir de la salida que encuentran estos grupos frente a un impasse de la situación. Eric Laurent evocó en otro contexto este cálculo, opuesto al infierno sartriano, que reproduce el esquema de los tres prisioneros: para lograr salir de la prisión deben tomar una decisión en común. En los grupos sin líderes lo que cuenta no es tanto la capacidad de conducción como la subordinación al cálculo colectivo que permite encontrar la verdadera salida.

Lacan señala en la dialéctica conflictiva de la civilización cómo la psiquiatría ayudó a los ingleses a ganar la guerra, y a la vez, la manera en que la guerra permitió, paradójicamente, avanzar a la psiquiatría inglesa.

3.- Otras guerras, nuevas enfermedades

Al final de la Primera Guerra Mundial el Coronel Salmon planteó tres principios básicos para la atención de los sujetos que presentan trastornos en el campo de batalla, puntos clave de los tratamientos actuales de ese género.

Salmon parte de una constatación particular: los soldados que presentan la misma serie de síntomas que convergen en la "neurosis de guerra", no participaron necesariamente en la batalla. Los trastornos se desencadenan desde la retaguardia y aun antes de ingresar al frente. La hipótesis que los enlazaba exclusivamente al shock de una granada o al estruendo resulta insostenible para la propia psiquiatría militar. Salmon constata la aparición de síntomas histéricos que atañen a un elemento de la función del combatiente más que a un accidente fortuito. Por ejemplo, la parálisis del brazo en quien sostiene una ametralladora; la ceguera del aviador; o el espasmo en el rostro que reproduce el del soldado que mató con la bayoneta (¿qué nuevas muecas nos depara la sofisticación del material bélico?).

Todo esto lo lleva a idear un modo de tratamiento eficaz que tiene en cuenta la necesidad de sacar al paciente lo antes posible de este estado de shock en el terreno mismo del combate; también apunta a sostener la "moral" de los compañeros que siguen peleando y a reducir la expectativa de obtener un "beneficio secundario" por la enfermedad -lograr abandonar el frente-.

Hasok satiriza esta posición al relatar los duros tratamientos suministrados a los supuestos simuladores: estos son llevados, sin vacilar, al campo de batalla. Burla que se basa sobre los tratamientos por electroshocks. Freud se sumó a la crítica del uso de estos instrumentos de "curación" como así también a la ética de quienes los utilizaban: privilegiaban la necesidad de reintegrar rápidamente al soldado más que ocuparse verdaderamente por su padecimiento.

Podemos definir estos principios, tal como son concebidos actualmente, de la siguiente manera: 1) Proximidad: deben ser atendidos rápidamente, incluso, si es posible, en su propia unidad de combate; 2) Inmediatez: la eficacia del tratamiento depende de que se lleve a cabo lo antes posible; 3) Expectativa: convencer al paciente que sólo se encuentra "cansado", que es una reacción normal frente a la tensión del combate, y de que debe volver al frente lo antes

posible; 4) Simplicidad (añadido a los tres principios de Salmon): consiste en alimentarlo, dejarlo descansar, y escucharlo. Sólo si el paciente no se recupera con la utilización de los recursos señalados se recurre a una consulta médica.

La aplicación de los principios de Salmon fue modificada como respuesta al cambio de estatuto de las "neurosis traumáticas". Cambian de nombre en 1978 con la aparición del DSM III. El de los "Post-Traumatic Stress Disorders" (PTSD) es un cuadro muy amplio donde quedan incluidos todos los trastornos producidos por el "stress". Se parte de la idea de que algunos sujetos sometidos a situaciones de gran tensión padecen perturbaciones por dificultades en adaptarse. Esfuerzo por parte de la psiquiatría en desarraigar la posibilidad de una respuesta subjetiva que emerja de la vida psíquica, y en poner en su lugar una "reacción" que es consecuencia del estado de stress fisiológico y que manifiesta una conducta no adaptativa.

Nacen así nuevas "reacciones de combate": "cansancio del combate" para los autores americanos, "reacción de stress del combate" para los autores israelíes (con todas las graduaciones posibles). Ocuparse de estas reacciones permite preservar tanto los "efectivos de la unidad" como la cohesión (elemento crucial para evitar conductas desorganizadas o la aparición de una epidemia de pánico), y protege la capacidad operativa del soldado. Desde esta perspectiva, el conjunto prevalece sobre cada individuo, es decir, el funcionamiento global del aparato de guerra.

