

ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y CIENCIAS AFINES

ACTAS ESPAÑOLAS DE
NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA
(1940 - 1946) (VOL. I - V)

ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE
NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA
(1947 - 1972) (VOL. VI - XXXI)

ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE
NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y
CIENCIAS AFINES
(DESDE 1972) (VOL. I y sucesivos)

PRESIDENTE FUNDADOR: Juan J. López Ibor

Dirección

Juan José López-Ibor Aliño (Madrid)
Jorge Alberto Costa e Silva (Brasil)

Editor

José Luis Carrasco (Salamanca)

Secretaria

Socorro A. de López-Ibor (Madrid)

Comité Editorial

J. L. Ayuso Gutiérrez (Madrid)
J. L. Ayuso Mateos (Santander)
M. C. Ballesteros (Valladolid)
D. Barcia (Murcia)
A. Calcedo Barba (Madrid)
A. Calcedo Ordóñez (Madrid)
C. Carbonell (Madrid)
S. Cervera (Pamplona)
V. Conde (Valladolid)
M. D. Crespo (Madrid)
A. Chinchilla (Madrid)
J. Díez Manrique (Santander)
J. Gibert (Cádiz)
J. Giner (Sevilla)
J. L. González de Rivera (Madrid)
M. Hernández Herreros (Madrid)
C. Leal (Valencia)
A. Ledesma (Salamanca)
L. López-Ibor Aliño (Madrid)
G. Llorca (Salamanca)
A. Osacar (Madrid)
A. Pacheco Palha (Oporto)
A. Rojo Moreno (Valencia)
F. Rubia (Madrid)
J. Sáiz (Madrid)
A. Seva (Zaragoza)
J. L. Vázquez Barquero (Santander)

Consejo Asesor

M. Alburquerque (Brasil)
J. Arboleda (Canadá)
C. Ballús (Barcelona)
L. Barraquer (Barcelona)
O. Bastos (Brasil)
P. Berner (Austria)
E. Cuenca (Madrid)
O. Dörr (Chile)
R. Fahrner (Argentina)
M. L. Filgueira (Lisboa)
A. Frances (EE UU)
A. Gallegos (Costa Rica)
M. Gómez-Beneyto (Valencia)
H. Hippus (Alemania)
C. R. Hojaij (Brasil)
H. Jurgen-Moller (Alemania)
I. Lecrubier (Francia)
C. León (Colombia)
F. Llaveró (Madrid)
F. Lieh-Mak (Hong-Kong)
F. Lolas (Chile)
J. Mariategui (Perú)
J. Mezzich (EE UU)
R. Montenegro (Argentina)
J. Nazar (Argentina)
A. Pacheco (Venezuela)
P. Pichot (Francia)
J. F. Prieto Aguirre (Salamanca)
E. Probst (Uruguay)
J. M. Rodríguez Delgado (Madrid)
M. Rojo Sierra (Valencia)
C. Ruiz Ogara (Granada)
J. Santodomingo (Madrid)
N. Sartorius (Suiza)
F. Solís (República Dominicana)
P. Téllez (Venezuela)
D. Wyss (Alemania)

ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGÍA,
PSIQUIATRÍA Y CIENCIAS AFINES, está catalogada en
la base de datos bibliográfica MEDLINE.

La revista se publica bimestralmente, estando constituido
cada volumen por seis números.

Publicación no sujeta a control obligatorio de difusión, por
ser su tirada inferior a 3.000 ejemplares.

Depósito legal: M. 851-1958.

ISSN: 0300-5062 - SVR. núm. 15

 EDITORIAL GARSI
GRUPO MASSON

Edición y publicidad: EDITORIAL GARSI, S. A.
Juan Bravo, 46. 28006 Madrid. Tel.: (91) 402 12 12
Ronda General Mitre, 149. 08022 Barcelona.
Tel.: (93) 253 05 17 Impresión: Graesal

ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y CIENCIAS AFINES

s u m a r i o

LA OBRA DE JUAN JOSE LOPEZ IBOR

	<u>Páginas</u>
INTRODUCCION	
Estudio científico de la obra del profesor Juan José López Ibor, por Ginés Llorca.....	1
Discurso inaugural. IV Congreso Mundial de Psiquiatría. Madrid. Septiembre 1996	7
Mi última conversación con Kurt Schneider	13
Karl Jaspers en su centenario.....	15
EL HOMBRE Y LAS CIENCIAS	
La idea del hombre en la biología moderna	22
La idea del hombre en la medicina moderna	31
La importancia del medio y de la herencia en las manifestaciones de los trastornos psíquicos.....	37
DEPRESION, ANGUSTIA Y NEUROSIS	
El círculo timopático.....	50
Equivalentes depresivos	63
La angustia vital.....	67
Bases biológicas de la histeria.....	77
Análisis estructurales de las obsesiones y de los escrúpulos.....	81
Vértigos agorafóbicos.....	87
Estructura de la neurosis y libertad (Homenaje al Prof. Kurt Schneider en su LXX aniversario)	91
¿Por qué bebe el ser humano?.....	97
EL CUERPO Y LA CORPORALIDAD	
Anatomía del intracuerpo.....	101
Sobre la génesis del esquema corporal (A propósito de un campo visual fantasma)	107

s u m a r i o

	<u>Páginas</u>
Obesidad y delgadez como formas de vida.....	110
Psiquiatría y cirugía plástica	115
PSICOTERAPIA Y PSICOANÁLISIS	
La verdadera psicología profunda.....	118
Fundamentos de la psicoterapia	122
Exégesis del complejo de Edipo (Sobre el psicoanálisis).....	131
Análisis y comentario de la primera historia clínica de Freud (sobre angustia e histeria).....	136
EL ENFERMAR PSICOTICO	
Análisis estructural de la sintomatología esquizofrénica.....	143
Percepción y humor delirante (I parte). Análisis fenomenológico y existencial.....	149
El problema de las alucinaciones.....	157
Psicosis seniles	168
LA PSIQUIATRIA EN EL MUNDO DE LAS CIENCIAS	
Psiquiatría europea y psiquiatría norteamericana	181
Inflación del papel del psiquiatra	184
Usos y abusos de la psiquiatría	186
EPILOGO	
La antropología de Juan José López Ibor, por A. Fontán	188

ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE
NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA
Y CIENCIAS AFINES

c o n t e n t s

THE WORK OF JUAN JOSE LOPEZ IBOR

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	
Scientific study of the work of Professor Juan José López Ibor, by Ginés Llorca.....	1
Inaugural address, IV World Psychiatry Congress, Madrid, Spain. September 1996.....	7
My last conversation with Kurt Schneider.....	13
Karl Jaspers on his centennial.....	15
MAN AND THE SCIENCES	
The idea of man in modern biology.....	22
The idea of man in modern medicine.....	31
The importance of environment and inheritance in manifestations of psychic disorders.....	37
DEPRESSION, ANXIETY AND NEUROSIS	
The thymopathic circle.....	50
Depressive equivalents.....	63
Vital anxiety.....	67
Biological basis of hysteria.....	77
Structural analyses of obsessions and scrupulousness.....	81
Agoraphobic vertigo.....	87
Structure of neurosis and freedom (Homage to Prof. Kurt Schneider on his XXX anniversary).....	91
Why do human beings drink?.....	97
THE BODY AND CORPORALITY	
Anatomy of the inner body.....	101
On the genesis of the body scheme (Report of a phantom visual field).....	107

c o n t e n t s

	<u>Pages</u>
Obesity and thinness as ways of life	110
Psychiatry and plastic surgery	115
PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOANALYSIS	
The true deep psychology	118
Fundamentals of psychotherapy	122
Exegesis of the Oedipal complex (On psychoanalysis)	131
Analysis and commentary on the first clinical history of Freud (on anxiety and hysteria)	136
PSYCHOTIC DISEASE	
Structural analysis of schizophrenic symptoms	143
Perception and the delirious humor (part I). Phenomenological and existential analysis	149
The problem of hallucinations	157
Senile psychoses	168
PSYCHIATRY IN THE WORLD OF THE SCIENCES	
European psychiatry and North American psychiatry	181
Inflation of the psychiatrist role	184
Use and abuse of psychiatry	186
EPILOGUE	
The anthropology of Juan José López Ibor, by A. Fontán	188

Normas de publicación

1. La Revista Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica y Ciencias Afines publicará de manera preferente trabajos relacionados con las actividades investigadoras y clínicas en el área de Psiquiatría, Psicología Médica y Neuropsiquiatría.
2. Los trabajos remitidos para publicación deberán ser inéditos y no habrán sido difundidos previamente en otra publicación. Se enviarán 3 copias del trabajo junto a una carta adjunta solicitando su publicación en la revista, a: Editorial Garsi, Actas Luso española de Neurología, Psiquiátrica y Ciencias Afines. C/ Juan Bravo, 46 - 28006 Madrid. Se remitirá también una copia del documento original en diskette de ordenador preferentemente en Word Perfect.
3. Los trabajos enviados a la Revista podrán incluirse en cualquiera de los tres formatos siguientes:
 - 3a. Artículos originales: Trabajos de investigación originales de una extensión máxima de 18 folios mecanografiados a doble espacio.
 - 3b. Revisión: Incluirá trabajos de revisión bibliográfica, conceptual o reflexiva sobre diversos temas o áreas relacionadas con las disciplinas de la Revista, con una extensión máxima de 25 folios mecanografiados a doble espacio. Aquellas contribuciones que excedan de este límite podrán ser publicados en partes divididas en números sucesivos de la revista, en caso de que el Comité Editorial lo considere de especial interés.
 - 3c. Notas Clínicas: Comunicaciones sobre observaciones clínicas que sean consideradas de especial interés por su aportación novedosa al conocimiento clínico y al manejo terapéutico de determinados cuadros patológicos. No deberán exceder de 8 folios mecanografiados a doble espacio.

4. Presentación:

- 4a. Los artículos serán presentados mecanografiados a doble espacio en hojas de tamaño folio y numeradas.
- 4b. El trabajo irá encabezado por el título, nombre y apellido y lugar de trabajo de los diferentes autores, así como la dirección postal del autor principal. Deberán incluirse un título abreviado no mayor de cuarenta caracteres y el título en inglés. En la primera página se incluirá un resumen en español y en inglés, que no deberá exceder de 250 palabras.

En el caso de los trabajos originales el resumen estará dividido en los apartados de introducción, metodología, resultados y conclusiones, exponiendo brevemente el contenido de los mismos. En todos los trabajos se elegirán de 4 a 6 palabras clave relacionadas con la temática de los mismos.

El texto seguirá el esquema de: introducción, metodología, resultados y conclusiones, dejando libertad a los autores para la elección de encabezamientos de segundo orden. Este esquema no será necesario para los trabajos de revisión y notas clínicas. Los trabajos podrán incluir tablas y cuadros y un máximo de 4 figuras, que se presentarán en hojas aparte del texto. Las tablas y cuadros llevarán un pie de texto explicativo así como el número correspondiente. Las figuras, en blanco y negro, llevando el número y el texto explicativo en la cara posterior de la hoja, así como el nombre y apellido del primer autor.

5. Bibliografía

Todos los trabajos irán acompañados de bibliografía que fundamente y ayude a comprender los contenidos del texto.

Las citas bibliográficas en el texto serán señaladas con números arábigos consecutivos por orden de aparición.

La bibliografía irá ordenada numéricamente y se redactará mencionando en primer lugar el nombre de todos los autores, seguido del título del trabajo referido y los datos de la revista o libro de publicación.

Ejemplos:

- Artículos:* Saiz-Ruiz y Aguilera JC. Personality traits and acetylator status. Biol Psychiatry 1985; 20: 1138-40.
- Libros:* Ballús C. Psicobiología. Interrelación de aspectos experimentales y clínicos. Herder. Barcelona. 1983.
- Capítulo de libro:* Santo-Domingo J: El alcoholismo. Problemas sociales y culturales. En: Psicología Médica, de A. Seva, INO reproducciones, Zaragoza. 1994: 617-633.

6. Crítica de libros

Las editoriales médicas pueden enviar sus títulos relacionados con Psiquiatría, Neurología o Psicología. Se enviarán 2 volúmenes a Editorial Garsi, Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica y C. Afines. Se publicarán todos los títulos recibidos y a estimación del Comité Editorial se realizarán críticas de algunos de ellos. La editorial enviará un número de la revista al autor del libro y otra al editor.

7. Procesamiento editorial

A la recepción del trabajo se enviará acuse de recibo al autor principal pasando inmediatamente al Comité Editorial para su valoración. Dicho Comité comunicará posteriormente su aceptación provisional o su no aceptación para publicación así como las posibles modificaciones sugeridas. Una vez producida la aceptación definitiva de un trabajo para su publicación, el autor recibirá las pruebas de imprenta para correcciones finales que deberá devolver a la editorial en el plazo máximo de una semana posterior a su recepción.

Estudio científico de la obra del profesor Juan José López Ibor (*)

GINES LLORCA

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 13, 4, 1985.



J. J. López Ibor

El material estudiado son todas sus obras traducidas en libro, así como los artículos más significativos, incluyendo prólogos y conferencias pronunciadas en momentos históricos decisivos.

De la transmisión verbal hemos recogido datos, para incluir unas pinceladas biográficas, que nos hagan com-

(*) Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Salamanca.

preensible el contexto evolutivo. Así como servirán para ilustrar el entorno sociofamiliar en que se desarrollaron sus producciones científicas.

Se estudian un total de 25 libros, y sus artículos más significativos alcanzan la cifra de 298.

El método seguido es el análisis individualizado de cada una de las obras anteriormente citadas, tanto libro como artículo, incluyendo amplios resúmenes, críticas y comentarios dentro del cuerpo de la tesis.

Asimismo, se ha introducido el método bibliométrico en el análisis de su obra global.

PANORAMICAS DIACRONICAS

En su primera década productiva, del 1930 a 1940, nos encontramos con que los términos que más le preocupan son el de psiquiatra, seguido de España, pues no puede verse desprendido de la ideología en que estuvo inmerso aquel grupo de años. Los términos de *medicina, mental, neurosis y vital, vitalidad*, son altamente significativos en esta década.

El grupo de años comprendidos entre 1940 y 1950 nos muestra que, en primer lugar, tenemos la palabra *epilepsia* sin alejarse de conceptos ya instaurados en él, como el de *patología y medicina*. Resaltamos la aparición del término *actual*, que será común denominador en los primeros lugares a lo largo de treinta años. Sus deseos constantes de actualizar su conocimiento y su práctica no pueden ser excluidos en las proyecciones que suponen toda manifestación escrita del autor. Si bien la palabra *neurosis* y la palabra *psiquiatría* se mantienen dentro de esta década. Hay otra que es *guerra*, que alcanza altos niveles de incidencia. La circunstancia histórica se imbrica en el contexto endopsíquico y psicosocial de López Ibor.

Estudiando la década de 1950 hasta 1960, vemos que se mantienen una serie de concepciones que empiezan a ser clásicas en él, como son *actual, psiquiatría, patología y neurosis*. Sin embargo, el más alto nivel de incidencia es para la palabra *vida, vital*, coincidente con la publicación de su obra, tan significativa. *Ansiedad y an-*

1936	Lo vivo y lo muerto del Psicoanálisis.
1937	Discurso a los universitarios españoles.
1942	Neurosis de la guerra.
1943	Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia genuina.
1948	La agonía del Psicoanálisis.
1949	El problema de las enfermedades mentales.
1950	La angustia vital.
1953	El español y su complejo de inferioridad.
1955	El descubrimiento de la intimidad.
1957	Lecciones de Psicología I.
1960	Cuestiones actuales en medicina psicosomática.
1961	Lecciones de Psicología II.
1964	Rasgos neuróticos del mundo contemporáneo.
1965	La aventura humana.
1965	Rebeldes.
1966	Las neurosis como enfermedades del ánimo.
1968	El libro de la vida sexual.
1973	De la noche oscura a la angustia.
1974	El cuerpo y la corporalidad.
1975	Freud y sus ocultos dioses.
1975	La medicina como poder.
1976	¿Cómo se fabrica una bruja?
1976	El Yo. El Poder y El Erotismo de los españoles.
1976	Alienación y nenúfares amarillos.
1977	La revolución sexual.

FIG. 1.—Cronología de las obras publicadas.

gustia, junto con *círculos timopáticos*, hacen su aparición dentro del estudio estadístico, y son términos que se repiten insistentemente a lo largo de esta década, y, como veremos, de las siguientes.

La palabra *psicología* también da un alto porcentaje de repetición que culmina con su dedicación a la docencia de esta asignatura médica, que termina con la edición de sus libros sobre esta temática.

Tratamiento ocupa un tercer lugar muy significativo, pues al ir tomando forma el pensamiento de López Ibor sobre las posibilidades farmacológicas de corrección de los trastornos neuróticos y timopáticos, la terapéutica se ve incluida dentro de muchas de sus comunicaciones.

La siguiente década, 1960-1970, mantiene, en primer lugar, el término *medicina*, y en segundo, y en constante puesto, la palabra *actual*. Repite términos como *neurosis*, *tratamiento*, *angustia*, *vida*, *vital*, pero en un lugar de importancia relevante se coloca *depresión*.

Depresión es un término que en esta década tiene una importancia investigatoria no sólo en nuestro autor, sino a niveles mundiales, lo que demuestra una vez más la gran actualización de problemática psiquiátrica que tiene el personaje en estudio.

La década de 1970 a 1980 irrumpe, en primer lugar, con el término *depresión*. Término que, según sabemos por estudios actuales, está en la cabecera de todos los estudios metodológicos y nosológicos de la psiquiatría clínica.

Encontramos dos términos interesantes para la comprensión evolutiva del pensamiento de López Ibor. Así, la palabra equivalente toma una gran consistencia, y son múltiples las publicaciones en las que ésta es protagonis-

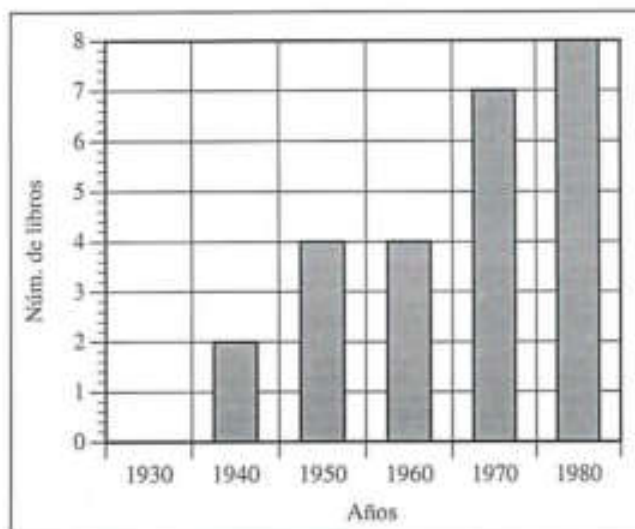


FIG. 2.—Obras publicadas décadas 1930-1980 (frecuencias).

ta. Su otro término estrella es el de *cuerpo-corporalidad*, que, como ya sabemos, da lugar a la obra del mismo nombre, depuración de la ideología de López Ibor.

Del año 1980 a 1982, pequeña porción de su última década, límite que nos hemos puesto para el estudio de su obra, tiene como término más frecuente *bombre*, lo cual no debe extrañarnos, pues ya desde sus últimos escritos se aprecia un predominio de la ciencia humanística sobre la clínica cotidiana. Asimismo, *patología* y *vitalidad* siguen constantes en esta breve muestra.

Elaborando una asociación entre su situación vivencial y su correspondencia en producción, vemos que en la década de los años treinta a los cuarenta tiene gran importancia su viaje a Alemania para elaborar su libro en el año 1936 de *Lo vivo y lo muerto del psicoanálisis*. Asimismo, la influencia de sus contactos en Italia, en 1937, para elaborar su libro *Discurso a los universitarios españoles*.

Sin embargo, en 1948, *La agonía del psicoanálisis* no es significativa, pues no es más que una reimpresión del libro publicado en 1936. En el año 1949, *Los problemas de las enfermedades mentales* es el paso a libro de todo su trabajo, como memoria de cátedra. *La angustia vital*, en el año 1950, cierra esta década.

Por nuestra parte, como estudiosos del tema, consideramos que las décadas comprendidas entre los años 1930 y 1950, que es exactamente desde sus veintiséis a sus cuarenta y seis años, la más creativa de López Ibor, siendo sus posteriores décadas, en muchas ocasiones, desviaciones o variaciones de éstas sus ideas originales.

La década de 1950 a 1960 tiene una producción en libros muy poco significativa. Destaca su gran dedicación a la docencia, de la cual derivan sus *Lecciones de psicología*. Asimismo, aparecen sus *Cuestiones actuales en medicina psicosomática*, *Los rasgos neuróticos del mundo contemporáneo* y *Las neurosis como enfermedades del ánimo*.

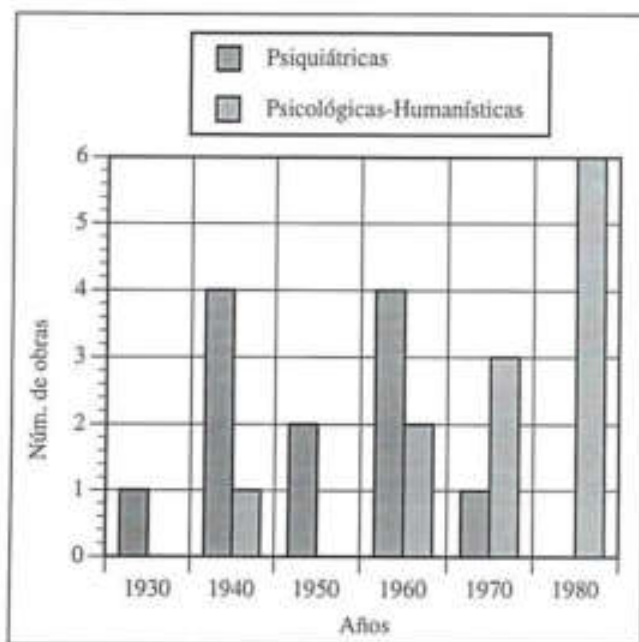


FIG. 3.—Matiz de las obras publicadas (frecuencias).

Desde el año 1966 hasta, exactamente, el 1974 parece haber un período de descanso que se traduce en publicaciones posteriores concretas, como son: *El libro de la vida sexual*, que no consideramos significativo, y en 1973, *De la noche oscura a la angustia*.

Exactamente desde el año 1974 al 1977 aparece un período muy intenso de producción, y en él ven la luz siete libros, es decir, cuatro años, siete libros. Período interesante de la producción literaria de López-Ibor, te-

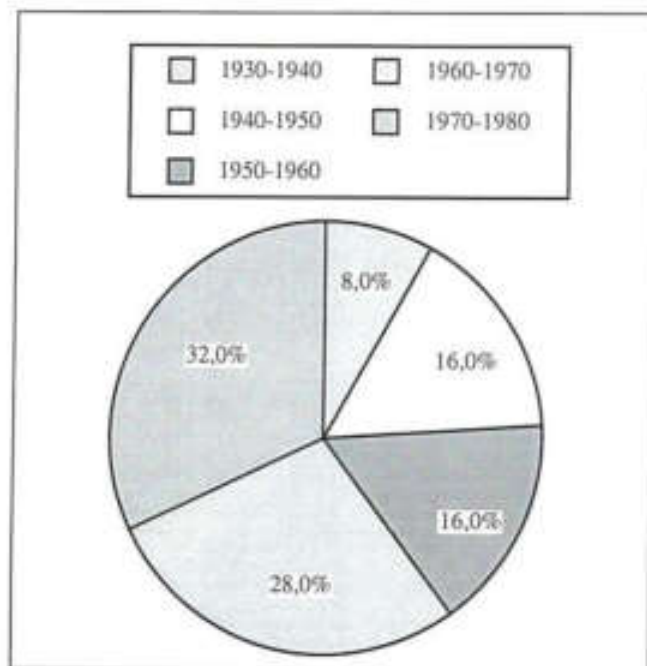


FIG. 4.—Porcentajes obras décadas.

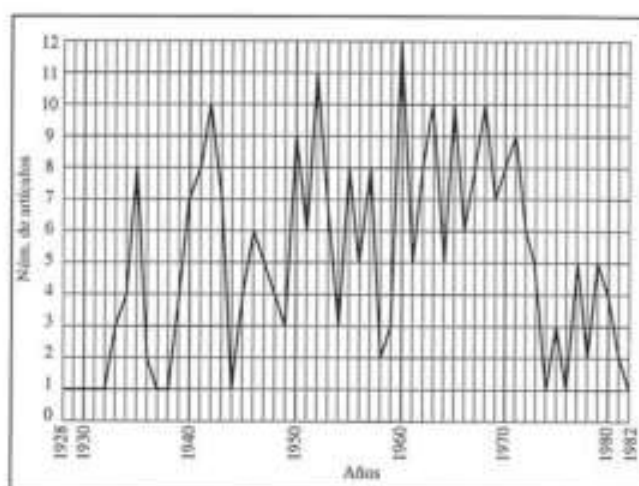


FIG. 5.—Artículos año (frecuencias).

niendo en cuenta que en el 1974 tenía sesenta y ocho años, y en el 1977 tenía setenta y uno.

Es a partir del año 1977 hasta la actualidad cuando su producción de libros no se ha visto iluminada con ninguna aportación, pues si bien ya hemos hecho resaltar en su biografía la existencia de cuatro libros en carpeta, su fecha de escritura es muy anterior a esta década.

La agonía del psicoanálisis es el punto de partida, y significativamente se puede traducir como una decepción de la insuficiencia de la perspectiva psicoanalítica.

El siguiente paso clave es *La Angustia vital*, libro que nos señala el principio del cambio, cuando López Ibor empieza a demostrar que algunas neurosis son pseudo-neurosis, son timopatías.

En tercer lugar, su libro *Las neurosis como enfermedades del ánimo* nos afirma las conclusiones de la *Angustia vital* y ya toman consistencia las timopatías en las neurosis.

Su obra de *Medicina psicosomática* nos permite entender dos grandes incógnitas. Primera, la incompre-

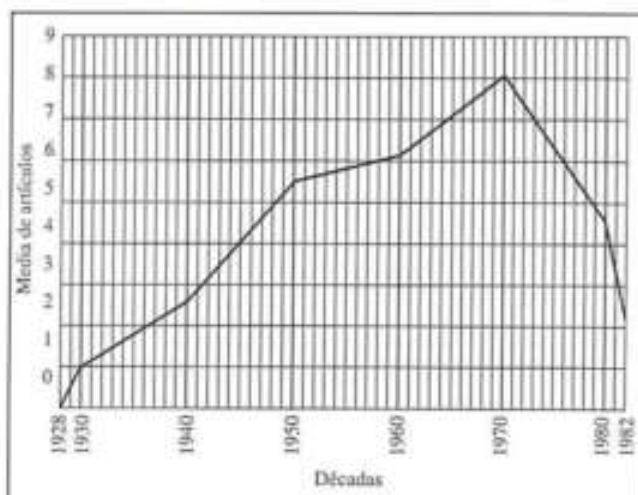


FIG. 6.—Promedio artículos décadas.

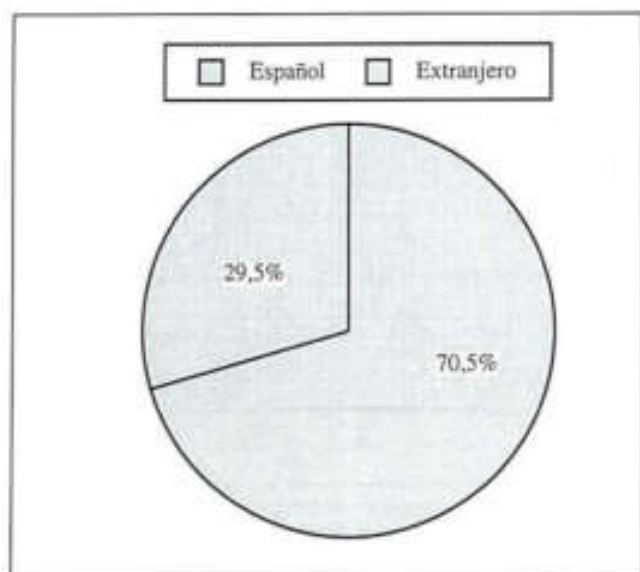


FIG. 7.—Porcentaje artículos según idiomas.

sión total, apoyada en el libro anterior, del sistema neurovegetativo, así como el significado de los síntomas.

De ahí, evolucionando su pensamiento, llegamos a la depresión enmascarada, con su culminación en las depresiones psicósomáticas, la patología depresiva deriva en neurosis de órganos, patología psicósomática.

La última destilación de todas estas experiencias es su libro sobre la corporalidad, en el cual plasma magistralmente la vivencia corporal.

El libro *Freud y sus ocultos dioses*, si bien escrito con mucha posterioridad, en un orden cronológico del pensamiento, podría situarse anterior a *Lo vivo y lo muerto del psicoanálisis*, pues intenta, de manera muy clara, mostrar-nos por qué el psicoanálisis se encaminó en esta línea.

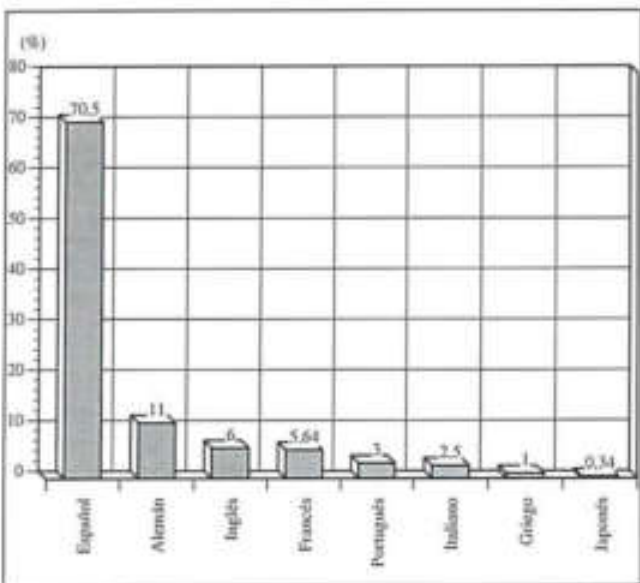


FIG. 8.—Porcentajes artículos según idiomas.

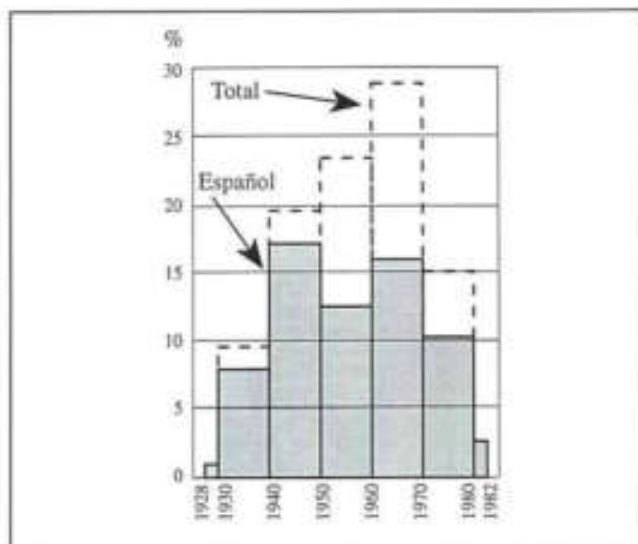


FIG. 9.—Porcentajes artículos total-español-décadas.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante la presencia de un autor fecundo, en comparación con el resto de sus contemporáneos de especialidad, tanto en localización geográfica e histórica.

El hecho de que transcribiera su pensamiento a la letra impresa nos permite hacer un seguimiento y estudio del mismo. En primer lugar, para el conocimiento del personaje, y en segundo lugar, la línea evolutiva de las

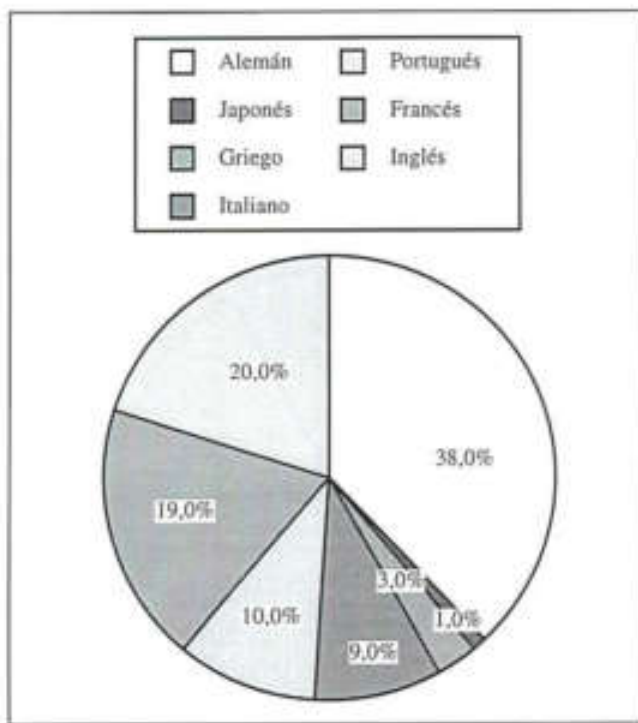


FIG. 10.—Porcentajes artículos idiomas extranjeros.

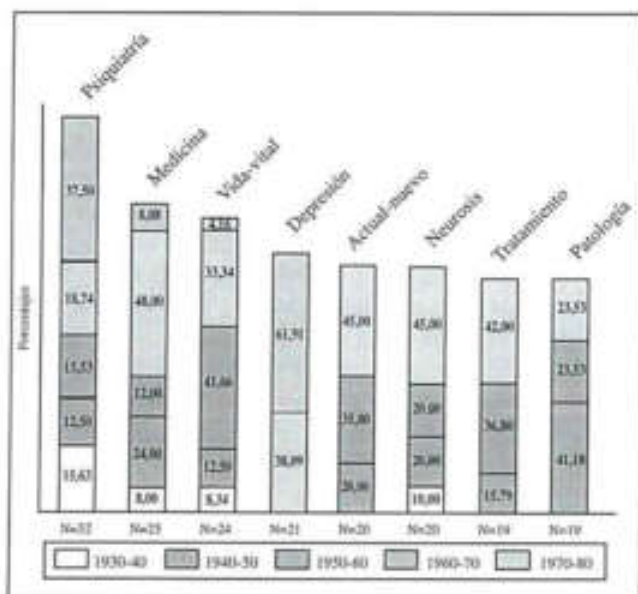


FIG. 11.—Términos más utilizados (frecuencias-porcentajes-décadas).

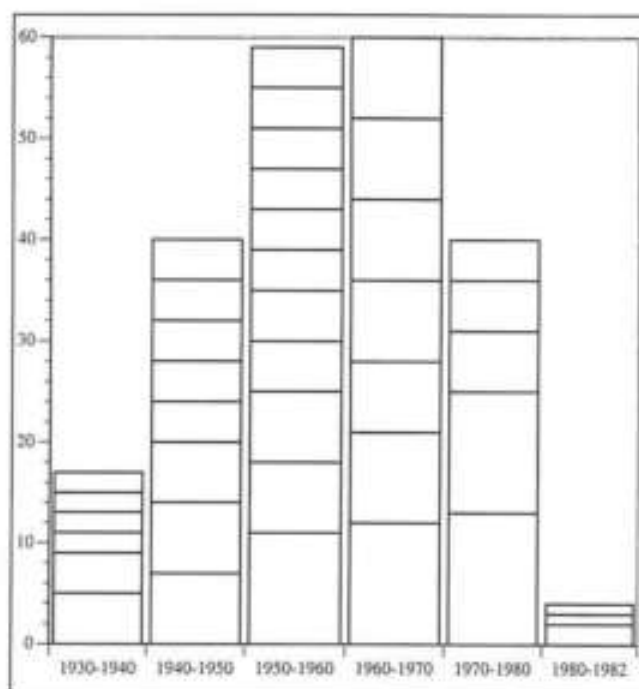


FIG. 12.—Términos más frecuentes (décadas).

tendencias psiquiátricas en las que está inmersa su producción científica. De manera especial, las décadas comprendidas entre los años 1930 y 1980.

Es un clínico investigador, abierto a toda nueva corriente metodológica y terapéutica. No sólo aplica a la clínica práctica los nuevos descubrimientos que surgen en su especialidad, sino que, asimismo, publica sus resultados.

Desde el punto de vista farmacológico, sus artículos y publicaciones siguen reflejando el descubrimiento y aplicación de los neurolépticos, los antidepresivos, los ansiolíticos y la defensa a ultranza de lo que él, durante algún tiempo, cree que es un molde terapéutico esencial, nos referimos a su tratamiento específico con la acetilcolina.

Autor que se somete a su propia crítica, tanto en el terreno teórico como en el práctico, el abandono del tratamiento con acetilcolina es razonado, así como la autocrítica de los términos diagnósticos originales.

Las líneas evolutivas de su tiempo no solamente consisten, para este autor, en la incorporación de nuevas técnicas farmacológicas, sino la incorporación de técnicas electro-médicas, a la detección de posibles trastornos orgánicos en el paciente. Entre ellas, resaltamos la electroencefalografía y la tomografía axial computarizada. La evolución investigadora del autor contemporaliza de forma inmediata, en el sustrato socio-ambiental en que está inmerso, consecuencia de ello es su estudio de circunstancias históricas, como son las bélicas, que ven la luz en su obra *Neurosis de guerra*, así como las epidémicas, que ven la luz en sus distintos trabajos sobre latirismo y manifestaciones peligrosas.

En sus primeros trabajos implica a la neurología, junto con la psiquiatría, siendo los últimos desplazados por

una impregnación psicológica y psicosocial, más rica, pero coincidente con las nuevas tendencias actuales, no es de extrañar que en su última etapa productiva la neurología no tenga un papel protagonista en sus escritos.

Original, de elaboración exclusivamente personal, es todo su mundo conceptual dentro del círculo timopático, que parte de una primera percepción de la insuficiencia psicoanalítica, para tomar forma en su idea básica de la angustia vital, la timopatía ansiosa, su concepción de la patología psicosomática, y por último en su repercusión en la corporalidad.

Su formación psiquiátrica, fundamentalmente centro-europea, tiene como protagonista al hombre enfermo no sólo como individuo, sino como persona. Y si bien sigue las líneas evolutivas de su tiempo, con grandes incorporaciones en el plano clínico, permanece fiel desde su inicio al plano humanístico. Su concepto dualista del individuo no se modifica en absoluto. Quedando patente a lo largo de todos sus escritos la ideología dualista creencial, de la que está impregnada la obra del autor.

López Ibor está considerado como un crítico incisivo de la obra de Freud, el estudio de sus publicaciones nos permite afirmar su evolución dentro de lo que llamamos *atmósfera de Freud*. Como persona, sus críticas del mismo reafirman diagnósticos anteriores de la existencia en el fundador del psicoanálisis de una neurosis depresiva.

Para la psiquiatría española no solamente ha permitido la difusión más allá de nuestras fronteras del quehacer psiquiátrico español, sino que bajo su dirección se ha desarrollado una pléyade de especialistas, que hoy ocupan puestos significativos en las sociedades psiquiátricas.

Asimismo, sus obras, traducidas a múltiples idiomas, referencias a sus escritos en la bibliografía universal, hacen de López Ibor un clásico del estudio de la psiquiatría y un pionero en la psiquiatría española.

BIBLIOGRAFIA

1. ALONSO FERNANDEZ, F.: «Fundamentos de la Psiquiatría actual», t. I y II, 3.^a edic. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1976-1977.
2. ARIETI SILVANO y colabs.: «American Handbook of Psychiatry», 2.^a edic. Ed. Silvano Arieti. Nueva York, 1974.
3. CASTILLA DEL PINO: «Introducción a la Psiquiatría», t. I y II. Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1980.
4. CONDE LOPEZ, V. y LLAVERO, A.: «Tratamientos psicopsiquiátricos». Ed. Liade. Madrid, 1970.
5. ENCYCLOPÉDIE MÉDICO CHIRURGICALE: «Psychiatrie». Diversos tomos. París.
6. KAPLAN, FREEDMAN, SADOCK: «Comprehensive textbook of Psychiatry» 3.^a edic. Londres, 1980.
7. LOPEZ IBOR, ALIÑO, J. J.: «Los equivalentes depresivos». Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1976.
8. LEDESMA JIMENO, A.: «Neuropatología de la afectividad», Actas Luso-Españolas, N. y Ps., vol. XXI, núm. 2. Madrid, 1962.
9. SEVA DIAZ, A.: «Psiquiatría clínica». Ed. Espaxs. Barcelona, 1979.
10. VALLEJO NAJERA, A.: «Tratado de Psiquiatría», 3.^a edic. Ed. Salvat. Barcelona, 1954.

Discurso inaugural

IV Congreso Mundial de Psiquiatría. Madrid. Septiembre 1966

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XXV, núm. 4, octubre 1966.



El Profesor Juan J. López Ibor, Presidente del IV Congreso Mundial de Psiquiatría, en su discurso inaugural. A su derecha, el Profesor Gutiérrez Ríos, Rector de la Universidad de Madrid. En segundo término, el Profesor Barahona Fernandes (Lisboa); el Profesor Daniel Blain (Presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría), y el Profesor Brossing, Presidente Electo de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Con mis primeras palabras quiero dar la bienvenida a todos los eminentes colegas que nos honran con su presencia. El esfuerzo inmenso que ha realizado el Comité Español para organizar este IV Congreso Mundial de Psiquiatría se halla ampliamente recompensado al ver aquí a tantos representantes de países y escuelas y asociaciones de psiquiatras dispuesto a enfrentarse con los temas nucleares de la psiquiatría de un mundo de transformación, como es el nuestro. Si siempre resulta interesante y fecunda la confrontación de puntos de vista y el intercambio de experiencias, más lo es ahora, precisamente, por el impacto que los cambios que se están operando en la vida del hombre contemporáneo ejercen sobre la psiquiatría misma. A su vez, nunca la psiquiatría había logrado despertar la atención y el interés como ahora. En todas las latitudes y meridianos los problemas psiquiátricos y los de higiene mental se hallan situados

en la primera línea de las preocupaciones de gobernantes y gobernados.

El I Congreso Mundial de Psiquiatría se celebró en París, en 1950, bajo la presidencia del profesor Delay y animado por la dinámica personalidad del doctor Ey. Debemos a nuestros colegas franceses haber tomado la iniciativa de inaugurar la serie de los Congresos Mundiales. Otras especialidades, algunas próximas a la Psiquiatría, ya nos habían precedido. El II Congreso se celebró en Zurich en 1957, coincidiendo con el centenario del nacimiento de E. Bleuler. Esta circunstancia lo convirtió en un congreso mono-temático; pero su tema, la esquizofrenia, es uno de los más apasionantes de la Psiquiatría. Su organización, que fue perfecta, corrió a cargo de Manfred Bleuler y sus colaboradores y la Sociedad Suiza de Psiquiatría. El III se celebró en Montreal, en 1961, bajo la presencia de Ewen Cameron, con un equipo de colegas sorprendentemente eficaces. Aparte de su espléndida organización y del valor de las aportaciones científicas realizadas, quedará este Congreso en la historia de la psiquiatría contemporánea, porque allí cristalizó, definitivamente, la idea de constituir la «Asociación Mundial de Psiquiatría», idea que había surgido durante la preparación del Congreso de París. De la Asociación, de su pasado, de su presente y de sus perspectivas futuras nos hablará su presidente el profesor E. Cameron en esta Sesión de Apertura y su secretario general el doctor H. Ey en la de Clausura.

Al recibir el encargo de organizar este IV Congreso, el Comité Español que presidió se dirigió a todas las Sociedades de Psiquiatría, miembros de la Asociación y una larga lista de psiquiatras destacados en los diversos países. Debo subrayar que hubo una gran coincidencia en los temas que nos propusieron, de suerte que la elección de los títulos para las Sesiones Plenarias y los Simposios no ha sido difícil. Tal coincidencia significa que los psiquiatras tienen ideas claras sobre las tareas más urgentes planteadas en estos tiempos, tanto desde el punto de vista de la investigación científica como de las necesidades asistenciales de un mundo en tramitación. A las Sociedades por una parte y, de un modo especial, a los colegas que nos han ayudado, aceptando intervenir en las sesiones del Congreso, quisiera en nombre del Comité orga-

nizador expresarles nuestra más profunda gratitud. No es posible ni necesario, nombrarlos en esta ocasión, puesto que en el programa y en los diversos boletines publicados están sus nombres. También quisiera testimoniar mi gratitud a las entidades oficiales, corporaciones, fundaciones y compañías privadas que nos han prestado tanto apoyo para la organización de este Congreso.

Ya sabemos que un cometido como el nuestro está sometido a errores y seguramente que hemos cometido más de uno. De antemano pedimos excusas. Lo cierto es que los miembros del Comité y la Secretaría han puesto lo mejor de sí mismos en el servicio de esta empresa.

De vez en cuando se hacen críticas sobre el gran número de Congresos que realizan. Algunos piensan que en un mundo donde los medios de comunicación son tan abundantes, los Congresos son innecesarios. A mi modo de ver ocurre, precisamente, lo contrario. Es verdad que los medios de comunicación escrita nos inundan de tal modo que apenas en un sector determinado puede recurrirse a la bibliografía existente. Pero también es cierto que la verdad que busca el científico no se halla toda depositada en los libros y revistas. Y lo mismo podríamos decir de los otros medios de comunicación técnica.

Existe, aparte de la verdad objetiva, ofrecida por los medios de comunicación, lo que podría llamarse *la experiencia personal de la verdad*, que sólo mediante el contacto humano directo es comunicable. La verdad aparece con matices y profundidades distintos cuando se aprende de alguien que la vive, o cuando se contrasta, en el contacto personal, la verdad propia con la ajena. En medicina y más aún en Psiquiatría este aspecto personal de la comunicación de la verdad es aún más evidente que en otras ciencias. La experiencia clínica de los grandes maestros sólo a su lado puede adquirirse. Por otra parte, los problemas psiquiátricos se hallan tan enlazados con la sociedad en la cual se vive que el contacto personal con alguien que pertenezca a ella nos abre nuevas puertas al conocimiento. El encuentro, la comunicación viva de unas personas con otras es sustancialmente enriquecedora, a veces más que largas horas de lectura. Luces nuevas alumbran el espíritu inquieto de los investigadores, cuando en discusión con otros, opera lo que podríamos llamar «reflexión bipersonal» sobre un problema. Perspectivas nuevas se abren cuando, a través del contacto personal con los otros, nos damos cuenta de que el mundo de la alienación es una subcultura extraordinariamente rica y diversa. De ahí derivan las dificultades en encontrar vocablos técnicos en Psiquiatría que tengan valor universal. La dificultad no debe ahorrar el esfuerzo sino estimularlo. Precisamente este Congreso, a través de sesiones dedicadas a la psiquiatras, propuestas de una nomenclatura internacional, confrontaciones entre los psiquiatras del Este y los del Oeste y otros temas análogos, esperamos que abra nuevos caminos de coincidencia y quede, en parte, mitigada la dispersión babélica que caracteriza a buena parte de la psiquiatría actual.

Ya sé que el objetivo no es fácil, puesto que la dificultad no nace de la inteligencia del psiquiatra, ni de su actitud, sino de la propia dificultad de los problemas que aborda. Por eso la Psiquiatría se muestra tan variopinta y dispersa, y el psiquiatra tiene, a veces, que sufrir la ironía de sus colegas médicos; pero no hay paridad entre la dificultad que ofrece lograr la unanimidad en definir lo que es una aortitis y lo que es una esquizofrenia. Es más fácil lograr coincidencias en la interpretación de cómo opera la naturaleza, que en la de cómo opera —normal o anormalmente— el hombre.

La Psiquiatría es un ejemplo típico del problema de las dos culturas de la que se habla tanto, comentando las peculiaridades del momento actual. Son dos formas de cultura que conviven, pero sin llegar a ensamblarse. De un lado —y en primerísimo plano— se halla la cultura técnica, derivada de los progresos de las ciencias naturales. De otro lado, la cultura humanística que debe impregnar la vida del hombre. A estas horas se duda de haber logrado un humanismo que esté a la par, y compense, la distorsión que produce la exagerada dilatación de la dimensión técnica.

En la psiquiatría nos encontramos con múltiples líneas de abordaje de la enfermedad mental. La Psiquiatría pretendía antes ser una ciencia autónoma, es decir, con métodos propios, ya que tienen un objeto tan extraño y peculiar como la enfermedad más humana de todas: *la enfermedad mental*. Pero esta pretensión de autonomía se ha frustrado. Una constelación diversa y variada de métodos de investigación y, por tanto, de hallazgos, ha servido de base al auténtico progreso de la Psiquiatría. Tal variedad de caminos pueden reducirse sustancialmente a dos: el de las ciencias de la naturaleza y el de las ciencias de la cultura. Nos encontramos, pues, con la escisión y la problemática de las dos culturas aplicadas a la psiquiatría. La medicina moderna —me refiero a la medicina somática— ha debido sus éxitos a la aplicación de los métodos de la ciencia natural (física, química, biológica, matemática, etc.) a los problemas planteados. Sólo en los últimos tiempos ha empezado a descubrir, a través de los trastornos psicósomáticos y de los problemas de la sociología médica, que también ella se halla afectada por esta problemática de las dos culturas, si bien de un modo no tan radical como la Psiquiatría. No podía ser de otra manera: la medicina tiene que ver con el hombre enfermo y, por tanto, con el hombre como unidad, singularidad y totalidad.

A fines del siglo pasado, al incorporarse la Psiquiatría a la vida universitaria, empezó a florecer en aquello que tenía mayores analogías con la medicina somática. Kraepelin, sus antecedentes y sus seguidores, quisieron establecer el modelo de la enfermedad mental sobre el mismo modelo que utilizaba la medicina somática. Así, cada enfermedad forma una «entidad nosológica». Los descubrimientos que se realizaron sobre la etiología y la pato-

genia de la parálisis general y sobre su anatomía patológica permitieron señalarla como paradigma a imitar en el resto de la psiquiatría.

Bien pronto se vio que este criterio resultaba, a todas luces, insuficiente. Ni siquiera los síntomas psíquicos podían ponerse en relación directa con las lesiones que les servían de base. Por otra parte, las enfermedades infecciosas y tóxicas ofrecían cuadros análogos, como un *síndrome general básico*, desencadenado reactivamente, pero emergiendo de un *modelo preformado* subyacente en la propia estructura psíquica del hombre. Lo que produjo mayor desconcierto fue que la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva no pudieran subsumirse en aquel esquema. Se trata, en estos dos casos, de *modos de enfermar* radicalmente distintos de los anteriores. No cabe, pues, afirmar que ahondando en los mismos métodos de investigación se pueda llegar a la solución de sus problemas.

Un hecho curioso y digno de subrayarse desde la perspectiva de la sociología de la ciencia es el carácter normalmente peyorativo que han venido tomando algunos diagnósticos psiquiátricos. En él se hallan implicados constantes de la mentalidad colectiva por una parte, y la actitud del psiquiatra por otra. La palabra «histérico» es, a veces, más un insulto que un diagnóstico. Lo mismo ha ocurrido con «psicópata» y algo análogo acaece ahora con la palabra «esquizofrenia». De ahí esa negativa a hacer diagnósticos como si el diagnóstico no fuera más que una etiqueta infravalorativa, lo cual está en contradicción con la tradición de la medicina, que alzaprima siempre la operación diagnóstica para demostrar que es una ciencia y no pura empirie; por una parte, la Psiquiatría se empeña cada vez más en incorporarse al voluminoso caudal de la tradición médica, y por otra existe el intento de rebelarse contra ella. Sin embargo, esta rebeldía contra el diagnóstico tiene su fundamento y justificación. Contra lo que se rebelan algunos psiquiatras es contra una actitud estática de la Psiquiatría y, sobre todo, contra una resistencia implícita a reconocer que etiquetar es muchas veces, renunciar a la acción. Es la misma actitud que socialmente se traduce en la segregación del enfermo, del alienado. Socialmente la segregación se hace mediante los muros y las leyes, científicamente mediante los diagnósticos.

Esto no quiere decir que el intento de describir enfermedades sea absolutamente inútil, como algunas veces se ha dicho. Conocer *la historia natural de una enfermedad* es algo más que una descripción. No se trata sólo de etiquetar unos síntomas como se hace en un archivo, sino de averiguar la dinámica del desarrollo y evolución de ese modo de enfermar, lo cual permite establecer un pronóstico y, por consiguiente, una línea de conducta. En la historia natural de la enfermedad hay una *biodinámica* que en manera alguna puede infravalorarse. El gran esquema de Kraepelin al aislar dos grupos morbosos, uno de carácter cíclico que deja indemne la personalidad fuera de las fases, y otro con peculiares tendencias destructivas de la personalidad del enfermo, es tan

sólo un primer punto de referencia, lo que lo ha invalidado ha sido la inflación de ambos grupos y, sobre todo, su manejo como si fueran enfermedades constituidas con arreglo a los mismos esquemas que las enfermedades somáticas, cuando no son más que *formas de enfermedad*.

Este gran escollo de la Psiquiatría como ciencia natural no debe hacernos olvidar los grandes éxitos actuales y los posibles avances futuros. Los estudios genéticos de ciertas enfermedades, la experimentación sobre la actividad nerviosa superior y los descubrimientos de las nuevas drogas terapéuticas, han contribuido, decisivamente, a cambiar la faz de la asistencia psiquiátrica. Es un camino fecundo, prometedor y a veces peligroso. Hace unos años se discutió en un Congreso si, puestos en el trance de renunciar a uno de los dos caminos, se debería renunciar a la farmacología o al antiguamente llamado «tratamiento moral» de los enfermos. La propuesta —aun teóricamente— es, en sí misma, absurda. Precisamente la psicofarmacología facilita ese «tratamiento moral», o sea la asistencia intra- y extramural de los enfermos, y viceversa. Lo cierto es que la vida en los establecimientos psiquiátricos ha cambiado totalmente. El futuro de la investigación biológica es esperanzador. Las investigaciones sobre los ácidos nucleicos (DNA y RNA) como vectores de la transmisión genética se amplían ahora al mejor conocimiento del control de algunas funciones vitales, como la memoria y el aprendizaje. La neurofisiología descubre ciertos resortes de la conducta y los maneja a distancia, pensando que lo que se logra hoy en los animales pronto se podrá aplicar al hombre. La neurofarmacología controla no sólo las crisis patológicas, sino ciertas regulaciones vitales —sueño, fatiga, actividad, placer, etc.—, lo que lleva al uso indiscriminado de medicamentos. Ahora sí que estamos, pues, ante una gran avenida llena de esperanzas para el futuro de la Psiquiatría. Avenida también llena de peligros que nos recuerdan constantemente nuestros deberes frente al hombre.

Resulta lógico esperar que, en las décadas próximas, estos sutiles avances en el conocimiento de los procesos bioquímicos, neurodinámicos y metabólicos que subyacen a las alteraciones patológicas de la conducta, permitirán nuevas aplicaciones terapéuticas. El mismo Freud formuló la provisionalidad de su teoría de las neurosis esperando los avances de la bioquímica. Algunos autores han dicho que la psicopatología de la esquizofrenia perderá su valor —¡tantas horas, tantas páginas, tanto esfuerzo dedicado allí!— el día en que se descubra algún sustrato patogénico que sirva a su diagnóstico y a su tratamiento, del mismo modo que lo perdió la psicopatología de la parálisis general cuando se descubrió que se podía diagnosticar mediante una punción lumbar y tratarla, antes con malarioterapia, y hoy con antibióticos.

Este punto de vista me parece un error peligroso. Su peligro consiste en *deshumanizar la psiquiatría*. La vida psíquica *despega*, en cierto sentido, de su sustrato corporal y tiene su autonomía propia. En la medicina somática actual está ocurriendo el proceso inverso. A pesar de au-

mentar los conocimientos patogenéticos y terapéuticos sobre los procesos patológicos necesita, cada día más, de la comprensión del hombre en su enfermedad, lo cual no puede lograrse sin la psicología profunda, en colaboración con la antropología y la sociología. En mayor escala sentirá esa necesidad la Psiquiatría, a medida que progrese por el camino científico-natural. Ahora mismo, un gran problema de la Psiquiatría como ciencia, se halla en lograr la clave de las relaciones entre la farmacoterapia, la psicoterapia y la socioterapia. Nos movemos todavía en un terreno demasiado empírico, sin lograr interpretaciones profundas y certeras de estas relaciones. La dificultad es comprensible en cuanto se piensa que este problema se halla referido, en alguna forma, al de las relaciones entre lo físico y lo psíquico, es decir, a la propia médula unitaria del hombre.

Afortunadamente, la Psiquiatría también es ciencia natural. La sintomatología psíquica del enfermo se halla ligada a su propia vida psíquica y, por tanto, a su historia anterior —a su «historia vital interna»— aun cuando, a veces, aparezca como un «*becho nuevo*» distinto y extraño. En la psicopatología fenomenológica se distingue entre lo comprensible y lo explicable. Se *explica* la presencia de una demencia por un razonamiento análogo a como se explica la presencia de una rigidez pupilar. En cambio las alteraciones de la conducta de un neurótico se *comprenden* a partir de los principios de la vida psíquica normal.

Lo psicótico es lo «incomprensible», pero los límites de la incomprensibilidad, ¿dónde se sitúan? NO son independientes de las coordenadas de tiempo y espacio en las cuales vivimos. Lo incomprensible es lo que carece de sentido, lo absurdo; pero cada día comprendemos más, porque hemos aprendido que el absurdo es un ingrediente de la vida humana. Existe siempre un «resto aparentemente indescifrable» que en cualquier momento puede emerger y dominar. Lo importante no es la existencia del absurdo, sino que el absurdo domine la vida misma y quiebre su relación de sentido. El sentido de la vida no está ya dado al nacer, sino que se hace día a día. Le amenaza siempre el absurdo, el acto carente de sentido y el secreto de la normalidad se halla en esa relación dialéctica que se establece con el absurdo en el seno de la persona.

Plantear el problema del delirio, de la alucinación y, en general, de los trastornos mentales como resultado de esta dialéctica interna, nos sitúa forzosamente en una actitud terapéutica más activa, tanto desde el punto de vista somático como psíquico y social. La inercia y el nihilismo terapéutico anidan en la mente del psiquiatra que piensa que su misión consiste sólo en describir unos trastornos. Esa actitud no es compatible con el «espíritu del tiempo». De ahí la importancia de los temas terapéuticos en este Congreso, tanto desde el punto de vista farmacológico como psicoterápico y socioterápico.

La vivencia del tiempo del hombre actual tiene una especial fugacidad. Existe en él una inquietud por quemar las etapas. Los métodos de tratamiento lento recuer-

dan los viajes en diligencia. Una serie de imperativos médicos, sociales y psicológicos exigen brevedad en los mismos. La «psicoterapia breve» no es un capricho, sino una exigencia de los tiempos actuales. Con tema tan importante se cierra el capítulo de las sesiones plenarios del Congreso.

* * *

Freud realizó un gigantesco esfuerzo comprensivo de las neurosis. Resulta curioso subrayar que este esfuerzo comprensivo se realizó mediante métodos análogos a los de la ciencia natural, aunque después se *extrapolara* una gran mutación. En este mismo hecho queda subrayada, una vez más, la *ambigüedad* de la Psiquiatría, que no puede ser ciencia natural ni ciencia cultural, sino que ha de lograr un tercer camino, el del diálogo entre ambas. Es demasiado fuerte todavía la tendencia a escindir la tarea en los dos sectores. Hay como una esquizofrenia del mundo científico manifestada en ese proceso de escisión. El psiquiatra no puede, en manera alguna, ignorar que esa división le impide penetrar en la esencia del enfermo psíquico, que es la propia esencia del hombre. Porque el hombre, a pesar de su vida corporal y de su vida psíquica *no tiene más que una vida humana*.

El enfermo mental es un «alienado». Es decir, alguien que se enajena, que salta las fronteras del mundo de la normalidad. Pero la Psiquiatría actual, en ese inmenso esfuerzo de comprensión, ha reconocido que precisamente lo que hay que evitar es que se enajene. Es necesario que el enfermo permanezca en la comunidad. *La psiquiatría de la comunidad* es una expresión de moda que tiene muchas vertientes significativas. Se trata de reorganizar la asistencia, de tal modo, que el enfermo siga permaneciendo en la comunidad, en una u otra forma, porque su exilio le enferma más destructivamente. Esta aproximación del enfermo a la comunidad, esta difuminación de las fronteras entre lo normal y lo anormal, crea nuevos problemas de los que el psiquiatra actual es bien consciente. La Psiquiatría comparada, los problemas de la adolescencia, la neurotización de la sociedad contemporánea, son hitos a subrayar en esa nueva frontera. La Psiquiatría tiene una *dimensión sociológica* que es imposible ignorar. Y por otra parte, el estudio de los «monstruos de la razón» que pintaba Goya, ubicados en ese océano interior que se llama inconsciente y que emergen, precisamente, cuando la razón se quiebra, es un postulado ineludible de la psiquiatría moderna. Hay un *inconsciente personal*; pero también la sociedad nos muestra sus estructuras primordiales e inconscientes a través de los mitos que aparecen siempre, por muy racionalizada que se encuentre la vida. Hay, además del *inconsciente personal y social*, un *inconsciente vital* aquel que fluye de lo que Novalis llamaba «la costura entre el alma y el cuerpo» y cuya investigación a fondo ofrece tantas promesas de conocimientos nuevos, especialmente en los círculos de las neurosis y de las depresiones que constituyen uno de los sectores más interesantes de

la Psiquiatría actual. El inconsciente vital está anclado en la corporalidad y el cuerpo es, por sí mismo, estructurante de la personalidad humana y vehículo de las relaciones interpersonales.

Lo cierto es que la Psiquiatría es hoy más dinámica que nunca. Dinámica en el descubrimiento de nuevos fármacos que sirvan para el tratamiento de los enfermos; dinámica en la interpretación de los síntomas de la enfermedad; dinámica en los estudios de sus causas desde la genética biológica a los traumas psíquicos, evocadores del «terror antiguo», sufrido en el amanecer de la persona; dinámica, en fin, en la ancha franja donde lo normal y lo anormal se superponen ambiguamente, dibujando una frontera fluida entre ambos.

* * *

La evidente dimensión sociológica de los trastornos mentales y la angustia difusa de la sociedad contemporánea han colocado al psiquiatra en muchos países en una posición singular. Hay un cierto peligro: el de la *inflación del papel del psiquiatra* como si fuese un mago o un teurgo que tuviese en su mano resolver todas las situaciones conflictivas, personales y colectivas que se presentan. Evidentemente, muchos conflictos interpersonales pertenecen al campo de acción de la Psiquiatría. Unos, porque deriva de una angustia patológica; otros, por desequilibrios instintivos o por canalizaciones vegetativas anómalas o por efectos desestructuradores de la vida psíquica. En tales conflictos domina con frecuencia el principio de la reiteración, la inadecuación de la respuesta al estímulo, la reviviscencia de la angustia infantil, la inmadurez de la personalidad o la oscilación patológica de los estratos endotímicos, etc.

Pero hay otros conflictos o frustraciones que pertenecen al ser propio de la vida cotidiana. La vida es, en sí misma, conflictiva y la supresión de todos los conflictos; si fuera posible llevaría consigo la inhibición en el desarrollo de la personalidad. El carácter se forma en la adversidad, decían los antiguos. Es cierto que el conocimiento de la dinámica de los conflictos evidentemente anómalos nos capacita, por analogía, para entender mejor aquellos que pertenecen a la ancha franja de la normalidad. Pero también lo es que, con frecuencia, el psiquiatra se convierte, sin querer, en un ideólogo y propone soluciones a los mismos que están más allá de sus propias fronteras de acción y en su afán de eliminar conflictos más bien retrasa la maduración de la personalidad que la favorece. Existe en este sector una zona pantanosa que obliga al psiquiatra a poseer mucho saber y a utilizarlo con mucha prudencia. Cuando ésta se pierde se llega a afirmar que «las enfermedades mentales son un mito» y que una nueva sociología debe sustituir a la Psiquiatría. La población del mundo dobló aparentemente entre los años que van del nacimiento de Cristo hasta 1650 y otra vez dobló entre 1650 y 1850. En todo este tiempo la Medicina carecía del poder de modificar el medio que rodea al hombre. No hubo ningún gran descu-

brimiento como los que después han permitido el control de las epidemias y tantos otros avances más. Si la población creció tanto fue porque cambió el modo de vivir en todo ese tiempo y ello influyó sobre la mortalidad humana aunque no se conozcan todavía con detalle las influencias de los progresos en el modo de vivir sobre las cifras de mortalidad. Si esto ocurrió en las enfermedades somáticas mayor es la influencia que hemos de reconocer al modo de vivir sobre los modos de enfermar psíquicos. Los pueblos persiguen cada día más y por los caminos más diversos el ideal de la Sociedad del bienestar. Quizá el ideal en sí no sea tanto nuevo en la historia de la humanidad, sino que los medios para conseguirlo son más eficaces ahora y la imagen que se hace cada colectividad de lo que es el bienestar se halla más acorde con los medios de que dispone la sociedad contemporánea. Los poderes públicos dirigen sus esfuerzos a lograrlo. El bienestar requiere seguridad y protección y todo aquello que podemos llamar «precondiciones» de la felicidad humana. A los médicos y a las organizaciones públicas sanitarias toca combatir la enfermedad, que es algo que perturba siempre el bienestar humano convirtiéndolo en malestar. El combate contra las causas materiales que se oponen al bienestar tiene sus dificultades, pero ofrece una clara perspectiva de progreso. Ya no es tan claro en lo que se refiere a las condiciones psicológicas que provocan lo que podríamos llamar la «pobreza invisible e interior» del hombre. Este es un gran objetivo para la Psiquiatría del futuro para una gran Psiquiatría de la comunidad. El mundo de nuestros enfermos nos enseña mucho sobre las perturbaciones de las relaciones humanas que engendran esa pobreza invisible y, por tanto, esa enseñanza debe aprovecharse en bien de la comunidad.

Lo que resulta evidente es que los sistemas sociales forman una estructura formal y que *el orden de la cultura* es un segundo órgano con respecto al *orden natural*, no menos importante que aquél. La adaptación al orden cultural, el paso de las sociedades tribales a las civilizadas es complejo; pero estos mismos fenómenos los tenemos en el tránsito entre las diversas subculturas que se imbrican en el interior de cualquier sociedad civilizada. Los problemas de la adolescencia, de las perversiones sexuales, de la adicción o toxicomanía están ligados a estos hiatos e inadaptaciones que se abren entre las diversas tramas culturales que constituyen el mundo en que vivimos. La Psiquiatría como ciencia se ve por tanto forzada a una *convivencia entre perspectivas distintas*, que dependen del medio cultural y humano en que se desenvuelve. Las formas de asistencia y de psicoterapia varían extraordinariamente de un área cultural a otra, aunque la psicofarmacología sea la misma. La vejez, por ejemplo, como quedó patente en el Simposio de Londres organizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría, tiene bases biológicas comunes, pero crea problemas de asistencia distintos en los diversos países.

Esta interdependencia tan estricta entre hombre y medio cultural es la que convierte a la *definición de en-*

fermedad mental en la gran aporía de la psiquiatría (también la medicina somática tiene sus dificultades). Puede incluso ocurrir que la aporía sea difícilmente vencible o invencible. No importa. Esa invencibilidad demuestra que la Psiquiatría es tan humana que no puede subsumirse totalmente en una ordenación categorial científica. Esto le ocurre también a la medicina -en movimiento-, es decir, a la práctica médica. El progreso de la medicina, como ciencia, debe ir acompañado de un conocimiento, lo más dilatado posible, de las estructuras profundas del enfermar que no son sólo biológicas, sino también personales y culturales. Los modos de enfermar cambian de estilo a lo largo de la historia como he dicho antes, y este cambio es más patente cuando menos gravitación biológica tiene el cuadro clínico. En torno a la raíz de sus síntomas el enfermo colabora creando un mito: esto es patente en las neurosis y en las psicosis. El psiquiatra debe conocer ese hecho, pero nunca olvidar que *el enfermo es una realidad y no un personaje mítico*. La enfermedad mental es un acontecimiento humano pluridimensional en sus manifestaciones y en su génesis. Cualquier avance que tenga lugar en su conocimiento es un avance en el conocimiento de ese continente, donde todavía queda tanta «terra incognita», que es el hombre.

Señores: Las neurosis y las psicosis son mitos individuales. Los pueblos tienen sus mitos. Nosotros, los españoles, tenemos el nuestro en ese personaje singular, don Quijote de la Mancha, que no ha tenido más existencia que la literaria, pero que realmente forma parte de la textura personal de todo español. Don Quijote fue un hidalgo manchego, pobre en bienes materiales, rico en ideales y en afán de combatir por ellos. Con el seso perdido

transfiguró la realidad, como en el caso de Dulcinea, tan bellamente simbolizada en los sellos conmemorativos de este IV Congreso. Sobre don Quijote han llovido los diagnósticos psiquiátricos: unos han hablado de paranoia; otros, de esquizofrenia, etc. Pero -él- se ha mantenido rebelde a cualquier etiqueta nosológica. Algo hay en don Quijote que quisiera subrayar. Era loco, pero al mismo tiempo cuerdo. No me refiero al hecho de que recobrase su razón al ir a morir, sino a que en plena locura resultaba prodigiosamente sensato. Ahí se ve la genialidad de Cervantes. No se trata de que don Quijote fuese loco y Sancho, cuerdo; que uno fuese leptosomático y el otro, pícnico; sino de que en cada uno de ellos había locura y cordura, aunque en dosis y modos desiguales. Esto es lo que al psiquiatra interesa, lo que el psiquiatra ve: la convivencia, el diálogo entre cordura y locura, entre razón e insensatez, entre las luces de la razón y los fantasmas de la sinrazón. No existe el loco absoluto. No existe el cuerdo absoluto. Así es el hombre que hace de la vida una aventura abierta entre el mundo de la realidad y el de la posibilidad. Por eso avanza, por eso el hombre es capaz de hacer historia.

Estáis en la tierra de don Quijote. Ese lugar de La Mancha donde vivía no está lejos de aquí. A través de mis palabras él os da la bienvenida. Que vuestros estudios e investigaciones, que vuestros diálogos y encuentros ayuden al mundo a lograr que esa convivencia entre la locura y la cordura sea cada vez más un diálogo de paz, en lugar de una monstruosa explosión de angustia y de incompreensión. Si comprendemos mejor a los enfermos, también los sanos debemos comprendernos mejor. Bienvenidos todos a la tierra de don Quijote.

Mi última conversación con Kurt Schneider

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XXVII, núm. 1, enero 1968.



K. Schneider

La última vez que me encontré con K. Schneider fue en Munich en noviembre de 1966, cuando le concedieron la medalla «Kraepelin». Aquella ceremonia coincidió con la inauguración de las nuevas instalaciones del antiguo Instituto «Kraepelin», que ahora pertenecen a la Sociedad «Max Planck». En todo aquel acto se veía el afán de renovación de la psiquiatría alemana y su toma de conciencia de los nuevos problemas que agitan la psiquiatría actual, tanto desde el punto de vista científico como social.

Al caer la tarde tuve una larga conversación con K. Schneider. Mantenía la misma frescura de inteligencia, cuya penetración y viveza se expresaba en su mirada. Por la mañana Scheid, había hablado largamente de sus trabajos, de sus ideas y de su influencia en la psiquiatría alemana. Por la tarde, él me confesaba que se hallaba desinteresado, en este atardecer de su vida, de la psiquiatría. ¿Y de la filosofía? —le pregunté—. «Tampoco la filosofía me dice nada. Sólo la teología». Le recordé sus trabajos filosóficos, su correspondencia con N. Hartmann y Scheler, de la que me había hablado otras veces. Le pregunté si alguna vez escribía algo sobre todo ello. Nada; sólo la sombra del más allá le inquietaba. K. Schneider había tenido, y tenía, una larga correspondencia con Heidegger. ¿Sobre qué temas? le pregunté un día. «Gedichte», me respondió: Poesía.

En una ocasión, hace ya varios años, K. Schneider me envió un trabajo inédito para Actas, en el cual hablaba del «Ver-irren» refiriéndose a ese modo misterioso de enfermar constituido por las psicosis endógenas. Aludía en él al traducianismo. Me confesó que no se atrevía a publicar esas líneas en alemán... Después —ya jubilado— lo hizo en una nota en una de las ediciones de «Psychiatrie heute». Entre tantos aspectos admirables de K. Schneider se halla esa renuncia a la expresión de sus grandes inquietudes y esa permanencia como científico en *un dualismo empírico* entre «Seele» y «Körper» sobre el que se basa toda su psicopatología.

Cultivó K. Schneider el análisis clínico con el éxito que todo el mundo sabe, precisamente, porque supo encontrar sus fronteras. Cuando dice: «A esto llamo yo esquizofrenia», formula, más agudamente que ningún otro psiquiatra, la relatividad del concepto; pero, por otra parte, describe sus síntomas patognomónicos como piedras sillares del diagnóstico clínico. Frente a la tremenda e insoportable banalidad de tantos trabajos psiquiátricos publicados en los últimos años, resulta admirable ese rigor en la nota distintiva de K. Schneider.

Alguna que otra vez me dijo que había llegado al fin de su carrera: tenía la impresión de que, apurando más el análisis fenomenológico, se corría el mismo peligro que cuando se quiere apurar sacando punta a un lápiz, el de

romper la punta; pero recuerdo que poco después de esta conversación es cuando publicó sus puntos de vista sobre las «Untergrund-depresiones» formuladas con una cautela extraordinaria.

Se ha escrito tanto sobre fenomenología y psiquiatría que se ha logrado empañar la transparencia del mismo método. La cuestión es más simple y la otra de K. Schneider lo demuestra. Se trata de lograr buenas descripciones clínicas. La sintomatología de los enfermos psíquicos es tan abigarrada que la tarea no es fácil. La singularidad de cada uno se ve muy bien a través de los cuadros psicopatológicos. Entre la singularidad del enfermo y la del psiquiatra hay que establecer un puente. De otra manera nunca lograremos hacer ciencia, es decir, tener conocimiento comunicable y expresable sobre una realidad tan subjetiva como la conducta humana alterada. Para K. Schneider la enfermedad sólo existe en lo corporal. En lo psíquico trataba de iluminar y de esclarecer tipos clínicos. Su conocidísima monografía sobre las personalidades psicopáticas lo demuestra. Deja a un lado problemas etiológicos y terapéuticos: se trata sólo de conocer una realidad y hacer comunicable ese conocimiento. Después vendrá la especulación y la teoría. No puede darse una actitud más limpia, desde el punto de vista metodológico. Y sin método no hay ciencia, mejor dicho, cada ciencia está condicionada por su método. El no ver claro en este punto, determina el hecho de que una palabra, tal como «esquizofrenia», tenga un significado distinto en cada meridiano y en cada paralelo.

* * *

Examinando las dificultades de la definición de las enfermedades mentales, K. Schneider llega a la conclusión de que las enfermedades son siempre corporales. En psiquiatría unas veces se puede hablar de enfermedades, como en los trastornos ligados a una alteración somática y otras de anomalías psíquicas. Dejando aparte este problema y refiriéndose no sólo a las enfermedades que pertenecen al predio de la psiquiatría, sino a todas, es evidente que en su estructura aparece siempre el problema del cuerpo. Al cuerpo humano vivo es a lo que podemos nosotros llamar *corporalidad*. Las diferencias son tan evidentes que apenas vale la pena que me entretenga en señalarlas aquí.

Se repite mucho la fórmula, y yo mismo la he repetido, de Gabriel Marcel, para explicar las relaciones duales que tenemos con nuestro cuerpo y que las dota de una especial nota de ambigüedad: «tenemos nuestro cuerpo y somos nuestro cuerpo». La fórmula resulta ciertamente iluminadora de la situación, pero por mi parte la creo deficiente para explicar las relaciones de nuestro cuerpo con la patología. Las fórmulas de K. Schneider eran más claras. Yo le agregaría a la fórmula de Marcel una tercera dimensión: nuestro cuerpo, al mismo tiempo que *nos tiene, nos sostiene*. Esta tercera dimensión nos recuerda la idea platónica del cuerpo como cárcel del alma.

* * *

K. Schneider tenía el sentido del lenguaje. Era minucioso. Trabajaba su texto pacientemente y lo corregía una y otra vez. Sentía espanto por la tautología y por la retórica psiquiátrica. Recuerdo que en un Simposio muy reducido sobre los delirios al que asistimos ambos, tras una intervención flamígera y barroca de un colega, Conrad le invitó a intervenir. No quiso. «Lo que yo hago —dijo— no tiene nada que ver con todo eso». Y permaneció en silencio.

Era hombre de pequeñas notas y grandes silencios. Algunos interpretaban su timidez como rigidez. Yo creo, al contrario, que era un poco de ternura. Publicó un libro de versos en edición privada que lo demuestra. Me dijo en una ocasión que a de Barth, el gran teólogo protestante, el libro que más le gustaba era uno de pequeños sermones a los presos de una cárcel, lleno, ¡por qué no decirlo!, de ternura teológica.

Creo que el legado de K. Schneider ejercerá durante largos años su influencia en la psiquiatría contemporánea, precisamente porque es un instrumento de trabajo clínico fino y de primera calidad. En España son bien conocidas sus obras —sobre todo su patopsicología clínica— a través de excelentes traducciones. Algunas veces, psiquiatras europeos emigrados a los Estados Unidos, me han hablado del peligro de que desaparezca —como ciencia— la clínica psiquiátrica. Mientras la obra de K. Schneider, y de tantos otros de su generación, permanezca, creo que se podrá evitar ese peligro. No hay desaparición posible de una ciencia mientras haya gigantes del pensamiento como K. Schneider.

Karl Jaspers en su centenario

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. X, 2ª etapa, núm. 6, 1982.

Resumen

Con motivo de su centenario, se hace un resumen de la aportación de Jaspers a la psicopatología, que es lo que interesa preferentemente a los psiquiatras. El enriquecimiento que ha experimentado la psiquiatría clínica por la utilización de las ideas de Jaspers, aparece con evidencia especialmente cuando se observa lo que ocurre en la esquizofrenia.

Lo psicótico es -lo incomprensible-, pero los límites de la comprensibilidad ¿dónde se sitúan? No son independientes de las coordenadas de tiempo y espacio en el cual vivimos. Lo incomprensible es lo que carece de sentido. Lo absurdo. Pero cada día comprendemos más, porque el absurdo es un ingrediente de la persona humana. En ella siempre existe un -resto indescribible- que en cualquier momento puede emerger y dominar. Lo importante no es la existencia del absurdo, sino que el absurdo domine la vida misma. El sentido de la vida no está ya dado al nacer, sino que se hace día a día. Le amenaza siempre el absurdo. Y el secreto de la

normalidad se halla en esa dialéctica como absurdo que nos amenaza.

Plantear el problema del delirio, de la alienación, de los trastornos mentales en general como dialéctica nos sitúa, forzosamente, ante una actitud terapéutica más activa, tanto desde el punto de vista somático como psíquico y social. La inercia y el nihilismo terapéutico anidan en la mente del psiquiatra que piensa que su misión consiste sólo en describir unos trastornos. Eso no es médico. Ni tal actitud es compatible con el espíritu del tiempo. De ahí la importancia de las tareas terapéuticas y de la psicofarmacología actual, que avanza continuamente por caminos de sólida investigación. La vivencia del tiempo del hombre actual tiene una especial fugacidad. Existe en él una inquietud por quemar las etapas. Los métodos de tratamiento lentos recuerdan los viajes en diligencia y estamos en la era espacial. Una serie de imperativos sociales exige brevedad y eficacia en los tratamientos. La llamada -psicoterapia breve- no es un capricho de los psicoterapeutas, sino una exigencia de los tiempos nuevos.

Nació Karl Jaspers el 23 de febrero de 1893. Con motivo de su ochenta aniversario se recogieron en un volumen sus trabajos psicopatológicos. Es sobre la psicopatología en Jaspers de lo que voy a tratar en estas páginas de una revista cuyos lectores son preferentemente psiquiatras. El primero de dichos trabajos —Heimweh und Verbrechen— data del año 1909. El último es de 1913, el mismo año que publicó su primera edición del libro *Psicopatología general*. Jaspers a los ochenta años revisó personalmente los trabajos psicopatológicos. Volvió a la psicopatología como a un amor de juventud y no lo abandonó hasta el momento de su muerte.

La ciudad natal Oldemburgo está situada a orillas del mar del Norte y en parte colindante con Hanover. País de llanuras y pantanos con alguna colina de apenas 100 metros de altura. País que necesita de diques que le protejan de las mareas vivas del mar del Norte, lleno de lagos, cuajado de pequeñas ensenadas, alguna tan hermosa como la del Jade. El clima es el húmedo y lluvioso y tie-

ne fama de malsano. Monarquía hereditaria hasta fines de la Primera Guerra Mundial, su soberano llevaba el título de gran duque. Estaba legislado por una Dieta y sus tres órdenes eran la nobleza, la burguesía y el pueblo. Karl Jaspers pertenecía por cuna, por pensamiento y por forma de vida al orden aristocrático, tanto que podría calificársele con justeza de -aristócrato nato-.

Después de sus estudios secundarios humanistas, pasó tres semestres en la Facultad de Derecho, y aunque a los diecisiete años leía ya frecuentemente a Espinosa, no pudo soportar la abstracción limitada a la vida pública que supone el Derecho y un buen día se matriculó en la Facultad de Medicina. He escrito -un buen día- porque creo que lo fue no sólo para él, sino para nosotros los psiquiatras. Según propia confesión -estaba descontento conmigo mismo y con el estado de la sociedad y las ficciones de la vida pública; ése era mi estado de ánimo fundamental-. Tuve ocasión de tratarle en los últimos años de su vida y su pensamiento mantenía un verdor



Karl Jaspers

inusitado. Otra frase suya muy característica era: «¿Qué hermoso, por el contrario, el otro mundo, el de la Naturaleza, el Arte, la Poesía, la Ciencia!» Si escribo estos conceptos con mayúscula no es por puro germanismo, sino por el énfasis, entusiasmo y amor que él mismo ponía al pronunciarlas.

Karl Jaspers se doctoró en el año 1909 en Medicina y hasta el 1913 permaneció como asistente voluntario en la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg. Cuando publicó su Psicopatología, el profesor Nissl, director de aquella clínica universitaria, no pudo habilitarlo como «Privat-Dozent» porque no había puestos libres. Consiguió que le ofrecieran una plaza en Munich con Kraepelin y en Breslau con Alzheimer. Y, sin embargo, Jaspers prefirió esperar en Heidelberg. Por aquella época su salud no era buena —tenía unas bronquiectasias con insuficiencia de corazón derecho— y le dieron una plaza para la enseñanza de la psicología en la Facultad de Filosofía de dicha ciudad. Windelbran acogió su colaboración al principio con ciertas suspicacias, pero muy pronto cambió hacia un gran entusiasmo.

Cuando Nissl dejó la Clínica de Heidelberg para pasar al Instituto de Investigaciones Psiquiátricas de Munich, le ofrecieron a Jaspers su puesto. Aquí se decidió el curso posterior de su vida científica porque, contra toda lógica y ante el asombro de quienes se lo ofrecían, declinó el llamamiento. La verdad es que no se sentía con

fuerzas físicas para cargar con el trabajo y la responsabilidad que supone dirigir una Clínica. Permaneció, pues, en la Facultad de Filosofía, de la cual fue nombrado profesor «ordinario» en el año 1920. En el año 1937 fue depuesto por los nacionalistas; repuesto en el año 1945 y en el año 1948 aceptó la cátedra que el ofreció la Universidad de Basilea, donde vivió hasta el fin de sus días. Su conocido libro *¿Es culpable Alemania?* es una buena muestra de la amargura que se había acumulado en el curso de los años y que le llevó a una forma de exilio.

La permanencia de Jaspers en una Clínica Psiquiátrica no duró, pues, más de cuatro años. Y, sin embargo, su huella psicopatológica ha sido muy profunda. Desde que abandonó la Clínica ya no publicó más trabajos psiquiátricos, como no fueran las excelentes patografías de Strindberg y Van Gogh, completadas con algunos comentarios sobre Swedenborg y Hölderlin. En su libro sobre Nietzsche se encuentra un capítulo sobre la enfermedad de este filósofo. Desde el fin de la Segunda Guerra Mundial han aparecido nuevas ediciones de la Psicopatología, no enriquecidas desde el punto de vista empírico y sobrecargadas desde el punto de vista filosófico.

