



Sehnsucht. Von Georg Hieronymi.

Aspectos médico-psiquiátricos del Holocausto

GABRIEL DUKES C.*

INTRODUCCION

El Holocausto ocurrido durante la Segunda Guerra Mundial ha permitido estudiar y conocer los procesos y mecanismos mentales que tienen lugar en personas expuestas a situaciones extremas.

Las consultas psiquiátricas de personas que vivenciaron situaciones límites son muy frecuentes hasta el día de hoy. Generalmente, las manifestaciones psicosomáticas están presentes, así como trastornos del ánimo. Este tipo de pacientes plantea problemas muy complejos y de difícil manejo al terapeuta, quien no sólo debe estar atento a lo que ocurre con su paciente, sino también lo que le ocurre a él mismo. Por otro lado, el daño real sufrido por éstas personas es tan profundo que muchas veces, y a pesar de los años transcurridos, el terapeuta debe lidiar contra sus sentimientos de impotencia e intentar reencontrar un sentido en la vida de estas personas. Al parecer, los pacientes enferman más a medida que por un lado alcanzan una estabilidad económica y un rol social, y por otro, a medida que envejecen, el futuro comienza a perder importancia y el pasado empieza a repetirse y a revisarse una y otra vez.

El presente trabajo corresponde, en parte, a un estudio previo publicado en una revista de psiquiatría y contiene una reseña de dos de mis primeros

*GABRIEL DUKES C.: Médico Psiquiatra, graduado en la Universidad de Chile.

casos clínicos. Luego se refiere, en detalle, a los factores que constituyen una situación extrema, para finalizar mencionando lo que se entiende por el “síndrome del sobreviviente”.

REFERENCIAS CLINICAS

- i) Comenzaré relatando muy brevemente mi primer contacto profesional con una paciente sobreviviente, que atendí hace más de 10 años y que se constituyó en una importante motivación para indagar y estudiar más detenidamente el tema. La paciente en cuestión tenía 70 años al momento de consultar, estaba casada y tenía hijos. Desde hacía algunos meses presentaba intensos episodios de cefalea que se habían hecho casi permanentes, obligándola a interrumpir sus actividades de dueña de casa y a ingerir dosis elevadas de todo tipo de analgésicos.

Era, además, portadora de una cardiopatía anginosa leve que no la limitaba físicamente. La paciente había sido tratada con antidepresivos en dosis adecuadas, experimentando una leve y transitoria mejoría para luego recaer y volver a un estado de desesperanza, apatía, falta de ánimo y desinterés. Durante las sesiones era frecuente escuchar frases como las que siguen a continuación: “Me queda muy poco tiempo, nadie, ni siquiera mi familia me comprende”, “me siento muy sola y abandonada”, “no le encuentro sentido a las cosas”.

Un instante importante en su tratamiento fue cuando la paciente, con gran dolor y contenida emoción, tomó de su cartera una vieja foto y me mostró a su primer marido e hija, una niñita de 2 años aproximadamente, ambos asesinados en un campo de exterminio durante la Segunda Guerra Mundial. A medida que fui conociendo más a la paciente pude establecer una estrecha vinculación entre lo que actualmente le ocurría y los relatos de lo sucedido durante la guerra. Bajo su intensa cefalea, apatía y desgano se ocultaba una importante depresión relacionada con el fracaso de los mecanismos de defensa de la paciente para negar fundamentalmente el horror de lo ocurrido y la pérdida de su primer marido e hija. La etapa del ciclo vital que actualmente vivía (cercanía de la muerte e independencia de los hijos) había reactivado la situación, siendo la paciente incapaz de distinguir el dolor psíquico del físico (cefalea) y por momentos también el presente del pasado.

A medida que la fui “entendiendo”, la paciente comenzó a recuperarse para alcanzar al cabo de algunos meses su nivel de funcionamiento habitual.