La propuesta de Salmon fue utilizada durante la guerra de Corea (1951-53), adaptada a las condiciones particulares de la guerra en Vietnam (1962-72), y en Israel durante la guerra del Líbano (1982). En las guerras de Indochina (1945-54) y de Argelia (1942), el ejército francés no usó sistemáticamente este sistema (aunque se ocuparan también de inmediato de sus enfermos).

La guerra de Vietnam duró casi diez años, y su curso no fue homogéneo ni en la cantidad de hombres movilizados ni en las situaciones que los combatientes tuvieron que atravesar. La llegada de los soldados americanos a Vietnam se caracterizó por un momento de adaptación a un medio completamente diferente, en el que la batalla no se planteaba en los términos acostumbrados. Sonidos, olores, imágenes, vaticinaban un viaje desconocido. La

desconfianza de los pobladores les quitaba rápidamente el arrogante privilegio de ser sus salvadores. Antes de la gran ofensiva de Tet la guerra se desarrollaba como guerrillas de ataque: el adversario vietnamita a menudo era invisible, anónimo, con una gran movilidad; desaparecía durante el día en las poblaciones o en la jungla.

La ofensiva de Tet de enero de 1968 obligó a los E.E.U.U. a aceptar que no iban a ganar y que era necesario negociar. Simultáneamente, en esa época comenzaron a circular noticias de masacres de la población civil. Un caso que cobró gran notoriedad periodística fue el de "May Lai", en el que un grupo de soldados asesinó a 347 civiles de una aldea. Este acontecimiento precipitó el desprestigio de la guerra en los E.E.U.U, incrementado por la dilución de los lazos sociales entre los combatientes: los soldados mataban a veces a sus propios oficiales, la ubicuidad del enemigo, producida por continuos atentados, llevaba a deslocalizar el peligro y generar situaciones de extrema tensión, y finalmente tuvo lugar la epidemia de heroinómanos en 1970. Las rotaciones se volvían un peso despiadado frente a una guerra sin sentido, el regreso al hogar devenía el calvario de una reinserción social casi imposible dada la modificación del valor social de la guerra. El efecto "Rambo" se expandía en la población, como así también la adicción a la heroína.

Aunque el sistema de Salmon fue implantado durante la guerra, tuvo que adaptarse a las condiciones particulares del terreno. En lugar de puestos de atención próximos se llevaban a cabo evacuaciones inmediatas en helicópteros hacia las unidades médicas. Una vez allí, los principios básicos eran cumplidos sistemáticamente con éxito.

Quisiera destacar dos cuestiones. La primera concierne a la posición del psiquiatra militar, la segunda al tratamiento por hipnosis.

Algunos trabajos sobre la guerra de Vietnam precisan la dificultad que presentaban los tratamientos en ese ámbito. No sólo se llevan a cabo cerca del frente de batalla, sino en una estructura determinada: en el ejército. Los psiquiatras que atendían eran también oficiales que debían respetar la jerarquía militar. El secreto no podía ser garantizado, de allí que muchos soldados preferían hablar con el párroco ya que podían contar al menos con su discreción. En algunas unidades de las fuerzas amadas se privilegiaba el "saber de qué se trata" por haber pasado por el campo de batalla (Bion en cierto sentido también lo creía) más que una

formación especializada. De allí que hasta los propios oficiales podían ocuparse de esos tratamientos cortos, sin recurrir necesariamente a psiquiatras militares.

El secreto de la eficacia de este tipo de tratamientos radica en el llamado a reinsertarse en las identificaciones que mantienen el lazo social en el ejército a partir del Ideal. Freud estudió esta cuestión en "Psicología de las masas y análisis del yo" (1920). De allí la insistencia en mantener la cohesión de la unidad a partir de un trabajo conjunto, en sostener la "moral" de los compañeros, en el hecho de que los superiores tengan que dar el ejemplo y hacerle entender al soldado que lo que le sucede es normal y "que a todos les puede pasar eso". La identificación con el conductor, facilitada por la jerarquía y los grados, mantiene las identificaciones laterales. Resulta en sí mismo eficaz reintegrarle ese funcionamiento a quien se encuentra en un estado de conmoción. Según Simmel (1919) el maltrato de los soldados por sus superiores era un factor de producción de neurosis traumáticas durante la Primera Guerra Mundial. Freud enfatizará en 1920 cómo el lugar del dirigente del grupo resulta esencial.