La Clínica de Heidelberg en la época de Jaspers —y posteriormente por supuesto— fue un centro de gran actividad psiquiátrica. Nissl era anatomopatólogo más que clínico, pero poco a poco y con gran talento se fue embebiendo de los problemas clínicos y psicopatológicos. En dicha Clínica trabajaban entonces, además, Williams —más tarde su director—, Gruhle, Mayer-Gross, Ranke y algún otro más. Años más tarde, de esa Clínica salió el volumen sobre la «esquizofrenia» del *Handbuch der Psychiatrie*, de Bumke, uno de mis maestros, que sigue todavía en la actualidad y algo excepcional en la literatura psiquiátrica. A pesar de los muchos avances realizados, en ese libro se encuentran huellas considerables del pensamiento psicopatológico de Jaspers.

La psiquiatría estaba realizando, por aquella época, importantes esfuerzos para lograr su estatuto científico. En sus aspectos somáticos no tenía más que seguir las líneas de desarrollo del resto de la medicina como ciencia natural. Pero el tener que contar con los «síntomas psíquicos» complicaba en verdad el problema. Los psiquiatras entraban «a saco» en las diferentes psicopatologías que entonces estaban en boga. El resultado era caótico por la convivencia indiscriminada de métodos, observaciones y teorías.

«Los psiquiatras tienen que aprender a pensar», me dijo en cierta ocasión Jaspers. «Nunca me cansaba de repetirlo cuando tenía reuniones clínicas», añadía con cierta nostalgia, al menos me lo parecía a mí. Y ésta fue realmente su primera y principal tarea: *el esclarecimiento metodológico de la psicopatología*. Y me atrevería a decir que los diques del paisaje de su infancia fueron una impronta en su pensamiento durante el curso de su vida. El rigor, contención y mesura fueron constantes de su obra. Es más, los psiquiatras que siguen su ejemplo y la conocen muestran en sus trabajos un rigor en el pensar cada día menos frecuente en las publicaciones médi-

cas. «No hay huellas de Jaspers» es el peor de los comentarios que puede hacer, todavía hoy, de una publicación psiquiátrica.

Jaspers arrancó de dos frentes. Husserl empezó llamando a su fenomenología «psicología descriptiva». Después la desarrolló por el camino de la captación de las esencias (*Wesensschau*). En el primer sentido de «psicología descriptiva», Jaspers introdujo la fenomenología en la psicopatología. Se trataba de describir del modo más puro posible las vivencias del enfermo. Así se empezó a ver con claridad lo que el enfermo vivía cuando alucinaba, se enristecía, deliraba, etc. Por otra parte, Dilthey había contrapuesto a una «psicología descriptiva» una «psicología explicativa» (Creo que es la traducción más exacta del alemán, aunque se hayan dado otras). No se trata ya de la descripción pura de las vivencias aisladas, sino del análisis de su desencadenamiento genético, de los motivos y de las «relaciones de sentido» que las determinaban. Pues bien, a esta nueva dirección la llamó Jaspers «psicología comprensiva». (Freud había empezado, años antes, otro modo de psicología comprensiva con el nombre de psicoanálisis.) Los frutos de tal esclarecimiento metodológico no se hicieron esperar. En su trabajo sobre el «delirio de celos», contribución al problema del «desarrollo de una personalidad o proceso», planteó una cuestión que todavía agita la psicopatología actual. Naturalmente me refiero a los psiquiatras que de verdad se plantean así los problemas y que cada día son los menos para decoro de nuestro quehacer.

En aquel trabajo Jaspers describió magistralmente, con la minuciosidad que caracteriza a sus publicaciones, varios casos clínicos de delirio de celos. *El método biográfico entraba en la psiquiatría*. La anamnesis biográfica constituye uno de los pilares de la actual patología psicósomática, si bien desgraciadamente para muchos está limitada a lo que el psicoanálisis considera esencial en la biografía. Y limitar, aquí como en todo, es coartar la comprensión y la libertad de expresarla.

El principio para Jaspers era claro: *la enfermedad ha de considerarse siempre en relación con la biografía del enfermo*. Griesinger había establecido el dogma somatológico de «las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro». A este «dogma» contestó con este otro principio: «Las enfermedades del cerebro son enfermedades de la personalidad.» Y Jaspers permaneció fiel a este último, si bien exponiéndolo desde su punto de vista. Yo sería más ecléctico, como saben quienes han leído mis trabajos, pero no es el momento de exponer aquí mis ideas, sino las de Jaspers. Sobre la personalidad tienen mucho que decir las ciencias del espíritu y es necesario buscar en ellas lo que sea útil para la psicopatología. Las investigaciones metodológicas no tienen valor si no conducen a conocimientos fácticos.

Es curioso anotar que con frecuencia se ha reprochado a Jaspers la introducción de la filosofía en la psiquiatría. Cuando se habla del método fenomenológico en psiquiatría algunos se espantan, temiendo tener que penetrar en los arcanos de la más difícilmente descifrabable fi-

losofía. El propósito de Jaspers fue bien otro. El método tiene sólo valor si aporta conocimientos nuevos. La psicopatología tiene que permanecer en un plano empírico.

En la vida del hombre aparece una vivencia psíquica que llama la atención y le conduce al psiquiatra, por ejemplo una idea delirante. Entonces se le etiqueta de «enfermo». Como es natural el problema psicopatológico no acaba, sino que empieza precisamente ahí. ¿Tiene algo que ver esta idea con la vida anterior del enfermo? ¿Está, por así decirlo, prefigurada en los contenidos de sus vivencias anteriores? ¿Se halla motivada por algo de su pasado? ¿Tiene una relación de sentido con el resto de su vida psíquica? O, por el contrario, ¿es algo nuevo, insospechado, conociendo la vida y la personalidad del enfermo, algo que no tiene comprensión posible? En tal caso ¿cómo explicar la aparición de la idea delirante? Es más, ¿por qué aparece en ese determinado momento de su vida y no en otro?

Este dilema entre *comprensión y explicación* es fundamental en psicopatología y a su esclarecimiento ha contribuido Jaspers como ningún otro autor. La explicación supone relaciones causales. Por eso se dice que la explicación corresponde al mundo de los hechos físicos y la comprensión al mundo de los hechos psíquicos. Esta distinción no es cierta a mi modo de ver. *No hay ningún proceso real, sea de naturaleza física o psíquica, que no sea, en principio, accesible a una explicación causal. También los procesos psíquicos pueden tener una explicación causal.*

En cambio, *la comprensión tiene sus límites, aún en la vida psíquica normal*. Toda la subestructura de lo psíquico es incomprensible, tal como la existencia de disposiciones psíquicas dadas, la adquisición y la pérdida de la capacidad de recordar, las alteraciones que la vejez, por ejemplo, producen en la vida psíquica. O la que producen ciertos traumatismos de cualquier tipo que sean, etc. En los enfermos hemos de tener en cuenta una subestructura patológica. En la demencia senil, por ejemplo, la alteración de las neuronas es detectable anatomopatológicamente y más recientemente con nuevas exploraciones. En las enfermedades mentales que tienen una base somática, la comprensión de los síntomas pronto encuentra su límite. Entonces es necesario explicarlos acudiendo a las transformaciones que han ocurrido en el cerebro o en el resto del organismo. Los avances en la exploración que se han realizado en los últimos tiempos desde la electroencefalografía a la computarización son importantes y van a continuar, pero está fuera de lugar el ahondar más en ello aquí.

En este punto Griesinger tenía razón: «Las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro.» Aunque a pesar de los avances, sin embargo, aún quedan muchas cuestiones por dilucidar. Las lesiones que se encuentran en el cerebro enfermo *no explican por qué un determinado sujeto un parálitico general, por poner un ejemplo, cree en su delirio que tiene mucho dinero y qué otro se cree un gran político...*

El enriquecimiento que ha experimentado la psiquiatría clínica por la utilización de la metodología psicopatológica aparece con evidencia cuando se observa lo que ocurre, por ejemplo, en la esquizofrenia. En el esquizofrénico *hay una mutación de su vida psíquica*. No se trata de «variaciones» como en las neurosis. La percepción delirante, la sonoridad del pensamiento, la alucinación, son vivencias, hechos psíquicos «nuevos» que irrumpen en la vida del enfermo. No son «deformaciones» de la vida psíquica normal, sino «algo distinto». No se trata del desarrollo de una personalidad, sino de la inserción de un proceso, podríamos decir con lenguaje de Jaspers. El se limitó a la introducción de este concepto: «proceso psíquico». Pero al llegar al límite de la comprensión que es el proceso, hay que abandonar la investigación psicológica *comprensiva y saltar a la explicativa*. Hay que buscar causa, y si éstas no se conocen todavía, suponerlas. Lo cierto es que la enfermedad no siempre tiene comprensión genética posible. Años más tarde, K. Schneider lo formularía así, sagaz y brillantemente como le era habitual: «En el proceso se ha roto la continuidad de sentido de la vida psíquica.» *La continuidad supone una norma de desarrollo.*

Lo psicótico es «lo incomprendible», pero los límites de la comprensibilidad ¿dónde se sitúan? No son independientes de las coordenadas de tiempo y espacio en el cual vivimos. Lo incomprendible es lo que carece de sentido. Lo absurdo. Pero cada día comprendemos más, porque el absurdo es un ingrediente de la persona humana. En ella siempre existe un «reto indescifrable» que en cualquier momento puede emerger y dominar. *Lo importante no es la existencia del absurdo, sino que el absurdo domine la vida misma.* El sentido de la vida no está ya dado al nacer, sino que se hace día a día. Le amenaza siempre el absurdo. Y el secreto de la normalidad se halla en esa dialéctica como absurdo que nos amenaza.

Plantear el problema del delirio, de la alienación, de los trastornos mentales en general como dialéctica nos sitúa forzosamente ante una actitud terapéutica más activa, tanto desde el punto de vista somático como psíquico y social. La inercia y el nihilismo terapéutico anidan en la mente del psiquiatra que piensa que su misión consiste sólo en describir unos trastornos. Eso no es médico. Ni tal actitud es compatible con el espíritu del tiempo. De ahí la importancia de las tareas terapéuticas y de la psicofarmacología actual, que avanza continuamente por caminos de sólida investigación. La vivencia del tiempo del hombre actual tiene una especial fugacidad. Existe en él una inquietud por quemar las etapas. Los métodos de tratamiento lentos recuerdan los viajes en diligencia y estamos en la era espacial. Una serie de imperativos sociales exige brevedad y eficacia en los tratamientos. La llamada «psicoterapia breve» y las técnicas localizadas no son un capricho de los psicoterapeutas americanos, sino una exigencia de los tiempos nuevos.

Pero volvamos la médula del pensamiento psicopatológico de Jaspers, luego depurado y clínicamente aplicado por otros muchos autores. Y sobre todo a la médula

de sus diferencias con el psicoanálisis. En las primeras ediciones de su psicopatología general —hasta la tercera— Jaspers hacía alusiones diversas al psicoanálisis. Con todo respeto por la personalidad de Freud relativiza y limita la validez de sus hallazgos. «Sería bueno dejar en suspenso un juicio definitivo», dice en la tercera edición. Poco a poco, en publicaciones posteriores, muestra una actitud más agresiva hacia el psicoanálisis. Para Jaspers, el psicoanálisis pertenece a la misma clase de teorías que el marxismo y el racismo. Todas ellas se hallan infiltradas de cualidades destructoras porque anulan lo que hay de «valioso» en el hombre.

La posición de Jaspers se comprende conociendo sus postulados de partida. En el psicoanálisis no hay límites a la comprensión. Lo que no se comprende por la genética del plano consciente, se comprende por la genética del plano inconsciente. Pero según Jaspers, no se trata entonces de una comprensión psicológica, *sino de una explicación*. Se impurifican y mezclan los caminos metodológicos, «se confunde la comprensión del sentido con la explicación real». La idea de Jaspers del hombre es radicalmente distinta de la que tiene Freud. Según éste todo es comprensible o explicable en la conducta humana. Se puede de tal modo llegar a descifrar la génesis de cualquier acto. Que esto se realice o no en la práctica depende de varios factores, pero teóricamente es posible. *El psicoanálisis se mueve en un círculo cerrado de racionalizaciones.* Esa pretensión de la posibilidad de un conocimiento total del hombre es, para Jaspers, seudociencia. «El hombre es siempre más de lo que él sabe y puede saber sobre sí mismo.» O dice en otra ocasión: «El hombre como totalidad está más allá de cualquier objetividad aprehensible.» Y también: «Todo hombre enfermo es inagotable, como cualquier hombre.» Este principio es tan fundamental que Jaspers afirma que el médico sólo se comporta como tal cuando respeta lo que de humano hay en el enfermo. Es decir, *cuando toma en cuenta lo que de infinito hay en él.* No es que Jaspers niegue la acción de la psicoterapia. Es curioso anotar cómo, desde el principio de sus investigaciones psicológicas, empieza a delinearse una temática que luego ha de enriquecer su pensamiento filosófico.

El psicoterapeuta tiene que ayudar al enfermo a ser más transparente consigo mismo. Aparece aquí el tema de la «iluminación existencial». La relación médico-enfermo es una lucha por la claridad. En esto consiste la auténtica *comunicación*, otro de los grandes temas de Jaspers. Puesto que no hay una verdad «total», ésta sólo se encuentra en verdades diversas a lo largo de la historia. De ahí que la comunidad de los hombres no pueda constituirse por el conocimiento de una verdad única, sino por la comunicación. La tarea de la lógica filosófica consiste en convertir este medio en algo de lo que se pueda disponer. Así se estudian las condiciones de una voluntad de comunicación y las consecuencias de su ruptura. La comunicación supone el conocimiento de la razón por sí misma, es decir, de las formas y métodos del pensar. Pero para llegar a estos orígenes es necesario sobre-

pasar, trascender el pensamiento sobre los objetos y aún sobre el sujeto mismo. Lo que no es sujeto ni objeto, sino que comprende a ambos, es lo que Jaspers llama «das Umgreifende», es decir, «la Verdad es lo que nos une y el valor de la Verdad hay que medirlo en relación con la posibilidad de unión». La Verdad es siempre con mayúscula podríamos añadir en aras de la concisión.

Es lástima que Jaspers abandonase la clínica tan prematuramente. Posiblemente si el desarrollo posterior de su filosofía hubiera sido elaborado al lado de la realidad clínica, hubiese logrado una más honda transformación de la psicopatología y sobre todo por lo que tanto suspira la medicina actual: *una antropología médica*.

Jaspers era un tipo de personalidad curioso, tan original, tan altivo y tan profundo que apenas se le podía atisbar. Las críticas que hacía de los intentos de antropología médica de su tiempo (v. Gebattel, Strauss, V. Weiszacker, etc.) no eran menos agresivas que las que hacía contra el psicoanálisis. Cierto día le pregunté si había «algo en lo que nos pudiéramos apoyar, desde el punto de vista de la antropología, como es lógico. No llegamos a conclusión alguna y ahora me doy cuenta que no se puede llegar. En medio de su lírica filosofía había en él una aguda punta de agresividad y cierta distancia aristocrática y por ello también su comunicación en el plano filosófico tenía definidos límites en el plano humano. Los diques de su tierra natal de los que hablaba antes. También Jaspers sería un buen ejemplar de estudio conjuntando su obra, su temperamento y su enfermedad, si bien ésta no fuera psíquica como en sus biografiados, sino somática. Así se lo dije cierto anochecer en la campiña suiza donde transcurrían los últimos días de su vida. Y Jaspers me preguntó: «¿Está usted seguro que es algo somático?». La contestación no llegó a formularse tal vez porque ambos estábamos de acuerdo y quedó en el aire.

Las patografías que Jaspers escribió son muy interesantes. Este ha sido siempre un terreno muy difícil de cultivar, lleno de «amateurs» y de cazadores furtivos. Lo que dice Jaspers sobre Stridberg, Van Gogh y Hölderlin resulta apasionante. Con la excepción de Van Gogh, cuyo diagnóstico es inseguro, en los demás parece que se trataba de una esquizofrenia. ¿Qué tiene que ver la esquizofrenia con la cultura del tiempo?, se preguntaba Jaspers. Las obras de estos enfermos muestran un carácter específico. ¿Es el estilo esquizofrénico algo típico de nuestra época? Por lo menos ha pasado del término médico al lenguaje coloquial y alguna vez he citado que una periodista calificaba de «esquizofrénica» la economía de su país. La histeria fue una enfermedad característica de otros momentos históricos. Quizá estos enfermos nos muestran en sus obras ultimidades de nuestra existencia que de otra manera no serían visibles.

En las psicosis —en esa forma— trasparece un nihilismo absoluto. El nihilismo es, como síntoma psicótico, expresión de una situación límite. Esta situación límite del hombre aparece o se hace visible y se ilumina gracias a la enfermedad. La enfermedad es un medio, diríamos, que sirve para esclarecer una situación antropológica.



Karl Jaspers

Sin ella quizá esa situación-límite quedaría oculta, no revelada. La enfermedad revela a dónde conduce *el proceso de introspección, de conocimiento de sí mismo*, alza-primado en los tiempos nuevos. La enfermedad destruyó a Nietzsche, pero Nietzsche no hubiera sido el que fue sin su enfermedad.

¿Qué influencia ejerció Jaspers sobre la psicopatología actual? ¿Conocen los psiquiatras jóvenes la obra de Jaspers? La contestación es difícil. Tal vez podría apuntarse que no es de ellos la culpa si la ignoran porque existen otros caminos fáciles. Yo emplearía para señalar si Jaspers tiene hoy vigencia una fórmula paradójica: *la influencia es poca y es mucha*. En el año 1938 K. Schneider publicó un artículo en la revista *Nervenarzt* en el que conmemoraba el 25 aniversario de la publicación de la *Psicopatología General*. Es para mí un hecho significativo que se conmemorase un aniversario así. Sin embargo, el mismo K. Schneider decía en dicho artículo que desgraciadamente la influencia de Jaspers en la psicopatología había sido escasa. Decía que se limitaba a la Escuela de Heilderberg y a su propio círculo y que amplias zonas de la psiquiatría alemana habían permanecido impermeables al pensamiento de Jaspers.

Más tarde vinieron las traducciones a diversos idiomas. A mi modo de ver la influencia de las ideas de Jaspers transcurrió por vías filosóficas, al mismo tiempo que por las médicas o por otros caminos paralelos. El mismo camino de la comprensión introducido en la psicopatología tomó al propio tiempo otras vías o mejor aún cursó por caminos paralelos, como decía. La Escuela de Tubinga (Gaupp, Kretschmer y otros) dilató extraordinariamente la comprensión, sobre todo en el estudio de la paranoia. El psicoanálisis iba por otro camino y al ser más llano facilitó su difusión. Finalmente la aparición de la

analítica existencial han tenido varias formas. Su repercusión en la psiquiatría (Binswanger, Storch, Zutt y tantos otros, por no citar más que a los cimeros) ha sido considerable. En todas estas direcciones el camino de la comprensión no tiene límites. Donde en buena metodología de psicología comprensiva se debía detener, *prosigue como interpretación comprensiva...*

Por otra parte, la lectura del libro de Jaspers supone un inmenso esfuerzo para el psiquiatra, que cuenta sólo con la formación científico-natural de los médicos. Este esfuerzo es mayor a partir de la cuarta edición, considerablemente enriquecida desde el punto de vista filosófico. Podríamos decir que con el transcurrir de su vida, el pensamiento de Jaspers se «filosofiza», si se me permite la expresión.

Fuera de Alemania, Jaspers —uno de los científicos e intelectuales más agitados de los años de la última posguerra— no ha conseguido que su traducción se haya vertido más que al español y mucho más tarde al japonés. Los franceses publicaron en 1973 una traducción de la tercera edición que pasó sin pena ni gloria y hubieron de transcurrir cuarenta y cinco años hasta publicar una nueva traducción. Por tanto durante muchos años el pensamiento de Jaspers es ignorado en el mundo anglosajón y muy poco conocido en el mundo de habla francesa. La realidad es que ha ejercido más influencia en el área del idioma español que en los antedichos, aunque antes de su traducción. Me consta que algún autor francés conoció a Jaspers a través de su traducción al español. Sólo recientemente han aparecido varias traducciones al inglés y ello debido a editoriales alemanas que están radicadas también en los Estados Unidos.

La psiquiatría, repetimos, se halla en un momento crítico de su desarrollo. La influencia del espíritu del tiempo, por emplear una expresión eficaz, ha determinado, sobre todo en los Estados Unidos, una prevalencia de lo que ha llamado y se llama «psicología dinámica» o psicoanálisis. Para un pueblo práctico y empírico ¿qué valor puede tener la descripción de los fenómenos! Lo que importa es actuar sobre ellos.

La psicología dinámica de raíz psicoanalítica ofrece esa posibilidad de acción. Así se han llegado a formular programas pedagógicos para la higiene mental y por tanto para evitar la aparición de enfermedades tales como la esquizofrenia. Me atrevería a decir que es una mística de la formación de la personalidad, como el marxismo es una mística del mejoramiento social.

En medio de estas mareas poderosas, Jaspers permanecía esgrimiendo la «creencia filosófica» para salvar al mundo. La filosofía no fue para él una ciencia —como conjunto de conocimientos científicos—, sino *algo más*. Cuando el mundo se halla amenazado por tantos peligros, Jaspers propone la salvación mediante la «Vernunft». Parece que un mundo tan azacorado como el nuestro está para pocas filosofías. Lo que nos ocurre a los psiquiatras. Lo malo es que en el apresuramiento por la acción y la eficacia se olvida uno de la realidad misma. Esto ocurre en psiquiatría, donde la dinámica de la vida

psíquica olvida con harta frecuencia lo que es «enfermo-hombre enfermos de la mente». Todo lo demás es ganga.

Repito que la influencia de la psicopatología de Jaspers ha sido, pues, escasa mirada desde el momento histórico, pero profunda en algunos círculos y a través de ellos, como por ósmosis, va penetrando en los demás. Claro es que unos puntos de vista expuestos en el año 1913, aunque reelaborados de nuevo más tarde, no pueden pretender hoy tener la misma vigencia que entonces. Pero la verdad es siempre la misma. Un grano de verdad había en esos puntos de vista y esto no puede olvidarse. Un grano que fructificó y que sigue dando frutos. Fue un buen punto de partida y siguen como siempre manando nuevos puntos de vista y enriqueciendo a la psicopatología actual.

Para mí es curioso que Jaspers —el filósofo de la libertad— se limitase a este plano de la comprensión y de la explicación en la psicopatología, cuando el hecho más decisivo no es la incomprendibilidad del psicótico, *sino su misma aparición cercenando la libertad del enfermo*. «La enfermedad tiene que ver con la Verdad», decía Viktor von Weiszaecker. Yo añadiría que más que con la verdad tiene que ver con la libertad, con esa libertad que tiene el hombre normal de disponer de sí mismo.

Unas consideraciones finales servirán para poner al día el pensamiento de Karl Jaspers con motivo de su Centenario. Su psicopatología se halla influida por el pensamiento de Kant, Dilthey, Husserl, Max Weber, Nietzsche y otros, pero él procuró separarse de todo sistema filosófico para permanecer siempre adherido a la «presencia visible de los fenómenos psíquicos». Antes señalábamos la contrapartida con Freud. Este recordó al hombre que tenía instintos y además que le dominan. Jaspers señaló que tiene espíritu y por eso fue la gran ocasión fallida de la psiquiatría contemporánea. Como rama de la medicina, la psiquiatría se propone diagnosticar y curar a los enfermos, pero según Jaspers además *ha de comprender al hombre enfermo de la mente*. Cuando esto ocurre se libera de la tentación de calificar de morboso todo producto de la mente enferma. Sabrá separar el valor de lo creado, de las causas que intervinieron en la creación y se dará cuenta de cómo la enfermedad —no sólo interrumpe y destruye, sino que es condición de determinados rendimientos—.

Quando se conozcan bien las diferencias entre la estimación de los valores y las explicaciones causales se podrán analizar las coincidencias temporales entre los mismos. Comprendemos actualmente la esquizofrenia hasta un cierto punto en sus referencias instintivas. Sólo lograremos la comprensión completa de ese gran enigma cuando hayamos ganado una visión clara de sus relaciones con el espíritu (Binswanger).

La fenomenología tiene por objeto el estudio de los estados de la psique tal y como los experimentan los enfermos. Trata de presentarlos ante nosotros de una *for-*

ma concreta y de considerar sus relaciones de parentesco. Intenta delimitarlos con la máxima precisión posible y de distinguirlos y nombrarlos con términos fijos. Los subrayados muestran la necesidad de describir con rigor unos síntomas que por su misma esencia nos son ajenos. No podemos jamás percibir directamente el estado mental de los demás, como percibimos su estado físico y cuando enumeramos una serie de signos exteriores del estado de la psique o las condiciones en las cuales aparece ese estado, *no elaboramos más que una representación, una interpretación, una contemplación intuitiva o una «comprensión» en el sentido de Jaspers.*

Las diferencias entre «comprensión» y «explicación» las tomó Jaspers, sobre todo de Dilthey, para quien la vivencia de la realidad exterior se descompone en dos grandes grupos: el del «tú» y el del «ello». El «tú» es una realidad exterior que señala la existencia de un interior en ella misma y como tal tiene que ser *comprendida*. El «ello», por el contrario, es un mundo exterior que no se muestra como la expresión comprensible de un interior. El «ello» no es comprendido, *sino percibido*. Sobre esta diferencia se basa la distinción entre ciencias de la naturaleza y ciencias del espíritu.

Alguna vez he señalado que en la comprensión se esconden dos series de fenómenos distintos, cuya confusión ha dado lugar a ciertos errores en psicopatología. En las ciencias de la naturaleza privan las relaciones causales y en las ciencias del espíritu las relaciones de sentido. En la comprensión nos hallamos exclusivamente con estas últimas. Pero, por otra parte existe un medio de comprender el mundo psicológico ajeno que consiste en la posibilidad que observamos en nosotros mismos de revivirlo, de sentirlo como experiencia interna análoga a lo que acaece en otro ser. A ello recurre con frecuencia el psiquiatra. Cuando estamos frente a un acto anormal tratamos de ver si en nuestro propio psiquismo existe la capacidad de realizarlo o si es algo que no puede ser producido como acto derivado de la propia experiencia interna del observador. Es lo que se ha llamado «explicación por motivos», en contraposición a la «explicación por causa» de las leyes naturales.

Se habla de fenómeno inexplicable e incomprensible en la producción psicótica. El delirio del esquizofrénico o el de la paranoia pertenecería a este tipo. Llama la atención el que algunos autores consideren comprensibles

las formaciones delirantes de los paranoicos. En este caso falla la aplicación del criterio de comprensible e incomprensible para el reconocimiento de la paranoia como un proceso, es decir, como una forma de esquizofrenia. Los criterios no son unánimes.

La confusión proviene, a mi modo de ver, de no haber visto con nitidez la distinción entre los modos de comprender. Realmente una psicosis puede ser comprensible, en cuanto todo sistema delirante tenga una conexión de sentido y no existan roturas abruptas entre unas piezas y otras. Según Dilthey la condición de la comprensión mutua radica en que en ninguna manifestación de la vida individual ajena puede presentarse nada que no esté contenido en la propia vida que comprende. En todas las individualidades existen las mismas funciones y componentes y sólo por el grado de su fuerza se diferencian los distintos seres humanos.

De todas formas la expresión «comprender por motivos» disuelve unas dificultades y crea otras. La depresión endógena ¿es comprensible o no lo es? Si nos atenemos a las ideas de K. Schneider realmente no debería serlo. Se trata de una forma de tristeza que no existe en el hombre normal. Hay un abismo tajante entre la depresión endógena y cualquier otro tipo de reacciones depresivas. El tránsito entre psicosis y psicopatías no aparece y mucho menos el paso al psiquismo normal.

A mi modo de ver no debe ser así. La tristeza vital del melancólico es más acentuada que la del sujeto normal. En éste se presentan, por regla general, tristezas reactivas, pero ello no impide la presentación de distimias vitales. Remito al lector a otras publicaciones en las que he tratado cumplidamente este tema.

Volviendo a Jaspers, y para terminar, una pregunta clave: ¿Qué es la vida psíquica? ¿Es penetrable o no penetrable? He escogido este término para trasladar las expresiones «*einfühlbaren und nicht einfühlbaren Seelenleben*», que es la habitual en los franceses. Pero nótese que igual hubiera podido decir «contactable» o «no contactable» u otras expresiones análogas. En la penetrabilidad o impenetrabilidad de una vida psíquica nos topamos con los siguientes modos fenomenológicos: el de los contactos, el de la participación (en una pena o en una alegría), en el sonido («no me dice nada», «no encuentra eco en mí»), en el del calor («calor íntimo» o «se funde uno con el otro»), el de la identificación («en tu lugar hubiera obrado así»), etc.

La idea del hombre en la biología moderna

JUAN J. LOPEZ IBOR



Juan J. López Ibor.

La imagen biológica del hombre que heredamos del siglo XIX es la bien conocida del darwinismo: el hombre se halla en la cúspide de la escala zoológica y debe su origen a una diferenciación progresiva de las especies. Son curiosas las aproximaciones entre el darwinismo y el dogma católico; pero no es éste el momento de examinarlas, sino que el planteamiento del problema debe hacerse de un modo más radical y primario. En el plano puramente biológico, ¿se puede concebir al hombre como *gradualmente* diferente de los monos? ¿Hay una progresión o un salto? (1).

(1) La última encíclica del Papa (*Humani generis*) revela su preocupación por algunas aproximaciones de pensadores católicos a doctrinas inconciliables en el fondo con la de la Iglesia. Una zona peligrosa se halla, evidentemente, representada por las tesis darwinistas. Como tantas otras veces, la investigación posterior ha demostrado que la crítica del darwinismo podía hacerse desde la biología misma y que una aceptación

La idea darwiniana de la biología corresponde a la idea de la física que instauró Boltzmann. Schrödinger ha aproximado recientemente ambas concepciones. Boltzmann dijo en 1886 que su siglo no sería el del vapor y de la electricidad, del telégrafo y teléfono, sino el siglo de Darwin. Las especies se originan, según Darwin, por la selección natural; un cierto número muere; otras, en cambio, más perfectas, van superviviendo. Una línea continua, evolutiva, uniría las especies animales desde sus formas inferiores a las superiores y llegado a éstas, ¿por qué no evolucionar hasta el hombre? No vamos a repetir aquí la multitud de argumentos esgrimidos contra esta tesis de la continuidad evolutiva. Von Uexküll dijo, en cierta ocasión, que el darwinismo había retrasado en cincuenta años el progreso de la biología moderna. Lo cierto es que la aparición de la herencia mendeliana, los descubrimientos paleontológicos recientes y tantos otros hechos han dejado desmantelado el darwinismo puro. Cada animal, dice Uexküll, se halla perfectamente adaptado a su medio. La selección, en los animales, no puede significar un ascenso en la gradación de los medios. Frente a la continuidad evolutiva se levanta la tesis de la discontinuidad. La física cuántica es la física de la discontinuidad y la biología moderna es también la *biología de la discontinuidad*. La mutación genética es una forma patente de discontinuidad.

El pensamiento biológico del siglo XIX está impregnado de la idea de la utilidad. Todo lo que existe en nuestro organismo tiene un fin casi podríamos decir económico. Sin embargo, el pensamiento posterior empieza de nuevo a descubrir que en las formas orgánicas no hay sólo utilidad, sino también *sentido estético*. Radl, en su conocida y excelente historia de las doctrinas biológicas,

prematura del mismo no estaba justificada. La misión del pensador católico es la de batirse en el *frente mismo* del avance científico, ya que tiene la retaguardia bien cubierta. Batirse en el frente no quiere decir negar, *a priori*, el valor de todo nuevo descubrimiento, sino avanzar más a partir de él, sobre todo cuando parezca que está en contradicción con el cuerpo de su doctrina. La contradicción debe disolverse en el progreso de los conocimientos, no en el retroceso ni en la inmovilidad de la inercia.

expresa la esperanza de que en el futuro será posible constituir una especie de estética objetiva que estudie las leyes de las formas, colores y dibujos de los insectos. Habla de la *hipertelia* en la naturaleza, con cuyo nombre comprende aquellas manifestaciones que no pueden, de ninguna manera, ser atribuidas al principio de utilidad. Brunner también expresa el mismo pensamiento referido a los animales inferiores. «Si se propone a una Academia de Ciencias—decía— construir el mundo orgánico, no dudo de que logrará producir un número considerable de formas, pero habrá otras muchas que no pasaría por su mente el conseguirlas, porque no tendría en cuenta la ley de la profusión de las *formas sin utilidad* que rige en la naturaleza.» Scheler también habla del principio regulador de la fantasía en la vida de los animales y de las plantas.

Kohnstamm distinguía en las manifestaciones vitales los dos polos de la *finalidad* y de la *expresión*. Útil es todo aquello que garantiza la existencia del organismo. No es útil todo lo que tiene un valor expresivo. La actividad utilitaria culmina en la perfección técnica; la actividad expresiva, en la belleza. La actividad expresiva sólo puede ser calificada de útil en un sentido superior en tanto sirva de descarga a una emoción y llene una función social. De la actitud expresiva traducida en palabras, en colores o en sonidos, deriva el arte, cuyo principio fundamental, para ser genuino, ha de ser el de su improductividad; pero, en cambio, ejerce una acción preceptiva y plasmadora de la personalidad humana.

• • •

El pensamiento biológico actual se levanta contra las limitaciones que le impone el principio de utilidad en la vida de los seres, así como el de la evolución continua y progresiva de unas formas a otras. Estos nuevos puntos de vista adquieren singular relieve al referirlos al hombre.

Scheler se planteó el problema de la siguiente manera: ¿El hombre, como organización biológica, tiene todavía un futuro o está ya, orgánicamente, acabado? Aun en el caso de su finalidad orgánica, le quedaría todavía un futuro espiritual; pero ahora debemos referirnos a la primera cuestión. «Personalmente —dice Scheler—, estoy convencido de que el hombre como organismo está acabado en lo esencial; más aún: que entre los seres orgánicos es el más fijado de los tipos.» «Hablar de un superhombre orgánico pareceme una fantasía.»

Los fundamentos biológicos en los que se apoya esta convicción son los siguientes: a medida que en la escala de los seres se pasa a grados superiores de evolución decrecen las posibilidades de desarrollo. Dentro de los tejidos, el nervioso es el menos capaz de restituirse, precisamente porque es el más diferenciado. De la misma manera, dentro de la escala zoológica, el hombre es el menos capaz de desarrollo. Para Scheler, la especie humana ha alcanzado ya de tal modo el declive de la curva evolutiva, que la considera próxima a la muerte.

Una evolución de la estructura biológica del ser humano habría que concebirla como una herencia de las cualidades adquiridas, y esto no es posible. En el hombre lo adquirido se transmite sólo como bien espiritual mediante la tradición. El superhombre, pues, no puede, de ninguna manera, pensarse como sustentado en una base biológica. ¿Qué creía que el agrandamiento del cráneo en su parte anterior debería habilitar espacio para la progresión de ciertas facultades mágicas propias del hombre antediluviano, que se unirían, en el hombre futuro, a un desarrollo del entendimiento. Scheler asimila esta concepción a la de Bergson cuando postula la síntesis del intelecto y del instinto como forma superior de vida humana.

En los últimos tiempos se ha insistido mucho en la organización graduada o estratificada del hombre, pretendiendo resolver de esta manera su enigma biológico. Scheler ha basado sobre esta idea toda su antropología, fragmentaria por lo demás, puesto que nunca llegó a darle su forma definitiva; también Nicolai Hartmann establece este principio de la gradación como fundamento de la interpretación ontológica del ser (2).

En un grado inferior se coloca el *impulso afectivo*, característico de la planta; en él no existe sino una dirección no específica o una huida también indeterminada. El impulso, aun en esta forma elemental, no está presente en los cuerpos inorgánicos. Las plantas poseen ese primer grado de la evolución psíquica, según Scheler, que supone el impulso afectivo. Las direcciones fundamentales del mismo son hacia arriba y abajo, o sea, hacia la luz y la tierra. El impulso tiene un cierto carácter general y selectivo; por ejemplo, la planta reacciona a los rayos luminosos según su intensidad, pero no de modo diferente a los colores y a las direcciones. No existen en la planta ninguna clase de órganos sensoriales, como pretendía Haberland, y los movimientos atribuidos a las mismas no son más que movimientos generales de crecimiento.

La planta se halla poseída por una dirección del impulso sólo hacia afuera y sin efectos retroactivos o reflexivos como el animal. No existe en la planta un *centro*, como existe en la vida animal. Su existencia se reduce a la nutrición, al crecimiento, a la reproducción y a la muerte. Puede existir ya el fenómeno primordial de la expresión delatado en las apariencias de marchitez, lozanía, exuberancia o pobreza, que distinguimos en ella; pero la expresión no tiene un *carácter de notificación*, como en los animales o en el hombre.

En el hombre existe ese primer grado vital, que es el *impulso afectivo*. La sensación más simple es siempre manifestación de una especie de versión impulsiva, nunca una mera consecuencia del estímulo. Este impulso difuso y primordial representa la unidad de todos los instintos y afectos del hombre. El mundo exterior se levanta como una resistencia frente a esa impulsividad difusa, engendrando de esa manera la impresión de la existen-

(2) Véase una exposición más amplia de este punto en mi libro *La angustia vital*, cap. V, Madrid, Ed. Paz Montalvo, 1950.

cia de la realidad, anteriormente a la aparición de las funciones representativas. El sistema nervioso vegetativo representa la vegetalidad existente en el hombre.

La segunda forma típica y esencial que representa un grado superior de ella es el *instinto*. El instinto se manifiesta en la conducta a través de las siguientes notas: ésta ha de tener un sentido, es decir, ha de perseguir un fin, ser teleocina. En segundo término, ha de cursar con un cierto *ritmo*. Los movimientos adquiridos en el curso de la vida, por ejemplo, los sometidos al principio del ensayo y error, aunque tengan un sentido, no poseen un ritmo. El sentido de la conducta ha de descubrirse unas veces en relación con las circunstancias presentes que rodean al ser y otras con las futuras. El preparar un libro es una conducta instintiva proyectada sobre el futuro. Un tercer carácter esencial de la conducta instintiva consiste en su importancia para la vida de la especie. El instinto es, en sus rasgos fundamentales, innato y hereditario, lo cual no quiere decir que la conducta instintiva entre en juego inmediatamente después de nacer. El instinto no está sujeto a la ley del ensayo y error, y por ello se halla dispuesto para funcionar inmediatamente, en cuanto surge. Su primera manifestación es ya exacta y adecuada. Puede especializarse por obra de aprendizaje, como los animales cazadores, pero la especialización supone una perfección mínima en relación con la perfección primordial.

La conducta instintiva no es un trasunto automático de la conducta inteligente. La conducta instintiva trata de realizarse con plenitud de sentido, y la inteligencia, por el contrario, intenta devolver artificialmente su sentido al automatismo despojado de él. Existe una evolución correlativa de la individualización del ser vivo y de su emancipación con respecto a la especie. El proceso básico de la evolución vital es, para Scheler, disociación creadora, no asociación o síntesis de trozos sueltos. Lo que en el instinto es rígido, en la inteligencia es móvil e individualizado. La conducta instintiva es el resultado de la unidad de presencia y de la acción, es decir, en ella todo lo que se sabe se halla presente desde el primer momento en el que se actúa. En cambio, en la conducta inteligente *el saber se separa de la acción*.

La tercera forma psíquica es la *memoria asociativa*, que falta en las plantas y aparece en aquellos seres vivos cuya conducta se modifica lentamente. Es decir, en rigurosa dependencia con el número de pruebas o ensayos realizados se elige precisamente aquellos que tuvieron éxito, y de este modo el animal adquiere hábito y se adiestra. La base de la memoria es el reflejo condicionado de Pavlov. La ley de las asociaciones tiene el mismo valor que el reflejo condicionado en el plano biológico. Tanto una como otra no enlazan rigurosamente sus miembros, hasta tal punto que resulta probable que todas las leyes de asociación sean leyes estadísticas. Sólo en la vejez se van logrando enlaces de representaciones cada vez más próximas al modelo de la «asociación». En la vejez, el hombre va tornándose esclavo del hábito. La percepción simple de los hechos, sin percusión de la

fantasía, es una fase tardía de la evolución psíquica, y lo mismo ocurre con la vida de las asociaciones.

El principio de la memoria existe en todos los animales, y especialmente en aquellos que tienen una organización de tipo más plástico, con posibilidad de combinación entre los movimientos parciales, es decir, en los mamíferos y vertebrados en general. Se enlaza con el principio de la *imitación* de los movimientos y de las acciones. La imitación supone siempre una repetición y ambas una especie de *tradición biológica* que no hay que confundir con la tradición peculiar del hombre, basada en el recuerdo consciente y libre de las fuentes y de los documentos. El principio de asociación presenta, con respecto a la inteligencia técnica, una norma rígida; pero, en cambio, con respecto al instinto es un instrumento de liberación.

La cuarta forma esencial de la vida psíquica está constituida por la *inteligencia práctica*. Los caracteres de la conducta inteligente son los siguientes: Tiene un cierto sentido, es decir, busca un fin determinado. Sin derivar de ensayos previos, responde siempre a una nueva situación para el individuo y para la especie y aparece de una *manera repentina*, independientemente del número de ensayos que se han hecho para hallar la solución del problema. Por tanto, la conducta inteligente va acompañada de una cierta *sensación de evidencia* de que existe una relación objetiva entre uno o más miembros del mundo externo. La experiencia sirve para crear las bases de estas relaciones; pero en el hallazgo de las soluciones inteligentes existe siempre una anticipación de un hecho nuevo. Es, pues, una verdadera creación.

El problema de la inteligencia quedó planteado por las experiencias que realizó Köhler con chimpancés en la estación de Tenerife. Después se han realizado otras muchas que han confirmado los resultados de Köhler; pero sobre el significado y la interpretación de estos experimentos se han alzado cuantiosas discusiones. Köhler ha tratado de demostrar que en los animales existen acciones inteligentes. Según la doctrina antigua, los animales no poseían más que memoria e instinto y la inteligencia era, por consiguiente, un monopolio característico del hombre. La nota distintiva de la acción inteligente en estas experiencias es que se realiza *mediante un rodeo*, a diferencia de la acción instintiva, que va directamente lanzada al fin como una flecha al blanco. El mono de Köhler es capaz de ensamblar varios trozos de bastón para formar uno más largo o de soltar el cabo de un hilo que pende de una polea y en cuyo otro extremo está la fruta codiciada. La acción instintiva le llevaría directamente a ella, pero la acción inteligente le permite hacer como una especie de abstracción relativa de lo que le rodea. Los palos, por ejemplo, o los cajones que apila unos sobre otros, adquieren un cierto carácter *instrumental* y crean una relación dinámica en la situación. El animal posee una potencia selectiva y no es un simple mecanismo de impulsos. De lo que carece es de la facultad de *preferir* los valores elevados y de *prescindir* de los bienes concretos y singulares.

El problema de la inteligencia se halla planteado, en otra forma, por los llamados «cerebros gigantes». Máquinas de calcular de capacidad asombrosa, que pueden realizar en breves momentos el trabajo de varios equipos de hombres. Problemas complicados, tortugas que se mueven con autonomía aparente, como Elmer y Elsa de Grey Walker; sistema electrónico de Ashby, que parece también gozar de una cierta dirección funcional, etc., todo este conjunto maravilloso nos induce a pensar si la inteligencia será, en definitiva, capaz de ser sustituida por un artefacto de esta naturaleza, por complicado que sea. Téngase en cuenta que las anteriores maravillas son sólo el comienzo de la serie, y que la cibernética es, todavía, ciencia en embrión.

Sin embargo, el problema se aclara cuando tenemos en cuenta el carácter instrumental de muchos actos que calificamos de inteligentes. Desde el punto de vista neurológico, existen una serie de funciones que tienen ese puro carácter instrumental. ¿Cómo podemos, pues, extrañar que se puedan construir *instrumentos* que realicen aquellas funciones? Pero el instrumento o la máquina no resuelve más que lo que se le plantea. No elabora más que los datos que se le dan. Combina con rapidez extrema, y para sus combinaciones es capaz de retener datos parciales; pero no extrae de una realidad nuevos datos. Es el hombre el que ha proyectado el trabajo de la máquina —y la máquina misma—. El problema de la inteligencia es mucho más complejo. En todo caso, la inteligencia humana es siempre creadora, es decir, no sólo resuelve problemas, sino que los crea. Previa a la combinación de datos se halla el aislamiento de los mismos de una situación dada, su jerarquización y tantas otras actividades más (3).

* * *

La cuestión decisiva es, pues, la siguiente: ¿Existe sólo una diferencia de grado entre el hombre y el animal? ¿O existe, por el contrario, una diferencia esencial? En este último caso la diferencia esencial habría de asentar en un principio distinto de la inteligencia, puesto que aquella se encuentra en su forma germinal entre los animales. Scheler sostiene que la esencia del hombre y lo que define su puesto en el cosmos está muy por encima de la inteligencia y de la facultad de elegir. El nuevo principio que convierte al ser vivo en hombre es ajeno a la vida en sentido amplio; incluso es algo que se opone a la vida misma. Los griegos sostuvieron la existencia de tal principio y le llamaron razón; pero este vocablo no lo define bien, puesto que junto al pensar racional existe la intuición y determinadas clases de actos emocionales y volitivos. *El nuevo principio es el espíritu*, y la persona se halla constituida por el centro activo en que el espíritu se manifiesta dentro de las esferas del ser finito.

(3) No examino aquí totalmente los problemas fundamentales de la cibernética, a los que dedicaré un trabajo próximo.

El ser espiritual se caracteriza por su *independencia, libertad y autonomía* frente a los lazos y a la presión de lo orgánico. El hombre, como tal, abierto al mundo, se siente libre frente a él. Los centros de resistencia del mundo se convierten en objetos que trata de conocer. El espíritu es, pues, objetividad y su presencia supone la división de la realidad en una realidad interna o subjetiva y otra externa u objetiva.

La conducta del animal se halla siempre dominada por su fisiología y contenida dentro de los límites de la misma. La conducta del hombre se elabora prescindiendo de los impulsos y actuando libremente frente a ellos. El animal no puede alejarse del mundo, sino que lo vive inmerso en él; el hombre trata de distanciarse del mundo y de someterlo a un proceso de sustantivación. La objetividad es la categoría lógica del espíritu.

El animal tiene una cierta forma de conciencia, a diferencia de la planta; pero lo que no tiene es *conciencia de sí mismo*, no se posee a sí mismo, no es dueño de sí. Estas son características privativas del hombre, y a ellas se debe su capacidad para transformar el medio externo y cósmico en mundo humano y de convertir en objeto de examen su propia constitución psíquica.

El animal no tiene una voluntad que actúe de una manera persistente, por encima de los cambios de los impulsos. La voluntad en el hombre tiene esta potencia, y por eso el hombre, en frase de Nietzsche, es «el animal que puede prometer».

La fórmula que define, para Scheler la esencia del hombre es la siguiente: *El hombre es el ser vivo que puede adoptar una conducta ascética frente a la vida*. Es el ser que sabe decir que no, «es el eterno Fausto, la *bestia cupidissima rerum novarum*, nunca satisfecha con la realidad circundante, siempre ávida de romper los límites de su ser, ahora, aquí, de este modo, de su medio y de su propia realidad actual».

* * *

La concepción del hombre, como la resultante de una pirámide que se va constituyendo por fragmentos, en cuya base está la vegetabilidad y en la cúspide el espíritu, carece, sin duda alguna, de valor absoluto. Las diferencias entre el hombre y el animal no se realizan sólo porque en aquél se pose un nuevo principio, que es el espíritu, sino que la presencia del mismo supone *un cambio total en la estructura del ser* sobre el cual asienta. El estilo del ser se halla metamorfoseado y sus acciones todas, desde las que dependen de la pura regulación vegetativa hasta las inteligentes, pasando por las instintivas y rememorativas, poseen todas el sello del espíritu. Es un hecho simple de observación para quien quiera examinar ingenuamente y sin prevenciones las manifestaciones de la vida humana comparativamente con las del animal; por otra parte, no tiene por qué sorprendernos, ya que la escolástica habla de la unión *sustancial entre el alma y el cuerpo*, y si la palabra sustancial tiene algún sentido, es éste: *el cuerpo unido sustancialmente*

con el alma humana ya es, en el conjunto y en sus detalles, un cuerpo distinto, metamorfoseado. El estilo del hombre ha de ser, pues, total y absolutamente distinto del de los animales.

Las investigaciones biológicas más recientes demuestran que las conductas animales deben examinarse a la luz de un principio distinto que el de la sistemática biológica. Buytendijk dice que la tesis darwinista de que la capacidad de aprendizaje de los vertebrados va paralela con el lugar que ocupan en la escala zoológica, alcanzando en el hombre su punto más elevado, se halla en contradicción con los hechos. Los animales de presa tienen las mismas características generales, ya sean insectos, cangrejos, pájaros o mamíferos. Las categorías a establecer entre los animales están determinadas por su conducta y no por su lugar en la escala zoológica; habría que distinguir entre animales los arborícolas, por ejemplo, como los monos, los papagayos y las ardillas, que tienen entre sí iguales hábitos y muestran el mismo desarrollo en su capacidad de aprendizaje.

Las ardillas encuentran las nueces, según datos rememorativos ópticos, y esta cualidad, lo mismo que la consecución de un fin por medio de un rodeo, es la que hemos visto que Köhler designa como característica de la conducta inteligente de los monos. Muchas distinciones habría que hacer con respecto a la utilización de la expresión «conducta inteligente» referida a los animales. El paguro muestra, según Buytendijk, una conducta notablemente inteligente cuando devora una almeja, valiéndose de sus pinzas para rebañarle. Con una de sus pinzas prende fuertemente alguna de las fibras musculares que quedan y con la otra las sujeta por el borde, tirando fuertemente de la primera hasta abrirla e incluso volverla. El citado autor no cree que la mirada inteligente, la vivencia del ¡ah! abarcadora de una situación que se observa en los monos en el momento de ver la solución del problema, sea exclusiva de ellos, sino que la presentan otros animales.

Por otro lado, las gradaciones establecidas entre instintos, hábitos e inteligencia no son tan marcados como quiere Scheler; las larvas del *lasiocampa quercus*, que viven sobre las hojas de encina, se adaptan a las de pino, hasta tal punto que la segunda generación rechaza las encinas. En este ejemplo la distinción entre instinto y hábito no se podría establecer con claridad. Los libros de Fabre muestran numerosas observaciones en las que la distinción entre instinto e inteligencia sería también difícil de establecer. Algunas abejas, por ejemplo, son capaces de completar panales de otras o de rechazarlos como irreparables.

El hombre no se halla constituido por una superposición de estratos, sino que todos ellos se hallan conformados por la presencia del espíritu. Nada más evidente para demostrarlo que las características de la vida instintiva humana. El hambre, como instinto primordial, es algo esencialmente distinto en el hombre que en los animales. El animal se dispara con una cierta regularidad hacia su presa; habrá variantes en la línea de tiro, pero

moderadas. En todo caso, siempre conservará esta forma de tensión hacia la satisfacción del instinto. En el hombre no ocurre así. El hombre somete su apetito a una serie de regulaciones que no proceden del instinto. El psicoanálisis fracasa al considerar la conducta humana como conjunto de sus manifestaciones instintivas, ya sean puras o sublimadas. El hombre ha sabido sumergir el apetito en la convivencia social (el «gape»), en la estética de la línea o en la estética de la cocina. Ha creado para la satisfacción del hambre nuevos campos de acción o de inhibición. Un instinto que parece tan primario se muestra fecundísimo en variantes; de lo contrario, la uniformidad de la cocina humana sería atormentadora. El hecho de que exista una historia del arte de cocinar demuestra la historicidad del hambre. Su biología se halla, como todo en el ser humano, transida de historia.

Y lo mismo ocurre con el instinto sexual. La erótica es ya una humanización del instinto animal. Las desviaciones y las enfermedades de la sexualidad humana existen no tanto por «sexualidad» cuanto por «humanas».

Bolk formuló hace unos años una teoría sobre el origen del hombre, extraordinariamente original y sorprendente. Reconoce de plano la diferencia entre el hombre y los monos antropoides, pero señala que todas las consideraciones que se hagan sobre el problema deben partir del hombre y no del mono y deben responder a estas dos preguntas: ¿qué hay de esencial en el hombre como organismo? y ¿qué hay de esencial en el hombre como forma?

En la contestación a estas dos preguntas conviene distinguir siempre los caracteres primarios de los caracteres derivados. La distinción se ve clara en su valor cuando se refiere al problema de la posición erecta. No porque el cuerpo se yergue, dice Bolk, es por lo que consigue la forma humana, sino al revés, porque la forma se humaniza es por lo que el cuerpo se yergue. Los caracteres fundamentales de la constitución humana son los siguientes: la ortognancia, es decir, la situación de la mandíbula debajo del cerebro, la falta de recubrimiento piloso de la piel, la pérdida de pigmento en la piel, en los pelos y en los ojos, la forma del pabellón de la oreja, el pliegue mogólico, la situación central del *foramen magnum*, el peso cerebral elevado, la persistencia de las suturas craneanas, los labios mayores de la mujer, la constitución de la mano y del pie, la forma de la pelvis y la situación central de la fisura genital en la mujer. Todos estos caracteres son formas primitivas en un cierto sentido; se trata de estados fetales fijados, es decir, formas que en los demás primates aparecen en el feto de un modo transitorio, pero que en el hombre se estabilizan. No se trata de propiedades nuevas, sino de estadios de transición comunes entre el hombre y los monos antropoides, que en aquél se estabilizan. El hombre, pues, se engendra por una especie de *inhibición en el desarrollo*, y lo esencial en su constitución es el carácter fetal de sus

formas. ¿A qué se debe este primitivismo y falta de especialización de la forma humana? No se debe a causas externas, sino a un retraso en el desarrollo. Esta lentitud en el desarrollo coincide con la lentitud en el crecimiento del hombre, que le separa de los demás animales, con la lentitud de su fase infantil y con el hecho de que todavía posee una larga vida somática tras la extinción de la función reproductora. No hay que confundir este principio del retardo en el desarrollo con una disminución de vitalidad.

Si la teoría es cierta, las formas prehistóricas del hombre tendrían que haberse desarrollado con mayor velocidad que las actuales. Bolk pretende que los hechos confirman esta hipótesis; por ejemplo, el estudio de la mandíbula infantil de Ehringsdorf demuestra que la dentición del hombre en aquel tiempo se hacía con la misma velocidad que en los antropoides. En el retardo en el desarrollo deben intervenir seguramente ciertas funciones endocrinas, y que esto es así lo demuestra el hecho de que cuando aquéllas se alteran aparecen síntomas morbosos que deben ser considerados como formas de desarrollo progresivo, como la reaparición del recubrimiento piloso, la soldadura de las suturas craneanas, la hipertrofia de las mandíbulas, etc. Eso son propiedades pitecoides que están latentes en el organismo y que sólo esperan la debilitación de las fuerzas inhibitorias para flotar de nuevo.

Aplicando esta fórmula del retardo evolutivo a los diversos sistemas orgánicos se esclarecen algunas particularidades constitutivas del hombre. Un buen ejemplo lo constituye el desarrollo de la dentadura. En los monos comienza la erupción de los dientes de leche inmediatamente después del nacimiento, y el cambio entre los dientes de leche y los permanentes se realiza simultáneamente; poco después del segundo molar lácteo aparece el primero permanente, y así ocurre con el resto de la dentadura. En el hombre, en cambio, existen en el desarrollo de la dentadura dos pausas, como manifestación del retardo evolutivo. Los dientes de leche crecen de los seis meses al segundo año y a los seis o siete años empieza a cambiarlos por la dentadura permanente. Bolk aplica también su teoría a la interpretación de la pubertad, sobre todo la femenina. Los ovarios maduran mucho antes de que el organismo esté preparado para la gravedad. El ovario a los cuatro años tiene casi el mismo tamaño que el ovario a los catorce. Sustancialmente está ya listo a una edad muy precoz y, sin embargo, el resto de la función no puede realizarse porque su madurez es más tardía. La madurez alcanzada en la pubertad en la mujer no es como en los mamíferos superiores en la que coincide con la madurez total.

Los polluelos al nacer ya pican. Los pájaros nacen sabiendo volar y los peces sabiendo nadar. Sólo el hombre necesita aprender a andar. Frente a la conducción segura del instinto en los animales, el hombre surge a la vida mucho más inerte. Este es un hecho biológico de alto porte. Si comparamos la duración de la gestación en los

distintos animales y el hombre nos encontramos con un hecho sorprendente.

En el año 1915 nació por primera vez un chimpancé en cautividad; así se pudo averiguar que el tiempo de la gestación en el chimpancé alcanza a doscientos cincuenta y tres días, que corresponden a los doscientos ochenta del hombre. Para el orangután hay que contar con doscientos setenta y cinco días de gestación y para los *rhesus*, ciento sesenta y siete días. Estas cifras parecen aproximar el hombre a los monos y, en definitiva, podrían servir para confirmar la tesis darwiniana; pero examinemos más detenidamente la cuestión.

Un hecho biológico decisivo consiste en la fijación del momento de nacimiento. Se han hecho —en la especie humana— una serie de consideraciones alrededor de este punto, algunas totalmente triviales como la de la relación entre los diámetros pélvicos y de la cabeza. El momento del nacimiento es un punto crítico dentro de un plano biológico general, predeterminado en cada especie y que por ello tiene una significación especial. La duración del embarazo en el hombre no es, teóricamente, la que debería ser para un mamífero tan elevado en la escala zoológica (Portmann).

El infante viene al mundo demasiado precozmente. En comparación con las otras especies animales esta precocidad trae como consecuencia otra, el desamparo. Estos son puros hechos biológicos, ya que, como hemos visto, el ser humano debería prolongar más su permanencia en el organismo gestante. Así viene al mundo y sus movimientos, su postura y sus medios de comunicación son pobres, mucho más pobres que los del gorila, por ejemplo. Este hecho plantea inmediatamente dos cuestiones:

a) Una relación con sus padres. El ser humano se halla protegido, como los demás, biológicamente, por éstos. Pero además se halla protegido espiritualmente. El recién nacido puede vivir y llegar a ser hombre aunque se alimente artificialmente. *El hacer crecer al recién nacido es ya un proceso de cultura en sentido amplio.*

b) Este primer año de vida extra-uterina alcanza una significación especial. Si hubiese estado el ser dentro del útero su desarrollo se realizaría de un modo canalizado, casi perfecto. Sale inerte al mundo exterior, pero este juego de apertura determina ya toda la vida. *Es una vida inacabada, no por imperfecta, sino porque tiene todas las posibilidades de perfección.* No entra el ser humano en la vida con un pie forzado, con camino seguro, sino con pie libre e inseguro. La inseguridad —empieza ya aquí la paradoja que acompañará al hombre durante toda su vida— le trae, en compensación, una mayor dosis de libertad biológica. Como en edades tardías, la inseguridad radical del hombre se halla íntimamente enlazada con su libertad: esto es, en definitiva, la existencia humana.

Los animales salen ya al mundo con su propia figura conseguida. La postura es la misma que la que tendrán cuando adultos. Los monos son capaces de agarrarse con seguridad. Este reflejo primitivo que luego permitirá

constituir su habilidad arborícola lo desarrolla frente a la madre. En el ser humano, en cambio, las cosas no son así: la forma no se consigue sino con el tiempo. La actitud erguida, característica de la especie humana tarda unos meses en poderse conseguir y esto por grados intermedios. He aquí cómo describe Portmann las diversas fases:

Dos a tres meses, dominio de la postura de la cabeza.
Cinco a seis meses, consigue mantenerse sentado.

Seis a ocho meses, se consigue levantar ayudado por los mayores y mantenerse apoyado en los objetos.

Once a doce meses, se mantiene en pie solo y logra dar algunos pasos.

Doce a trece meses, se pone en pie a partir del decúbito prono.

Los primeros pasos se dan casi en seguida que consigue ponerse en pie. Lo fundamental, pues, para el hombre es erguirse, avanzar una vez erguido, es cosa secundaria. Los movimientos de dar pasos, reptar, etc., es decir, lo que se llama prelocomoción son muy anteriores, según ha demostrado Stirnimann y podemos observar nosotros, ya que no son movimientos específicamente humanos. En relación con el proceso de erguirse se hallan otros, tales como el crecimiento de las piernas. Durante la fase embrionaria quedan retrasadas en su crecimiento y el retraso persiste durante los primeros meses de la vida, hasta el sexto mes en que, simultáneamente con los intentos de erguirse, se estimula el desarrollo.

Con la posición erguida se desarrolla también el lenguaje. No es éste el lugar, ni es propósito nuestro penetrar en el problema de sus orígenes. Lo que sí resulta cierto es que el niño empieza por producir sonidos y ruidos como podría producirlos un animal. Un mono de un año, según la observación de N. Kohts, es capaz de producir veintitrés sonidos diferentes, lo mismo que un niño de siete meses. Hasta aquí la diferencia no sería más que cuantitativa; pero a los ocho meses el niño empieza a imitar las palabras humanas, cosa que no conseguirá jamás un mono. He aquí el salto. El desarrollo del lenguaje supone un *novum* respecto a los medios de expresión de los animales. Frente a la idea del progreso indefinido hemos de levantar siempre la *dialéctica de la discontinuidad*, la misma que sirve de base a la física moderna o al salto ético de Kierkegaard.

Con respecto al peso también tiene el recién nacido humano una situación especial. Los pesos son mayores que en los demás antropoides próximos. La comparación con el peso de la madre no nos da ninguna clave para explicar el fenómeno. El hecho es más claro de interpretar si consideramos, en cambio, el peso del cerebro. El cerebro del hombre adulto pesa tres o cuatro veces más que el del mono adulto. El cerebro del niño recién nacido es también tres veces mayor que el del mono. El peso del cuerpo en la especie humana debe interpretarse como una *tentativa de adaptación al peso del cerebro*. Realmente aquí hay como un organizador del cuerpo y esta es la circunstancia determinante de su mayor volumen (Portmann).

Si se compara en un dibujo anatómico la estructura del hipotálamo en los animales y en el hombre, se encuentra un hecho singular sobre el que llamó la atención Grünthal. El hipotálamo animal, incluso el de los monos antropoides, se halla mucho más diferenciado que el humano. ¿A qué se debe esta diferencia? En el hipotálamo asientan las regulaciones instintivas y vegetativas del organismo: hambre, sed, sexo y tantas otras funciones instintivas encuentran ahí su estructura anatómica rectora. En el animal la vida instintiva es una estructura bien definida y organizada. El instinto animal es una fuerza que va directamente a su meta como una flecha al blanco. En el hombre no ocurre esto. La vida instintiva es lábil y matizada. Cada instinto tiene un radio posible de acción y se entrecruza con los demás. Es, pues, una vida con estructura menos definida, y a este carácter funcional hay que atribuir el carácter anatómico del hipotálamo.

Indudablemente ha habido una emigración hacia estratos superiores del sistema nervioso. El índice de cefalización de Dubois, es en el hombre mucho mayor que en los antropoides. En el orangután el índice es de 0,74; en el chimpancé, 1,24, y en el hombre, 2,8. Junto al índice de cefalización hemos de situar el «factor de telencefalización». Hay en el sistema nervioso humano una tendencia a la emigración de las funciones al polo frontal. Este proceso de telencefalización fue señalado hace años por von Economo y por A. Kappers, entre otros; pero no hay que tomarlo como una simple manifestación evolutiva. No se desplazan las funciones tal como están, sino que cambian también su cualidad.

Parece como si en las funciones nerviosas hubiera de distinguirse como los escolásticos entre materia y forma. El proceso diferencial de las funciones nerviosas se hace en el sentido de su desustanciación y de una formalización de las mismas (4). La función del equilibrio, por ejemplo, está más cuajada o sustancializada en los estratos inferiores. La regulación superior del equilibrio es más fina, más formal. Lo mismo ocurre, si quisiéramos elegir otro ejemplo en las funciones sexuales. Basado en mi experiencia en heridos de guerra, describí hace algunos años dos tipos de impotencia en las lesiones cerebrales. Una, hipotalámica, en la que el enfermo la sentía como una función abolida. Otra, cortical, de la que apenas se daba cuenta que existía y consistía más bien en una pérdida del apetito, en una especie de anorexia sexual. Podría incluso pensarse que éste era un síntoma secundario respecto al trastorno psíquico general del herido. La sexualidad es tan importante en la vida humana que apenas hay función que le sea ajena.

* * *

¿Nuestros organismos están planteados según un principio de abundancia o de estricta economía? He aquí la pregunta que se hacía Meltzer en 1907. Cuando un in-

(4) Sobre la formalización de las funciones véanse Zubiri y von Weizsäcker.

geniero calcula un puente determina las condiciones mínimas de resistencia y luego las multiplica por dos o tres veces para obtener un máximo de seguridad. Algo análogo, pero no exactamente igual, ocurre en el organismo. El acumula sus reservas alimenticias para ser utilizadas cuando no le lleguen del exterior. La cifra de glucemia, que normalmente es alrededor de 90 a 100 mg, puede descender sin producir síntomas desagradables, y sólo cuando alcanza cifras muy bajas es cuando produce trastornos y da la señal de alarma. El margen de seguridad en los mecanismos de la presión sanguínea es evidente y lo mismo en el régimen circulatorio. Una serie de mecanismos importantes y de finos dispositivos aseguran la afluencia a todos los órganos de las cantidades de sangre necesaria. Si faltan las influencias simpáticas la pared vascular misma es capaz de realizar un cierto trabajo de adaptación y mantener la sangre a su presión normal. Grandes territorios pulmonares pueden estar inutilizados sin que se afecte la función respiratoria. Sobre este hecho se basa la colapsoterapia, que es una terapéutica empleada con frecuencia para las enfermedades del pulmón. La cantidad de oxígeno transportada desde los pulmones a los tejidos es muy superior a la que se necesita normalmente. Los pulmones cargan a la sangre con dieciocho volúmenes por ciento de oxígeno y si el organismo está en reposo esta misma sangre vuelve todavía con catorce volúmenes.

En las estructuras anatómicas nos encontramos con el mismo principio. Existen muchos órganos dobles y no es necesaria la presencia de ambos para poder vivir. Se puede suprimir un riñón o los dos tercios de los dos y la composición de la secreción urinaria se mantiene la misma. Basta la décima parte de la glándula suprarrenal para que no exista peligro para el organismo. Cuatro quintas partes del tiroides pueden ser suprimidas sin que aparezcan síntomas. Se pueden suprimir las cuatro quintas partes del páncreas y el quinto restante suministra suficiente insulina al organismo para que no se produzca la diabetes. El hígado, las vías digestivas, el estómago mismo nos ofrecen ejemplos de esta superabundancia con que el organismo está construido. Los éxitos de la cirugía moderna parten de este principio.

Aun en el sistema nervioso este mismo principio de sobreabundancia es evidente. El resto de las células del organismo pueden ser suplidas por otras cuando desaparecen. Con la neurona no ocurre lo mismo. Una neurona muerta es un espacio vacío en nuestro cerebro. Y, sin embargo, se pueden extirpar gran número de ellas sin que aparentemente el rendimiento del mismo disminuya. Hace ya muchos años que Dandy extirpó un hemisferio cerebral y el individuo continuó viviendo, y hoy día es frecuente la extirpación de ambos polos frontales sin que se afecte la vida y los rendimientos habituales del individuo. Algunos neurólogos audaces e ingenuos al mismo tiempo, han llegado a pensar que el cerebro frontal es innecesario para la vida y que en todo caso sería un elemento de perturbación, puesto que cuando se pone fuera de juego como en la leucotomía se suprimen sínto-

mas morbosos, como la angustia. Dejemos ahora intacta y sin crítica esta sorprendente afirmación.

El organismo está, pues, constituido con un enorme margen de seguridad. Ningún ingeniero calcula un puente o una casa con tantas garantías. El organismo tiene asegurada de esta suerte una vida mínima a todo evento; pero no hay sólo la vida mínima, sino la vida máxima. Este espacio que se crea entre la vida mínima y la vida máxima puede ser llamado propiamente espacio de seguridad; empero la palabra seguridad no expresa exactamente la situación. Prácticamente el organismo que se lanza a una vida máxima se pone en peligro, se crea un estado de peligrosidad. La peligrosidad encierra inseguridad, pero todo esto en definitiva no es más que una manifestación de libertad. Todo organismo nace ya anatómicamente con un cierto coeficiente de *libertad biológica*.

La libertad biológica es de todas maneras un ámbito reducido frente a la *libertad humana*. La vida máxima de un organismo inserto en su perimundo se halla mucho más estrictamente ligada que la del hombre en su mundo. Como hemos dicho anteriormente, el animal tiene un cosmos cerrado y el hombre vive en un mundo abierto. Para vivir en un mundo abierto necesita el hombre anatómica y fisiológicamente una constitución especial. Su margen de seguridad es así mucho mayor y, por tanto, es mucho mayor su margen de libertad.

Cuando se compara la patología del hombre con la de los animales llama la atención la mayor riqueza de la patología humana. Ciertamente es que se ha estudiado mejor, puesto que la enfermedad para el hombre es un acontecimiento personal que le afecta íntimamente; pero aparte de ello en cualquier órgano que se analice la patología humana es mucho más rica que la patología animal. La razón es clara: el ámbito de la patología comprende toda la extensión situada entre la vida mínima y la vida máxima, y este sector es mayor, enormemente mayor, en el hombre que en los animales.

* * *

El gran descubrimiento de Uexküll y con él de toda una larga serie de biólogos fue el de señalar las características de un organismo como propias y específicas e independientes de las otras que imperan en la naturaleza. Un organismo no puede concebirse como la mera resultante de las fuerzas físico-químicas, sino que tiene un ingrediente especial, que es el de estar *conformado con arreglo a un plan*. El organismo vivo tiene una relación especial con el medio ambiente, tiene su propio medio, que es como un espacio de mundo recortado en su alrededor. El tránsito de una especie a otra, tal como la sostiene el darwinismo, se halla dificultado por esta ausencia de necesidad. Cada organismo vive perfectamente adecuado a su medio circundante, a su mundo.

Frente a los demás organismos el hombre ocupa una situación peculiar. No tiene un perimundo cerrado, sino un mundo abierto. La ligazón que existe entre estímulo y

respuesta en cualquier otro ser vivo está predeterminada en su propia constitución o manera de ser. El hombre, en cambio, frente a un determinado estímulo tiene una melodía de respuestas posibles. A la contestación cerrada del animal, opone el hombre el diálogo abierto. En esta apertura está la *raíz biológica de la libertad*, que ya se encuentra incluso en las primeras fases del desarrollo.

Aparte de la reacción frente al mundo, el ser vivo tiene otra característica inalienable. Nace y muere. Es decir, presenta una evolución en el tiempo que está siempre ligada a sus antepasados y que supone un legado de vida a sus descendientes. Todo organismo tiene una *base histórica de reacción*, puesto que la respuesta a un estímulo determinado se halla influida por los estímulos y respuestas anteriores. Quizá la palabra historia aplicada en esta ocasión sea inexacta. De todos modos, lo que quiero expresar es la idea de que junto a la evolución en el tiempo que se halla implícita en el hecho de nacer, madurar y morir, se halla la idea de la continuidad que hace que el organismo persista en su forma y mantenga su ley interna, a pesar de las variaciones del medio exterior. Esta continuidad se vuelve historia en el hombre por la intervención del espíritu que hace que junto al legado biológico exista el legado de la tradición, pero aún en la etapa biológica. La continuidad se establece de un modo más plástico y abierto que la continuidad en el animal. En el animal es una serie de eslabones, como una cadena de estímulos, instintos y reflejos; en el hombre es como un desarrollo de posibilidades amplias y casi ilimitadas en las fases tempranas de la vida y que luego se van circunscribiendo y condensando en formas cuajadas a medida que el tiempo pasa.

El hombre no es un ser deficitario ni una forma pitecoide, ni el producto de una fijación fetal, sino más bien *una forma abierta* en la cual existen múltiples líneas posibles de desarrollo que no encuentran otra limitación que la de la muerte, y aun la muerte biológica se ve superada y trascendida por la continuidad de la vida del hombre en sus proyecciones espirituales y por la continuidad de la vida del alma en un mundo trascendente.

El hombre no es una forma biológica acabada, precisamente porque presenta un haz pasmoso de posibilidades de desarrollo. Huxley dice que el hombre es la especie salvaje más variable que se conoce, y que así como la evolución animal es divergente, la evolución humana es

reticulada. En los animales la evolución se realiza por aislamiento de grupos que cada vez se toman más diferentes, de suerte que el plan general evolutivo puede compararse a las ramificaciones de un haz luminoso que se desprenden de un foco. En el hombre, por el contrario, después de una divergencia inicial las ramas se vuelven a juntar; las combinaciones genéticas así realizadas son infinitas y la marcha de la descendencia humana en lugar de semejarse a un haz divergente, se parece a una red. De este modo el hombre resulta más variable que cualquier otra especie animal. La variabilidad es tal que Huxley llega a decir que la diferencia entre un individuo un poco por debajo de lo normal en una tribu salvaje y un Beethoven o un Newton es comparable, en extensión, a la que existe entre una esponja y un mamífero superior.

Cada especie animal ha logrado su perfección en las actividades que la caracterizan. El caballo no puede reducir más el número de sus dedos. Los elefantes alcanzan las dimensiones posibles de los animales terrestres. El vuelo de los animales de pluma es aerodinámicamente perfecto. Sólo el hombre no es perfecto en sus movimientos, pero es perfectible y capaz, en cambio, de emprender múltiples líneas de desarrollo en lugar de una sola.

El hombre es una forma inacabada, dice el biólogo. La existencia humana es de una existencia inacabada, dice Jaspers. El hombre es un ser deficitario, dice el biólogo. En la existencia humana existe una falla, dice Sartre. Y así podríamos alinear una serie de afirmaciones. Es difícil resistir a la tentación del paralelo, y es porque el paralelismo tiene su fundamento. Humano es el cuerpo del hombre y humana es su existencia, y no tendría por qué, siendo ambos manifestaciones del mismo ser, tener cualidades distintas.

El paralelismo se prolonga. Porque, como hemos visto, el presunto inacabamiento, déficit o fetalización de la forma humana no es más que la expresión de su mayor plasticidad biológica. Abandona el ser humano el vientre materno precozmente, para así estar amplia, infinita, generosamente abierta a su mundo que le nutre, le impele a desarrollarse y al mismo tiempo recrea y dilata. Este trance del nacimiento es el mismo trauma de la existencia. La existencia es inacabada, pero este inacabamiento es el que le permite el salto de la libertad.

La idea del hombre en la medicina moderna

JUAN J. LOPEZ IBOR

Clinica y Laboratorio, Núm. 405, Tomo LXXVIII, Diciembre 1959.

Parece como si, en la coyuntura histórica actual, se haya exaltado la tendencia del espíritu humano a reverter sobre sí mismo, tomando al hombre, en su condición histórica, como tema de análisis. Por cientos se cuenta los libros y publicaciones destinados al análisis de la situación histórica presente, hasta tal punto, que sus temas favoritos han llegado a convertirse en tópicos; por ejemplo, el de la «tecnificación» y el de la «masificación» del hombre moderno. Pero no porque sean tópicos dejan de expresar una realidad histórica.

Sin embargo, el análisis no debe mantenerse en un puro plano ideal, sino descender a la realidad de la vida humana. Y tampoco debe contentarse con una mera actitud descriptiva, sino que debe intentar promover nuevas situaciones históricas.

Quisiera ofrecer en estas páginas el impacto que sobre la Medicina ejercen los grandes problemas que sacuden al hombre contemporáneo. Iniciando la tarea por el más fácil, digamos una palabra sobre el tema de la *técnica*. En la técnica moderna han visto algunos historiadores de la cultura algo fáustico y demoníaco. Con frecuencia se ha hablado del nihilismo de la técnica. El progreso de la técnica es una de las formas de cristalizar ese gran proceso histórico que se ha titulado la «alienación» del hombre. El hombre disuelve su sustancia humana en las cosas. Crea los artificios técnicos y queda dominado por ellos.

Sin embargo, nos muestra cuán unilateral es esa consideración de la técnica como proceso nihilista. Nadie querrá renunciar a lo que la técnica moderna ha proporcionado en la lucha contra las enfermedades. Un grave capítulo de la historia de la Humanidad ha sido gloriosamente amputado; me refiero al de las enfermedades infecciosas. Cuando se leen las descripciones de la peste medieval, se comprende lo que significan la era bacteriológica y la era quimioterápica y antibiótica en Medicina. La lucha contra el dolor es otro de los grandes avances de la Medicina moderna, y gracias a la victoria en esos dos frentes, en el de las infecciones y en el del dolor, ha sido posible el rutilante desarrollo de la cirugía moderna.

Las técnicas médicas demuestran, una vez más, que el avance técnico nace, no sólo de un despliegue de los principios de las ciencias naturales, sino de una apetencia más honda. Constituye un verdadero saber de salvación. Claro es que ese noble origen no le redime de sus sombras y de sus infiltraciones nihilistas, que, en verdad, posee. La tecnificación de la Medicina moderna promueve varias secuelas desfavorables. En primer lugar, la Medicina es, económicamente, cada vez más elevada. Para el tratamiento de muchas enfermedades se necesitan aparatos costosos. Ya no sirve sólo la prestación personal del médico. La estructura técnica de la Medicina moderna, por una parte, la encarece, y por otra, sitúa numerosas piezas intermedias entre el médico y el enfermo, amenazando con quebrar, y a veces quebrando, la unidad del acto médico. Antes, los grandes personajes tenían su médico propio. Ahora, aun disponiendo de él, tienen que ser atendidos en los grandes hospitales.

El mismo enlace inexorable que en el mundo moderno se establece entre la tecnificación y la «masificación», lo encontramos en la Medicina. El paralelismo existente entre los avances de la técnica y los avances sociales, no se debe a una pura coincidencia histórica. Primero fue el seguro contra accidentes de trabajo. Después, el seguro contra la enfermedad. Ahora, una extraña pululación de seguros intenta proteger al hombre moderno contra toda eventualidad, socavándole su apetito por el riesgo y la aventura. El Estado moderno se halla en trance de convertirse en una gigantesca sociedad de beneficencia. Y, a pesar de todo, ¿se ha sentido nunca el hombre tan fríamente desamparado como hoy en medio de esa malla administrativa y aseguradora?

Las leyes de seguros de accidentes constituyen un paso fundamental en el «proceso de alimentación del hombre». La responsabilidad el accidente no se discrimina, sino que, partiendo del cálculo de que en tales condiciones de trabajo hay tantos accidentes, se crea un sistema compensador de esa pérdida de energía económica. El accidentado está sometido al proceso de «cosificación» del hombre moderno, es decir, de degradación del hombre en cosa. Su enfermedad —su sufrimien-

to- se calcula antes de que se cure, y al ser curado vuelve a ser objeto de un nuevo cálculo que mida el rendimiento que puede quedar.

En verdad que tal proceso constituye una gigantesca realización histórica. Lo que ocurre es que el ser humano muestra siempre una extraña resistencia al proceso de alienación, a ser convertido en cosa. En la vida individual nos encontramos en situación análoga. La vida de cada hombre se consume en sus obras, pero se niega a ser anulada totalmente por la obra misma, aunque sea genial. Lo mismo ocurre en la colectividad. De ahí las grietas que tienen lugar en ese proceso de alienación.

La misión del espíritu es luchar contra ese mismo proceso de alienación. Rebelarse contra él. En la Medicina actual tenemos un bello ejemplo de lo que significa esa rebelión. Por lo que acabo de decir, parece que las dos grandes constantes sobre las que se apoya el progreso de la Medicina moderna son la tecnificación y la socialización. Pero esos dos grandes arbotantes muestran sus quiebras. La socialización de la Medicina supone un proceso de racionalización, que es incompatible con la vida misma. Cada norma legal que se dicta resuelve unos problemas pero crea otros distintos. Si la enfermedad fuese un fenómeno cuantificable, resistiría, sin protesta, cualquier norma racional que se le aplicase; pero la enfermedad resiste a todo proceso de cuantificación. Los médicos se ven obligados a señalar en tantos por ciento la capacidad de trabajo de un herido, cuya lesión ha curado dejando tras sí alguna secuela. Sólo ellos saben el esfuerzo que cuesta tal valoración. En el fondo, no hacen más que una apreciación intuitiva, que se apoya secundariamente en unos cuantos conocimientos técnicos. Lo que un hombre, sano o enfermo, es capaz de hacer, depende de algo más que su fisiología; y, ¿cómo se mide la fatiga? Desde hace muchos decenios andan fisiólogos y psicólogos tras este problema. Los intentos de reducirlo a un esquema cuantitativo han fracasado. La fatiga depende, entre otras cosas menos sustanciales, de la situación y de la personalidad. Recuerdo, en mi época de estudiante, en Alemania, la visita a las instituciones para lesionados cerebrales, y las observaciones, ya clásicas, que allí se hacían. Un lesionado era incapaz de un rendimiento físico en el trabajo, y, en cambio, rendía cuantitativamente mucho más en el juego. Lo mismo ocurría con los rendimientos intelectuales. De esta disparidad se han deducido a veces conclusiones falsas sobre la buena o mala voluntad de los enfermos. Esta puede existir, pero no es ese el único problema. El enfermo se encuentra, por sus síntomas, ligado a una determinada situación vital.

La importancia de las situaciones vitales demuestra la estadística. Las enfermedades crecen y decrecen según las situaciones históricas. Empiezan a aparecer los primeros síntomas que, tras el esfuerzo de la postguerra, señalan la aparición de una deflación en la actitud vital. En una empresa centroeuropea, en la que trabajan muchas mujeres, se ha comprobado que, de seis mil, sólo doscientas han pasado sin estar un solo día enfermas. En una fábrica de vestidos, de trescientos diez trabajadores

se han dado noventa como enfermos. Este flujo y reflujo es análogo al que se ha observado durante las guerras. Cuando una guerra se pierde, los hospitales se llenan de enfermos y, sobre todo, de neuróticos.

El mundo de la enfermedad cambia según las circunstancias históricas y sociológicas. Creemos muchas veces que las enfermedades son, como ingentes cristalizaciones geológicas, impermeables a la acción humana; pero no hay tal. Han disminuido las enfermedades infecciosas -me refiero, naturalmente, al mundo occidental-, pero han aumentado las intoxicaciones, las neurosis y aun otras enfermedades orgánicas. Las estadísticas discuten si el cáncer es ahora más frecuente porque el ser humano se halla más expuesto a factores cancerígenos, o simplemente porque, al aumentar la edad media del hombre, puede aparecer la enfermedad en este grupo de supervivientes estadísticos.

Esa variación histórica y sociológica del mundo de la enfermedad muestra, empero, una escotadura todavía más curiosa. Antes he dicho que la misión del espíritu es compensar el proceso de alienación del hombre. Y en la Medicina actual vemos una maravillosa expresión de esa misión.

La tecnificación y la socialización de la Medicina van a la par de un tercer proceso, que se podría llamar *psicologización de la Medicina*. El proceso es muy complejo, y nos muestra las estructuras más profundas del hombre en su condición histórica presente. Porque tal psicologización de la Medicina se realiza, simultáneamente, en dos planos: uno, en el de la Medicina como ciencia, al cual corresponde el crecimiento considerable de la psiquiatría, el nacimiento de la medicina psicosomática, la aparición de las más diversas escuelas psicoterapéuticas, etcétera. El otro plano corresponde a la *psicologización misma de la enfermedad*, no sólo en sus manifestaciones, sino en su determinismo. A mi modo de ver, la experiencia actual demuestra que las enfermedades se manifiestan hoy más que antes por sus síntomas subjetivos, y además están más íntimamente enlazadas con los acontecimientos de la vida personal.