Quisiera agregar lo variable y ambivalente de su transferencia. Por momentos yo era el buen hijo que por fin estaba a su lado en el cual ella podía volcar y transmitir toda su experiencia y sufrimientos, dándole un sentido a su vida. En otros momentos, se ponía suspicaz, sintiéndose interrogada (le molestaba una tenue luz de mi consulta) y sospechando que yo deseaba obtener mayor información para aumentar mi poder sobre ella y hacer un uso sádico de éste.

- ii) El paciente en cuestión, Isaac, tenía alrededor de 70 años. El motivo de la consulta era una exageración de ideas obsesivas y rituales. A modo de ejemplo, Isaac pasaba al menos una hora en el baño diariamente, repitiendo una y otra vez rituales de limpieza; se lavaba más de 20 veces las manos. Sus pensamientos giraban en torno a la comida y la alimentación. ¿Habrá suficiente comida para el fin de semana?, ¿tendrá que almorzar mi hijo?, etc. Además, sufría de hipertensión arterial y un severo trastorno dermatológico que se encontraba en una etapa crítica.

Al revisar su historia, era posible distinguir, desde su infancia, rasgos obsesivos de personalidad que no le causaban grandes problemas en su diario vivir. Sin embargo, resaltaba con claridad que, en su caso, los rituales e ideas obsesivas tomaban forma y contenidos relacionados con sus vivencias traumáticas durante el Holocausto.

Durante su vida posterior a su liberación, Isaac había centrado parte importante de sus esfuerzos en “tener el control” y adelantarse a todo. De ésta manera, el paciente había llevado una vida exitosa, casándose, teniendo hijos y gran prosperidad económica.

Interesante resultó ser el descubrimiento de que su quiebre mental estaba temporalmente relacionado con un choque automovilístico ocurrido meses antes de consultar, debido a lo cual permaneció hospitalizado durante algunas semanas.

El accidente gatilló en él sentimientos de impotencia vinculados a una gran sensación de fragilidad y pérdida de control que, de alguna manera, activó en él viejos sentimientos de estar expuesto sin control y con una gran ansiedad. Estos sentimientos no pudieron ser contenidos en su

mente y adquirieron ropaje de enfermedad psicosomática. (Enfermedad dermatológica e hipertensión arterial).

Este paciente, a diferencia del anterior, requirió psicoterapia y psicofármacos, mejorando significativamente tanto mental como físicamente.

COMENTARIOS

Existen aspectos comunes en todos aquellos que de una u otra manera son sobrevivientes del Holocausto y víctimas de la persecución nazi. Todos han perdido seres queridos y pertenencias; han sido forzados a cambios de ambiente físico, de cultura e idiomas; han sido humillados y agredidos. Cada una de estas situaciones, y muchas otras que no se mencionan aquí, producen en el individuo enormes sufrimientos y daños, sin embargo, me parece importante aclarar que estas "situaciones traumáticas" no son todas equivalentes como para englobarlas en 1 ó 2 frases dentro de una historia clínica. Niederland (1981) menciona con sorpresa el haber encontrado en fichas clínicas de estos pacientes referencias aisladas y muy generales a la participación de éstos en la tragedia: "X estuvo 20 meses en el campo de exterminio de Auschwitz" o bien "se trata de un paciente sobreviviente del Holocausto".

Es necesario, entonces, referirse al concepto de "situación extrema" o "situación límite", que corresponde al término usado para definir aquellas condiciones y circunstancias traumáticas a las que está expuesto un individuo y que son capaces de vencer su sistema defensivo. Kijak y Funtowicz, en su trabajo sobre el síndrome del sobreviviente en situaciones extremas, toman la definición de Simenauer (1968), acerca del concepto de "situación límite" que dice: "Es la suma total de experiencias de arresto con violencia, daño corporal, el consecuente confinamiento en prisiones, con sufrimiento físico, testigo de torturas y matanzas, con agudo quiebre de la autoestima, asociado a la total deprivación de los derechos civiles y, por lo tanto, una condición de pérdida de la esperanza". Sin embargo, esta definición resulta ser amplia e inespecífica para aclarar cuáles son los elementos particulares que caracterizan a cada "situación límite". Kijak y Funtowicz (1982) enumeran una serie de condiciones específicas a las cuales fueron expuestos aquellos que fueron prisioneros en un campo de exterminio y que constituyen un complemento de la definición recién mencionada:

1. Una experiencia completamente desconocida, sin precedentes en la historia del individuo.

Primo Levi describe en su libro (pág. 28) la impactante condición de los presos a los pocos días de haber ingresado al campo:

“En un instante, con intuición casi profética, se nos ha revelado la realidad: una condición humana más miserable no existe y no puede imaginarse. No tenemos nada nuestro: nos han quitado las ropas, los zapatos, hasta los cabellos; si hablamos no escucharán y si nos escuchasen, no nos entenderían. Nos quitarán hasta el nombre (son llamados por el número tatuado en su antebrazo) y si queremos conservarlo debemos encontrar en nosotros la fuerza de obrar de tal manera que, detrás del nombre, algo nuestro, algo de lo que hemos sido, permanezca»; luego continúa reflexionando: “Entonces, por primera vez nos damos cuenta de que nuestra lengua no tiene palabras para expresar esta ofensa, de la destrucción de un hombre”.

Por tratarse de una experiencia tan desconocida, tan ajena a cualquier vivencia de la que estamos acostumbrados a escuchar en nuestras consultas, surge la inquietud de cómo estudiar lo ocurrido, y qué clase de palabras utilizar. ¿Un lenguaje “normal” para una experiencia tan “anormal”? Las palabras están cargadas de significados y afectos que cuesta percibir. Al respecto Levi (pág. 130) nos dice:

“Del mismo modo que nuestra hambre no es la sensación de quien ha perdido una comida, así nuestro modo de tener frío exigiría un nombre particular. Decimos ‘hambre’, decimos ‘cansancio’, ‘miedo’ y ‘dolor’, decimos ‘invierno’ y son otras las cosas”.

Entonces nos encontramos con sobrevivientes de un mundo aparte, con un lenguaje diferente, donde los moldes y los términos no bastan. Como dice Lifton en uno de sus trabajos relacionados con el tema: “Es la paradoja de entender en términos humanos el evento más inhumano o antihumano de la historia”.

2. Los victimarios son otros seres humanos

El sentido de este enunciado es un intento de establecer diferencia con aquellas víctimas de catástrofes naturales, tales como incendios, terremotos, etc., en las cuales no participó otro ser humano.



Heimweh. Tuschzeichnung von Paul Lorenz.

3. *La agresión es protegida por un sistema legal y es acompañada por la inoculación de culpa por parte del agresor a la víctima*

Mención especial merece esta situación de culpa y aflicción no resuelta. Niederland menciona que la sobrevivencia puede ser sentida inconscientemente como una traición a aquellos parientes asesinados, con la consecuente culpa que conlleva esta situación. Una paciente en más de una oportunidad me dijo: “No soy yo, doctor, la que debiera estar aquí”; “no debí ser elegida”. Víctor Frankl (pág. 15) dice: “Lo sabemos bien, los mejores de entre nosotros no regresaron” y Elli Wiesel contó en una oportunidad que estando en el campo de exterminio, su padre había sido brutalmente golpeado; estaba enfermo y agonizante, y agrega Wiesel: “Le di lo que había quedado de mi sopa, pero lo hice con dolor, sentí que la cedía contra mi voluntad”.

Niederland sugiere la existencia de permanentes conflictos internos no resueltos que gatillan intensos sentimientos de culpa que serían responsables de la “astenia general” descrita por Bastiaans, y luego propone a los terapeutas lo que él llama “hiperacusia para la culpa”.

Finalmente, T. Borowsky, polaco no judío que estuvo en Auschwitz por pertenecer al Partido Comunista, cuenta en su libro *Este camino hacia el gas, damas y caballeros*, escrito después de la liberación y antes de suicidarse, lo siguiente: “Los prisioneros vivíamos con la sensación de habernos convertido en parte del mal que nos era impuesto, todos éramos partícipes de un sistema en que la sobrevivencia de uno se percibe como la consecuencia de la muerte del otro”.