Neuman acentúa la acción de la sugestión en estos tratamientos. Toma como punto de partida su experiencia en el Líbano: el hecho de permanecer en un medio militar próximo al combate, guardando su uniforme, cerca del ruido y de la vorágine de la batalla, le ayuda a pensar que no está enfermo. La actividad grupal impide que se aísle en sus pensamientos y propicia el mantenimiento de sus identificaciones imaginarias. En la medida en que el orden se sostiene, la sugestión opera de modo tal que vuelve a situar al sujeto en la escena del mundo que se deshizo para él en su encuentro siniestro.

Si el soldado no reacciona a ese tratamiento de inmediato, comienzan otros tipos de tratamientos: el narcoanálisis, la abreacción y la hipnosis.

Un siglo después de los primeros pasos de Breuer y Freud la hipnosis resurge como terapéutica: un mecanismo defensivo de disociación produce el olvido de la situación traumática. Estos tratamientos abreactivos apuntan a que el sujeto pueda relatar el suceso que lo conmovió y producir así una reintegración del acontecimiento en la conciencia.

La guerra de Vietnam tuvo su precio, y el estado de los ex-combatientes fue casi tan alarmante como las "reacciones agudas de combate". En Kansas, E.E.U.U., funciona un

centro médico de veteranos de guerra. Los tratamientos propuestos (duran quince meses) constan de tres pasos: una breve terapia preliminar, luego la hipnosis, para reintegrar otros acontecimientos traumáticos de su historia por vía de la regresión, y un tercer momento de elaboración.

Si bien el uso de la hipnosis está muy difundido, los psiquiatras saben que muchos individuos no son hipnotizables. Spiegel (1988), partidario de la hipnosis, reconoce también sus limitaciones, y subraya las ocho "C" del tratamiento: confrontación, condensación, confesión, consuelo, conciencia, concentración, control y congruencia.

Estos tratamientos, que parten del PTSD, tratan el inconsciente y la conciencia en términos pre-freudianos. Suponen que todo es reintegrable en lo simbólico por el simple hecho de hablar, y pasan por alto el concepto de transferencia. Es innegable que hablar es terapéutico, como lo señala el propio Lacan, puesto que produce efectos de sugestión, un desplazamiento sintomático y cierto alivio. Pero la psicoterapia no debe confundirse con el psicoanálisis.

Luego de la experiencia de Vietnam, y a partir de la gran cantidad de "heridos psíquicos" que tuvo Israel durante la guerra sorpresa de Iom Kippur, el ejército israelí decidió adoptar el método de atención americano, adaptándolo a sus condiciones locales. Por ejemplo, se incluyó en los tratamientos la posibilidad de la presencia de familiares. Esto era posible dado el tamaño de ese país. Bastaba con retirar un poco la unidad médica en relación al frente como para que ello fuera realizable.

Mientras existió el cuadro de las "neurosis traumáticas de guerra", la literatura analítica intentó estudiarlo a partir de las experiencias de la Primera y la Segunda Guerra Mundial. Luego se produce un desplazamiento desde el psicoanálisis a la psiquiatría. Aunque las enfermedades producidas en los combatientes fueron estudiadas por los psiquiatras militares desde comienzos de siglo, después de la Segunda Guerra se vuelve un tema tratado casi exclusivamente en el ámbito psiquiátrico. La guerra de Vietnam produjo un vuelco esencial al contribuir en la creación del PTSD que pone al stress en el lugar del trauma. Esta cuestión queda inexorablemente circunscripta en el terreno de la psiquiatría, aunque algunos autores utilicen términos psicoanalíticos en sus análisis.

A pesar de esta tendencia general, algunas publicaciones recientes, como las de Guy Briole, van en un sentido diferente: muestran que no se trata de favorecer la proliferación de síndromes sino de precisar cómo se presenta para un sujeto en análisis su particular paso por la guerra.