Novalis decía: «Toda enfermedad es una enfermedad del alma». En un cierto sentido, tenía razón. La enfermedad es un proceso objetivo: el cardíaco tiene taquicardia, y el asmático, disnea; pero, junto a los trastornos objetivos, en los que se manifiesta cualquier enfermedad, se hallan los subjetivos: el dolor, la opresión, la dificultad de respirar o de moverse, etc. En una palabra, el *sufrimiento*. La enfermedad tiene, pues, un aspecto *óntico*, como proceso que transcurre, y uno *pático*, como algo que ocurre en el hombre que la padece. Pues bien, en la sintomatología de las enfermedades hay un desplazamiento hacia el lado *pático*. Parece increíble, en la época de los análisis y de las radiografías, pero es así. La enfermedad es, cada vez más, sufrimiento, por la misma razón que el hombre moderno busca cada día más placer en la vida. Para Freud, el gran motor de la dinámica humana es el principio del placer. Y hasta qué punto el hombre se agota trabajando para conseguir nuevos placeres, lo

demuestra el dato estadístico de los matrimonios en los que deciden trabajar ambos, ávidamente, para poder comprar un coche con el que distraerse –o fatigarse– en la excursión dominical. Por esa apatencia acrecida del placer, que se halla insuflada en la vida moderna, la enfermedad, al limitarla, es cada día más sentida como sufrimiento. Su cara pática adquiere dimensiones descomunales, enriquecidas, por otra parte, por la mayor capacidad de análisis del hombre moderno, que se dirige sobre sus propias sensaciones morbosas. Antes, el hombre enfermaba más en bloque, más simplemente, podríamos decir. La enfermedad se integraba en el mismo proceso de vivir. No era nada extraño que se incrustase a él. Ahora la enfermedad, aun la más banal, se ha convertido en un monstruo terrible. De la enfermedad se ha arrancado toda la posible nobleza, y se considera –salvo excepciones– como un modo de envilecer la vida. La expresión quizá resulte fuerte. Pero no; entre las técnicas de envilecimiento a las que aluden ciertos escritores contemporáneos (G. Marcel), se ha olvidado ésta, que consiste en ver en la enfermedad sólo la proyección, sobre la alegría de vivir, de las sombras de la nada.

Este desplazamiento del perfil de la enfermedad hacia las honduras del sufrimiento, es correlativo –¿cómo no?– con un cambio en la actitud de la Medicina.

Examinemos más detenidamente este cambio de perspectiva. Si se quiere buscar una referencia histórica concreta, yo apelaría a lo que ocurrió en la Clínica Médica de Heidelberg en el período entre las dos guerras. El proceso afecta, como es natural, a toda la medicina nacida de la cultura occidental, pero, como todo proceso histórico, se arremolina en torno a algunos nodos o puntos que permiten examinarlo con mayor plasticidad. En la Clínica de Heidelberg, bajo la dirección de Ludwig Krehl, se trabajaba, como en las demás clínicas europeas y americanas, siguiendo la pauta de la Medicina como ciencia natural. La Física y la Química mostraban cada vez más la posibilidad de enriquecer los conocimientos biológicos. El secreto de la enfermedad estaba en su etiología, en su fisiopatología y en su terapéutica. La experimentación animal permitía quemar las etapas en la investigación, acumulando pruebas y material, sin necesidad de esperar la larga y confusa observación clínica. Pero hubo un momento, en la vida de Krehl, en el que se le impuso la convicción de que tal búsqueda se estaba convirtiendo en la persecución de un fantasma que hacía olvidar la realidad concreta del enfermo. Tal momento quedó expresado en la conferencia titulada «Krankheitsformen und Persönlichkeit» (1). En ella quedaba consignado el redescubrimiento del enfermo como realidad primaria de la medicina. La enfermedad no era sólo un proceso, sino también un sufrimiento. Adquiriría el lector una idea falsa si creyese que tal cambio de perspectiva se operó sólo en Heidelberg. En otras partes de Alemania también tuvo lugar. Posteriormente, Europa ha vuelto a ser invadida,

(1) Que libremente podríamos traducir por «las formas de enfermar y la personalidad».

desde América, por la medicina psicosomática, que ella misma lanzó.

Tal cambio de perspectiva supuso el tener en cuenta los factores irracionales en el mundo de la enfermedad y, sobre todo, en sus valencias psíquicas. La psiquiatría tomó más amplio contacto, a través del frente de las neurosis, con el resto de la Medicina. Y así se ha realizado un gran movimiento de fuerzas que trataré de dibujar brevemente en las líneas siguientes.

Muchas veces nos preguntan a los psiquiatras si es cierto que la vida moderna trae un incremento en el número de las neurosis. La pregunta no queda contestada con una afirmación que, en su brevedad, está cargada de inexactitudes. Por una parte, muchos sufrimientos que antes se consultaban a los confesores, ahora se consultan a los médicos. La secularización de la vida moderna trae como consecuencia que el médico goce de una confianza que antes sólo se entregaba a los religiosos; pero tal secularización no se debe sólo a la elevación del papel social del médico, sino también al descubrimiento de la dinámica profunda del sufrimiento y a un cambio en su perspectiva. La presencia de la dinámica instintiva de la personalidad es uno de los grandes descubrimientos del hombre moderno. Tal dinámica instintiva se ha hecho más transparente merced al estudio de las neurosis; pero su área de valor comprende todo el mundo de la enfermedad y aun del hombre sano. Hoy no se pueden estudiar muchos problemas médicos olvidando aquélla. En el diabético es muy importante conocer el metabolismo de los glúcidos; pero lo es más, si cabe, el análisis de la dinámica de sus hábitos de comer. Por eso decía antes que las enfermedades mismas se han psicologizado, es decir, en su teclado sintomatológico, las teclas psíquicas adquieren día a día mayor relieve.

Recuerdo que, durante la última guerra, recibimos la visita de grandes internistas alemanes. Comenté con uno de ellos, el profesor Katz, cómo durante la guerra española habíamos observado menor número de neurosis típicas –es decir, de histeria de guerra– que durante la guerra del 1914 al 1918. Entonces me relató la curiosa observación, ampliamente confirmada después, de que durante la última guerra disminuyó el número de casos de histeria observados, pero aumentaron los de otras enfermedades; por ejemplo, la úlcera gástrica. Tal cambio en la patología de guerra tenía una honda raíz histórico-social. La raíz se halla en un cambio, nada menos, que en el estilo de la comunicación humana.

Que el hombre no está solo en el mundo, sino que el mundo humano se constituye precisamente por la presencia de los demás es casi una perogrullada. La relación del hombre con los demás, es decir, el misterioso fenómeno de la comunicación humana, se halla sujeto a estilos históricos que el hombre mismo crea. La «tecnificación» y la «masificación» aumentan el proceso de alienación o, dicho de otro modo, el de deshumanización. La relación personal se funcionaliza a medida que pierde calor humano. La histeria necesita, para florecer, del calor de la presencia humana. Si los demás quedan indife-

rentes, fríos, la sintomatología histérica, en lugar de florecer, se marchita y arrasa por ese frío que le llega de los demás. En un mundo en el que las relaciones personales son más glaciales, las tensiones nerviosas se interiorizan, en lugar de descargar hacia afuera. Tal interiorización percute sobre los mecanismos vegetativos, que rigen la vida visceral, y por eso engendra otro tipo de trastornos, tales como la úlcera gástrica. Muchas enfermedades psicosomáticas, tienen una génesis parecida. Una nueva psicología de la enfermedad ha aparecido. A un mundo burgués, crecido en el clima de la confianza y de la comprensión, corresponde la histeria, convirtiéndose en drama representado su conflicto interno. Con la industrialización nace la neurastenia. Los primeros casos de neurastenia descritos fueron debidos a accidentes de ferrocarril. El ritmo acelerado que impuso el proceso de industrialización se tradujo, en el hombre, por esa forma de fatiga nerviosa, que se llamó neurastenia. La gran crisis del mundo contemporáneo, el viento nihilista que lo azota, la quiebra con el contacto cordial entre los seres humanos, la funcionalización de su vida, etc., producen esa niebla impalpable en que se halla sumergido el hombre moderno y que se llama angustia. La angustia es la palabra clave de los tiempos nuevos. De angustia hablan los filósofos y los literatos; de angustia enferman hoy aquellos seres que antes enfermaban de histeria y de neurastenia. Entiéndase bien lo que quiero decir. No es que haya cambiado la perspectiva médica y que ahora se empleen otras etiquetas para los mismos enfermos, *sino que ha cambiado la forma misma de enfermar*. La enfermedad es un acto vital más, y la vida del hombre no puede concebirse ajena a la circunstancia histórica. La cual, por otra parte, es su misma obra, de la misma manera que lo que el médico piensa de un enfermo influye en el modo como el enfermo expresa su propia enfermedad.

Frente al hecho mismo de «enfermar», ha cambiado profundamente la actitud del hombre en el curso de la historia. ¿Cuál es la actitud del hombre contemporáneo? La misma que revela la propia estructura de su situación histórica. Se dice que el hombre se mueve por sus conocimientos; más bien deberíamos decir que el hombre se mueve por sus creencias y por sus saberes, aunque muchas veces, creencias y saberes se envuelven en el propio ropaje de los conocimientos. Una creencia, fuertemente arraigada en el hombre contemporáneo, es la del progreso indefinido. El progreso incoercible de la Historia se transmuta en la creencia en el progreso incoercible de lo que constituye el momento presente. La ciencia ha sido el gran aporte histórico del hombre moderno. Yo no sé si el más definitivo; pero a los que vivimos en esta hora, así nos los parece. Si la ciencia ha de progresar indefinidamente; si la técnica ha de ser cada vez más poderosa, quiere esto decir que la Medicina, en cuanto hija de la ciencia y de la técnica moderna, está sometida también a esa ley inexorable y seductora del progreso indefinido. Los enfermos viven muchas veces en esa creencia. Aun cuando se les confiesa —y con qué dificultad hace esa confesión el médico moderno!— que «la ciencia

es incapaz de curar su enfermedad», todavía el enfermo dice: «Pero se descubrirá pronto cómo se cura, ¿verdad, doctor? ¿Llegaré a tiempo?». Repárese un momento en aquella frase «la ciencia es incapaz de curar su enfermedad». La situación tan humana, tan personal, que es la del médico con el enfermo, se encuentra suplantada por una relación entre dos abstracciones: por un lado, la ciencia, que suplanta al médico, y por otro, la enfermedad, que suplanta al enfermo.

Los directores de periódicos y semanarios conocen la avidez con que las gentes leen las noticias médicas. Los pequeños avances de cada día saltan a las páginas de los periódicos, muchas veces, antes que a las revistas médicas o a los congresos de la especialidad a que se refieren. Un médico bien informado necesita, para que sus enfermos no le sorprendan con noticias terapéuticas que ignora, leer esos semanarios antes que las propias revistas médicas. Esta esperanzadora carrera en pro del progreso ilimitado, ¿qué significa? La paradoja que entraña la situación del habitante del mundo occidental en este momento, es evidente. Se vive más largamente; pero, ¿es que nuestra muerte, no la muerte en general, sino la muerte propia, está más lejana por ello? Entonces, ese cualquiera que es el hombre de la calle empieza a pensar que su creencia en el progreso indefinido es una mezcla de realidad y de utopía. Que es verdad que cada día se sabe más del átomo, y que están, o deben de estar, próximas las aplicaciones médicas de esas nuevas fuentes de energía, pero que, junto a ello, los riesgos de que un día tropiece *con el límite de su propia vida* no están muy lejanos, sino *conscientemente* más próximos. Por una parte, huye de pensar en esa situación límite, y por otra, la misma se le revela como más posible, como más próxima. Esa lucha entre el olvidar la muerte y la aparición inexorable de su espectro, infiltrado en la vida cotidiana, es otra de las fuentes de angustia del hombre contemporáneo. Porque, de la misma manera que conoce la existencia de nuevas terapéuticas, sabe más, no diría de nuevas enfermedades, sino de los peligros que desde este lado le acechan. Las campañas higiénicas son un arma de doble filo. Por una parte, el cáncer, por ejemplo, se cura mejor si se diagnostica antes. Para ello, es necesario que el enfermo conozca los síntomas iniciales de la enfermedad. Aún más, se postula que se someta a un cuidadoso entrenamiento introspectivo, para que cuando alboree el primer síntoma pueda rápidamente ser yugulado el proceso. Los primeros síntomas de las enfermedades suelen ser muy capciosos, vagos, difíciles de valorar. Los médicos lo saben muy bien; pero ya el enfermo, con el primer trastorno, que puede resultar una falsa alarma, empieza a ingerir la primera bocanada de angustia. El progreso indefinido exige, como contrapartida, *ese sacrificio del propio silencio de nuestro cuerpo*. El secreto de la salud consiste en ignorar su presencia; y ahora resulta que tal ignorancia debe ser, como el analfabetismo, cuidadosamente extirpada. Ocurre como con el aprender a leer. Que no todo lo que se lee es bueno, ni tampoco es agradable todo lo que se puede escuchar de nuestras melo-

días corporales. Lo tremendo es esto: educarse para escuchar, en lugar de educarse para olvidar y no oír.

Es una muestra más del tremendo proceso de «concienciación» a que está sometido el hombre moderno. El psicoanálisis descubrió que la curación de las neurosis consistía en traer al plano de la conciencia lo que estaba oculto en el subconsciente. La Medicina moderna descubre que la curación de muchas enfermedades depende de que se conciencien pronto. El arte moderno significa también un descubrimiento de lo que la naturaleza oculta bajo sus formas aparentes y lo que el pintor tiene en su mundo profundo. Tal descubrimiento de las entrañas, para ser sometido a un proceso de «intelectualización», tiene un precio que hay que pagar: es la angustia.

El hombre vive, desde el primer momento, en defensa contra la angustia del existir. Otras veces he recordado la tremenda inicial angustia que debió de sufrir el hombre, el primer día, al ver que la luz se esfumaba y, con el crepúsculo, desaparecían los contornos de las cosas y comenzaba el espacio a poblarse de sombras. ¿Qué pasará? ¿Volverá la luz? La primera noche del ser es la primera experiencia angustiosa. Afortunadamente, venimos al mundo muy desvalidos y con esa forma rudimentaria de conciencia del recién nacido, que no distingue la noche del día. Así resulta ya aminorada y disminuida en sus comienzos la tragedia del humano existir.

Pues bien, ahora resulta que el hombre moderno, sin querer, quiebra sus propias defensas contra la angustia. Quiere una vida larga y placentera. De que sea larga encarga a la Medicina, y la Medicina, en su intento de hacerla más larga, en lugar de hacerla más placentera, le va instilando, todos los días y sin querer, unas gotas de angustia.

He aquí un proceso antinómico. Esas gotas de angustia le hacen dudar del progreso indefinido. De esa antinomia está impregnada también la lucha contra el dolor. El médico ha enriquecido la farmacopea antidolorosa de un modo maravilloso; pero, con frecuencia, los mejores medicamentos contra el dolor liberan al enfermo de unas cadenas para hacerle después caer en otras.

La medicina científica es la gran adversaria de la medicina mágica. Estamos en el siglo de los grandes éxitos de la medicina científica; pero —¡oh, misterio de la historia humana!— también en el siglo de los grandes curanderos. Pero no es eso sólo. La magia se infiltra en la propia Medicina por una escotilla curiosa. Ahora se han sometido a cuidadosos estudios estadísticos, los «placebos». Y tal estudio ha demostrado su eficacia en gran número de casos. Lo que cura en esos casos no es el medicamento que da el médico, sino el hecho de que el médico dé un medicamento. Es decir, esa forma especial de comunicación que se establece entre el médico y el enfermo. Para explicarla, yo apelaría a la analogía con los procesos de transferencia.

Lo esencial de la psicoterapia es la *transferencia*, es decir, la misteriosa comunicación psicológica que se establece entre el enfermo y el médico. En el psicoanálisis clásico se admite que el neurótico cura gracias a la re-

viscencia, ante el médico, de sus situaciones traumáticas anteriores, reviviscencia que le permite una maduración de su personalidad, libre de las influencias inhibitorias a que ha estado sometido durante su vida familiar. A mi modo de ver, el secreto de la transferencia es otro. Estriba en la relación mágica que se establece entre la personalidad angustiada del enfermo y la del médico. La angustia del enfermo no puede resolverse por poderes racionales, sino irracionales y mágicos. El médico es poseedor, en tanto se tiene fe en él, de tales poderes. Fe en él o en sus obras; es decir, en los medicamentos que administra. El secreto de los placebos radica en ser soporte de esa relación mágica, como lo son las vitaminas y tantos otros medicamentos como se emplean, cuya eficacia farmacológica dista de estar asegurada; no así su poder curativo. Tan importante es esta relación, que aun los mismos médicos, cuando están enfermos, viven de ella y reciben sus efluvios misteriosos, como cualquier ignorante campesino. Sus conocimientos no bastan a disolver la angustia; antes la crean. Yo conozco el caso de médicos de gran saber, que en trance de enfermedad han buscado esa salvación de la angustia aun fuera de la ciencia.

El cambio en la perspectiva del enfermo alcanza planos más hondos. Las enfermedades han sido consideradas, en tanto acontecimiento individual, como hechos puramente casuales. Una perspectiva científico-natural impone esa consideración de la enfermedad. A lo más, permitirá una aproximación estadística. Pero, aun así, se descubre que en una fábrica el tanto por ciento de accidentados no se difumina uniformemente por toda la población obrera, sino que hay unos cuantos que acaparan ese coeficiente. Cuando un obrero tiene un accidente, aun cuando cure totalmente, parece hallarse más predispuesto a nuevos accidentes. En una palabra, y para abreviar: en un hecho tan casual como el sufrir o no un accidente, influye la configuración personal.

Las neurosis aparecen en la vida en sus momentos cruciales, de tal suerte, que parecen tener un sentido dentro de la vida individual. ¿Ocurre lo mismo con todas las enfermedades?

Esta nueva perspectiva biográfica está llena de misterios. ¿Hasta qué punto una enfermedad aparece y define una crisis biográfica? V. Weizsacker contestaba siempre por la afirmativa a esta pregunta. Citaba, entre otros, el ejemplo de Primo de Rivera, cuya enfermedad última apareció tan íntimamente enlazada con su derrota política. Sin embargo, no es siempre posible llevar tan lejos la hermenéutica. Toda enfermedad adquiere siempre un sentido en la vida. La enfermedad es una limitación de la vida, como un trasunto de la muerte. Es una «muerte pequeña».

La cuestión del *sentido de la enfermedad* es, en verdad apasionante. Todo el mundo que ha estado enfermo conoce el proceso de rebeldía contra el destino que se alza en uno en el momento en que la enfermedad le abate: ¿por qué he de estar enfermo? Ese «ahora y aquí» de la enfermedad es el gran problema de la antropolo-

gía médica moderna. No se puede forjar una verdadera antropología que eluda ese problema. El hombre es un ser constitutivamente inválido y enfermo. Desde Nietzsche a Gehlen, por citar sólo los autores más próximos, en todos se repite el mismo tema. Pero, aparte de la invalidez constitutiva del hombre, está la inserción de una enfermedad -¿de cuál?- en un momento determinado de su vida. «La esencia de la enfermedad es tan oscura como la de la vida.» (Novalis.) Pero nadie nos impide querer penetrar en esa oscuridad, aun presintiendo que será imposible romper totalmente el misterioso velo que la cubre. Al hecho de vivir corresponde el hecho de poder estar enfermo. Tan es así, que Muller-Erhardt ha formulado este principio en una tesis que aparece una caricatura del mismo: «La enfermedad de no poder estar enfermo». Muller-Erhardt plantea el problema partiendo de los casos en los que una enfermedad corporal se suple por una psíquica. Muchas enfermedades psíquicas o mentales -dice- aparecen precisamente porque el enfermo no puede estar enfermo de su cuerpo. A los médicos educados en la medicina exclusivamente de base científico-natural, tal pensamiento puede parecer una blasfemia. Por blasfematoria que parezca, tal afirmación alude a una realidad misteriosa que nos ofrece la clínica: la suplencia entre enfermedades corporales y psíquicas; por ejemplo, la depresión, que suple a una úlcera gástrica o a un episodio artrítico. «En sujetos enfermizos -decía Quevedo- nunca los males huyen, sino múdanse.» (Sentencia 981.)

Encontrar el sentido de la enfermedad en la vida misma es olvidar que la vida humana es más que vida y no se agota en sí misma. Las interpretaciones del dolor y del sufrimiento necesitan también de esa perspectiva trascendente. Las enfermedades van acompañadas de dolor. Bien sabido es que el dolor es síntoma de la enfermedad. De ahí se pasó a afirmar que el dolor es heraldo o nuncio de la enfermedad y, por consiguiente, que se instala como un sistema defensivo. Mucha psicología del dolor se ha hecho limitándose a ese punto de vista. La experiencia demuestra, por el contrario, que hay enfermeda-

des graves que cursan sin dolor, y otras leves que se acompañan de terebrantes espasmos dolorosos.

El dolor no es siempre nuncio de la enfermedad, ni cuando aparece nos señala el peligro que la enfermedad encierra: el dolor, en cambio, es apertura, conocimiento. Sabemos de nuestro cuerpo por el dolor; sabemos del valor de la vida del prójimo y de la nuestra por el dolor. El dolor nos habla de que la vida no termina en sí misma, de que ese «más que vida» es, por una parte, conocimiento, y por otra, posible perduración.

La época actual ha creado una nueva actitud ante el dolor. Si ha crecido tanto la farmacología antálgica, es porque el hombre huye más del dolor, lo soporta menos, al mismo tiempo que sus poros más abiertos a él. El crecimiento fabuloso de la conciencia del hombre contemporáneo, la inflación de su conciencia, ha sido correlativa con un aumento de la sensibilidad por el dolor. Y, al mismo tiempo, el hombre, arrojado a la desnudez de la vida, ha vuelto a sentirse culpable. Hacía mucho tiempo que en la historia de la Medicina no habían aparecido tan entrañablemente juntos el tema de la culpabilidad y el de la enfermedad. La antilógica de la historia humana y de la vida ha permitido que, al mismo tiempo que se avanza en la «naturalización» de la enfermedad, es decir, en la concepción de la enfermedad como proceso físico-químico, surja el fantasma de la culpabilidad, envolviendo el proceso natural de la enfermedad. Naunyn decía: «La Medicina habrá de ser ciencia natural o nada»; pero la Medicina moderna se ha rebelado contra ese imperativo y, sin dejar de serlo, ha querido simultáneamente escuchar la famosa lección inaugural que pronunció Johannes Muller, en 1829, con el título: «De la necesidad que tiene la Medicina de una perspectiva filosófica». Postular una medicina filosófica es un grave error; pero no lo es postular una medicina en la que la persona humana entre en su totalidad y por la puerta grande. Una medicina personal que deba, no anular, pero sí absorber la medicina puramente científico-natural. Nunca la úlcera gástrica de un hombre será igual que la úlcera de un perro. La riqueza de la patología humana se debe precisamente a eso, a ser humana. ¿Triste privilegio?

«Nuestro tiempo», nº 64, octubre 1959. Editado por *Estudio General de Navarra*.

La importancia del medio y de la herencia en las manifestaciones de los trastornos psíquicos

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XXVI, núm. 2, junio 1967.

Resumen

En los últimos cincuenta años ha habido varias pendulaciones en la interpretación de la génesis de los trastornos psíquicos, unas veces haciendo prevalecer el punto de vista endógeno y otras el sociógeno. Kraepelin dejó establecida una nosología psiquiátrica. Basándose en la misma se iniciaron estudios sobre la herencia de las enfermedades mentales, aplicando diversos métodos. De todos, el que se demostró más fructífero fue el de los gemelos. Pero pronto se hubo de renunciar al propósito inicial de descifrar la herencia de los trastornos psíquicos con arreglo a las reglas de la herencia mendeliana. Los hechos psíquicos son demasiado complejos para reducirlos a esquemas tan simples. De todos modos siempre se aislaron algunas enfermedades, como el corea de Huntington, cuya transmisión se ajustaba en principio a las leyes mendelianas. En los últimos años la investigación se centra en el estudio de las anomalías cromosómicas, habiéndose logrado grandes avances, como ocurre en el mongolismo y el gran grupo de los llamados «errores congénitos del metabolismo».

Después de la última guerra y como obediencia a una consigna del «espíritu del tiempo» se acentuó el carácter sociógeno de los trastornos psíquicos. La situación creada es relativamente compleja. Por una parte salvo algunos trastornos específicos que pueden aislarse como enfermedades hay una fuerte tendencia, sobre todo en ciertas áreas culturales, a desmontar el edificio nosológico de la psiquiatría actual. Apenas hay dos escuelas psiquiátricas, por ejemplo, que concedan a la palabra «esquizofrenia» la misma significación. No es lo mismo lo que los centro-europeos llaman esquizofrenia que lo que los americanos comprenden bajo este nombre. La influencia de los puntos de vista psicoanalíticos y de los antropológicos (Binswanger, Zutt, etcétera) parece conducir a una interpretación unitaria y global de los trastornos mentales, en la que resulta acentuado

el papel genético de las circunstancias sociales. En las neurosis de influencia del medio ambiente es claro, tanto para los que las califican de «reacciones vivenciales anormales» como para los que aceptan el punto de vista psicoanalítico. Las neurosis son sociotas, se dice. De ahí a decir que las psicosis son sociotas no hay más que un paso. Gran número de estudios se dedican en estos últimos años a poner en relación la aparición de los trastornos psíquicos con diversas características del medio social. En todas ellas queda deseado el concepto de «enfermedad mental». Por eso algún autor ha podido decir «las enfermedades mentales son un mito», es decir, no tienen nada que ver con el resto de la patología somática y sí sólo con los trastornos de la comunicación social.

En esta encrucijada se encuentra la Psiquiatría actualmente. Por un lado, reconociendo la influencia del medio cultural y la condición histórica de los trastornos psíquicos no debe olvidarse del substrato somático en el que asientan muchos trastornos mentales. La dificultad está en cómo concebir eso que se llama lo «endógeno» y las relaciones de lo «endógeno» con la base hereditaria. Lo evidente es que ahora no se puede plantear el problema como herencia de las enfermedades, sino como relación entre disposición e influencias del medio ambiente. Los estudios sobre la evolución de la personalidad (relación madre-niño, etc.) tiene que verse también con arreglo a estos puntos de vista.

El examen de estas cuestiones lleva al autor a acentuar el papel de lo endotímico en la génesis de las psicosis endógenas y de las neurosis, según ha demostrado en sus trabajos sobre las depresiones y las neurosis. Las neurosis no son puramente psicodinámicas, sino también fisiodinámicas. La psiquiatría actual no puede renunciar a sus grandes temas: el de las fronteras entre lo normal y lo anormal, el de las relaciones entre los estratos noéticos y endotímicos, de la farmacoterapia con la psicoterapia, de lo natural y lo cultural en el hecho psicopatológico, etcétera.

La psiquiatría moderna pretendió alcanzar su estatuto científico estableciendo y describiendo las analogías existentes entre la medicina somática y la medicina psicológica. Esta fue, sobre todo, la obra de Kraepelin, si bien hubo como es natural, muchos intentos anteriores a él sobre los que se apoyó. El objetivo consistía en aislar «entidades morbosas», «enfermedades» como las que existían

en medicina somática. El desconocimiento y la ausencia de lesiones anatomopatológicas que sirvieran de base a esta propuesta nosológica indujo a Kraepelin a buscar la «unidad morbosas» a través de un conjunto de caracteres, tales como la unidad de causa, la similitud de curso y de pronóstico y, naturalmente, la lesión anatomopatológica cuando existiera. Estas coincidencias

permitieron establecer la actual clínica psiquiátrica que, a pesar de numerosas correcciones, todavía manejamos.

El conjunto de estas condiciones representa un ideal nosográfico que tampoco cumple, salvo excepciones, la medicina somática: con idéntica unidad etiológica, los cursos son distintos en las enfermedades somáticas y Krehl puso de manifiesto la influencia de la personalidad en la forma de enfermar. La medicina psicosomática, con su actual expansión no hace más que subrayar este punto de vista. La definición de enfermedad no ofrece menos dificultades en medicina somática que en psiquiatría.

Bonhoeffer llamó la atención sobre el hecho de que el organismo tuviese una respuesta unívoca, desde el punto de vista psicopatológico, a multitud de agentes externos: infecciones, intoxicaciones, traumas y enfermedades somáticas diversas, etc. El «síndrome exógeno» se caracteriza, sobre todo, por trastornos de la conciencia. Hoche, por otra parte, afirmaba que el empeño nosológico resultaba baldío y que la enfermedad no hacía más que liberar una serie de síndromes preformados, es decir, modos de respuesta a las agresiones externas o a los desequilibrios internos. La gravedad de la importancia de tales objeciones no pasó desapercibida para Kraepelin, quien, en los últimos años de su vida, volvió sobre el tema tratando de describir las formas en las cuales la «locura» podía manifestarse.

Estas formas eran, para Kraepelin, las siguientes: 1. *Delirante*, coincidente con el «síndrome de reacción exógena» de Bonhoeffer y en el cual los síntomas tienen una cierta analogía con las vivencias del ensueño. 2. *Paranoide*, que se presenta en la paranoia, en los querulantes, en las diversas formas de psicosis carcelarias, en las formaciones delirantes de los alcohólicos y cocaínómanos, en la demencia precoz, en la psicosis maniaco-depresiva y en la demencia senil. Su base se halla en la falta de confianza que cada uno debe tener con el mundo que le rodea. 3. *Alteraciones afectivas morbosas* que dominan el cuadro de la locura maniaco-depresiva, pero que aparecen también en las parálisis, en la demencia precoz, en los psicópatas y, en general, en cualquier trastorno mental. Una parte de las formaciones delirantes tienen aquí su fundamento, tales como las formaciones delirantes catatímicas. 4. Síntomas *históricos* basados sobre la reacción de conversión, aunque Kraepelin no utiliza esta expresión. Los movimientos afectivos se desdibujan no sólo por las vías expresivas sometidas a la voluntad, sino por otras habitualmente sustraídas a ella. 5. Manifestaciones *instintivas*. Sobre todo se refiere a los actos impulsivos. 6. *Esquizofrénica* cuya esencia la ve en la imposibilidad de mantener el timón de la personalidad. Las manifestaciones esquizofrénicas no se limitan al área de la demencia precoz, sino que aparecen en otras enfermedades como la parálisis, los traumas cerebrales y la demencia senil. 7. La *alucinosis* verbal: su ejemplo típico está constituido por las voces dialogadas (esquizofrenia, alucinosis alcohólica, delirio cocaínico, parálisis y otras afasias sífilíticas, delirio de persecución de los sordos y de los presos). 8. Los procesos *destructivos*, como las arteriosclerosis, la parálisis, la encefalitis, etc., producen lo que Kraepelin llama el *síndrome encefalopático*. 9. Las *oligofrenias*. 10. Los *síndromes epilépticos o epileptoides*.

En Kraepelin se manifiesta, pues, un desplazamiento de la enfermedad hacia el síndrome y este desplazamiento subsiste muy insistente en la psiquiatría actual. Así resulta que el autor que con más pureza y rigor descriptivo intenta el aislamiento de los diversos trastornos psíquicos, K. Schneider ofrece una clasificación que mantiene ese carácter sindrómico para muchas de ellas. *La enfermedad, dice, es sólo corporal*. Existen trastornos psíquicos con base corporal y que resultan definidos por ella. En otros, la base corporal es *supuesta* (ciclotimia y esquizofrenia). Describe la ciclotimia y deja un grupo de trastornos no incluidos en ella; a esto, dice, *llamo esquizofrenia*. Aparte se hallan las *anomalías o variaciones psíquicas* (psicopatías y neurosis).

Ante esta problemática no extrañará que cada vez hayan tomado más cuerpo los intentos opuestos, cuyo punto de vista podemos resumir así: no es posible aislar enfermedades mentales en el mismo sentido que las somáticas. Tampoco importa, porque esta actitud descriptiva no sirve para nada. No hay que hacer diagnósticos, lo importante es comprender a cada enfermo en su singularidad. *El trastorno mental es psicodinámico*. La interpretación psicodinámica es la que lleva consigo la curación de la enfermedad. *La enfermedad mental no es tanto un hecho biológico como un hecho social*.

La influencia que en este punto de vista ha tenido el psicoanálisis es evidente. El psicoanálisis empieza por describir unos cuantos casos de histeria, descubriendo la génesis traumática de los mismos. El trastorno se debe a una serie de impactos vivenciales ocurridos en la infancia del sujeto. Ya no se trata de una disposición más o menos heredada, sino de una alteración adquirida durante la vida (histeria traumática). Esta interpretación en la génesis de la histeria se extiende después a las neurosis y posteriormente —a pesar de ciertas reticencias del mismo Freud— a las psicosis. Hoy existen muchas escuelas psiquiátricas para las que las psicosis endógenas se constituyen con el mismo esquema que las neurosis. Se trata de alteraciones en el desarrollo de la personalidad producidas por las influencias del medio ambiente. En esta línea se ha ido tan lejos que algún autor, como Szasz, llega a hablar del «mito de las enfermedades mentales». Las enfermedades mentales —dice— no son enfermedades como las del cuerpo. Son «trastornos de la comunicación» y no tienen nada que ver con el resto de la Medicina. Las enfermedades mentales son *sociosis*, según el citado autor. Charcot y Freud son los responsables —insiste Szasz— de esta mitologización del «trastorno en la comunicación» bautizándolo con el nombre de enfermedades, como si se tratara de una parálisis orgánica o de una cirrosis hepática. Por otra parte, todo el edificio nosológico que con tanto esfuerzo inició Kraepelin y que después fue elaborado y desarrollado por psiquiatras especialmente del área lingüística alemana, es vivamente atacado desde perspectivas distintas. Sería un grave error creer que lo que se llama «esquizofrenia» en Munich o en Heidelberg o en Madrid es lo mismo que en Topeka o en Buenos Aires. Al no tomar en cuenta la posible presunta

TABLA I

Combinación entre los padres	Núm. de parejas	Cifras de hijos		Número psicosis en hijo				Psic. endog. en total números absolutos y probab. enfermar
		Según Strongen esquiz.	Según Strongen Winbergg PMD	Esqz.	PMD	Atíp. endog.	Endog. insufic. conocidas	
Esquiz. por esquiz.	34	61,3	23,1	20 8/2	—	—	1	20 8/2 = 39,2 %
PMD por PMD	20	57,1	27,5	1	9 1/2	2	1	13 1/2 = 44,4 %
PMD por esquiz.	19	61,4	42,5	6 2/2	6 2/2	1	2	15 1/2 = 31,2 %
Psic. endógena atípica por esquiz.	23	68	41,3	8	1 1/2	3	2/2	12 3/2 = 21,3 %
Psic. endógena atípica por PMD	21	43,3	27,2	—	4 1/2	4 1/2	—	8 3/2 = 28,8 %
Psic. endógena atípica en los dos	17	58	43,6	5	5 1/2	10 1/2	2/2	20 4/2 = 41,3 %

base somática de los trastornos, éstos no se aceptan como enfermedades en sentido estricto, sino como grados de perturbación en las relaciones del individuo con la sociedad. Menninger ha publicado un libro con el nombre de *Vital balance*, en el cual la patología mental se interpreta como un tránsito gradual y creciente de la normalidad al trastorno grave y más desintegrador. Para Menninger no debe haber diagnósticos.

• • •

Podemos establecer, para ver con claridad la cuestión, el siguiente esquema: existen trastornos mentales cuya presentación se halla ligada evidentemente a lesiones anatómicas o a alteraciones funcionales del cuerpo (psicosis orgánicas en general). Otros, en los que las alteraciones somáticas son supuestas o postuladas (psicosis endógenas). Otros, finalmente, en los que la base somática no existe, ni se postula y parecen sólo ligadas a la condición psíquica humana (neurosis y psicopatías). Sobre un punto es necesario insistir: aun en los trastornos psíquicos más ligados a una lesión corporal, junto con esta obligatoriedad sintomática existe una cierta independencia. La lesión determina la presentación de la psicosis, pero no su forma de aparecer. Aun en la misma parálisis general, modelo de las psicosis orgánicas, no se sabe, a la vista de las lesiones, cuándo un paralítico ha presentado un síndrome depresivo y cuándo uno expansivo. Existe una sintomatología cuya dependencia de la lesión somática es más evidente, la demencia; pero hay otra sintomatología que depende de la personalidad y aun del medio. Ahora son menos frecuentes que antes los delirios de grandeza. Esta *plasticidad* del enfermar psíquico en relación con la personalidad y con el medio es mayor a medida que nos alejamos más de los trastornos estrechamente ligados a la presencia de lesiones corporales, especialmente de las cerebrales. Desde Birnbaum se distingue en psiquiatría entre factores *patogénicos* y *patoplásticos*; pero esta distinción es clave sólo

teóricamente, ya que es necesario ahondar, en cada caso, en una u otra vertiente. Por ejemplo, el trabajo realizado en una serie de 174 pares de gemelos alcohólicos demuestra que el deterioro mental no depende de la cantidad de alcohol consumido. Es decir, el deterioro que ocurre en algunos casos de alcoholismo no es por efecto del alcohol, sino de un factor etiológico en el establecimiento del abuso. Por otra parte, en las neurosis y en las reacciones vivenciales anormales, las circunstancias ambientales actúan no sólo patoplásticamente, sino patogenéticamente. Esta interpretación psicodinámica de los trastornos se tiende a extender por muchos autores a las depresiones y a la esquizofrenia. Hoy es frecuente hablar de «madres esquizofrenógenas». El problema necesita ser, pues, más detenidamente analizado.

• • •

Examinemos primeramente la situación actual de la genética psiquiátrica.

La idea que impulsaba las investigaciones de la época que podríamos llamar kraepeliniana era muy distinta de aquellas vagas afirmaciones de los tiempos de Morel y Kraft-Ebbing sobre el origen de las enfermedades mentales. No se trataba de explicar la presencia de la enfermedad mental como una «degeneración» de la especie humana, sino de hallar relaciones genéticas claras, de carácter mendeliano, que permitiesen aislar determinados tipos de trastornos a los que conceder el nombre de enfermedades. De la misma manera que el primitivo esquema nosológico se cumplía en la parálisis general, este esquema genético se cumplía en alguna enfermedad de perfiles tan circunscritos con el corea de Huntington.

Así se iniciaron, primero por la escuela de Rüdín, y después por una amplia serie de investigadores, numerosos trabajos sobre la herencia de los diversos tipos de trastornos mentales; pero ni las psicosis endógenas, ni las anomalías de la personalidad, ni los trastornos vivenciales se mostraron aptos para que las reglas mendelia-

nas pudiesen ser aplicadas a su transmisibilidad hereditaria. Una enorme y admirable serie de trabajos vieron la luz. En el -Kraepelin Institut- se creó entonces un departamento genético. Después de la última guerra han continuado las investigaciones en diversos países. En el Hospital Maudsley de Londres, por ejemplo, bajo la dirección de Slater, en la Universidad de Columbia, bajo la dirección de Kallman. En los países escandinavos ha existido siempre una especial inclinación a estos estudios, precisamente por la estabilidad de la población a lo largo de los años, permite la realización de investigaciones genealógicas de una singular precisión.

Como el primitivo intento de encontrar el esquema mendeliano de la transmisión se frustró, los investigadores se dirigieron, sobre todo, a averiguar la probabilidad de enfermar en las familias con una determinada psicosis, por ejemplo la esquizofrenia, comparada con la frecuencia de enfermedad en la población media. Así, por ejemplo, para esta enfermedad las probabilidades de enfermar son las siguientes (término medio de varios estudios):

Probabilidad de enfermar en la esquizofrenia

Población general	0,85 (1)
Hermanastros	7-8
Hermanos	5-15
Padres	5-10
Hijos (de un solo padre esquizofrénico)	8-16
Hijos (cuando los dos son esquizofrénicos)	53-58

Esta progresión en la probabilidad de enfermar a medida que se estrecha el parentesco con el probando psicótico demuestra la existencia de la base hereditaria del trastorno. Análogamente se ha podido establecer esta base para la psicosis maniaco-depresiva.

Angst, en un interesante trabajo sobre las depresiones, en las que parte de 331 probandos, encuentra que cuanto más tarde aparece la psicosis endógena, tanto más psicosis se encuentran en la parentela y tanto más se demuestran factores provocados psíquicos o somáticos en la aparición de la enfermedad. Si la enfermedad aparece más precozmente la influencia de éstas disminuye. Las depresiones endógenas afectan más a las mujeres que a los hombres, lo cual se halla genéticamente determinado.

La frecuencia de psicosis endógenas en hijos de esquizofrénicos o de maniaco-depresivos es mayor que en el término medio de la población como se ve en el esquema anterior (tabla I).

Dicho cuadro está compuesto de 134 parejas de padres psicóticos, según las cifras de Kahn, Schulz y Elsässer, número absoluto de casos de psicosis y probabilidad de enfermar los hijos (PMD = psicosis maniaco-depresiva) en los casos de psicosis dudosa computados como 1/2.

(1) La mayoría de los investigadores concuerdan en que la probabilidad de enfermar es de más del 10 por 100.

TABLA II Probabilidad de esquizofrenia para los gemelos cuando el probando es esquizofrénico

Autor	Año	Núm. de los pares		Concordancia en %	
		Dicó-ricos	Mono-córicos	En dicr.	En monoc.
Luxemburger	1930	69	21	3,3	66,6
Rosanoff	1934	101	41	10,0	67
Essen-Müller	1941	24	7	16,7	71,4
Slater	1951	115	41	14,0	76,0
Kallmann	1952	685	268	14,5	82,2

Para precisar más hasta qué punto y forma el trastorno es hereditario o es influenciado por el medio se ha apelado al método de los gemelos. Los procedentes de un solo óvulo se parecen entre sí como la mitad derecha e izquierda del cuerpo. Los que proceden de dos óvulos se parecen como dos hermanos. La comparación entre ambas series gemelares podría considerarse como una medida del -quantum- hereditario del trastorno psicótico estudiado. Las series gemelares estudiadas han sido numerosas. Para elegir un ejemplo citaremos la de Kallmann. La probabilidad de enfermar de los gemelos dizigóticos esquizofrénicos es de 14,5 por 100, en tanto que la de los gemelos monozigóticos es del 86 por 100. Es decir, la probabilidad entre los dizigóticos es la misma que entre hermanos, a pesar de que por regla general han crecido en el mismo medio, mientras que el medio en el que han crecido los hermanos de los probandos esquizofrénicos es mucho más variable. El cálculo de variabilidad en estas series permite establecer una serie de consideraciones sobre la penetración, la expresividad, el carácter letal del supuesto gen conductor de la esquizofrenia, etc.; pero, precisamente, las numerosas variables existentes no permiten establecer otras afirmaciones que las de una cierta base genética de los trastornos. Estudios análogos se han hecho para la psicosis maniaco-depresiva.

Tienari ha realizado una investigación exhaustiva en Finlandia. Del registro civil, período comprendido entre 1920 y 1929, se han extraído todos los pares gemelares. El material comprende 1.053 pares, de los que el autor ha investigado 903. De ellos, 49 tenían trastornos psíquicos,

TABLA III Probabilidad de psicosis maniaco-depresiva en gemelos cuando el probando es maniaco-depresivo

Autor	Año	Núm. de los pares		Concordancia en %	
		Dicó-ricos	Mono-córicos	En dicr.	En monoc.
Luxemburger	1930	13	4	0,0	75,0
Rosanoff	1934	67	23	16,4	69,6
Slater	1951	30	6	23,3	66,7
Kallmann	1952	55	27	23,6	82,6

de los cuales 16 eran esquizofrénicos. De los 16 hermanos de los gemelos monocóncos en ninguno se encontró una esquizofrenia. Otros tres se diagnosticaron de personalidad neurótica. En tres se diagnosticó una neurosis. En 12, carácter esquizoide. Sólo cuatro se mostraban indemnes. Según esta serie la concordancia entre los pares masculinos es menor que los femeninos y menor que en los enfermos procedentes de un establecimiento psiquiátrico.

Desde la publicación del libro *Verbrechen als Schicksal* («Crimen como destino»), por Lange, ha persistido el propósito de utilizar los estudios gemelares como método para determinar lo que se debe a la herencia y lo que se debe al medio ambiente en la personalidad psicótica. En una de las más recientes investigaciones, Shield seleccionó una serie de gemelos de la población general a través de un programa de televisión. Eligió 42 pares de MZ que habían vivido separados desde los primeros pasos en la vida y los comparó con igual número de pares DZ que habían vivido juntos siempre, los cuales a su vez fueron comparados con 28 pares de DZ que habían vivido separados. Ese estudio demostró, como ya se conocía por muchos trabajos anteriores (Newmann, Freeman, Holzinger), la similitud entre los gemelos MZ, hubiesen vivido juntos o separados, frente a la disimilitud de los gemelos DZ. La similitud fue comprobada por los coeficientes de correlación entre los tests de inteligencia verbal y no verbal y el test de extraversión y neurotismo de EMPI (Eysenck-Maudsley Personality Inventory). La única excepción fue el peso corporal en las mujeres cuya correlación fue menor en los grupos MZ que vivían separados que en los otros grupos. Se pudo comprobar claramente la influencia de medio ambiente. Los gemelos que vivían en hogares psicológicamente desfavorables mostraron una menor puntuación en la escala de salud mental. Los gemelos MZ, por el contrario, se mostraron similares en maneras, timbre de voz, temperamento, gustos y otros aspectos de la conducta, incluso la sexual. Las personalidades que mostraban características especiales, tales como la tendencia a la ansiedad, a la inestabilidad emocional y a las variaciones ciclotímicas al borde de la normalidad se mostraron igualmente concordantes entre los MZ, aunque hubiesen crecido en medios distintos.

Las más recientes investigaciones gemelares (Juel-Nielsen) tienden a confirmar lo que se mide por los tests. También la personalidad —y la neurosis— se hallan poligenéticamente condicionadas.

Rosenthal y colaboradores han tenido ocasión de estudiar un caso excepcional de gemelos cuádruples esquizofrénicos con un genotipo común (Genian quadruplets). Después de un estudio exhaustivo de la personalidad y medio de los mismos proponen los siguientes esquemas de interacción entre ambos: 1) El genotipo proporciona la base física, el anclaje para la reacción esquizofrénica, pero esta reacción no ocurre si no existen otras condiciones de medio que la pongan en acción (teoría de la «diátesis-stress»). 2) El factor endógeno es laten-

te y el exógeno lo pone de manifiesto. 3) En otros casos hay que pensar en una activación, es decir, no en una manifestación de lo endógeno por «stress», sino en un acúmulo de ambas acciones. 4) Ambos factores producen el mismo efecto fenotípico. Este es el modelo que Rosenthal considera más adecuado para los «genian quadruplets». Estos «quadruplets», de pequeños, tenían un carácter inhibido, poco comunicativo. El régimen familiar era del mismo tipo. Cuando los niños enfermaron la inhibición extrema se manifestó mediante síntomas catatónicos. 5) El otro modelo consiste en «facilitación-resistencia»: se explica mejor a la teoría monogénica-bioquímica. No se necesitan factores que favorezcan la aparición de una enfermedad, sino la ausencia de las que la inhiban. Esta no se considera de carácter psicológico, sino constitucional. 6) Finalmente, el otro esquema es el de la acción recíproca en el cual cada factor intensifica al otro.

En resumen, lo único específicamente somático que se puede encontrar —desde el punto de vista etiológico— es esta *disposición genética* demostrada por la investigación familiar y gemelar; pero el genotipo está sometido a numerosas influencias en sus manifestaciones, tales como la de otros genes y el medio ambiente. Existe otra posibilidad conocida en genética humana, la de la «genocopia», es decir, que sólo por los factores de medio se obtenga el mismo cuadro que por factores ambientales. En cualquier caso la «penetración» del gen no es absoluta, sino que puede ser muy relativa. Y lo mismo ocurre con la «expresividad». Tampoco cabe duda de que en alguno o muchos casos el gen puede quedar latente.

El estudio de los enzimas y cromosomas ofrece grandes perspectivas. Copen y Cowie no han podido confirmar el hallazgo de un aumento en el yodo proteínico, indicador de una anomalía tiroidea, en los niños con síndrome de Down. En cambio, ha demostrado que las madres que han tenido un niño mongólico a los veintisiete años o aún más jóvenes, se distinguen de las de madres viejas por una cuota elevada de hormonas andrógenas. También se ha demostrado este hallazgo en madres con múltiples abortos. Estas observaciones movieron a la investigación de la secreción de esteroides en las madres de niños mongoloides, confirmando la existencia de diferencias en el quimismo entre las madres jóvenes y viejas. Las jóvenes que habían dado a luz un mongólico presentaban un aumento de dehidroepiandrosterona con respecto a la cifra total de 17-cetoesteroides. Muchas explicaciones se pueden dar de este hecho. Unas de ellas es que las madres viejas son normales, en tanto las jóvenes son portadoras de una desviación cromosómica insuficiente para manifestarse patológicamente, pero sí para producir una diferencia en el metabolismo de los esteroides.

Theo Lang sostuvo que la homosexualidad humana era una forma de intersexualidad. Se apoyaba en el predominio de varones en las familias de homosexuales masculinos. Pase ha demostrado, por el contrario, que los homosexuales son cromatino-negativos, es decir,

que en ellos la ausencia de corpúsculos de Barr es la misma que en los varones corrientes. En los homosexuales la edad media materna es de 31,3 años, en la población media de 28,5 años, en los mongólicos de 36,7 años.

* * *

En resumen, creo que la acción de los dispositivos hereditarios puede concebirse de la siguiente manera:

1. Existe una gradación entre formas hereditarias estrictas como en el síndrome de Down y otras en las que sólo se puede hablar de una base de predisposición hereditaria como en las psicosis endógenas. Aun en las formas morbosas más típicamente hereditarias, como es el corea de Huntington, existe una cierta variabilidad en sus manifestaciones que llega desde los síntomas neurológicos a los psíquicos pasando por los metabólicos.

2. Supuesta una base genética, el camino hasta su manifestación es complejo. No sólo existen modelos diversos, sino que éstos pueden coexistir. La zona más llena de incógnitas es, como siempre, la de las relaciones entre las disposiciones genéticas y las manifestaciones fenotípicas de carácter psíquico.

3. Es necesario buscar perspectivas nuevas en genética psiquiátrica. Aparte del estudio de las bases genéticas de las formas clínicas, tal como se describe en la actualidad, es necesario abordar las bases genéticas del pronóstico. En definitiva, la cuestión más importante es la de la evolución de los trastornos. Sintomatologías clínicas análogas siguen cursos distintos. La terapéutica actual de la esquizofrenia y de las depresiones tienen una franja común y otra diferencial. En la acción farmacológica también se ha descubierto una cierta afinidad familiar, por ejemplo, familias de depresivos que responden bien, familiarmente, a una o a otra medicación (Angst). Lo importante sería estudiar la base genética de la cronificación del trastorno psíquico y del deterioro de la personalidad.

4. Tanto los estudios genéticos como los referentes a factores externos están influidos por la distinta manera de establecer los diagnósticos en los diversos países y en las diferentes áreas psiquiátricas. Cuando el diagnóstico de esquizofrenia se dilata tanto como en la escuela americana que califican así a enfermos que nosotros diagnosticamos de neuróticos, psicópatas y aun puramente homosexuales, los hallazgos serán evidentemente distintos. Los estudios de Kallmann constituyen una excepción, porque los inició en Europa y prosiguió en Estados Unidos con el mismo criterio. Zutt llama la atención sobre la similitud de las cifras de concordancia entre los gemelos esquizofrénicos y los tuberculosos según los estudios de Verschuer; pero esta similitud no va en contra de la demostración de la existencia de una disposición, porque precisamente ésta se admite para la tuberculosis basándose en los mismos y considerando la ubicuidad de la exposición al contagio.

5. No se pueden ignorar las -cargas interpretativas- que existen en todos estos trabajos. Hirsch, en uno dedicado a la genética conductista, dice que la uniformidad en los medios educativos a la que se va llegando en cada país y aun en el conjunto de los países desarrollados, con el intento de crear la -gran sociedad-, constituye el mayor experimento de selección natural, puesto que podríamos producir un sistema más rígido de castas basado en las disposiciones genéticas, ya que el medio social se uniforma. Sin embargo, agrega, la mutación, las combinaciones genéticas, la selección neurótica y la inhabilidad para transmitir sólo una pequeña parte de la experiencia individual, garantiza la presencia de variantes en la nueva generación y la persistencia de la movilidad social.

6. El punto importante de si la genética demuestra que las psicosis endógenas son realmente endógenas, no debe en modo alguno -absolutizarse- como hacen algunos genetistas. La somaticidad de las mismas es un postulado. En cualquier caso son distintas de las psicosis orgánicas y yo agregaría que como formas de *enfermar* son también diferentes de éstas. Sobre su mayor o menor influenciabilidad o provocación por el medio la cuestión queda abierta en cada caso. Los tratamientos nos sirven en algunos casos para poder intuir lo que hay de disposición en la personalidad en el sentido de algo *dado*, permanente y lo que hay de fásico o transitorio, a pesar de estar *dado*; además, lo que hay de histórico-determinante y lo que hay de histórico-plástico en cada enfermo.

* * *

Sin embargo, todas estas investigaciones genéticas no se hallan sin contrapartida. Dejando aparte algunas enfermedades como las ya citadas (corea de Huntington, mongolismo, etc.), en el resto de las manifestaciones de los trastornos psíquicos se ha venido concediendo gran importancia a los factores procedentes del medio ambiente. En los últimos años de su vida Kraepelin organizó una expedición a Java para estudiar la influencia del medio en la aparición de los trastornos mentales. Por cierto que la ausencia de trastornos metasifilíticos, que fue uno de sus hallazgos, no fue después comprobada por Beringer. El estudio de las variaciones en la presentación de las enfermedades mentales en las diversas áreas culturales constituyen la llamada -psiquiatría transcultural o crosscultural-. Su importancia se reconoce en cuanto se piensa que la enfermedad psíquica es, muy especialmente, una enfermedad social. Pero esta nota de -social- de la enfermedad ofrece varios aspectos. Uno muy claro es el de la plastia de la enfermedad: su morfología o manifestación sintomatológica según la estructura de la sociedad en la cual vive. Este aspecto es evidente. El tema de un delirante depende de las circunstancias de su vida personal o de la estructura de la sociedad en la cual vive. Se comprende fácilmente que un delirio de invención tuviera los submarinos por tema hace cincuenta años y ahora lo tengan los -misiles-.

Pero este esquema resulta demasiado simple para interpretar todo el espectro patológico. Para poder arrojar más luz a toda su extraordinaria complejidad tomemos el ejemplo de las neurosis. Las neurosis son reacciones vivenciales anormales o reacciones conflictivas. De ahí su gran plasticidad histórica. No es lo mismo la histeria de Sydenham que la de Charcot, ni que la de nuestros días. La diferencia no se debe sólo al cambio de opinión de los médicos, sino a las *diferencias en la manera de expresarse los enfermos*. Se establece aquí un círculo vicioso. El enfermo construye en parte, su sintomatología, como respuesta al esquema que el médico se hace de la misma. Y viceversa. Esta enorme plasticidad aleja la neurosis de todo posible sustrato material y las convierte en «sociosis». De ahí que las fronteras entre lo normal y lo patológico sean distintas según las áreas culturales en las que nos situemos.

* * *

Así ha surgido la «psiquiatría comparada» una de cuyas ramas es la «etnopsiquiatría». La comparación puede hacerse apoyándose en las evoluciones del material histórico. Es evidente el cambio de fisonomía de las neurosis en el curso de los últimos cien años, como acabo de subrayar. Por eso se puede hablar de una *concordancia entre el estilo de enfermar y el estilo de vivir*. La angustia, que se halla en la base de las neurosis se manifiesta de un modo u otro, según la atmósfera que la envuelva, aunque sus radicales sean los mismos. *La secularización de la angustia contemporánea* ha modificado no sólo su máscara, sino también el nivel de sensibilidad frente a ella. Las neurosis se han somatizado. Buscan más los canales vegetativos para expresarse que los canales senso-motores.

Con respecto a las depresiones los problemas que plantea una psiquiatría comparada son varios, de los cuales sólo destacaré los más importantes:

1. En primer lugar, se halla la presencia o ausencia de depresiones en las diversas áreas culturales. En numerosos trabajos se afirma que en los pueblos primitivos apenas existen depresiones. Las depresiones apenas se ven «dicen» en los pueblos africanos y muy poco en los asiáticos, comparando con su frecuencia en los pueblos europeos. Se señala, en cambio, la frecuencia de las manías en los pueblos asiáticos (Gold, Carother, Hoch, Pfeiffer, Lambo, Benedict y Jacks). Kluge dice que en Java e Indonesia hay pocas depresiones y raros suicidios. Ari Kiev tampoco encuentra psicosis manícodepresivas en las Indias Orientales. También señala la mayor frecuencia de las manías con respecto a las depresiones (Carother, Hsien Ru, etc.). A mi modo de ver, estas afirmaciones hay que tomarlas con una cierta cautela. Se necesita un cierto conocimiento de lo que es y no es enfermedad para que las depresiones sean reconocidas como tales y acudan al médico.

Otras veces, esta misma ambigüedad actúa psicodinámicamente y determina que las depresiones, sobre todo las angustiosas, se manifiesten más viva y dramáticamente. Hemos visto, por ejemplo, una enferma con un cuadro pseudodemencial que en el fondo era una depresiva, a quien la familia tenía más bien por vaga que por enferma.

2. La propia sintomatología de las depresiones. De las tres angustias fundamentales que la depresión revela: la angustia ante el ser, como culpabilidad, ante la finitud corporal, como hipocondría y ante el mundo, como pobreza (K. Schneider), hay un predominio de una u otra, en los temas delirantes correspondientes, según las circunstancias históricas. Muchos trabajos están de acuerdo en señalar la disminución del tema de la culpabilidad en los últimos tiempos, coincidiendo precisamente, con la secularización de la sociedad contemporánea (Orelli, Janzarik Arnold, Lenz, etcétera). A este dato se agrega el de la relación entre este tema y la mentalidad colectiva. Lenz dice, un poco exageradamente a mi modo de ver, que el hombre primitivo no tiene ninguna conciencia y, por tanto, no puede tener ningún sentimiento de culpabilidad. Murphy, Wittkower y Change han comunicado los resultados de una encuesta sobre la sintomatología de las depresiones en 30 países. Las ideas de autoacusación se presentaban casi exclusivamente en pueblos cristianos. Jankelevich dice que en la Guinea africana las depresiones aparecen bajo forma de estupor o agresión, pero no con sentimiento de culpabilidad. Orelli y otros autores señalan, por otra parte, el incremento de los delirios hipocondríacos coincidiendo con la supra-valoración que el hombre moderno hace de su cuerpo.

Si se examina a fondo el cuadro clínico de las depresiones actuales, puede verse con mayor claridad qué hay de verdad en la afirmación del decrecimiento del tema de la culpabilidad. Efectivamente, éste decrece como culpabilidad moral a tenor de un código de base religiosa; pero no como culpabilidad ontológica y existencial. Más bien en esta forma se halla presente en la mayoría de los depresivos. La culpabilidad existencial surge de la toma de conciencia de la naturaleza deficitaria y frustradora del proyecto existencial. Vivir es avanzar en la vida y cada acto vital en sí es una elección, pero al mismo tiempo una renuncia. Esta renuncia constitutiva se hace transparente en el fondo del depresivo. Lenz habla del «Lost-Syndrom», del síndrome de la pérdida. El depresivo no tiene apetito, ni sueño, ni interés por nada, etc. El depresivo no siente interés por la vida. La vida en sí parece como desprovista de sentido, con un «quantum» considerable de absurdo y de vacío. Como esta experiencia es primaria, es decir, nace en las profundidades del ser, en la conciencia aparece como culpabilidad primaria, como frustración esencial. En este sentido, pues, en las depresiones se revela el nihilismo que caracteriza al hombre contemporáneo.

Con respecto a la esquizofrenia puede decirse que la forma paranoide sólo se ve en pueblos de cultura diferenciada y que en los demás predominan las formas he-

befrénicas y catatónicas. Depende de la cultura de cada pueblo, si las psicosis esquizofrénicas son reconocidas o no como enfermedad. Un fakir o un eremita en la India puede ser, según la óptica europea, un estado residual esquizofrénico. Urban dice que en muchos Gurus es muy difícil decidir si se trata o no de un esquizofrénico. En muchos pueblos orientales los cuadros clínicos se encuentran, además, enmascarados y complicados por las drogas, como en Europa por el alcohol.

En el trabajo de Murphy, Wiltrower, Ellenberger y Fried se señala que el síndrome paranoide es menos frecuente en el agro que en la ciudad, y que en cambio, en aquel son más frecuentes los contenidos religiosos. En general, señalan que en todas partes la esquizofrenia se caracteriza por su retraimiento social y emocional, por su decadencia afectiva y por las ilusiones y alucinaciones. Las formas hebefrénicas son muy frecuentes en Japón y Okinawa, el tipo catatónico en todo Asia en general, en tanto que tipo paranoide y alucinatorio en el área euro-americana. La catatonía en los indios es inhibitoria en tanto que en los africanos y sudamericanos se presenta como excitación. Lucas Saruisbury y Collin señalan que entre los negros esquizofrénicos en los Estados Unidos predominan los delirios religiosos y las alucinaciones, mientras que entre los blancos son más frecuentes las ideas hipocondríacas y las de referencia.

* * *

Existen numerosos cuadros clínicos que son típicos de una región determinada. Ellenberger ha escrito recientemente un resumen excelente sobre esta cuestión. Entre los más conocidos citaremos los siguientes: *Amok*, *Berserkerwut*, *Kayat*, *Latbab*, *Myriakit*, *Imu*, *Koro*, *Windigo*, etcétera. En todos ellos pueden advertirse, según mi opinión, dos planos estructurales, uno social: imitación, condiciones de vida, creencias, etcétera, y otro psicopatológico en sentido estricto: crisis de angustia endógena o provocada, descargada las más de las veces como agresión, por ejemplo en el «amok»; y otras como entrega, por ejemplo, en el «lathah», respondiendo a los dos radicales biológicos fundamentales de la conducta humana («Reacción de sobresalto» y «reacción de sobrecoigimiento»).

Las epidemias psíquicas no son algo que haya desaparecido de nuestro mundo, aunque no se ofrezca con la teatralidad de otras veces. Todavía se encuentra algún ejemplo, Riso y Bóker han descrito recientemente un delirio de embrujamiento entre los trabajadores italianos en Suiza, procedentes de los Abruzos. En el medio rural de origen todavía existe la creencia de que un hombre puede ser embrujado por una muchacha haciéndole beber, inadvertidamente, algunas gotas de su sangre menstrual. Es una «Fattura d'amore», pero también hay otra «Fattura a morte» y como es natural «contrafatturas».

Mucho se habla ahora sobre la disminución de la agresividad intraespecífica como dice Lorenz. No sé hasta qué punto esto sea cierto. Lo más probable es que la

agresividad haya tomado otras formas también menos teatrales. La última guerra no fue una demostración de la disminución de la agresividad en la especie humana. En cualquier caso la agresividad aumenta y a veces toma carácter patológico en la zona de confrontación de las culturas distintas. En el «síndrome de Puerto Rico» (Fernández Marina, Mehlman) nos encontramos con un producto neto del trasplante de una cultura a otra con unas dificultades de adaptación creadas muchas veces por la hostilidad del medio cultural receptor.

* * *

En la expresión de las alteraciones psíquicas influye mucho el modo de establecerse *la relación médico-enfermo*. Brody dice que en su clínica de Baltimore el enfermo económicamente pobre adopta una conducta sumisa y le dice al médico lo que éste quiere oír. El médico por su parte, adopta una conducta más autoritaria. Caudill ha observado que en los hospitales privados japoneses el enfermo que ingresa se comporta muy suavemente de acuerdo con los cánones sociales. Se queja de depresión, ansiedad, molestias hipocondríacas, pero en su conducta no hay agresividad. La relación médico-enfermo es como la de un hermano mayor con respecto a uno menor.

* * *

Entre los síntomas de las enfermedades mentales unos son expresiones directas del trastorno y tienen carácter deficitario, por ejemplo, la demencia orgánica. Otros, en cambio, son dispositivos o mecanismos de defensa. Lo importante es tener en cuenta que los *mecanismos de defensa son de carácter primariamente comunicativo*. Cuando un esquizofrénico habla de que lo persiguen los masones o los jesuitas es porque en el delirio concreta y sistematiza la experiencia primaria del «estar-en-el-mundo». Esta experiencia primaria, tanto en las psicosis endógenas como en las neurosis tienen un carácter angustioso. Es cierto que hay angustias primordiales del ser. Estas son comunes a todos los hombres. La relación entre este *fondo* y los síntomas psíquicos de carácter defensivo es muy importante. Estas defensas no deben mirarse como producto de una actitud consciente. No es sólo una defensa por los contenidos del delirio, de la alucinación o de la fobia. La defensa se realiza en la propia estructura psíquica. En el esquizofrénico se traspone al espacio psíquico exterior lo que ocurre, en realidad, dentro de él. A esto se ha llamado *alotropía* del síntoma. En los dispositivos defensivos actúan factores exógenos y endógenos.

Carother refiere que el cuadro que con más frecuencia ha visto en los africanos analfabetos no es el delirio sistematizado, sino la confusión mental con excitación y descargas violentas. Opler comunica observaciones análogas: la sistematización delirante es ya una especie de defensa del yo. En este grupo deberíamos incluir el

-amok- el -lathah- de Malaya y la histeria del -Artico-. Las creencias de los pueblos tienen una relación intrínseca con los síntomas.

Una cuestión planteada es la de si hay estructuras sociales que favorecen o inhiben la presentación de los trastornos mentales. Una variedad de esta pregunta es la que tantas veces se hace con respecto a la frecuencia de trastornos mentales en las sociedades supradesarrolladas en relación con las infradesarrolladas. Existe una respuesta clásica afirmando que las psicosis no varían y sí, en cambio, las neurosis. La respuesta es más compleja, porque la incidencia de trastornos psíquicos en una determinada sociedad depende de la capacidad que la sociedad tiene de absorberlos o de situarlos en su diáspora.

Eaton y Weil han estudiado la salud mental de los huteritas. Se trata de una secta anabaptista de origen alemán que vive en el Middle West americano. Llevan una vida simple, rural y armónica. Cada miembro tiene segura su vida desde el útero a la tumba. Su origen arranca del 1528. A los Estados Unidos emigraron desde Prusia, entre 1874 y 1877. No se trata de un pueblo primitivo en el sentido etnográfico. Rechazan la radio y el cine, pero van a la escuela y utilizan modernos aperos de labranza. Entre 8.542 huteritas descubrieron 199 que habían tenido alguna alteración mental, de las cuales 53 eran psicosis. No hay, pues entre ellos, a pesar de su vida casi paradisíaca, inmunidad para los trastornos mentales. En ocho casos la sintomatología hacía pensar en la existencia de un factor familiar. En ningún caso se hizo el diagnóstico de psicopatía; no había alcoholismo, toxicomanía ni sífilis, que constituyen el 10 por 100 de los ingresos en los hospitales psiquiátricos americanos. La cifra de psicosis entre los huteritas es un tercio de la del Estado de Nueva York, tomando en consideración que en éste existe un enfermo psicótico no detectado por cada caso ingresado en una institución. En los huteritas había hasta 69 neuróticos, la mayoría mujeres.

Esta investigación lo que demuestra es que el nivel de ajuste mental de un individuo en una sociedad depende no sólo del individuo, sino de la sociedad. La salud mental, en este sentido, depende de la relación que se establece entre cómo la gente vive y cómo desea vivir.

Por tanto, las estadísticas de salud mental de una determinada población tienen valor relativo. Una sociedad pluralista, movable, en transición e insegura es una sociedad con más enfermos, más suicidios, más crímenes, más toxicómanos, etc. Hollingshead y Redlich afirman como resultado de una amplia investigación, que existe una relación positiva entre la pertenencia a una clase social inferior y ciertos trastornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia crónica. Jacob, por el contrario, asegura que esa relación es ficticia puesto que no refleja más que el acúmulo de pacientes que no han sido dados de alta en el curso de varios años. No se trata, pues, de un aumento de la incidencia de psicosis, sino de enfermos crónicos de escasa potencia económica y cultura que, por esa razón, no reciben los mismos cuidados psiquiátricos que otros grupos sociales.

En otra investigación realizada en Tejas se parte de casos psicóticos primerizos, incluyendo los hospitalizados y los ambulantes, privados y públicos. La encuesta muestra algunas diferencias subculturales, puesto que la mayor incidencia de psicosis, especialmente esquizofrénicas se halla entre los grupos de angloamericanos, seguida después por los no-blancos y después por los hispanoamericanos. También la incidencia fue mayor en las áreas urbanas que en las rurales. En este hecho tiene influencia la emigración interior del campo a la ciudad que produce quiebras en la continuidad familiar, especialmente entre las generaciones jóvenes y viejas. Jacob subraya el papel protector que ejerce probablemente sobre el desencadenamiento de trastornos mentales el soporte emocional y la estabilidad de la familia hispanoamericana comparada con la angloamericana. Esta diferencia se reafirma por el número menor de psicosis encontrado en las mujeres del grupo hispano-americano. La estructura familiar, permite encontrar un lugar para una mujer psicótica tranquila, sin necesidad de ir al médico o al hospital. Opler ha descrito el distinto modo de enfermar de esquizofrenia en las familias irlandesas e italianas en Nueva York.

El estudio más reciente es el realizado por Remni y Srole en el llamado proyecto Midtown Manhattan. Según el mismo del 24 por 100 de los adultos de Midtown Manhattan tienen afectada su salud mental, el 75 por 100 de ellos nunca habían visto a un psiquiatra. Además, un 58 por 100 mostraban síntomas de trastornos moderados y sólo el 18 por 100 podría considerarse en buena salud mental.

Leighton, en el Stirling County Study, indica que los porcentajes de enfermedad y salud mental en un área semi-rural son muy próximos a los encontrados en el distrito urbano de Manhattan. Sólo un 17 por 100 estaban libres de trastornos y más de un tercio se hallaban afectados de alteraciones de una cierta importancia. En ambos estudios se llegó a la conclusión de que la mejor salud mental se asocia con la clase social más elevada. En el proyecto de Leighton, esta relación no pudo demostrarse en la aldea más grande entre las investigadas.

Con respecto a los neuróticos este nivel de enfermar depende no sólo de la actitud social, sino de la actitud del hombre con respecto a sí mismo. Es esencial, por ejemplo, la actitud con respecto a la corporalidad vivida. Se es más o menos hipocondríaco según uno se entregue más o menos a esa cacofonía de sensaciones corporales. La sensibilidad de la época es también importante. A veces el hombre es más sensible al tedio o a la angustia que en otras ocasiones. Las estructuras históricas, sociológicas y espirituales que influyen en esta apertura sensible son extraordinariamente interesantes.

* * *

La cuestión que le parece a Zutt más profunda e importante en psiquiatría transcultural es la *del sentido de las desviaciones patológicas en el seno de una cultura*. ¿Nos parece un trastorno, por ejemplo, un delirio en el

sentido de la psiquiatría científico-natural, lo que en otra cultura más originaria o primitiva puede tener sentido, permaneciendo dentro de las ordenaciones de la misma o aun adquiriendo un valor peculiar? Hay una cifra de Jaspers procedente de la primera edición de su *Psicopatología* (1913) y que Zutt trae a colación. Los dementes precoces están como inválidos molestos en los manicomios. Nadie se deja influenciar por sus vivencias morbosas. Quizá en otros tiempos ocurriera de otra manera. Estos llamados enfermos son hombres que no pudiendo adaptarse a nuestra cultura super-racionalizada, han caído en las manos de poderes fisognómicos, sufriendo agitaciones y éxtasis, delirios de persecución, porque no pueden resistir la presión de esos poderes. Quizá los esquizofrénicos de hoy —dice en otro trabajo Jaspers— sean la expresión de una autenticidad de ciertas esferas del ser que en otro tiempo podrían experimentarse sin la presencia de la esquizofrenia. Son las esferas en las que lo que «aparece», lo fenoménico —o lo fisognómico— se percibe como un poder.

Así queda planteada por Zutt, apoyándose en Jaspers, una cuestión y un lamento. La cultura actual es una cultura super-racionalizada, que elimina de su ámbito a la sinrazón. Foucault también sostiene que la idea actual de enfermedad mental se basa sobre la elaboración de lo que fue la razón a partir de la Ilustración. La psicología profunda y especialmente el psicoanálisis tratan de racionalizar el inconsciente para liberarse de sus poderes morbosos. Lo que es «ello» se convierte en «yo». Esta es la tesis. El lamento alude a que la situación del hombre sobre la línea de la razón es reductora y le priva del contacto con otras formas de realidad. Ese es, quizá, el «otro modo» de experiencia que buscan los adictos a las drogas en general y especialmente los alucinógenos. En la experiencia religiosa de los pueblos primitivos los ritos alucinógenos —con drogas o sin ellas— juegan un papel esencial. La religión cristiana ligada a la civilización occidental trató de traer a razón estas sinrazones, llamando al hombre a otra forma de trascendencia. En «lo santo», dice R. Otto, que al lado de lo tremendo y misterioso se halla un tercer aspecto, el de la energía. «Esta energía del numen se percibe con gran intensidad, como la orgè o la cólera, y evoca expresiones simbólicas, tales como vida, pasión, esencia afectiva, voluntad, fuerza, movimiento, agitación, actividad, impulso. Estos rasgos o caracteres con que se presenta, se repiten sin desfiguración esencial desde los grados inferiores de lo demoníaco hasta la representación del Dios viviente. Constituyen el aspecto y sentimiento que más ha suscitado la oposición contra el Dios «filosófico», pensado y definido por la especulación racional. Contra ese Dios «vivo», los filósofos han arrojado el dictado de antropomórfico». Y la experiencia «psicodélica» podríamos añadir.

Sin embargo, lo apasionante en la psiquiatría como ciencia está en poder distinguir las experiencias patológicas de las que no lo son, no a través de sus contenidos, de su mensaje en sí, sino de su forma perturbada. Lo patológico no se halla sólo en el carácter de incompre-

ble, en el sentido de Jaspers, sino en la modificación de la estructura interna que le hace *dominar sin motivo*. Es una forma de pérdida de la libertad como ya dijo Heineke hace tiempo. No es una experiencia enriquecedora, sino empobrecedora.

* * *

Dentro de la estructura social se ha concedido una atención singular en los últimos tiempos a la estructura familiar y, especialmente, a la relación madre-hijo.

La bibliografía sobre el problema de la «privación afectiva» ha crecido enormemente en los últimos años. La monografía de Bowlby *Los cuidados maternos y la salud mental*, publicada por la OMS en 1951, levantó tal tempestad de comentarios que en 1963 la misma OMS se ha visto moralmente obligada a una revisión de sus resultados. La nueva monografía contiene afirmaciones mucho más matizadas que la primera. «A causa de la complejidad de las interacciones de la gran cantidad de variables que pueden tener una influencia decisiva en el desarrollo posterior, por ahora no se puede confiar mucho en las predicciones sobre la presentación de síntomas incluso en casos de traumatismos afectivos extraordinarios (Prugh y Harlow). Efectivamente, en estos casos hay que tener en cuenta no sólo la influencia traumatizante de la separación, sino también la salud física del niño su capacidad integrativa y otras cualidades del «yo». En definitiva, si bien es verdad que la personalidad se forma en el curso de la vida, también lo es que esa formación se hace a partir de un núcleo autónomo que es el del yo. Porque existe ese núcleo es por lo que uno es no sólo individuo, sino persona.

Spitz califica de «depresión anaclítica» a un estado de embotamiento estuporoso que se observa en niños privados de cuidados maternos. Los niños se muestran apáticos, silenciosos y tristes, pierden peso, están insomnes, apenas establecen relaciones con el medio, se hallan predispuestos a padecer infecciones y se desarrollan peor. La curación es rápida, se dice, si el niño vuelve con la madre, pero si la separación dura varios meses, se consigue con dificultad un total restablecimiento.

El mérito de Spitz consiste en haber llamado la atención sobre *la existencia de estados depresivos en las primeras edades de la vida*. La incapacidad del niño para expresar sus estados de ánimo es la causa de que este hecho fuese desconocido. El que estos estados depresivos sean a causa de la ausencia de la madre es una afirmación de distinto valor. Según mi experiencia también en los niños hay oscilaciones de la vitalidad. El problema del autismo infantil tiene mucho que ver con tales oscilaciones. Tales estados depresivos pueden presentarse en niños que viven una plena atmósfera afectiva. El niño, a pesar del amor de la madre, puede apagarse vitalmente y se apaga. La expresión somática de ese apagamiento es más evidente que en los adultos. El niño vivencia menos su corporalidad, pero su cuerpo se afecta más por las oscilaciones de la vitalidad que el adulto.

No todo lo que hay en la monografía de Bowley, resumiendo una larga serie de trabajos en la misma dirección, puede aceptarse sin discusión. Las mismas observaciones de Spitz no son estimadas como correctas por otros autores. En la nueva versión de Bowley hay un claro desplazamiento y se apoya en trabajos de los etólogos (Lorenz), alejándose del vocabulario psicoanalítico.

El desplazamiento del modo de pensar actual en el tema de la privación materna, puede resumirse así:

1º. No está demostrado que los daños señalados por Spitz y otros autores en sus observaciones sean definitivos. Muchos de ellos son reversibles. Los retardos, que se comprueban en algunos test en niños de dos meses a un año, aislados en instituciones, se recuperan de los cuatro a los seis años. Lo importante es que se ofrezcan oportunidades de aprendizaje. El retardo en el desarrollo motor, según ha demostrado Dennis en sus estudios realizados en Teherán, es porque no se les proporciona el aprendizaje correspondiente. Este autor nunca ha visto el «marasmo» grave descrito por Spitz como consecuencia del hospitalismo. Schaffer llama la atención sobre la influencia negativa de la monotonía del medio; no es, pues, sólo la ausencia materna. Los estudios de Rabin en niños de los Kibbutz de Israel demuestran la influencia de lo que llama «maternidad intermitente». Los niños permanecen durante su primer año bajo la supervisión de una enfermera y dos asistentes sociales. La madre visita, cuida al niño hasta el destete, a los seis-ocho meses y después le visita sólo una vez por la tarde. No se puede hablar, pues, de una figura materna, sino en todo caso de dos. Los niños del Kibbutz, comparados con los otros niños, muestran un retraso en el desarrollo del «yo» al año, pero a los diez años la situación es al revés, es decir sus condiciones intelectuales son mejores.

Estas y otras observaciones, especialmente las de Margaret Mead, muestran que *la relación monotrópica con la madre*, tal como está delineada en muchos estudios psicoanalíticos no es la mejor. Incluso puede pensarse que ahí están las raíces de la neurotización del niño, de su vulnerabilidad en la sociedad contemporánea. Es evidente que la actitud sobreprotectora y ansiosa de la madre difunde la ansiedad en el niño en crecimiento. Hasta qué punto en esta actitud influye la contracepción y sus secuelas del hijo único, familia poco numerosa, etc., sería algo digno de ser estudiado. Lo cierto es que cuando se habla de la influencia de la imagen materna o paterna en el desarrollo del niño, se suelen reducir las perspectivas del problema, precisamente por haber tomado como modelo de la formación de la personalidad al *niño neurótico*. Este es un error de la concepción psicoanalítica. El niño sano es un ser abierto que necesita esa apertura más que el niño predispuesto a la neurosis. La predisposición lleva consigo esa tendencia a reducir su propio medio. Si, además, la tendencia se refuerza por errores en la planificación de su línea educativa, los efectos deletéreos son mayores. Es necesario subrayar lo que antes ha quedado dicho: en el sano existe la posibilidad de compensación de déficits y frustraciones a los que se ve

sometido por las contingencias vitales. Incluso estos azares de la vida contribuyen a reforzar la personalidad, como se ve en la de los niños de Israel.

El autismo infantil no es siempre una consecuencia de la privación materna. En muchos casos existe un trastorno orgánico y la perturbación en la relación madre-hijo no hace más que colorear el cuadro (V. Krevelen, Pasamanick y Knobloch).

La relación madre-hijo no es tampoco *primariamente* placentera (como satisfacción de las necesidades libidinosas del niño). Bowley, apoyándose en las observaciones hechas por Lorenz en sus gansos subraya esta adhesión instintiva primaria por el mecanismo de la «Prägung» o acuñamiento, que nace de la satisfacción de las necesidades. Este acuñamiento *tiene lugar en ciertas fases de sensibilidad para el mismo* y aunque se haya exagerado en la aceptación de fases demasiado estrictamente limitadas, tanto en los niños como en los animales, este *principio de la discontinuidad* en el desarrollo infantil resulta importante. No es cierto que haya *períodos* en los que un aprendizaje específico pueda tener lugar y otros en los que no. Más bien hay que hablar de períodos más o menos facilitadores de tales aprendizajes. La plasticidad del niño se pone una vez más de manifiesto.

La privación afectiva ha sido estudiada también experimentalmente en animales. Las recientes experiencias de Fuller y Clark ofrecen un resultado importante. Se realizan con cachorros de los fox-terrier. Se trata de averiguar hasta qué punto el aislamiento los altera. Unos grupos de animales son sacados de sus jaulas una o varias veces a la semana y sometidos a diversos ejercicios. Otros, los llamados «K» (como Kaspar Hauser) se mantienen aislados cuatro semanas. Al ponerlos, finalmente, en contacto con los otros su conducta es anormal. Están indiferentes, sus posturas son casi catalépticas o super-excitadas y aullan histéricamente. ¿Esto es efecto de la privación y del aislamiento o de la situación nueva que les angustia? Para averiguarlo suministran tranquilizantes a ese grupo de cachorros K. El efecto es inmediato. Se comportan como los demás. Lo importante no es, pues, la privación pasada, sino la situación nueva con que se enfrentan.

En resumen, el hospitalismo, si ocurre, no se debe exclusivamente a la privación materna. Hay que tener en cuenta la falta de oportunidad de aprendizaje y de estímulos sociales en las instituciones («environnement deprivation»). Además no es irreversible. Cuando así sea hay que buscar un fondo orgánico o constitucional. Quizá nuestra cultura requiera una más íntima relación entre los padres y los hijos; pero en tal caso esta demanda no se ejerce sólo en los primeros meses o años de la vida. Probablemente las quebras importantes en la relación padres-hijos se establecen en edades más tardías.

* * *

Las enfermedades mentales se manifiestan por sus síntomas. El síntoma expresa el trastorno de fondo y en este sentido tiene el valor de signo comunicativo. Pero

es un error creer que la comunicación es sólo la que se establece entre el enfermo y el médico o entre el enfermo y la sociedad. *En la estructura de la enfermedad mental es importante la comunicación que establece el sujeto consigo mismo.* El ser humano no es puramente psíquico, sino que el psiquismo se halla anclado en su cuerpo. En esa zona de anclaje se sitúa el estrato *vital o endotímico*. Muchos síntomas son expresiones de lo que ocurre en el mismo. Algo oscuro se expresa. Lo oscuro es lo que se llama el trastorno fundamental esquizofrénico o el fondo de las depresiones o la angustia del neurótico. En la enfermedad la unidad del ser psíquico se halla amenazada. Enajenación, locura, quiere decir eso. Unas veces la amenaza se cumple y el ser, en alguno de sus dinamismos, es otro. Los actos no pertenecen al «yo». Este pierde su poder «poético» o creador de actos personales que le pertenece a través de la unidad y continuidad de la persona. Esto ocurre en las formas psicóticas graves; en otras formas de enfermedad existe sólo como amenaza «angustia neurótica o endotímica». Los síntomas se construyen como defensas contra la amenaza de desintegración. Por eso todo síntoma es psicodinámico y comunicativo. Como tal se halla en relación con el medio, pero la presión viene del fondo y en ese fondo se imbrica la corporalidad. De ahí la influencia de lo endógeno en la constitución de los trastornos mentales.