4. *El sufrimiento físico y psíquico que estas víctimas soportaron estuvo en el límite de sus resistencias*

5. *Las víctimas son constantemente testigos de muerte, tortura y asesinatos deliberados*

A modo de ejemplo cito a P. Levi (pág. 137) que luego de tener la “suerte” de “haber pasado” una selección donde no fue “escogido” para ir a la cámara de gas, reflexiona: “Poco a poco prevalece el silencio y entonces, desde mi litera que está en el tercer piso, se ve y se oye que el viejo Khun reza, en voz alta, con la gorra en la cabeza y oscilando el busto con violencia, da gracias

a Dios porque no ha sido elegido. Khun es un insensato. ¿No ve, en la litera del lado, a Beppo, el griego que tiene veinte años, que pasado mañana irá al gas, y lo sabe, y está acostado y mira fijamente a la bombilla sin decir nada, sin pensar nada? ¿No sabe Khun que la próxima vez será la suya?”

6. El cautiverio generalmente está acompañado de la separación de sus seres queridos y el completo desconocimiento del destino de aquéllos

Hasta hoy en día los sobrevivientes se quejan y se sienten afligidos porque no tienen dónde llorar a sus seres queridos. No hay tumbas ni cementerios donde se los pueda encontrar, solamente cenizas esparcidas por cualquier parte. No existe, entonces, en este plano, una posibilidad de reencuentro; más aún, en muchos casos, ni siquiera existe la certeza de que estén muertos, de aquí que algunos sobrevivientes conserven por decenios la secreta esperanza de reencontrarse con ellos, dificultando y postergando de esta manera los intentos que se hacen para elaborar los duelos.

Levi (pág. 21) nos dice: “Desaparecieron así, en un instante, a traición, nuestras mujeres, nuestros padres, nuestros hijos. Casi nadie pudo despedirse de ellos. Los vimos un poco de tiempo como una masa oscura al otro extremo del andén y luego ya no vimos nada”.

7. Existe un cambio total en relación con el medio ambiente habitual

8. En esta extrema situación no hay límite temporal

Este punto establece una diferencia con aquellos individuos que están presos y cumplen una sentencia. En ellos existe la certeza de que al cabo de un tiempo la situación va a cambiar al recuperar su libertad. Es decir, el sufrimiento tiene un límite en el tiempo, permitiendo de esta manera la existencia de la esperanza. También confunde y complica el hecho de que en el campo no existe “tiempo regulado”, no hay calendarios ni relojes. No se respetan las ceremonias ni ritos, no se sabe qué ocurre fuera del campo, etc. La muerte del tiempo destruye toda sensación de evolución y propósito. Un sobreviviente decía: “Es una situación extrema, porque no hay escapatoria. No hay donde ir, salvo a la tumba”.

9. La pérdida de derechos legales, humanos, individuales y pertenencias familiares es total

Frankl (pág. 25) nos dice: “Mientras esperábamos ducharnos, nuestra desnudez se nos hizo patente. Nada teníamos ya, salvo nuestros cuerpos mondos y lirondos, literalmente hablando; lo único que poseíamos era nuestra existencia desnuda. ¿Qué otra cosa nos queda que pudiera ser el nexo material con nuestra existencia anterior?”

Levi (pág. 28) agrega: “Imaginaos ahora un hombre a quien, además de sus personas amadas, se les quita la casa, las costumbres, las ropas, todo, literalmente todo lo que posee: será un hombre vacío, reducido al sufrimiento y a la necesidad, falta de dignidad y de juicio, porque a quien lo ha perdido todo fácilmente le sucede perderse a sí mismo”.

10. No existe chance de reaccionar contra el agresor

11. Las víctimas para sobrevivir están obligadas a tener conductas que en condiciones normales no aparecen

Atrapados en un mundo donde existe una desaparición de las jerarquías normales como la edad, profesión, nivel socioeconómico, posición dentro de la familia, etc., los prisioneros se debatían en cada momento de su existencia entre un impulso a rechazarlo totalmente, lo que implicaba la muerte, o bien, adaptarse a su estructura e incluso a interanalizar algunas de sus normas con el propósito de sobrevivir. Frente al sufrimiento y a la necesidad, muchas costumbres y conductas sociales son reducidas al silencio, facilitando la fragmentación y escisión del yo, y dificultando enormemente las tareas integrativas destinadas a consolidar una identidad en el individuo.