Pero ¿hasta qué punto un conflicto es capaz de crear un trastorno psíquico? Un trauma produce una reacción vivencial anormal ¿De dónde puede proceder la anomalía de la reacción? O del trauma mismo —por su violencia o por su significación— o por la peculiaridad de la persona sobre la que repercute. Los traumas violentos pueden afectarnos a todos. Todo hombre es capaz de histerificarse, decía Hoche; pero la experiencia de guerra y de los campos de concentración ha demostrado no sólo hasta qué punto el hombre es capaz de histerificarse, sino también *lo que es capaz de resistir*. En la vida cotidiana los traumas operantes son los «significativos», con lo que el problema se remite, por esta vía, al segundo término de la cuestión anterior, a la persona. Freud pretendió que los traumas morbosos eran sexuales. Pronto dejó de creerlo él mismo. Decir que los traumas producen perturbaciones en la economía libidinosa es igual que decir que producen perturbaciones en la economía vital.

La significación para la persona puede derivar de su historia interna, de las experiencias anteriores. Acabamos de ver la importancia que se concede al problema «madre-hijo». Pero en esta interpretación de la significación del trauma por la que se lanza la mayoría de las escuelas de psicoterapia profunda, se olvida algo esencial. El trauma lo es porque produce un impacto angustioso que el sujeto no puede asimilar. ¿Por qué la angustia cotidiana se integra en la otra vida y no lo hace esta otra angustia que pone en marcha una serie de mecanismos de defensa a los que llamamos síntomas? En una serie de trabajos me he esforzado en demostrar que

la angustia neurótica es, en sí, anormal. El trauma no juega un papel genético, sino revelador, desencadenante. El conflicto aparece porque la personalidad es anormal, o se halla en una *fase anormal*. En las neurosis existe un fondo de perturbación endotímica, muchas veces de carácter fásico. La existencia de fases en la ciclotimia es evidente, pero también lo es en las neurosis y en los trastornos psicósomáticos, sin que ello quiera decir que no exista, además, el problema de la personalidad neurótica.

Algunas veces pienso que eso es como una ley de patología general. Wolff dice que si se examinan a lo largo las vidas humanas se ve cómo cada persona tiene un coeficiente determinado de enfermedad. Pero no es esto lo más llamativo, sino que existan períodos acumulativos «cluster years» en los que la probabilidad de enfermar es de 1,75 veces mayor que la media. En estos años no se encuentra un solo síndrome, sino muy variados. Estos «años-punta» aparecen independientemente de cambios significativos de dieta o de exposición a la infección, trauma, intoxicación, etc. Según la interpretación de Wolff, son años conflictivos; pero partiendo del supuesto de la existencia de esos «años-punta» —que habría que comprobar en más amplias investigaciones estadísticas— la interpretación podría ser distinta de la de Wolff, aduciendo la idea de las *fases vitales* de signo negativo tal como yo las he descrito (1).

En la vida humana existen momentos que podríamos llamar de *cairos negativo* en los que la predisposición a la enfermedad psíquica es mayor. Un impacto traumatizante que en otra época dejaría indemne al individuo, ahora le hiere y determina la enfermedad. Aparte del «cairos» está la «significación». En la angustia neurótica se ve cuán singular es la angustia. Una experiencia concreta es la que revela el fondo angustioso, pero tal experiencia es diferente en cada individuo. Lo banal se convierte en esencial, porque despierta esa forma de angustia anormal ligada a la corporalidad, a la que yo he llamado *angustia vital*. De ahí los diversos niveles de angustia según la época, la estructura social, la atmósfera familiar en que se vive. La angustia vital —como la tristeza vital— y como el «humor fundamental» del esquizofrénico, es endógena (2).

(1) Es oportuno recordar la correspondencia entre Freud y Fliess sobre los ciclos. Fliess tomó esta idea de Schwoboda.

(2) Lo endógeno hay que concebirlo de otra manera. Tellenbach ha llamado la atención sobre esto a propósito de la melancolía. El «endon» no es un gen ni una determinación absoluta, sino *una posibilidad de desarrollo*. El endón está en la personalidad como una potencia. A mí me parece que esa «potencia» no puede quedar flotando en el aire, sino que alguna forma de anclaje corporal ha de tener, pero no una determinación absoluta. La vida psíquica, el medio, la comunicación interviene en su desarrollo. A medida que más patológica es la vida más pesa en ella *lo dado* y esto que ha sido *dado* está ligado a la corporalidad. Aunque la corporabilidad no es sólo el cuerpo, sino que está en la unidad que llamamos «persona humana».

Antes he aludido al slogan «el mito de las enfermedades mentales» que lleva a la exclusión de la psiquiatría de una buena parte de su propio y natural contenido, el de las psicosis claramente somáticas, reduciéndolas a ciertos casos de psicosis endógenas «las que no van a los hospitales psiquiátricos», las neurosis y algunas personalidades anómalas (ni siquiera todo el capítulo de las personalidades psicopáticas). Esto es lo que P. Hoch llamaba «cream puff psychiatry». La psiquiatría no debe renunciar a su verdadero y real ámbito, no puede eludir sus propios problemas. Es verdad que cuenta con muchas incógnitas. K. Schneider, tras el análisis depurado que hace de los cuadros clínicos dice refiriéndose a la esquizofrenia «a esto llamo yo esquizofrenia» significando la provisionalidad de la agrupación. Ciertamente es que los límites de la enfermedad mental son difíciles de marcar; pero nunca he creído que los límites de la enfermedad somática sean mucho más fáciles (Recuérdese la frase: «Enfermo es el que va al médico». V. Weizsäcker). Que estos límites varían con el «espíritu del tiempo», o sea con la mentalidad de cada sociedad, con las ideas psiquiátricas que elaboran los médicos y las que los enfermos se hacen de los psiquiatras, etc., no quiere decir que las enfermedades mentales sean un mito o que lo que se llama enfermedad mental sea una especie de estrategia de supervivencia y que el diagnóstico de esquizofrenia, por ejemplo, sea un acto político, como dice R. D. Laing (¿Qué es el átomo o los neutrones o la antimateria? Sabemos cómo actúan, pero ¿qué son?).

Rümke, en las páginas de su libro «Una psiquiatría floreciente en peligro», sostiene la tesis de que no hay una transición gradual entre la salud y la enfermedad, sino algo cualitativamente distinto. El problema es del mayor interés y en verdad los psiquiatras actuales piensan poco sobre él. Incluso las incitaciones vienen de fuera como en la historia de la psiquiatría de Foucault. En un trabajo en preparación me ocupo lo más a fondo que me es

dado alcanzar de esta cuestión. En algunos casos la necesidad de una distinción cualitativa del hecho anormal con respecto al normal es más clara, como en el caso de la angustia normal y la endotímica o vital. En torno a esta distinción gira mi teoría de las neurosis. La pregunta de Rümke es inesquivable para la psiquiatría contemporánea, aunque la respuesta no sea la que él da. No se puede partir de supuestos de que existe una transición sin fronteras entre lo normal y lo anormal. La Psiquiatría tiene que regresar a sus grandes problemas: el de sus fronteras, el de las relaciones entre lo natural y lo cultural, del imbricamiento entre lo endógeno y lo psicógeno, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. KRAEPELIN, E.: «Die Erscheinungsformen des Irreseins». *Zschr. Neurol.*, 62, 1920.
2. ROSENTHAL y cols.: «The Genian Quadruplets. A Case Study and Theoretical Analysis of Heredity and Environment in Schizophrenia». New York. 1963 (Basic Book P.).
3. OPLER, M. K.: «Schizophrenia and Culture». *Scientific American*. August 1957.
4. EATON, J. W. y WEIL, R.: «The mental Health of the Scientific American». December 1953.
5. BRODY, E. B.: «Some conceptual and methodological issues involved in research on society, culture and mental illness». *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol CXXXIX, núm. 1, July 1964.
6. LANGNER, T., y STANLEY, T. M.: «The Midtown Manhattan Study. Life Stress and Mental Health». The Free Press of Glencoe (Mac-Millan). New York 1963.
7. KALLMANN.: «Expanding goals of Genetic in Psychiatry». Grune-Strathon-New York and London 1962.
8. WOLFF, H. G.: «Stressors as a Cause of Disease in Man. Stress and Psychiatric Disorder». Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1960.

El círculo timopático

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. VII, núm. 3, agosto 1948.



Juan J. López Ibor.

La noción de círculo morbosos ha ido penetrando poco a poco en Patología. Esta penetración ha sido simultánea con la dilatación del ámbito de la patología funcional. Cuando la patología tenía su base exclusiva en la anatomía patológica, entonces, el distrito morbosos correspondiente se limitaba a tal aparato o a tal órgano; pero con la función no se puede tener análogo criterio localizador. Ciertamente es que existen funciones que pueden

adscribirse a determinadas estructuras o topografías, pero la tendencia actual de la fisiopatología es, más bien, la de establecer los mecanismos de correlación existentes entre las funciones de los diversos órganos. Esta evolución en la concepción de los mecanismos morbosos ha cuajado en la idea fisiológica de los *círculos funcionales* y en idea patológica de los *círculos morbosos*.

No es seguro que la palabra «círculo» sea la más exacta para expresar estas ideas; pero está ya en circulación desde hace muchos años, y desde luego es perfectamente utilizable. La fisiopatología de la circulación, una de las mejor conocidas actualmente y que responde como ninguna otra función orgánica a esta concepción de los círculos funcionales, ha jugado indudablemente un papel en el acuñamiento de la designación de círculo morbosos.

En psiquiatría se ve neta la diferencia. No se usa la expresión de «círculo de las psicosis sifílicas» o «de parálisis general», porque no tiene sentido. En cambio, se utiliza la de «círculo esquizofrénico» o «círculo maniaco-depresivo». A este último se le puede llamar, con mayor propiedad, *círculo timopático* o «círculo de las psicosis afectivas»; pero la expresión «psicosis afectivas» limita considerablemente el área del mismo. Como veremos inmediatamente, todo este grupo de alteraciones psíquicas está centrado en torno a las oscilaciones de la vitalidad y por eso se le podría llamar también «círculo de la vitalidad». Bumke ha introducido la expresión de «constitución pícnico-timopática», estableciendo, de esta manera, una ley de coexistencia entre la alteración del humor (timopatía) y la constitución pícnica. Ciertamente es que ésta se da con una gran frecuencia en la psicosis maniaco-depresiva, pero no debe establecerse como una regla general. Las alteraciones del humor no van ligadas fatal e indisolublemente a las de la constitución pícnica, si bien hay que reconocer en ésta una cierta labilidad de lo que llamó Kretschmer «la proporción diatésica» del temperamento, que es la que se establece entre el polo de alegría y la tristeza.

A pesar de ser la psicosis maniaco-depresiva una de las entidades clínicas mejor constituidas, todavía se levantan, de vez en cuando, problemas y dudas en torno a

sus límites. Kraepelin creó esta unidad morbosa agrupando la locura circular, la periódica y la manía simple. Resultan ya demasiado conocidos los puntos de vista que llevaron a Kraepelin a establecer esta ordenación nosológica para que insistamos sobre ello (1). Bumke se ocupó de nuevo, en 1909, de las cuestiones de los límites de esta enfermedad tomando una postura crítica frente al intento de Specht de incluir los desarrollos paranoides y a la tentativa de Dreyfus de incluir todas las llamadas entonces melancolías involutivas. En la última edición de su libro (1941), comprende en este círculo los trastornos afectivos cuya causa última radica en una determinada disposición hereditaria que se manifiesta como constitución pícnico-timopática. Estos trastornos pueden presentarse, dice, como manía o melancolía, como psicosis periódicas o circulares, como depresiones constitucionales (distimia) o excitaciones del mismo tipo (hipertimia) o colorear toda la vida como leves oscilaciones del humor del tipo de la ciclotimia. También se incluyen, según Bumke, las depresiones reactivas, ya que cuando éstas se presentan, hay que suponer siempre una causa constitucional. Esta constitución no necesita forzosamente ser la timopática, pero lo es con una gran frecuencia. En cambio, Bumke se opone a la inclusión de la mayoría de las psicosis involutivas, de los querulantes, de las formas hipocondríacas, de la nerviosidad constitucional y de los estados obsesivos. Su razonamiento es el siguiente: precisamente porque se encuentran formas de tránsito y analogías entre todas las diversas predisposiciones psíquicas y entre todas las enfermedades psíquicas funcionales, es necesario establecer *tipos puros* dentro de los grandes círculos funcionales. Kraepelin —agrega— ya reconoció el íntimo parentesco que existe entre la manía y la melancolía, y Kretschmer señaló la coordinación de una determinada forma corporal; con esto ya tenemos las bases para definir una determinada constitución psicofísica. Las distimias hipocondríacas o angustiosas no pertenecen, por consiguiente, al círculo timopático, sino cuando asientan sobre una constitución timopática. Los querulantes forman por sí sólo un síndrome y lo mismo ocurre con los estados obsesivos.

Con escasas variantes esta delimitación de Bumke es la que se ha venido aceptando en estos últimos años, dejando aparte ahora la cuestión de las psicosis degenerativas de Schroeder y de las psicosis marginales de Kleist (2). Pero aquella delimitación ha sufrido los embates de la crítica de K. Schneider.

K. Schneider revaloriza en su concepción de las psicosis maniaco-depresivas el elemento sintomatológico. La enfermedad ya no se halla definida, solamente por la forma de curso, como en Kraepelin, ni por la constitución enlazada con la unidad de curso, como en Bumke,

(1) Sobre la situación actual de la nosología psiquiátrica, véase mi libro «Los problemas de las enfermedades mentales». Ed. Labor (en prensa).

(2) Véase el libro de Sacristán: «Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia». Imprenta Sur, Málaga, 1929.

sino, por la presencia de trastornos fundamentales que la caracterizan en el plano de los síntomas. Poder basar los cuadros morbosos en la existencia de un trastorno fundamental definidor es la gran apetencia de la clínica psiquiátrica. Hace ya muchos años que se va persiguiendo esta idea con respecto a la esquizofrenia. El trastorno fundamental de la psicosis maniaco-depresiva es el de los *sentimientos vitales*.

En la clasificación de los sentimientos, K. Schneider sigue muy de cerca a Scheler. De los cuatro grupos que éste distingue, ofrece un interés especial, para la cuestión que estamos analizando, el grupo de los sentimientos vitales y el de los anímicos. Los primeros se hallan ligados a la propia corporalidad del ser, surgen en él autónomamente, en tanto que los segundos surgen como reacción a sucesos del medio exterior. La tristeza, por ejemplo, por referimos al más interesante, se puede tener por algún hecho. Se puede estar triste por la pérdida de un familiar querido o de unos bienes de fortuna. Se está triste, pues, *por algo* que ha sucedido. Lo mismo podemos decir de la alegría. Pero se puede estar triste también sin ningún motivo exterior; la tristeza, es entonces, una tristeza que fluye de los poros del cuerpo, como una secreción. *Es una tristeza corporalizada o encarnada*.

Esta distinción, que tiene viejas raíces, ha hecho fortuna en el campo de la psicología. Lersch distingue entre sentimientos vitales y sentimientos dirigidos. Ya Carus hablaba de «sentimientos autónomos», que no son otra cosa que los reflejos conscientes del juego de todos los procesos vitales del organismo (que constituyen una especie de integral que se proyecta sobre el yo). Los procesos vitales incapaces de conciencia (vegetativos), las absorciones, adsorciones, secreciones, combustiones, etcétera, que tienen lugar incesantemente en el organismo llaman a las puertas de la conciencia en forma de los humores característicos. Palagy también describió, con análogos puntos de vista, los sentimientos vitales, y a Höfding se debe propiamente el acuñamiento de esta expresión. Entre los psiquiatras, fue Ewald el que utilizó primero esta idea, creando la designación de *biotono* como una de las cualidades características del temperamento.

Pero lo importante para la clínica no ha sido la admisión de los sentimientos vitales, sino su distinción con los anímicos o dirigidos. La melancolía, según K. Schneider, es una alteración que se caracteriza y define por la aparición de la *tristeza vital*. No se atreve a afirmar lo mismo de la manía, aunque, a mi modo de ver, no hay ninguna seria objeción para ello; lo cierto es que la comprobación objetiva es más difícil, porque el maniaco refiere más confusa e indennominadamente su experiencia interna. Pero en cambio, en los estados leves de hipomanía sí, que es posible la introspección, sobre todo si éstos siguen a fases depresivas. Los enfermos se sienten con una alegría que emana de su intimidad, que les colorea de rosa la vida y que ninguna desgracia, por violenta que sea, es capaz de empujarlos.

La melancolía se define, clásicamente, por estos tres síntomas fundamentales:

- a) Tristeza.
- b) Inhibición.
- c) Pensamiento inhibido.

Trilogía frente a la cual se situaba la trilogía maníaca en la siguiente forma:

- a) Alegría.
- b) Exaltación.
- c) Pensamiento ideofugitivo.

Como se ve, cada síntoma expresa la alteración de una determinada función psíquica: ánimo, psicomotilidad y pensamiento. Para K. Schneider tal distinción es innecesaria, ya que no se trata de tres síntomas primarios, sino de uno primario —la tristeza, en el caso de la melancolía— y de los otros dos derivados. De la tristeza vital deriva no sólo el pensamiento lento y tardo del melancólico, sino su idea de culpabilidad, que, a veces, se presenta como una organización delirioide. Esta opinión no es compartida por todas las escuelas psiquiátricas y en especial por la de Bumke. Stauder dice que del trastorno fundamental pueden derivarse las sensaciones corporales, los temores hipocondríacos y las ideas de empobrecimiento de los depresivos, así como la desesperanza de éstos o la plétora de esperanzas de los maníacos; pero, de ningún modo, pueden derivarse las alteraciones del pensamiento de maníacos y melancólicos. Tampoco pueden derivarse los síntomas corporales (alteraciones del peso, del sudor, del turgor cutáneo, de la digestión, etcétera).

J. Lange, en su última descripción de la psicosis maniaco-depresiva, permanece fiel al agrupamiento sintomático en torno a dos polos: tristeza-alegría, inhibición-exaltación. Implícitamente reconoce, pues, que las alteraciones del pensamiento son secundarias y, por tanto, no deben ser reconocidas como síntomas primarios.

Realmente, en esta cuestión de las ordenaciones sintomatológicas se encierran dos problemas: el de los síntomas somáticos y el de los síntomas psíquicos. No se pueden referir los síntomas somáticos exclusivamente a la presentación de la tristeza vital. *Se trata, a mi modo de ver, de síntomas coordinados.* En la melancolía existe una depresión del estrato de los sentimientos vitales, que no está constituido sólo por el par «tristeza-alegría», sino por otros síntomas más próximos a la corporalidad. La capa vital se halla constituida por los sentimientos corporales y los sentimientos vitales propiamente dichos o humores. A los sentimientos corporales (sensaciones vitales, cenestesias, etcétera) pertenecen el hambre, la sed, la sensación de saciedad, de bienestar o de malestar, el dolor, el placer corporal, el cansancio, el sueño, la frescura, etcétera. Como se ve, es un pequeño pandemonium en el cual se integran apetencias institutivas y tendencias, con sensaciones. Se trata de manifestaciones psicofísicas que se califican de una u otra manera, según sea el prisma a través del cual se vean. Kraus hablaba, refiriéndose a este estrato, de «persona profunda». El proceso ge-

neral del ser vivo, como tal, refleja su actividad en este sector. Los humores o sentimientos vitales propiamente dichos representan un grado más diferenciado de este fondo *endotímico*. No están tan próximos a la corporalidad, aunque también emanan de ella; pero su atmósfera psíquica es más evidente. A ellos pertenecen la alegría, el contento, la tristeza y el malhumor, así como la angustia, el éxtasis, etcétera.

Se comprende, pues, que con esta ordenación de la capa vital el trastorno de la melancolía o de la manía sea más amplio que la tristeza o la exaltación vital. En lugar de hablar de estas alteraciones como trastorno fundamental, sería preferible hablar de *síntomas primordiales*. Para la esquizofrenia, K. Schneider ha introducido la noción de síntomas primarios y secundarios: los primarios definen por su sola presencia la enfermedad. Lo mismo podríamos establecer aquí, y, en este caso, el síntoma primario definidor de la melancolía es la tristeza vital. Los síntomas corporales son coordinados, *pero no los síntomas noéticos*. Las ideas de culpabilidad, pobreza, etcétera, son *derivadas* de la alteración de aquel sentimiento vital. Y lo mismo el resto de la alteración del pensamiento. El mismo pensamiento ideofugitivo no debe considerarse, a mi modo de ver, como un síntoma psíquico primario, sino secundario. Las observaciones de Foerster sobre la manía cuadrigémica, las propias experiencias con las acciones estimulantes, demuestran esta posibilidad.

Con respecto a la inhibición, la solución es, según mi opinión, más dubitativa: ¿es secundaria a la tristeza o un síntoma primario y coordinado? Algunos llegan incluso a pensar que la inhibición es lo esencial y que la tristeza es, manifestación secundaria, como un modo especial de sentir intensamente la inhibición. La observación de un gran material clínico nos lleva a la conclusión de que, en la mayoría de los casos, lo primario es la tristeza y que la inhibición es una secuela de la misma; pero existen otros casos en los que no se ve el paralelismo que debe existir entre un síntoma primario y otro secundario, sino que parece que la inhibición sea cuantitativamente mayor de la que debería corresponder a la tristeza. En tal caso sería un síntoma coordinado. Esta posibilidad no puede negarse: dentro de la serie vital se encuentra indudablemente el impulso como una manifestación más de este fondo endotímico. Impulso vital cuyo freno constituiría la inhibición. La experiencia psicopatológica de las enfermedades diencefálicas confirma este punto de vista (3). Al lado de los cuadros maníacos se han descrito, precisamente, no cuadros *depresivos* con tristeza vital, sino *inhibidos*, como en el mutismo aquinético de Cairns. Precisamente este hecho se ha esgrimido como argumento en contra de considerar la psicosis maniaco-depresiva como una diencefalosis más como quiere Rothfeld. Dejando de lado ahora esta cuestión, lo interesante

(3) Una exposición relativamente completa de estas cuestiones se hallará en mi trabajo «Diencefalo y alteraciones psíquicas». *Revista Clínica Española*, 1947.

es afirmar la presencia de perturbaciones del impulso como coordinados dentro del cuadro depresivo. Serían como las alteraciones del sueño o del peso corporal.

No todos los melancólicos se sienten tristes. Algunos se quejan más bien de «vacío de sentimientos»: su mundo afectivo ha perdido sustancia, se sienten incapaces de vibrar con las alegrías o de entristecerse con las tristezas. Juliusburger describió estas formas como melancolias anestésicas. Lo alterado aquí es la *actividad del mundo de los sentimientos*.

La delimitación de K. Schneider tiene una gran trascendencia clínica: agrupada la melancolía en torno a la tristeza vital, no existen para él formas de tránsito con los otros cuadros clínicos analógicos. Para Bumke, en cambio, existen unas formas de tránsito entre las personalidades normales: las psicopáticas y las psicóticas. A este gran grupo lo llama el círculo pánico-timopático, poniéndolo en relación estrecha con el tipo corporal pánico. Apenas resulta necesario recordar que también para Kretschmer existe esa transición entre la personalidad normal (temperamento ciclotímico), la personalidad psicopática (cicloide) y la psicosis maniaco-depresiva. K. Schneider llama *ciclotimia* a la enfermedad constituida así, de un modo autónomo. El argumento principal en favor de una nueva designación es, que realmente, no se puede calificar a los depresivos de «locos», como se hace al seguir la nomenclatura, kraepeliniana (locura maniaco-depresiva); además, Kretschmer la utiliza para la designación de la variedad temperamental correspondiente, de suerte que, la pretensión de Schneider, más bien creará confusión que aclarará la terminología.

Limitada tan estrictamente la psicosis maniaco-depresiva, Schneider la encuentra con menos frecuencia que otros clínicos. Entre 1.053 ingresos, la diagnostica un 5 por 100, en tanto que Lange diagnosticaba en esa misma clínica en un 10 por 100 de los enfermos (4).

Stauder recogió, para comparar, las cifras de la clínica de Munich. Encuentra un 7,2 por 100 (4,7 por 100 de hombres y 11,4 por 100 de mujeres) de maniaco-depresivos, cifra, de todas formas, inferior a las logradas por Kraepelin, Rehn, Bumke y Lange, en la misma clínica. Stauder señala que quizá esa reducción se deba al incremento de material neurológico; pero, aun suprimiendo éste del cálculo de la cifra total, sólo asciende al 9 por 100. No cabe duda, pues, que el diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva ha sufrido un proceso de purificación en el curso de los últimos treinta años y que muchos casos que antes se diagnosticaban así han ido a enriquecer el conglomerado de la esquizofrenia.

El criterio de Schneider supone un afinamiento del proceso de diagnóstico y una mayor seguridad en el mismo; frente al diagnóstico descriptivo que se encuentra, a pesar de todo, en el mismo libro de Bumke, lo importante es buscar el carácter *vital* de la tristeza que tiene el enfermo. Sobre ella se diagnostica su endogeneidad y, por

consecuente, la presencia de una melancolía. Pero ya no resulta cierta, según mi opinión, la separación abismal entre estas formas de tristeza y las que se pueden presentar en normales y aun en psicópatas. Los *sentimientos vitales existen en todo el mundo*. En el hombre normal existen pequeñas alteraciones vitales, que no calificamos de morbosas porque apenas son perceptibles. Cuantitativamente son diversas, pero no cualitativamente. En el melancólico nos encontramos con una variedad muy acentuada de aquella variación. No es exacto, pues, el criterio de Bumke cuando admite una gradación entre la tristeza motivada de las personas normales y la inmotivada del melancólico. El hiato existe siempre entre esas formas de tristeza: la motivada y la autónoma o inmotivada; pero tampoco es cierto, como afirma Schneider, que en el hombre normal no haya tristezas inmotivadas.

Fenomenológicamente resulta interesante el reconocer el carácter vital de una tristeza. Porque, a mi modo de ver, no basta el recurso clínico de averiguar si existe un motivo o no para diagnosticar la existencia de una tristeza vital. Puede existir un motivo y, sin embargo, la tristeza convertirse después de una tristeza vital. Con el nombre de *reacción cristalizada*, he tratado de circunscribir este fenómeno. El hecho clínico es el siguiente: un sujeto experimenta una emoción depresiva, por ejemplo, la noticia de la muerte de un familiar. A continuación se instala una depresión. Ante esta conexión temporal nos sentimos inclinados a calificarla de depresión reactiva. Pero la observación posterior demuestra que la depresión continúa, incluso a veces, después de haber desaparecido la causa motivante; su contenido es distinto (ya no le preocupa aquel suceso, sino otros distintos, más en consonancia con el contenido de las depresiones endógenas); su duración es, aproximadamente, la misma que en las depresiones endógenas; en la vida del enfermo existen otras fases depresivas: unas, aparentemente motivadas; otras, inmotivadas; las depresiones así instaladas se curan con electrochoques, como las endógenas, y no con psicoterapia, como pueden curarse las reactivas. Lange habla de depresiones provocadas; pero, para caracterizar este cuadro, habría que decir provocadas psíquicamente para distinguirlas de los casos en los que la depresión se halla provocada somáticamente por una parálisis general, hecho sobre el cual ya llamó la atención Boestrom.

No basta, pues, descubrir o no un motivo para calificar de vital una depresión, es decir, no basta el diagnóstico por eliminación. Los caracteres de curso antes señalados pueden servirnos para el diagnóstico diferencial; pero, aparte de éstos, ¿existen otros rasgos que nos permitan calificar de vital una tristeza?

Es interesante señalar los matices diversos de los sentimientos depresivos, de los cuales se ocupa detenidamente K. Schneider. Existe una *reactividad depresiva aumentada e intensificada*, de colorido más bien gruñón y excitable, pues emana de un fondo de sensaciones somáticas. La causa puede ser endógena, exógena o psicógena. Como ejemplo de las primeras tenemos las mo-

(4) Nosotros diagnosticamos en la Clínica del Hospital General el 70,5% de los casos.

lestias subjetivas de los traumas o de las infecciones; como tipos de causa endógena tenemos las molestias que acompañan a la jaqueca, menstruación, y como ejemplo de origen psicógeno los casos en que una vivencia desagradable crea un estado de tensión, que constituye un suelo abonado para reaccionar depresivamente ante cualquier acontecimiento. El motivo puede cesar, pero quedar entonces durante largo tiempo una tendencia a reaccionar depresivamente. Aquí, la vivencia ya no obra como motivo, sino como causa. Incluso la noticia en que asentaba la vivencia ha sido un error y, sin embargo, subsiste la reactividad depresiva. K. Schneider llama a estos mecanismos *reacciones de fondo*. Schneider y otros hablan también de «contenidos depresivos emergentes». Aparecen de súbito en la vida anímica del sujeto: son frecuentes en los heridos cerebrales, epilépticos y esquizofrénicos. También aparecen en la vida ordinaria, en la que a veces parecen producidos por una impresión externa en el sentido de un contagio efectivo. Un tiempo lluvioso produce pensamientos tristes; a veces la reacción es paradójica y un tiempo lluvioso produce pensamientos alegres y placenteros. En los estados depresivos se imbrican y superponen estas tres posibilidades y, especialmente, en los psicópatas depresivos, cubriendo el fondo de depresión vital.

Es indudable que existen estos diversos modos de deprimirse; pero las diferencias entre ellos no son quizá tan esenciales como quiere Schneider. En las *erupciones depresivas* (contenidos depresivos emergentes) se trata indudablemente de depresiones vitales. Su brevedad no es un argumento en contra. Ya Lange reconoció la existencia de estas depresiones efímeras sobre las cuales había insistido Palmer. Naturalmente, no deben calificarse de morbosas si no alcanzan profundidad, duración o frecuencia especial, ya que como tales acompañan a la vida normal. Tanto en ellas como en la reactividad depresiva de origen psicógeno, nos encontramos con los mecanismos descritos antes con el nombre de reacción cristalizada. La emoción no es motivo ni tampoco causa eficiente de la depresión, sino en todo caso causa ocasional, como un cristal en una solución sobresaturada.

La reactividad depresiva de los heridos cerebrales, epilépticos, etcétera, es una distimia de carácter depresivo. En ellas nos encontramos con una alteración de la personalidad que les aproxima más a las psicopatías que a las depresiones. Pero en otros enfermos pueden presentarse, indudablemente, fases depresivas o angustiosas de carácter más puro. Dentro de lo que se califica en el lenguaje corriente como tristeza, existen matices diversos. Dumas y los autores franceses hablan de una *tristeza activa* y una *tristeza pasiva*. En la tristeza pasiva existe un sentimiento de impotencia y de desaliento. «Cuando la tristeza es profunda —dice Dumas— se tiene la sensación confusa de que el cuerpo entero participa en ella. La experimentan en la cabeza, que se inclina; en las piernas, que se flexionan; en los brazos, que penden; en el organismo entero, que se abandona. Se sienten enlentecidos en sus movimientos; llegan difícilmente a calen-

tarse, tienen frío en las manos y escalofríos.» En la tristeza activa se revuelve contra el déficit que le es impuesto, protesta, gruñe y se lamenta. Pero su protesta se halla siempre acompañada de resignación, y, si crece, nunca da lugar a la cólera, sino a la desesperanza.

En la tristeza activa se trata de una actitud que se toma ante una vivencia o ante sus causas. Al factor vital se une un factor caracterológico. Esto es lo que ocurre en la psicopatía depresiva. Por eso el psicópata depresivo es gruñón, pesimista, etcétera.

Como rasgo esencial de la psicosis maniaco-depresiva se halla su curso fásico. ¿Es éste un ingrediente independiente y autónomo? Stauder se inclina por esta opinión y habla de la presencia de un «factor fásico». El problema tiene una cierta complejidad y, naturalmente, no puede quedar resuelto aquí; séanos permitido, sin embargo, llamar la atención sobre ciertos hechos. La periodicidad de la enfermedad no se limita sólo a su modo fásico de aparición: en sus propias manifestaciones existe un cierto ritmo. Las depresiones suelen ser más intensas por las mañanas y experimentan al caer el día un cierto alivio. Durante su curso no permanecen en un nivel constante, sino sometidas a continuas oscilaciones, de más o menos intensidad, según los enfermos. *Este carácter ondulante y variable constituye algo inherente al modo de ser de los sentimientos vitales.* En la vida del ser humano representan lo fluente y cambiante: unos sustituyen a otros y ninguno se mantiene a un nivel constante. Por esta misma cualidad dota al hombre de matiz y finura frente al Cosmos. Los sentimientos vitales crean el clima en el cual se desenvuelve el hombre, y sólo su capacidad de variación es la que hace posible su capacidad de adaptación. Por encima de ellos flota el carácter, la actitud, los elementos neóticos de la personalidad, que son los que suponen constancia en la dirección. Por debajo se halla el propio soma; que representa en esta serie la inercia.

M. Bleuler ha lanzado recientemente una nueva interpretación del trastorno fundamental de las depresiones. Las depresiones pueden deberse a muchas causas; pero, a pesar de todo, la depresión no es un puro concepto sintomatológico, basado sobre la tríada de distimia afectiva, inhibición del pensamiento e inhibición de la voluntad. Al lado de su fundamento sintomatológico tiene la depresión un fundamento patogenético que debe ser buscado en el sentido de la fisiología de los rendimientos (*Leistungsphysiologie*, de Hess) como una *mutación de todos los procesos vitales de significación general*. La situación típica que conduce a una depresión es aquella en la que están bloqueados todos los caminos de satisfacción instintiva del individuo. En la lucha por la existencia, de vez en cuando se encuentran dificultades o falsos caminos en la satisfacción instintiva que pueden ser sorteadas o vencidas. Los factores climáticos, los factores personales de los otros seres existentes, etcétera, son motivos que determinan el citado bloqueo. Cuando el ser se encuentra en una tal situación de necesidad, se repliega sobre sí mismo, yugula su actividad vital, perma-

neciendo rígido y pasivo hasta que han pasado los peligros invencibles, la tempestad se ha calmado o el horizonte se ha visto libre de enemigos inatacables. En este sentido se produce, en muchos animales, el reflejo de quedarse como muerto, y en la misma línea hay que situar el súbito estupor de las situaciones de pánico y la conducta que subjetivamente notamos como depresión: en lo psíquico se reconoce por la inhibición en todos los sectores: inhibición del pensamiento, del recuerdo, de la comprensión y, ante todo, de la expresión y de la actuación. La vertiente subjetiva de esta inhibición es el sentimiento de aplanamiento, de desánimo, de vacío de los impulsos, de falta el deseo de emprender nada. El depresivo no hace plan alguno, no elabora activamente las impresiones, no obra, se hunde en la pasividad y se rigidifica, lo cual resulta lo más adecuado frente a los peligros invencibles. Esta inactividad no sólo se manifiesta en lo psíquico, sino también en el plano corporal; los movimientos son más pobres, la musculatura corporal está más relajada, el enfermo se encorva, hasta tal punto que su actitud, su rigidez y su pobreza de impulsos recuerdan a los enfermos estriados. Las funciones digestivas también se entorpecen, el peristaltismo intestinal disminuye, la boca se seca, la presión arterial desciende, el ritmo del corazón se lentifica, la respiración se vuelve superficial y lenta. El metabolismo basal baja y las funciones sexuales se muestran también inhibidas.

Es curioso establecer un parangón entre esta interpretación patogenética de Bleuler, las antes citadas de Bumke y Schneider, con mis propias ideas. Lo primero que llama la atención es que con las analogías establecidas, con las reacciones de «sobrecogimiento» y «sobresalto» (5), sobre todo con las primeras, aproxima el círculo depresivo a las manifestaciones histéricas. En su mismo texto se pone en la misma línea la rigidez del pánico y la inhibición de los depresivos. A Bumke le tiene que parecer forzosamente una interpretación impura. Según mi modo de ver, por el contrario, la distancia que separa el círculo depresivo de la histeria no es tan grande cuando se tienen en cuenta, para interpretar ambos grupos de fenómenos, las alteraciones de la vitalidad. Las depresiones son como una oscilación negativa de la vitalidad. En la histeria existen mecanismos psicógenos, pero con mucha frecuencia nos encontramos con combinaciones con fases timopáticas. La reacción histérica sólo se desencadena sobre una inferioridad o minus-valía del organismo. En unos enfermos esta inferioridad es permanente, como una alteración del carácter o una debilidad congénita de la inteligencia; en otros es transitoria, como en una depresión timopática. Sobre ella emergen los mecanismos psicorreactivos, que dan todo el colorido clínico a la histeria. La independencia de ésta debe, pues, basarse en dos tipos de razones: una, la clínica, y otra, la patogénica, puesto que apela a dos registros distintos: el de la vitalidad y el de psicogenia.

(5) Véase la interpretación de los mismos en mi libro sobre «Neurosis de guerra».

Las depresiones, como Bleuler, pueden tener causas diversas. El síndrome vital puede presentarse a consecuencia de una infección, de una intoxicación, etcétera; pero éstos son los casos más raros; lo más frecuente es que la alteración de la vitalidad sea puramente autónoma y se presente como un desarreglo intrínseco, no dependiendo de causas desconocidas exteriores ni tampoco de motivos internos. Podríamos establecer un parangón con el círculo de la epilepsia: existe una epilepsia genuina, endógena, esencial o idiopática y existen otras sintomáticas. De la misma manera que en la epilepsia nos encontramos con algunas formas de tránsito, es decir, con un mecanismo externo que asienta sobre una constitución y provoca de esta suerte los ataques, también en las depresiones nos podemos encontrar con mecanismos análogos (depresiones reactivas o provocadas). Pero del mismo modo que la posibilidad de tener una crisis convulsiva radica en cualquier organismo, como lo ha demostrado la experiencia con los electrochoques, también la posibilidad de tener una alteración de la vitalidad radica en todo hombre. En esto se diferencian todas estas enfermedades de aquellas que son como una especie de formación parasitaria establecida sobre el organismo.

Por otra parte, hay un nexo común entre la interpretación de Bleuler y la de K. Schneider. La vitalidad es aquella capa del ser que se halla situada entre la capa puramente corporal y la puramente psíquica. Sirve de nexo entre ambas y también participa parcialmente de los caracteres de ambas (no olvidemos que la distinción en capas tiene sobre todo un valor heurístico). Cuando se considera la vertiente interna de la vitalidad, nos encontramos con los sentimientos vitales y con los instintos: tristeza, alegría, angustia, humor, gana, hambre, impulso sexual, etcétera, son manifestaciones de la vitalidad. Al lado de la vivencia subjetiva está la manifestación de todos estos ingredientes de la vitalidad. Se tiene hambre y necesidad de comer, por ejemplo. Cuando la descripción de la alteración de la vitalidad se hace mirando hacia el polo vivencial o interno, nos encontramos con la tristeza vital o la angustia vital. Cuando la descripción de la vitalidad, en cambio, se hace mirando hacia el polo externo, nos encontramos con la disminución de los rendimientos, es decir, con esa inhibición vital que Bleuler sitúa en el núcleo patogenético de las depresiones.

Al lado de la psicosis maníaco-depresiva creo que debe incluirse, en el círculo timopático, un grupo especial de enfermos cuyo síntoma fundamental es la ansiedad. De él me he de ocupar detenidamente en un libro en prensa (6). Lo que interesa ahora es que quede bien sentado que se trata de una interpretación distinta de cuadros clínicos que, hasta ahora, habían sido mal filiados. Una parte nuclear del mismo está constituida por la neurosis de angustia; pero, a diferencia de las descripciones clásicas y psicoanalíticas de esta enfermedad, no se considera como tal neurosis, es decir, como un cuadro provocado psicógenamente o desencadenado reactiva-

(6) «Angustia vital y círculo timopático». (Ed. Paz Montalvo).

mente, *sino como un cuadro endógeno*. En la sintomatología de los tímopatas, al lado de la angustia vital, figuran los vértigos, muy característicos, de los agorafóbicos y toda una serie de trastornos somáticos y vegetativos. En ella nos encontramos con alteraciones en la percepción del espacio y del tiempo páticos. La sintomatología vegetativa es muy curiosa: muchos de los cuadros diagnosticados como de neurosis orgánica pertenecen también a este círculo morboso. Más sorprendente es la asociación de estos cuadros psíquicos con una cierta sintomatología neurológica, hecho sobre el cual no se había llamado la atención hasta ahora. El calambre de los escribientes o el tortícolis espásticos constituyen buenos ejemplos de ello. Los ataques vasovagales no pertenecen al círculo de la epilepsia, sino al de la tímopatia.

Si tratamos ahora de analizar los medios de presentación de la angustia, estableciendo entre ellos una gradación diferencial, aparecerá, con toda claridad resuelto el problema clínico.

Existe, en primer término, una *angustia motivada* o desencadenada por una situación, de la misma manera que existe una tristeza motivada. Se trata de una reacción, y, por consiguiente, cesa cuando se extingue el motivo desencadenante, o por lo menos, se adivina una cierta proporción entre ambos factores. En la literatura reciente angloamericana se usa mucho el término de «neurosis de angustia» para delimitar los trastornos psíquicos aparecidos por la influencia de la guerra. Estos son, aún más evidentes, en la población civil. Wilson refiere —por elegir un ejemplo— que de 697 pacientes llevados al hospital, a consecuencia de un raid aéreo, 134 padecían de disturbios emotivos, paroplejías histéricas y estupor debido al miedo y ansiedad. A todos se les dijo que la reacción era debida al miedo y que era interesante para su curación que volvieran a sus tareas normales. Todos pudieron abandonar el hospital en las primeras veinticuatro horas, y sólo seis volvieron. En ellos se descubrió la presencia de rasgos psicopáticos. La experiencia de nuestra guerra concuerda absolutamente con ésta. Delgado Roig (7), al hablar de los estados de ansiedad durante ella, dice: «Se trataba de formas reaccionales de tipo accidental que acaso pudieran despertar incluso psicosis incipientes, pero nunca adquirieron el carácter de autonomía necesaria para considerarlas como específicas, aparte de que desaparecían al poco tiempo de haber cambiado las circunstancias ambientales. Podía hablarse entonces de una angustia de situación que coloreaba accidentalmente el cuadro de la neurosis.»

Ahora bien, esta ansiedad motivada es, si se quiere, un modo erróneo de usar la palabra angustia. Hemos vis-

(7) Delgado Roig: «Consideraciones acerca de los estados emocionales y en especial la angustia». Discurso de ingreso en la Real Academia de Sevilla, 1994. Véase también sobre este punto la ponencia de Luis Rojas sobre «Alteraciones psíquicas de guerra», en *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, núms. 1 y 3, 1942, y el libro mío «Neurosis de guerra», antes citado.

to que la diferencia esencial entre angustia y miedo es el que en aquélla no aparece su objeto definido como peligroso. Sin embargo, el uso clínico sigue hablando de «reacción angustiosa», o ansiosa en estos casos. Tal ambivalencia designativa se debe a la semejanza expresiva que existe entre la angustia y el miedo. Frente a una situación traumáticamente peligrosa, el enfermo se siente sorprendido biológicamente. La reacción, en sí, depende de diversos factores. En mi libro sobre *Neurosis de guerra* me ha ocupado de los dos tipos fundamentales de reacción de sobresalto y de reacción de sobrecogimiento. Antes hemos visto cómo Freud habla de neurosis de angustia en las situaciones traumáticas, a pesar de ocurrir en situaciones conocidas, porque, en la intimidad de las mismas, puede existir un factor de desconocimiento del modo de la peligrosidad; el peligro no es comprendido totalmente, sino que él es el que comprende y abarca al sujeto, el cual sabe que el peligro le acecha, pero ignora cómo va a actuar sobre él. Guy de Maupassant ha dicho: «On n'a vraiment peur que de ce qu'on ne comprend pas.» Y por contraposición también en la angustia existe un peligro, pero de fuente desconocida, sin conocimiento claro. «La angustia es también producida por algo determinado», pero «esto es desconocido en su cualidad para el angustiado», sostiene Liebeck (8). De aquí esa confusión de términos entre angustia y miedo que hemos señalado.

La forma fundamental de angustia es la que podemos llamar *angustia vital*. Esta es una angustia que nace de la subestructura vital y que no está motivada por sucesos psíquicos. Le ocurre lo mismo que a la tristeza vital de los depresivos. En los enfermos aparece en forma fásica. Pero otras veces vemos como «ráfagas de angustia» emergentes, sin saber por qué de la propia personalidad. Estas ráfagas pueden darse en los individuos normales. Existe esta posibilidad de angustia vital en todo ser humano. En el tímopata angustioso le asalta, con una intensidad y violencia enormes; pero ello no quiere decir que sean cualitativamente distintas. En todo caso esa distinción estaría dada por el aumento en la intensidad, principio que ya se conoce en otros aspectos de la biología. Lo que distingue la angustia vital del tímopata angustioso de la reacción angustiosa antes citada en su *aparición inmotivada*, y es la violencia de su manifestación la que le presta características especiales.

Además de esa angustia en brote o ráfaga, salida de un medio normal, o aparentemente normal, tenemos el estado angustioso basado en una alteración orgánica netamente reconocible: por ejemplo, la angustia de los traumatizados de cráneo. En estos mismos enfermos nos hallamos con una angustia vital a la cual se agrega una forma reactiva psíquica por la propia insuficiencia del traumatizado ante los problemas de la vida. Que el soma puede influir en el desencadenamiento de una crisis angustiosa, está más allá de toda duda para quien haya visto o conozca una *crisis de angor*. A estas crisis se les lla-

(8) Oskar Liebeck: *Das Unbekannte und die Angst*, 1929.

ma corrientemente de angustia vegetativa, pero no cabe duda acerca de que también alteran la estructura vital.

Una cuestión muy interesante e irresuelta todavía es la relación entre éstas y las crisis del timopático. Clínicamente no hay duda posible en el diagnóstico, no sólo por los medios casi exactos con que cuenta el diagnóstico positivo de una lesión cardíaca, sino por la forma misma de «vivir» la crisis. En el *angor* existe aquel momento de «meditación de la muerte» de que hablaba Brissaud. Toma una forma más concreta que la sensación de peligro misterioso de la angustia timopática. Por lo demás, todo el cortejo clínico (dolor, inmovilidad irradiación, claridad de conciencia en ese caso e inquietud, inseguridad, estado como de borrachera, etcétera, en el otro) es absoluto distinto.

Nos esforzamos en adquirir ideas claras porque es una necesidad de la mente y tienen una gran utilidad clínica; pero si, una y otra vez, propugnamos una consideración total de la persona humana, no hemos de olvidarlo a la hora de las clasificaciones. Estas formas de angustia pueden presentarse combinadas o desplegarse históricamente en un mismo sujeto. Los sucesos del mundo externo pueden influir, desencadenando un desequilibrio de la estructura vital que se halla en perpetuo proceso de ósmosis con el perimundo. Este entrecruzamiento de las formas nos explica muchos de los errores de criterio sufridos en el estudio de estas cuestiones.

Veámoslo en un caso clínico:

V.C.J. Cuarenta y cuatro años. Consulta H. Provincial.

No se consignan en la historia antecedentes familiares de interés.

La enferma contrajo matrimonio a los veintiocho años. Su marido vive, pero «está» sífilítico. Tuvo dos hijos, uno vive y está sano; el otro murió de difteria con complicación cardíaca.

Según dice ella, su marido le contagió la sífilis. «Hace un año le hicieron un análisis de sangre, cuyo resultado fue fuertemente positivo» (Wassermann). «Todas las cruces que dicen ellos, esto es de muerte» (llora).

En el año 1929 tuvo la solitaria. Con tratamiento la expulsó.

«Cuando me enteré que tenía sífilis me dio un dolor terrible en la aorta, que me queda aún retorcida. Luego me trataron. Ha vivido siempre preocupada por ello. El último análisis es negativo. «De noche me noto una cosa así como si me fuese a morir por momentos; me acuesto con el crucifijo y le pido al Señor que me cure. Me siento que me muero; mire, es una impresión horrible.» «Es que es una vergüenza esto de lo luético.» «Todas las noches me pinto con yodo el pecho.» «Cuando me noto morir tomo un cortadillo de vino y rápidamente me pasa; luego noto otra vez la depresión.»

Ahora cree que se le ha reproducido la solitaria, «porque al cruzar la calle parece que se me va a hundir el piso, tanto que no me atrevo a moverme, pero luego se decide y cruza. «Me entra así como un mareo; estos son los síntomas de cuando tuve la solitaria, pero ahora no echo anillos ni de nada.» Nunca ha tenido ideas de suicidio, «pero he pedido al Señor que me lleve en un sueño, sin sufrir». Ha estado durante cuatro o cinco meses sin moverse casi ni hablar, por miedo a que le pasara algo. Ahora trabaja y hace una vida ordinaria; se queja de que su marido no lo hace.

Vemos en este caso cómo se instaura una crisis de angustia, al parecer, a raíz del descubrimiento de una sífilis. En ocasiones el proceso es inverso y es el enfermo el que al comenzar con su timopatía va al médico, el cual descubre, mediante el análisis, una sífilis concomitante. En la anamnesis es difícil establecer la diferenciación, que se ve clara si se recibe al enfermo por primera vez. Esta misma enfermedad ha tenido antes un padecimiento tan real como la solitaria, que además le producía sensaciones subjetivas de debilidad, puesto que compara las que ahora tiene con aquéllas. Y, sin embargo, no se estableció entonces su crisis angustiosa. Cuando le falta la *patoplastia* (análisis negativo) la angustia toma un tipo agorafóbico con vértigo timopático, que es lo que permite interpretar todo el cuadro de un modo adecuado a la realidad clínica.

Podríamos multiplicar los ejemplos de entrecruzamiento de formas de angustia. Quizá llegaríamos a la misma consideración: a la necesidad de interpretar la historia clínica desde el punto de vista de la historia personal, aquí tanto más necesaria cuanto que es natural el sujeto lo que enferma.

Después de lo dicho, las relaciones con las *psicosis maníacodepresivas* son claras a nuestro modo de ver. Sus puntos de inserción son los siguientes:

a) Se trata, en ambas enfermedades, de *disturbios o alteraciones de la estructura vital de la personalidad* (sentimientos vitales en sentido genérico).

b) Ambas evolucionan con frecuencia de un modo clínico y ofrecen ciertas concordancias genéticas.

c) Se observan numerosas formas de tránsito. Algunos casos clínicos considerados atípicos de psicosis maníacodepresiva lo son por transformarse en timopatías ansiosas.

Analicemos ahora estos apartados:

a) Respecto al primer punto, apenas es necesario insistir. No cabe duda acerca de que fundamentalmente la psicosis maníacodepresiva es una enfermedad de los sentimientos vitales (9), según ha demostrado cumplidamente Schneider en sus trabajos clínicos. Tampoco debe dudarse, a nuestro juicio, de que en la timopatía ansiosa, o en la antigua agorafobia, se hallan preferentemente

(9) Donde aparece clara la alteración de los sentimientos vitales es en la depresión (tristeza vital). Sobre si en la manía existe una exaltación de los sentimientos vitales, la opinión debe ser más reservada, como hemos dicho. Con toda probabilidad si se trata de ello, aunque quizá el cuadro se impurifique con frecuencia por otros componentes. En el estudio de Binswanger sobre el flujo de ideas, se refleja, desde otro punto de vista, una tesis que podríamos considerar *correlativa*. La «alegría existencial» de Binswanger supone esta alteración de la estructura vital interpretada antropológicamente. Bollnow ha estudiado con gran penetración los sentimientos de felicidad («das grosse mittels» de Nietzsche) y la exaltación de los sentimientos por la borrachera y el éxtasis, basando sobre ellos interpretaciones antes patológicas que pretende sean complementarias de las de Heidegger, rebasando de esta suerte «el modo deficitario del análisis existencial».

afectados los elementos de la estructura vital de la personalidad.

b) La evolución cíclica de la psicosis maniaco-depresiva es bien conocida y constituye una de las notas distintivas de la enfermedad. El curso clínico ha llamado la atención, de tal suerte, que se ha tratado de estampillar formas diversas por el curso clínico.

También la timopatía ansiosa ofrece un curso cíclico, en la mayoría de los casos. Con gran frecuencia observamos dos o tres fases en la vida del enfermo. En las manifestaciones de la enfermedad puede equivalerse los síntomas, como ya señalamos en la parte clínica. No es raro ver un enfermo que comienza por un episodio de agorafobia y que después de una fase intercalar ofrece un episodio de angustia o de otros elementos de tipo idéntico. Frecuente resulta que el enfermo haya tenido barrunto de crisis, leves y pasajeras, muchos años antes. A medida que aumentan las fases éstas toman un carácter más persistente; pero de todas suertes no está excluido que así no suceda, encontrando fases de curso que si no son tan raras como en la psicosis maniaco-depresiva, ofrecen analogías. Es frecuente que en el climaterio, y sobre todo en la involución, nos encontramos con fases más largas. La *agudeza y la pureza* de la fase son factores de buen pronóstico, como en la maniaco-depresiva.

Existen formas que ya desde su comienzo se insinúan crónicas y tórpidas en su evolución. En ellas, el componente angustioso es menos aparente y lo son más otros del cuadro clínico. Es digno de ser anotado, por ejemplo, que los que ofrecen de preferencia síntomas de anomalías vitenciales en la percepción del espacio, adoptan este curso tórpido con mayor frecuencia. La experiencia terapéutica actual en la psicosis maniaco-depresiva ha demostrado que los mejores resultados se obtienen en las depresiones endógenas puras, sobre todo en las primeras. El buen resultado de las depresiones involutivas depende, según mi opinión, de que muchas de ellas son las primeras en la vida. En cambio, las formas netamente ciclofímicas, escasas de intensidad, son de peor pronóstico. Otro tanto vemos en la timopatía angustiosa. Parece como si cuando la desviación de la normalidad es menguada, la resistencia al tratamiento es mayor. He aquí un problema patogénico de un interés extremo.

c) Las formas de tránsito son frecuentes y, en algunos casos, el diagnóstico diferencial resulta difícil. He aquí un ejemplo:

A. G. S. Veintiocho años, casada. Consulta en febrero de 1944.

Su abuelo paterno murió a los cincuenta y cinco años, no sabe de qué. La abuela falleció de edad avanzada. Por vía materna ambos abuelos murieron también en edad avanzada. Su padre murió a los cincuenta y cinco años de una enfermedad hepática. Su abuela paterna y su madre han tenido trastornos «parecidos a los que padece la enferma». Casada, sin hijos. No antecedentes patológicos previos.

A partir de la muerte de su padre, en abril de 1943, se preocupó por la suerte de su madre y hermanos.

Hace cinco meses que empecé con *espasmos* de estómago, que me impedían comer, unidos a una gran nerviosidad. Sien-

te *desmayo*, sin llegar a desmayarse nunca, *gran frialdad de pies y manos*, entrándole después un estado de nerviosidad y como un *estremecimiento generalizado*. A veces, todo ese estado nervioso acaba en una diarrea. Al principio estos estados le asaltaban cada quince días. Luego han sido más frecuentes, hasta llegar a ser casi diarios.

Ha sido reconocida esmeradamente desde el punto de vista orgánico, con repetidos análisis y exploraciones radiológicas, sin hallazgo anormal alguno.

Actualmente vive en continuo *pánico a que le repitan esos estados*, por lo que tiene que estar *continuamente acompañada*. Ha estado sin comer algunos días por el mismo pánico. Adelgazamiento. *El pánico es indefinible, es miedo a que le dé algo, a perder la cabeza. Se siente triste, sin saber por qué, todo lo ve oscuro, tiene continuas ganas de llorar*. Habla poco, está retraída. Reconoce que no tiene en el momento actual motivos para su tristeza. Esta le viene no sabe de qué. *En casa no puede estar*, ha de estar siempre fuera, pero *acompañada*. Cansancio y sueño, pero se mete en la cama y no duerme.

Últimamente nota como *una especie de marro* o pesadez de cabeza, como si fuera embarcada. No nota firme su cabeza. *Palpitaciones*. Antes era más alegre y despreocupada. Ahora se inquieta por nada, da muchas vueltas a las cosas, se siente enormemente pesimista, todo lo ve grande y difícil, desproporcionado a como lo es objetivamente.

En los últimos días un catarro nasal, con dolor de cabeza.

La exploración somática es negativa.

Se la trata con cinco electrochoques. Ya desde el primero mejoró muchísimo. En la actualidad se considera prácticamente bien. Sólo le queda un ligero dolor de cabeza y *alguna sensación de túbulo o duda cuando va a hacer algo*.

Vemos, en este ejemplo, un entrecruzamiento de la sintomatología angustiosa con la depresiva. Las sensaciones de angustia timopáticas experimentales son muy claras para que podamos decir que se trata simplemente de una depresión angustiosa (no es una enferma en la involución). El temor a la crisis y el vértigo predominan sobre el estado depresivo. Este no es subjetivamente sentido por la enferma como tan agobiante. Se necesitó interrogarla detenidamente sobre él para que se delinease claramente. No era su tristeza lo que le llevaba al médico.

Las transiciones, pues, son frecuentes y *así debe ser*, puesto que se trata de enfermedades que afectan ambas a la misma estructura. En el caso citado existía antes un *motivo* depresivo, pero que evidentemente no actuó (la muerte del padre). La alteración vital comenzó después inmotivadamente. Sólo la gran necesidad que tiene el enfermo de referir todos estos trastornos a un motivo exterior le llevó a acordarse de la depresión reactiva que experimentó cuando la muerte de su padre.

De todos modos, polemizar demasiado sobre este punto sería inútil. Como hemos dicho antes, en estas enfermedades no perseguimos el aislamiento de una especie morbosa, al modo de Sydenham. Se trata, simplemente, del aislamiento de cuadros clínicos, de tipos, no de entidades, que vivan autónomas como dos seres diversos. En esta actitud el reconocimiento de las formas de tránsito es necesaria. Y no por una dificultad en el esclarecimiento del cuadro clínico o por un embotamiento del rigor lógico, sino por una exigencia de la realidad, porque existen tales transiciones.

Oportuno es también delimitar la timopatía angustiosa frente a las personalidades psicopáticas. En ellas se trata de personas anormales que, a consecuencia de su anormalidad, sufren o hacen sufrir a la sociedad (Schneider). En el curso de la timopatía angustiosa no se trata de -personalidades anormales-, sino sólo de fases que se establecen lo mismo que aparecen las fases de la psicosis manícodepresiva. La personalidad en sí no es anormal; precisamente la observación del material clínico demuestra todo lo contrario. Por regla general se trata de personalidades que antes de la enfermedad y durante las fases intercalares de la misma no ofrecen rasgos patológicos. Especialmente interesa señalar que no se trata siempre de hipocondríacos que están sometidos continuamente a una introspección. En muchos casos son gentes bien dotadas intelectualmente y también éticamente. El calificativo de degenerados superiores no les cuadra. Tampoco se trata de asténicos, ni de psicópatas depresivos en sentido estricto.

El círculo timopático, pues, comprendería todas las alteraciones o perturbaciones de la capa vital de la personalidad, en la cual hay que considerar sus ingredientes instintivos, somático-visceral y afectivos. No hay que considerar a la capa vital constituida sólo sentimientos vitales. Mejor que capa vital es emplear la designación de estructura vital (10).

El círculo comprendería:

a) La psicosis manícodepresiva y las manías y melancolías endógenas y provocadas (no las reactivas puras).

b) La timopatía ansiosa, en la cual las alteraciones acaecen en torno al polo de la angustia vital, que no es la angustia reactiva, ni la angustia existencial. La angustia reactiva es la de las neurosis. La angustia existencial es una interpretación ontológica; la angustia vital es una angustia óntica. La angustia vital no se siente ante la muerte, según demuestra la experiencia clínica, sino que lo que siente el sujeto es la vivencia de la disolución de la personalidad y la angustia ante ella (miedo a volverse loco, a perder el control de sus actos, etcétera).

c) Las diencefalosis. Según una referencia de Bychowski, el primero que usó esta palabra fue Lampl en 1933, para designar el conjunto de narcolepsia-picnolepsia-geloplejía y orgasmolepsia. Bychowski comprende con ella todos los síndromes reversibles en los que figuran, en primer plano, fenómenos diencefálicos. Se trata de síndromes que primaria o secundariamente tienen su punto de ataque en el diencefalo. El factor dinámico predomina en ellos, pero no se halla excluida la participación del factor inflamatorio.

El concepto de diencefalosis así establecido es muy amplio y discutible. Toda la patología diencefálica, desde el Korsakow, la alucinosis peduncular de Wernicke, hasta la epilepsia autónoma de Penfield, figuran allí. En uno

(10) «La angustia vital y el círculo timopático» (Ed. Paz Montalvo).

de los trabajos de Bychowski se incluyen cuadros encefalíticos con predominio localizador en el diencefalo.

Mi punto de vista es otro: el concepto de diencefalosis se debería limitar a los trastornos vegetativos de tipo diencefálico, excluyendo de estas designaciones aquellos otros tipos de alteraciones diencefálicas conocidas con nombres diversos y que forman unidades autónomas bien circunscritas. También habríamos de excluir las enfermedades orgánicas bien limitadas como entidades etiológicas, aunque ofrezcan síntomas diencefálicos; por ejemplo, los tumores o las encefalitis. Tampoco se debe incluir entre las diencefalosis, en sentido estricto, la psicosis manícodepresiva como quiere Rathner.

d) Ciertas formas de astenia hasta ahora incluidas en la psicopatía asténica o en la neurastenia constitucional. A este tipo de fatiga he propuesto designarlo con el nombre de *fatiga vital*.

E. Braum describe como *síndromes vitales* los siguientes: la enfermedad de Addison, la pubertad, el eunucoidismo, el climaterio, la menstruación, la enfermedad de Basedow, la hipertonia esencial, la nerviosidad constitucional y la reacción neurasténica, el síndrome de Sterz, las infecciones, las intoxicaciones por el alcohol, el morfismo y el mareo de mar. La lista es muy abigarrada y sin la necesaria ordenación jerárquica. La situación es clara partiendo de esta afirmación: *si la vitalidad es un ingrediente constitutivo y esencial de la personalidad normal, nada tiene de extraño que se afecte en las más diversas enfermedades*. Incluso lo que se llama reacción general ante una intoxicación, infección, etcétera, es, en buena parte, una reacción de las estructuras vitales. También es fácilmente comprensible que éstas se alteren en las fases críticas de la evolución del ser: pubertad, climaterio, etcétera, y que la menstruación vaya acompañada de un incremento en la vibración vital. Pero debemos conservar el nombre de *síndromes vitales* para aquellos casos en los que la alteración vital carezca de referencia externa (a la vitalidad misma); externo, en este sentido, es un tóxico como el alcohol, o una lesión de las suprarrenales como la enfermedad de Addison. La exigencia de una cierta cuantía en la alteración vital nos permitirá eliminar las vibraciones u oscilaciones normales como el climaterio, la pubertad y la menstruación. Sólo cuando alcancen una cierta importancia por su violencia o por la especial sensibilidad del individuo frente a ellas las calificaremos de morbosas. De la larga lista de Braum no quedaría, pues, más que la reacción neurasténica y la nerviosidad constitucional, el llamado Basedow central, la hipertonia esencial y el síndrome de Sterz.

Es muy importante que analicemos las relaciones existentes entre la timopatía ansiosa y las depresiones angustiosas idiopáticas de Leonhard (11).

(11) La primera versión de mis ideas sobre la timopatía ansiosa fue presentada en unas oposiciones a la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Madrid. Mi coautor y amigo R. Alberca preguntaba: ¿hasta qué punto es este cuadro idéntico a las depresiones angustiosas de Leonhard? En una rápida respuesta señaló los puntos de contacto y las divergencias que

«Las depresiones involutivas constituyen desde hace tres decenios un problema irresuelto de la psiquiatría— así comienza Leonhard su monografía—. Las opiniones de los psiquiatras han oscilado entre las que han querido concederles autonomía y las que se la han negado. Kraepelin comenzó por separarlas netamente de las psicosis manícodepresivas, para volverlas a incluir en ellas, tras los estudios catamnésicos que realizó su discípulo Dreyfus. Por otro lado, Bumke, Bleuler, Rehm y otros varios insistían en la personalidad propia de las psicosis involutivas. Gaupp señalaba que las características esenciales eran tres: el predominio de la angustia en el cuadro clínico, la combinación con los síntomas histéricos y su origen reactivo. Bumke mantenía estos mismos criterios en las primeras ediciones de su libro.

Algunos autores como Bonhoeffer y Seelert señalaban ya la presencia de factores exógenos (arterioscleróticos). Fünfgeld, recientemente, trata de hallarles una base orgánica, consistente en procesos regresivos cerebrales, como formas amortiguadas de ciertas alteraciones anatomopatológicas de la sensibilidad. Esto explicaría el mal pronóstico de algunas depresiones, contra el criterio general de benignidad establecido por la mayoría de los autores. Muchos años antes Medow había descrito las depresiones rígidas de la involución, que se distinguían por la uniforme pedantería de sus manifestaciones psicomotoras y por la siembra abundante de su lenguaje de tópicos sinsontes. El mismo Kraepelin describió una forma melancólica que terminaba en la demencia, y seguramente la presencia de este tipo de enfermos es la que le decidió, al principio, a separar la depresión involutiva del círculo manícodepresivo. Realmente existen ciertas diferencias que comienzan en la involución o en el presente, cuyos síntomas de comienzo permiten diferenciarlos de los otros y que acaban por transformarse en un delirio cenestopático senil (demencia senil); las quejas hipocondríacas del principio toman, poco a poco, un carácter de alucinación física. Es una enfermedad funcional que se transforma en orgánica (12). Pero, aparte de estos casos excepcionales, la gran masa de depresiones involutivas tiene el aire que les asignó Gaupp, y por ello, Kehrer, en un trabajo realizado con gran juicio crítico, no reconoce a la involución ningún papel *patogénico*, sino simplemente *nosoplástico*. Las depresiones involutivas serían depresiones en la involución.

El carácter angustioso de las mismas se aproxima al de las antiguas *psicosis angustiosas de Wernicke*. El cuadro se perdió totalmente en la nosología —sometida al triunfo de Kraepelin— hasta el trabajo de Leonhard. Las psicosis angustiosas de Wernicke se caracterizaban sintomatológicamente por la enorme angustia; etiológicamente podía resultar de varias causas, como alcoholismo, epilepsia, climaterio, senectud, etcétera. Actualmente sólo se establece el diagnóstico de psicosis de angustia

en la clínica de Kleist. Lo interesante del concepto es la tentativa de aislar una psicosis de angustia no sólo en la involución, sino *también en la edad juvenil*.

Las preguntas formuladas en el trabajo de Leonhard son estas dos: ¿Pertenece la depresión involutiva al círculo manícodepresivo? ¿Son genéticamente iguales las depresiones involutivas y las depresiones angustiosas juveniles? Para el esclarecimiento del problema busca el apoyo de los hechos clínicos y de las investigaciones genealógicas. Estas pueden zanjar según su opinión el problema de un modo definitivo.

Clinicamente deben diferenciarse las psicosis angustiosas idiopáticas de los estados mixtos manícodepresivos. La melancolía agitada es el más próximo y se halla compuesta de casos en los que, junto a la depresión, existe una agitación motora y un flujo de ideas, en lugar de la inhibición y la lentitud de la melancolía típica. En la psicosis angustiosa, en cambio, lo que domina es la angustia, más que cualquier otro síntoma del cuadro clínico, y falta en ella el flujo de ideas de la melancolía agitada. En favor de la autonomía de éstas aduce Leonhard otro argumento: cuando repite una fase nos encontramos con el mismo cuadro, ¿por qué no habría de existir, si son la misma enfermedad, un cuadro depresivo o maníaco en el intervalo? Pero precisamente este es el argumento de enorme valor convincente que puede esgrimirse en su contra. En la experiencia de todos se halla la existencia de cuadros melancólicos en cuyas diversas fases el componente angustioso varía de intensidad. En algunos de ellos la angustia ha sido tal que ha dominado el cuadro, mereciendo justificadamente el nombre de psicosis de angustia. Esta fase, con mayor frecuencia, es la coincidente con la involución (en esto tienen razón Bumke, Gaupp y otros), pero esta coincidencia tiene sus excepciones, porque en otras fases aparece como depresiones puras.

Es conveniente ver en sus propias historias clínicas lo que entiende Leonhard por psicosis angustiosa. Elegiremos el caso 1 porque él lo considera especialmente demostrativo.

Maria Hei, nacida en 1860, hija de propietario; pícnica. En tiempos anteriores viva, alegre y con costumbres de vida algo libre.

Primera fase: 1896, es decir, con treinta y cinco años se puso enferma por primera vez, se lamentaba continuamente, hacía autorreproches, se creía desdichada, creía que el sacerdote de su pueblo la había denunciado y la quería llevar al calabozo. Después de haber permanecido durante tres años en casa angustiada e intranquila, la llevaron en 1899 al Sanatorio Gabersee, puesto que sus familiares se prometían algún beneficio de un tratamiento. También allí está siempre intranquila, se queja que tenía que haber convertido a tiempo, que ella era la persona más tonta que ha habido nunca, que lo mejor hubiera sido si se hubiese ahogado. Lamenta también que nadie la escuche, es incapaz de dedicarse a una ocupación ordenada por estar intranquila. Después de cuatro meses la sacan del sanatorio sin haber conseguido alguna mejoría. En casa se queda otros cinco años en el mismo estado; las quejas, siempre con los mismos motivos, persisten uniformemente. Después, de repente, e inesperadamente, se vuelve sana, recobra su carácter

ahora expongo más ampliamente contestando a la cordial y atinada pregunta de mi coautor.

(12) Véase mi trabajo sobre «Psicosis seniles».

alegre que tenía antes, acepta un puesto como ama de casa, no llama la atención en absoluto. *La fase de la enfermedad no ha durado menos que nueve años.*

Segunda fase: de 1905-1925 se queda sana, no sufre tampoco de extraordinarias oscilaciones del humor. En agosto de 1925 enfermó de nuevo, repite continuamente sus autorreproches: «Si sólo me hubiera confesado. Si lo hubiera hecho de otra manera. Si me hubiera casado.» Se queda toda una noche sentada encima de un montón de leña, gritando continuamente: «Matadme, matadme.» Se llama una pecadora empedernida, que ha entregado su propio hijo al diablo, pero al mismo tiempo reprocha al hijo que la deja con hambre. En julio de 1926 se va primeramente a la clínica psiquiátrica en M. y luego de nuevo al Sanatorio Gabersee. En la clínica, como en el sanatorio, ofrece el mismo cuadro. Está angustiada, se queja en voz alta, dice siempre de nuevo los mismos autorreproches con las mismas palabras que decía ya en su primera psicosis. No sólo dirige su culpabilidad contra ella misma, sino también contra sus familiares, que la han tratado mal, según su interpretación. Al mismo tiempo llama la atención una ininfluenciabilidad que parece terquedad.

En este estado se encuentra Hei en 1926 y en el mismo todavía en 1937, es decir, más de diez años más tarde. Las quejas han adquirido paulatinamente formas más suaves, no son tan pesadas, pero han conservado el mismo carácter como al principio de la enfermedad. Ahora, como entonces, dice monótonamente sus autorreproches, casi estereotípicos, se queja con las mismas palabras que era la persona más tonta, que tenía que haberse casado y rezado día y noche. Una conversación con la enferma resulta imposible porque repite sus reproches continuamente en vez de contestar y cortar las preguntas con las frases «ahora es demasiado tarde» y «ya no tiene fin». Conduciendo la conversación, contesta las preguntas de tal modo que uno se queda convencido de que ella está bien orientada sobre todas las cuestiones de su vida, así como sobre todos los acontecimientos de sus alrededores. Faltan signos claros de demencia senil o de arterioesclerosis cerebral. Las tensiones son 160/110. La afectividad no es ya tan matizada como hace diez años, pero no se puede hablar de afectividad roma; persiste el matiz angustiado y gruñón del humor. Sólo algunas veces tiene rasgos de humor patibulario, en los cuales la enferma se ve a ella misma de manera irónica. Las muecas y gestos son de carácter natural y evidentemente vivos. Parece entreverse en ellos la manera hipomaniaca de sus tiempos sanos. En abril de 1936 la trasladan a una simple casa de reposo con el mismo estado. Su comportamiento también allí es el mismo.

Este caso sería calificado, en la mayoría de las clínicas, de depresión angustiosa; pero perteneciendo netamente al círculo de la psicosis maniaco-depresiva. Precisamente casos análogos son los que justifican la primitiva denominación de Kraepelin: locura maniaco-depresiva. En la auténtica angustia no se busca la raíz de la culpabilidad en una causa externa a la situación en que se encuentra el enfermo. El yo siente con claridad la propia vivencia, como algo que acontece en sí. Sólo una transformación más honda de la personalidad es capaz de dar cuadros como los anteriores.

Tanto en el cuadro clínico de los probandos como en algunos de sus familiares encuentra Leonhard que al lado de las fases angustiosas existen otras de tipo reactivo. En ellas pueden, a su vez, diferenciarse dos tipos: uno de alegría monosintomática y otro expansivo. El pri-

mero es el que pertenece propiamente a la psicosis angustiosa, que se basaría sobre el par angustia-felicidad (Angst-Glücks-Psychose), así como la psicosis maniaco-depresiva se basa sobre el par manía-depresión. Los estados de alegría monosintomática y los estados expansivos se diferencian claramente, para el citado autor, de las auténticas manías. Pero, en realidad, en su monografía *no se ve en qué pueden diferenciarse de la manía, a no ser que se elijan caracteres secundarios*. En efecto, la diferencia es clara si se considera la manía compuesta de los tres síntomas kraepelinianos: alegría, excitación motora y flujo de ideas. En los estados de manía monosintomática sólo se presenta la primera, pero esto ocurre en muchas fases leves maníacas, que alternan con auténticas melancolias (sin angustia). No se necesitan, con el criterio actual, los tres síntomas para el diagnóstico de manía o de melancolia. La sintomatología está agrupada en torno al polo vital depresivo o exaltado; el resto son síntomas secundarios.

El fundamento genealógico que busca Leonhard para su psicosis no es convincente por carecer de la exactitud, que debería tener para valer como argumento, que pueda quedar la gran fuerza de los argumentos clínicos. Además, es probable que en todas sus observaciones exista un hecho claro consistente en una cierta *tipificación* de la enfermedad según el círculo familiar. Es decir, que dado el círculo timopático, la predisposición a la forma clínica ansiosa será mayor o menor según el círculo familiar en la que se desarrolle. Leonhard señala que los tipos leptosomáticos son más frecuentes en sus psicosis que los pícnicos, Kehrler encuentra que la personalidad anterior de los depresivos angustiosos, en lugar de ser ciclotímica con oscilación entre dos polos alegría-tristeza, se realiza entre los polos angustia-viveza. En los depresivos involutivos existe una forma inhibida que para Leonhard pertenece al círculo maniaco-depresivo. Justo a ellas existen otras depresiones angustiosas que pertenecen al grupo de las depresiones angustiosas idiopáticas, independientes, por consiguiente, del anterior. Existe un tercer grupo, constituido por depresiones climatéricas, que no se presentan en el hombre, caracterizadas por la presencia de síntomas catatónicos y una cierta intranquilidad angustiosa. Habría que discutir si estos casos no pertenecen al círculo de la esquizofrenia, lo cual es probable. Lo que ocurre es que la angustia es un síntoma ubicuo y, por consiguiente, también se halla en la esquizofrenia.

En resumen, pues, dado el estado de la nosología actual, no resulta justificado el intento de Leonhard. Sus cuadros deben incluirse, en la mayoría de las ocasiones, en la psicosis maniaco-depresiva. Hay casos en los que se puede plantear el diagnóstico diferencial entre depresión angustiosa o timopatía ansiosa. Conceptualmente no tiene importancia, *puesto que se trata de tipos dentro del mismo círculo*, y la distinción la hacemos aquí según predomine la depresión o la angustia.

Las depresiones puras suelen ser inhibidas y este puede ser un carácter diferencial frente a la timopatía ansiosa, en la que la inhibición no aparezca. En cambio, en ésta, la

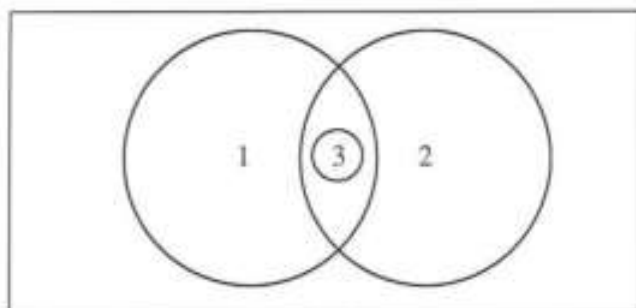


FIG. 1.—1. Timopatía ansiosa. 2. Depresión endógena. 3. Depresión angustiosa idiopática.

sintomatología cenestésica es más fluida y el cuadro se enriquece con síntomas netamente neurológicos y viscerales. Las relaciones entre timopatía ansiosa, depresión angustiosa idiopática de Leonhard y depresiones endógenas puras podríamos representarlas por el esquema adjunto. [Fig. 1]

J. Delay ha publicado un sugestivo libro sobre «Les dérèglements de l'humeur». Después de señalar la posición central del humor en la patología mental, distingue dos tipos fundamentales de las alteraciones del mismo: las hipertimias y las hipotimias. Las primeras comprenden la melancolía y la manía; las segundas, las esquizofrenias. No cabe duda acerca de la justeza del primer grupo. Más discutible es la equiparación de la esquizofrenia a una hipotimia. Guisaud insistía en que el trastorno fundamental de la esquizofrenia afectaba a la esfera instintivo-emocional, es decir, a la esfera tímica. La definía —dice Delay— con un término especialmente feliz, puesto que evoca a la vez el déficit tímico y la falta de impulso vital, *la atimormia*. Cierto es que en las esquizofrenias se altera la esfera del instinto vital, pero es necesario agregar dos notas de gran importancia en el problema de la limitación de las mismas. En primer término, este trastorno no es toda la esquizofrenia —ni su parte más esencial y característica—, y en segundo lugar, su alteración es cualitativamente distinta de lo que ocurre en la psicofrenia. El término *timia* debería reservarse, pues, para esta última y distinguir las formas hipertímicas —tipo manía— de las hipotímicas —tipo melancolía— dentro del círculo.

La aproximación de ambos círculos psicofrénico y esquizofrénico bajo la rúbrica general de alteraciones del humor tiene, en Delay, como punto de partida esencial, los resultados terapéuticos. Ambas enfermedades responden, en efecto, a la terapéutica electroconvulsiva y ambas deben considerarse como disregulaciones diencefálicas. La curación de las enfermedades por la misma acción terapéutica no supone, en modo alguno, su identidad ni su analogía. La esquizofrenia es una enfermedad de patología demasiado enigmática para que pueda apuntarse hoy por hoy, su adscripción a determinado estrato nervioso. Aparte del argumento anterior, maneja Delay este otro: si es verdad que, esencialmente, es el humor el que opone la esquizotimia a la ciclotimia, como indica la misma etimología de estas palabras, ¿se puede, siguiendo este criterio, oponer entre sí las psico-

sis que no son más que el desarrollo de aquellas constituciones, a saber, la esquizofrenia y la psicofrenia? La asimilación de aquella a una hipotimia, y de ésta a una hipertimia se halla ya implícita —dice— en la obra de Kretschmer, aunque no esté explícitamente formulada.

Que en la esquizofrenia existen alteraciones del humor es evidente; pero ya el propio Kretschmer distingue entre la proporción diatésica de la ciclotimia y la psicoestésica de la esquizofrenia. La diatésica oscila entre la alegría y tristeza, y la psicoestésica entre la hipersensibilidad y la anestesia. No se puede considerar la psicoestésica como la oscilación negativa de la diatésica. Son vibraciones de la afectividad *cualitativamente diversas* y, probablemente, se despliegan en planos distintos de la persona. En la diatésica cambia la forma del humor. La psicoestésica cambia, por así decirlo, la sustancia misma; en la primera hay una oscilación en más o en menos; en la segunda, una variación del contenido afectivo que torna al sujeto tierno e hipersensible *al mismo tiempo*; no así como el ciclotímico, *quo está alegre o está triste*. Para la primera rige la ambivalencia; para la segunda, la alternancia.

En contra, pues, de la opinión de Delay, el círculo timopático debe considerarse como independiente del círculo esquizofrénico, ya que afectan a planos distintos de la personalidad y son cualitativamente diversos.

BIBLIOGRAFIA

1. BLEULER, M.: «Die Depressionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis». Basel, 1943.
2. BUMKE, O.: «Lehrbuch der Geisteskrankheiten», 4. Aufl. Muenchen, 1936.
3. BUMKE, O.: «Ueber die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins». Zbl. Nervenheilk. N. F. 20, 1909.
4. HOCHÉ: «Die Melancholiefrage». Zbl. Nervenheilk. N. F. 21, 1910.
5. KRAEPELIN: «Psychiatrie», 8. Aufl.
6. KRETSCHMER: «Körperbau und Charakter», 11. u. 12. Aufl. Berlin, 1936.
7. LANGE, J.: «Die endogenen und reaktiven Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitution».
8. LEONHARD, K.: «Involutive und idiopathische Angstdepression in Klinik und Erblichkeit». Leipzig, 1937.
9. MAUZ: «Die Prognostik der endogenen Psychosen». Leipzig, 1930.
10. REHM: «Das manisch-melancholische Irresein». Berlin, 1919.
11. REISS: «Konstitutionelle Verstimmungen und manisch-depressives Irresein». Berlin 1910.
12. SCHNEIDER, K.: «Über reaktive Manie und Angstmanie». Mschr. Psychiatr. 46: 176, 1919.
13. SCHNEIDER, K.: «Probleme der klinischen Psychiatrie». Leipzig, 1932.
14. SPECHT, G.: «Struktur und klinische Stellung der Melancholie». Zbl. Nervenheilk, 817, 1908.
15. STAUDER, K. H.: «Zur Frage der manisch-depressiven Psychosen und der pyknisch-thymopathischen Konstitution». Arch. F. Psychiatr. 100: 32, 1933.

Equivalentes depresivos

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XII, 2ª etapa, núm. 1, 1979.

La «melancolía», que hoy llamamos depresión, es enfermedad de larga historia, desde Hipócrates a nuestros días. Sólo a título de cita curiosa quisiera referir que Alfonso Ponce Santa Cruz, en 1752, es decir, unos años antes que Burton, ya escribió un libro sobre la melancolía, que pertenece a la Medicina clásica española, lleno de observaciones curiosas, aunque hay que confesar que sus puntos de vista eran muy distintos a los actuales.

La melancolía se suele llamar hoy *depresión*. La observación de Kraepelin demuestra que tanto la melancolía como la llamada manía formaba una unidad que llamó psicosis maníacodepresiva, lo cual no quiere decir que sean clínicamente equivalentes. En primer lugar, la melancolía es más frecuente que la manía, y en segundo lugar, se hallan separadas por fases intermedias. Hoy se habla de formas *monopolares* y *bipolares* de la enfermedad, pretendiendo algunos autores, como Angst, que tiene radicales genéticos distintos. Muchas veces cabe la duda de esta demostración de los radicales genéticos distintos. Cuando se ven tantas fases autóricas disimuladas, porque no suelen ir a las clínicas ni ser atendidos por ellas en los intervalos entre ambas formas de enfermedad, la distinción entre monopolares y bipolares no es tan evidente.

Las melancolías se llaman hoy depresiones, como antes dije, palabra que resulta menos opresiva y sobrecargada que la de melancolía y que además tiene la ventaja de poder comprender cuadros más leves de la enfermedad. Diversa es la serie de síntomas atribuidos a las depresiones, pero me inclino a pensar que la definición más acertada es la de K. Schneider cuando habla de la *tristeza vital*, apoyándose en el principio de la estratificación de los sentimientos, según Scheler.

Claro es que tomando rígidamente la estratificación de los sentimientos de Scheler, la tristeza figura entre los sentimientos llamados *psíquicos*, o sea, en el lenguaje psiquiátrico, *reactivos*, y precisamente la tristeza del melancólico es la tristeza que yo propondría llamar mejor

endotímica y no reactiva, encontrándose ligada al plano de los *sentimientos sensoriales*, como el dolor.

El enfermo nota la diferencia cualitativa entre la tristeza que clínicamente llamamos endotímica de la que es reactiva a una situación. A un enfermo se le muere su mujer quien amaba y sabe distinguir muy bien entre su sentimiento de tristeza endotímica de aquella otra tristeza reactiva. El psicoanálisis habla siempre de la «pérdida de objeto», expresión que, aunque resulte un barbarismo, sobre todo en idiomas latinos, se siguen utilizando y que en definitiva quiere reducir la definición de la melancolía a una pérdida de algo o alguien a quien se había adherido un *quantum* «de libido» considerable. Es decir, como si toda tristeza fuese reactiva. Los sentimientos endotímicos son de una cualidad distinta de la que tiene la tristeza reactiva. En este punto Freud se equivocó, víctima de la psicología de su época, especialmente de la de Hervart, que tanto le influyó.

Ultimamente Schulte habla con una expresión que, aunque parece paradójica, revela el fondo del problema, de que los enfermos depresivos o melancólicos son aquellos que *no pueden estar tristes*, señalando con esta expresión la diferencia cualitativa entre la tristeza endotímica y la reactiva.

En los últimos tiempos se han descrito muchas clases de tristeza patológica, tales como la tristeza en las depresiones involutivas, en las provocadas, en las reactivas y neuróticas, en las mitigadas, en las depresiones por desarraigo, por agotamiento, disfóricas, existenciales, vegetativas, etc.

La experiencia me ha demostrado que fuera del círculo de las depresiones endotímicas existen otros dos tipos clínicos no fáciles a veces de delimitar: se trata de las *depresiones enmascaradas o larvadas* y de los *equivalentes depresivos*. El hecho es que el fondo endotímico alterado del enfermo se manifiesta a través de una máscara en la que el aspecto depresivo apenas resulta visible y, en cambio, aparecen síntomas de carácter vegetativo o puramente somático. Lo que ocurre con la tristeza también ocurre en la angustia. En otras ocasiones podríamos hablar mejor de *equivalentes depresivos*. Las fases de tris-

* Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica.

teza aparecen como afecciones somáticas, de tal modo que algunas son descritas en los tratados de Medicina interna o de la neurología y catalogadas como enfermedades independientes, cuando en realidad no son más que expresiones de un fondo depresivo y deben incluirse en la psiquiatría.

Cuatro grupos son los fundamentales:

- 1.º Algias y parestesias.
- 2.º Vértigos agorafóbicos o timopáticos.
- 3.º Anorexia nerviosa e histeria.
- 4.º Disturbios psicósomáticos, o sea, en las designadas como organoneurosis.

Sería muy larga la enumeración de todos estos tipos clínicos que la observación aumenta día a día. Su carácter fundamental consiste en que tras la aparición de ser debidas a una lesión somática, cualquier intento terapéutico que se haga en este sentido no las hace desaparecer y, en cambio, sí una terapéutica adecuada en el sentido psiquiátrico.

En primer lugar podemos distinguir tipos especiales de *cefaleas de carácter difuso* que se extienden hacia la nuca, así como las escapulalgias, las ciáticas, las algias precordiales, la meralgia parentésica, las algias linguales, la braquialgia estática parastésica, las acroparestias, las perinealgias, la aquinesia álgera, la acatisia y otras varias que no agrego por no hacer la enumeración demasiado larga.

En lo que sí quisiera insistir es en que el dolor de estas algias no es análogo, *clínica y fenomenológicamente estudiado*, al dolor que produce una lesión orgánica cualquiera. Se trata de dolores o parestesias cualitativamente diferentes de lo que el enfermo puede sentir en lesiones o afecciones netamente orgánicas. La importancia del interrogatorio directo y de la penetración profunda de la propia vivencia del enfermo es lo que más enseña en este punto. Muchos de estos dolores recuerdan a las causalgias. La combinación de los mismos con parestesias es también muy evidente. Por regla general, estos enfermos unas veces se diagnostican de enfermedades orgánicas, como muchas veces ocurre en la *meralgia parastésica*, que se atribuye a una lesión del fémoro cutáneo y a veces se le somete a una intervención quirúrgica baldía o inútil. En otras ocasiones se catalogan tales dolores de psicógenos, también erróneamente. Mi opinión, basada en una larga experiencia, no sólo demuestra la importancia del diagnóstico, sino que la terapéutica es distinta según se trate de una afección endotímica o de una lesión orgánica.

La *acatisia* misma, descrita por Haskovez, constituye un cuadro ahora mejor conocido que cuando lo describió el citado autor. Quien tenga experiencia en el empleo de neurolépticos de acción intensa sabe que la acatisia puede producirse por acción de los neurolépticos; pero precisamente estos cuadros a los que me refiero, a pesar de su semejanza con otros muy parecidos a ellos, difieren porque no pueden referirse a una etiología determinada. Los neurólogos clásicos de fines de siglo, y

aun los más recientes, hablan en muchos casos de lesiones del nervio atribuidas a causas diversas, cuando realmente no se trata ni de ninguna enfermedad *lesional* ni de ninguna enfermedad *psicógena*, sino de lo que yo llamaría *enfermedad timógena*. La palabra *timógena* alude a la *timopsique*, es decir, a aquella regulación nerviosa que se halla situada entre la pura regulación corporal y la pura regulación psicológica.

La *acatisia* se presenta en algunas enfermedades orgánicas, por ejemplo en una encefalitis de casi dos años de duración, en un muchacho de dieciocho años, que dejó como secuela un síndrome acatisico que poco a poco va remitiendo. El otro ejemplo de mi casuística se trataba de un enfermo depresivo en los primeros tiempos en los que se usaba de preferencia el electrochoque en su tratamiento. Hombre ya de alguna edad (sesenta años), mejoró tras el primer electrochoque aplicado; mejoró aún más tras el segundo de una manera evidente, y tras aplicarle el tercero, tres días después del anterior, apareció una fase acatisica de una extraordinaria intensidad, que no le dejaba estar quieto en ninguna parte, le impedía estar en la cama, no podía dormir ni conciliar el sueño, ni siquiera comer sentado, quejándose todo el día de esa tremenda intranquilidad que le dominaba. Dada la naturaleza de la enfermedad y esta expresión sintomatológica, que nunca había visto anteriormente en un tratamiento de esta naturaleza, me decidí a continuar el tratamiento. Al cuarto electrochoque la acatisia desapareció como por ensalmo y a los seis electrochoques el enfermo se hallaba ya de alta, desde entonces, y hace de ello más de veinte años, no ha vuelto a tener ninguna manifestación de este género, entre otros hechos porque el electrochoque ha dejado largo tiempo ha de usarse.

En la mayoría de los casos la acatisia aparece aislada como una enfermedad. Podría compararse la acatisia a una expresión motora de la ansiedad, pero esta interpretación es insuficiente y errónea; lo que hace sufrir a los enfermos es la inquietud motora más que la sensación de ansiedad, que queda en el subfondo anímico. En cambio, sí están con mucha frecuencia ligeramente deprimidos.

Aquí, pues, vemos el espectro de las diversas formas con que puede manifestarse este síndrome, y lo importante, según mi parecer, consiste en subrayar el hecho de que enfermos con acatisia se diagnostican más que antes y rara vez necesitan ser internados. Las acatisias, que de ninguna manera debemos calificar de *psicógenas*, puesto que no hay factores de esta clase que las determinen, sino más bien de *timógenas*. En la historia clínica del sujeto se descubre unas veces la coexistencia de la acatisia con un síndrome depresivo ligero, y otras veces, la existencia de fases alternas de acatisia con estados depresivos más evidentes.

El hecho de que fuera descrita la acatisia por Bink y Benson en algunos enfermos de parálisis agitante o de Parkinson postencefalítico muestra cómo estamos ante la presencia de alteraciones que exigen nueva interpretación.

Brissaud describió lo que llamó *impaciencia muscular*, que más tarde ha sido descrita como «piernas intranquilas». El enfermo, sobre todo al acostarse, siente una inquietud que le obliga a levantarse varias veces de la cama y que le impide conciliar el sueño. La sensación que siente es difícil de describir de un modo exacto; por eso probablemente diversos autores lo han llamado «piernas intranquilas» (*restles legs*). La sensación tiene carácter *disestésico* y muchas veces, aparte de no dejarles conciliar el sueño, les despierta y les obliga a pasear y dar vueltas por la habitación antes de volverse a la cama. Fue descrita por primera vez en 1661 por Wittmack, y en 1695, por Willis. El primer autor las llamaba *anxietas tibiariarum*. Algunas veces se presentan en el miembro superior. En los últimos años se han dedicado a esta enfermedad estudios muy detenidos, especialmente por Ekbon y sus colaboradores, que han tratado de buscar una génesis orgánica de la misma, especialmente por su coexistencia en algunos casos con la sideropenia. Por mi parte, mis investigaciones no me han dado el mismo resultado y la observación detenida de las mismas y el resultado terapéutico me inclina a pensar que se trata, como en el caso anterior, de *equivalentes depresivos*. Hablar de la herencia de una enfermedad cuando no se conoce la forma hereditaria y cuando se halla esparcida en familias muy diferentes entre sí, es tratar de sostener una hipótesis muy difícilmente demostrable.

Schultze, al cual se agregó después Nothnagel, describió las *acroparestesias*. Se trata de sensaciones *disestésicas* que se presentan en las manos. Cuando me hallaba en la clínica de Johannes Lange, en München, como asistente, me llamó la atención y me propuso realizar un estudio de estos fenómenos, que aparecían, a su modo de ver, como mayor frecuencia durante la menopausia en las mujeres. Sin embargo, los datos estadísticos que obtuve no resultaron concluyentes y por eso no fueron publicados. Las acroparestesias no coinciden, como es natural, con el dibujo externo de las diversas ramas nerviosas que inervan la mano y son también distintas en su extensión topográfica. Existen acroparestesias en la dentadura que son muy pertinentes, si bien, afortunadamente, más raras. En las primeras descripciones que hicieron Dejerine y otros de esta enfermedad pretendieron que se hallaba siempre acompañada de disturbios de la sensibilidad o de otra clase, pero en general la mayoría de los autores, como Cassirer y mi propia experiencia, han demostrado que no suelen ser correlativas.

Otro trastorno de este tipo, muy importante, es la *aquinesia álgera*, caracterizada por dolores que se presenta siempre con el mismo carácter de dolor sordo en la inmovilidad, muy distinto del producido por un trauma, y que paradójicamente mejora y desaparece cuando la musculatura o la zona afecta se empieza a mover. De ellos ya se ocuparon Moebius, a finales del siglo pasado, y ERB. Moebius los definía como una inmovilidad motivada por las mismas causas que impedían el movimiento, o sea, que la inmovilidad y el dolor sólo tenían la misma raíz, hecho que desmiente la experiencia clínica.

En el primer caso de ERB se trataba de un famoso filósofo; en otro, de un lord inglés a quien molestaba tal forma de la aquinesia álgera, que le impedía realizar la vida habitual. En general se verá que todos estos trastornos —así como la *disopsia álgera*, que no hace falta describir— se ha oscilado siempre entre la interpretación anatomopatológica del fenómeno y la interpretación constitucional del mismo. Mi tesis es que no pertenecen a ninguno de estos dos tipos y que deben considerarse como *equivalentes depresivos o endotímicos*.

Otros muchos tipos de estas alteraciones podemos señalar, por ejemplo la *neuralgia pudenda*, y un tipo analizado por mí recientemente en el caso de una mujer de unos cincuenta años, que no podía sentarse porque tenía que ir inmediatamente a orinar, aunque no fuesen más que unas gotas. También le ocurría esto al echarse en cama. Fue explorada en las mejores clínicas urológicas y ginecológicas de Europa. En las clínicas no encontraron nada, y tampoco en las urológicas, sin llegar a ofrecerle ninguna solución ni lograr resultado terapéutico alguno. En una de ellas establecieron el diagnóstico de «vejiga intersticial atrófica». El examen que le hicimos en la clínica psiquiátrica por el especialista competente demostró que tal atrofia no existía, y lo que sí existía era esa necesidad imperiosa que se le presentaba al poco tiempo de sentarse de ir a orinar, acompañada de dolores disestésicos irresistibles. En ocasiones parecía que estaba sentada cuando hablaba con uno, y realmente no apoyaba las masas glúteas en la silla, sino que ya había aprendido a simular el estar sentada como en una posición en cucullas. Después de una larga peregrinación de años se encuentra bien, desde hace unos meses, siguiendo las directrices terapéuticas que se señalaron, tras interpretación del trastorno como equivalente depresivo.

Con el nombre de enfermedad de *Roth-Bernhardt* se describió una enfermedad producida por una sensación difícilmente descriptible en el lado izquierdo del muslo en el primer caso. Como era lógico en aquellos tiempos, se pensó en una inflamación del nervio femorocutáneo medio o del cutáneo externo exterior. Después se han agregado multitud de casos a los que atribuir el dolor, tales como diabetes, traumas, compresiones del nervio en alguna zona de su trayecto, otras veces intoxicaciones como el alcohol. Otros autores han hablado de formas limitadas de siringomelia, lo cual resulta más inexplicable. Freud la padeció.

El mismo nombre que se le dio *meralgia parestésica* muestra su analogía con el resto de los equivalentes depresivos. He visto algunos de ellos operados sin haber conseguido ningún resultado. En el caso de una muchacha de treinta años se le hizo una resección de unos 3 cm. en el nervio correspondiente, en otra clínica, tras haber hecho un primer ensayo con novocaína. No tardó más de veinticuatro horas en reaparecer el dolor tras la sección nerviosa. En otros casos he visto el mismo dolor transferirse de un muslo a otro y en todos ellos la delimitación de la zona dolorosa resulta confusa y difícil, tanto como resulta la propia descripción que el enfermo hace

de ello. Finalmente, en todos estos casos, la terapéutica adecuada considerándolos como equivalentes depresivos da resultados extraordinarios si el diagnóstico se establece bien.

Basta contemplar en el trabajo de Warthenberg las imágenes que enseña de un caso de *neuritis errante o migratoria* para comprender que tales disestesias, que se suceden, durando una semana más o menos, en la región del omóplato, y después en otra zona de la espalda, y luego en una de las dos piernas, y después en un brazo, etc., no puede tener ninguna explicación orgánica. Ya un mejor conocimiento de todos estos trastornos nos permite tratarlos adecuadamente.

Se han descrito también la *queralgia parestésica* y algunas otras que sería demasiado largo enumerar; pero sí, en resumen, quisiera hacer constar los siguientes caracteres que podrían considerarse como fundamentales:

1.º Existen a veces lesiones orgánicas a las cuales atribuir la presencia de estos fenómenos algicoparestésicos. No hay que negar esta posibilidad y que algún cuadro parecido pueda tener una raíz somática, y esto exige por parte del neurólogo y del psiquiatra una investigación detenida, pero sin lanzarse de buenas a primeras sobre un diagnóstico previo de organicidad que en la mayoría de los casos no se puede demostrar.

2.º En algunos casos tales cuadros clínicos duran largo tiempo, pero con mayor frecuencia se los ve oscilantes, desapareciendo al cabo de unos meses para volver a aparecer más tarde.

3.º En todos ellos, bien analizada la personalidad del enfermo, se encuentra un cuadro subdepresivo ansioso de fondo. La situación de fatiga, que es la que alega el enfermo en ocasiones, no existe; no es más que una manera de manifestarse el síndrome endotímico, acerca de cuyo conocimiento y de cuya descripción quedaría todavía mucho que decir. Podríamos tomar como ejemplo las *Ungund depressions* de K. Schneider.

La descripción de los vértigos agorafóbicos o timopáticos tiene una importancia extraordinaria; hemos visto

operados muchos enfermos sin necesidad. Son vértigos que si a algún vértigo orgánico se parecen es a los centrales funcionales, tal como se observaron durante la Segunda Guerra Mundial; pero el estudio detenido de los mismos (véase mi libro *La angustia vital*) nos llevaría mucho tiempo.

4.º La anorexia nerviosa ha recibido diversas interpretaciones. Se han ensayado muchos tratamientos. Tras veinte años de estudio psicológico, psicopatológico y psicoterapéutico de la misma hemos llegado a la conclusión de que se trata también de un equivalente depresivo, y con los medios adecuados hemos obtenido resultados terapéuticos extraordinarios.

La *histeria* es enfermedad conocida desde hace largo tiempo, pero la pregunta difícil es la de averiguar por qué aparece un ataque o una serie de crisis histéricas u otra forma de alteración de la misma; precisamente ahora es más importante por la reaparición de las epidemias de histeria, como ha ocurrido en un hospital inglés recientemente, donde han aparecido 50 enfermeras que fueron diagnosticadas de encefalitis y que no eran más que histéricas.

Lo que yo quisiera decir en este punto es que en muchos histéricos, aunque no todos, no pesa tanto el llamarlo carácter histérico como la *presencia de una fase depresiva* mal elaborada a través de una sintomatología peculiar, ahora menos dramática que la clásica de la histeria. En otros casos corresponde a mujeres nacidas con *lesión cerebral mínima*, apenas apreciable, pero que se pueden descubrir los pequeños síntomas que lo revelan.

5.º Por mi parte basta una afirmación final: la psicología psicósomática ha seguido caminos diversos, todos emprendidos con gran entusiasmo. No diría yo que todos fueran erróneos; lo que sí resulta ya más que dudoso es que el esquema primitivo de las neurosis que se quiso también aplicar a estos enfermos dé resultados, puesto que no ocurre así. En muchos casos de esta naturaleza conviene pensar en esa posibilidad antes de apelar a la reacción de conversación y otras interpretaciones análogas.

La angustia vital

JUAN J. LOPEZ IBOR

Atlántida. Revista del pensamiento actual. Vol. III, núm. 14, marzo-abril 1965.



Juan J. López Ibor.

Hace unos años publiqué un libro con este título. El calificativo de «vital» tenía en aquel libro una significación precisa. Me refería a la angustia de origen interno, *endotímica*, no producida —aunque a veces desencadenada— por los acontecimientos de la vida. La expresión «angustia vital» ha pasado al lenguaje coloquial y

con ella se quiere entender la angustia que producen los acontecimientos de la vida, es decir, ese estado de preocupación que pertenece a la vida cotidiana y que ahora parece exacerbado o, al menos, resulta más patente al hombre medio.

La angustia es el gran tema de la filosofía y de la literatura contemporánea. La existencia humana cursa entre el nacimiento y la muerte. Son sus límites naturales e irrevocables. Mirada desde dicho ángulo, la existencia es como un haz luminoso recortado sobre la nada. Ese estar envuelto por la nada constituye la experiencia fundamental de la existencia humana. A eso se llama *angustia*.

En las consultas de los hospitales atendemos a los enfermos. Muchas veces son gentes sencillas, cuya capacidad de introspección es escasa y nulo su conocimiento de problemas ontológicos y metafísicos. Los enfermos hablan, a veces, de angustia, otras de miedo. Muchas otras veces no emplean ninguna de estas dos palabras sino que describen otras sensaciones o molestias. La palabra *molestia* resulta aquí más adecuada. Molestia, malestar. Su «estar» en la vida ha cambiado. La filosofía existencial habla del ser en el mundo. En español existen dos vocablos: «ser» y «estar». Este último tiene una significación concreta y definida que en otros idiomas se halla absorbida por la palabra «ser». En la «antropología comprensiva» de Zutt se habla del *Stand* como característica fundamental de la existencia humana. Su significación tiene una cierta analogía con el «estar» del lenguaje español. Se está en el mundo, en la vida, de una manera concreta, con la que *se aparece*. Se está bien o mal. Se está enfermo. Se está alegre o triste. Se está angustiado. Se está dolorido o malhumorado. Son variantes en el modo de encontrarse en el mundo. No en el mundo en tanto realidad objetiva, sino en tanto realidad vital.

El núcleo fundamental de las neurosis es la angustia. La angustia que experimentan los neuróticos ¿tiene algo que ver con la de la filosofía existencial? ¿Hasta qué punto podemos decir que la angustia del neurótico es angustia ante la nada, sin traicionar, con esta fórmula, la realidad?

I. ANGUSTIA Y MIEDO

Ya va siendo vulgar la distinción entre *angustia* y *miedo*. La angustia es ante lo desconocido y el miedo ante lo conocido. Lo conocido siempre produce un impacto emotivo menor porque, en cuanto conocido, existe la posibilidad de evadirse del peligro, de ser dominado. Por eso la amenaza de la angustia es distinta de la amenaza del miedo. *La transformación de la angustia en miedo es un mecanismo defensivo*. Cuando un peligro se objetiva se teme menos. Lo que conmueve profundamente es lo desconocido, porque trae el mensaje inmediato de la nada que nos envuelve.

Las transiciones entre angustia y miedo son evidentes. El lenguaje cristaliza y solidifica estados de ánimo fluidos, pero en el uso de las palabras no nos atenemos al rigor filosófico.

Sandor Rado le reprocha a Freud la imprecisión en el uso de los términos *Angst* (angustia) y *Furcht* (miedo). El miedo tiene siempre un objeto del que carece la angustia. Este reproche que literalmente puede tener algún fundamento carece de él cuando se toman las expresiones en su recto sentido. El psicoanálisis concede a sus expresiones favoritas un valor simbólico. La angustia de castración no es un miedo a *ser efectivamente castrado*. Con este carácter de efectividad no creo que exista más que raras veces, sino que *expresa* el miedo a ser castrado en su personalidad, a que el libre desarrollo de la personalidad se encuentre amputado por las represiones del super-yo, es decir, de la conciencia moral. En tal caso, el miedo ya no es miedo a un objeto concreto, sino a un frente indefinido que actúa en todos y en cualquier momento. Su carácter indefinido justifica el empleo de la palabra angustia. Freud vio, pues, bien en este punto.

Por otra parte no se puede establecer una distinción absoluta entre angustia y miedo. En realidad –en el plano psicológico se entiende– existen transiciones entre ambas: muy frecuente es el «miedo angustioso» y el «miedo a que sobrevenga la angustia», que son dos expresiones distintas. El *pánico* es un miedo a todo, a un peligro que amenaza de todas partes y, en el fondo, lo hace desde ninguna. El lenguaje es riquísimo en vocablos demostrando cuántos matices existen entre estados de ánimo parejos. Entre el miedo y la angustia situaríamos el *temor* en el que el impacto de lo desconocido es más evidente que el miedo.

Nicolai Hartmann critica las diferencias establecidas entre angustia y miedo (miedo-objeto concreto y angustia-objeto indefinido). También la angustia se siente ante algo concreto. Lo concreto de la angustia es su carácter de *amenaza invasora*. Si a esto se quiere llamar una experiencia concreta, entonces la angustia sí que tiene un objeto. La realidad es, sin embargo, que tal amenaza invasora es de carácter difuso. Es algo que se acerca y se cierne sobre uno sin saber lo que es. De ahí muchas veces que el enfermo pueda salir huyendo como en las crisis de *amok*. Pero aunque la experiencia sea amenazadora e invasora, no hay que imaginarla demasiado ligada

a un esquema espacial. Otras veces, la amenaza la siente el sujeto como si no pudiera seguir subsistiendo. Son formas distintas de experimentar la nada.

Actualmente, el perímetro significativo de la angustia ha crecido desmesuradamente. Freud habla de *Rea-langst* de la angustia real, refiriéndose a la emoción que se experimenta en una situación concreta, ante un peligro determinado que viene del exterior. En cambio, Kant habla de la angustia como un grado del miedo y Nietzsche dice «Furcht vor dem Tode als europäische Krankheit», en una situación en la que ahora hablaríamos de angustia. Y el mismo Kierkegaard, que dotó al vocablo angustia de nueva potencialidad expresiva, dice en *El concepto de la angustia*: «aquel miedo, aquel horror ante el abismo de nuestra conciencia».

Que la angustia se halla en la base de la existencia humana es lo que viene postulando la filosofía existencial. Heidegger llama la atención sobre el carácter ontológico y metafísico de sus trabajos. Para él, las aplicaciones psicológicas son ilícitas; sin embargo se han hecho por diversos autores y con razón. Cuando los filósofos buscan desvelar los misterios del ser humano en el pensamiento o en la voluntad, también de ello surge una psicología. Y ahora resulta que, desde el punto de vista de la antropología existencial, el pensamiento, los instintos o cualesquiera otra peculiaridad humana, nos muestran una perspectiva insuficiente del hombre. Hay que buscarla en algo más nuclear, *en los humores, las disposiciones y los estados de ánimo*.

II. ANGUSTIA, ANSIEDAD, TEDIO, PREOCUPACION, NAUSEA

La angustia, por otro lado, la definen los diccionarios refiriéndose a la «aflicción», y la «aflicción» a la «pena» y a la «tristeza». Es decir, el lenguaje común reconoce las transiciones que existen entre la angustia y la tristeza como estados de ánimo.

Mucho se ha discutido si *angustia* y *ansiedad* son lo mismo. Para mí, son matices de la misma experiencia. Imaginariamente los podemos considerar situados en planos distintos: la angustia es más profunda, más visceral, más física y más constrictiva. La ansiedad es más elevada, más noética y más libre. Cuando se analiza bien lo que es la experiencia angustiosa se topa con los dos matices de la escala: *a)* temor a la disolución de la unidad y continuidad (del yo); *b)* cuando amenaza la disolución, aparece el «vértigo de la libertad».

Son dos momentos de la misma vivencia, el primero expresado por la palabra *angustia*, y el segundo por la palabra *ansiedad*. En el primero hay una especie de distensión del éxtasis existencial. En la experiencia angustiosa el sujeto llega a las proximidades del primer momento, por así decirlo, de su ser. (Paso del no ser al ser, de la inercia al movimiento.) Nunca se llega a él, porque esto sería la propia disolución del ser. Pero esa proximi-

dad le concede los caracteres de una experiencia de *detención* del tiempo vivido.

Cuando todo es posible, en cambio, el tiempo cursa más veloz, porque el tiempo interior no es un tiempo físico ni un tiempo biológico, sino la expresión del tránsito del presente al futuro. Este tránsito se hace en forma de proyecto. Como se ha dicho tantas veces, el yo vive en tanto se realiza y la realización es, a su vez, la proyección del tiempo vivido. Cuando la crisis de angustia rebasa su segundo momento y aparece ante el ser todo el abanico de posibilidades, hay como una inflación del tiempo interior y falta el tiempo para realizar, todo lo que podría realizarse. En la vida cotidiana el hombre normal—fuera de los momentos estelares de la existencia—hablamos del tiempo que pasa. Es como si se objetivase en algo externo a nosotros mismos. La aproximación de esta experiencia a la del tiempo físico es evidente. En la ansiedad no es el tiempo el que pasa, sino el propio sujeto. Este carácter transeúnte de la subjetividad se revela netamente en la crisis.

De ahí el enlace de la angustia con el *tedio* o *aburrimiento*, otro estado de ánimo fundamental. En el aburrimiento desaparece la nota de novedad, que cada momento de nuestra vida nos ofrece, con respecto al anterior. El momento actual es distinto del pasado. Esa distinción puede revelarse en dos formas, una *extrínseca*, es decir, basada en el diverso contenido, y otra *intrínseca*, dada por la sucesión misma de momentos. La primera se basa en las diferencias existentes de ocupar cada momento: yo puedo existir o leer o pasear o pensar. Y puedo pensar en mis enfermos, en mis libros o en mis hijos. Cuando esta ocupación no aparece como distinta, con algo de novedad respecto a la anterior, surge el aburrimiento, que podríamos llamar *exógeno*. Para defenderse de esta clase de aburrimiento el sujeto busca «matar el tiempo», revelando el sentido último de la intimidad, puesto que el ser—mientras se vive—no tiene por qué percibir el tiempo como tal vivencia.

La segunda, la novedad *intrínseca* dada por la sucesión misma de los momentos consiste en lo siguiente: si estuviéramos ante el tiempo físico no podríamos hablar de ella. En una recta, los puntos son iguales entre sí, pero en la recta de la vida no ocurre así, sino que los puntos se suceden como engendrados unos por otros. No hay una relación matemática entre ellos, sino una *relación filial*. El hecho es claro: en un proyecto, cada momento de su realización depende del anterior y es germen del siguiente. La vida es, en sí misma, proyecto y cada momento viene con una carga nueva, con un *quantum* de novedad. Cuando esto no ocurre aparece el aburrimiento, que a diferencia del anterior podríamos llamar *endógeno*. Es el aburrimiento existencial, la experiencia del *vacío* de la vida.

Angustia, ansiedad, aburrimiento, son estados de ánimo que a pesar de sus netas diferencias tienen amplias zonas de confluencia. El estado de ánimo, tal como lo vivimos, es una totalidad que va tomando colores distintos, pero su sustancia es la misma.

La preocupación es otra situación de ánimo próxima a los anteriores. Aquí se advierte más la vertiente activa del ánimo. Preocupación es, obvio resulta decirlo, lo que antecede a la ocupación, pero lo que antecede de un modo especial, como proyecto de lo que va a hacerse. Cuando no se sabe qué camino tomar, se está preocupado. La preocupación supone la libertad que se halla en el fondo de la experiencia angustiosa. Sólo que el transformarse el plano activo, frente a la pasividad última de la angustia, nos aproximamos más al mundo de lo concreto. Lo mismo ocurre con la duda, la perplejidad y la inquietud. Son matices de la misma experiencia realizados en diversos planos de la persona. La duda acaece en el plano noético, aunque sea duda en el obrar. Se duda al tomar una u otra decisión, en pensar esto o aquello. La inquietud se desliza hacia el plano psicomotor. Es una interiorización de la vigilancia reactiva del ser, presto a saltar de una acción a otra. La perplejidad es la duda manifestada y, al mismo tiempo, es la inseguridad en la interpretación de lo que se percibe como mensaje del mundo externo.

Cuando en lugar de verternos hacia el plano de la colectividad, lo hacemos hacia el plano vegetativo, aparecen otros matices de la vivencia angustiosa. El *ahogo* es la opresión de la ansiedad que ya llega a dificultar el libre contacto del ser con el exterior. El ahogo supone la obturación de este intercambio, por eso va ligado a la sensación de falta de aire. En el ahogo del «bolo histérico» la sensación se refiere más al aparato digestivo, pero en el fondo es equivalente. En el ansia nos encontramos con dos flechas significativas. Unas veces expresa el deseo de hacer, pero deseo acuciante, como impelido por un tiempo vivo y que se consume a sí mismo. Otras «tener ansia» significa algo parecido a la náusea.

La sensación de *náusea* es equivalente a la de *asco* o *repugnancia*. Sólo que éstos se mueven en el plano más imaginario y aquella en el plano más real, por eso sus acompañantes vegetativos son más cuantiosos. La náusea se halla próxima al vómito y muchas veces no designa más que la crisis vegetativa que lo precede. Como la crisis cursa en forma de oscilaciones vegetativas se usa habitualmente en plural.

La náusea fue el título elegido por Sartre para designar la experiencia fundamental del personaje de su novela. ¿Qué es lo que da náuseas a Roquentin? La inconsistencia de la existencia. No hay nada estable más que lo que nosotros hemos puesto en la existencia. Esta experiencia nos revela algo que permanece escondido o inédito en la vida cotidiana. Se trata de cualquier cosa que puede suceder o sucedernos, pero formulada esta posibilidad no como abstracta, sino como vivida. No hay reglas, ni cuadros fijos. Existe el azar, el espacio y el tiempo, que son elásticos, blandos. «El mundo cotidiano se torna evanescente: nos hundimos en la náusea.» Esta crisis es la angustia proyectada en el mundo circundante. Por eso «cualquier cosa puede suceder o sucedernos». La crisis así transportada es el vértigo. La náusea de la existencia es el vértigo existencial.

Pero en estas consideraciones, he decidido mantenerme en el plano psicológico del modo más puro posible. La analogía entre náusea y vértigo no se revela por el uso común de ambas palabras en español sino por la conmoción vegetativa que subyace en ambos fenómenos.

La náusea es en el plano vital, como el asco, una actitud ante la vida misma. Señala una forma de existencia próxima a la naturaleza inferior, próxima al caos, a la disolución. Nos dan asco y «náuseas», los objetos putrefactos, corrompidos. Para que un alimento penetre en nosotros debe mantener su ser propio; en cuanto lo pierde y se descompone nos da asco. Lo mismo ocurre con la experiencia vital. La vida nos da asco cuando pierde su ser propio o como se dice habitualmente, su razón de ser. ¿Qué es una vida sin razón de ser? Es la vida reducida al caos de los instintos, a la biología personal e infra-personal. Lo que mantiene a la vida libre de la corrupción, lo que le impide descomponerse, es aquello que la ensarta y le impone su proyecto: a eso lo llamamos *persona*. Sin la tensión personal, la vida cae en el anónimo de la vida vulgar.

Otro de los términos que se barajan al hablar de estados de ánimo es la *congoja*, que constituye un puente de transición entre la fatiga y la tristeza. En Santa Teresa se encuentra congoja como sinónimo de fatiga. Estos estados de ánimo se encuentran más próximos a las emociones, es decir, a aquellos determinados por impactos externos.

Otro término de la serie es la *agonía*, que significa en lenguaje corriente la congoja del moribundo. De ahí que haya prendido la imagen de la disregulación animal y vegetativa cuando la conciencia desaparece.

«Agonía» es el trastorno vegetativo de la náusea y el asco. La significación más profunda llevó a Unamuno a elegir este vocablo en *La Agonía del Cristianismo*. También yo lo utilicé referente al psicoanálisis. Agonía quiere decir lucha. Agoniza el que vive luchando, contra la vida misma y contra la muerte. Santa Teresa dijo: «Muerdo porque no muerdo».

La angustia ofrece el mismo fondo agónico. La crisis aparece como dialéctica entre lo personal y lo apersonal del hombre, entre el yo y el ello. Pero no es esto solo: fundamentalmente la dialéctica se establece en el fondo mismo de la experiencia angustiosa, que tiene un vaivén como una onda que sube amenazadoramente y baja sosegada hasta que el final pasa.

Bollnow dice que la existencia humana puede interpretarse a partir de cualquier estado de ánimo y él trata de hacerlo a partir de los estados de *exaltación*: experiencia del «gran mediodía», del éxtasis, etc. Heidegger ha elegido la angustia, pero realmente lo mismo hubiese logrado con otro punto de partida. La hermenéutica de los estados de ánimo patológicos demuestran que la elección de la angustia es porque nos permite ver más radicalmente lo que hay en las entrañas del ser. Los estados de ánimo del mismo signo, cuanto más patológicos, más muestran su textura angustiosa, probablemente porque

su estado patológico arranca de capas más profundas. En el límite de la profundidad de la existencia se halla la no existencia, la nada. El vacío, el tedio y el asco, se tornan existenciales cuando ahondan y se aproximan a esa frontera. Si son más superficiales, se integran en la vida cotidiana y la rellenan de contenido.

III. ANGUSTIA NORMAL Y ANORMAL

El esquema es el siguiente: el sujeto *normal* puede experimentar *miedo* ante situaciones concretas. El sujeto *normal* conoce también la *angustia* cuando logra aproximarse al plano profundo de la existencia, en un verdadero proceso de iluminación existencial. De todas las experiencias de la vida cotidiana, la que con mayor frecuencia la produce es la consideración de la muerte, es decir, la del *carácter intrínsecamente finito de la existencia*. Las situaciones en las que se transparenta esa experiencia son angustiosas, pero también lo son, en general, todas las que hacen sentir a la criatura humana su desvalimiento. El desvalimiento lo siente el hombre normal ante lo inabarcable e incomprensible. Pero estos vocablos necesitan ser especialmente matizados para que señalen plásticamente los caracteres de la situación.

En el enfermo las situaciones en las que se presenta la angustia pueden ser concretas. Existen las crisis de angustia global, pánica, que se tiene ante todo y a todo. En su agudeza y su violencia, no deja lugar, al que la padece, para el análisis de su experiencia. Pero, cuando lo hay, siempre aparecen los dos espectros básicamente amenazadores del enfermo: la locura y la muerte. Aparte de las crisis globales de angustia, existen las crisis desencadenadas por una situación determinada. Sin entrar ahora en un análisis más minucioso sí que quiero dejar consignado que tales situaciones concretas adquieren el carácter de *reveladoras*. Lo que siente entonces el enfermo es su angustia básica, patentizada por una experiencia concreta. *Es una verdadera «aletheia» del fondo angustioso del ser humano*. Un enfermo sentirá la angustia ante las serpientes o ante las plazas abiertas o ante la necesidad de subir al vagón del ferrocarril. La situación no tiene una significación general, sino *específica* para el sujeto. Una enferma sentirá angustia ante las arañas. La sintió la primera vez al rebuscar en un cementerio pueblerino los restos de su padre, asesinado durante la guerra y arrojado a la fosa común. La araña revelaba a la enferma, a través de la experiencia de la muerte de su padre, la de su propia finitud. Angustia ante la araña era lo mismo que angustia ante la muerte. Esto es precisamente lo anormal, la capacidad que adquieren situaciones y experiencias de la vida cotidiana para que el sujeto dé el salto desde el plano cotidiano de la vida normal al plano profundo de la existencia.

El objeto más banal puede ser *anxiógeno*; pero engendra angustia, no de modo primario sino secundario, por *revelación* de la situación primordial angustiosa. Esta revelación puede hacerse a través de vías diversas: la de

la evocación de un recuerdo, la adscripción de un valor a determinado objeto o animal (por ejemplo, las serpientes o las arañas). Lo anormal está en la importancia anxiógena concedida a los objetos, seres o situaciones triviales. Existe una cierta *ordenación categorial* entre estos estímulos anxiógenos. La tipificación de las formas angustiosas depende de ellas y así resultan sus formas frecuentes o habituales: la agorafobia, la claustrofobia, etcétera.

La angustia morbosa ofrece otro carácter diferencial. La angustia es la expresión de un modo de encontrarse en el mundo y, por tanto, más que de una angustia reactiva debemos hablar de una *angustia básica fundamental*. Con ello queda fijada, en esa expresión, la bipolaridad constitutiva de la experiencia que realiza siempre un ser que está situado en el mundo. En la angustia morbosa, el polo -sujeto- adquiere un relieve prevalente. *La angustia aparece por lo que pasa en él*, no por lo que realmente ocurre fuera de él, en el mundo exterior. Este suceder interno intra-histórico, puede analizarse desde diversos puntos de vista. Según Freud, la angustia aparece como temor ante los propios ciclones impulsivos, o mejor aún, como represión del propio objeto de la ansiedad. Este temor tiene su génesis en la situación infantil, cuando el niño se siente incapaz de admitir conscientemente la fuente de un sentimiento de amenaza, por ejemplo, la represión paterna (angustia de castración). Mowrer dice que cualquier miedo reprimido puede refloreecer en forma de ansiedad. La misma represión vuelve al sujeto más vulnerable frente a las amenazas e incrementa así su ansiedad neurótica. Mis puntos de vista difieren de los citados, pero para el análisis inmediato de este problema es igual que se mantenga una u otra interpretación. Siempre se llega a la conclusión de que lo prevalente en la angustia morbosa es lo que ocurre en el interior del sujeto. El papel del suceso externo es el de revelador, desencadenante o cristalizador de la situación angustiosa. El mundo del enfermo angustiado no es el mismo que el del hombre normal. Es un mundo morbosamente -privatizado- con hitos personales, con relieves y angosturas muy diferentes a los del hombre normal, que puede llegar a los grados inverosímiles que conoce el psiquiatra.

Debemos analizar cuál es el tipo de conflictos que provocan la angustia. Con frecuencia se afirma que los conflictos angustiosos son de naturaleza instintiva. En efecto, en las crisis el enfermo se angustia ante sus propios instintos ¿Por qué? Porque el desate de ellos es la amenaza de disolución de la personalidad. El miedo a los instintos, cualesquiera que sean, es el miedo al monstruo que el ser lleva dentro. Unas veces es el miedo a la liberación del instinto agresión (posibilidad de convertirse en criminal, fobia a los cuchillos, a los objetos puntiagudos, a estar solo para poder realizar la agresión, etc.). Otras veces es el miedo a la liberación del instinto sexual -normal o anormal-. Una enferma soltera ha tenido una experiencia homosexual -la enferma es muy religiosa-, sin embargo, lo que la angustia no es la idea de culpa en

el plano normal, aunque también esto le apene. Lo más importante para ella, es la idea de haber podido cometer una acción anormal. Lo monstruoso no es el pecado en sentido religioso sino el pecado contra sí misma, el haber dejado, o podido dejar, que se manifieste lo anómalo que ella lleva dentro. Le parece que las personas normales no son así, que no llevan dentro ningún monstruo. Dos meses antes la enferma había tenido su primera experiencia heterosexual. Estaba pesarosa de haber transgredido la ley de Dios, pero también estaba contenta de lo que había ocurrido, porque se dio cuenta de que era como los demás, que podía gozar y pecar como ellos. Se ve aquí clara la diferencia entre la falta en el plano normal y la falta en el plano angustioso. Ambos pueden ser, objetivamente, faltas, pero la angustia que se adhiere a una u otra es distinta en cualidad. En el primer caso, la confesión la liberó de su sentimiento de culpabilidad. En el segundo no la liberaba, porque lo importante no era que fuese perdonada, sino que se hubiese convertido en un ser anormal.

El miedo a los instintos desencadenados es el miedo a dejar de ser uno mismo, a alienarse o a enajenarse. La estructura íntima del yo, en su unidad y en su continuidad está amenazada. Tal estructura íntima, normalmente, no es vivenciable.

Es frecuente la tesis de que la angustia es anormal cuando no puede soportarse. Escapar a la angustia, es la neurosis. Se escapa mediante ciertos mecanismos de descarga, amortiguamiento o defensa; mediante ellos la angustia no accede a la conciencia, es reprimida. Esta descarga de angustia, dice Hafner, se encuentra no sólo en las neurosis sino también en la constitución de muchas estructuras sociales y modos de pensar. En la propia estructura de la vida cotidiana se halla el hecho de que la frontera angustiosa se impermeabilice y por tanto impida que la angustia irrumpa en la conciencia. La vida anónima es una vida sin angustia en la conciencia. Lo contrario ocurre en la existencia auténtica, que cursa en saltos, en espasmos. La angustia contribuye a la antropogénesis de cada uno y en este sentido muestra sus valencias positivas.

El valor positivo de la angustia normal se despliega en torno a un nuevo modo de establecer las relaciones con el mundo que se hace más propio. No ha de entenderse esta mutación en un sentido egoísta o narcisista, sino en un sentido de purificación de la existencia de tanto lastre inútil como se le agrega en el curso de la vida. Los hábitos son necesarios, pero no hasta el punto de ahogar, en puro automatismo, la vida cotidiana. En el plano de deslizamiento por la cotidianidad, la persona debe mantenerse con su capacidad creadora. La existencia propia no supone una ruptura con el mundo, pero tampoco una entrega impersonal al mundo de las cosas y de las personas.

W. Schulte pregunta si la angustia no debería pertenecer a la región de los *pudenda*, de lo que no se debe hablar. La sociedad contemporánea fuerza la apertura y no resiste la ocultación, la reserva. Desde el punto de vis-

ta psicológico se considera la liberación de las presiones interiores como sano. Hasta qué punto eso sea cierto es algo que debería ser sometido a examen. La maduración de la personalidad no se consigue por este proceso de descarga de las presiones interiores. Al contrario. Resulta interesante preguntarse si el aprendizaje para mantener la angustia en la zona de los *puddenda* es algo que la personalidad necesita para su maduración.

En el neurótico, en cambio, la angustia impide ese normal florecimiento antropogénico. El desarrollo de la personalidad se halla frustrado. Las neurosis son enfermedades que impiden al hombre «ser hombre». Boss habla de las neurosis como reducciones en las posibilidades existenciales y v. Gebattel de inhibiciones en el desarrollo.

Pero en todas estas explicaciones de la angustia se parte, a mi modo de ver, de un punto erróneo, el de la igualdad de la angustia normal y de la anormal. Lo diferente son los medios de defensa, se dice. La realidad es que los medios de defensa son anormales porque la angustia es primariamente anormal. Es anormal ya en el modo como el sujeto la percibe, es decir, en la presencia misma. Los enfermos lo dicen muchas veces. Al ser anormal en su génesis y en su presentación, es natural que los medios de defensa que el organismo despliega sean anormales en sí o anormalmente utilizados. Me refiero al alcohol y los tóxicos en general. La humanidad siempre ha recurrido a ellos como medios amortiguadores de la angustia. La euforia que a veces aparece, es una euforia por liberación de la angustia; pero en muchos angustiados, la utilización de tal medio de defensa rebasa las líneas normales y surge la toxicomanía que no está en los productos que remedian el dolor, sino en la persona que los toma. El tóxico resulta agente destructor de la personalidad que es secundario al impulso primario destructor de la angustia insaciable.

También la acción seda la angustia. En la acción instintiva hay mecanismos de defensa contra la misma. El ansia de poder tiende a dar confianza al que la posee y, por tanto, a ocultar, ante sí mismo, las fisuras y grietas de su personalidad. La sexualidad tiende a la comunicación, pero cuando poder y sexualidad se filtran de angustia, en lugar de contribuir al desarrollo de la persona humana, contribuyen a su desmantelamiento. La sexualidad angustiada pierde su capacidad de ser puente de comunicación. Lo primario, en este caso, no es un trastorno de la sexualidad sino una alteración angustiada que filtra la sexualidad; entonces, por un lado la exalta confundiéndola con toda el área de la persona, por otro lado la perturba, la paraliza, la encierra en sí misma, impidiéndole su despliegue como tentáculo personal de la comunicación. En las perversiones sexuales la nota fundamental consiste en su carácter inhibitorio y destructor. Se habla en el lenguaje freudiano de «tendencias masoquistas» o «autopunitivas», expresiones que aluden a la dinámica negativa de la angustia anormal.

IV. LA SOMATIZACION DE LA ANGUSTIA

En el hombre normal, la percusión de la angustia o de cualquier otro estado emotivo sobre sus registros somáticos tiene unos ciertos moldes por los que cursa. Cuando Tom, el conocido enfermo con una fístula gástrica, tan minuciosamente estudiado por Wolff, se hallaba frente a una situación peligrosa consistente en que el médico pudiese descubrir alguno de sus errores y se molestase por ello, su actividad gástrica se suspendía y su estado era el de preparación para la fuga. Cuando Tom caía en un estado de ansiedad por ignorar lo que sería de él al salir del hospital, la actividad gástrica se aceleraba. En el segundo caso su conflicto era más personal. Puede ser que en rigor no puedan calificarse de miedo y ansiedad ambos tipos de reacción en este caso, pero constituye un buen ejemplo de cómo cada emoción tiene prefijado, dentro de ciertos límites, el camino fisiológico por el cual se vierte. No se trata de esquemas fijos, ni de esquemas sin variaciones individuales. Ocurre como en las reacciones ante los estímulos físicos. Frente a determinados esfuerzos unos sujetos responden acelerando su ritmo respiratorio, otros con tensión, otros con secreción sudoral. Lo patológico empieza cuando se saltan las barreras cuantitativa y cualitativamente. Porque se trata no sólo en líneas generales de reacciones inadecuadas por exageradas, sino también por desviadas. El cardíaco insuficiente no sólo tiene taquicardia sino edemas. Análogamente sucede en la expresión de las crisis o del estado de ansiedad.

La primera diferencia frente a la angustia normal se halla en que esta se vive, casi exclusivamente, en el plano psíquico. El casi no quiere aludir más que a la necesidad de contar siempre con el cuerpo cuando hablamos del hombre. El hombre sano se halla tan bien regulado, que la repercusión fisiológica de sus emociones es mínima y adecuada siempre al grado de la emoción. A medida que la angustia se somatiza más es más morbosa. La crisis angustiosa, que se traduce en una brillante y amarga sinfonía vegetativa, es una crisis anormal. Pero no es esto solo. La repercusión sobre el teclado orgánico no concuerda con los moldes habituales de la reacción. Esta se vierte por otros caminos, salta barreras, se aísla, independiza y persiste. La desviación, el salto, la independencia y la fijación, son caracteres que aparecen en todos los estados de angustia morbosa.

La angustia morbosa acaece en un plano más profundo que la angustia normal. De ahí muchas veces que su expresión sea imperfecta. El enfermo no dice que está *angustiado* y sin embargo *lo está*. El enfermo habla vagamente de dolor de cabeza o de temblor o de palpitaciones, y esos síntomas vagos, que siempre se expresan mediante circunloquios, «es como si» aluden a una experiencia angustiada íntima —logofonía—. Muchas veces, el que el enfermo reconozca como angustiosos estos fenómenos que en él ocurren es ya ponerle en vía de curación.

Quisiera llamar ahora la atención sobre una peculiaridad que quizá sea la más importante de la angustia pato-

lógica. La angustia es un sentimiento vital y, como tal, un modo de percepción inmediato de la corporalidad; pero los sentimientos vitales patológicos, a diferencia de los normales, no son puros sentimientos vitales en el sentido de Scheler, sino sentimientos sensoriales. Esta misma peculiaridad la vemos en la tristeza vital, como síntoma clave de las depresiones. El enfermo siente la angustia patológica no sólo como un malestar difuso, ligado a la experiencia primaria de la corporalidad, sino anclado en determinados lugares de su cuerpo. La angustia anormal se concreta no sólo en la geografía somática (dolor lento en el epigastrio, opresión precordial, nudo en la garganta, cefalea, neuralgia, etc.), sino también en la geografía psíquica en forma de fobias. En el lugar donde aparece somatizada emerge el síntoma. En definitiva, la angustia vital es un híbrido de sentimiento sensorial y de sentimiento vital, que provoca por otra parte sentimientos y actitudes reactivas, o sea, psíquicas, en el sentido de Scheler.

V. LA REPETICION COMO DEFENSA

Lo específicamente neurótico en un acto determinado lo ve Kubie en la repetición. «Si un acto es sano o neurótico depende sólo de la constelación de fuerzas que lo determinen. Si tales fuerzas, ya sean puramente psicológicas o combinadamente psicológicas y orgánicas, son de tal naturaleza que predeterminan la repetición automática del acto, independiente de cualquier consideración, este acto es neurótico, y las fuerzas que lo determinan son generadoras de neurosis. Esta es la esencia de lo que es psicopatológico en la conducta humana».

Nos hallamos ante una de las cuestiones más importantes de la vida psicopatológicamente anormal. En un momento determinado de la evolución de su pensamiento, Freud desentrañó, a su modo, las relaciones existentes entre el impulso de repetición y el instinto de la muerte. Algo hay en la materia orgánica que le impulsa a buscar el estado anterior a su aparición, «que lleva la vida, inexorablemente, hacia la muerte», decía.

En la constitución de las neurosis aparece, también inexorablemente, esta tendencia a la repetición. La iteración se halla además incluida en la dinámica de muchos trastornos psicóticos. Cuando una crisis de angustia pasa, este *pasar* no es más que su mutación en una serie de fobias u obsesiones, sometidas a este imperativo de la repetición. En mi libro *La angustia vital* me inclinaba a admitir una génesis dual de ambos fenómenos. La repetición, pensaba entonces, se halla anclada en lo biológico.

Pero la entraña del fenómeno es mucho más compleja. La experiencia angustiosa es, en realidad, una experiencia de situación-límite, que no se llega a alcanzar en su plenitud. A medida que se aproxima su *acmé*, es más insoportable. En su misma dialéctica interna aparecen los impulsos reguladores que le impiden alcanzar el límite. Por eso el sujeto, próximo a caer en la plenitud inso-

portable de la angustia, en la inundación del ser por la nada se adhiere a *algo*, a un contenido psíquico. La angustia cesa, entonces, en su proceso expansivo y puede cristalizarse en torno a un contenido que se presenta como «motivo» de la angustia. Así se constituyen las fobias. Es evidente el papel defensivo que tienen en la dinámica del proceso angustioso. La aparición de las fobias supone una «enconización» de la angustia. El *multum* se transforma en *multa*. La repetición es una manera de dar forma temporal a lo infinito de la angustia.

Este trastorno de la temporalidad angustiosa aparece en la vida del primitivo, señalando la distinción entre el *tiempo cíclico* y el *tiempo histórico*. La angustia cósmica, primaria, del primitivo engendra la idea del tiempo cíclico como defensa. ¿Qué pasará, qué vendrá después? El avance histórico es un avance hacia la muerte, hacia la nada. Lo nuevo es una categoría que estremece al primitivo. Lo nuevo tiene que integrarse, para que no angustie, en lo conocido. La negación de la historia, la repetición mecánica de los ciclos cósmicos o de la vida social o individual, le defienden contra el «terror de la historia». En la vida «lo nuevo» sobresalta porque muestra la posibilidad de que algo haya detrás, y porque es un correr hacia la muerte. De ese estremecimiento se salva el hombre pensando que fue «como la otra vez». La primera noche debió ser tremenda para el primer hombre. Al salir el nuevo día y ver que era como el día anterior se sintió tranquilo. La noche sigue siendo, para muchos angustiosos, un trasunto de la nada.

Una proeza considerable consiste en la aceptación por el hombre del tiempo histórico, del devenir, aceptación que no puede hacerse sin una cierta dosis de angustia. A medida que crece la velocidad del tiempo histórico aumenta el *quantum* de angustia. El hombre contemporáneo se halla transido por esa experiencia. Quemar las etapas de la historia es una proeza que se cumple quemándose, a su vez, en la intimidad, por el fuego devorador de la angustia.

El fóbico, en lo referente a su fobia, vive en el tiempo cíclico, en lugar del tiempo histórico. El eterno retorno de la fobia es una defensa contra la experiencia angustiosa, que no la hace desaparecer sino que la minimiza. Es una vacunación contra la angustia, a costa de dilatar en el tiempo la presencia de esa fisura de la personalidad, que es la experiencia angustiosa.

VI. LIBERTAD Y FIDELIDAD DE LA EXISTENCIA

Lo que separa a la angustia normal de la patológica no son sus temas. Tillich enumera tres direcciones en las que la nada amenaza al ser. La nada amenaza la afirmación óntica del ser, relativamente a su destino: esta amenaza es la muerte. La nada amenaza al hombre en cuanto se autoafirma espiritualmente frente al vacío: es la amenaza del absurdo de la existencia. La nada amenaza

la autoafirmación del hombre con respecto a la culpa: es la amenaza de la condenación.

La clínica nos ofrece estos mismos temas, la angustia ante la muerte, la justificación de la muerte por la falta de sentido de la vida y el sentimiento de culpabilidad, que tan vivamente se manifiesta en las depresiones endógenas. Pero ¿existe alguna diferencia entre cómo se presentan tales temas en el hombre normal y en el enfermo?

La cuestión se reduce siempre a la experiencia de la nada. La culpa no es sino la infiltración de la nada en el pasado. El sentimiento de culpa normal se adhiere a hechos que el ser experimenta como moralmente indebidos. El sentido de culpa de los enfermos, en un primer examen, aparece también inserto en acciones pasadas, de moralidad dudosa y francamente inmorales. Que hay una diferencia entre ambos casos resulta evidente. La culpa normal se puede expiar en una u otra forma. En la vida normal se libera uno de la culpabilidad mediante nuevos actos de la vida misma: reparación, confesión, superación, etc. La culpa anormal es inextinguible salvo si el enfermo se cura. Muchas veces se ha ironizado sobre el valor de la moralidad en la vida humana, apoyándose precisamente en el sentido de culpa de los melancólicos, desaparecido mediante unos electrochoques o unas píldoras. ¡Una conciencia moral borrada por unas convulsiones o por la farmacología! Los que tal ironizan demuestran una cierta miopía en el conocimiento de las entrañas del hombre. El sentimiento de culpabilidad morboso, si se analiza profundamente, aparece adherido, no a este o aquel acto de la vida pasada, sino al *acto mismo de vivir*. El enfermo expresa su experiencia en forma concreta por la misma razón de siempre: la experiencia angustiosa es insoportable. El hecho mismo de vivir es el que produce sentimiento de culpabilidad. Es la misma vida la que no vale, porque está impregnada de la nada. Culpa, vacío y muerte no son más que versiones histórico-colectivas o histórico-individuales de la amenaza de la nada. Tal amenaza se presenta injustificadamente ante los enfermos, no por un proceso reflexivo, sino de un modo súbito, patentizándoles el absurdo de la existencia. Y no aparece en el plano de la reflexión filosófica, sino en la intimidad vital.

La cuestión fundamental que queda ahora por examinar es si, *en su intimidad misma*, la angustia normal es distinta de la patológica, o al menos se logra vislumbrar el momento en que se separan ambas formas de angustia. Tratemos de penetrar en la estructura misma del acto vital. En la entraña misma de la existencia se halla la experiencia de la libertad. No de la libertad como decisión motivada y acto reflexivo, sino como una forma primordial de decisión, que es la misma de existir. Toda elección es una decisión sobre sí mismo; en toda elección se compromete la existencia del ser. Jaspers señala una fundamentación última del acto libre en la existencia misma que decide. Esa decisión primaria lleva implícita una *fidelidad a la existencia*: de ahí que esa decisión sea siempre creadora porque la existencia mana de ella misma.

Algo distinto ocurre en el mundo de la patología. La *fidelidad a la existencia* que supone la decisión primaria, se halla quebrada en más o en menos, y en la intimidad creadora del ser aparece una fisura, en la que no es posible que se presente la decisión creadora. *Esa fisura es la que señala la presencia de la enfermedad*. No se puede hablar de nihilismo consciente de la personalidad como de una secreta voluntad de la persona que le lleva a la entrega, como dice von Gebsattel. Si hay una fisura nihilista es inconsciente, pero no afecta al plano de la voluntad como elección entre motivos, sino a una estructura anterior, a ese fondo en el que el existente, todavía sin la luz de la conciencia, afirma su existencia. En el enfermo, la afirmación de la existencia muestra un fallo que se nos hace aparente en los artefactos neuróticos.

Importa mucho saber si en el neurótico hay una afectación de la libertad y de la voluntad. No es que el neurótico decida libremente serlo, sino que *está arrastrado a serlo*, aunque puede venir un *segundo momento* en el que se deje llevar, más o menos, por esa fuerza (*entrega neurótica*). La voluntad neurótica sólo aparece en la simulación.

En la tarea psicoterapéutica tiene una importancia esencial la claridad sobre este presunto nihilismo de la personalidad, nihilismo al que le obliga la nada de su esfera íntima.

En la apertura de posibilidades de la crisis angustiosa existe también una nota diferencial entre la angustia normal y la patológica. Las posibilidades de la angustia normal flotan en el futuro. *Todo puede ocurrir*: al sujeto le amenaza aquel o este peligro, pero esa amenaza se vive con el sentimiento de distancia con que se vive el futuro. El futuro es continuación del presente, es un desarrollo de la temporalidad, pero su cualidad es distinta. En la estructura misma del futuro hay algo cualitativamente distinto del presente. El futuro actúa sobre el presente sin perder su carácter de futuro.

En cambio, en la angustia morbosa el futuro se ha acercado al presente. No es todavía presente, pero se vive como tal. Un enfermo angustiado puede estarlo por un peligro real, por ejemplo, el de una guerra mundial. La diferencia entre el angustiado normal y el patológico se establece en la entraña misma de la vivencia. El peligro, que en el sujeto normal está a las puertas (la angustia -ante-), en el enfermo está ya dentro. El futuro se -presentiza-, es decir, toma cualidades de presente. Lo amenazador del futuro ya está ahí, como amenaza que tiene sus redes aprisionadoras en torno al enfermo. Naturalmente, no es todo el futuro, sino aquel sobre el que se cuaja la angustia en forma de fobias y obsesiones. La posibilidad se vive *de otro modo* por el hombre sano que por el enfermo de angustia. La posibilidad de la angustia morbosa es alienógena porque lleva implícita la amenaza de que el ser se convierta en otro ser (en alienado) o en no ser (la muerte como trasunto de la nada). Una posibilidad cualquiera de la vida real, por ejemplo, el peligro de una guerra o de una enfermedad, se vive muy distintamente por el hombre sano que por el enfermo de

angustia. En este, tal posibilidad lleva en sí algo omnioso, extraño, incomprensible, como una secreta posibilidad de transformarle.

Sin embargo, algo más debe de haber en el fondo. El que podamos hablar de la nada sin estremecernos es porque la afirmación positiva del ser, en estado de salud, puede permitirnoslo. No es que se necesite «el valor de ser», como dice Tillich, sino que en la vida misma está implícito este valor, sin exigir ningún esfuerzo. Las fuerzas positivas de la vida actúan como una corriente que se despliega hacia delante y que va encontrando su camino a medida que avanza. A esto se le llama «sentido de la vida». La salud no se define por variaciones cuantitativas, sino por ese sentido implícito de afirmación del ser que se halla en toda vida humana. La misma presencia de la muerte necesita ser recordada todos los días para que no nos olvidemos de ella.

Esa afirmación positiva de la vida es la que se quiebra en la enfermedad. En el plano psicológico, la enfermedad lleva consigo una perturbación de los sentimientos vitales que se engloban en ese goce difuso de la vitalidad sana. La angustia es, psicopatológicamente, un sentimiento vital alterado, como la tristeza del melancólico. La angustia patológica aparece en la situación concreta del hombre vivo. No es una especulación acerca del ser. Es un sentimiento que se impone y que, analizado en su intimidad, nos hace presentir la nada. Si tal experiencia es posible es porque la vitalidad está enferma, y si esto es así es porque en el hombre el alma se halla encarnada en el cuerpo.

La coalescencia en la *angustia primordial* entre la perspectiva normal y la patológica es la que hace posible que a partir de una experiencia angustiosa anormal se elabore una teoría metafísica de la angustia, como en Kierkegaard.

La angustia es la amenaza de la nada, pero la angustia conduce al ser o a la nada. En el segundo caso nos hallamos ante la angustia patológica. Los trastornos y los síntomas neuróticos y psicóticos son enclaves de la nada en el edificio de la personalidad. Otra limitación es necesario hacer: esos enclaves proceden de las alteraciones de la corporalidad vivida. Aparecen en cuanto el hombre, en su facticidad, se halla ligado a un cuerpo. Se reconocen en ciertas notas distintivas, en ciertos signos a los que llamamos síntomas. El carácter general de ellos consiste en la prevalencia en la dinámica de la angustia de sus ingredientes somatotrópicos. Los mecanismos de repetición, la llamada «reacción de conversión», la disminución del nivel vital, la desintegración o amenaza de desintegración de la unidad del yo con el alzamiento de los fantasmas instintivos, la transformación de las relaciones del yo con el mundo como hogar, tal como ocurre en la claustrofobia o la agorafobia, etcétera, son manifestaciones de esa angustia patológica.

Esta insistencia en las diferencias entre angustia normal y patológica parece contradecir un hecho que al parecer pertenece a la experiencia clínica y aun a la experiencia humana. Me refiero al tránsito gradual entre neu-

rosis y normalidad. ¿Dónde está la frontera? Aquí es necesario distinguir entre dos problemas, uno el de la frontera conceptual y otro el de la frontera real, es decir, la que tenemos que trazar cada día ante cada caso que nos ofrece la clínica. Con respecto a la frontera conceptual las páginas anteriores tratan de dar una respuesta al señalar las diferencias cualitativas entre la angustia normal y la anormal. Tales diferencias se refieren, a su vez, a un hecho genético, el de la fisiogénesis de la angustia anormal. La corporalidad, en tanto que *physis*, en tanto que presencia, es la que se altera. Esta alteración se manifiesta en el plano psíquico y somático, pero invade el plano personal del ser reduciéndole en sus disponibilidades. G. Marcel señala la disponibilidad como carácter esencial de la vida espiritual. Y así es, puesto que disponibilidad viene de libertad. En las neurosis hay una rebelión de las estructuras tónicas que aumentan su área de acción. Entre el plano personal y apersonal se establece una dialéctica, una convivencia, un diálogo que son los síntomas, la cara con que nos aparece el trastorno.

La raíz de la distinción se halla, clínicamente, en dos puntos. Uno, en el reconocimiento de la presencia de síntomas neuróticos. Otro, en la apreciación de las posibilidades de desarrollo de la personalidad. Son dos planos distintos, el primero más objetivo, el segundo más valorativo. La presencia del segundo hace que la frontera sea difícil de trazar. Todo juicio de valor nace en un contexto de relaciones personales y, por tanto, en una atmósfera histórica. Esto es lo mismo que ocurre siempre en medicina. Hasta ahora, que yo sepa y a pesar de los progresos del cálculo estadístico de las correlaciones y de la utilización de las máquinas calculadoras, no contamos en medicina somática con una definición de la enfermedad exenta de criterios valorativos.

En resumen, la angustia existencial es la angustia ante la nada. La angustia vital es también, a mi modo de ver, angustia ante la nada, nacida de un desequilibrio endotímico. La angustia es siempre presentimiento de la nada. En este modo de presentir existe una diferencia entre la angustia normal y la morbosa. La existencia es anticipación. En la angustia morbosa el futuro que supone la anticipación ha encarnado en el presente. La angustia morbosa es, en sí misma, no sólo amenaza de ruptura de la unidad del yo, sino realización anticipada de una amenaza. Por eso la angustia morbosa es somatotrópica. La unidad cuerpo-psyche se disloca en la enfermedad y hay un desplazamiento hacia la corporalidad de ese estado de ánimo que es la angustia. La angustia morbosa es una angustia encarnada, lo mismo que la tristeza del melancólico. No es que la angustia se exprese más en el plano corporal, como en la reacción de conversión, sino que está ya allí originariamente. La nada, la muerte o la locura, están ancladas en la misma corporalidad. El modo especial de anticipación del futuro a que antes aludíamos tiene aquí su raíz. Por eso la psicodinamia de la angustia morbosa no es, ni puede ser, sólo un problema psicogenético. Cualquier objeto puede ser ansiógeno, pero para cada neurótico sólo lo son determinados objetos. El ca-

rácter específico desencadenante de la angustia no procede sólo de circunstancias histórico-individuales, sino de la propia estructura del ser. En esto se revela su coeficiente personal. La angustia descubre la entraña del ser personal y sus fisuras.

La angustia no aparece ante un objeto determinado sino ante todo y ante nada. Esta primera indeterminación llama la atención sobre un hecho: no se debe hablar de reacción angustiosa, sino de una situación angustiosa. Se tiene miedo, pero se está angustiado. La angustia no es una mera «relación de objeto», es «una situación en el mundo». La angustia tiene por principio un carácter básico y no puramente reactivo. Las situaciones desencadenan la angustia, pero no la engendran. En realidad, lo que ocurre es que la angustia se revela en determinada situación. La dinámica de la angustia consiste en una *aletheia*.

¿La angustia anormal es una revelación de la angustia que existe en el fondo de cada ser, como sufragio de su existencia misma? En tal caso, ¿por qué aparece tan cuajadamente en los enfermos y no en los sanos? ¿Por qué es tan distinta en sus manifestaciones clínicas?

Toda forma de angustia neurótica es angustia ante la muerte o ante la locura. Muerte y locura significan el aniquilamiento del ser, del yo en el mundo. Si el enfermo teme tener un tumor cerebral o un cáncer o contagiarse, etcétera, todo ello son formas personales, históricas de vivir ese miedo al aniquilamiento del ser. También en la fase constitutiva de un brote esquizofrénico la situación es análoga. El ser no sólo se siente amenazado, sino entregado indefenso a la amenaza aniquiladora.

La nada es inaprensible. Incomprensible. La nada nunca puede ser objeto de conocimiento. De la nada, sólo podemos tener el presentimiento, la impresión que dimana de ella, que de ella viene. La nada pertenece al inconsciente, se halla siempre enmascarada y necesita de una cierta hermenéutica. Como es ambigua en sus manifestaciones, la interpretación no es fácil. Los síntomas neuróticos son ecos de la nada, pero ese eco de la gran y permanente ausente ya nos aparece imbricado con las defensas contra él.

La tesis de la angustia vital supone un enriquecimiento de las interpretaciones de la crisis angustiosa. Antes he afirmado que lo fundamental en ella es que el yo se siente amenazado en su unidad. Pero, ¿por qué ha de perder el yo su fuerza cohesiva y unitaria? ¿De dónde ha de proceder esa «debilidad del yo» de la que hablaba Alexander? Que existe una debilidad constitucional del yo es evidente. Pero hay también pérdidas circunstanciales de esa energía funcional del yo, y una de ellas es un decrecimiento de la vitalidad en sentido amplio. La angustia se ancla así en el más puro dinamismo biológico. No debe extrañarnos tal anclaje somático si pensamos un momento en que el ser humano constitutivamente es soma y psique.

Angustia vital quiere decir que la experimenta el hombre y el hombre está ligado sustancialmente a su corporalidad. En esta servidumbre está su finitud y su facticidad, porque está ligado a su corporalidad y se puede morir. Porque tiene conciencia o experiencia de su corporalidad condenada a la desintegración es por lo que hablo de angustia vital.

Bases biológicas de la histeria

JUAN J. LOPEZ IBOR

Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina. 24 de junio de 1952.

El ámbito de la Psiquiatría no se halla enteramente ocupado por las psicosis, sino que buena parte de él pertenece a las *neurosis*. ¿Qué son las neurosis? La palabra viene rodando desde los tiempos de Cullen. La introducción de la Anatomía patológica en la Medicina segregó negativamente un grupo de enfermedades, constituido por las que carecían de lesión. A este grupo se llamó «neurosis». Constituido de un modo negativo, estaba destinado a perder continuamente terreno, pues era lógico suponer que, a medida que avanzasen los conocimientos, iban a ser descubiertos nuevos sustratos materiales sobre los que apoyar los trastornos hasta entonces llamados «esenciales». Si la enfermedad de Parkinson, la epilepsia misma y tantas otras fueron etiquetadas de neurosis un tiempo, pronto hubieron de engrosar las filas de la Patología orgánica.

Era, pues, necesario, buscar unas características positivas al grupo de las neurosis o renunciar definitivamente a él. En esta tesisura, Golscheider describió el caso de un enfermo con alteraciones del ritmo cardíaco, en quien la autopsia descubrió un amasijo ganglionar que irritaba el vago. A partir de esta observación, se estableció que las neurosis eran enfermedades no de los órganos mismos, sino de los *nervios de los órganos*, si bien ésta podría ser, y en la mayoría de los casos lo era, de naturaleza irritativa. Con esto se abrían las puertas a la Patología funcional. Pero, por entonces, estudiando las neurosis gástricas, se vino a caer en la cuenta de que en su aparición intervenía un cierto factor, ajeno a la Patología orgánica, que era un factor psíquico. Así, pues, las neurosis adquirieron un contenido positivo: la intervención de un factor psíquico. Esto revelaba la expresión «psiconeurosis» que se introdujo por entonces.

Esta revelación acerca de la psicogenia neurótica se debió principalmente —casi es innecesario recordarlo— a los trabajos de Freud. Sus primeros trabajos se referían a la histeria, a la neurosis de ansiedad y a la que llamaba neuropsicosis de defensa. La histeria, cuya historia es una de las más instructivas de la Medicina, se había

mantenido como enfermedad independiente. Cuando Cullen hablaba de neurosis, no incluía entre ellas la histeria. En la histeria de entonces se comprendían los cuadros angustiosos, fóbicos y obsesivos, depresivos y unos cuantos más. Era una enfermedad más multiforme que pintoresca, aun siéndolo mucho. La aproximación entre histeria y neurosis se hizo, tras los primeros trabajos psicoanalíticos, a través de las neurosis gástricas. Es natural que así fuera, si se piensa en algunos de los síntomas comunes a ambos cuadros, tales como el holo histérico, el mericismo, la aerofagia, el meteorismo, etc. Pero como en el fondo, aún habiendo tantos rasgos comunes, se mantenían unas ciertas diferencias, el gran grupo de las neurosis se dividió en psiconeurosis y organoneurosis. Ambos se hallaban unidos por la comunidad etiologicopatogénica: el trauma psíquico, y separadas por el plano en que se realizaban las manifestaciones: psíquico, en las psiconeurosis, y visceral, en las organoneurosis.

La neurosis se define, pues, por hallarse determinada por un motivo psíquico. A cualquier observador le llamaba, empero, la atención, que unos mismos motivos psíquicos eran capaces de determinar en unos casos un trastorno y en otros no. El factor patógeno se hallaba en el modo de elaborar el impacto traumático, en el camino que tomaba en el interior, en el «metablema», como diría Unamuno. Las neurosis se transforman en *reacciones vivenciales anormales*. La histeria es su ejemplo más típico.

La anomalía en el trayecto puede acaecer por dos razones: porque la personalidad sea anormal o porque se enciendan, como en un circuito reverberativo, cargas psíquicas anómalas. El primer punto introduce el problema de la personalidad, de tan gran importancia que, para muchos autores, absorbe todo el grupo morboso. En el conocido libro de Bunke se incluyen todos estos trastornos bajo el nombre de «disposiciones, reacciones, actitudes y desarrollos psicopáticos». Dejando ahora aparte las personalidades psicopáticas propiamente dichas, el grupo se subdivide en nerviosidad, cuadros hipocondríacos, estados obsesivos, reacciones psicógenas, actitud histérica y desarrollo paranoide.

* Académico de número

El segundo grupo, la adhesión a contenidos psíquicos especiales depositados en el subconsciente, constituye la vía abierta por el psicoanálisis. En el enfermo, pues, pesaba no tanto la vivencia próxima como las experiencias anteriores, es decir, su «historia interna». La neurosis era un punto culminante, una crisis, en una biografía. Posteriormente v. Weizsäcker ha llegado a formular el principio con mayor amplitud: la enfermedad, lo mismo da que sea somática que psíquica, es una crisis biográfica.

El psicoanálisis olvidó, sin embargo, que en las crisis neuróticas podía existir un componente biológico, no como secuela de la crisis, sino en su misma base. Mi descripción de la *timopatía ansiosa*, en lugar de la neurosis de *angustia*, se apoya fundamentalmente en el reconocimiento de un *disturbio vital* en la génesis de muchas crisis de ansiedad. Ciertamente es que sobre este *disturbio de fondo* puede montarse una superestructura netamente psicógena; pero también lo es que en la génesis de los síntomas observados en la clínica, en estos casos, lo primario corresponde al *disturbio vital*. Y voy a intentar demostrarlo apoyándome en una historia clínica de Freud.

Freud comenzó sus publicaciones —las que figuran en las obras completas y sirven de fundamento a la doctrina psicoanalítica— con un trabajo sobre la histeria, que publicó con Breuer en 1895. A estos trabajos siguen unos históricos clínicos, que comienzan por la historia de la Sra. Emmy de N. En esta historia, muy extensa, se recurre al primitivo modo de trabajo de Freud, mediante la evolución, en hipnosis, de los recuerdos traumatizantes. Pero hay en la sintomatología clínica de la enferma ciertos datos, que quisiera recoger y destacar. La mayor parte de la historia se destina al hallazgo y comentario de los síntomas de conversión de la enferma, que ofrecía una sintomatología rica a este respecto. En esta sintomatología, Freud captó aquello que fundamentalmente le interesaba; pero, observador genial y concienzudo, no pudo dejar de anotar otros datos, a primera vista secundarios, desde la perspectiva en que enfocó su historia clínica. Son, precisamente, estos datos los que yo quiero recoger y comentar:

«El día 1 de mayo de 1889 comencé a prestar asistencia médica a una señora aproximadamente de cuarenta años, cuyo padecimiento y personalidad llegaron a inspirarme tan vivo interés, que hube de dedicarle gran parte de mi tiempo, poniendo un tenaz empeño en lograr su curación. Tratábase de una histérica...» Se trataba de la Sra. Emmy de N., de cuarenta años. La enferma caía fácilmente en hipnosis y es éste el primer caso en que Freud se decide a usar por su cuenta el método de Breuer.

Invito al lector a releer íntegra la historia, tal como fue publicada por Freud. Yo sólo voy a entresacar de ella algunos pasajes. La enferma, de aspecto aún juvenil, presenta una expresión contraída y doliente. Con frecuencia, ciertas contracciones a modo de «tics» recorren los músculos de su cara y cuello. A los veintitrés años casó con un rico industrial, que murió de un ataque al cora-

zón. Desde la muerte de su marido, hace catorce años está siempre enferma. En el curso de su enfermedad, ha presentado diversas oscilaciones. En las primeras entrevistas relata una serie de motivos traumáticos. Cuando tenía cinco años, sus hermanos la asustaban arrojándole bichos muertos. Por entonces tuvo el primer ataque, con desvanecimiento y convulsiones. Su tía le dijo que tenía que dominarse y no volvió a tener ninguno. A los siete años vio a su hermana muerta y metida en el ataúd. A los ocho, su hermano la asustaba disfrazándose de fantasma; a los nueve, viendo cómo al cadáver de su tía en el ataúd se le abrió la boca. Piensa con frecuencia en tales escenas, y los últimos días las ha rememorado muy plásticamente.

Tenía un tic al hablar, como un chasquido, desde que una vez, hace cinco años, en que, «hallándose velando a un hijo menor, enfermo de gravedad, se propuso guardar el mayor silencio» (en hipnosis). En otras sesiones rememora otros recuerdos traumáticos: teniendo quince años vio cómo se llevaban a una prima suya al manicomio; quiso pedir auxilio y la voz no le salió. En hipnosis, relata otros recuerdos terroríficos, como el de su madre conmocionada por los efectos de un rayo. En estado vigil, relata una serie de experiencias, también terroríficas, referentes a manicomios y enfermos mentales. En hipnosis, evoca el caso de un primo suyo, a quien sus padres hicieron sacar toda la dentadura, y exclama: «¡Estése quieto! ¡No me toque usted!» Esta última frase se refiere a varias ocasiones en que enfermos mentales la habían sujetado por el brazo o abrazado. Advirtiéndose el origen de esta frase, consigue que no vuelva a pronunciarla. En varias sesiones de hipnosis, sigue recordando sucesos traumáticos que la han asustado; en algunos, lo sucedido tenía relación con la locura. El acontecimiento de su vida que más le ha impresionado es la muerte de su marido, de un acceso cardíaco; después de ella, su hija pequeña le causó muchas preocupaciones. Nueva preocupación a propósito de la fuga del príncipe L... de un manicomio.

Otro día: sueños horribles con patas y respaldos de sillas, que se convierten en serpientes. Fracaso de la prohibición general de pensar en estas cosas. Nuevos recuerdos del marido y de las dificultades tenidas con su familia. Dolores de estómago, que coinciden con la zoopsia. Los dolores de estómago comenzaron cuando la muerte de su marido, en una temporada en que sufrió una gran inapetencia. Dolor e insensibilidad en la pierna derecha; cuenta que en 1871 tuvo que cuidar a un hermano, cuando ella estaba convaleciente de una enfermedad intestinal. Desde entonces tenía los dolores de vientre, y alguna vez, de la pierna derecha.

15 de mayo: aparece en el relato, por primera vez, la palabra «angustia», con ocasión del miedo a los ascensores («confusión de la memoria producida por la angustia»). Aparecen otras reminiscencias en relación con esta situación, tales como la de la mujer que criaba un hijo idiota, la enferma de melancolía que fue encerrada en un manicomio. Tenía dolores de piernas y brazos, sensación de presión helada en la nuca, *complejos de síntomas*

que no pueden reducirse a reminiscencias (1). De cuando en cuando, tiene representaciones angustiosas, tales como la de que sus hijas pueden enfermar y morir repentinamente, etc. «Le reprocho aquella necesidad que tiene de angustiarse, aunque no existía motivo alguno para ello (1), y me promete no hacerlo más porque yo se lo pido.»

Visiones en el jardín, de ratas y otros animales. En hipnosis, reminiscencias de Riegen, de donde tiene recuerdos penosos. Estaba en el jardín en un sitio muy caluroso y esto le hizo recordar la terraza de Riegen. Sueña con cadáveres. Recuerdo de un murciélago que vio en el tocador. Unido a los gusanos, desde que vio uno en una almohadilla para alfileres que le regalaron. Paseo con su marido por un camino cubierto de sapos.

El anterior relato corresponde a tres semanas de tratamiento. La enferma mejoró, y a las siete semanas, Freud la autorizó a volver a su residencia a orillas del Báltico. Siete meses después recayó, coincidiendo con la enfermedad de su hija. Reaccionó contra Freud, por creer que había aminorado la importancia de dicha enfermedad. Fue a un sanatorio en Alemania, donde no consiguió nada. Al año volvió a Viena.

Freud la encontró animada y mejor de lo que creía. La enferma se quejaba de confusión mental o, por decirlo con sus propias palabras, de tener «una tempestad en el cerebro». Insomnio. Tartamudez y castañeteo de la lengua, que en hipnosis se demostró provenir de un susto que le dio un camarero el invierno anterior. En los estados de «confusión mental», repetía el nombre de Emmy, que era el suyo y el de su hija mayor, como punto de apoyo para recobrar la lucidez; todo lo demás podía sucumbir, con tal de que se salvase lo referente a su hija.

Observó Freud que la enferma comía poco y no bebía agua, y fracasó cuando quiso convencerla —modo *suaiviter*— de que sólo el miedo era el causante de esta autoprohibición. La amenazó con no seguirla tratando si no le hacía caso. La enferma se entregó y contó una serie de episodios de su vida que le ligaban el comer a la sensación de asco.

La enferma mejoró mucho y así continuó muchos años; «pero los rasgos fundamentales de su carácter habían variado poco...». «No parecía haber aceptado mi proposición de establecer una amplia categoría de cosas indiferentes» y «su tendencia a atormentarse por nimiedades era apenas menor que durante el tratamiento. Incapacidad de hacer largos viajes en ferrocarril. En 1893 se hallaba enferma de nuevo.»

En la epícrisis, comenta Freud varios puntos de la historia, acerca de lo que quisiera llamar la atención:

A) Los síntomas psíquicos que presenta Emmy con escasa tendencia a la conversión somática son: el estado de ánimo (*angustia y depresión melancólica*), fobias y abulias.

No se detiene mucho en la descripción del estado de ánimo fundamental. Con respecto a las fobias y abulias, insiste en su desencadenamiento traumático («se muestran en nuestro caso suficientemente determinadas por

sucesos traumáticos»). Pero esto no basta: algunas son primarias, comunes a todos los hombres, especialmente neurópatas (zoofobia, miedo a las tormentas). El miedo primario e instintivo desempeña el papel principal. Añota luego la intervención de los mecanismos determinantes de las otras fobias; por ejemplo, el miedo a un sobresalto súbito, por la muerte del marido; el miedo a los manicomios, por los diversos relatos escuchados; el miedo a ser enterrada viva, por la creencia de que su marido no estaba muerto cuando sacaron de la casa el cadáver, etc. Por lo demás —agrega—, todos estos factores psíquicos sólo pueden explicar, a mi juicio, la elección de las fobias, pero no su duración. Por lo que a este respecto hemos de tener en cuenta un factor *neurótico*, o sea, la circunstancia de que la paciente observaba hace años atrás una completa abstinencia sexual, motivo frecuentísimo de *tendencia a la angustia*.

Freud, después, formuló de un modo más complicado toda su teoría; pero resulta útil acercarse a estas observaciones iniciales para entresacar los auténticos fundamentos de su pensar. En la observación anterior queda consignado un hecho, a mi modo de ver, fundamental: el contenido de las obsesiones no explica su presencia, sino que existe un factor originario anterior. Es decir, una situación determinada hace cristalizar una determinada obsesión; pero *la situación no es su causa*. El desplazamiento de la producción de la obsesión del plano psíquico es evidente. En la historia de Emmy y en la propia experiencia de cada psicoterapeuta puede observarse el hecho siguiente: el análisis psicológico de una fobia la destruye casi totalmente, pero queda un núcleo inicial, originario, que permanece indemne a este desmantelamiento por la vía psíquica. El enfermo puede ahogarlo vencerlo, dominarlo, como se ahoga un dolor físico; pero ese descubrimiento o ese desinterés no supone una disolución automática.

El núcleo inicial de las fobias no pertenece, pues al plano psíquico; por eso duran y sobreviven después del descubrimiento de los mecanismos psíquicos que allí intervienen. Freud, reconociendo este hecho, traslada el núcleo inicial al plano *neurótico*. ¿Qué quiere decir con esto? En aquel momento en que escribía la epícrisis de la historia de Emmy, quería decir que la retención de la descarga energética era la causa. Esta retención se hallaba, pues, situada en el plano *biológico*. En la producción de las fobias admitía, decididamente, la intervención de un *factor biológico*.

En la primera formulación de la neurosis de angustia recurrió a esa misma génesis. *Angustia y fobia, pues, tienen para Freud una génesis, en el fondo, biológica.* En torno a ella, se suscitó la polémica con Loewenfeld, cuyos argumentos no eran nada despreciables. Esto obligó a Freud a precisar su punto de vista sobre la génesis de las neurosis, que, en resumen, era así: existe una desproporción entre la carga total del sistema nervioso y su capacidad de resistencia. La herencia actúa como un interpolador en circuito eléctrico. La forma de la neurosis de-

pende de un factor etiológico específico, procedente de su vida sexual.