Luego de precisar con cierto detalle algunos de los aspectos particulares que configuran situaciones traumáticas, como las que he descrito, cabe la alternativa que el lector pudiera percibir dentro de sí algunos sentimientos de incredulidad y de duda, llegando incluso a no dar crédito de lo que recién leyó o bien sentir que pudiera tratarse de una exageración.

La otra posibilidad es la de sentirse invadido por sentimientos de mucha carga emocional, que lo identifican con las víctimas, que lo paralizan y que en definitiva impiden poder pensar con claridad en lo ocurrido. Hoppe

describe una gama de reacciones contratransferenciales de gran intensidad al tratar a este tipo de pacientes. Estas irían desde una masiva sobreidentificación hasta la negación de lo sucedido, dificultando en algunos casos seriamente el trabajo terapéutico. Es interesante señalar que estas opuestas reacciones contratransferenciales pueden coexistir en un mismo terapeuta.

Existe abundante literatura que describe y define el “síndrome del sobreviviente”, que emerge al cabo de algún tiempo después de la liberación y que parece aumentar en intensidad con el transcurso de los años. A continuación menciono algunos de sus principales síntomas:

1. Estados crónicos o recurrentes de depresión

Este estado afectivo puede coexistir o bien estar cubierto por una “máscara somática” (neuralgias, dolores de columna, cefaleas, molestias gastrointestinales, etc.) bajo la cual se ocultarían importantes emociones de la línea depresiva, generando dificultades en la imagen que los pacientes tienen de sí mismos y en su autoestima.

2. Estado de aislamiento y anhedonia

Dificultad de disfrutar de situaciones que producen habitualmente placer, como contar chistes, ver películas, asistir a conciertos, etc., pudiendo acompañarse de disfunciones sexuales.

3. Ansiedad asociada a distintas fobias

Miedo expectante (“algo malo va a ocurrir en cualquier momento”) y trastornos del sueño con pesadillas frecuentes que se repiten una y otra vez.

4. Alteraciones de memoria

Diversos tipos de trastornos pueden co-existir en un solo paciente: amnesia de algunas situaciones, estados confusionales, etc. Sin embargo, es la hiperamnesia la que adquiere importancia por tratarse de recuerdos torturantes que se le presentan repetidas veces al paciente, sin poder suprimirlos aún después de muchos años de ocurridos.

5. Alteraciones en la sensación de identidad personal

Corresponde a trastornos que se presentan frecuentemente en sobrevivientes donde existiría dificultad en relación a la mantención de la imagen corporal, con problemas en el reconocimiento del propio cuerpo: “yo soy una persona diferente” y, en otros casos, “yo ya no soy más una persona”, etc.

6. Manifestaciones psicósomáticas

Numerosos autores están de acuerdo en la alta prevalencia de enfermedades como hipertiroidismo, úlceras pépticas, enfermedades vasculares, disfunciones hormonales, etc. En condiciones donde la sobrevivida dependía del funcionamiento corporal, el lenguaje del cuerpo adquiere gran importancia, ya que, aún hoy día, en estos pacientes lo corporal nos tiene mucho que decir.

7. Un gran montante de culpa y aflicción no resuelto

8. Vulnerabilidad psíquica

Es fácil comprender el tenso y frágil equilibrio con que estas personas se desenvuelven en la vida diaria y donde algunas reacciones emocionales a uniformes, esvásticas, paradas militares u otras situaciones similares desencadenan todo tipo de manifestaciones y síntomas.

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

El trato con pacientes que han vivenciado situaciones extremas plantea un desafío al terapeuta. Este consiste en tender un puente entre dos mundos apartes, donde la experiencia vivencial del médico no sirve para poder sintonizar y comprender lo que al paciente le ha ocurrido. Por otra parte, las mismas palabras pueden tener significados distintos para uno que para otro.