Como puede verse, esta teoría de la génesis de la neurosis se mueve claramente en el plano biológico. Freud vio entonces, concretamente, que en la neurosis de angustia intervenía un factor *extrapsíquico*, pero no lo interpretó concretamente.

Según mi opinión, ese factor no puramente psíquico es la *angustia misma*, que no es un fenómeno psíquico ni somático, sino que participa de ambos y se halla situada en su intersección. Existe en el hombre normal un plano de su ser que es el de la *vitalidad*. Scheler describió los «sentimientos vitales» como una percepción general de cómo se encuentra el ser en una situación dada. También se habla de «estados de ánimo». Yo estoy alegre, triste, angustiado, sereno, extático, etc. Ahora

bien; en los estados de ánimo existen unos que están determinados por sucesos que nos vienen de fuera, y otros, por algo que viene de dentro. Yo puedo estar triste por haber recibido la noticia de una desgracia familiar; pero el melancólico genuino está triste, no por ningún motivo exterior, sino por una tristeza que mana de su interioridad (tristeza vital, de K. Schneider). Lo mismo que existe una tristeza vital, existe una *angustia vital*. Las crisis de angustia sobrevienen como una tempestad, sin que se hallen determinadas por ninguna circunstancia externa.

Con esta angustia vital no reactiva he constituido el grupo morboso que he llamado «timopatía ansiosa». A mi modo de ver, esa misma angustia existe en la base de muchas reacciones histéricas. De otros arbotantes biológicos de la histeria me ocuparé en otra ocasión.

Análisis estructurales de las obsesiones y de los escrúpulos

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XX, núm. 1, marzo 1961.

La diferencia entre escrúpulo y fobia parece puramente cuantitativa. La fobia sería el escrúpulo incrementado hasta un grado patológico. Sin embargo, algunos autores, como Jud, diferencian estrictamente entre escrúpulos y obsesión o anancasmo. El anancasmo aparece cuando la lucha contra el escrúpulo se automatiza, según la ley de la emancipación de los centros inferiores. Es decir, el anancasmo agrega algo nuevo, distinto, al escrúpulo, y este elemento sobreañadido tiene una acción patoplástica.

Realmente, el problema de diferenciar escrúpulos y anancasmos no es un problema baladí, ya que los primeros pertenecen al director espiritual y los segundos, al médico. Pero, ¿es cierto que el anancasmo aporta algo directamente nuevo al escrúpulo como fenómeno psicológico?

Para abordar este problema examinemos con detención las características psicopatológicas y la génesis de los anancasmos (1). Los «anancasmos» se caracterizan por irrumpir en la vida psíquica de los enfermos, dominando sin motivo; pero reconociendo los enfermos el carácter absurdo de los mismos. Jaspers habla de su carácter de «unsinnig», es decir, de «sin sentido». Y es que, en cierto modo, el anancasmo irrumpe bruscamente en la vida psíquica, como un cuerpo extraño que no le perteneciera. Esta extrañeza la aproximaría a las ideas delirantes, a no ser que en éstas el sujeto no las reconoce como absurdas y no pertenecientes al yo. Sin embargo, la descripción fenomenológica de Jaspers, atribuyéndoles «insensatez» a los anancasmos, se halla en una cierta contradicción con la de Freud para quien las fobias y las obsesiones se encuentran engarzadas en la vida psíquica del enfermo; por consiguiente, *suponen un sentido dentro de ella, si bien tal sentido no es aparente para el propio enfermo, sino que necesita que le sea revelado por el análisis.*

Las fobias y obsesiones derivan de la angustia: son cristalizaciones de ella. En la crisis de angustia, el que la

padece siente *la amenaza de la disolución del yo*. En circunstancias normales, el yo se halla anclado en su mundo, en su circunstancia. Yo y mundo, hombre y circunstancia, etc., son frases que revelan el esquema esencial de esa estructura. La angustia consiste en una quiebra de esa estructura. Cuando aquella se mantiene, el yo no se siente a sí mismo, sino que se presiente en la acción que en un momento determinado está realizando, ya sea pensamiento, volición, sentimiento, etc. Cualquiera que sea la clase del acto fisiológico, lo que los une y ata a todos es un subsuelo común, consistente en esa especie de actividad radial del yo. Por eso la vivencia del yo tiene siempre un carácter referencial, incluso en el momento más ingente del solipsismo, que es cuando quiere referirse al yo mismo. En la crisis de angustia aparece una fisura en esa estructura referencial, y, cuando la crisis crece, las referencias del mundo se van como borrando, desapareciendo, obnubilando. A medida que desaparece el mundo y el yo se siente más aislado, su propio impulso referencial —su dirigirse a— concentrando sobre sí mismo, comienza a vivir la amenaza de la «fisión» del propio yo. Esta amenaza de la «fisión» del yo es la angustia.

Ahora bien, a medida que crecen las crisis y se borran las referencias reales que atan el yo a las cosas, *el plano de la realidad está cada vez más invadido por el plano de la posibilidad*. Entonces lo que se piensa o siente, por imaginario que sea, se siente como posible. Además, en ese momento afloran a la superficie de la conciencia los contenidos de las zonas oscuras de la personalidad. Los instintos e impulsos, domeñados en la unidad del yo, aparecen entonces indómitos y como amenazando con sublevarse. Una enferma, estando jugando con unas amigas a las cartas, pensó de repente, al mirar a una de ellas, que podrían entrarle inclinaciones homosexuales y que esto se lo podrían conocer en la cara. Una madre tiene miedo al cuchillo, porque piensa en la posibilidad de que pueda matar a su hijo. Otra no quiere sentarse en la taza del retrete, porque un día, al entrar en el cuarto de baño, vio una esponja que había dejado su padre, y desde entonces piensa en la posibilidad de una impregna-

(1) Con esta expresión incluimos las de fobia y obsesión.

ción con espermatozoos paterno si usa el mismo retrete que él. Otra piensa de repente, al estar con su novio y mirarle a los ojos, en la posibilidad de no quererle y de estarle engañando, y comienza a atormentarse con el pensamiento de que debe romper las relaciones con él.

Dentro del mundo de las posibilidades, una queda fijada. La fijación ejerce ya una cierta acción liberadora de la angustia. La angustia más profunda es la verdadera angustia pánica, sin contenido; en esa fase aguda el enfermo teme enloquecer o morir, experiencias ambas que, como he insistido en otros trabajos, son trasunto de la experiencia de la nada, que en el plano psicológico es la experiencia del yo cuando se borran todas sus referencias al mundo.

La aparición de un anancasmo es ya una cristalización; una fijación es una referencia, aunque no amenazadora. La angustia difusa se concentra sobre un punto, y siempre esa angustia, concentrada sobre una fisura del yo, es más soportable que la angustia infinita de la explosión del yo.

La crisis no es un suceso momentáneo, sino que ocurre en el tiempo. En ella no se amenaza la unidad del yo en un instante determinado sino también la unidad del yo en el tiempo, es decir, su continuidad. ¿En que se basa esa experiencia de la mismidad del yo a través del tiempo? En el hombre cambia su soporte físico. Sabemos que las células de su organismo cambian; algunos sistemas, como la sangre, son simultáneamente vivero y cementerio. No cambian las neuronas, denotando así su nobleza jerárquica; pero aún esa persistencia neuronal no supone la inmutabilidad de los elementos químicos que las componen. Es decir, puede cambiar el sustrato material y persistir el hombre. También la vida psíquica es mutación y permanencia. Lo que permanece forma la continuidad del yo, pero esa continuidad no supone rigidez, sino desarrollo. El yo, en su vida temporal, desarrolla un proyecto vital. El yo se realiza en la temporalidad. En esta realización consiste su libertad. Entre todas las posibilidades elige unas cuantas sobre las que va tejendo el cañamazo de la vida. La realización de su proyecto vital supone el mantenimiento de una mismidad, a pesar de que cada nuevo instante es diferente del anterior. El futuro es tal, porque es distinto del presente; si fuera igual sería el mismo presente, más o menos prolongado. El futuro no sólo prolonga el presente, sino que lo dilata, lo renueva y le inyecta, en su realidad momentánea, la savia de la novedad. El futuro vivido como proyecto supone, en la actitud del yo, la espera en la realización; espera que, cuando el futuro se infla de posibilidades, se convierte en una espera angustiosa.

En cambio, el presente, asido firmemente por el yo, prendido fuertemente en sus garfios, no puede angustiarse, porque es, fundamentalmente, seguridad. El presente que se vive como tal no es angustioso. La angustia se tiene, porque el presente está agrietado por lo que pueda ocurrir, por el futuro mismo. El presente desfuturizado, si eso fuera posible, sería el momento álgido de la felicidad. Esa experiencia del presente dilatado con un

momento de inercia interior, es el éxtasis, en el cual no sólo hay una dilatación de los confines del yo, hasta confundirse con los confines de la circunstancia, sino del instante del yo hasta confundirse con los confines de la eternidad.

El secreto, pues, de la liberación de la angustia, se halla en la recaptación del presente. Eso es lo que intenta el fóbico en la repetición. Todos los ritos fóbicos tienden a la fijación de la experiencia original fóbica, con ese carácter de experiencia presente, para adquirir seguridad. El que se lava muchas veces quiere tener la seguridad de haber quedado limpio. Como esa seguridad no puede adquirirse por caminos racionales, se hace a través de caminos mágicos y míticos.

La característica fundamental de la existencia humana es la de estar abierta a un mundo. La vida del hombre se halla, constitutivamente, abierta. Cuando Simmel dice que la vida es «más-que-vida» alude a ese mismo fondo estructural. Esta apertura es la que pone en contacto al ser del hombre con las cosas en torno. El primer acto de apertura a la vida es el del nacimiento, y ya desde el primer momento se inicia esa caudalosa operación de contacto que se establece entre el hombre y las cosas. Estas no existirían sin él, pero tampoco el hombre podría forjar su existencia sin la comunión con las cosas.

Esa comunión exige, por otra parte, una actitud especial de versión hacia el mundo, de aproximación a él, un dejarse ir. Desde cualquier lado que miremos la existencia humana nos encontramos con ese mismo radical. En el plano más inferior, netamente biológico, resulta evidente que la subsistencia de la vida humana no se logra más que a través de un contacto asimilador con la naturaleza. En el plano psíquico nos encontramos con una proyección de este mismo principio.

Ahora bien: este contacto primordial entre hombre y mundo en el plano psíquico no se hace a través de una línea fronteriza tajante, sino mediante un frente móvil. El «estar-en-el-mundo» no es sólo una estructura abierta, sino oscilante, fluctuante, como las olas del mar. Hay una tensión hacia la fusión con él y otra hacia la separación o distanciamiento. En el plano psíquico más elevado, la primera da lugar a las creencias, y la segunda, al conocimiento objetivo. Para que exista la creencia se necesita este proceso de aproximación primaria y confiada al mundo. Para que sea posible el conocimiento objetivo se necesita una toma de distancia, un rechazo.

Ambas formas son constitutivas de ser hombre en cualquier plano que se le considere, esas, y también libido y agresión, impulso e inhibición, etc., son formulaciones parciales del mismo principio. Y es curioso anotar que este principio es constitutivo, porque deriva de la misma estructura ansiosa, que es el radical más profundo de la existencia humana. La angustia es una estructura paradójica; por un lado, apertura al mundo y, por otro, limitación, ya que la apertura ilimitada, en lugar de poner a las manos del ser las cosas, las hunde en la sombra de la nada.

El hombre, pues, forja su mundo con ideas y creencias. Este es el plano superior de su apertura. Las creencias son esenciales a toda su vida. El mundo del niño es un mundo mágico lleno de creencias, y la madurez de la persona consiste en metamorfosear las creencias infantiles en las objetividades del adulto. Ambas son constitutivas de la realidad en la cual nos movemos. Se habla con frecuencia del plano de la realidad, aludiendo sólo al plano más objetivo de acercamiento al mundo; pero la realidad humana es pluriestratificada, se halla compuesta de varios planos y dimensiones, que se imbrican en esta estructura que es el «estar-en-el-mundo».

Ahora bien, los anancasmos no son creencias, como las creencias míticas de los pueblos primitivos o las creencias religiosas, como dijo Freud. Es cierto que tienen muchas analogías, pero también lo es que su verdadera esencia no queda agotada en esa similaridad. Si fueran iguales, el fóbico situaría en el mismo plano su fobia y su creencia religiosa. El «anancasmo» participa, por un lado, del carácter fiduciario y de entrega de la creencia; pero por otro lado se mantiene a una cierta distancia del centro personal, lo cual le permite al enfermo tomar una cierta distancia frente a él, distancia que le permite reconocer la fobia como algo morboso o anómalo y aceptar la ayuda del médico. Es curioso anotar la situación paradójica en que se encuentran muchos enfermos de esta clase. Le dicen al médico que «aquello no es una enfermedad», sino una falta o un pecado real y, sin embargo, acuden a él en busca de ayuda. No creen que están enfermos, pero admiten que sí lo están. El anancasmo se mantiene en un espacio fluctuante entre la creencia y la idea, participando monstruosamente de la naturaleza de ambas. Es un híbrido. No podría ser de otra manera, si se tiene en cuenta su filiación directa con la angustia; por eso vive siempre en una zona penumbrosa de impregnación angustiosa, y con un carácter oscilante, dual, jánico, a los ojos del propio enfermo. Por eso se vive su posibilidad de un modo especial. Es posible que si yo voy a comulgar se desprenda una partícula de la Sagrada Forma. Es posible que a mí o a cualquiera de nosotros se nos ocurra un pensamiento nefando ante una imagen de la Virgen. Pero todo ello es reconocido como posible, pero muy remotamente posible, para el hombre normal. La distancia entre su yo y su posibilidad es tan grande que el yo no se siente *afectado* por esa posibilidad. La actitud es la misma que ante el problema de la muerte. Ya no es una posibilidad, sino un certidumbre, pero vivida por el hombre normal como efectivamente lejana, en tanto que el angustiado la vive como próxima. La posibilidad también se vive próxima por el fóbico. Empleamos la misma palabra para designar ambas vivencias, pero realmente se trata de vivencias *cualitativamente diversas*.

Existe en español una palabra cuyo uso en este lugar resulta adecuado y revelador. Me refiero a «subsistencia». Existencia significa propiamente la toma de distancia, que es intrínseca al proceso de apertura al mundo (existencia = *exsister*). En cambio, «sub-sistencia» indica aquella en que se apoya fundamentalmente el «estar». En otro

plano estructural distinto decimos que las subsistencias son necesarias para la vida. La subsistencia alude a aquello que acota especialmente el ser como propio a él, lo que absorbe y asimila de todo lo que el mundo le ofrece. Pues bien, la «posibilidad» en el anancástico entra en el plano de lo subsistente para él. La vida se nutre de esa posibilidad que la tiene como encarnada, más que una creencia normal.

De ese carácter «subsistente» de la posibilidad que la angustia le ofrece al anancástico, arranca una serie de caracteres secundarios, clínicamente bien conocidos. El primero es la experiencia de culpabilidad, tan peculiar al anancástico. El se siente culpable y de esa culpabilidad angustiosa quiere liberarse mediante los ritos anancásticos.

La crisis de ansiedad puede pasar totalmente sin dejar otra huella que el recuerdo. La anotación en la memoria de la crisis y de lo que se ha sufrido en ella hace temer la próxima crisis; temor que, a su vez, puede cargarse de matices angustiosos. Pero, aparte de ese recuerdo, como nota tomada de un acontecimiento vivido, queda en muchas ocasiones una *huella fóbica*, que delata que la crisis no ha pasado, aunque vivencialmente no se sienta la angustia, sino que *la estructura del yo ha quedado con una fisura en su armazón*. Esta es la huella fóbica, a partir de la cual se impregna todo el proyecto vital del anancástico. Una enferma teme que, al comulgar, haya caído una partícula. No lo pensó en el momento de la comunión, sino horas después, en realidad cuando irrumpió la angustia que se ligó a esa posibilidad. Una y cien veces ha confesado ese hecho, y una y cien veces ha sido absuelta. Los confesores le han prohibido pensar en ello. Y, sin embargo, tal olvido es imposible, la huella se niega a enterrarse en el pasado y sigue actuando, como un presente en el cual se superponen estos dos planos: la enferma sabe que, aun suponiendo que eso hubiera ocurrido, no tendría consecuencia para su estado de gracia, ya que el confesor se lo ha dicho. Duda, además, de que realmente se cayese la partícula. Le pareció, y aquella sospecha, aquella posibilidad sigue actuando y plasmando su vida. ¿Por qué ocurre eso?

Se trata de una honda mutación que ha ocurrido en la estructura del yo. Ante cualquier hecho del pasado el yo toma dos posturas: unas veces lo asimila a su propia esencia, a su propio proyecto vital o existencial. De esta suerte se realiza la maduración de la personalidad a base de la asimilación de la experiencia de la vida. La asimilación es tan completa como la de los átomos de carbono que constituyen los alimentos: entran a formar parte de uno mismo, a integrar la propia personalidad de un modo tan sustancial que, después, ya no se da cuenta de que así ha sido. Los escolásticos hablaban de una segunda naturaleza, que conformaba la primera, que le era propia y originaria. Otras veces el recuerdo queda almacenado como un conocimiento, tal como la lista de los reyes godos o de los ríos de Asia. Como tal conocimiento se deposita en el sector que podríamos llamar instrumental de la personalidad. La huella fóbica no es un co-

nocimiento, no puede tomarse frente a ella la distancia que frente a un conocimiento objetivo y, por otra parte, no ha sido asimilada, no ha sido integrada en el proyecto vital. Constituye una muesca, una hendidura en ese proyecto vital, hendidura que lleva al centro mismo del yo.

En la realización del proyecto vital el yo se siente libre. La libertad consiste precisamente en esa posibilidad de realizarse, posibilidad que va cristalizando en los infinitos hechos que constituyen la vida cotidiana. La realización tiene, naturalmente, sus límites. Unos son netamente originados. Cada uno nace con su propio proyecto vital, con su propio haz de posibilidades. Después, la vida consiste en un recorte que se hace sobre esas posibilidades. De nuestra carga de genes sólo una parte de ella llega a realizarse; hay unos que impiden la realización de otros. Las circunstancias físicas y las sociales en que se desenvuelve cada vida individual va dándole su propia forma. *La libertad no consiste sólo en la decisión que se toma -ésta es la libertad consciente-, sino que existe una forma primaria de libertad del ser, que consiste en el hecho radical de avanzar en la propia vida.* La forma inferior de libertad es la autonomía vital, que tiene sus limitaciones en las leyes fisicoquímicas que regulan los substratos de los procesos somáticos. Sobre esta regulación se insertan las regulaciones anímicas y espirituales. A medida que los actos de los hombres son más puramente espirituales, son más libres.

Ahora bien, la existencia del yo se halla rodeada de la posibilidad de no existir, de desaparecer, que le aparecen reveladas en la experiencia de la nada, o de sus trastornos, la muerte o la locura. *En la vida cotidiana, el espectro de la nada es invisible.* Nos rodea, sí; pero de un modo traslúcido. Precisamente, vivir la vida es estar en perpetuo descubrimiento. El niño, al nacer, es *arrojado* a un mundo nuevo. Por contraste con la oscuridad amniótica del vientre materno, es un mundo de luz. Pero no hay que tomar aquí la palabra luz en el sentido físico, sino en un sentido más trascendente. El mundo en que se arroja al infante por el acto del nacimiento es un mundo capaz de iluminarse. La vida consiste en ir rompiendo las sombras de los primeros días, pasando de esa fusión primordial y -ourobórica- con el cosmos a una toma de distancia, a una disección, al conocimiento objetivo del mundo, simbolizado en la figura erecta del hombre con los ojos por delante.

La iluminación es la forma de la apertura al mundo. El mundo del hombre es abierto, precisamente porque es capaz de elevar al plano de la conciencia los estímulos que le llegan del mundo físico. Vivir es, pues, al mismo tiempo, *aleteia*, descubrimiento de la verdad. Heidegger hace coalescer en su ontología la verdad y la libertad. Esto mismo nos encontramos en el plano psicológico. La vida humana es un crecimiento que tiene lugar de un modo dirigido. *Por eso la vida tiene un sentido. Sentido es dirección.* El hombre se dirige a aquello que conoce, y conoce aquello a que se dirige. La capacidad de dirigirse es lo que concede un sentido a la vida. Por eso la vida psíquica es siempre dirigida, tética.

Tal capacidad de dirigirse tiene sus limitaciones. *La -huella fóbica- es una fisura limitante del proceso vital.* Es la punta de la nada penetrando en el hondón del yo, que así se siente inseguro, no firme, capaz de disolución. Por eso, en grados extremos, el yo del anancástico pierde la seguridad de todos los actos. Una enferma, que temía tener tendencias homosexuales, cuando iba por la calle necesitaba ir acompañada, porque no sabía sí, al pasar otra mujer, había hecho cualquier tentativa de rozarla. Entonces preguntaba al acompañante si lo había hecho, y no le bastaba una negativa, sino una reiteración de negativas. Al final, necesitaba hacerse una herida con una uña en la muñeca para tener la seguridad de que lo había preguntado. Y después no sabía si esa huella en su cuerpo respondía a una pregunta o a otra. La huella fóbica, pues, es la cristalización de la inseguridad del yo; a su vez, es la expresión de ese estado flotante y casi informe que es el yo del angustiado. *La huella fóbica es la introducción de la niebla de la nada en el campo luminoso de la actividad del yo;* por eso no valen frente a ella las mismas armas que frente a cualquier error o a cualquiera otra inseguridad.

Una vez penetrada en el hondón del yo, el proyecto vital queda modificado. Frente a ella el yo no es libre, con esa libertad primaria de los actos de la vida, sino que la huella es una resistencia, un cuerpo extraño que emerge de las zonas oscuras, y queda plantado, como un islote, en el campo de la conciencia. Pero no es un islote inactivo, sino al contrario, radiante de energía, *que llega a sitiar al yo. La palabra obsesión quiere decir esto.* Y realmente lo que ocurre es que la fobia, como reflejo de cualquier posibilidad angustiosa, es un hito clavado en la historia de la personalidad. Ese carácter de -*unsinning*-, de contrasentido, de absurdo, nace de ahí. Es una salpicadura de la nada.

En el obsesivo se organiza, pues, su vida en dos planos: uno, el que corresponde a su proyecto vital que tenía cuando sano, y otro, el que resulta de la invasión de la obsesión. Las relaciones, por tanto, del yo con el mundo se cambian. Al lado de las relaciones del mundo habitual aparece la nueva estructura del mundo obsesivo, que amenaza con invadir totalmente aquél. En cada enfermo nos encontramos con *formas de convivencia distintas*, porque lo que busca el obsesivo es una convivencia que le haga soportable la angustia. El mundo de la obsesión es un mundo mágico, pero no de una magia creadora, como el mundo del primitivo o del niño, sino de una magia desintegradora, aniquiladora. Dominan en él las categorías de la impureza, de la suciedad, de la putrefacción, de la muerte (V. Gebattel.).

El fóbico tiene miedo al cáncer, a la lepra, a la tuberculosis, a la rabia. No es cualquier enfermedad lo que teme, sino aquella que *significa para él* la invasión de la nada. ¡Con cuánta frecuencia nos dice un enfermo que tiene miedo al cáncer, pero que no tiene miedo a la muerte! Analizando detenidamente esa paradoja resulta que ambas afirmaciones se mueven en planos existenciales distintos. No tener miedo a la muerte es una frase

que se dice muchas veces, sin pensar en la muerte como algo propio y personal. A la muerte se la teme cuando se la *presiente*; es decir, cuando se la siente ya sin haber llegado, cuando se siente la posibilidad de que llegue precisamente allí, a su yo temporal, que la presiente. En el caso del fóbico que teme al cáncer, y de tantos otros, ese presentimiento no alcanza a la verdadera experiencia de la muerte, sino que cristaliza en torno a la posibilidad del cáncer como amenaza desintegradora. El cáncer es, con frecuencia, objeto fóbico, no sólo por tratarse de una enfermedad que puede amenazar subrepticamente, sin saberlo el sujeto, sino por lo que tiene de amenaza desintegradora. Esa posibilidad se asimila, se infiltra en el proyecto vital. «Esa es la posibilidad que lo puede aniquilar». En otras enfermedades, como la rabia, el temor es un tránsito del temor a la locura como experiencia de la desintegración del yo, antes de llegar a la absoluta desintegración en la nada.

Pero el mundo del obsesivo tiene, además, otras notas distintivas que proceden de su carácter mágico. La «huella obsesiva» no está en el plano físico, ni psíquico, sino en ambos. Tiene, por sí misma, un carácter dual. Una obsesiva emplea dos horas en su toilette; después de lavar la mitad inferior de su cuerpo tiene que someterse a una serie de ritos purificadores para que su impureza no alcance la mitad superior. Al lavar la mitad inferior puede tener alguna complacencia sexual. La posibilidad de tener esa complacencia es la que necesita ser purificada. La purificación se traslada del plano espiritual al físico, lavándose muchas veces.

Numerosos ejemplos podríamos citar, en los que se muestra ese carácter dual de la huella fóbica. En el fondo, es una revelación más de su estructura angustiosa. Porque la angustia humana es, dejando aparte las consideraciones metafísicas, una experiencia humana global del ser en su totalidad. Decíamos que es una amenaza de la disolución del yo, pero con ello hacemos sólo hermenéutica de lo que ocurre en el plano psíquico; porque, como experiencia total, la angustia tiene su correlato físico o fisiológico, simultáneo con sus manifestaciones psicológicas.

Existen dos planos en la vida humana: uno, que es el de la *vida auténtica*, y otro el de la *vida cotidiana*. En el fondo, si se quiere, toda vida es auténtica; lo que ocurre es que, en realidad, se considera como auténtica aquella en la que la participación del yo —del centro personal— es mayor. Entonces uno se siente más *uno mismo*, puesto que tiene una conciencia más clara y lúcida de que la vida la está haciendo, no sus propias decisiones. La vida es más personal, más propia. Pero hay otra vida, en la cual el sujeto se siente más llevado, como arrastrado por una corriente. Es la vida impersonal, anónima, que hace con los demás. Ahora bien, existe una ósmosis entre una y otra vida. La vida auténtica lanzada hacia el futuro, pasa, pero se mantiene en el presente a través de la vida habitual, en la cual se repiten los actos como sin sentido, casi como ritos. La primera tiene siempre, un cambio, un claro sentido, un rumbo que la dirige. Un acto habitual se

hace casi automáticamente, como un acto reflejo; es de uno, porque sucede en uno, pero no porque ese uno se sienta autor o creador del mismo.

En la fobia, y precisamente para el sector fóbico, las relaciones entre *vida auténtica* y *vida habitual* se hallan trastocadas. Piénsese que la fobia es siempre experiencia angustiosa y que en la angustia se afecta todo el ser. Es posible que una fobia nazca, por ejemplo, por un pensamiento obscuro que una enferma haya tenido al lavarse la mitad inferior de su cuerpo o al mirar una imagen en la iglesia. De ese pensamiento, «si ha consentido en él», puede sentirse autor; pero lo que ocurre es *que de esa ráfaga de culpabilidad se contaminan el resto de los actos de la vida habitual*. Para el fóbico no hay distinción entre vida auténtica y habitual —todo es auténtico—, y si una vez una mirada pudo ser pecaminosa, toda mirada puede serlo ya. La huella fóbica sufre también un *proceso de inflación* que la hace difundir y contaminar.

El anancasmo tiene, como toda vivencia, una estructura trimembre. Ya hemos hablado de su presente, inyectado del futuro como posibilidad próxima y encarnada; pero también pesa en él el pasado. El pasado también se halla introyectado en el presente, de tal suerte que el anancasmo tiene por ello un cierto carácter no intemporal, *pero sí supratemporal*. El pasado actúa sobre nosotros como experiencia percibida en lo que tienen de pasado inmediato. El pasado histórico se halla totalmente asimilado. Del pasado inmediato nos queda la resonancia de nuestra autoría —somos autores de él—. Está constituido por el sedimento de nuestras acciones, de las cuales nos sentimos autores. Se halla ligada a la propia actividad del yo, y esta ligazón se siente como responsabilidad. Cada uno es responsable de la vida que está haciendo, pero una vez que un acto vital se ha realizado, su resultado, la huella o experiencia que de él quede, es entregado al futuro como germen de nuevos actos, de nueva vida. El sentido de la vida no va sólo del presente al futuro, sino del pasado al futuro ensartando al presente. El desvanecimiento de la vivencia de ser autores del pasado es lo que permite vivir hacia el futuro. En el fóbico tal cosa no ocurre para la fobia misma, sino que da la huella fóbica no desaparece la vivencia de la autonomía personal y, por consiguiente, de la responsabilidad que el yo ha tenido en su creación. Incluso esa vivencia se extiende a sucesos banales de la vida que pasa.

En la fobia va siempre implícito, como antes he dicho, un agudo sentimiento de responsabilidad. Y como la fobia encierra algo ominoso o rechazable, la responsabilidad se siente no en un plano neutro, sino en su plano de culpabilidad.

En el anancasmo existe una *tendencia a lo automático*. Para explicar la persistencia de las fobias y obsesiones a partir de la crisis de angustia, hace algunos años pensé que era necesaria la introducción de un nuevo principio, *que es el de repetición*. Es decir, la génesis de los anancasmos fobia y obsesión sería: crisis de angustia plus instinto de repetición.

Hoy veo los hechos de otra manera. *La repetición pertenece a la esencia misma de la crisis angustiosa.* En la crisis de angustia hay como una explosión de la persona que está amenazada con saltar en pedazos, con desintegrarse. El yo siente la angustia de la amenaza de su propia desintegración. Contra esa tensión expansiva actúa, simultáneamente, una tensión retroactiva y, por así decirlo, conservadora. La repetición de los propios actos es la garantía de la expansión. Es algo que pertenece a la dinámica íntima de la personalidad.

Y ahora, ¿cuándo el escrupuloso es enfermo y cuándo no lo es? Es difícil señalar criterios generales. Pero en cada caso la decisión falsa. De un modo categórico puedo afirmar que no he encontrado ningún caso en el que yo mismo pudiera dudar si se trataba de un enfermo o no. Pero la decisión por parte del método tampoco es una pura operación intelectual, sino una apreciación de la dinámica de una personalidad tras un fino análisis de lo que en ella ocurre. En general, podemos decir que una persona es *tanto más* enferma cuanto menos libre se halla frente a los escrúpulos. La apreciación de la real autonomía de la persona, independientemente de lo que ella misma pueda decir o pensar de sí misma, es lo que puede definir a un escrupuloso como sano o enfermo. Mejor dicho, estaría tanto más enfermo cuanto menos libre sea frente a sus escrúpulos.

Los escrúpulos morbosos son como un cuerpo extraño en la conciencia. Si el ser logra mantener su proyecto vital —por tanto, su libertad— a pesar de la fisura escrupulosa, es mucho menos enfermo que si la fisura se abre y se expande por buena parte de su proyecto vital. Por eso no se trata de una decisión, sino de una apreciación, de una valoración.

Cuando dice Jud que las fobias, a diferencia de los escrúpulos, tienen algo de automático, dice verdad, sólo que ésta no puede tomarse de un modo tajante, porque también en el escrúpulo existe un cierto automatismo. Lo importante es saber quién domina y conforma la proyección de los actos de la persona, si el automatismo o la autonomía. El automatismo procede de los planos elementales, biológicos, del ser; la autonomía de los planos espirituales. La conducta resulta siempre de la fusión de ambos planos. El escrupuloso duda acerca de si ha cometido o no un pecado. La duda es una muestra de

su inseguridad existencial. No es una duda intelectual. Con dificultad el confesor logra contener al dudador entre los límites de una pauta racional; porque la duda surge del plano de la creencia normal. Muchas veces hemos visto enfermos con dudas sobre la fe. Las dudas eran anancasmos, y en verdad el enfermo seguía manteniendo la misma fe viva que antes de aparecer sus dudas morbosas.

La duda morbosa se mantiene en ese claroscuro que no es creencia ni es convencimiento, y que no es otra cosa sino experiencia. La duda del escrupuloso, que no sea enfermo, será una idea intelectual, que repercutirá en el plano de la creencia. Pero, de todos modos, en ella actúa la personalidad como un todo único, capaz, a la postre, de decidir si tiene los elementos necesarios para tomar una posición. O de esperar a tomarla, si carece de ellos. En cambio, en el fóbico la decisión es imposible. El se siente incapaz de tomar una determinada postura. Su actitud tiene la ambivalencia de la angustia. La angustia es un proceso de simpatía y de antipatía simpática. En este juego, en este va y ven entre el yo y el mundo, entre el presente y el futuro, entre el pasado y el presente, se despliega la vida toda; pero de este vaivén en el hombre normal se deriva su avanzar. La vida se va realizando, a pesar de las dudas, de los escrúpulos, de las indecisiones, de las preocupaciones. En cambio, en el escrupuloso anormal o fóbico, la vida se inhibe, el proyecto vital queda, al menos en ese punto, mordido por la inacción y la parálisis. La duda normal estimula el conocimiento. Es la duda metódica, cartesiana, que lleva a la postre a una afirmación, a la de la existencia del yo. La duda fóbica detiene, y en el fondo lleva a una negación o mejor a un proceso de nihilización de la propia persona.

Yo me atrevería a decir que un escrúpulo en la vida moral es normal si es fuente de auténtica perfección. La personalidad avanza en la consecución de su propio ideal, porque la duda le hace prudente y elegir los mejores caminos. El escrupuloso anómalo se siente inseguro incluso sobre el propio ideal personal. El primero necesita del director que le ayude a encontrar su yo, perdido o desdibujado en la niebla de la angustia. La fisura fóbica penetra hasta el más íntimo nivel de la actividad del yo, y por eso ésta sale ya primariamente impregnada de ella en el sector que le afecta.

Vértigos agorafóbicos

JUAN J. LOPEZ IBOR

Folia Clínica Internacional, Tomo II, núm. 2, febrero 1952.

Resumen

Los vértigos agorafóbicos fueron descritos por Freud, incluyéndolos en la sintomatología de la neurosis de ansiedad. Posteriormente, a medida que la fisiopatología del vértigo de Menière era mejor conocida, la mayoría de los vértigos de carácter no definido se incluyeron entre los menieriformes, buscando una raíz orgánica e incluso laberíntica que explicase su aparición.

El autor considera el vértigo agorafóbico como perteneciente al cuadro por él descrito con el nombre de timopatía ansiosa. El vértigo es la expresión de una crisis del organismo como unidad viviente, que se realiza en el plano de las relaciones del ser con sus circunstancias físicas y psicológicas, así como la angustia se realiza en el plano de la intimidad. Se trata de disturbios vitales, considerando la vitalidad como el plano intermedio entre los fenómenos puramente psíquicos y los somáticos. Se hace un análisis de la sintomatología del vértigo y se establecen ciertas analogías con el vértigo central de los traumatizados.

Freud describe la sintomatología de la neurosis de angustia en su trabajo «La neurastenia y la neurosis de angustia». Sobre la justificación de separar de la neurastenia un cierto complejo de síntomas a título de «neurosis de angustia» (1). Entre la sintomatología ocupa un lugar sobresaliente el vértigo, que es su forma más leve, de un simple «mareo», y en la más grave, la del «ataque de vértigo», con o sin angustia, constituye uno de los más terribles síntomas de la neurosis. El vértigo de la neurosis de angustia no es un vértigo giratorio, ni permite tampoco hacer resaltar, como el vértigo de Menière, varios planos y direcciones. Perteneció a la forma locomotora o coordinatoria, como el producido por las parálisis de los músculos del ojo, y consiste en un malestar específico, acompañado de la sensación de que el suelo oscila, las piernas del sujeto tiemblan y se doblan, pareciéndose como si fuesen de plomo. Sin embargo, este vértigo no provoca la caída del enfermo. «En cambio, hemos de afirmar que un tal ataque de vértigo puede quedar representado por un ataque de profundo desvanecimiento». Otros estados de desvanecimiento de la neurosis cardíaca parecen depender de un colapso cardíaco. El ataque de vértigo se presenta muchas veces acompañado de angustia de la peor clase y combinado con perturbaciones respiratorias y del corazón. En la neurosis de angustia aparecen también, según mis observaciones, el vértigo

de las alturas, pero no sé si estaría justificado suponer igualmente en estos casos la existencia adjunta de un «vértigo a *stomaco lessa*» (Freud).

Este vértigo, cuyos caracteres clínicos describió Freud tan bien, ha pasado luego a segundo o tercer plano cuando se estudia la sintomatología de la neurosis de angustia. Su importancia ha decrecido aún más cuando se compara con la atención que ha suscitado el estudio de los vértigos orgánicos en los últimos años. Para citar sólo un ejemplo, véase lo que dice Urbanschicht en una revisión de las causas del vértigo. Entre 62 causas del mismo, cita la agorafobia con estas palabras: «frecuentemente debida a trastornos de la función del aparato vestibular, a consecuencia de una lesión orgánica, preferentemente de una neurona periférica, en parte debida a una disfunción vegetativa».

La evolución posterior del problema ha sido la siguiente: Los estudios experimentales destacaron la importancia del laberinto en la percepción espacial. La neurología orgánica se basó en estas experiencias y construyó los métodos de exploración laberíntica que tan excelente resultado ha dado en clínica. Los vértigos que no se reconocían como de naturaleza orgánica se adscribieron a los funcionales, y de éstos el tipo fue el vértigo de Menière. Cuando un vértigo no se ajusta íntegramente a los caracteres clínicos del vértigo de Menière, se habla de un vértigo «menieriforme».

Sin embargo, la observación demuestra que el grupo más importante, por su número, de vértigos con que nos

(1) Página 180 de las «Obras Completas». Edición española.

tropezamos en la clínica, corresponde a los vértigos que ni son orgánicos ni tampoco pueden filiarse como menieriformes, a no ser que se haga de esta palabra un uso tan indebido que le haga perder todo valor. La frecuencia de los mismos es difícil de apreciar.

Los caracteres de estos vértigos son los siguientes:

1.º Son vértigos *asistemáticos*, en el sentido de Hitzig. Este autor distinguía entre vértigo sistemático, en el cual la falsa percepción del desplazamiento del espacio se hace en una cierta dirección, y el asistemático, en el cual exista un trastorno más difuso de las relaciones espaciales. Cuando se analizan escrupulosamente las descripciones que los propios enfermos hacen de su trastorno, llama la atención la poca referencia que hacen al espacio exterior. Sufren la sensación de vértigo no porque tengan una referencia errónea del espacio exterior, sino porque algo les falla en sí mismos; por eso hablan con tanta frecuencia de «como si se fueran a caer». Sólo después de esta sensación de inseguridad interna aparece la externa «como si me bailaran las cosas» y la sintomatología vegetativa que la acompaña.

Esquematisando la descripción de la crisis vertiginosa podríamos establecer tres fragmentos: perturbación de la percepción espacial, alteración de la vivencia del sujeto como situado en el espacio, cortejo vegetativo acompañante. En los vértigos orgánicos la primera es la preponderante, en los agorafóbicos la segunda, y en el mareo del mar o del avión la tercera. Cualquiera que haya sufrido el mal de mar ha podido percibir que lo importante en él no es la alteración de la percepción de las relaciones entre el sujeto y el espacio, que salvo los casos ya acentuados suele ser correcta, sino las sensaciones vegetativas que experimenta.

Esta disociación de los componentes de la crisis supone, naturalmente, un cierto artificio, porque la crisis es una totalidad. Pero en ella existen ciertos matices o prevalencias que son las que nos permiten hacer la distinción anterior. La sensación que experimenta el enfermo en el vértigo agorafóbico es tan confusa que ellos mismos hablan de «confusión mental». También Herz empleaba una expresión parecida cuando decía que el vértigo era una especie de estado confusional en el que se encuentra el alma a consecuencia de una sucesión demasiado rápida de unas representaciones, que no pueden estar separadas por el intervalo natural existente entre las mismas.

2.º *El vértigo es un equivalente de la angustia*. Freud lo considera, como hemos visto, como un síntoma que puede ir o no acompañado de angustia, es decir, como un síntoma concomitante. Mi punto de vista es que angustia y vértigo son absolutamente equivalentes.

Cuando se obliga a los enfermos a apurar el análisis de la sensación que experimentan, la equivalencia aparece clara. De las expresiones que traducen la sensación de mareo pasan insensiblemente a las que traducen la de angustia, o muchas veces las incluyen en la descripción, por ejemplo, la sensación de flojedad de piernas, con opresión del corazón. Estas sensaciones todavía perma-

necen en la periferia de la vivencia; avanzando más en el análisis nos encontramos con dos expresiones que los enfermos usan casi como equivalentes: «como si me fuese a caer», «como si fuera a perder el conocimiento».

Sería un error establecer una equivalencia entre esta última sensación del agorafóbico y la del que sufre una lipotimia; en éste, el mareo se presenta poco a poco, incluso con una sensación «dulce», y en cambio en el agorafóbico ese «temor a perder el conocimiento» es extraordinariamente angustioso, como que es la angustia misma.

Como ya he expuesto en otros trabajos (2), *la sensación de angustia, en su fondo, consiste en un miedo a perder el conocimiento*, en cuanto conocimiento significa conciencia y en cuanto conciencia es conciencia del yo. La onda angustiosa amaga con invadir el centro de la persona. En el sueño también parece que tal conciencia del yo desaparece, pero la analogía es sólo exterior. La mayoría de los hombres no tienen miedo a dormirse, y el miedo a la vivencia angustiosa se halla en cambio en todos. En la angustia lo que se teme es la rotura de la unidad y la continuidad de la conciencia del yo. Esa continuidad de la conciencia se ve suplida por un vacío, por un no ser. De aquí el contacto entre estas experiencias de los enfermos y las tesis de la filosofía existencial. La angustia ante la nada de Heidegger, proyectada en términos psicológicos, es la vivencia que produce el peligro de que el «yo», nuestra personal conciencia, se convierta en nada.

El enfermo vertiginoso, cuando tiene un amago de mareo, lo que siente es «como una ráfaga de vacío en la cabeza». Es la misma experiencia que sirve de fondo a la angustia. Esta es la experiencia primordial, radical, originaria, pero angustia y vértigo se diferencian por las direcciones en que se elaboran las vivencias. En la angustia, la experiencia central se elabora en el plano psicológico —miedo a volverse loco— y en el plano vegetativo —palpitaciones, opresión, sudor frío. En estas vivencias se halla explícita la experiencia del desmayo, del no poder más, del desaparecer. En el vértigo se halla también, inminente, la misma sensación de desmayo, pero la elaboración se hace en el plano de las relaciones del sujeto con el mundo.

La antigua distinción entre sujeto y objeto se halla salvada por la moderna antropología existencial por la afirmación de que el yo está siempre situado en su mundo; para decirlo con palabras de Ortega, el yo se halla siempre inmerso en su circunstancia. A la circunstancia del yo pertenece el espacio. Yo y circunstancia espacial forman una unidad coordinada. El espacio psicológico es distinto del físico. En el espacio psicológico existe el estar delante, el estar detrás, a la derecha o a la izquierda; pero aun más importantes que esas características están las de hallarse apoyados o flotantes, a cubierto, o al raso, etc.

(2) Véase mi libro «La angustia vital. Patología general psicósomática». Paz Montalvo, 1950.

Existe una relación entre sujeto y mundo, que se establece según la norma de las relaciones físicas: cuando se perturba tenemos el vértigo orgánico o de Menière, sistemático o casi sistemático, que se establece por una incoordinación entre el mundo físico y el sujeto. Situe-mos a éste en una cabina giratoria. Si la cabina gira a toda velocidad no se produce vértigo; tampoco si la cabina gira lentamente. Helmholtz ya decía que para que se engendrara el vértigo la rotación del sujeto no debía ser tan lenta que no perturbara la percepción especial ni tan rápida que la impidiese totalmente. El vértigo, pues, se produce en una situación de desacuerdo crítico entre el sujeto y el espacio que le rodea (V. Weiz-Saecker).

El espacio no se extiende ante nosotros con un valor uniforme. Lo que está arriba, aun permaneciendo en el mismo plano geométrico, está más lejos. En los cuadros de los primitivos no existe una verdadera perspectiva, sino que ésta se logra mediante la distribución de las figuras en el espacio. Las figuras que se sitúan arriba están más lejos, están detrás, aunque esta lejanía y postposición no se hallen confirmadas por el menor tamaño, tal como se hace después. Numerosos experimentos psicológicos han demostrado esas diversas valoraciones del espacio. Starch dividía un cuadrado en cuatro partes iguales mediante una vertical y una horizontal. En cada uno de ellos escribía un número igual de sílabas sin sentido que luego mostraba a los sujetos de experiencia durante un corto tiempo. Las sílabas que quedaban en la imaginación eran las de los cuadros de la derecha con respecto a los de la izquierda y las de los de arriba con respecto a los de los de abajo. Paul Witz realizó otra experiencia semejante, mucho más completa, llegando a resultados análogos.

Los vértigos agorafóbicos se caracterizan por una tendencia a la caída a la izquierda. Si hacemos caminar al sujeto, o no se desvía o se desvía ligeramente a la izquierda; pero esta desviación no se hace poco a poco, sino por crisis, que son crisis vertiginosas o amagos de la misma. Esta tendencia a la caída a la izquierda se debe a que este lado es el lado oscuro, abismal, del organismo, el lado femenino en la simbología de los pensadores románticos. Bachofen así lo señala en su *-Gräbersymbolik-*. Los grafólogos hacen la siguiente contraposición de la significación del espacio derecho e izquierdo:

<i>Izquierda</i>	<i>Derecha</i>
Introversión	Extraversión
Sujeto	Objeto
Huída	Ataque
Yo	Tú
Pasado	Futuro

Así como el vértigo sistemático se halla ligado a la percepción de las *circunstancias físicas* en que se halla el cuerpo humano, el vértigo agorafóbico se halla ligado a las *circunstancias psicológicas*. En éste lo importante es la situación en que aparece; unas veces en una plaza, otras, al ascender las gradas de un altar, otras al subir a un pequeño montículo y ampliarse el horizonte, otras al

faltar una sombrilla que como techo protector necesita el enfermo para dar un paseo al aire libre.

Es un error deducir la génesis del vértigo de su circunstancia. Se trata sólo de un dato histórico. Los trabajos psicoanalíticos que se empeñan pacientemente en escudriñar la circunstancia primaria que produjo un vértigo, no llegan nunca a la verdadera médula de la cuestión. Porque el proceso es inverso. Una crisis vertiginosa aparece en un momento dado, sin saber por qué, sin causa ni motivo determinado. El hombre, que necesita siempre racionalizar lo que con él ocurre—sobre todo lo que tiene un subsuelo angustioso—atribuye al momento la «culpa» de un vértigo. Realmente, más que un proceso de cualidad se trata de un proceso de culpabilidad proyectado sobre la circunstancia. Cuando se repite aquella circunstancia se temerá la aparición, de nuevo, de la crisis de vértigo. Lo que en el vértigo físico, por así llamarlo, es un movimiento o una aceleración, en el vértigo agorafóbico es una *circunstancia vital*.

Desde el punto de vista clínico, a lo que más se parece el vértigo agorafóbico es al vértigo de los post-traumatizados. Si se compara la vivencia de una y otra clase de enfermos, se podrá establecer un cierto paralelo; pero no una identidad. En el vértigo de los agorafóbicos interviene más las circunstancias psicológica e histórica que en el vértigo de los traumatizados. La similitud de la experiencia es, pues, relativa.

El vértigo de los traumatizados es el vértigo central; ha sido bien estudiado por Hebel en la cabina giratoria. Cuando se hace girar al sujeto en la cabina giratoria y se detiene ésta, el movimiento consecutivo de la endolinfa persiste y por consiguiente se produce la sensación imaginaria del giro a la izquierda. Al abrir la ventanilla surge entonces una percepción óptica que anula la sensación imaginaria. Es decir, existe una especie de «concurso o competencia de sensaciones». Domina aquélla que produce una diferencia de excitaciones mayor, es decir, la más innovadora con respecto a la situación anterior. En este caso la que domina es la óptica, porque en el campo perceptivo irrumpe una nueva y fresca percepción visual. Los fenómenos, pues, resultantes en experiencias de este tipo, con todas las variaciones imaginables, no son resultados casuales, sino muestra de una fina adaptación intermodal de los sentidos. De esta suerte la relación del sujeto con el mundo—de sujeto y objeto— queda firmemente establecida. A cada nueva situación surge una nueva adaptación, y este estado de equilibrio dinámico tiene la virtud de enlazar siempre la sensación pasada con la presente en una continuidad: ese es, en definitiva, el acto vital mismo (V. Weizsaecker). En el sano se realiza de una manera fluida, casi podríamos decir automática. En la situación patológica, tal fusión se halla debilitada. La continuidad del proceso fisiológico, la mera excitación, sólo es eficaz cuando la anterior se ha apagado. En lugar del enlace existe un hiato, por pequeño que quiera imaginarse. La neblina que se le pone al enfermo ante los ojos es el resultado de la dialéctica, mal avenida en este caso, entre el movimiento endolinfático y la exci-

tación óptica. En cambio, la mutación de una a otra no se hace sin dificultad: es la crisis patológica.

Si simultáneamente con la provocación del velo se analizan los automatismos motores, se ven éstos perturbados en el momento de la crisis. Hebel lo realiza colocando al enfermo de pie en dos platillos de balanza especial, provistos de un aparato registrador de movimientos. Si mediante la experiencia provocadora del nistagmus optoquinético (el tambor de franjas giratorias) provocamos una crisis como la anterior, ésta se traduce con inseguridad en las piernas, que queda registrada en los platillos. Se ve, además, cómo el desequilibrio es mayor del lado derecho o izquierdo, según el sentido del

giro del tambor. Las perturbaciones motoras son más intensas cuanto más súbita es la crisis perceptiva.

El vértigo asistemático, para la escuela de V. Weizsäcker, es expresión de un «trastorno intermodal de los sentidos». El *sensorium commune* se halla limitado en su capacidad de acordar la forma de irritación de uno u otro órgano. La duración de la crisis es la expresión directa del trastorno central.

El vértigo agorafóbico podría interpretarse, también, como debido a un trastorno intermodal de los sentidos, pero por una disregulación central. También para la angustia vital he aceptado una hipótesis semejante en mi citado libro.

Estructura de la neurosis y libertad (*)

(Homenaje al Prof. Kurt Schneider en su LXX aniversario)

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XV, núm. 4, noviembre 1996.

No es fácil lograr un acuerdo sobre el perímetro significativo de la palabra neurosis. Hay un núcleo en el que todo el mundo parece estar de acuerdo, pero a medida que nos alejamos del mismo aparecen las discusiones. En ocasiones parecidas resulta acertado remontarse al origen histórico del uso de las palabras para conseguir, de esta manera, una eliminación de todos los aportes significativos posteriores; pero también en esta ocasión nos falla este método.

La palabra neurosis fue introducida en el lenguaje médico por Cullen para designar un grupo de enfermedades del sistema nervioso en las que no se descubría lesión a que atribuirías. Bastará que citemos algunos ejemplos para comprender que hoy nos resulta inaceptable la delimitación de Cullen. La epilepsia, la enfermedad de Parkinson y otras análogas eran consideradas como neurosis por Cullen, y hoy, descubierta su raíz orgánica, nadie las denomina así. Vemos, pues, cómo el progreso en los conocimientos médicos van poco a poco desmantelando el grupo.

Posteriormente se realiza un gran avance, debido principalmente —si bien no de modo exclusivo— al psicoanálisis. Neurosis son las enfermedades de etiología psíquica. El vocablo etiológico resulta, sin embargo, en esta ocasión anfibológico. ¿Queremos decir que la causa de la neurosis es *psíquica* a diferencia de la causa *física* de las demás enfermedades? Es que podemos manejar, en el sector psíquico, la expresión de *causalidad* con el mismo significado que en el terreno físico? ¿Es que *psicogenia* es equiparable a *somatogenia*?

De esta anfibología significativa sufre casi todo lo que hoy día se dice y escribe acerca de la neurosis, por no tener en cuenta que la psicogenia pertenece a un plano de la realidad distinto que la somatogenia.

No es lo mismo aceptar que una piedra que golpea el cráneo produce una fractura o una conmoción que acep-

tar que una emoción produzca un ataque histérico. En el primer caso, los fenómenos se hallan ligados por una relación de causalidad, como los que rige la física. Las cosas pasan entre cuerpo físico y cuerpo físico. En cambio, las cosas suceden, en el segundo caso, de una manera distinta. No es cualquier emoción la que puede producir un ataque histérico, sino una emoción *específica*; lo cual quiere decir que posee un determinado *significado* para el sujeto. Estamos en el reino de los motivos.

La vida psíquica se halla montada sobre una cadena de motivaciones. Un eslabón puede resultar anómalo y así engendrar un trastorno en el sujeto, trastorno que calificaremos de *neurosis*.

Hasta aquí parece que hayamos logrado una cierta claridad; pero sólo aparente. Los problemas surgen a borbotones, como el agua cuando perforamos la costra de tierra que cubre una poderosa corriente subterránea.

¿Cuándo calificaremos de anormal la reacción de un sujeto ante una emoción y, por consiguiente, cuándo hablaremos de neurosis? La anomalía en la reacción resulta de su inadecuación. Ante un peligro inminente, por ejemplo, fuego en un teatro, se produce la huida despaavorida de los espectadores. Algunos, en lugar de huir, buscando más o menos velozmente la puerta de escape, pueden quedar inmovilizados, o sufrir una crisis de angustia, o un ataque histérico, que les impide tomar el camino salvador del peligro. En este caso vemos cómo una anomalía reactiva nos sitúa ante una conducta neurótica. Pero, ¿en qué consiste esa anomalía, esa inadecuación? ¿Es una pura variación *cuantitativa* en el modo de reacción o se trata, además, de una variación *cualitativa*?

A mi modo de ver, la respuesta no es dudosa. No se trata sólo de una variación cuantitativa, sino cualitativa. Lo cual quiere decir que no hay una superposición estricta entre la estructura de la neurosis y la estructura de la normalidad, sino una diferencia cualitativa. Quizá esa afirmación, tan abstractamente formulada, pueda parecer baladí. Pero, evidentemente, no lo es: aplicada, por ejemplo, a una situación psicoanalítica, quiere decir, que el supuesto complejo de Edipo en los neuróticos no es

(*) Conferencia en el X Congreso Internacional de Psicología Religiosa, en Séchelles (Francia, 1956). Repetida, con algunas variantes, en la inauguración del Aula pequeña para médicos, del Ateneo de Madrid (1956).

un simple aumento en intensidad de la relación edípica normal. La neurosis *no* es la caricatura de la normalidad.

La neurosis surge en el juego de la vida, y este juego se establece entre los acontecimientos o sucesos de cada vida y las experiencias internas o vivencias que provocan. En la teoría general de las neurosis se acepta comúnmente la existencia de acontecimientos traumatizantes, que engendran reacciones neuróticas (doctrina del «trauma psíquico»). En verdad, el concepto de psicogénesis se halla intensamente teñido de esta doctrina del trauma psíquico. Bien conocida es la importancia de la misma en la primera etapa del psicoanálisis; importancia que alcanzaba a la terapéutica, ya que la purificación del trauma, mediante la evocación del mismo, se consideraba capaz de anular sus secuelas morbosas (catarsis). Ahora bien: aceptando la génesis traumática de la neurosis nos encontramos lanzados sobre una cuestión esencial: ¿por qué unos acontecimientos son traumatizantes y otros no? Esta es una de las grandes preguntas que trata de contestar el psicoanálisis. Acontecimientos traumatizantes son determinadas experiencias sexuales, sobre todo de la edad infantil, dice. A esta conclusión lleva, o parece llevar, el estudio *empírico* del material que ofrecen los neuróticos.

Dejando ahora de lado el carácter sexual de los traumas neurógenos, lo cierto es que, en la historia de cada individuo, hay vivencias significativas y otras que no lo son. En toda vida humana hay acontecimientos traumatizantes, sexuales o no; y frente a esta universalidad de los acontecimientos traumatizantes —o que podrían serlo— tenemos la limitación de los sujetos traumatizados. Es posible que, potencialmente, todos seamos neuróticos. Yo no acabo de creerlo, pero tampoco me opondría demasiado a quien lo afirmase. Los psiquiatras dicen que todo ser humano es capaz de «histerificarse». Aunque la disposición sea tan ubicua, lo cierto es que no todos somos neuróticos y que aun entre los enfermos hay grados muy distintos. ¿Esta gradación podrá deberse a la intensidad del trauma? Cuando se conocen muchas vidas humanas se inclina uno a pensar que no. Todos hemos conocido seres humanos gravemente traumatizados en todos los terrenos, sin que sobre el trauma se haya montado una estructura neurótica. Lo importante, pues, más que el trauma mismo, «es la persona que lo recibe», es decir, que el trauma resulte significativo para aquella persona.

¿Y por qué un trauma tiene que ser significativo para una persona? Las veces lo será por su violencia. La misma experiencia de las guerras y de los campos de concentración demuestra hasta qué punto posee mayor eficacia morbofógena el clima afectivo, opresivo y angustioso, que la acción traumatizante directa de los acontecimientos. La significación está dada por la persona. Aun cuando una significación parezca imponerse, la verdad es que la fuerza impositiva rara vez viene de fuera, sino que arranca de dentro, de la misma entraña personal. Por consiguiente, un acontecimiento resulta traumatizante

porque significa algo especial para aquella persona, es decir, porque se halla ligado a la propia persona.

Hay varias maneras de concebir la ensambladura entre acontecimiento y persona. La psiquiatría que podríamos calificar de universitaria o académica (1) ha concebido siempre esta ligazón a través de la constitución y del carácter. El libro de Kretschmer sobre el delirio sensitivo de referencia (*Das sensitive Beziehungswahn*) podrá ponerse como ejemplo de esta manera de ver. Una determinada vivencia —la vivencia clave— sirve de punto de partida de una reacción neurótica o de un desarrollo paranoide; precisamente porque toda vivencia viene a producirse en persona sensitiva, hiperestésica, que retiene, sin descargar, los impactos emotivos, etc., es decir, con determinada estructura caracterológica.

Claro es que a tal psiquiatría académica se le ha escapado, en rigor, buena parte de la cuestión. Habitualmente distingue los trastornos psíquicos en tres grandes grupos: psicosis, neurosis y personalidades psicopáticas. Psicosis son, en principio, enfermedades corporales que ofrecen grave y rica sintomatología psíquica. Las personalidades psicopáticas son personalidades psíquicamente anómalas. La anomalía es constitucional. Son, en una palabra, variantes morbosas de la personalidad. Las neurosis son reacciones vivenciales anómalas, o sea, modos anómalos de elaborar los impactos emotivos.

La variación se halla aquí en la *re-acción*; pero ¿cómo explicar esa variación en la reacción, sin admitir una variación en la personalidad? ¿Por qué unos sujetos han de reaccionar de un modo distinto que los otros? ¿Por qué son constitucionalmente distintos? Forzosamente, pues, la distinción entre ambos grupos se mantiene en el puro terreno descriptivo, sin aducir otra explicación de los fenómenos que la presencia en bloque de una determinada constitución o de un determinado carácter.

Precisamente, el psicoanálisis trata de soslayar esta ausencia interpretativa admitiendo y demostrando que la anomalía en la reacción se debe a algo que ha *sucedido* a aquel sujeto en el curso de su vida, es decir, está ligado a su propia historia personal. Un acontecimiento resulta traumático en la edad adulta porque evoca otro análogo en la edad infantil, y así sucesivamente se puede llegar hasta el mismo trauma del nacimiento. Pero tal sucesión de acontecimientos traumatizantes no deja intacto el desarrollo de la personalidad, sino al contrario. La personalidad resulta anómala, no por una razón constitucional o genética, como en la psiquiatría canónica, sino por los continuos impactos traumatizantes que ha recibido en el curso de la vida. Estamos, sin darnos cuenta, próximos a una verdadera petición de principio. La personalidad es anómala por la sucesión de traumas, y los traumas actúan eficazmente, porque golpean una personalidad anómala. Todo ser ha pasado, al nacer, por las angustias del canal del parto. Muchos niños han llegado al mundo con

(1) Uso esta denominación para distinguirla de la psiquiatría permeable a la temática de la psicología profunda, especialmente del psicoanálisis.

un verdadero trauma del parto que les produce una enfermedad de Little. Sólo los niños cesáreos se han evitado tamaña experiencia. Pero aún no sabemos si con ello se ha ahorrado una neurosis. Yo ya he visto demasiadas en niños cesáreos para creer en ello.

Ya sé que la doctrina del trauma del parto, tal como la fórmula Rank, no fue aceptada por Freud. Me figuro que menos aceptaría la tesis de Greenacre. Lo cierto es que en los primeros pasos del futuro neurótico nos encontramos con una fusión inextricable entre personalidad y acontecimiento exterior. No sabemos qué es primero, si el huevo o la gallina.

Para ver con más claridad en esta cuestión es necesario que tratemos de profundizar en lo que podríamos llamar *intra-historia de la persona*; o sea, en la digestión o elaboración que sufre cada impacto vivencial que llega al ser. Binswanger habla de *historia vital interna*. La intra-historia se halla constituida por la sucesión de las vivencias o experiencias del mundo. Desde los primeros pasos por la vida, el ser se halla sometido a esa constante presión que ejercen sobre él los acontecimientos externos, es decir, recibir la *im-presión* del mundo exterior. El desarrollo de la personalidad no se hace por una simple aposición de los mismos. Entre todas las posibles impresiones que nos manda el mundo que nos envuelve, los límites de nuestros sentidos recortan unas cuantas que pueblan el ámbito de nuestro propio mundo. En las que penetran en lo que, metafóricamente, podríamos llamar el espacio interno de la persona, se establece una cierta *ordenación*. El primer principio de orden puede ser de naturaleza instintiva; pero bien sabemos cómo el mundo de lo instintivo se ensambla, en transición insensible con el mundo de los valores. Satisfacer un instinto es ya una forma de establecer preferencias.

La gran cuestión, sin embargo, no queda claramente expuesta en lo que antecede. El desarrollo de la persona es una sucesión temporal: hay un «antes» y un «después». Lo importante es determinar la naturaleza de la relación que liga el *antes* y el *después*. Si aceptamos la validez del determinismo psíquico, el «después» está ligado *forzosamente* al «antes». El ser persona se transforma en un puro mecanismo. Lamettrie habla del «hombre-máquina», símbolo claro de la dinámica interna del ser cuando se acepta el determinismo psíquico. El psicoanálisis es, en este sentido, una doctrina psicológica determinista. En la dinámica de los procesos psicoanalíticos no hay lugar para la única instancia que no puede reducirse a determinación, la única que aporta algo nuevo en la cadena del suceder psíquico: *la libertad*.

Ya sabemos que la inmensa mayoría de los actos humanos no son libres en el sentido pleno de la palabra; es decir, si por acto libre entendemos aquel que resulta de una deliberación consciente, eligiendo entre varios posibles motivos de una acción. Esa es la forma noética de la libertad, la que se ofrece en el plano superior de la vida humana. Pero existen otras formas menos transparentes de acciones libres, cuyo radical común es el de ser de na-

turalidad distinta a las determinadas. Yo diría que en el ser lo que no está determinado es libre.

Analicemos esas formas inferiores, pero, en cierto sentido, más originarias de libertad. Antes he hablado de las primeras selecciones que se establecen en el albor de la vida, en el puro plano biológico. Existe un modo de concebir al ser vivo como una estructura que no tuviera más que la capacidad de responder a los estímulos que reciba. La biología moderna ha demostrado, en contraposición con la anterior idea, la importancia creciente que tiene el principio de autonomía de los procesos biológicos. Alberto Haller contraponía la *irritabilidad* a la *excitabilidad*. La irritabilidad es ya la primera muestra de independencia del ser vivo frente al medio que le rodea. La diferencia entre el instinto y el reflejo es ésta. En la conducta refleja la respuesta está predeterminada por el estímulo. En el instinto ya existe un primer albor de autonomía e independencia; por eso el instinto es más plástico que los reflejos. El reflejo rotuliano del hombre de Cronquiston debió ser sensiblemente igual al nuestro. Sin embargo, ya su manera de alimentarse era distinta. Los instintos, cualquiera que sea su forma, son, en el fondo, *sujetos históricos*; por eso se integran en la historia individual. Y son sujetos históricos por lo que tienen de autónomos frente al determinismo del mundo material; autonomía de la que deriva un poder de creación. La respuesta modifica al medio que emitió el estímulo. A medida que el desarrollo de la personalidad avanza, la sucesión de las experiencias psíquicas es más compleja. La imagen del desarrollo lineal del ser, en el cual se insertan los acontecimientos, como los puntos en una línea, es falsa. El ser es temporalidad, pero en otra forma que la temporalidad física. La temporalidad del ser consiste en la sucesión misma de los acontecimientos que constituyen su vida. El avance de la temporalidad, el antes, el ahora y el después, son formas de la existencia. El después es distinto del antes, no porque venga después en el tiempo, sino precisamente por ser distinto. Cuando esa nota distinta no aparece, una percepción, aun siendo en rigor nueva, nos parece ya conocida, como en la experiencia del «déja-vu».

La intra-historia se construye, por consiguiente, sobre categorías anti-deterministas. La sucesión se monta sobre actos de valoración, de preferencia, es decir, sobre decisiones. Las decisiones conscientes pertenecen a las formas superiores de la libertad; las inconscientes, o no claramente conscientes, a las que podríamos llamar formas existenciales de la libertad.

Es más: la propia estructura del ser humano se halla montada sobre el supuesto de la libertad. Las propias relaciones entre el alma y el cuerpo no pueden elucidarse sin el supuesto de la libertad humana. Así se explica el carácter paradójico de la libertad humana en una situación límite, cuyo acto negativo supremo es la supresión de la vida corporal. El cuerpo humano está constituido de tal modo, que el hombre puede sentirse libre.

La salud consiste en la libertad frente al propio cuerpo. Al enfermo le pesa el cuerpo con la gravedad de la

geología. Al sano, en cambio, su cuerpo le parece etéreo, volátil; es una prolongación, un instrumento de la propia vida psíquica. Muchas veces me he esforzado en encontrar una definición de la enfermedad. No voy a exponer aquí los inacabables meandros y recovecos de esta cuestión. Lo cierto es que, al fin y a la postre, la idea de enfermedad es inseparable de la idea de libertad, en sentido amplio, por la misma razón que la libertad va intrínsecamente unida al acto mismo de existir. El cardíaco ve limitada su libertad de moverse en su espacio biológico. El enfermo mental está privado también de la libertad operacional de su vida espiritual. En ambos, tales privaciones de la libertad vienen del cuerpo, es decir, del mundo de la materia. En el cardíaco el obstáculo se ve con claridad. También en el enfermo mental, cuando se trata de una demencia orgánica, por ejemplo, una parálisis general o una arterioesclerosis. Pero ¿y en las psicosis llamadas endógenas?, ¿y en las neurosis? En las psicosis endógenas (esquizofrenia, ciclotimia) tampoco hay discusión, a mi modo de ver; se trata de enfermedades de base somática desconocida, como lo fue en un tiempo la de la enfermedad de Parkinson. Si bien esto no quiere decir que tal base somática sea forzosamente anatómico-patológica, que puede ser fisiopatológica. En todos esos casos, el sujeto se convierte en «otro». La raíz de la palabra «enajenado» alude a esa alteridad. Los actos psíquicos ya no son de uno mismo, sino de otro. «A quel degré peut-on devenir 'autre' sans risque de se désévaluer?», pregunta el padre Bruno de Jesús y María. La alteridad de las psicosis le contesta. El ejemplo más plástico se halla constituido por la personalidad del esquizofrénico. Ella es el mejor ejemplo, en la patología, de cómo una personalidad puede transformarse en otra.

La cuestión difícil, aguda, hiriente, la plantean las neurosis, y antes de pasar adelante pido a los que me escuchan perdón si no logro exponer con suficiente claridad mis tesis, porque exigen una serie de conocimientos supuestos y seguramente no sabré medir bien el límite entre lo supuesto y lo *ad demonstrandum*, en que debo mantener mi exposición.

Las neurosis son enfermedades con síntomas psíquicos, por ejemplo, una obsesión, una fobia, una crisis de ansiedad. Los síntomas somáticos que la acompañan se consideran habitualmente, como correlatos de los síntomas psíquicos o proyecciones; en otras ocasiones son expresiones simbólicas de conflictos psíquicos. El asma de la mujer en el lecho conyugal significa su repulsa por el marido y su ansia por el «otro»; la parálisis de las piernas del soldado, su deseo de no ir al frente; los vómitos de la novia, su terror al embarazo tras la transgresión sexual, etc. Los fenómenos somáticos son secuela, pues, de las vivencias psíquicas; en definitiva, expresión de una crisis personal intra-histórica. Su génesis es también psíquica, según el concepto etiológico encerrado en la expresión *psicogenia*. Aunque la percusión del trauma único haya sido sustituida por toda la batería percusiva que el análisis descubre en la historia de cada individuo, siempre nos estamos moviendo en el plano psíquico. Las

neurosis son, pues, según todo este planteamiento, enfermedades psíquicas, en sentido estricto. Por eso Jung dijo una vez que la neurosis es la enfermedad del alma que ha perdido su sentido. Y yo preguntaría: ¿qué tiene que ver el médico, como tal, en un alma que ha perdido su sentido?

Toda esta manera de enfocar la cuestión constituye una gigantesca anfibología. Al final no sabe uno a qué atenerse a propósito de las palabras alma, sentido, neurosis y tantas otras. Tal confusión conceptual es la causa de la situación babilónica en que se encuentra la psicoterapia actual, no sólo desde el punto de vista teórico, sino del práctico. La psicoterapia es hoy día, más que un «no mans land», una tierra de todos: psiquiatras, psicoterapeutas, psicólogos, grafólogos, conductores de almas, etc., sin que nadie sepa, al menos teóricamente, dónde situar los límites de su actividad.

El hecho es que la neurosis es, como toda enfermedad, una abstracción. Lo que existe es el neurótico, el hombre neurótico, y en él nos hallamos con ambos componentes, con su mundo material y su mundo psíquico, con su determinismo y su libertad. En el neurótico la situación conflictiva instintiva entorpece el desarrollo de su personalidad. Pero ¿qué son los instintos? Otras abstracciones para expresar la realidad, que es la conducta instintiva. Lo cierto es que, aun utilizando la palabra instinto como medio expresivo, lo que hemos de anotar es que los instintos en el hombre son eso mismo, instintos humanos. Lo cual quiere decir que ofrecen, como toda conducta humana, una vertiente psíquica y una vertiente somática. Estoy hablando en un círculo en el cual, sin más comentario, puedo introducir una nueva expresión que justifique el que lo psíquico se diferencie de lo material: me refiero, naturalmente, a la presencia de la vida espiritual. En cada acción instintiva se halla, junto a un tensor biológico, un tensor espiritual. No hay manera de comprender la sexualidad humana, ni siquiera su economía alimenticia, sin tener en cuenta la presencia del espíritu. Por eso, el acto instintivo más elemental es siempre un acto personal.

En la vida del neurótico aparecen los conflictos instintivos —y ésta es la afirmación importante—, no porque los tensores espirituales sean anómalos, sino porque lo son los tensores biológicos.

Ya sabemos que el espíritu no enferma; pero no es ésa esta afirmación teológica en la que yo pienso apoyarme, sino en la realidad clínica. El super-yo amenazador y castrador del psicoanálisis es una emanación del «ello», y el «ello» es, quiérase o no, biología, pero biología humana. En la neurosis obsesiva, por ejemplo, no falla el plano espiritual de la persona, sino el plano biológico o más concretamente vital. La diferencia entre un enfermo escrupuloso y un hombre sano, de fina conciencia, se halla en ese punto. El escrupulo del enfermo es una cristalización de su ansiedad morbosa, la cual, como he demostrado en otros trabajos, no es una ansiedad espiritualmente engendrada, sino timógena; o sea, un trastorno de lo que la fenomenología llama los sentimientos vitales.

Es decir, en las neurosis nos hallamos con las formas más difícilmente palpables del trastorno de la relación cuerpo-espíritu, consistentes en un desplazamiento hacia el lado del soma. Esto nos explica muchos hechos que sería ahora largo relatar. La sinfonía del neurótico es una sinfonía determinista, porque está desplazada del lado de la corporalidad.

El psicoanálisis tiene razón cuando ve que la vida psíquica del neurótico está inundada por el flujo determinista. Cuanto más profunda sea la neurosis, mayor determinación hay en la conducta neurótica: hasta que el encañamiento de los actos es tan rígido, que llega a la parálisis; pero eso no quiere decir que la vida normal se halle también tan determinada. En ella, la sombra de la determinación sólo sirve para dar relieve a la luminosidad de la libertad.

Hay una evidente limitación de la libertad existencial en el neurótico. El agorafóbico tiene limitado su desplazamiento corporal; el histérico, su balanceo afectivo, y el hiponríaco vive encerrado en la cárcel de un cuerpo, poblada de todos los demonios de una corporalidad encrespada que, en lugar de mantenerse en silencio, le ahoga con su cacofonía. La persona necesita del silencio del cuerpo para poder realizar una vida auténticamente personal. Cuanto más grita el cuerpo, más opacas son las valencias personales de una vida.

La libertad limitada en el neurótico, como en general en el enfermo, es la libertad en cuanto posibilidad de trazar y seguir un proyecto existencial. Por encima de ella está la pura libertad del espíritu, que le permite tomar una actitud frente a la propia enfermedad. Todo el mundo conoce casos en los que la enfermedad, cualquiera que sea su radio de invasión, no ha limitado, sino que ha espoleado lo que hay de mejor en el individuo, creando formas de existencia compensadora. Walder, en el prólogo a una selección de las obras de Freud, habla de Rosenzweig, quien, totalmente paralizado, todavía fue capaz de realizar una traducción de algunos libros de la Biblia, señalando en un tablero, con la mirada, las letras con las que componer las correspondientes palabras. El espíritu actúa aquí como compensador de la insuficiencia que crea la enfermedad. El dolor y el sufrimiento permiten siempre una profundización de la existencia; pero si la profundiza es porque, por otro lado, la limita. El abismo de la enfermedad espolea el anhelo de la libertad pura, de la libertad espiritual que sobrenada por encima de la libertad existencial, que es algo intrínseco al puro hecho de existir. Jaspers dice que la libertad es el acto por el cual yo me elijo a mí mismo («Freiheit als die Wahl meines Selbst»). Esta es la elección originaria de la existencia y mantenida a lo largo de la misma. La permanencia de la existencia impone la persistencia de esa libertad originaria. Así va tomando realidad el proyecto existencial. Pero anteriormente a esa libertad como elección de sí mismo hay un hecho. La existencia nos es dada y esta donación es al mismo tiempo una dotación: se la dota de trascendencia. La libertad espiritual, en sentido estricto, nace de esa dota-

ción; por eso es, originariamente, anterior a la libertad existencial como elección de sí mismo.

La vida psíquica es siempre una vida con sentido. El sentido existe merced a la libertad; la reiteración del acontecer material se encuentra dirigido por el sentido que impone la presencia del espíritu. La vida del hombre es, en tanto material, una reiteración de procesos biológicos. Lo que permite vivir la vida como proyecto es la presencia de esa instancia superior que es el espíritu, y cuyo trasunto, más pegado a la biología, es lo que habitualmente calificamos de vida psíquica.

La enfermedad, en general, supone que el proyecto vital se empapa más de la determinación material que lo que ocurre en el estado de salud. Por eso es un proyecto vital menos rico en posibilidades. La neurosis hace otro tanto, y precisamente el descenso que supone en el plano existencial se traduce por el predominio del *principio de repetición*. La reiteración del obsesivo y del neurótico en general, la gravosa reviviscencia del pasado que ocurre en el depresivo, son trasuntos de esos modos de existir reducidos en posibilidades y, por consiguiente, en libertad. Pero más que de grados de libertad debería hablar de modos. El mundo de la enfermedad nos revela la existencia de modalidades en la propia estructura de la libertad.

Y nos permite aún ver, con mayor claridad, el problema de las relaciones entre la estructura de la persona humana y la libertad. Habitualmente se sitúa la profundidad de la persona en el «ello» siguiendo el modo de pensar no sólo del psicoanálisis, sino de muchas otras escuelas psicológicas. Los que aceptan, aunque sea con fines heurísticos, una distribución de la persona en capas, también las capas inconscientes, es la más profunda. Sin embargo, lo más profundo no es lo más original. La originalidad de la persona se halla en el centro personal (el «Seelengrund» de la mística de Eckardt, el seno o el fondo del alma de la mística española). En ese fondo personal del ser se siente nacer en la originalidad de los propios actos. A él se desciende, en la enfermedad, a través de la experiencia angustiosa, núcleo de toda neurosis. En la angustia se percibe la radical soledad del ser, y además su radical finitud. Esa experiencia patentiza al hombre sano su relación de dependencia de algo que le trasciende. De ahí nace la creencia religiosa como hecho psicológico. Porque en ese descender radical del ser, éste se halla más propicio a oír la voz de Dios. En el enfermo, en cambio, en la crisis angustiosa, la soledad se vuelve experiencia amenazadora. La angustia del enfermo es angustia ante la nada, a través de la disolución del yo, la que se siente palpar. En esa amenaza de disolución siente como fuerzas rebeladas las de sus instintos. Cualquier posibilidad es posible. Es posible que sea un homosexual. O un criminal, como vio en sus ojos Kierkegaard, cuando se miró al espejo, angustiado, después que oyó contar a su padre la historia del bandido generoso.

Es, pues, la experiencia de una libertad existencial primaria: cualquier posibilidad es posible, la que se siente como angustia. Porque esa libertad primaria, indeterminada, necesita tener forma y sentido. En el plano psi-

cológico, el yo da forma y concede sentido al caos que le viene del «ello». El caos del «ello» es anónimo, indiferenciado, informe. Los «ellos» son más parecidos entre sí de lo que se cree. Este es el verdadero sentido de la frase de Nietzsche cuando dijo que al llegar a la cumbre del monte el asceta y el bandido eran lo mismo. El «centro personal», pues, es aquel punto de la esfera del yo en el cual ese caos toma forma individual; pero precisamente toma forma porque actúa y engendra sus actos y pone sobre el caso un principio superior.

En el neurótico, los instintos se rebelan porque se enferma precisamente ese plano de la persona en el que

ésta empieza a configurarse: lo que Platón llamaba el «thymos», es decir, el plano del *ánimo*. Las neurosis son enfermedades del ánimo, en las que su autonomía e independencia, su movimiento podríamos decir, queda afectada. Por ello hay una reducción en la libertad del neurótico, a pesar de que flote todavía por encima de él un plano anímico más elevado, la pura experiencia del yo, que goza aún de libertad. Precisamente porque el alma no es el ánimo, la neurosis no es enfermedad del alma que ha perdido su sentido, sino la enfermedad del ánimo que, como pájaro con plomo en las alas, ha perdido su ligereza.

¿Por qué bebe el ser humano?

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. V, 2ª etapa, núm. 1, 1977.

Resumen

El alcoholismo es, por una parte, un problema social y sociopolítico y, por otra, un problema médico. Se trata de un grave problema nacional y mundial. El alcoholismo pertenece, como todas las toxicomanías, a la Psiquiatría, desde el punto de vista médico.

Summary

Alcoholism is, on the one hand, a social and socio-political problem and on the other hand, a medical problem. It constitutes a serious national and world problem. Like all toxicomanias, alcoholism pertains to psychiatry, from the medical point of view.

Los griegos, cuando pudieron evadirse de ser una sociedad tribal como lo eran los asiáticos próximos, crearon la religión homérica, por sublimación de cultos más antiguos y primitivos. En el monte Olimpo habitaban los dioses. Al emigrar las tribus tesalonicenses a las islas del mar Egeo, el culto de los dioses primitivos fue transformándose en el culto a los dioses olímpicos, tal como se halla relatado en la *Ilíada*; pero conviviendo con este movimiento religioso acaecía otro, más oscuro, menos intelectual y más ligado a los planos profundos del ser humano. Me refiero a la *religión de los misterios*, constituida por cultos a deidades *ctónicas o telúricas* procedentes de las profundidades de la tierra y del mar y asentada, sobre todo, en el empuje que la vida vegetal -la vegetación- comunicaba al hombre. Demeter, Hephaistos y Dionysos simbolizaban como deidades tales poderes. Entre esos cultos se hallaban, aparte del de Demeter, que simbolizaba la gran Madre Tierra, el de Orfeo. Una secta de rapsodas y pensadores órficos se esparcieron por Frigia en tiempos relativamente tardíos. Adoraban a Dionysos (Dios-Nysos), hijo de Zeus, por otro nombre Baco, dios de la vegetación. Y en especial, dios del cultivo de las viñas y de la vendimia.

Estos cultos se caracterizaban por la participación de sus adoradores en la antigua ceremonia de ofrenda a los dioses, en la que, al mismo tiempo, se imploraban ciertos dones. Gracias a esa participación, los dioses dejaron de ser el *Mysterium tremendum* del Dios judeo-cristiano. Los actos mágicos de iniciación se convirtieron en nueva exaltación del destino del hombre sobre la Tierra. A los cultos podía asistir cualquier ser humano que estuviese libre del pecado de la sangre.

No hay que olvidar que en el mundo tribal anterior la ley imperante era la del Talión: Ojo por ojo y diente por diente. Era la ley de la sangre, que tomaba forma religiosa en los sacrificios humanos. La iniciación a los llamados -misterios- iba unida a la unión con la deidad respectiva.

El misterio iniciativo de la participación en el mundo de esos dioses telúricos culminaba en el éxtasis, el raptó y la locura. En aquellos tiempos, y aunque a nosotros nos parezca extraño, la separación entre la vida y la muerte, es decir, la muerte como término de la vida, permanecía en la penumbra de la conciencia. En los citados cultos, la experiencia de la muerte como algo constitutivo de la condición humana se vislumbraba algo más claramente; pero todo el mundo sabe, y cuando menos sospecha, qué difícil es mirar la muerte cara a cara. Es mirar la nada, el no ser. Cuando Adán y Eva fueron arrojados del paraíso no tenían experiencia de lo que era la vida al Este de Edén. El cristianismo iluminó definitivamente la conciencia del hombre, descubrió un nuevo sentido de la vida y, por sí fuera poco, la muerte como tránsito a otro mundo. Pero los griegos de aquella época no llegaban a tanto y resolvían ese tremendo y angustioso problema identificándose con ese sub-dios ctónico o telúrico llamado Dionysos, quien a través de los ciclos de la vegetación les nutría con la savia de la creencia en el *eterno retorno*. Era una experiencia de muerte y renacimiento que encubría la angustia ante el fin ineluctable de la vida. No se trata, en todas estas experiencias, de conocimientos racionales, sino de movimientos del ánimo. Recuerden ustedes que éxtasis quiere decir salirse de

uno mismo y entusiasmo quiere decir estar en dios, en un dios como Dionysos.

Alguien de ustedes podría preguntarse a qué vienen estos recuerdos de tiempos tan pasados y tan lejanos: simplemente a poner de manifiesto la *estructura permanente de la naturaleza humana*. El hombre es un ser inacabado e imperfecto que siente la necesidad de alcanzar la perfección de alguna manera. *¿Por qué bebe el ser humano? ¿De dónde arranca esa sed que no se apaga con agua? Sed de vida humana, la cual le impele muchas veces a rebasar las coordenadas sobre las que se apoya la existencia humana.*

La inclinación a beber, la sed que no se apaga con agua, la sed que le lleva a beber vino y a otras toxicomanías, nace de la propia estructura del hombre. Noé al salir del Arca sintió con exceso la necesidad de beber esos poderosos y misteriosos líquidos. Entonces debemos preguntarnos por la significación de tal sed, de tal necesidad. Cuando uno no se detiene en las fronteras de lo auténticamente humano, se emborracha con lo que sea. Es un modo de liberarse de las limitaciones, de los sufrimientos y de las frustraciones de la vida. Es lo que Dionysos ofrecía en sus misteriosos cultos para hacer la vida más placentera y lograr el olvido de los fantasmas que le hacían temblar y sufrir. El vino y el placer sexual se buscaba en aquellas fiestas para alejar no sólo los sufrimientos de la vida cotidiana, sino aquellos más hondos en los que se envuelve el misterio de la vida misma, el de su muerte y aun el de su nacimiento.

Si hablo de la borrachera es porque precisamente esa caricatura del beber nos puede mostrar el origen del deseo. ¿Por qué buscar emborracharse si sabemos que el hacerlo supone una degradación transitoria de la persona humana? ¿De dónde viene esa fuerza imantada tan poderosa? En la borrachera se altera, por una parte, el estado de ánimo, es decir, aquella parte de nuestra vida afectiva que llamamos sentimientos vitales que nos ponen en contacto con el mundo exterior e incluso con nuestro propio cuerpo, el cual, por una parte, nos pertenece —lo tenemos— como a otra cosa y por otra se identifica totalmente con nuestro ser personal, con la huella de nuestro espíritu. La vida humana se caracteriza por una superposición de estructuras; en lo más profundo encontramos la estructura vital que se halla fusionada con nuestra vida vegetativa. Allí están localizadas las regulaciones vitales, tales como el sueño y la vigilia, los apetitos, las sensaciones de bienestar o de malestar, etc. Pero este soporte vital-vegetativo con su presencia misma nos ata y reduce nuestro perímetro de acción. Los animales, a su manera, también lo tienen. El estado del pensamiento es mucho más libre y casi ilimitado. El núcleo fundamental que forma la persona humana se caracteriza por su tensión *excéntrica*, es decir, hacia afuera, hacia el mundo de las personas y de cosas reales y también de las imaginarias. La imaginación, o sea, el poder imaginar lo que no se tiene en las manos, es constitutiva del ser humano. Si se traspasa desmedidamente la frontera que existe entre lo real y lo imaginario se abren —las puertas

de la percepción—, como decía Aldous Huxley. Nuestro estado de ánimo cambia, como, por ejemplo, en la *experiencia del gran mediodía* de la que hablaba Nietzsche, o como en los llamados por los románticos «sentimientos oceánicos», tales como los despierta la *novena sinfonía*, sobre todo en su último tiempo, cuando el coro canta «todos los hombres seremos hermanos...». Ese sentimiento oceánico que en algunos se vive como experiencia del *Absoluto* o de alguna forma de un Cosmos distinto o divinizador.

Si nos preguntamos, por el contrario, por el polo opuesto de la existencia humana, vivida, nos encontramos con la angustia. El ser humano no es que *se angustie*, sino que *es angustia*. La sensación o vivencia angustiosa se siente como estrechamiento, como «angor», como opresión, como amenaza vital.

Durante la crisis de angustia se nos aparece otro mundo de posibilidades oscuras, y vemos cómo el hombre es un ser que puede morir o enloquecer o perder su propia personalidad. La crisis angustiosa supone el otro polo de ese sentimiento oceánico de que hablé antes. Ambos polos representan situaciones límite de ser hombre. Son nuestras fronteras, las de todos.

El simple y cotidiano vivir es opaco; pero la opacidad se vuelve transparente, unas veces por emociones intensas y otras por oscilaciones en el tono vital; pero no hay vida en la que no aparezcan descubiertas o enmascaradas esas oscilaciones del mundo interior.

Desde el comienzo de los tiempos esas oscilaciones las sintió el hombre primitivo. El caer del día le ponía melancólico, del mismo modo que un día radiante le ponía feliz. ¡Y qué decir de la primera noche! El hombre se encontró con que ciertas bebidas, como el vino y ciertos tóxicos, servían para compensarle el ánimo, aunque la transgresión en su cantidad fuese peligrosa. Este descubrimiento debió ocurrir, aun antes de Noé, cuando el hombre comenzó a caminar al Este del Edén. Lo que Noé nos dio a conocer fue el peligro de extralimitarse.

En los cultos dionisiacos el hombre buscaba aquel sentimiento de felicidad inmensa, oceánica, en esa participación en la que un líquido divino: el vino, tomaba parte junto con la exaltación sexual. Era como un renacimiento. El vago temor del después, aquello que se preguntó el primer hombre fuera del paraíso, cuando vio extenderse por la tierra las sombras de la noche: «¿Qué pasará después?», le angustiaba. La vivencia del tiempo vivido, de la vida misma, cambiaba.

En una época en la que parece que el menester de la inteligencia sea el que Nietzsche bautizó con el nombre de inversión de todos los valores, unos cuantos amigos dedicados por naturaleza a estudiar la complejidad del hombre, con sus luces y sus sombras, nos hemos decidido reunir, de vez en cuando, para analizar el estado y porvenir de los problemas que más directamente atañen a esa forma de auténtica *scienza nuova* que es la Psiquiatría.

Hemos elegido como tema de esta primera reunión el del alcoholismo, que es, por una parte, un problema so-

cial y sociopolítico, y por otra parte, un problema nacional, familiar e individual que busca con anhelo en muchas ocasiones el auxilio psiquiátrico y médico. En esta introducción, y contando previamente con que la experiencia y la sapiencia de ustedes nos han de ilustrar muchísimo sobre el mismo, sólo quisiera decir algunas palabras sobre su íntima paradoja, que no es sino proyección de una de las íntimas paradojas del ser humano. En el Salmo 104:15, la Biblia reconoce que el vino llena de satisfacción el corazón del hombre. En cambio, en el Génesis, dijo la serpiente a la mujer: «¿Cómo que os ha mandado Elohim que no comáis de los árboles del paraíso?». Y respondió la mujer a la serpiente: «De los frutos de los árboles del paraíso comemos, pero del fruto del que está en medio del paraíso nos ha dicho Dios: 'No comáis de él ni lo toquéis siquiera, no vayáis a morir'».

He aquí dibujados los corredores por entre los que discurre la vida humana. Cada vez son, históricamente, límites distintos los que le amenaza negativamente. Y la amenaza no procede, desgraciadamente, de un solo frente, aunque hoy nos reduzcamos a la más inmediata consideración de uno: entre los años 1960 y 1970 en Estados Unidos, por citar un ejemplo lejano, el aumento del consumo del alcohol creció en un 26 por 100 *per capita*. De acuerdo con la NIAAA, 95 millones de alcohólicos beben, de tal modo, que pueden considerarse alcohólicos o bebedores acusados, que son los capaces de crear problemas a sí mismos o a la sociedad. Muchos miles de bebedores tienen menos de veintidós años, y aproximadamente cerca de nueve millones, aparte de los anteriores, beben con exceso. Cerca de 13.000 cirrosis por año, la vida que se abrevia, la mitad de los asesinatos o el defensor o la víctima son los responsables; la cuarta parte de los suicidios son debidos al alcohol, la mayor frecuencia de divorcios (siete veces más) en los matrimonios, la mitad de los 55.000 fallecimientos en accidente de automóvil y la mitad del millar de heridos graves se deben a la misma causa, y por si fuera poco, 15 billones de dólares que se pierden en horas de trabajo, determinado por el mismo maléfico agente en la industria o en la Administración. ¡Y para qué alargar las impresionantes estadísticas! Si citamos las de los Estados Unidos es porque presumen de hallarse en la línea del progreso estadístico.

La escena que he citado del Génesis halla sobre tales números su continuación: La mujer le refiere a la serpiente que Elohim les había prohibido comer del fruto del árbol situado en el centro del paraíso, y la serpiente le replicó: «No, no os moriréis; es que sabe Elohim que el día en que de él comáis se os abrirán los ojos y seréis, como Elohim, conocedores del bien y del mal».

Dejemos de lado, por el momento, cualquier interpretación religiosa de este diálogo y considerémoslo simplemente como un mito. El hombre contemporáneo, borracho por la idea del progreso indefinido que le ha llevado a tantos progresos técnicos y científicos, poco a poco se emborracha más. Otros ejemplos podríamos

aducir, como el del progreso de la Medicina y el incremento en los medios destructores de la Humanidad.

Y para que no parezcan demasiado desmedidas estas consideraciones basta con que pensemos en la propia y auténtica *igualdad* de los hombres. La igualdad no consiste en la de la riqueza, ni en la de la inteligencia, ni en la del valor, ni en la del odio. Otros muchos ejemplos podría citar. La igualdad se encuentra en el ser. ¿Qué hace la borrachera o la intoxicación por drogas? Igualar a todos porque los deja al borde de lo a-humano. De lo humano no puede prescindir porque sería prescindir de su propia vida. Sólo la muerte es la gran igualadora. Tan igualadora que nos describe en nuestra ignorancia. Podemos creer en lo que encontraremos tras traspasado su umbral; pero, ¿ciencia o conocimiento, en el sentido de conocimiento científico, en el que nos hemos educado? Este hecho demuestra que en lo más hondo de nuestra vida sólo poseen un núcleo común que al mismo tiempo ignoramos lo que es. Esa razón es la que demuestra, frente a estas experiencias, la igualdad del hombre, la del hidalgo y la del hombre de las mil caras. Por eso creo que, a pesar de tantas diferencias, el análisis personal del borracho poco tiene que ver con su condición social. No así, naturalmente, la vida vigil e incluso las manifestaciones de las primeras fases del modo peculiar de emborrachar su conciencia antes de oscurecerla.

En la actualidad el uso de las drogas se caracteriza por el politropismo de los drogadictos y además por comenzar a usarse en *edades muy precoces*. Con respecto a la marihuana, hay una corriente de opinión que defiende la tesis de dejar libre su uso, ya que así acabaría por desaparecer o por poderse controlar. *Es cierto que lo prohibido siempre atrae*, pero en este caso se manejan complejos dinámicos que pasan inadvertidos ante algunos psiquiatras y sociólogos. No es lo mismo usar una droga en la edad de la pubertad o en la adolescencia que usarla en plena madurez. Durante la pubertad y durante la adolescencia se inicia la formación de la personalidad humana y su estructura resulta incorregiblemente defectuosa, resultando incapaz para crear su conciencia de responsabilidad y con ello el establecimiento de un orden de valores internos que va a necesitar en el curso de su vida.

Podríamos definir al ser humano por su capacidad de desmesura. Los animales no son crueles. No tienen conciencia de tales. Cruel es el hombre que ignora que el otro hombre que está frente a él es una persona humana. Cruel es el marido que trata a su mujer como objeto, o viceversa. Cruel es el hombre que no reconoce sus límites y olvida lo que de *humano hay en el hombre*. Por eso la llamada sociedad del bienestar resulta en el fondo cruel, porque vive de la avaricia desmedida de las cosas, objetos y placeres, olvidándose de los valores personales.

Las drogas mágicas de México y del Perú han surgido del sentido de su concepción religiosa de la vida y del mundo. La necesidad de trascendencia inherente, como he dicho antes, al ser humano tendía a saciarse artificialmente por el uso de tales drogas. En cambio,

en el mundo actual el móvil que impulsa al uso de las drogas ha cambiado. Ni siquiera –es sólo una huida del dolor y sufrimiento– como ocurrió entre las dos últimas guerras europeas, después de las cuales surgió una epidemia de morfinómanos y de cocainómanos que al cabo de unos años cedió, al ir desapareciendo las secuelas de la guerra, sino la búsqueda de un placer que era como se buscaba la felicidad en el famoso cuento de Schmil.

Ahora las drogas se usan como experiencia nueva. Y la droga se venga de su abuso encadenándolos en su hábito, con todas sus consecuencias. Se calcula que en

Nueva York hay más de 100.000 heroinómanos. Cada uno necesita imprescindiblemente de casi 100 dólares diarios para comprar heroína, aparte de los que necesita para mal comer y mal vivir. Una simple multiplicación nos demuestra la ingente cantidad de dinero que eso supone, que cifrando sólo lo que se necesita para comprar la droga supone unos 2.500 millones de dólares. ¿De dónde sale ese dinero? En la mayoría de los casos, del robo. Por eso, como dice un columnista americano Stewart Aslop, Nueva York es una «ciudad agonizante». El exilio voluntario de los habitantes que no toman drogas y no quieren ser robados aumenta de año en año.

Anatomía del intracuerpo

JUAN J. LÓPEZ IBOR

Atlántida. Revista del pensamiento actual. Vol. 1, núm. 1, enero-febrero 1963.



Juan J. López Ibor.

De nuestro cuerpo tenemos un doble conocimiento. «Lo conocemos, en efecto, por fuera como el árbol, el cisne y la estrella, pero, además, cada cual percibe su cuerpo desde dentro, tiene de él un aspecto o vista interior.» Estos dos modos de conocer el cuerpo se expresan, en algunos idiomas como el alemán, con palabras distintas: al cuerpo considerado como objeto se llama *Körper*, y al cuerpo vivido por dentro se le llama *Leib*. Ortega, de quien proceden las palabras entrecorilladas anterior-

mente, llamaba al primero «extracuerpo» y al segundo «intracuerpo». «¿No merecería la pena de analizar, de describir con alguna minucia, cómo es para cada cual su cuerpo, visto desde dentro, cuál es el paisaje interno que le ofrece? Por lo pronto, lo que yo he llamado en mis cursos universitarios el intracuerpo no tiene color ni forma bien definida, como el extracuerpo; no es, en efecto, un objeto visual. En cambio, está constituido por sensaciones de movimiento o táctiles de las vísceras y de los músculos; por la impresión de las dilataciones y contracciones de los vasos, por las menudas percepciones del curso de la sangre en venas y arterias, por las sensaciones de dolor y de placer, etc.» (1).

Quizá no sea demasiado exacta la correspondencia entre *Körper* y «extracuerpo» de una parte y *Leib* e «intracuerpo» de otra, a no ser que se abandone, en estos neologismos, su matiz significativo demasiado geométrico y espacial. El intracuerpo sería así, no tanto el cuerpo visto por dentro, como el cuerpo vivido desde dentro; y aún así no basta. El intracuerpo es la atmósfera corporal del yo y esta se halla constituida por esa nueva especie de realidad que son los actos psíquicos. El extracuerpo es, pues, una realidad física en su anatomía y en su fisiología; pero el intracuerpo tiene otra forma de existencia que es, por un lado pática, y por otro intencional. No es un puro instrumento del yo, sino el yo convertido en instrumento de sí mismo, para desplegar su acción en el mundo y para descubrir su intimidad.

A Scheler debemos el análisis fenomenológico más profundo de este problema de la corporalidad, que es un problema central de la antropología contemporánea. Después de Scheler muchos otros han dedicado atención profunda al mismo: Plessner, G. Marcel, Sartre, Merleau-Ponty, Brunner, Siewert, Strasser, Lorscheid, etc.; pero al cabo de tantos trabajos, apenas puede afirmarse que los puntos de vista de Scheler hayan sido superados en el plano filosófico. Scheler fue un pensador eruptivo y genial; por eso formuló muchas veces de un modo insuficiente su pensamiento. Pero aparte de los desarrollos

(1) José Ortega y Gasset. *O.C.*, t. 2, p. 448.

del mismo que se pueden lograr por la vía filosófica, quisiera plantear, por mi parte, hasta qué punto una experiencia concreta, esa que constituye el campo de la enfermedad, por ejemplo, es capaz de aportar nuevas luces sobre el problema del cuerpo humano. En cualquier caso, las dificultades de la cuestión aparecen claras en cuanto se advierte que no es más que un nuevo aspecto del problema cuerpo-álma. Problema netamente metafísico: pero problema real y concreto, tal como lo demuestra de un modo especialmente plástico la estructura de las neurosis, y la sintomatología de ciertas lesiones cerebrales.

I. EL ESQUEMA CORPORAL

La neurología actual adolece del grave defecto de recurrir a interpretaciones psicológicas que, además de periclitadas, resultan erróneas. Cuando se defiende demasiado apasionadamente la independencia de la neurología como rama del saber médico, se olvida, frecuentemente, el gran condominio que tiene con los problemas psicopatológicos. Nada más urgente que renovar el trasfondo doctrinal de las afasias, agnosias, apraxias, es decir, de buena parte de la patología cerebral. Bergson lo intentó hace muchos años. Desde Bergson hasta ahora, apenas han aparecido otros intentos con análoga ambición. Y la verdad es que tal intento es cada día más necesario.

La noción de sensación que suelen manejar los neurólogos es insuficiente, por demasiado clásica. Supone la existencia de una distinción tajante entre el órgano excitado y el excitante. El proceso en el conocimiento se supone que ha de partir, de un lado, del análisis fino neurofisiológico del órgano sensorial; de otro, del análisis de los estímulos que producen la sensación. Así el problema queda reducido al impacto del estímulo físico-químico sobre la terminación nerviosa. Es cierto que todos estos análisis han enriquecido nuestros conocimientos, pero ¿dónde queda la sensación? ¿Cuándo aquel impacto ondulatorio se convierte en esa cualidad que llamamos rojo?

La busca de la objetividad ha llevado a un desprecio de la subjetividad, como si la ciencia terminase ahí. La ciencia —una *determinada* ciencia— puede trazar ahí sus fronteras, pero debe saber cuán graves problemas se le escapan. Por otra parte, tampoco existe una subjetividad pura. El rojo, como fenómeno subjetivo, es un mito. Cuando *vemos* el rojo, es siempre como cualidad inherente a un objeto. Lo importante es, pues, la relación que se establece entre la conciencia del sujeto y el mundo que la rodea. Pues bien, esta relación siempre se establece a través de nuestro cuerpo.

Oppenheim fue el primero en llamar la atención sobre el hecho de que cuando se producen simultáneamente dos estímulos simétricos, en dos partes distintas del cuerpo, una de las sensaciones se extingue y, en cambio, la otra se hace prevalente. Hémon puso de ma-

nifiesto otro fenómeno singular que ocurre en los amputados portadores de un miembro fantasma. Un estímulo sobre la región del miembro sano correspondiente al punto simétrico de aquel en el que la sensación del miembro fantasma es más viva, basta para borrar el miembro fantasma. Es otra manifestación del mismo fenómeno de la extinción. Head, Holmes y Riddoch descubrieron que una doble excitación luminosa puede no ser percibida más que en un hemicampo visual, cuando el aparato óptico está lesionado de un solo lado, pero la lesión no es lo suficiente intensa para provocar, por sí sola, una hemianopsia. Se trataría, pues, de una hemianopsia de situación, es decir, condicionada por una situación determinada, monovalente y no onivalente. En algún caso tal hemianopsia relativa o de situación es capaz de provocar —en ciertas lesiones parieto-occipitales— una extinción de las sensaciones táctiles en la mitad homolateral del cuerpo.

Cuando se trata de interpretar estos fenómenos se acude al mecanismo de la *inatencción* (Critchley). Pero la explicación por la apelación a una función psicológica tan vaga como la atención resulta insatisfactoria. El hecho es que *el enfermo no presta atención a la sensación extinguida u oscurecida porque no puede*. Un enfermo del mismo Critchley decía: «La sensación más fuerte distrae de mí la facultad de poder experimentar una segunda. Me parece que no puedo prestar atención a mi lado izquierdo cuando el derecho se halla excitado».

Esto ocurre también en el sujeto normal. Hace algún tiempo emprendí una serie de experimentos para demostrar cómo se pueden oír dos estímulos sonoros iguales, simultáneamente por los dos oídos; por ejemplo, dos aparatos de radio recogiendo la misma emisión y situados simétricamente con respecto al observador. El sujeto *oye distintamente* uno u otro de los dos, pero es imposible oír los dos a un tiempo. La puntualidad del acto psíquico se proyecta sobre la percepción sensorial.

Hace años describí el fenómeno que propuse llamar *miembro fantasma negativo*. Se produce en las siguientes condiciones: se coloca el sujeto en situación de reposo tratando de lograr una relajación muscular máxima, como en los ejercicios de entrenamiento autógeno de Schulz. En la fase previa, en la que sólo se busca una relajación muscular generalizada, el sujeto tiene la sensación de que desaparecen sus miembros. Está como si no tuviera piernas ni brazos. La ausencia fantasmal se rellena con la impresión de presencia del miembro, cuando se concentra la atención sobre él.

Es difícil de aprehender la imagen de nuestra corporalidad normal. En estos intentos se ve cuán falso es hablar de *esquema corporal*: porque no se trata de un esquema, que siempre recuerda a una figura geométrica. No es nada definido, fijo, sino algo móvil e impreciso.

En reposo, tenemos la sensación de la postura; en movimiento, la de aquello que va a ser ejecutado. Lo mismo que se dice que el yo existe en tanto que ejecuta su acción, *nuestro cuerpo existe, para nosotros, en tanto se realiza en el mundo*. El intracuerpo sólo en situacio-

nes límites empieza a enviarnos mensajes. El sano sólo cuando corre mucho, siente palpar su corazón. Sólo el enfermo nota la sensación de presión en los sectores de su corporalidad enferma. La sintomatología subjetiva de las enfermedades consiste en esta presencia de sectores inéditos de la corporalidad.

Varias experiencias nos permitirán esclarecer más esta vivencia de la corporalidad. Rosso ha realizado algunas sobre la percepción de la propia cara cuando los ojos están cerrados. Si la cara gira a un lado, se tiene la impresión de que la cara está mirando hacia adelante, pero se aplanan. Más claro es el resultado de la experiencia realizada como yo la propongo: mirándose la cara en el espejo en posición de extremo giro de la misma. La explicación de Rosso no es nada satisfactoria: él piensa que el organismo trata de mantener la misma relación entre cara y cuerpo. A mi modo de ver los hechos ocurren de la siguiente manera: la mirada fija en la propia imagen es, por así decirlo, el principio rector de la percepción de la corporalidad. De ahí que la perspectiva en que se ofrece esté sumergida a este principio rector y pueda hacer anular la percepción interna, es decir, la que nos daría la imagen cenestésica de la cara y esta sólo se ve planificada como nos la ofrece la propia perspectiva visual.

La intencionalidad supone una tensión entre un centro activo y su periferia. Cuando miramos un objeto, ¿no estamos, en cierta medida, en el objeto mismo? En las experiencias de relajación absoluta lo que se percibe de nuestra corporalidad es la superficie en la cual estamos apoyados. Es decir, la frontera en la que la actividad perceptiva se condensa porque encuentra un obstáculo. Otra experiencia: con los ojos cerrados, se trata de percibir la presencia corporal de la mano apoyada sobre la mesa. La zona de condensación perceptiva se establece en los puntos de apoyo. Aplico ahora un libro sobre el dorso de la mano; la franja perceptible se traslada a los puntos de apoyo del libro. Es más: *donde se traslada es al libro mismo*. Lo que percibimos ya no es la presencia de la mano, *sino la del libro mismo*. Si invierto la mano y sostengo el libro, la presencia de la sensación de la mano es más nítida. ¿Por qué? Porque en él hay más coeficiente de actividad que en el acto de sostener el libro.

El esquema corporal se halla ligado, en una u otra forma, a la motilidad real o virtual, y tiene carácter intencional. *En situación de reposo absoluto percibimos de nuestro esquema corporal aquellas partes a las que se dirige nuestra actividad psíquica o aquellas otras partes en actividad por contacto con el mundo exterior*. En reposo y en actitud yacente, el esquema corporal percibido, o sea, la vivencia de nuestra corporalidad, está constituido fundamentalmente por los puntos en que nuestro cuerpo se apoya sobre la superficie que lo sostiene. A este esquema vivenciado puede agregarse la proyección de un esquema mnésico, constituido, por ejemplo, por el recuerdo de nuestras experiencias visuales. Si en lugar de sentir el cuerpo en reposo, lo sentimos en movimiento, el esquema de la corporalidad vivenciada se halla en aquella parte de cuerpo *que movemos más intenciona-*

damente. Si andamos y estamos hablando, es en esta segunda acción donde se condensa nuestro esquema corporal.

II. INTENCIONALIDAD Y PRESENCIA

Desde Brentano se ha querido distinguir lo psíquico de lo físico, por esta nota cualitativa de la *intencionalidad*. Su raíz etimológica viene de *tendere*, indogermánico *ten-d*, en griego *τοπος*, equivalente a tensión, tono, tendencia. La tensión se establece entre un centro y un punto posible de la periferia. En esa tensión se halla implícita la sensación de que existimos. El «pienso luego existo», de Descartes, alude a esa tensión en el pensamiento, así como la afirmación de la filosofía existencial del «yo existo» alude a la tensión de las capas tónicas del ser.

Ahora bien, la tensión o la intencionalidad existe en la corporalidad. La corporalidad humana, el hombre en posesión de su cuerpo tiene un carácter intencional. Por eso la imagen corporal resulta de esa misma nota, evidente y primaria, de la intencionalidad. Pero la llamada imagen corporal no es más que una impresión de *presencia* que se mantiene fluida, vaga e indefinida, presta a verse por determinados canales. Schilder habla de que nuestra imagen corporal es algo como hueco y vacío. No es una abstracción, un esquema, ni siquiera una imagen. Por mi parte preferiría decir que es una *experiencia de presencia*.

Tal presencia no se localiza en ninguna parte y puede localizarse en todas: su localización depende de la dirección que tome nuestra actividad psíquica. Esta es el gran principio rector de la experiencia. A veces se dice que depende de nuestra *atención*; la palabra sería válida si no tuviese otro significado más concreto en el vocabulario psicológico. De lo que depende es de nuestra *intención*. La mal llamada imagen corporal depende de nuestra *intencionalidad*.

La intencionalidad de los actos psíquicos es la condición exigitiva de la intencionalidad del cuerpo humano. En él se halla inscrita tal intencionalidad. La diferencia entre el cerebro derecho y el izquierdo responde a este mismo principio. Si ambos fuesen iguales, o mejor, equivalentes, no habría derecha e izquierda. Sin tal asimetría no habría posible ejecución intencional de los actos psíquicos. La morfología del extracuerpo hay que redescubrirla a la luz de estos principios. En él existen zonas neutras, equivalentes, como pasa en muchos órganos internos. Son órganos sin valencias psíquicas; pero donde existe valencia psíquica aparece la intencionalidad y la asimetría en las funciones corporales correspondientes.

III. PERIFERIA Y CENTRO

Si la imagen del cuerpo es algo inmediato que surge y se percibe en contacto con la experiencia del propio

yo, ¿es que la periferia no tiene ninguna participación en ella? ¿Es que la imagen corporal es algo engendrado sólo centralmente, aunque dejemos la palabra central como una referencia todavía indefinida?

La periferia debe intervenir, pero no como se había pensado. El miembro fantasma acompañado de sensaciones dolorosas no desaparece por la anestesia del muñón real de la extremidad amputada, ni por la sección de las vías periféricas o medulares de conducción. Inversamente, la hemiasomatognosia puede desaparecer aunque los trastornos sensitivos permanezcan. La imagen del cuerpo, insistimos, no es una síntesis, una integración, sino una presencia de percepción inmediata.

Ahora bien, el miembro fantasma se acorta más en los casos en los que la amputación de la pierna es bilateral que en los que es unilateral. El miembro sano influye, con su presencia, en el tamaño del miembro fantasma. En los casos de paraplejía acompañados de miembro fantasma, diversos autores han hecho una observación notable. El miembro fantasma está pegado al tronco de un modo distinto a como lo están las piernas reales. Tiene algo de rígido, de mecánico, como las piernas de una marioneta. En las piernas de una marioneta las leyes físicas son otras que en las nuestras, que sirven para sostener el cuerpo. Aquellas son sostenidas desde arriba. El miembro fantasma es algo así como un proyecto. Un proyecto de movimiento *sensorializado*. Esta expresión quizá no sea correcta, pero sí plástica. La periferia lo que hace es contribuir a la constitución de la realidad.

La percepción se ha interpretado sólo como un proceso pasivo, consistente en la llegada a los centros de los estímulos sensoriales. El rayo de luz llega a la retina, pero la percepción de lo que vemos es sólo posible por la interacción entre el impulso que surge del interior y lo que viene de fuera. *Toda percepción es un encuentro*. Y yo diría más, *un encuentro creador*. La percepción completa no existe ni dentro ni fuera, sino en la misma conjunción creadora. El llamado esquema corporal es, pues, el resultado del encuentro de la actividad del yo con el mundo, merced –precisamente– a que esa actividad del yo se halla anclada en una corporalidad.

En este análisis hemos adquirido ya tres notas fundamentales que nos servirán muy eficazmente para la interpretación de los hechos:

La primera, es que *la llamada imagen corporal es una pura experiencia del existir mismo*. En el *Da-sein* de la filosofía existencial el *da* significa eso. Muchas veces se ha querido decir que el *da* es la circunstancia como decía Ortega. El *da*, o sea, el -ahí- de nuestra existencia, es nuestro cuerpo. La presencia del cuerpo es la que concede al existir su carácter de facticidad, su espacialidad y su temporalidad. Sin el -ahí- de nuestra corporalidad el existir sería un vagar de espectros.

En segundo lugar, *tal experiencia es tensiva, intencional. Tiene un centro y una periferia*. Se caracteriza por su movilidad. La tensión no puede girar en el vacío. En la percepción de la corporalidad a algo debe dirigirse. Ese algo depende de las circunstancias a las que se halle

sujeto. La patología se caracteriza porque ese algo tiene *carácter impositivo*. El sujeto que tiene un dolor o cualquiera otra sensación patológica en su cuerpo, con dificultad puede barrerla del campo de su atención.

Y por último, *en esta dinámica intencional, la percepción tiende a rebasar los límites de la propia corporalidad*. En la vida cotidiana desaparece nuestra imagen corporal. Se dice que está en el fondo. Se puede aceptar esa afirmación si se quiere decir que es inconsciente. Lo que percibimos es la realidad exterior. Cuando el libro se apoya sobre la mano no se percibe la mano misma, sino el libro.

Ese desplazamiento fronterizo se encuentra alterado en la patología. Un ejemplo que he tenido ocasión de observar repetidas veces es el de los parkinsonianos. Muchas veces, al atravesar el marco vacío de una puerta, tienen dificultades y quedan detenidos. El estrechamiento del espacio los aprisiona como si realmente se estrechase el espacio físico. Es un curioso fenómeno que no he visto analizado en ninguna parte.

IV. EL INTRACUERPO

La noción del esquema corporal en la neurología ha surgido, como he señalado al principio, a partir de las observaciones clínicas del miembro fantasma, de la anosognosia, etc., pero aludiendo a la presencia en nosotros de una especie de dibujo o de figura del cuerpo vista desde fuera. Tal noción olvida algo importante.

El olvido consiste en no intentar integrar a la noción de la imagen corporal la de la corporalidad interior; es decir, lo que clásicamente llamamos *cenestesia*, que Ortega llamó intracuerpo, o sea, el cuerpo visto por dentro. Claro es que nuestro cuerpo no es visto por dentro; podemos ver un hígado o un riñón, pero eso no tiene nada que ver con la sensación interna de corporalidad, que no nos revela la presencia del hígado o del riñón, sino que tiene caracteres distintos.

La neurofisiología actual ha realizado grandes progresos en el estudio de la producción de estímulos y vías conductoras de las diversas sensibilidades. La traducción psicológica de tales conocimientos sería la siguiente: una lluvia de estímulos de nuestra corporalidad, procedentes de la periferia, son conducidos a los centros sensoriales y así se establece nuestra imagen corporal interior. Leibnitz, en su correspondencia con Arnauld, decía: «Es verdad que no nos apercebimos distintamente de todos los movimientos de nuestro cuerpo, como por ejemplo, el de la linfa; más, para servirme de un ejemplo que ya ha empleado, así como es necesario que yo tenga alguna percepción del movimiento de cada ola sobre la orilla para poder percibir lo que resulta de la reunión de las olas, a saber, el gran ruido que se oye cerca del mar, de igual modo sentimos también algún resultado confuso de todos los movimientos que tienen lugar en nosotros. Mas estando acostumbrados a ese movimiento interno, no nos apercebimos de ello distintamente y en forma re-

flexiva, sino cuando se produce una alteración considerable, como en el comienzo de las enfermedades. Y sería de desear que los médicos se aplicasen a distinguir con más exactitud esa clase de sensaciones confusas que tenemos en nuestro cuerpo.

Lo curioso es que esa suma de pequeñas percepciones, como en una prodigiosa operación matemática, *dé un resultado negativo*. El que percibe muchos sumandos con relieves plásticos diversos, es el hipocondríaco. En el sano, la suma tiende a cero; pero esta es una expresión inexacta ya que a lo que tiende es a uno. Efectivamente, de nuestro intracuerpo nos llega un mensaje con carácter inmediato, compacto, unitario, tan misterioso e inmediato como el que percibimos de nuestro yo. Nuestro yo corporal es una unidad de presencia dinámica y evasiva. Sentimos nuestra corporalidad como algo de que disponemos y aplicamos a la acción. El mensaje que nos viene es el de las *realizaciones de la corporalidad*.

El análisis de la situación psicósomática, desde el punto de vista antropológico, el primer problema que plantea es el del intracuerpo. Tanto desde el punto de vista antropológico existencial, como fenomenológico, se han publicado excelentes trabajos en estos últimos años (Boss, Christian, von Weizsäcker, Plügge, G. Marcel, Merleau-Ponty, Zutt, Buytendik, de Waehlens).

Pero, en la vida corriente, no estamos proponiéndonos siempre efectuar un análisis introspectivo del yo, sino que este centro dinámico y personal se vive en su propia actividad, en contacto con el mundo exterior. Este contacto se realiza, además, a través de un medio, que es nuestro propio cuerpo, que por una parte pertenece al mundo exterior, al mundo de las cosas u objetos, y por otra nos pertenece a nosotros mismos. Es curiosa la relación que nos liga a nuestro propio cuerpo. Cuando no pensamos en ella, la vivimos como si el conjunto: cuerpo y experiencia psicológica, fuese un centro del que irradiase nuestra actividad. Esta es una experiencia indiscriminada, pero, vueltos hacia ella, pronto nos damos cuenta de su carácter dual, que se halla reflejado muy bien en las expresiones que Gabriel Marcel ha elegido para señalar la nota esencial de nuestra relación con el cuerpo: *somos* nuestro cuerpo y *tenemos* nuestro cuerpo. Por una parte, nos sentimos unidos al cuerpo, en una situación *concéntrica* de yo y corporalidad, pero, por otra parte, sentimos la corporalidad *excéntrica* con respecto al yo, y por eso la tenemos a mano, la objetivamos como las cosas del mundo exterior (Plessner).

A la unidad de la experiencia del yo psicológico corresponde una unidad de experiencia del yo corporal. La experiencia cenestésica es, pues, *única* en este plano. La existencia de lo que llamó Scheler sentimientos vitales, con un carácter global, lo demuestra. Nos sentimos cansados o eufóricos *a la vez*, como una sensación *global* de la vivencia en la encarnación del espíritu en el cuerpo.

La experiencia del yo corporal no se ofrece como una noticia pasiva; es un error creer que se trata de una especie de telegramas que va enviando cada órgano -y por

qué no cada célula?- a un centro donde anida esa percepción del yo corporal que llamamos cenestesia. El mismo inciso que acabo de hacer, demuestra lo absurdo de la hipótesis; porque, en realidad, la experiencia cenestésica no es posible, a la vez, como procedente de todas las terminaciones sensitivas que existen en el cuerpo, sino que *se establece con carácter selectivo*. De ahí que no sea una suma, sino una experiencia global en bloque y primaria que secundariamente podrá ser analizada. Lo que ocurre es que *se siente proyectada* en territorios diversos, *según sea la actividad del sujeto*.

Estamos acostumbrados a pensar en esquemas y estos nos inducen a error. El definir la relación del yo con su cuerpo como concéntrica y excéntrica al mismo tiempo, nos induce a operar con el esquema de un yo puntual, una especie de sol del sistema corporal humano que irradia desde allí sus energías, y que recibe de la periferia sus noticias y mensajes.

Esta idea es errónea. Tratemos de lograr una imagen de nuestro cuerpo en una experiencia de introspección como ya he señalado antes. Lo que aparece, lo que está presente, es la parte del mismo que se apoya en la cama donde está echado. Si nos ponemos de pie se desplaza la experiencia de la corporalidad. No hablemos de las experiencias patológicas. Allí donde pasa u ocurre algo, estamos en aquel momento, allí se halla situada nuestra vivencia del yo. Y como el yo, psicológicamente, no es más que una experiencia, podemos decir que allí está situado el yo. No es, pues, una vivencia que se distancia, sino que se funde con la actividad momentánea. Fuera de esta zona donde se proyecta el foco luminoso de la actividad, reina la sombra.

Precisamente por esa actividad es por lo que en todas las experiencias de despersonalización existe esa nota de inapropiación. La actividad es lo que tiene de mía la experiencia, y si esta se perturba, entonces ya no aparece tan mía (sensación de extrañeza). La actividad asume la impresión de que se produce y la incorpora al resto de la vida psíquica. El presente se enlaza con el recuerdo, con el pasado. De ahí la experiencia del *déjà-vu* cuando se perturba esa modalidad de asimilarse al presente.

El papel de la angustia en todas estas experiencias es evidente y esencial. Según he tratado de exponer en varias publicaciones anteriores, una forma de angustia consiste en *la experiencia de la amenaza de la disolución del yo*. Esta disolución del yo puede realizarse en varios planos, y uno de ellos es el de su fusión con la corporalidad. En la experiencia angustiosa aguda, todos los planos se recorren rápidamente, y lo que el sujeto siente es la pura angustia sin saber por qué, es decir, sin referirla a nada. Cuando la experiencia se despliega más lentamente ofrece su anatomía interna y una de sus regiones topográficas se halla constituida por la fusión del yo con su imagen corporal. En la amenaza de la disolución del yo esta imagen se enajena, se convierte en extraña; a veces como totalidad, a veces como parte, según el yo se siente total o parcialmente amenazado. Por eso el enfermo dice: -este cuerpo no es mío-, y dice: -como si no fuera mío-.

Yo no puedo tener mi cuerpo sin concederle esta o aquella significación, es decir, *sin concederle sentido*. Pero si es verdad que tenemos nuestro cuerpo y que, por tanto, al tenerlo, le concedemos un sentido en nuestra vida, no lo es menos que *el cuerpo nos tiene a nosotros*, lo cual quiere decir que limita las posibilidades de sentido que podemos conceder a nuestra vida.

La expresión de Gabriel Marcel: «somos nuestro cuerpo» y «tenemos nuestro cuerpo» habría que ampliarla «nuestro cuerpo, a su vez, nos tiene». De ahí deriva la facticidad de la vida humana. Nuestra envoltura corporal es, al mismo tiempo, posibilidad y prisión. De ahí su ambigüedad. De ahí, también, su dialéctica entre realidad y posibilidad. La enfermedad es algo inherente a la vida humana como es la muerte misma. La enfermedad es siempre limitación de posibilidades. Conceder un sentido al cuerpo es concedérselo a la enfermedad, pero sentido corporal y sentido de la enfermedad no son caminos ilimitados sino finitos. La misma finitud que tiene nuestra vida.

Nuestro cuerpo es, en estado de salud, el gran silencioso. Tampoco en estado de enfermedad nos revela su anatomía, al modo como se estudia en las salas de disección. Es en otra dirección la disección que nos ofrece. A través de experiencias variadas tales como la del dolor, la angustia, el vértigo, etc., nos habla otro lenguaje. La anatomía del cuerpo es distinta de la anatomía del intracuerpo, y ésta no es menos importante que aquélla. Los signos de las enfermedades nos traducen la anatomía del cuerpo, pero los síntomas, con frecuencia, sólo traducen las de intracuerpo. Su lenguaje es el sufrimiento.

La enfermedad es proceso objetivo por una parte y sufrimiento por otra. Ambas caras cuentan en la medicina. La medicina moderna ha vuelto a descubrir el valor de conocimiento del aspecto pático de las enfermedades. De ahí ha surgido la medicina de las neurosis, la medicina psicosomática y todo aquello que hoy se incluye en la exigencia de una medicina antropológica.

Sobre la génesis del esquema corporal (A propósito de un campo visual fantasma)

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XIII, núm. 2, mayo 1954.

Resumen

Se refiere la historia de un enfermo en quien quedó un campo visual fantasma tras la enucleación del ojo. El campo visual fantasma se desarrolló en el curso de una serie de

operaciones correctoras de un estrabismo que el enfermo padecía desde la infancia. Se intenta lograr una explicación del fenómeno aplicando hipótesis de Holtz sobre la existencia de la «Efferenzkopie».

Al prof. Karl Kleist, en su LXXV aniversario.

Los numerosos trabajos publicados en los últimos años en torno a la génesis del miembro fantasma y del esquema corporal coinciden en aceptar la intervención simultánea en la misma de factores centrales y periféricos (Lhermitte, Menninger-Lecherthal, Mikorey, Conrad, Schilder, etc.).

También existe una cierta concordancia en las opiniones respecto a la cuantía de la participación del centro y de la periferia en la génesis del susodicho esquema corporal, ya que la mayoría de los autores se inclinan, como el profesor Lhermitte, a atribuir una prevalencia funcional al centro. Pero, entre las muchas cuestiones que quedan todavía sujetas al análisis, una de un interés singular es la del *modo cómo se establecen las relaciones entre centro y periferia*. En análisis de un caso notable en el que la formación fantasmal aparecía en un ojo amputado me ha permitido entrever, en parte, cómo puede concebirse el funcionamiento del circuito centro-periferia.

El caso, en resumen, es el siguiente: Se trataba de un médico que padecía un estrabismo convergente desde su infancia (ojo derecho). Tras el fracaso de los tratamientos habituales se decide por la corrección quirúrgica—tenía entonces dieciocho años—, pero en ésta se hipercorrigió, con lo que le quedó una diplopía transitoria que trató de corregir con ejercicios estenoscópicos que practicó durante cuatro años. Ante el fracaso de los ejercicios se sometió a dos nuevas intervenciones quirúrgicas; con la última se logró un paralelismo evidente de ambos ojos y, sin embargo, no podía fusionar las imágenes, por lo que se le presentó un violentísimo dolor que

localizaba en la musculatura ocular. El dolor fue creciente hasta extremos inverosímiles, convirtiéndole en un ser inútil. Entonces un profesor de oftalmología le aconsejó reproducir el estrabismo como estaba al principio. No se logró tampoco, los dolores continuaron, se presentó una iridociclitis y hubo que extirpar el ojo.

Con la enucleación no desaparecieron sus molestias. Notaba una tensión en la zona correspondiente al ojo enucleado, con dolores de tal intensidad que le obligaban a guardar cama. Tenía la sensación de *presencia del campo visual ausente*, que se interfería con el presente, llegando en estados de fatiga a descubrir la imagen del ojo presente, que habitualmente era nítida. El campo visual ausente invadía el presente, unas veces con sombras, otras con rayas y puntos luminosos. El enfermo tenía que hacer considerables esfuerzos para apartar el ojo amputado con su campo visual fantasma del ojo sano. La anestesia de la musculatura ocular le produjo un alivio transitorio que duró unos días. La repetición de la misma fue menos duradera en sus resultados. Cada anestesia iba acompañada de una sensación especial. En el campo visual ocurrió un brusco desplazamiento de 30°. «La visión fantasma» llegó a ser tan atormentadora que le puso al borde del suicidio.

En el enfermo, pues, existía la visión de un ojo fantasma que entraba en competencia con la visión del ojo sano. Cuantos más esfuerzos hacía por eliminarla más adherida quedaba la imagen. La situación recuerda claramente una experiencia de v. Holst: los movimientos oculares tienen dos modos de re-aferentarse: 1.º, mediante el desplazamiento de la imagen retiniana, y 2.º, por los impulsos procedentes de los músculos oculares. V. Holtz sostiene que cuando desde el centro se envía a la periferia un impulso motor, en el centro queda una

especie de copia del mismo (-Efferenzkopie-, copia eferente) que es anulada o borrada cuando al centro llega el estímulo sensorial correspondiente a la orden cumplida. Todo este proceso es subliminal con respecto a la conciencia, es una pura regulación u ordenación nerviosa sin manifestación psíquica alguna. Si se inmoviliza un ojo y se ordena al sujeto mirar hacia la derecha aparece una percepción positiva en el ojo, aunque no haya ocurrido nada en la retina ni en los músculos, puesto que están inmóviles, porque la copia eferente engendrada por la orden no ha sido borrada por la sensación posterior y entonces toma de ella noticia el psiquismo. La percepción es la misma que si, inmovilizando un ojo y sin dar orden alguna al sujeto, desplazamos el campo visual. En ambos casos el sujeto dice que el campo ha dado un salto a la derecha. Korn-Müller ha confirmado esta experiencia en sí mismo en el ojo anestesiado. Lo que resulta de ello es que la orden de mover el ojo es capaz por sí de provocar la percepción. Si en un ojo inmóvil se provoca pasivamente un desplazamiento hacia la derecha, falta la orden de mando y la copia aferente, pero el desplazamiento de la imagen retiniana es capaz de dar la sensación de movimiento en el campo perceptivo.

En resumen, pues, nuestra imagen del mundo exterior y nuestra imagen del propio cuerpo es la resultante de una serie de procesos complementarios, en los cuales interviene la copia eferente de los movimientos y las sensaciones cenestésicas que proceden de los miembros movidos. Cuando ambos procesos se descomponen aparece la imagen fantasma. En el caso del ojo fantasma es evidente que las sucesivas correcciones a que había sido sometido y los esfuerzos propios del enfermo habían creado una especie de *ataxia* entre la copia eferente y la sensación. Recuérdese cómo transitoriamente desapareció cuando se anestesiaron los residuos de la musculatura ocular, como también desaparece transitoriamente el miembro fantasma cuando se anestesia el muñón.

Apenas es necesario recordar -Lhermitte lo hace continuamente en sus publicaciones- la intervención del movimiento en la formación del esquema corporal. Aparte la intervención del factor visual, que da un esquema distinto, la imagen cenestésica se elabora a partir de la resistencia del medio externo y de nuestros movimientos frente a ellos. Al andar no percibimos todas nuestras piernas como las vemos, sino la resistencia del suelo a los pies y el movimiento de las rodillas; por eso decía el enfermo de Lhermitte con su miembro fantasma: «Entre le pied et mon genou il y a un trou.» En un trabajo publicado hace algunos años ya consigné la desaparición de la sensación de presencia de los miembros -una especie de miembro fantasma negativo- en la expresión de relajación del entrenamiento autógeno de Schultz o de relajación progresiva de Jacobsen.

Pero lo interesante no es que intervengan los movimientos realizados y que se considere la imagen como resultante de la reaférence cenestésica procedente, por

ejemplo, de la articulación movida, sino los *movimientos por realizar*; las órdenes de movimiento, algo así como los movimientos virtuales (Bergson, Palagy). La unidad de percepción y movimiento encuentra aquí un punto más donde puede demostrarse.

No hay que pensar que el organismo humano está dispuesto a percibir todo lo que pasa a su alrededor. De la misma manera que la vida psicológica no puede concebirse sin la presencia de olvido, tampoco la vida orgánica puede realizarse sin la presencia de lo no percibido, lo que no entra en el campo de la conciencia. Esto sólo es posible por la existencia de esas regulaciones entre copias eferentes y reaférences que se realizan en un nivel inferior. Cuando se perturban aparece la patología.

Otra cuestión, y casi más bien en forma de pregunta, quisiera suscitar en tomo a la imagen corporal. Por regla general, no se incluye en ella más que la imagen que resulta del contacto de nuestro cuerpo con el mundo exterior, es decir, la imagen que podríamos llamar externa. Esta imagen se refiere, sobre todo, a aquellas partes de nuestro organismo que se mueven voluntariamente. La cuestión se complica porque en la noción de esquema corporal se manejan dos imágenes, una visual y una cenestésica (yo más bien diría sensación de presencia cenestésica, para diferenciarla de la imagen visual), cuya síntesis no se realiza en un acto perceptivo, sino que es un juicio, una síntesis mental, un pensamiento, una abstracción. Muchos trabajos y observaciones sobre el esquema corporal adolecen de no saber distinguir entre estos dos planos: uno, perceptivo visual y perceptivo cenestésico, y otro, operación mental. La misma palabra «esquema corporal» alude simplemente a la operación mental más que al acto perceptivo mismo. Ahora bien, ¿existe una imagen corporal de nuestro cuerpo interno, de nuestro intracuerpo? ¿Hasta qué punto es distinta de la otra?

Naturalmente que existe una imagen de nuestro cuerpo interno o intracuerpo, que es la imagen cenestésica; lo que ocurre con ella nos arrojará alguna luz sobre el esquema corporal. De nuestro cuerpo interior no tenemos noticia habitualmente; sólo en circunstancias excepcionales fisiológicas o patológicas se nos revela que nuestro corazón palpita o que nuestro estómago se contrae. Una perturbación en la función la trae al plano de la conciencia. La fijación de la atención en ella, estableciéndose un círculo vicioso, la deja adherida a la conciencia como en las formaciones hipocondríacas. Ocurre, pues, lo mismo que en la imagen del cuerpo externo. En la aparición del miembro fantasma tiene un papel evidente la amputación o la enfermedad plexual o periférica, que trastorna la regulación del par-copia eferente-reaférenciación sensorial-, que anteriormente hemos citado. Un mecanismo análogo podemos admitir en las regulaciones vegetativas. La perturbación es la que aparece en la conciencia.

Nuestra imagen corporal tiene, pues, una frontera móvil, fluctuante; por eso hablar de esquema corporal es

una expresión demasiado rígida. No tenemos, pues, una imagen del cuerpo, sino que ésta se está continuamente haciendo y deshaciendo, pasando de lo ignorado a lo olvidado, y dejándonos sólo una ligera franja del mudable presente.

BIBLIOGRAFIA

1. MIKOREY, M.: «Phantome und Doppengänger». Lehman, München, 1952.
2. KLAUS, C.: «Das Körperschema». Z. f. Neur. 147, 1933.
3. LHERMITTE, J.: «L'image de notre corps». París, 1939.
4. SCHILDER, P.: «The image and appearance of the human body». Psyche Monographs. Kegan, Trench, Trubner. London, 1935.
5. HOLSTL, E. V.: «Die Verschiedenheit zentralnervöser Funktionsmechanismen, erläutert an Tierversuchen». Nervenarzt, S. 1, 1952.
6. MENNINGER, LECHERTHAL, E.: «Das Truggebilde der eigenen Gestalt Heautoskopie. Doppelgänger». Abh. aus Neur. und Psych. Psychol. und ihre Grenzgebiete. Berlin, 1935.

Obesidad y delgadez como formas de vida

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XIV, núm. 4, noviembre 1995.

El esquema regulador del hambre es análogo al de toda acción instintiva. Existe una tensión que se determina por circunstancias externas o por situaciones internas, tensión que lleva a la consecución de un determinado objeto. Ya en el primer aspecto ofrece el hambre sus peculiaridades, porque si bien es cierto que la satisfacción del hambre es necesaria para el mantenimiento de la vida, también lo es que en el *modo* de satisfacerse intervienen las regulaciones culturales. Podríamos decir que el hambre es una regulación instintiva como una plasticidad cultural mayor que los mismos instintos sexuales.

El hombre es un ser fundamentalmente abierto a su situación. Así como el animal se halla estrechamente ligado a los estímulos del medio ambiente que le rodea, el hombre, por el contrario, conserva su autonomía en la capacidad de responder a los estímulos que le llegan. La autonomía procede de su estructura personal, hasta el punto de que le permite llegar a la negación absoluta de toda respuesta, por vitalmente urgente que sea el estímulo llegado de su medio. La negativa frente a la llamada del hambre ha sido utilizada muchas veces. El ayuno ha sido practicado en todos los tiempos y lugares y ha tomado el valor simbólico de representar la negativa ante la llamada del «ello». La resistencia a la apelación «sexual» siempre se ha considerado —y así es— menos importante dentro de la economía vital.

Pero también por el lado positivo el hambre se halla sometida a las influencias provenientes del plano cultural del hombre. Hasta tal punto, que el lenguaje ha creado dos expresiones, una la del hambre, referente a una urgencia vital casi inmediata, y otra, la de apetito, que necesita ser despertado por lo que ocurre en torno, más bien que por la pura exigencia plasmática. Los factores culturales e históricos influyen decisivamente en la regulación del apetito. Lo que gusta a los chinos repugna a los europeos, y viceversa. El apetito puede educarse, perfilarse, adormecerse, robustecerse, etc., según la actividad vital y personal que toma el individuo.

Ahora nos hallamos, como médicos, preocupados por el problema de la obesidad. La preocupación nace

del *estilo de vida* del hombre actual, determinado por la búsqueda de un cierto tipo de eficacia y, ¡cómo no!, por el canon de belleza imperante. No siempre ha sido así, y podemos afirmar, dada la volubilidad del espíritu humano, que tampoco será así, permanentemente, en el futuro. En otras épocas, ayunar era un mérito; ahora ya no lo es, porque se ayuna por motivos estéticos o por preocupación de salud, pero no por principios morales. El «ello» que tiene que domeñar el hombre moderno no es el nutritivo. Sería muy interesante perseguir históricamente el problema, porque muy probablemente en los países en que se come más racionalmente se bebe más irracionalmente. La bebida es la compensación para un cierto ascetismo nutritivo y quizá sexual.

Apenas existe campo alguno donde se señalen de un modo más patente las diferencias históricas y étnicas que en la cocina. Los animales devoran, el hombre come; pero sólo el «hombre de espíritu» —traducido incorrectamente— sabe comer. Es decir, el hombre cultivado sabe tomar distancia de sus exigencias instintivas, depurándolas, refinándolas. La cultura gastronómica es un reflejo de la cultura auténtica, es decir, del cultivo que el hombre hace de sí mismo.

Una caracterología nacional no puede prescindir del señalamiento y análisis de los gustos en el comer. Se podría hacer un espectro gastronómico, por ejemplo, de las diversas regiones de nuestro país, que nos enseñaría mucho sobre el modo de ser de las gentes hispanas. Las diferencias que existen entre la cocina vasca y la andaluza son las mismas que existen entre el vasco y el andaluz.

Precisamente la progresiva desaparición de la cultura gastronómica en el mundo occidental es un signo de los tiempos. El hombre ya no pone ahí su goce, por lo menos en una cierta etapa de la vida. También es cierto que a medida que disminuyen las posibilidades del goce sexual aumenta, con frecuencia la inclinación al goce gastronómico, a no ser que éste se halle detenido por un temor, el de la enfermedad y la muerte. La preocupación actual por la obesidad no sólo es estética, no sólo se halla impuesta por el tipo actual de vida («Leistungsmensch»), sino que también ha sido creada por los médi-

cos cuando dicen, basados en las estadísticas, que la obesidad acorta la vida y favorece la aparición de ciertas enfermedades.

Es cierto que el tipo de alimentación está predeterminado por lo que ofrece la naturaleza; pero la determinación última es siempre del espíritu. Freud insistió sobre el poder nivelador de los instintos. Los instintos son constantes del *homo natura*, y éste es, por esencia, un hombre que tiende a la nivelación. Las cumbres humanas no las dan las tallas, sino los frutos del espíritu. En la misma línea que Freud, pero con ironía más aguda, decía Nietzsche que el ascenso a una montaña iguala al bribón y al santo. La fatiga física es aquí la niveladora. Sin embargo, apenas necesitamos unas gotas de tinta para destruir tal afirmación, pues aun en la misma sima del hambre y en el acmé de la fatiga aparecen las diferencias individuales. Las necesidades instintivas pueden reducir al hombre a «homo natura» con tal de que él se deje reducir. Es decir, el instinto imperará absolutamente cuando el polo personal se anule y le deje la vía libre.

Es natural que un estilo de vida como el del hombre occidental planee su alimentación a base de conservas y vitaminas. Casimiro Funk no se dio cuenta del acierto que tuvo al proponer esta designación para estos catalizadores alimenticios. El nombre ha ejercido sobre el hombre de la calle un efecto mágico: las vitaminas son algo así como creadoras de vitalidad, de esa vitalidad sin el lastre de la grasa que necesita el paso enérgico y flexible del hombre de acción.

En la obesidad del hombre que ha llegado al éxito social influyen numerosas circunstancias. No es sólo la vida cómoda lo que le mantiene obeso, sino que el comer representa la única forma de goce que le está permitido. Con frecuencia, al disminuir, por ser menos necesario, el ritmo de actividad que había llevado en tiempos anteriores, aparece una sensación de vacío de la existencia que se trata de rellenar con la satisfacción del único instinto que tiene a su disposición.

El ayuno religioso ha tenido siempre un valor formador de la personalidad, ya que su objetivo principal era dominar un instinto por otra parte tan fácil de saciar (1). Freud dice que algo existe en la naturaleza del instinto sexual que no favorece la realización de la satisfacción sexual. La observación no puede ser más aguda. El instinto sexual se revela por ese algo antinómico que se halla dentro de él como el instinto más personal de todos. En el instinto de nutrición ese algo inhibitorio es menos visible, aunque no desaparece, ya que se halla representado por el carácter pasajero de la satisfacción.

Si el instinto sexual es un instinto muy personal, también lo es el de nutrición. La prueba se halla en la existencia de todos los ritos que acompaña a la comida. En

(1) El ayuno espiritualiza, tiende a aquella mágica idealización de la corporalidad de la que se han hecho portestandartes los románticos. Todo estilo de vida supone también un estilo de enfermar. Los tiempos del «Sturm und Drang» son los tiempos de la clorosis.

castellano se llama también a la comida en común, *ágame*, palabra que expresa el amor espiritual. Es decir, algo tan a ras de la biología, como el nutrirse, se convierte por la presencia de tal instinto en el hombre en un acto social y espiritual.

Binswanger ha llamado la atención sobre la «historicidad» del instinto sexual y la carencia de ella por parte del instinto de nutrición. Tal historicidad se refiere al poder conformador de la vida individual; es decir, de la llamada «historia vital interna». El hambre y la sed han desempeñado un papel en la historia del mundo, especialmente el hambre, ya que la sed, por su más imperiosa exigencia, tiene, por así decirlo, una potencia letal mayor y, por consiguiente, resulta menos capaz de desarrollar una acción histórica. Desde el punto de vista antropológico resulta interesante señalar la gradación existente entre el aire, el agua y los alimentos como exigencias vitales, y sus repercusiones psicósomáticas, tales como la apatía del aire del asmático, la de líquidos del sediento de agua o de alcohol, y la de sólidos del obeso. Son tres modos distintos de enfermar, apoyados en tres exigencias vitales distintas; pero su divergencia no debe hacernos olvidar el paralelismo que se puede establecer entre los tres. En el fondo, en ambos se halla roto el equilibrio entre el hombre y un estrato de su mundo físico; hasta qué punto se refleja en este desequilibrio las frustraciones del mundo personal es un problema distinto; pero el asmático que tiene hambre de aire retiene y cierra la salida de una parte del que aspira, como el alcohólico necesita para vivir guardar también en el seno de sus plasmas un cierto grado de alcohol, como el obeso retiene y almacena, sin ponerla en circulación, una parte de los sólidos ingeridos. Con frecuencia se pone en relación ese ansia frente a elementos del mundo físico con ciertas avideces en el mundo personal; por ejemplo, la necesidad de amor. *No estoy muy convencido de que tales fórmulas analógicas estén enlazadas de un modo causal*; por ejemplo, que la avidez de amor materno o su frustración sean la causa de la avidez insatisfecha de aire, de líquido o de sólidos. Quizá ambas avideces tengan raíces más profundas y sean como «arquetipos» no en el sentido jungiano, sino más bien como arquetipos, o quizá mejor, «mónadas» existenciales.

A pesar de la opinión de un pensador tan profundo y conocedor de estos temas como L. Binswanger, por mi parte me resisto a aceptar esa falta de potencialidad histórico-vital del hambre y la sed.

La historia vital interna se monta sobre las vivencias del tiempo y del espacio, del cambio y de la continuidad, de la repetición y de la fidelidad, de la pasividad y de la decisión, etc. En el fondo se trata de las formas que toma la dialéctica histórica de la personalidad. Esta no es más que la persona en su despliegue histórico, y la persona, como ente espiritual, se caracteriza por la autonomía que posee frente al mundo y frente a sí misma. Este proceso autonómico se verifica frente al mundo de los propios instintos. La acusada historicidad del instinto sexual proviene, sobre todo, de sus acusados arbotantes persona-

les. La sexualidad humana no es, jamás, un puro problema biológico. El instinto sexual rompe el aislamiento del ser, su tendencia radical al autismo. Enfrentarse con el mundo es siempre una operación dolorosa, que se inicia con el primer vagido del recién nacido. Existe en el ser humano —también, naturalmente, en los demás seres— un impulso que le vierte al mundo. El sentido bergsonianno de la evolución creadora es éste. El empuje positivo de la vida se manifiesta en planos y formas diversas, y una de las más patentes es, precisamente, el instinto sexual. ¿Cómo vemos cambiar a nuestros ojos una línea vital evolutiva en cuanto aquel ser, tímido, retraído y autista, a veces cargado de fobias y prisionero de la angustia, logra romper el cerco que le aísla y logra un contacto íntimo y personal con otro ser?

Pero también el hambre y la sed entran a plasmar la historia vital interna. Nos lo muestran, de una manera muy patente, sus perturbaciones. No es oportuno referirnos en este momento a las de la sed, que tanta significación tienen como las diversas potos y toxicomanías, como ha puesto de manifiesto Mitscherlich.

Binswanger insiste, siguiendo en esto la más pura línea freudiana, en el inmenso poder somatomórfico del instinto sexual comparado con el instinto de nutrición. Los conflictos sexuales con facilidad engendrarán reacciones de conversión, es decir, se proyectarán en trastornos somáticos. Por mi parte no me hallo persuadido de estas diferencias, y ello por dos razones fundamentales. La primera es que el instinto sexual tiene menos poder somatomórfico del que le atribuyen Binswanger y el psicoanálisis, a no ser que se fundan, una vez más, en una fórmula única de sexualidad e instintividad. Por otra parte, el instinto de nutrición tiene un cierto poder somatomórfico si se le sitúa en su debido plano. Y el ejemplo más típico es precisamente la existencia de obesidad y delgadez que, siguiendo la expresión habitual, diríamos que son de origen mental.

Refiriéndonos sólo al hambre, basta con que recuerde que «en la anorexia nerviosa se hallan radicalmente transformadas las categorías vitales». En el enfermo de anorexia nerviosa se halla paralizada, de un modo muy peculiar, la íntima pulsión de crecer y avanzar en la vida; una tendencia oscura y honda parece quererles fijar en la edad infantil. Muchas veces es una vivencia clave la que determina el proceso, como un brusco frenazo a la rueda de la vida. «Te estás poniendo muy gordo», le dijo su hermano a uno de mis enfermos. Desde aquel momento se inició una anorexia nerviosa que llegó a un grado extremo. Tal detención implica una alteración en la vivencia de la temporalidad, de la decisión, de la novedad.

En los melancólicos nos encontramos con una experiencia parecida. La tristeza del melancólico pertenece al plano de lo experiencial, de lo vivido, pero asienta sobre una modificación de la existencia misma como temporalidad. A veces, también siente el melancólico su temporalidad detenida. El pasado se hincha e hipertrofia, aparte de que su atmósfera se carga con los nubarrones del sentimiento de culpabilidad; el presente se dilata en una

parálisis extática e interminable, como si no fuera a pasar, y el futuro no existe o se cierra a los pocos dedos delante del presente, sin ofrecer posibilidad alguna. Pero no existe en el melancólico solamente esta forma de temporalidad vivenciada, sino una más profunda, como existencia detenida y revelada no en la vivencia del tiempo, sino en la tristeza misma.

Pues bien, en el anoréxico existe también una temporalidad detenida, pero en otra forma. En el melancólico, el futuro no existe como posibilidad; en el anoréxico, las posibilidades futuras no son deseadas; en el melancólico, el pasado aparece preñado de culpabilidad. Es la inercia de un presente extático lo que domina. Cabría ahora preguntarse si tales diferencias corresponden a la enfermedad misma o si son modos morbosos en los que se refleja el momento o fase vital en que aparecen. Es decir, *si la anorexia es una especie de melancolía de la postpubertad. La afirmación no resulta inverosímil. Precisamente por ser de la postpubertad estarían más afectados los dinamismos morfogenéticos de la persona.* En la edad juvenil cuaja la personalidad y cuaja también la forma corporal. Esta, ya definitivamente constituida, quedará más impermeable a una modificación futura en la línea existencial.

Por el contrario, cabe preguntarse qué relación tiene la obesidad con estas modificaciones existenciales. Anotemos, en primer término, el hecho del aumento de peso que aparece al final de la depresión endógena cuando ésta se halla próxima a su fin. Los psiquiatras de hace veinte años apelaban a este criterio cuando querían barruntar la proximidad del fin de una fase melancólica. Las terapéuticas biológicas actuales no dejan ver con tanta nitidez este fenómeno.

Por mi parte, me inclino a aceptar que la relación que existe en estos casos entre alteración de la vitalidad y alteración del peso, es más una correlación que una relación de dependencia. Las alteraciones de la vitalidad tienen, probablemente, un sustrato somático, según he tratado de demostrar en mi libro sobre la «Angustia vital». El diencéfalo y las estructuras afines (sustancia reticulada, etcétera) constituyen los grandes reguladores de los instintos. Aumentos o decrementos de peso pueden observarse por una típica disregulación del apetito, como ocurre en algunos traumatismos craneanos. He visto un herido cerebral en el cual no aparecía la sensación de saciedad. Era capaz de comer de nuevo una vez había terminado. Se trataba de un soldado herido en nuestra guerra. Cada vez que salía del hospital se iba derecho a una tasca donde pedía comida. Cuando llegó con permiso a su casa, lo primero que hizo fue sentarse en el corral y comenzar a degollar gallinas para que le preparasen la comida. He visto otro caso análogo en una psicosis de Kahberlah (Psicosis postconmocional). Podía decirse en ese caso que su pérdida de la capacidad de notación llegaba a los propios estímulos nutritivos. Volvía a comer siempre que podía, y siempre contestaba que no había comido cuando se le preguntaba, a pesar de que estu-

viere, por ejemplo, en el postre y se mantuviesen delante de él los platos que ávidamente había vaciado.

La influencia diencefálica sobre el peso puede tomar un curso fásico, como los trastornos de la vitalidad. Feuchlinger ha descrito lo que llama «reacciones contrarias y paradójicas como consecuencia de disregulaciones diencefalo-hipofisarias». Aparte de su acción sobre el apetito, el diencefalo es un *centro morfogenético*. Marañón y Kourekas han llamado la atención sobre ello. Existe en el mismo una especie de «organizador» de la figura humana.

Cometería un error el que quisiera desatender estos puntos de vista atribuyéndolos a una nueva *mitología diencefálica*, como antes hubo una *mitología cerebral*. En primer lugar debo advertir que, cuando aquí se dice diencefalo, en realidad debe considerarse simplemente el señalamiento de sus estructuras centrales *reguladoras* de la instintividad y de la vitalidad. No se trata de funciones allí localizadas, sino de funciones que pueden desviarse desde allí. Los más recientes estudios sobre el *sistema activador* permiten confiar y ampliar el papel regulador de esas estructuras. La variabilidad funcional es inmensa. No se trata de una *monotonía funcional* ligada a un cuadrículado anatómico. Como ya dijo Foerster en el Congreso de Medicina Interna de Wiesbaden, en 1937: «El mismo proceso localizador convierte a uno en grueso y a otro en delgado; a uno en enano y a otro en gigante; a uno en potómano y a otro en abstínente; a uno en hipertenso y a otro en hipotenso; a uno en impotente y a otro en ríjoso; a uno en soñoliento y a otro en un maníaco hiperactivo».

Probablemente, por el sistema activador se regulan *formas primarias de reacción a la circunstancia* que rodea al individuo. El contenido de esa forma de reacción depende de la situación en que se halle en el momento de producirse la disregulación. Bien entendido que por situación no hay que entender la momentánea, sino la situación histórica, o sea la base histórico-individual sobre la que emerge la disregulación. Es evidente que la disregulación puede producirse por motivos psíquicos. La situación es siempre situación humana, y en esa expresión quedan comprendidas ambas series, la de causalidad física y la de motivación psíquica.

Un ejemplo evidente de la influencia de la situación psíquica sobre la morfología corporal lo muestra el llamado problema de las «aceleraciones del crecimiento», que se presenta en Occidente (Europa septentrional y central, Estados Unidos y Canadá). Las medidas de los reclutas han aportado una confirmación estadística. En 1865 había en Holanda un 24 por 100 de la población masculina que rebasaban los 170 centímetros. En 1926 la proporción subió al 27 por 100 y en 1936, al 67 por 100. Se cuenta que el aumento de talla en los últimos veinticinco años es de 10 centímetros. En Alemania se calcula que este incremento es de uno o dos centímetros por año. El aumento de talla se atribuyó al régimen alimenticio. Los niños de las ciudades crecen más de prisa que los del campo; pero un estudio de las dietas ha demos-

trado la no existencia de diferencias dietéticas, teniendo que atribuirse el estiramiento de la figura al ambiente psicológico en el cual se desenvuelve.

Estos «acelerados» maduran más rápidamente, tienen mayor capacidad de asimilación de los estímulos ambientales; pero también son más disarmónicos, más desintegrados en el sentido de Jaensch, más propincuos a conflictos. El alargamiento de la figura humana supone una cierta propensión al desequilibrio neurótico. Coincide esta observación con la valoración clásica y popular de la curva de la felicidad: el cebamiento o redondeamiento de la figura como anulador de los conflictos y sufrimientos de la vida.

La aguda problemática del púber se va compensando durante la edad juvenil, a medida que el joven va logrando realizar su propia vida. La madurez supone el hallazgo de un equilibrio entre la problemática interna y la circunstancia exterior. Hombre y mundo logran, si bien transitoriamente, una situación de equilibrio. La vejez supone, en cierto sentido, un desequilibrio de signo opuesto, ya que la significación de la vida que le caracteriza supone una penetración de las estructuras sólidas del perimundo con las estructuras elásticas de la vida. Pues bien, ese punto de madurez va acompañado de un cierto almohadillamiento del cuerpo, como si la figura humana expresara simbólicamente los medios de lograr el equilibrio; situación baja y segura del centro de gravedad, filtración de los estímulos extraños, seleccionándolos y valorándolos, y creación de reservas que le permiten vivir a una cierta distancia de las necesidades instintivas. La curva de la felicidad supone también un cierto reposo de la vida sexual: este instinto se vuelve menos ansioso, menos animalmente exigente y más diferenciado personalmente. En la picnia de la edad madura se ofrece al poder disyuntor del espíritu un amarre sólido. En la leptosomía acelerada y prevalente de la hora se esconde, indudablemente, una grandeza, pero también un peligro.

Desde el punto de vista de la patología, en el problema de la obesidad y de la delgadez se olvida con demasiada frecuencia la cuestión de la *saciedad*. Existen delgadeces, incluso anorexias nerviosas, determinadas no tanto por la falta de apetito como por la rápida inserción de la sensación de saciedad, tope que, si se trata de salvar a la fuerza, lleva indefectiblemente a las náuseas y al vómito. Si el hambre estuviese regulada exclusivamente por las necesidades plasmáticas, sería lógico suponer que cuando éstas quedaran cubiertas apareciese la sensación de saciedad. Y sin embargo, no es así. La sensación de saciedad se produce al final de la comida, a pesar de que las células del organismo reciben su parte alícuota de lo que ha ingerido en el curso de las horas siguientes. La regulación tisular determinará la próxima sensación de hambre, de suerte que más bien es la saciedad la que determinará el hambre futura que viceversa.

Algunos trabajos (Hartz, Cook, Schlesinger, Neisser, Braning) atribuyen la sensación de saciedad al tono de la musculatura gástrica, haciéndola depender del mismo. La presión intragástrica puede depender del grado de re-

lleno del estómago, y también de la presión exterior. Experimentalmente se ha demostrado que una presión intragástrica puede producir en estómago vacío sensación de plenitud, y otras veces, sensación de hambre. Las circunstancias que producen sensación de plenitud son muy variables. Un alimento, por ejemplo, un vaso de leche, tomado a sorbos, produce mayor sensación de plenitud que si se toma la misma cantidad de un trago, quizá porque a sorbos se traga más aire. Pero también es cierto que la ingestión rápida de alimentos produce mayor sensación de plenitud que la ingestión lenta de la misma cantidad. Según Katner, la mayor o menor saciedad que pueden producir los alimentos depende de su capacidad de provocar la formación de ácido clorhídrico y otros fermentos digestivos. Por lógico que parezca este pensamiento, lo cierto es que en la aquilia puede haber una sensación normal de saciedad, y que ciertos caldos que estimulan mucho la formación de ácido clorhídrico más bien estimulan simultáneamente el apetito. También hay que señalar la disparidad existente entre la sensación de saciedad y las calorías que en un momento determinado necesita un organismo. Las experiencias con insulina demuestran que el hambre aparece en momentos distintos de las curas hipoglucémicas; también es curioso que basta un terrón de azúcar para anular inmediatamente tal sensación cuando energéticamente apenas se ha podido compensar la hipoglucemia producida.

Es decir, que la sensación de saciedad todavía no ha logrado una explicación racional que apele exclusivamente a regulaciones fisiológicas. Por si fuera poco, bastaría con que recordásemos la frecuencia con que el *gusto* interviene en la fijación más o menos próxima del límite en que aparece la saciedad. El otro límite que regula también la ingestión de alimentos es la náusea. Gusto y náusea no son sensaciones, sino experiencias más complejas. La misma sensación de saciedad no puede, en modo alguno, reducirse a una sensación local en relación con la plenitud que produce la ingestión. El lenguaje normal le atribuye una significación más amplia. Se harta uno no sólo de comer, sino de ciertas gentes; es decir, son límites en la experiencia de determinadas situaciones. Lo mismo ocurre con el gusto y la náusea.

El apetito se balla enlazado al estado de ánimo. Todo el mundo sabe que la tristeza inhibe el apetito, por regla general. Digo por regla general, porque estos enlaces no son racionales, sino como todos los enlaces de las situaciones anímicas, llenos de paradojas. Con frecuencia se cita la costumbre popular de preparar una gran comida cuando existe una defunción, como si el hecho de la muerte provocara esa reacción instintiva paradójica. Es más posible que tal hecho tenga una explicación social. En los caseríos vascos se prepara una tortilla colosal, que lleva el nombre de «tortilla del entierro» o algo parecido. La explicación es la siguiente: cuando ocurre una desgracia se juntan deudos y amigos procedentes de caseríos lejanos para la ceremonia del entierro. Como el caserío está aislado no les queda otro recurso para satisfacer su hambre que apelar a la bondad y generosidad de

la cocina del difunto. Sin embargo, en algún caso puede haber tal paradójica ensambladura de instintos. Recuerdo un enfermo que me trajeron por ciertas alteraciones de la conducta. Era una personalidad psicopática. Había estado voluntario en muchas acciones de guerra, y refiriéndose a ellas contaba que cuando había algún fusilamiento en su zona, siempre se ofrecía como voluntario. Después de la ejecución invariablemente le entraba una brutal sensación de hambre.

La obesidad y la anorexia muchas veces están montadas sobre una angustia vital descompensada. *La avidez para comer que muestran muchos obesos es una expresión ansiosa.* La ansiedad les lleva a una forma primaria de contacto con el mundo, como es el hambre. El hambre saciada les produce seguridad vital. Formas más atenuadas de este mismo ciclo dinámico las encontramos en los enfermos en los que la astenia vital es señalada como flojedad, que tratan de combatir con la ingestión exagerada de alimentos.

En cambio, *en el anoréxico el alimento se convierte en un objeto fóbico.* Su contacto con él equivale al contacto con un tóxico. La acción de ingerir alimentos es como tragar la angustia que acompaña al objeto fóbico, y por eso produce náuseas, en las que trata de devolver lo que se ha ingerido. En muchos anoréxicos es tan claro su trasfondo angustioso que la hermenéutica de la situación nos lleva de la mano a ver lo que la *peligrosidad del alimento es sentida como miedo a enloquecer*; y, como en otros trabajos he demostrado, el miedo a enloquecer es una forma primaria de la experiencia angustiosa.

Otras veces, la experiencia fundamental del anoréxico es el *asco*, que tantos elementos comunes tiene con la estructura de la angustia. El alimento produce asco, precisamente, por lo que tiene de trasunto de los procesos de desintegración. Los alimentos que producen asco no son sólidos, ni líquidos, sino gelatinosos, de la misma suerte que ese estado es el que ofrecen los cuerpos en descomposición (2).

BIBLIOGRAFIA

1. BINS WANGER, L.: «Freud Auffassung der Menschen im Lichte der Anthropologie» en *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*. Bd. I. Francke 1947. Berna.
2. KOUREKAS: *Rev. Neur.*, 79, 4, 1947.
3. FREUD: G. *Schriften*. Imago. London.
4. MARAÑÓN: «El problema del crecimiento». Espasa-Calpe. Madrid.
5. MITSCHERLICH: «Von Ursprung der Sucht». Klett. Stuttgart.
6. FEUHLINGER: «Nervenartz». 1934.
7. HARTZ, COOK, SCHEESINGER, NEISCHER y BRANING. cit. por LAUTAR, S. Thieme, 1937, Leipzig.

(2) Véanse mis «Lecciones de Psicología Médica».

Psiquiatría y cirugía plástica

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. VII, 2ª etapa, núm. 2, 1979.

La noción de *esquema corporal* apareció en neurología a partir de las observaciones sobre el miembro fantasma, la anosognosia y otras análogas, demostrando la presencia de una imagen interna de nuestro propio cuerpo, imagen vivida y no exactamente igual a la vista desde el exterior. Por esta razón, en lugar de «esquema corporal» prefiero hablar desde hace largo tiempo –en mis trabajos dedicados a este problema– de *corporalidad*. En definitiva, se trata de distinguir el cuerpo como objeto, tal como lo puede estudiar el anatómico, del *cuerpo animado*, tal como existe en la realidad. Ortega y Gasset llamada «intracuerpo» al cuerpo vivido desde el interior, en contraposición con el extracuerpo mirado desde fuera, aunque sea nuestro propio cuerpo mirado en el espejo, si bien la expresión de intracuerpo no concuerda exactamente con la de corporalidad en el sentido en que la suelo usar.

Oppenheim llamó la atención sobre el hecho de que de los estímulos simétricos en el cuerpo y producidos simultáneamente, uno de los dos desaparece en el campo de la percepción, en tanto el otro está presente. Se ha descrito, por otra parte, el fenómeno de la «extinción» en los casos de hemianopsia, que algunos autores llaman de «inatención» [Critchley (1)], puesto que la sensación más fuerte distrae al yo de la facultad de experimentar la segunda. Cito breve y rápidamente estos ejemplos para demostrar la significación de la corporalidad frente a la del cuerpo. La corporalidad supone la mezcla de las percepciones transmitidas por las vías nerviosas correspondientes con aquellas otras que pertenecen al campo de la psicología y que suponen una integración, por llamarla de alguna manera, aunque la expresión resulte inadecuada. Está regida por el principio de la *intencionalidad*, descrita por Brentano como característica de los fenómenos psíquicos (2). Así resulta que las percep-

ciones no se sitúan como ocurridas en un plano uniforme, sino que, por el contrario, existen zonas perceptivas privilegiadas. Lo mismo pasa con el terreno motor. La corporalidad humana tiene, pues, un carácter intencional, en el sentido estricto en el que emplean esta palabra los psicólogos desde hace ya más de medio siglo.

Por otra parte, la imagen corporal, o mejor dicho, la corporalidad, asienta sobre una sensación o, mejor dicho, una *vivencia de presencia*. No se trata de la percepción de algún hueco o vacío, como pretendía Schilder, en los casos normales y patológicos, es decir, de una amputación o sustracción de una parte del mal llamado «esquema corporal», sino de una experiencia o vivencia de presencia de nuestro cuerpo integrada en la misma experiencia de la identidad personal. Las experiencias realizadas recientemente por algunos autores y por nosotros mismos en los casos de miembros fantasmas nos permiten afirmar que el *miembro fantasma es como un proyecto encarnado de movimiento*. Además, y esto es lo importante, toda percepción es un encuentro creador. El mal llamado esquema corporal no es, pues, sino un encuentro entre la persona vivida como corporalidad y lo que constituye su modo externo.

En resumen: existen tres modalidades de experiencia psicológica que conviene destacar para poder interpretar correctamente los problemas ligados a la cirugía estética y correctora:

1.ª El esquema corporal, o mejor, la corporalidad, que constituye una experiencia consustancial al hecho de existir. La existencia humana está siempre ligada a la presencia de nuestro cuerpo, que es vivida como corporalidad o cuerpo animado. Sin la corporalidad el hecho de existir sería equivalente a un paseo de dibujos espectrales.

2.ª La experiencia perceptiva es siempre una tensión entre *dos polos* y por eso tiene el carácter intencional. La patología se caracteriza porque en ese equilibrio entre los dos polos hay algo que en la anormalidad toma un carácter impositivo, como cuando se sufre un dolor violento que aleja a un plano secundario cualquier otra sensación de la corporalidad. Por eso hablo de *zonas privi-*

(1) En realidad, no se trata de una *inatención*, sino como resultante de procesos intrapsíquicos más complejos que los que definen la atención o la inatención.

(2) Sobre este punto ya llamó la atención Leibnitz en su correspondencia con Arnauld.

logiadas. El sujeto que acude a un cirujano estético para que el embellezcan su nariz o le repasen sus mamas colgantes, se convierte, por ese mismo deseo impositivo y reiterativo, en un enfermo cuya estructura psicológica no se halla lejos de los objetivos y anancásticos.

3.^a Esta *dinámica intencional* rebasa los límites propios de la corporalidad. Si la mano se apoya sobre un libro no se percibe lo mismo la mano que, cuando al revés, mantienen el libro en el aire. Cuando se mira un cuadro, ¿dónde se halla nuestra mirada: en el cuadro mismo o en el espacio exterior? Esta relación entre la posición excéntrica y concéntrica que caracteriza al ser humano como cuerpo animado no se puede ignorar como se hace siempre que se habla de una forma muerta, como al utilizar la expresión de «esquema corporal». El cuerpo, además, por una parte nos pertenece, está regido por el «yo», o sea, por el núcleo fundamental de la personalidad, pero por otra parte nos soporta, nos sostiene imprescindiblemente como ser vivo. De ahí la importancia que toma en tantos casos y de la supervaloración que sufre en los que necesitan de la cirugía estética y reparadora.

Esta movilidad de las relaciones entre el «yo» como centro personal y el cuerpo como corporalidad nos explica muchos fenómenos de la patología y sobre todo de la nuestra identificación con el propio cuerpo, pero no tal como es, sino tal como se imagina o se desea que pudiera ser. La vida humana es muy compleja: reparar una lesión que disminuye la capacidad del sujeto es algo tan importante como extirpar una úlcera de duodeno. Corregir una disformosis lo es también, demostrando que el área estética es algo implícito a la vida sana. Los psiquiatras lo vemos con mucha claridad en los casos de dismorfosias de carácter obsesivo que provocan sufrimientos mayores que los reales (3).

Sólo brevemente y a título de ejemplo quisiera citarles un caso que esclarece muy bien todo este problema de la imagen corporal, la corporalidad y la persona humana.

Se trataba de un médico de treinta años de edad, internista, valioso como tal, que arrastraba desde su nacimiento un estrabismo. El estrabismo le convertía, fuera de su profesión, en un tímido en sus relaciones sobre todo con el sexo femenino. Siempre pensaba que no iba a encontrar la acogida ansiada. Un día acudió a un oftalmólogo para que le hiciese la rectificación del ojo estrábico, y, efectivamente, tras la intervención los ojos quedaron en la posición debida. La intervención estuvo muy correctamente hecha y con gran habilidad. A la mirada de los demás el estrabismo había desaparecido.

Desde que tal hecho se logró empezó para él la tragedia. Con el ojo no estrábico veía correctamente antes de la intervención, pero después de ella todo el campo visual aparecía para el enfermo cubierto con una neblina

insuportable que le producía una angustia creciente. Esta angustia llegó a grado tal que decidió intervenir para dejar el ojo izquierdo en la posición estrábica que tenía anteriormente; pero, hecho singular y curioso, así como antes de la primera intervención veía bien, después de la segunda la imagen neblinosa persistía cubriéndole todo el campo visual. Su angustia aumentó de tal modo que comenzó a acariciar la idea del suicidio. Ante esta situación, el oculista, buen cirujano y muy competente, por cierto, de acuerdo con el enfermo decide, a petición de este último, la enucleación del ojo estrábico, sustituyéndolo por un ojo artificial. Sin embargo, a pesar de la enucleación del ojo estrábico, la neblina —por llamarla de alguna manera, puesto que la sensación era muy difícil de describir— persistió. Por decirlo brevemente, podría compararse con la diferencia entre un dolor corriente y una causalgia. Su angustia aumentó, la idea de suicidio se le fijó e hizo un primer intento. Esta fue la razón por la cual acudió a mi consulta. Se hallaba en plena depresión, acompañada de una angustia insuportable. Es decir, se había desarrollado en él un *campo visual fantasma*, único caso, por lo que yo conozco, de la literatura de los miembros fantasmas.