Si se logra establecer una comunicación emocional, el terapeuta corre el riesgo de paralizarse y sobreidentificarse con lo que le ocurrió al paciente. Si

esto llega a suceder, el médico puede encontrarse en una situación de "parálisis mental" dificultando su creatividad y dañando en definitiva su capacidad para ayudar al paciente.

Por estos mismos motivos es posible entender la dualidad de actitud que tienen estos pacientes. Algunos por herméticos, evasivos y reacios para hablar de sus experiencias, rehusándose a buscar ayuda y, generalmente, circunscribiendo a unas pocas relaciones sus círculos de amistad. Estas personas piensan que lo que a ellos les ocurrió no puede ser entendido por otra persona, optando así por el silencio. En cambio, otro grupo de pacientes tiende a hablar mucho, a contar experiencias una y otra vez, incluso, a veces, fuera de contexto. En muchos casos, la fantasía operante se relaciona con el imperioso deseo de salir de su encierro y aislamiento a través de, por fin, encontrar a alguien que las escuche y los entienda.

Entonces, cuando nos encontremos con pacientes que nos relatan "vivencias traumáticas", nuestro esfuerzo para poder entenderlos consistiría en descomponer o dividir la situación en la mayor cantidad de pequeñas subunidades, repasando con detalle las circunstancias y características específicas, y haciendo un intento por conocer las implicaciones y significados de cada una de ellas. Luego vendrá un trabajo de recolección y de síntesis donde al final emergerán las palabras (holocausto, tortura, persecución, etc.) ya no como vacías, frías y desprovistas de contenidos, sino más bien cargadas de nuevos significados y afectos, tanto para el paciente como para el terapeuta y que posibilitará un diálogo entre aquellos que de alguna manera han compartido realmente una experiencia.

Finalmente, quisiera terminar con una frase que escuché de un sobreviviente del Holocausto que actualmente vive en Israel: "El que estuvo allí nunca podrá salir y el que no estuvo nunca podrá entrar". Esto, al menos nosotros, debemos saberlo.

BIBLIOGRAFIA

- FRANKL L. V. (1986): *El hombre en busca de sentido*, Editorial Herder.
- HOPPE, F. (1967): "The emotional reactions of Psychiatrists When Confronting Survivors of Persecution". *Psychoanal. Forum* 3: 187-211.
- HOPPE K. (1968): "Re-Somatization of Affects in Survivors of Persecution". *Int. J. Psychoanal.* 49: 234-327.
- LEVI, P. (1987): *Si esto es un hombre*. Muchnick Editores.

- MOISES KIJAK AND SILVIO FUNTOWICZ (1982): "The Syndrome of the Survivor of Extreme Situations". *Int. Rev. Psychoanal.* 9: 25-33.
- KRISTAL, H. (1974): "The Genetic Development of Affect Regression". *Int. Rev. Psychoanal.* 2: 98-126.
- KRISTAL, H. (1975): "Affect Tolerance". *Annual Psychoanal.* 3: 179-219.
- NIEDERLAND, W. (1968): "Clinical Observations on the Survivor Syndrome". *Int. J. Psychoanal.* 49: 313-315.
- NIEDERLAND, W. (1981): "The Survivor Syndrome; Further Observations and Dimensions." *Journal of the American Psychoanalytic Association.* Vol. 29, N° 2: 413-425.
- SHANON, J. (1970): "Delayed Psychosomatic Skin Disorders in Survivors of Concentration Camps". *J. Dermatol.* 83: 536.
- SIMENAUER, E. (1968): "Late Psychic Sequelae of Man-made Disasters". *Int. J. Psychoanal.* 49: 306-309.
- WINNIK, H. (1966): "Psychological Problems After Severe Mental Stress". *Proceedings Fourth World Congress of Psychiatry.* New York, Excerta Medica Foundation, 1968.



Sachsenhausen. Waldemar Grzimek (Tomado de Hans Helmut Jansen (Hrsg.), *Der Tod in Dichtung Philosophie und Kunst*, Steinkopff-Darmstadt, Darmstadt, 1989).