No fue fácil para el psiquiatra mismo el tratamiento de este caso, que acabó por tener que ser intervenido con una operación estereotáxica cerebral como las que se realizan en los dolores cancerosos intratables.

En la cirugía plástica y reconstructora, que tantos éxitos está obteniendo en la actualidad, hay dos tipos fundamentales, como ustedes saben. No es el de la cirugía estética destinada a corregir la apariencia de la persona porque ésta ha nacido con características especiales, por ejemplo en el caso de algunas características raciales, y en otras por el sufrimiento que crea la distancia entre lo que ve el enfermo como realidad y lo que aparece como deseo (4) (dismorfopsias).

Por otra parte, existe la cirugía cosmética, en la que se incluye la curación de las deformidades causadas por traumas o enfermedades.

En el primer caso resulta más patente y evidente lo que también, en plano secundario, puede ocurrir en el segundo; por eso la cirugía estética en sentido estricto no es tan impositiva como la segunda, aunque en muchos casos ambas tengan raíces psicológicas comunes, a pesar del factor que se agrega en las segundas de la recuperación funcional.

La cirugía estética se halla determinada por la insatisfacción de la propia imagen corporal. Si se repasa la historia de la Humanidad puede comprobarse cómo ha cambiado el tipo de belleza a lo largo de los siglos. Sólo

(3) Utilizo la palabra «enfermo» en tanto en toda enfermedad hay un *sufrimiento anormal*, aunque esté creado por la forma de vida social que crea la moda. Naturalmente, hay casos de «capricho, podría decirse», a veces por escasez en dotes intelectuales, algo que podríamos calificar con la expresión utilizada en otro sentido en la psiquiatría de hace años, de tontos o tontas de salón, o aquellos otros que E. Bleuler diagnosticaba de «Verblöding-blödsim».

(2) Véase el trabajo de J. López-Ibor Aliño en el próximo libro (en prensa) sobre éstos y análogos problemas (*La corporalidad humana*, por J. López-Ibor y J. López-Ibor Aliño).

los progresos de la cirugía estética actual permiten la aproximación a la figura que se considera prevalente en esta época y como perteneciente al canon de la belleza humana. Tal canon supone la modificación de aquellos puntos que no se ajusten al mismo como en otros tiempos la práctica de ciertas virtudes suponían un canon moral para el sujeto, ya fuesen virtudes de carácter religioso o de carácter profano, tal como ocurrían durante la civilización grecorromana. Y es que la vida humana no es un proceso elemental como el de alimentarse y mantenerse vivo, sino que necesita algo tan importante como los anhelos supravitales de una vida elemental, tales como son los estéticos.

Esta variabilidad y mutabilidad histórica demuestra los elementos psicológicos que existen en la vivencia o experiencia de la propia corporalidad y los sacrificios que se hacen por ella, algunas veces disfrazados como reglas higiénicas. Nunca en la historia de la Medicina se han podido ver tantos casos de la llamada *anorexia mental* en las adolescentes como se ven ahora, y sobre todo casos que hayan alcanzado intensidad tan extraordinariamente como los actuales.

Precisamente por tratarse de una imagen psicológica del propio -yo-, con la bipolaridad -yo-mundo antes mencionada, la imagen no se halla referida sólo a sí mismo, sino en relación con los demás, es decir, con el mundo humano. Por eso ofrece una problemática especial que los cirujanos estéticos conocen muy bien y una deontología médica llena de matices, aparte de sus dificultades técnicas como orfebres del cuerpo humano.

La formulación más clara del problema podríamos hacerla de la siguiente manera: de la misma forma que cada uno, a lo largo de su vida, opera y se desenvuelve, según un proyecto de vida unas veces más consciente y otras más inconsciente, en ese mismo proyecto de vida el anhelo de una figura corporal vale tanto como hablar de un anhelo de un ideal estético. Aunque en menor cuantía, también existe un subfondo en muchos casos de cirugía reparadora. Este carácter es el que se ha de poner de manifiesto ante el enfermo que viene al plantear un problema de esta naturaleza. Muchas veces los cirujanos estéticos quieren salvar esta situación remitiendo el problema al psiquiatra, pero, a mi modo de ver, *son ellos los que deben plantear el problema tal como es y teniendo en cuenta las variables de que consta*. Es evidente que un problema de esta clase, en una personalidad con tendencias depresivas o en una personalidad con otras anomalías de su psiquismo, puede y debe acudir al psiquiatra. En estos casos claramente patológicos desde el punto de vista psíquico yo me inclinaría por acudir previamente al psiquiatra, de la misma manera que acude un enfermo por su incapacidad de concentración en los estudios o de su falta de rendimiento en el trabajo, etc., es decir, por una sintomatología depresiva mitigada. En muchos casos lo que ha determinado al enfermo a acudir al cirujano es una forma de *depresión enmascarada o larvada o de equivalente depresivo*, a cuyo estudio y conocimiento he dedicado varios trabajos en los últimos años. El sentimiento de frustración y encontrar una explicación proyectada en su figura corporal.

La verdadera psicología profunda

JUAN J. LOPEZ IBOR

Revista de Espiritualidad. Año XVI, 1957.

Hace poco el famoso filósofo judío Martín Buber, hablaba de problemas religiosos ante un auditorio compuesto por cerca de un millar de psiquiatras neoyorkinos. En los Estados Unidos acaba de fundarse una Academia, compuesta por psiquiatras, educadores y teólogos de diversas confesiones, destinada al estudio de las relaciones entre la psiquiatría y la vida religiosa. Hace ya muchos años que se vienen celebrando en Europa Congresos de Psicología y Psicoterapia católicas. El próximo está para celebrarse en Madrid, en septiembre de 1957. En él tendrá lugar la constitución definitiva de la Asociación Católica para el estudio de las relaciones entre la Psicología normal y patológica. A estos Congresos asisten por igual religiosos y psiquiatras. De la labor inmensa, profunda, que han realizado los «Études Carmélitaines», bajo la impulsión del P. Bruno de Jesús María OCD, apenas es necesario hablar a los lectores de *Revista de Espiritualidad*.

Este pequeño recuento de actividades sólo lo cito por su valor como testimonio; nunca ha habido mayor preocupación por esclarecer la zona de intersección entre la psicología religiosa y lo que se viene llamando «psicología profunda».

El psicoanálisis ha sido el iniciador de la llamada, con mayor o menor acierto, psicología profunda. Tanto, que la expresión suena bien en alemán («Tiefenpsychologie») y menos bien en francés («Psychologie des profondeurs») y en inglés («Depth-psychology»). En castellano, la expresión no es desafortunada. Algo tienen que ver los genios de las diversas lenguas en estos matices del lenguaje psicológico.

Lo que yo quisiera ahora es esclarecer el ámbito de la psicología profunda. Según la formulación psicoanalítica, el terreno es bien sencillo: existe, *por debajo* de la vida psíquica consciente, una vida psíquica inconsciente, con dinámica propia. En la manifestación total de la vida, los planos subconscientes tienen mayor importancia que los conscientes. En este sentido, el hombre es el ser que se ignora a sí mismo. Su autoconocimiento no le viene dado, ni siquiera en el curso de su vida, sino que

procede de ese mundo abismal, es decir, de lo que pasa en los planos subconscientes, que son los profundos.

Esta idea de las capas de la personalidad tiene larga historia, que no es éste el lugar de repetir. A esta larga fermentación se debe que aparezca en campos diversos del saber. En la neurología se proyecta en la doctrina de los niveles de Jackson, en la filosofía en la ordenación categorial de N. Hartmann. Y es curioso anotar que la correlación no se limita sólo a la aceptación de diversas capas o niveles, sino al modo de concebir sus relaciones mutuas. En Hartmann se advierte: materia, vida, alma, psiquis y espíritu como principio de ordenación categorial. Hoffmann hizo una aplicación de esta teoría a la caracterología. Suponiendo en el hombre la existencia de esas capas, éstas se hallan ligadas entre sí por las mismas leyes que presiden la ordenación categorial en el mundo. Cada capa necesita de la anterior para su existencia, y, en cambio, realiza un modo más libre de existir. La vida se apoya en la materia, pero ofrece algo nuevo en forma de más libertad. De la misma manera la psiquis se apoya sobre la vida (la vida psíquica sobre la vida biológica) y el espíritu sobre las anteriores, realizando una forma más elevada de libertad. Pues bien; en Jackson anida una idea parecida, si bien formulada en otra forma. En los niveles funcionales del sistema nervioso, los inferiores son más compactos, y los superiores más autónomos. De la médula a la corteza cerebral se puede establecer una serie de niveles funcionales que se van integrando en la evolución natural del ser y que se desintegran en la enfermedad.

Los psicólogos han procedido a la distinción de las capas con un cierto empirismo. Solo Hoffmann, como he dicho antes, se ha ligado estrechamente a la filosofía de Hartmann. Lersch distingue entre un fondo endofónico (asentado sobre un fondo vital) y uno noético. Como psicólogo no atiende, naturalmente, a la presencia del soma. Contando con éste, tendríamos de nuevo las cuatro capas en el recuento.

Y lo mismo ocurre, distancias guardadas, con la distinción psicoanalítica del «ello», el «yo» y el «super-yo». Rothacker distingue entre las capas profundas y las del

yo. Las cuestiones surgen cuando la doctrina general de las capas trata de precisarse más y de adscribir determinadas funciones a una y otra. Ciertamente es que en la capa endotímica se alojan los sentimientos; pero no olvidemos que Scheler ha descrito una estratificación de la vida sentimental en cuatro capas: sentimientos sensoriales, vitales, psíquicos y anímicos. Sólo los vitales son los que realmente formarían el núcleo de la capa endotímica; pero en ésta debemos alojar también ciertos impulsos y tendencias. En el fondo, pues, cada grupo de fenómenos psicológicos debemos alojarlos en todas las capas. Su colorido y matiz dependerá de aquélla en que se hallen alojados. No de otra manera debe ocurrir, si no olvidamos que realmente la personalidad es una unidad. Sólo la necesidad de lograr un aparato descriptivo es la que nos impele a esta tarea de leñador que busca en el tronco que tiene delante las vetas de menor resistencia donde hendir el hacha.

Las capas de la personalidad no pueden concebirse como formaciones geológicas superpuestas, sino que en cada rincón del ser personal se hallan proyectadas sus diversas capas. De todas suertes, y siguiendo con el símil, para usar de las ventajas que aporta a la claridad de la descripción, es conveniente describir ahora las relaciones mutuas entre las diversas capas. Del fondo endotímico, el «ello», el plano o estructura vital, o como quiera llamársele, arranca el dinamismo de la vida psíquica. De su zona penumbrosa asciende un flujo dinámico a la capa personal, que ésta desarrolla e ilumina. El psiquiatra tiene ocasión de contemplar las repercusiones del encendido o apagado excesivo de su fuego interior; pero, aún con exceso o defecto, siempre sigue siendo una especie de motor de las determinaciones personales del ser.

Dígame lo que se quiera, el salto a la popularidad lo dio Freud cuando destapó el pomo de la sexualidad. Mientras su investigación se limitaba al descubrimiento de los «olvidos», que, escondidos en el subconsciente, se hallaban cargados de actividad morbosa, sus tesis pertenecían al mundo científico; pero, cuando afirmó que lo «reprimido» era traumatizante, *precisamente* por ser de naturaleza sexual, se abrió la puerta de las luchas y comentarios, y, por consiguiente de la fama.

Recientemente ha ocurrido un hecho parecido. La publicación de los resultados de la encuesta de Kinsey. Se esperaba la edición del libro como la revelación de un secreto atómico. Todas las revistas de actualidad le dedicaban páginas y más páginas para satisfacer la curiosidad de los lectores. ¿Por qué ese éxito? ¿Es que el mundo ignoraba la sexualidad antes de que Freud o Kinsey le hicieran sus revelaciones? ¿Es que en los libros de Freud o en los de Kinsey existen datos trascendentales y desconocidos sobre la sexualidad humana? He aquí un gran problema que hemos, forzosamente, de examinar. Pero veamos antes qué dice Freud de la sexualidad.

Las neurosis se deben a experiencias sufridas por el sujeto y rechazadas al inconsciente; su permanencia allí

las carga de una tensión especial, que, si no puede expresarse por vías normales, lo hace a través de las anormales mediante la que se llama reacción de conversión. Un síntoma somático, una parálisis, por ejemplo, es el derivativo por el que se expone el trauma operante en el subconsciente. Ahora bien; la vida es una continua experiencia traumatizante. Entonces ¿qué clase de experiencias son las que resultan privilegiadas desde el punto de vista de la patología y capaces, por consiguiente, de generar síntomas? Las experiencias sexuales, dice Freud.

Sin embargo, la experiencia posterior le demostró que muchas veces no eran hechos reales acaecidos los que actuaban como traumatizantes, sino fantaseados. Después de esta rectificación, los «traumas sexuales infantiles», quedaban, en cierto modo, substituidos por el infantilismo de la sexualidad.

De esta manera, llegó Freud al conocimiento de las diversas fases en la evolución de la sexualidad, esbozando la teoría general de la misma. Su principio fundamental consiste en atribuir carácter sexual a toda función orgánica que produce satisfacción. Esta sexualidad difusa se llama libido. Con frecuencia se pronuncia la fase «pansexualismo freudiano», que irrita a los psicoanalistas. En su irritación existe una cierta razón. Lo que ocurre es que el psicoanálisis mantiene una cierta imprecisión en los términos. El fenómeno es muy curioso y muestra una de sus permanentes paradojas; porque el psicoanálisis describe los mecanismos psíquicos con una precisión análoga a la descripción de las fuerzas que intervienen, p. ej., en el funcionamiento de un motor de explosión. Y, por otro lado, emplea en aquella descripción términos que deja voluntariamente en una penumbra significativa, como ocurre con la expresión «libido». Efectivamente, libido es, en muchas partes, sexualidad. En los primeros trabajos de Freud se habla de sexualidad en sentido corriente; pero, después, como él mismo confiesa, «la designación ha experimentado una cierta evolución en el curso de los comentarios posteriores». Y en otra parte: «Sabemos lo que son los impulsos sexuales en la relación con los sexos y la función de reproducción. Conservamos el nombre, aun cuando nos vimos forzados por los resultados del psicoanálisis a dislocar sus relaciones con la reproducción». La ampliación conceptual se hace con arreglo al siguiente esquema: el instinto sexual, al satisfacerse, produce placer. Por consiguiente, cuando descubramos una función placentera que se monte sobre este mismo esquema, habremos tropezado con un substitutivo o representante de la sexualidad. Esto es una característica de la instintividad en general. En este sentido emplea Jung la palabra libido.

El individuo se halla movido por los poderes del «ello», que tiende a satisfacer sus necesidades. Lo que hacen los instintos es representar ante la vida psíquica las exigencias de la corporalidad. El esquema de la acción sexual de los primeros trabajos, se transforma después en el esquema inercia-movimiento. En todo ser existe la tendencia a volver al estado del que se partió. De este modo pueden enumerarse muchas fuerzas instintivas,

pero Freud llega a poder condensarlas en dos: el eros y el instinto de destrucción. El fin del eros es la unión. En la mente de Freud anida el espíritu platónico con su viejo mito del hermafrodita, como forma inicial del ser humano. La unidad se partió, y por eso las partes andan en busca de una nueva unión.

Atribuyendo al vocablo libido esta significación amplia, es injusto tachar al psicoanálisis de pansexualista. Lo que tampoco resulta lícito es jugar, por una y otra parte, con la confusión. La teoría del trauma sexual fue definitivamente superada por Freud, pero pervive demasiado obsesivamente en las interpretaciones de muchos psicoanalistas.

La psicología profunda supone, pues, estos tres postulados:

1º. Lo subconsciente tiene una dinámica propia, autónoma y más importante que la propia dinámica consciente. El yo vive arrastrado por el flujo dinámico del «ello» (1).

2º. La dinámica adquiere formas que son más definitivas, al menos prevalentes, en la edad infantil.

3º. Esta conjunción de planos geológicos profundos y planos histórico-primitivos nos aproxima al conocimiento del núcleo auténtico de la persona.

Pero ¿realmente se halla en el «ello» o en el «sí-mismo» el núcleo originario de la persona? Todo depende de lo que se entienda por persona. La persona supone la existencia de un *centro personal autónomo*. La categoría de la autonomía, o sea de la libertad, es lo que verdaderamente concede a la persona su carácter diferencial. Ahora bien, ¿de qué libertad? Hay una libertad que es la que expresa la situación psicológica de elección entre motivos diversos. Supone, según el desmembramiento clásico del acto libre, una decisión tomada tras su juicio. Precisamente, contra ese eslabonamiento, tan racional, de actos, es contra el que se eleva la psicología profunda, cuando trata de demostrar que actos libres, en ese sentido, no existen en la vida. La libertad de decisión es supuesta en muchos casos, ya que lo que verdaderamente ocurre es que, en ese momento, un tensor instintivo se dispara e impulsa a la acción. Aparte de ello, hay una libertad primaria: es la libertad existencial, es decir, la libertad que implica el hecho mismo de existir. La existencia es un acto afirmativo, continuamente renovado. La filosofía (Jaspers) dice que la libertad consiste en la elección de sí mismo. En el plano psicológico, la expresión válida es la anterior. Cada vez se prefiere existir, porque existe la posibilidad de no existir. Este es un punto muy importante. En cualquiera de las teorías geológicas de la personalidad, siempre resultan los estratos inferiores más firmes y sólidos que los superiores. Estos no pueden existir sin aquéllos. La vida no puede existir sin

(1) En Jung aparece un nuevo órgano psíquico —valga la expresión—, el «selbst», que suele traducirse por el «sí-mismo» (das selbst). El sí-mismo se halla situado entre los planos consciente e inconsciente, y es allí donde se realiza la síntesis de la persona.

la materia, la vida psíquica sin la vida biológica, los actos espirituales sin la vida psicológica. Y, sin embargo, la realidad del ser ofrece la posibilidad de destrucción de su unidad por un acto espiritual o psicológico, como se quiera llamar. El ser existe, en tanto uno, merced a ese consentimiento en la propia existencia. La forzosidad de la libertad, a que alude Sartre, expresa ese mismo hecho: para existir tiene que elegir su propia existencia, su subsistencia.

Esta es, pues, una forma originaria de libertad, tanto más cuanto que cualquier acto existencial no acaba en sí mismo, ni cursa en vacío. Va ligado a los que le suceden, y el acto supone ya rellenarse de un contenido, cristalizar en una forma. La vida va tomando forma gracias a esa sucesión de actos existenciales. De este modo cuaja, cristaliza, una vida. La configuración de esta vida se halla, pues, en ese principio de la libertad originaria.

En este sentido, el fondo de la persona se halla en esa inconsciente libertad; pero, inmediatamente, surge otra cuestión. Cada acto realizado crea inmediatamente la vivencia de la *responsabilidad*. Precisamente, la autoría del acto es la que trae consigo la conciencia de la responsabilidad. Esta experiencia es tan honda que aparece aún ante actos habituales, en determinadas circunstancias de la vida. La vida habitual se distingue de la auténtica en que cursa próxima a un modelo mecánico, sin ir cargada de esas valencias de responsabilidad, autoría, culpabilidad, etc. Un día sobreviene una enfermedad, p. ej., una depresión endógena, y entonces le revela a aquel ser ese carácter de autoría y responsabilidad que tienen aún los actos de una vida habitual o anónima. Por ser anónimos podrían ser de cualquiera; pero no, eso es un espejismo. Son de él, y en la melancolía gravitan sobre él como si fueran actos criminosos. Lo que ha hecho la enfermedad, en ese caso, es patentizar lo que estaba oculto: *la vivencia de la autoría de los actos de la vida habitual*. La enfermedad ha tocado aquí un plano profundo, distinto del plano del «ello» y del plano del «sí-mismo».

Es tonto discutir cuál es el más profundo. Realmente, este vocablo es aquí una expresión imaginaria y simbólica, tomado de la imagen espacial y referido a lo que es inespacial. Ya no sería tan baladí pensar en cuál es el plano más originario, si el del «ello», con su trama instintiva, o el del acto existencial, con su decisión y su responsabilidad. Porque muy bien pudiera ocurrir que ese acto existencial, en el fondo, estuviera apoyado en una trama instintiva. Lo que ocurre en aquellos, podría decir un psicoanalista, se revela al plano del yo como un acto del mismo, y a eso se puede llamar, en otro vocabulario, acto existencial.

Pero no se trata de una mera cuestión de vocabulario. No es un problema nominalista, sino de perspectiva, de captación de maneras distintas de la realidad de la persona. El problema está en limitar bien qué se entiende por instintos. ¿Los instintos son sólo fuerzas biológicas? En ese caso ¿para qué van acompañados de una experiencia psíquica? Si el instinto de conservación fuese sólo

una fuerza biológica destinada a conservar al individuo, bien podría cursar como una fuerza inconsciente, como un reflejo defensivo. El ser quedaría igualmente nutrido. Lo mismo podríamos decir del instinto sexual: la especie quedaría bien a cubierto, en su persistencia, sin necesidad de que el acto sexual fuese acompañado de una expresión placentera. Es más, no existiría el malthusianismo, ni muchos otros peligros que amenazan a la especie, precisamente porque el instinto sexual va acompañado de una expresión placentera.

Los instintos se consideran, en las descripciones habituales, como integrantes del plano natural del hombre, sobre el cual actúa después su plano espiritual. La misma expresión «represión de los instintos», que, tomada del psicoanálisis, ha adquirido patente de moneda en curso, procede de la idea de que existen unas fuerzas que emanan del plano inferior, que pueden ser, y son, cohibidas por los impulsos que vienen del plano superior. Lo cierto es que «plano somático» y «plano espiritual» son dos distinciones, dos abstracciones que hacemos sobre la realidad humana, y que el hombre es, aún en el más mínimo y escatológico de sus actos, persona. Quiere esto decir que los instintos tienen su coeficiente personal y, por tanto, su historia, no sólo individual, sino colectiva.

¿Existe algo más entrañablemente unido al plano natural del hombre que el instinto sexual? Y, sin embargo, ¿qué gran variedad en las formas de vivirlo, desde los trovadores medievales al hombre de nuestros días! El trovador canta el amor platónico, pero éste no ofende. En todas las poesías de los trovadores salta el mismo tema: el amor que siente el protagonista por una mujer, que es siempre de casta superior. En el fondo, se trata de un amor arquetípico por una mujer ideal. El proceso de sublimación, antes que por Freud, ya fue descubierto por los trovadores medievales.

Pero es un error creer que el plano personal —pensamiento y voluntad— se limita sólo a dirigir o a inhibir las

pulsaciones que proceden del fondo endotímico. En numerosas concepciones filosóficas y psicológicas se apela a un esquema similar, en el que todo el empuje creador procede de abajo, mientras que el plano personal se limita a inhibir o dirigir el flujo dinámico infrapersonal. En esta línea podríamos citar a Klages, en su, por tantos conceptos, notable obra, «Der Geist als Widersacher der Seele», en la cual el espíritu, como expresión del plano personal, no interviene en la vida del ser sino como agente perturbador que destruye su posibilidad de vida pelásgica. En el mismo Scheler se manifiesta la misma postura, cuando atribuye al espíritu, sobre todo, la capacidad de renunciar.

El plano personal absorbe y desenvuelve todos los temas que le son propuestos por el fondo endotímico. La personalidad humana es una totalidad tan abierta como la vida misma. La vida lo es en tanto en cuanto se realiza. Y también lo es la personalidad. Sus temas provienen del mundo exterior y del mundo interior. Incluso podríamos aventurar la afirmación de que los exteriores lo son en tanto en cuanto repercuten y movilizan el teclado interno. Ahora bien, el vivir frente a sí mismo, que tanto caracteriza el ser del hombre, no es un vivir sólo para limitar y recortar. No es que la libido, o cualquier energía elemental, estén pugnando por salir por los poros del ser personal, llena ya de todas las posibles formas con que las vemos y soñamos, sino el contrario, es necesaria la *actuación creadora del plano personal* frente a estas incitaciones de los planos apersonales. No es éste lugar para desarrollar el tema en su debida amplitud, pero sólo como ejemplo bastaría con que citásemos lo que pasa en el mundo de los sueños. Los sueños se disfrazan, dice el psicoanálisis, pero ¿por qué tiene que actuar, aún en la supuesta inconsciencia del sueño, la censura? *Porque el plano personal, constitutivo primario de la personalidad, tan radical e inmediato como los instintos o los sentimientos vitales, actúa ya en este mundo, aún cuando parezca que se balla dormitando.*

Fundamentos de la psicoterapia

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XVI, núm. 1, febrero 1957.

Resumen

La experiencia psicoanalítica y, en general, la experiencia psicoterápica ha demostrado que la catarsis no basta para obtener una curación en la inmensa mayoría de los casos; por ello se agregó en la dinámica psicoterapéutica el proceso de transferencia. Lo importante es averiguar de dónde procede la presión creadora de los síntomas neuróticos. Breuer pensó en un estado hipnótico; Freud, en las experiencias traumatizantes de índole sexual; el autor señala el papel de los estados de ánimo (Stimmungen) considerados como perturbaciones de los sentimientos vitales. La presencia de un estado de ánimo morboso convierte en traumatizante una experiencia que, sin aquél, sería banal. El autor ha descrito este hecho con el nombre de reacción cristalizada. El proceso es, por consecuencia, inverso al de la catarsis. Esta cristalización se realiza según «patterns» o modelos determinados, cuyo análisis tiene gran importancia en la clínica de la histeria. En todas las buenas

descripciones de la histeria, desde Sydenham a Freud, se encuentra señalada la presencia de ese estado de ánimo. En alguna parte, Freud señala la presencia de factores de índole nerviosa, pero extra-psíquica, en la génesis de las neurosis. Después se empeñó en racionalizar demasiado estos factores.

El neurótico se siente, en el curso del tratamiento, liberado de un sentimiento de responsabilidad. El psicoanálisis lo atribuye a la reviviscencia de las fases infantiles en el proceso de la transferencia. En el modo de ver del autor, esta disolución es secundaria a la desaparición del trastorno vital sobre la cual se monta. El núcleo de la transferencia se encuentra en la dinámica de la angustia misma. En ella el enfermo, amenazado por las pulsiones de ello, se siente sostenido por el poder del psicoterapeuta. La transferencia es un proceso inconsciente. El sufrimiento fundamental del angustiado se debe a la amenaza de la ruptura de la unidad del yo, que se siente apoyada y reforzada en el proceso de la transferencia.

La clave del éxito precoz del psicoanálisis hay que buscarla en la «catarsis». Los dos pivotes sobre los que se asentó la doctrina psicoanalítica en su primera fase fueron la existencia de un trauma sexual en los antecedentes de los neuróticos y la liberación del mismo mediante su reviviscencia. El primero suscitó, desde primera hora, muchas contradicciones; el segundo, en cambio, se aceptó como uno de los más importantes descubrimientos de una psicología dinámica. Efectivamente, a partir de él la actitud del psicólogo cambió. Ya no se trataba de lograr una descripción más o menos pura del hecho psíquico, sino de intervenir en su curso mismo al mismo tiempo que se analizaba. Frente al modo de experimentar de la psicología académica se levantaba un nuevo modo de experimentar que alcanzaba funciones psíquicas o planos psíquicos más profundos.

En ello se apoya, todavía, su éxito actual. La enorme influencia que ejerce, actualmente, el psicoanálisis sobre la psiquiatría y la misma vida americana se explica, precisamente, por ese supuesto poder que tiene para operar

sobre el alma humana. Hace poco me decía, preocupado, un colega americano que en el momento actual se hallan dos mil jóvenes psiquiatras americanos practicando el análisis didáctico. El triunfo de la técnica alzaprima el psicoanálisis. Es una nueva versión del *bomo faber*, que transformado en ingeniero del alma, puede manejar los «cuantos» de energía psíquica como los maneja el técnico físico. Y el principio fundamental que rige tal dinámica psíquica es, precisamente, el de la catarsis. La distribución de la personalidad humana en tres capas, el ello, el yo y el super-yo, su montaje sobre la libido o sobre la libido y la muerte, son complementos teóricos de la verdadera operación técnica que consiste en *manejar* la energía que se despliega y distribuye por los diversos estratos de la personalidad. Y la ley fundamental que preside esos desplazamientos de energía es la catarsis, que se constituye así en una ley de gravitación del universo psíquico. La catarsis se completa con la transferencia, y luego veremos qué tipo de relaciones se establecen entre ambas.

De cuánto evolucionó el psicoanálisis es buena muestra el hecho de que la catarsis fue perdiendo importancia y ganándola la transferencia. He buscado, sin encontrarla, la palabra catarsis en uno de los más recientes diccionarios psicoanalíticos (1).

En alemán existen dos expresiones que revelan muy bien esa situación. No es lo mismo *-bewusstmachen-* que *-bewusstwerden-* de un complejo. El *-bewusstmachen-* se refiere al hecho catártico puro; el *-bewusstwerden-*, por el contrario, supone no sólo traer a conciencia un complejo, sino una relación dinámica más amplia entre el «ello» y el «yo», que se establece en el curso del desarrollo de la personalidad y que consiste fundamentalmente en incluir en el yo grandes distritos procedentes del ello. Es una manifestación de la tendencia imperialista del yo, apoyada y fomentada por su más eficaz aliado, la cura psicoterapéutica.

La eficacia de la *catarsis* se reveló ya en el primer caso, Anna O., de Breuer y Freud. He aquí las propias palabras con que Breuer y Freud introducen las *catarsis* como terapéutica: «Resultaba ya comprensible cómo el método psicoterapéutico que aquí exponemos actúa curativamente. Anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio dando salida, por medio de la expresión verbal, al afecto concomitante que había quedado estancado y llevándole a la conexión asociativa por medio de su atracción a la conciencia normal (en una ligera hipnosis) o de su supresión por sugestión médica, como sucede en los casos de sonambulismo por amnesia.»

Sin embargo, en el primitivo trabajo de Breuer y Freud se hallan ya señaladas las limitaciones del método, sobre las cuales pasa, como sobre ascuas, la mayor parte de la literatura psicoanalítica. Breuer y Freud dicen que no curan la histeria en cuanto disposición; en los posteriores trabajos de Freud esta negación se halla desvirtuada por la fusión que se establece entre disposición y personalidad y la interpretación dinámica que se hace de ésta. Las variantes de la personalidad se hallan constituidas por anomalías en la evolución de la libido, y estas fijaciones libidinosas se atribuyen implícitamente a la acción de las situaciones histéricas por las que va atravesando el ser. Claro es que cabría seguir manteniendo la interpretación contraria y pensar que las anomalías en el desarrollo de la personalidad tienen su anclaje constitucional. Este es el punto de vista de Kretschmer cuando interpreta las neurosis como retardos en el desarrollo de la personalidad.

Con ser importante esta limitación que la presencia de un factor constitucional introduce en la esfera de acción de la *catarsis*, no es precisamente aquella sobre la que quiero llamar especialmente la atención. Breuer y Freud confiesan explícitamente que no consiguen nada

contra «el retorno de los estados hipnoides» y que tampoco «durante el período productivo de una histeria aguda puede evitar nuestro procedimiento que los fenómenos trabajosamente suprimidos queden sustituidos en seguida por otros». La presencia de esta dificultad aparece luego en otros escritos debidos sólo a la pluma de Freud. En la histeria existe una fase de fecunda proliferación sintomática en que la catarsis (la psicoterapia) sólo consigue desapariciones transitorias de edificios sintomatológicos, pero sin afectar absolutamente a la «actividad» de algo que hay en el fondo y que crea un nuevo síntoma apenas desaparecido el anterior. Cuando la fase de actividad ha cesado, quedan entonces ciertos síntomas permanentes y ataques histéricos frente a los cuales la catarsis es todopoderosa.

En el curso ulterior de la evolución del psicoanálisis esta distinción se pierde, y desde el punto de vista del mecanismo terapéutico se habla de un grupo de neurosis en las que interviene la catarsis como mecanismo curativo y otro en el que las neurosis han de convertirse en *neurosis de transferencia* para poder ser curadas. ¿Cuál es la explicación de estos cambios en el punto de vista? ¿Es que han cambiado en sí los «hechos» que el psicoanalista maneja o es que han cambiado las interpretaciones?

Para poder contestar a esta pregunta necesitamos penetrar más a fondo en la génesis de los síntomas y en la mecánica de su desaparición. En las neurosis constituidas tenemos que separar dos planos: uno, el de los síntomas constituidos, y otro, el de los síntomas constituyéndose. A este segundo plano alude Freud cuando habla de la productividad de los síntomas de la histeria en la fase aguda. ¿En qué consiste esa productividad? Para llegar a ella recorramos en el análisis el camino inverso y veamos qué ocurre y en qué consiste la catarsis.

El psicoanálisis se muestra, en último extremo, como una colosal tentativa de racionalización de ese hecho sorprendente: la catarsis. Se han publicado numerosos trabajos tratando de señalar la presencia en ella, de elementos irracionales, unos buscando analogías con la «catarsis» de la tragedia griega y otros apoyándose en el análisis de la relación médico-enfermo, trasunto de la relación entre el «yo» y el «tú». Freud, precisamente, lo que trata de evitar es ese claroscuro de la interpretación irracional. La misma relación médico-enfermo trata de ser visualizada en el examen de la «neurosis de transferencia».

¿Cómo logra Freud la racionalización de la catarsis? Breuer descubrió que los síntomas histéricos se determinaban por recuerdos reprimidos, que al aflorar en hipnosis a la conciencia desaparecían. Breuer quiso explicar este hecho a base de una teoría que «podía aún ser calificada de fisiológica (II, 891). En los histéricos ocurre una especie de disociación anímica por la falta de comunicación entre diversos estados psíquicos —estados de conciencia—. Así surgían los «estados hipnoides» que determinaban persistencia como cuerpos extraños, o como quistes, de las experiencias traumatizantes.

En Freud aparece la idea de que tal extrañamiento era debido a un proceso de represión. Al principio lo formu-

(1) Freud: *Dictionary of Psychoanalysis*. Edited by Nandor, Fodor and Frank Gaynor. The Philosophical Library, New York, 1951.

la con timidez, y así vemos cómo admite que en algunos casos la presencia del mecanismo hipnoide de Breuer, casos con los que constituye la histeria hipnoide; en otros, la histeria de defensa, que se ajusta a su concepción, y, finalmente, en otros con la «histeria de retención», en la cual no hay defensa que justifique la no emersión de la experiencia o recuerdo traumatizante (I, 120 y 121). Pero estas distinciones se encuentran a regañadientes admitidas en uno de sus primeros trabajos («Psicoterapia de la histeria») para ser absolutamente horradas después. Y ahí emerge, poderoso, el proceso de racionalización. ¿Por qué tienen que reprimirse ciertos contenidos? La escena traumatizante ha de ofrecer una adecuación determinante y una fuerza traumatizante suficiente. La idea de la adecuación yace en el seno de la más pura psicología comprensiva. Si en un sujeto aparecen vómitos, el análisis ha de descubrir, precisamente, la existencia de una escena que produzca repugnancia. Más compleja se presenta la cuestión de la *fuerza traumatizante*. El análisis va descubriendo una serie de cadenas de sucesos que forzosamente llevan al terreno de la vida sexual. Estos sucesos sexuales se sitúan primero como experiencias puberales y en análisis posteriores como experiencias prepuberales; pero como aún no resultan suficientes para desentrañar totalmente la génesis de los síntomas, el análisis se ve forzado a retrotraerse a la edad infantil para destruir todo posible residuo inexplicable del complejo. No es extraño que, siguiendo este impulso racionalizador, Rank considerase insuficientes las experiencias infantiles y quisiera llegar a la verdadera experiencia originaria del ser, al trauma del parto. ¿Y por qué —se pregunta Freud— tienen que ser precisamente las experiencias sexuales las más determinantes? Precisamente —responde— porque en ellas se ensambla una experiencia o fantasía anterior, prepuberal, que *no* va cargada de una específica excitación sexual, y otra posterior, netamente sexual. Esta «cathexis» mixta resulta un personaje poderoso en el drama interior. Hasta ahí llega la necesidad de racionalización.

Claro es que estas experiencias, fantasías y recuerdos son rechazados a las capas del inconsciente. La disociación entre inconsciente y consciente es la única transcripción de la primitiva idea de Breuer.

La experiencia psicoanalítica, y en general la experiencia psicoterapéutica, ha demostrado que la catarsis no basta para lograr una curación en la inmensa mayoría de los casos. Lo cual no quiere decir que carezca de realidad en algunos de ellos. Que en la catarsis se topa con una dinámica real lo demuestra, aparte las propias observaciones psicoanalíticas, la más vieja observación psicológica e incluso la misma experiencia con el narcoanálisis. También aquí nos encontramos con la misma limitación. Sólo algunos y determinados casos responden adecuadamente a este método terapéutico. El mismo Freud fue poco a poco infravalorando la catarsis y alzando el proceso descrito como neurosis de transferencia. En el análisis del caso Dora se ve cómo una investigación a fondo de los presuntos mecanismos psico-

analíticos no basta para obtener la curación del caso. Freud lo atribuye a no haberse dado cuenta, a su debido tiempo, de la transferencia establecida entre la enferma y él. Pero la epícrisis demuestra que la enfermedad desaparece espontáneamente un mes después, y que posteriormente da otros coletazos que Freud quiere explicar por la presencia de nuevos estímulos emotivos, uno debido al nuevo encuentro con K., pero ¿por qué si la enferma estaba tan profundamente analizada en lo referente a sus relaciones con K. puede un nuevo encuentro con él volver a desencadenar todos los síntomas neuróticos?

Freud presenta sus análisis con tan fuerte y magnífica arquitectura racional que resulta, a veces, difícil mostrar sus puntos flacos. Sin embargo, quizá con un rodeo previo sea esto posible. En el mismo caso Dora afirma que las opiniones de la enferma sobre su padre constituyen lo que llama Wernicke una *idea sobrevalorada*.

Su característica peculiar es la resistencia que oponen a todos los esfuerzos conscientes y voluntarios que hace el sujeto para alejarlos de su mente. «Una tal idea sobrevalorada constituye, en unión de una profunda depresión de ánimo, el único síntoma de un estado patológico al que se da generalmente el nombre de melancolía, pero que es susceptible de solución por medio del psicoanálisis, lo mismo que la histeria.»

Ahora bien, la experiencia psiquiátrica universal, no psicoanalítica, tiene de las ideas sobrevaloradas que pueden aparecer en una melancolía endógena otra opinión: precisamente la de ser impermeables a cualquier ataque psicoterapéutico. Es posible que un largo psicoanálisis destruya aparentemente una melancolía con sus ideas sobrevaloradas. Con una condición: la de que el psicoanálisis dure más que lo que espontáneamente dura la fase de la enfermedad. En cambio, sabemos con qué facilidad puede destruirse una tal idea en un depresivo, atacando la depresión misma mediante un tratamiento biológico.

Mi método consiste, precisamente, en invertir los términos de esta argumentación de Freud. Si sabemos que las depresiones endógenas típicas (2) se deben en el fondo a la presencia de un trastorno no puramente psíquico, ¿por qué no he de investigar si tal factor ocurre en muchas o en todas de las llamadas neurosis?

Mis investigaciones partieron precisamente de algunos casos de neurosis sometidos durante meses a tratamiento psicoterapéutico. El primero fue un caso de agorafobia. Se trataba de una mujer, médico, de gran inteligencia. Casi un año estuvo en tratamiento a razón de una

(2) Me refiero precisamente a éstas y no a las melancolías llamadas reactivas. Estas son, en sentido estricto, una neurosis, ya que se trata de una anomalía en el modo de vivenciar, o sea de responder internamente a un suceso triste. Debo, sin embargo, añadir que, según mi experiencia, las depresiones reactivas son menos frecuentes de lo que habitualmente se dice. En muchos casos se trata de auténticas depresiones endógenas, y en otros de lo que he llamado *reacciones cristalizadas*. (Véase mi libro «La Angustia Vital».)

hora diaria. Sus dotes intelectuales y de fina observación permitieron poner de manifiesto una serie de experiencias traumatizantes de naturaleza sexual unas y otras no. Un grupo de ellas, especialmente atormentador, se refería a su asistencia, durante la guerra civil española, a un hospital de heridos mientras las bombas y los cañonazos hacían saltar cascotes de las paredes y miembros de los enfermos. El análisis llegó hasta las experiencias sexuales de la primera infancia. Durante varios meses la curación de la enferma no avanzaba. Sólo se había conseguido que su angustia disminuyese al sentirse protegida por la acción y presencia del médico. La transferencia se hizo tan fuerte, que cambió su residencia para poder vivir a unos cuantos metros de la consulta y sentirse amparada por su sombra protectora. Llegó un momento en que su angustia y su agorafobia fueron disminuyendo hasta llegar a desaparecer. El análisis seguía aportando siempre nuevos datos, pero nunca ninguno de la importancia y relieve de los descubiertos en primera fase del mismo. Yo ya sé que el esquema psicoanalítico dirá que se cumplían los trámites habituales en esta terapéutica; en una primera fase la catarsis alivió a la enferma y en una segunda se desarrolló una neurosis de transferencia que terminó felizmente con el proceso. Sin embargo, a mí, como psicoterapeuta, esta interpretación no se satisfacía. Había descubierto en la enferma episodios anteriores que se habían curado espontáneamente, si bien no habían alcanzado la tenacidad y la violencia del último. En el caso Dora de Freud existe a los ocho años un episodio disneico que, aun interpretándose como neurótico, se atribuye por el médico de cabecera a una fatiga física. A los doce años padece jaquecas y tos. A los dieciocho años comienza el tratamiento por Freud. Después padece otros dos o tres episodios más.

Nos tropezamos, pues, con un hecho nuevo para una mentalidad psicoanalítica. Existen «fases neuróticas» que los viejos ya habían filiado con el nombre de «neurastenia periódica». La existencia de esas fases podía tener una interpretación pura psicogenética o había que apelar a otro factor más. En los primeros trabajos de Freud existen continuas apelaciones a la presencia de un factor extrapsíquico en las neurosis. Estas apelaciones toman formas diversas: unas veces aludiendo al problema de la constitución, cuya importancia no niega, sino que deja en segundo plano, precisamente por considerar que el psicoanálisis está llamado exclusivamente a desintegrar la maraña psíquica. Otras, aludiendo a la química de los procesos sexuales. Cuando trató —siempre en su fase primera— de interpretar la neurosis de angustia, pensó en una retención de la libido, retención que se imaginaba como nosotros podemos pensar en una retención de ceoesteroides. Otras, taxativamente, como en el caso de Emmy de N., admitiendo la existencia de un factor extrapsíquico para explicar la presencia de las fobias. El análisis lograba desentrañar los contenidos, pero no arrancar totalmente la presencia de fobias y obsesiones.

Reiteradamente tropieza Freud con este último hecho. Cuando en la histeria admite una fase aguda y una fase

crónica, en la primera se adivina al analista luchando contra los nuevos síntomas que se forman apenas desaparecidos los antiguos mediante el análisis. Hay una presión creadora de síntomas que escapa, en buena parte, a la acción psicoterapéutica. Esta, en forma de catarsis, se muestra más fecunda en la segunda fase. La presión neurótica, por así llamarla, ha desaparecido, y entonces el análisis es capaz de dismantelar la ya quebrada fortaleza de los síntomas. La resistencia ha desaparecido. Un análisis del problema de la resistencia, del cual no podemos ocuparnos ahora, nos mostraría qué ingredientes tan diversos se hallan sumergidos bajo ese denominador común.

¿De qué naturaleza es esa presión creadora de síntomas? El análisis de la sintomatología de las neurosis en el curso del tiempo permite reconocer dos hechos fundamentales: por un lado, la sintomatología cambia en parte en el curso del tiempo; tiene, pues, una cierta plasticidad histórica. Por otra parte, cada vez han llamado la atención del médico unos síntomas más que otros. Con arreglo a estos dos desplazamientos también adquieren mayor o menor importancia unas u otras neurosis. Al interés primordial que desempeñaba la histeria en otros tiempos han suplido hoy los cuadros ansiosos.

Pero en la histeria, en la misma histeria que vio Freud, había dos órdenes fundamentales de síntomas, unos pertenecientes al sistema nervioso de relación que corresponden más al plano interior del sujeto. Ejemplo típico de esa presencia de los primeros era el caso de Anna O. de Breuer y Freud. En el caso Dora tenían más importancia los segundos. Los primeros son, en principio, accesibles a la catarsis, como lo son a la sugestión. En la génesis de una u otra serie de síntomas existen unos pequeños matices diferenciales. Pero para que se realice la conversión se necesita un estado especial, aquél que Breuer llamaba estado hipnoide. Hoy no vemos en nuestras clínicas ni parálisis ni anestias tan floridas como se veían en Viena en los tiempos de Freud o en París en los de Charcot. Pero repetidas veces he demostrado —y la experiencia la hace cualquiera— ante mis colaboradores y alumnos la posibilidad de «producir» en muchos enfermos una anestesia o una paresia de un miembro. En estos enfermos existe siempre un «estado de ánimo» especial que les convierte en sujetos fácilmente accesibles a la sugestión. Ese estado de ánimo, a mi juicio, en todos ellos es endógeno y no reactivo, ni psicogenético.

Ahora quisiera llamar la atención sobre dos hechos importantes:

1º La presencia de ese «estado de ánimo» es la que convierte al enfermo en especialmente susceptible para una experiencia traumatizante. Con el nombre de reacción cristalizada he descrito el siguiente hecho:

Un enfermo se halla en ese «estado de ánimo» y un suceso normal o anormal de la vida externa o un conflicto interior determinan la *cristalización* de ese estado de ánimo en un síntoma determinado. Esta cristalización unas veces lo hace patente a la conciencia del sujeto, que unas veces huía de darse clara cuenta de lo que sentía en su interior, y otras provoca directamente un síntoma

neurótico: una parálisis, un tic, un ataque. En el fondo el proceso es, pues, inverso al de la *catarsis*.

2º Esa cristalización sintomatológica se hace siempre con arreglo a determinados «patterns» o modelos. La histeria tiene fama de ser la enfermedad más variopinta y polimorfa que existe y así es. Pero en ese polimorfismo pueden descubrirse algunos esquemas de fondo. Ya Kretschmer llamó la atención sobre las dos bases reactivas biológicas primordiales: el «Totstellreflex» y el «bewegungsturm», o sea, la reacción de sobrecogimiento y de sobresalto. Charcot le propuso a Freud el estudio de la distinta topografía de los síntomas histéricos y de las razones de ella. Freud siempre creyó que ésta dependía de la imagen que la enfermedad se hace el sujeto. Pero ¿por qué siendo las enfermedades conocidas tan variadas en sus manifestaciones se repiten, en tiempos distintos y en países lejanos, los mismos modelos histéricos? Ya sé que existen la limitación y las epidemias psíquicas; pero éste es un problema distinto que no me ocupa ahora.

A mi modo de ver, esta reiteración expresiva, esa concordancia en las «conversiones», se deben a modelos biológicos preformados. Las parálisis flácidas histéricas son más frecuentes en el lado izquierdo que en el derecho. Esta preponderancia ya puede observarse en los grabados de Richter de la Clínica de la Salpêtrière. Durante la guerra española pude comprobarla reiteradas veces. El hecho se debe, sin duda, a la distinta significación del lado izquierdo y derecho del cuerpo, hasta tal punto, que cuando la regla no se cumple hay que sospechar que se trata de un zurdo ignorado. El lado derecho es el lado activo, el polo masculino en el vocabulario de la filosofía romántica; el lado izquierdo, el polo femenino. Los recientes estudios sobre los gemelos univitelinos han demostrado que aquél que procede de la mitad derecha del cuerpo toma un papel activo y conductor sobre el otro (Bouterek).

En todas las buenas descripciones de la histeria existe consignado un especial estado de ánimo. En el caso Emmy de N. habla de Freud de un estado de ánimo triste y melancólico. También Dora se hallaba en sus episodios morbosos presa de una depresión de ánimo y de un *tedium vitae*. Y es curioso que hasta en Sydenham nos hallamos con la presencia de ese estado de ánimo especial.

La vivencia traumatizante tiene, pues, unos caracteres especiales. Freud, como hemos visto, quiere que esa peculiaridad sea sexual, y esto por dos razones: una, por la frecuencia con que se tropieza en el pasado de los enfermos con vivencias sexuales traumatizantes, y otra, porque la vivencia sexual reúne una cathexis sexual específica con otra inespecífica, distinción muy importante establecida al principio y desdibujada luego al proclamar el imperio del apelativo «libidinoso».

De Saussure (3) ha introducido nociones procedentes de la psicología de Piaget en técnica de la cura psico-

analítica. Existen dos clases de emociones; la *emoción asimilada*, que se inscribe en el cuadro ordinario de nuestros recuerdos o en el conjunto de representaciones que tenemos de la realidad, y la *emoción aislada o alucinada*, que se repite de una manera estereotipada sin referencia y aproximación a la escena originalmente vivida. Esta emoción queda aislada y falsamente localizada en el presente. Es preverbal, es decir, consiste en imágenes que el enfermo apenas puede traducir en palabras y no se inscribe en el nivel puro del pensamiento, sino en el nivel psicósomático.

La cathexis que convierte a una vivencia traumatizante surge de un peculiar estado de ánimo que luego describiremos. De ahí su carácter reiterativo. El psicoanálisis padece de un error metódico: el de olvidar que la historia es siempre una historia hecha desde el presente. La objetividad es relativa. En el curso de la cura la historia se hace desde la situación especial en que se encuentra el enfermo. Y esta situación se halla impregnada de un determinado estado de ánimo que, como en otra parte he intentado demostrar, son referibles siempre a la angustia, a la tristeza o al tedio.

Las neurosis son modos anómalos de vivenciar; pero estos modos anormales de vivenciar tienen una arquitectura compleja: en ellos intervienen la personalidad, las experiencias anteriores, y con enorme frecuencia la situación de ánimo. La psiquiatría académica lanza su acento sobre la constitución psíquica y somática, el psicoanálisis y otras muchas escuelas psicoterapéuticas sobre la historia anterior, yo me esfuerzo en destacar el papel esencial de los estados de ánimo morbosos que aparecen como trastornos de la vitalidad. La expresión vitalidad no hay que tomarla aquí en sentido biológico puro; tiene, efectivamente, su planta biológica, pero su arquitectura es psíquica. En la tristeza vital del melancólico nos encontramos con un fondo de perturbación biológica del que emerge su estado de ánimo triste y sus ideas de ruina. En la angustia vital nos hallamos con un fondo de perturbación biológica y con una superestructura fóbica o hipocondríaca. Lo mismo podríamos señalar en otros estados de ánimo morbosos. En los enfermos puede dominar la perturbación biológica de fondo o la superestructura psíquica. Serán más o menos neuróticos —en sentido estricto— según esta última adquiera más o menos prestancia. Cuando la perturbación biológica es muy evidente, prefiero hablar de timosis en lugar de neurosis.

Todos estos estados de ánimo alteran la perspectiva del pasado. Aparece una alteración en la vivencia del tiempo. El pasado del melancólico aparece como una grave carga que impide al presente deslizarse hacia el futuro. Un hecho mínimo es supralavorado, como aquel carnicero de quien habla v. Weizsäcker que se acusaba, con morbozo franciscanismo, de todos los animales que había degollado o mandando degollar. Así como en el triste existe esa inflación del pasado, en el angustioso es el presente el que está ectópicamente embarazado. El futuro se ha metido dentro, como un futuro de posibilida-

(3) R. de Saussure: *Comptes Rendus du Premier Congrès Mondial de Psychiatrie*. V. (Psychothérapie-Psychanalyse-Médecine psychosomatique). Hermann Ed. París, 1950, 1952.

des infinitas. El angustioso experimenta la sensación de que todo puede ocurrir en aquel momento, y este abanico de posibilidades abierto le tortura infinitamente. Para limitarla tiene que adherirse ritualmente, fóbicamente, a la situación presente. Quisiera precisamente perpetuar el presente para evitar el futuro; perpetuación del presente que no puede lograr sino a través de la reiteración fóbica. En el tedio de la vida desaparece toda nota de novedad. Sus momentos no se viven como análogos, sino como iguales. En el sujeto normal el momento siguiente es distinto del anterior. No es distinto por venir después, sino por ser nuevo. Su carácter de novedad es más importante que su localización en la línea del tiempo física; de la misma manera que el momento es pasado porque es conocido. De ahí que cuando haya transposiciones en este suceder temporal aparezcan los fenómenos del «débâ vu» y del «débâ connu».

No podemos extendernos más en el análisis de la vivencia del tiempo en esos estados de ánimo. Si existen en los neuróticos, fuerza es pensar que su perspectiva histórica se halla cambiada. El análisis de la biografía se hace, pues, desde determinada perspectiva, y por ello se entresacan los momentos que se montan sobre analogías anímicas. En una neurosis de angustia nos hallamos, pues, con frecuencia con todas las experiencias angustiosas anteriores, incluso las tenidas en la edad infantil. El sujeto normal no lo recuerda sino en determinadas situaciones. En el enfermo las calas en el pasado se hacen siempre conducidos por la misma veta anímica.

En muchos trabajos psicoanalíticos se destaca la importancia de la ansiedad en la estructura de la neurosis. Si apelamos a una de las escuelas psicoanalistas más florecientes, si bien no absolutamente ortodoxa, tal como la de Alexander, vemos que la cura psicoanalítica se basa sobre el siguiente esquema de la génesis del síntoma neurótico:

1) La emergencia del impulso. 2) La acción sobre él. 3) El resultado penoso. Originalmente la ansiedad aparece por el recuerdo de la experiencia ansiosa. Con la repetición la ansiedad se asocia con el primer término, es decir, con la emergencia del impulso mismo que se reprime y se excluye de la expresión motora; así se evita la experiencia dolorosa. La terapéutica psicoanalítica se revela, pues, como un proceso de recondicionamiento en el que el «yo» es inducido a hacer frente al impulso reprimido para eliminar la ansiedad que provoca la represión. Esto se consigue cambiando la situación original. Tan pronto como el enfermo se da cuenta de que el analista responde a la expresión de sus impulsos de otra manera que sus padres su efecto intimidante ha cesado.

No cabe duda acerca de que en el curso de la neurosis aparecen estas formas de ansiedad, derivada de la represión de los impulsos. A mi modo de ver, esta ansiedad es secundaria, o empleando una expresión técnicamente más perfecta, «reactiva». La acción psicoterapéutica puede ejercerse sobre ella, y Alexander ve justamente cuando la compara a un proceso de recondicionamiento.

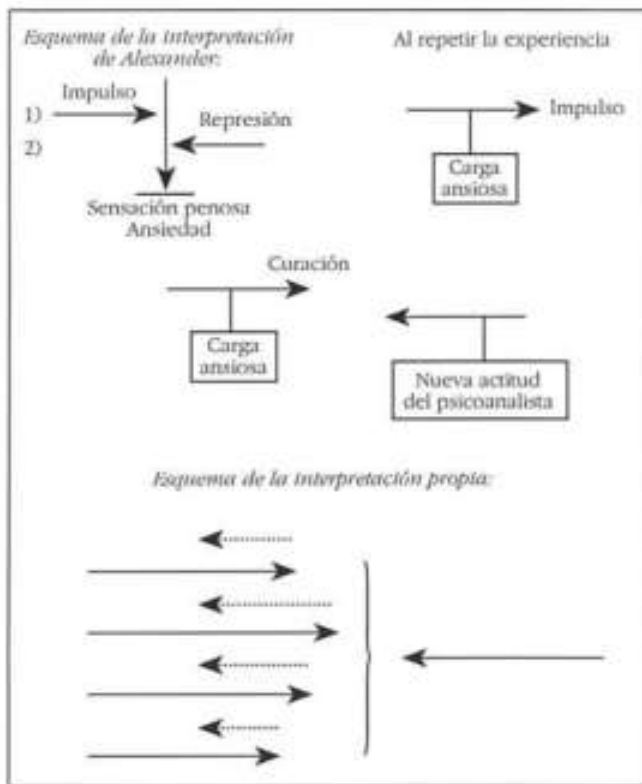


FIG. 1.

Pero esta ansiedad no es la más importante; existe una ansiedad primaria que acompaña al impulso mismo. Esta ya nace como Mercurio «duplex». La opinión de que los instintos humanos son como líneas de fuerzas puras es una abstracción. La antinomia, la dualidad del hombre, existe en todas las manifestaciones, pero expresada siempre en forma unitaria. El dualismo cartesiano ha enturbiado la vista de los psicólogos. Cuando en una situación neurótica surge un impulso, simultáneamente surge el impulso contrario. La crisis de ansiedad se muestra en esto mismo. La agresión se acompaña de temor a la agresión. El impulso erótico nace con el freno de la pureza. Kierkegaard lo vio muy bien cuando dice que en el pecado está ya la inocencia.

Esta dialéctica primaria existe en todo instinto; precisamente aparece más clara cuando nos hallamos en plena neurosis, en plena enfermedad. La enfermedad amplía los procesos que existen en el pasado del ser normal. En el hombre sano y normal, cuando surge un impulso y él se da cuenta de él, es porque ha penetrado en su plano consciente. La conciencia lo que hace, precisamente es purificarlo de las cargas antinómicas. Lo acepta o lo rechaza, con lo cual decide hacer caer el platillo de la balanza en uno u otro sentido. En neurosis las cargas antinómicas son más fuertes; su dialéctica es penosa, precisamente por esa mayor fuerza de sus cargas antinómicas. Negación y afirmación, luz y oscuridad, agresión y pasividad, posesión y renuncia, seguridad y temor, confianza y recelo. En su estructura interna se ha-

lla ese elemento polar, agonista, y esta presencia provoca la opresión y la pena del enfermo.

Ya sé que esquematizar es falsear una situación; pero de todos modos creo que los siguientes esquemas ayudarán a mejor comprenderla [Fig. 1].

Las flechas de línea punteada que acompañan a las flechas de trazo firme significan que los impulsos surgen ya con una carga antinómica. La presión del yo se realiza indiscriminadamente. La línea de lucha y contención es fluida.



Siempre víctima de su tendencia racionalizadora, el psicoanálisis amputa la catarsis de su elemento primario y fundamental. En la catarsis griega existe, efectivamente, ese proceso de disolución de las emociones mediante su abreacción, el *dotus lacrimarum* de la Iglesia católica. Pero la esencia de la catarsis griega no está ahí, sino en el momento anterior, en el cual el espectador se identifica con la situación trágica. ¿Y cuál es en sí la esencia de la tragedia? Precisamente la situación del hombre en el filo de dos mundos, uno que comprende y domina y otro que no comprende ni domina; este segundo mundo, habitualmente opaco, se torna transparente en la tragedia misma. Las fuerzas del destino se revelan como incoercibles. El hombre ya no tiene decisión en su destino personal, se halla anulado ante los hilos trágicos que le conducen. Si no es libre para amar a su madre o matar a su padre, tampoco es realmente culpable. Aparece en este momento el núcleo personal revelado a través de una luz especial. En la persona coinciden lo temporal y lo eterno del hombre. Se revela de este modo el carácter primordial de su modo de existir, su carácter itinerante, el *homo viator* en el sentido de Gabriel Marcel.

Uno de los mecanismos liberadores de la catarsis consiste precisamente en la desaparición del sentimiento de culpabilidad, implícito en muchos trastornos neuróticos, precisamente por la raíz vital que tienen. En la tragedia griega el espectador se sentía identificado con el protagonista. Su destino cruel le arrancaba las lágrimas, pero al mismo tiempo le tranquilizaba. ¿Qué culpa podía tener de todo lo que estaba pasando? Ninguna, absolutamente ninguna. El espectador era también «juguete del destino» y cualquiera que fuesen sus decisiones y sus propósitos el final sería el mismo. El neurótico se siente en el curso de su tratamiento liberado de ese cruel sentimiento de responsabilidad. En el psicoanálisis son estimados como secuelas de traumas experimentados en las fases más precoces de la infancia. Y entonces ¿qué culpa podía tener él? En mi interpretación, admitiendo la base vital del trastorno, porque esa culpabilidad no existe como real, sino como manifestación del mismo. Cuando, en el curso del tratamiento, el enfermo llega a percibir esta verdad, se siente enormemente liberado.

En la catarsis *se expresa* la situación anímica patológica. Hasta qué punto se trata aquí de un mecanismo libe-

rador lo demuestran las dificultades de expresión de aquellas situaciones anímicas.

Llega un hombre de mediana edad, campesino, a la consulta del Hospital. Se queja de un temblor generalizado, pero más acusado en los brazos. Dice también que no puede respirar bien. El enfermo ha acudido a una consulta de medicina general, de donde, tras numerosas exploraciones negativas, le han enviado a la consulta psiquiátrica. La situación se esclarece con el diálogo. El temblor y su dificultad para respirar son síntomas expresivos de una situación psíquica. En el fondo se trata de una melancolía endógena. Pero el enfermo, campesino iletrado, escaso de inteligencia, no sabe expresar, ni siquiera reconocer, lo que pasa por dentro de él. Su estado de ánimo triste, con un componente ansioso, no adquiere figura definida en su espíritu. Lo que su pensamiento y su lenguaje no pueden hacer lo hace su cuerpo mismo; él es el que dice que sufre con un sufrimiento vago e indefinido; tiene una opresión, una pena que la expresa con su dificultad de respirar.

V. Weizsäcker llama *logofania* a la aparición de un concepto, un juicio, un pensamiento en el curso de un acontecimiento psicósomático. Si alguien tiene un diente enfermo y dice «me duele el diente», este pensamiento ha surgido de un proceso.

La expresión mediante el lenguaje es ya un proceso de racionalización. Reducir a razón la angustia, la tristeza, el tedio vital, es ya empezar a liberarse del sufrimiento de la vivencia. La tendencia a la racionalización existe implícita en el ser humano. La experiencia angustiosa en sí es insoportable, y cuando la racionalización no la destruye, al menos *la hace soportable*. En la tendencia a los síntomas fóbicos y obsesivos existe implícito ese mecanismo de defensa que los psicoterapeutas han visto desde hace mucho tiempo.

En el correr de los años se modifican las ideas y los principios técnicos del psicoanálisis. La *ratio curativa* pasó de la catarsis a la transferencia, cuya importancia fue cada día mayor. En transferencia el médico quiere obligar al enfermo a incrustar sus impulsos afectivos en la marcha del tratamiento. «Esta lucha entre el médico y el enfermo, entre el intelecto y el instinto, entre el conocimiento y la acción, se desarrolla casi por entero en los fenómenos de la transferencia.» Freud siempre se resistió a considerar la transferencia montada sólo sobre la relación médico-paciente. Mucho menos aun reducir la transferencia a una relación erótica entre ambos, peligro sobre el cual llama muchas veces la atención. Realmente la transferencia consiste en una reviviscencia de la historia traumatizante de su personalidad que ha sufrido el neurótico, reviviscencia que se hace ahora en presencia del psicoanalista. Alexander insiste en que la presencia del analista permite al enfermo resolver y objetivar los problemas creados en su infancia por una relación anómala con sus padres. «In order to resolve infantile reactions, one feature of which is always dependence, one must reproduce them in the transference: only then can one combat them.»

Sin embargo, analizado en el fondo el salto de la catarsis a la transferencia, es menor de lo que parece. En la catarsis se revive una o varias experiencias traumatizantes. En transferencia se revive toda una parte de la historia interna constituida por una serie de experiencias traumatizantes. La transferencia surge, pues, de la insuficiencia de la catarsis y de la necesidad de prolongar la cura psicoanalítica. Prolongación que se hace en dos sentidos: uno, aumentando la duración de la misma y el número de sus sesiones, y otro, prolongando retrospectivamente el análisis de las experiencias del enfermo. El método sigue siendo en la mente del creador del psicoanálisis un proceso de racionalización. Se reconstruye la personalidad del neurótico tratando de incrustar los impulsos afectivos en la marcha del tratamiento. Hasta qué punto una racionalización es insuficiente para explicar todo el proceso lo veremos más adelante.

«Durante una cura psicoanalítica queda regularmente interrumpida la producción de nuevos síntomas, dice Freud. Pero la productividad de la neurosis no se extingue con ello, sino que actúa en la creación de un orden especial de productos mentales, inconscientes en su mayor parte, a los que podemos dar el nombre de «transferencias».

«¿Qué son las transferencias? Reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del análisis y que entrañan como singularidad característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. O para decirlo de otro modo: toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobra una nueva vida, pero no ya como pasado, sino como relación actual con el médico» (II, 563).

«¿Cómo se realiza, en el fondo, ese proceso de reviviscencia que anida en la médula de la transferencia? Jung ha aportado algunas precisiones. La activación de los contenidos del inconsciente sólo es posible porque la conciencia ha perdido energía. Existe un verdadero «*abaissement du niveau mental*». En otras ocasiones existe una activación de los contenidos inconscientes, pero siempre la conciencia se halla amenazada de anularse («*Das Bewusstsein ist gewissermassen von Ohnmacht bedroht*»). En los primitivos aparece como un accidente mágico temido, pero también en los hombres cultos se halla. «*In schlimmen Fällen ist es die geheime Angst vor Geisteskrankheit, in weniger schlimmen die Furcht vor dem Unbewussten, die auch der Normale verrät in seinem Widerstand gegen psychologische Gesichtspunkte und Erklärungen.*»

El núcleo de la experiencia de transferencia se halla en la dinámica de la angustia misma. En la angustia el enfermo se siente presa de las fuerzas emanantes de su subconsciente. El caos le amenaza y él se siente aislado, sostenido por un hilo delgado o montado en una isla que todavía se mantiene a flote. Este hilo delgado o esta isla flotante (la «*happy neurosis island*» de un enfermo de Jung) es su relación con su yo consciente. Este yo se mantiene a pesar de la amenaza de disolución que pro-

cede del caos. El temor mágico a los enfermos mentales significa esto: temor a la «*locura*» en sí mismo, a la disolución del yo. La auténtica ansiedad neurótica, según he demostrado en otra parte, consiste en esto mismo.

En esa situación amenazadora para la unidad del yo, en esas crisis de angustia, el hilo delgado que mantiene todavía la unidad desfalleciente de la conciencia se anuda al médico. El armazón de la isla neurótica se refuerza por la relación con el psicoterapeuta. El enfermo sabe o presiente que frente a la invasión omniosa de su inconsciente existe el poder del psicoterapeuta que le mantendrá a flote y le salvará. La relación establecida entre ambos rebasa el puro plano consciente. Si realmente bastara la defensa de la conciencia, la presencia del médico sería innecesaria. Si bastara la razón o la experiencia el enfermo sabría que, presa de su sufrimiento, la crisis no era nada. Pero no es así, y por tanto, no basta tampoco una relación racional establecida con el médico. Esta se halla montada sobre fuerzas oscuras e irracionales. Jung tiene sobrada razón cuando dice que en la transferencia la unión entre médico y enfermo se hace a través del plano inconsciente.

La transferencia tiene que afectar al médico de una manera especial. Si no sabe qué fuerzas entran en juego puede destruir la transferencia o quedar prendido en ella por una falsa vía. La dependencia del enfermo, o mejor de la enferma, puede parecerle establecida sobre un plano erótico. Si realmente se deja arrastrar hacia esa interpretación, su acción sobre la auténtica dinámica de la transferencia va disminuyendo. Y si por error o accidente la situación erótica cuaja, la transferencia se pierde. Aun interpretándolos en otra forma, Freud sintió bien claramente la presencia de estos hechos. La pretendida neutralidad del psicoterapeuta ha de referirse a estas situaciones eróticas o a la creación de otras relaciones afectivas próximas al plano de la vida cotidiana. En cierto sentido la misma relación de amistad daña al fenómeno de la transferencia. Realmente, cualquier actitud que disminuya o destruya su posibilidad de actuar «*mágicamente*» sobre la avalancha caótica del inconsciente es dañina.

El otro peligro procede de una prematura racionalización de la situación. También vio Freud claro en ello, si bien interpretándolo en forma distinta. Si el psicoterapeuta trata de quebrar la situación neurótica mediante un ataque por argumentos racionales, no sólo falla, sino que pierde poder. A lo largo de la cura se realiza un largo proceso dialéctico que acaba por quebrar la situación neurótica. Existe, como claramente dice el psicoanálisis, una fase de actividad. Durante ella, el enfermo crea nuevos síntomas, que son sucesivas cristalizaciones de la angustia, y los síntomas van enlazándose unos con otros hasta crear una superestructura que cubre como una nube el auténtico núcleo morbosos. La primera acción de la psicoterapia consiste en ir paulatinamente disolviendo esa nube, fragmentándola y tornándola transparente para que deje ver el verdadero núcleo neurótico; y al

mismo tiempo impidiendo, mientras posible sea, la presentación de nuevas condensaciones.

Pero una vez frente al núcleo moribundo, su ataque súbito con la pretensión de destruirlo es falaz y erróneo. Existen momentos maduros que lo pueden permitir y otros en que una pasividad sostenedora de la isla consciente resulta más sabiamente eficaz. La admisión de un núcleo vital en el mundo de la angustia neurótica esclarece mucho más toda esta dialéctica de la neurosis, porque permite apreciar los diversos tipos de resistencia en el curso del tratamiento y también los diversos momentos de entrega. El núcleo vital se muestra como una estructura bipolar; un polo sumergido en la biología y otro en la vida psíquica. El núcleo que enlaza su centro con el polo

psíquico es el accesible a la psicoterapia. La psicoterapia ejerce aquí un papel reductor. Es una *anabasis*, una expedición por el interior hasta tatar el contorno interno, el dintorno, como diría Ortega, del núcleo angustioso.

La dialéctica de la crisis es antinómica. Un impulso emerge de su fondo cargado de amenazas y una fuerza lo rechaza hacia abajo. Freud habla de lucha entre el intelecto y el instinto, entre el conocimiento y la acción. Jung habla del -entrecruzamiento paradójico entre lo positivo y lo negativo, entre la confianza y la angustia, la esperanza y el recelo, la inclinación y la resistencia (p. 29). -Es its der Kampf (Hass und Liebe) der Elemente, von den Alchemisten verglichen mit dem uranfänglichen Chaos der Welt.-

Exégesis del complejo de Edipo (Sobre el psicoanálisis)

JUAN J. LOPEZ IBOR

Publicaciones de Crónica Médica, Valencia, 15 de abril de 1934.

En la reunión de médicos y naturalistas alemanes que se celebró en Königsberg en septiembre de 1930, Oswald Bumke (1) recapituló su crítica acerca del psicoanálisis, diseminada hasta entonces en varias de sus publicaciones; en toda su comunicación, como en su libro publicado poco después, expone, con la tersura peculiar de su estilo, una repulsa tan viva contra todo el sistema que llega a sentar la afirmación categórica de que el psicoanálisis no sólo no es ciencia natural, sino que ni siquiera merece la designación de ciencia para quienes no osan penetrar en el camino de la investigación, sin ahincarse en el rigor de unas demostraciones.

No es Bumke el único psiquiatra que ha tomado posiciones tan definidas en la contienda contra el psicoanálisis; por otra parte, los discípulos de esta escuela han buscado y siguen buscando nuevos avales para su doctrina, aun fuera de los puros documentos clínicos. De la mitología obtuvieron ya importantes préstamos, y recientemente aducen el conjunto de hechos y la doctrina general de la reflexología, fundada en las experiencias, de Pawlow, como la confirmación definitiva de sus principios (2).

Al psicoanálisis, como visión del ser del hombre sobre el mundo, se le opusieron desde el principio objeciones de tal calibre que no las puede resistir; sin embargo, es evidente lo que le debe la clínica humana y en especial el hombre enfermo. Por esta razón es necesaria una revisión de sus principios fundamentales, tratando de cerner lo útil y exacto, separándolo de la escoria que inunda la mayor parte de la literatura psicoanalítica. En este trabajo nos limitamos a estudiar la existencia y sentido del complejo de Edipo a la luz de nuestra propia experiencia psicoterapéutica.

(1) BUMKE, O.: *Über Psychoanalyse. 91 Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte zu Königsberg 1. Pr.*, Septiembre 1930.

(2) Véase, sobre todo, Ischlonsky.—*Neuropsychie und Hirnrinde* Urban-Schwarzenberg, Berlín-Viena, 1930. Además, Luria.—*Intern. Zeit. f. Psychoanalyse*, 1926. Lindner.—*Acta Medica Scandinava*, Vol. LXXV, 1931. French.—*88 reunión de la American Psychiatric Association Philadelphia*, junio 1932.

Su conocimiento ha alcanzado difusión tan extensa que ha penetrado en el círculo cultural del filisteo y, con mayor razón en el del médico no psiquiatra; podemos, pues, ahorrarnos su descripción detallada. Baste recordar (3), a guisa de referencia para las consideraciones posteriores, que el niño, tras su fase narcisista y de perversidad polimorfa, dirige su libido hacia su madre (complejo de Edipo) y la niña hacia su padre (id. de Electra), ligándose a ellas mediante una inclinación estrictamente sexual, que trae como corolario el odio al rival (al padre en el de Edipo) que le disputa la posesión del objeto de su libido. La angustia ante la amenaza expresa o callada del rival engendra el complejo de castración, raíz de muchos casos de impotencia.

Dentro de la misma escuela psicoanalítica hay autores como Ferenczi (4) que pretenden ampliar la interpretación de aquel complejo atribuyéndole un sentido biológico de mayor alcance. Para él la sexualidad se hallaría al comienzo distribuida por todo el organismo, de suerte que cada órgano se satisfaría de un modo egoísta y hasta anárquico sin preocuparse de los demás. En fases posteriores la sexualidad se encontraría en los genitales, los cuales asumirían la representación del resto de los órganos, es decir, constituirían el símbolo de todo el yo. Con estas premisas es fácil comprender la significación que tendría el coito: la expresión del deseo de retorno a la quietud del interior del vientre materno. Así, «el deseo de Edipo puede considerarse como el símbolo de una tendencia biológica más amplia que impele a los seres a la posición de reposo anterior al nacimiento».

Freud llegó a descubrir el complejo de Edipo después de haber utilizado la psicocatarsis en la curación de ciertos fenómenos histéricos y de haber lanzado la doctrina del trauma psíquico. En la rebusca de los hechos determinantes de las neurosis en la vida infantil halló con marcada persistencia esta dirección materna de la libido, que

(3) FREUD, S.: Obras completas y en especial *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, Leipzig y Viena, 1910.

(4) FERENCZI, S.: *Versuch einer Genitaltheorie*, Leipzig-Viena-Zürich, Int. psychoanal. Verlag, 1924.

actuaría como un trauma de notable violencia; después de esta descripción primera la literatura psicoanalítica se ha llenado de relatos clínicos parecidos (5).

Bumke, en la conferencia citada, niega en redondo la existencia de este complejo; recurre, además, a la gran autoridad de Hoche, su maestro, quien dice textualmente: «Me he esforzado durante años en encontrar a alguien que deseara a su madre y mantuviese el ansia de matar a su padre. No lo he logrado; a otros experimentados colegas les ha ocurrido lo mismo. El complejo de Edipo navega por la literatura como *el buque fantasma* por los mares; todo el mundo habla de él, algunos creen en él, pero nadie lo ha visto.» Transcribe un párrafo de Stendhal (6) que dice así: «Yo estaba enamorado de mi madre. Debo apresurarme a añadir que tenía siete años cuando la perdí... Siempre quería besarla y deseaba que no hubiese vestidos. Ella me amaba apasionadamente, y yo, en cambio, la besaba con tanto fuego que casi me veía obligado a huir de allí. Detestaba a mi padre cuando venía e interrumpía nuestros besos. Siempre se los quería dar en el pecho.»

Ante testimonio tan veraz acepta el psiquiatra citado que puede existir un amor de los sentidos, orgánico, no espiritual, por la madre; pero niega que sea un hecho frecuente, y mucho menos general, ya que como psiquiatra nunca ha visto amores de esta clase entre los niños psicópatas, y mucho menos en los sanos. Todavía es más tajante su negativa ante el complejo de castración traducido en la vida onírica por el ensueño de deslumbramiento o de la ceguera. «No sé, dice, cómo se le ocurre al psicoanálisis sustituir en la leyenda de Edipo la ceguera por la castración. Sólo sé que lo hace con la misma seguridad con que la química afirma que el agua se compone de oxígeno e hidrógeno.»

Para mí es evidente que todo psiquiatra que no dirija sus actividades con gran intensidad en sentido psicoterapéutico difícilmente topará con el complejo de Edipo ni con otro alguno. Cuando se dedican, empero, muchas horas a ponerse en contacto con las vivencias íntimas de los enfermos, sin contentarse con la banalidad de un diagnóstico fácil realizado en la primera entrevista, se encuentran hechos análogos al episodio autobiográfico de Stendhal y aun más vivos en los detalles del transporte amoroso. Un enfermo me relataba cómo en una de sus crisis le inundó una sensación de frío y una angustia tan grande que se metió en cama; pero no bastándole el calor de ella, fue su madre la que tuvo que desnudarse y

proporcionárselo, de modo inverso a como le ocurría con sus doncellas al viejo rey David. Este enfermo había sido traqueotomizado a los dos años para soslayar los accidentes agudos de una difteria. La herida, cuidadosamente cultivada para que le sirviera de exención del servicio militar, era diariamente curada por su madre. Por fin habiendo surtido ya sus efectos legales, la cerró el cirujano. Nunca consistió en separarse de su madre durante su vida de estudiante; una vez que lo hizo para completar sus estudios, le mandó un telegrama, a los pocos días, que decía: «desconsolado y triste, vuelvo inmediatamente.» La vida onírica de este enfermo reflejaba exactamente su actitud vital; de uno de sus ensueños son estas líneas: «Estoy en un jardín con pistas de *tennis*. Juegan unas muchachas amigas mías, y como no hay sitio libre no puedo jugar yo. Al fin terminan, y yo me dispongo a ensayar algunos golpes solo mientras descansan; pero mis padres que están allí no me dejan. Descubro en su actitud la intención de impedirme jugar, porque creen que no me conviene. Me conformo a regañadientes a esperar a jugar más tarde; pero cuando llega el momento sirven la comida para mis padres y para mí en la misma pista de *tennis*, que se ha convertido en mesa; comprendo que esto es una artimaña para no dejarme jugar y me encolerizo; pero al mismo tiempo que siento ira hacia mis padres me dan lástima por lo que tienen que sufrir conmigo por mi enfermedad, que no combato como debiera. Esta lástima me hace besar a mi madre; pero al besarla la muero, y esto me vuelve a dar un gran remordimiento.» Toda la neurosis de este enfermo encerraba un defecto fundamental en su actitud frente a la vida, por su innegable inclinación hacia su madre.

La escuela psicoanalítica no sólo califica estos hechos con el nombre de complejo de Edipo, sino que pretende que se trata de una dirección de la libido de *todo infante, idéntica a la que en el adulto existe hacia las personas del otro sexo*. Con ello, además de la afirmación de un hecho, ha establecido una interpretación general del mismo, ha universalizado su existencia y la ha engarzado en la doctrina general de su sistema. Es totalmente arbitrario pretender que todo hombre cuenta en su biología con una tragedia de Edipo; ésta podrá ser un símbolo expresivo de una realidad muy distante de su verdadero contenido, que ha tenido la virtud, como toda la terminología psicoanalítica, de haber llamado la atención sobre sí y de haber contribuido a su difusión. ¿Puede pretenderse sinceramente que esta escuela ha revolucionado más la psicología que las experiencias de Köler o ha sido mayor su influjo en psiquiatría que el ejercido por las doctrinas de Kraepelin? De su mayor difusión y alcance es, pues, responsable, en parte, la audacia de sus formas expresivas, y por ello es necesario prescindir de ella para quedarnos con lo que haya de contenido exacto.

Este complejo sólo puede admitirse con el carácter de símbolo de una fase en la evolución del infante. El problema ahora radica en averiguar en qué consiste esa fase. En primer lugar, en el complejo de Edipo no se trata de una vivencia única y fuerte que imprime su huella sobre

(5) Sólo acerca del complejo de castración en la mujer cita Versteeg-Solleveld en 1931 alrededor de treinta y nueve trabajos en la bibliografía germana.—*Psychiatr. Bl.*, t 35, 129, 1931.

(6) Los psicoanalistas han espigado en la literatura cuantos complejos existen o se imaginan, aunque no suele tratarse de descripciones como la citada. A Rank se le debe el mayor acopio de material de esta clase, pero de muy diverso valor. Otto Rank.—*Das Inzest-Motiv in Dichtung und Sage*. Ed Deuticke, Leipzig, Viena 1926. Laforgue, por ejemplo, interpreta en este sentido la vida de Baudelaire.—*Encéphale* 25 *supp.*, número 10, 1930.

el psiquismo infantil, todavía maleable y en formación, para dejarlo deformado el resto de su vida. En general, no basta una vivencia única, un trauma único para determinar una neurosis persistente, y en los pocos casos en que esto ocurre la actuación del psicoterapeuta es fácil y agradable; por ello es insuficiente el descubrimiento de un complejo o de varios, por decisivos que sean, para que el enfermo se cure (7), salvo excepciones. Todavía ocurre esto menos en un complejo como éste, cuyo anclaje en la vida del individuo se hace lentamente y por fases. Un enfermo aparece por primera vez ante nosotros diciendo estas palabras a guisa de presentación: «Mire usted, yo tengo un complejo de Edipo; pero sigo tan enfermo como antes de su descubrimiento.» Y, en realidad, la esencia de su neurosis era este complejo.

El complejo de Edipo no es más que el símbolo de una actitud vital falsa y desviada; se desarrolla, en especial, durante dos momentos de la vida infantil, pero de importancia distinta. Freud ya puso de manifiesto que en el desarrollo de la sexualidad podemos distinguir dos fases principales: una precoz, que los estudios de Carlota Bühler han confirmado y situado entre el tercero y cuarto año (8), y la segunda durante la pubertad. Examinemos sus características.

Muy tempranamente en la vida de todo ser se establece una ligazón afectiva con la madre; acaece en todos los individuos, y desde el punto de vista del desarrollo de los mismos viene a ser algo tan necesario como la lactancia materna, pudiéndose prescindir de ella con los mismos riesgos y peligros como puede prescindirse de ésta. Valor patogénico, pues, no lo tendrá cuando aparezca, sino cuando persista más allá de sus límites temporales corrientes, es decir, cuando todo el caudal de la vida instintiva siga inserto en ella en lugar de tomar otras direcciones. Por ello no es frecuente que la neurosis dibuje su fachada a tenor de las vivencias del complejo de Edipo; su valor patoplástico es nulo, y por esta razón pasa desapercibida para el enfermo su existencia.

Hemos hablado de *todo el caudal de la vida instintiva*, a diferencia de la ortodoxia psicoanalítica. ¿La relación de madre a hijo posee un matiz sexual específico? Freud dice que la libido toma esta orientación; pero ya sabemos que esa fuerza proteiforme y misteriosa que llaman libido, gracias a los límites extensísimos que le han concedido, ha perdido su contenido específico, llegando en Yung (9) a confundirse con el *élan vital*, o sea, con todo el caudal instintivo. La libido del psicoanálisis no equivale al manantial de las vivencias sexuales; viene a representar, como dice Schulz, *toda la animalidad del*

ser. Es natural que ésta se dirija a aquello que primero le aparece en su lento despertar: la madre. Le ocurre al hombre lo que a los gallos de Schjelderup, cuya conducta ulterior depende de su primera impresión de miedo o de dominio a su llegada al gallinero. *En la primera fase del desarrollo de la sexualidad el complejo de Edipo representa la dirección primitiva de toda la animación o instintividad del ser hacia el principio biológico que tiene más cerca: la madre.*

C. Bühler con Spielmann (10) han resumido sus investigaciones acerca de la conquista del propio cuerpo en los primeros años de la vida diciendo que de ella dependen las directivas sociales y caracterológicas del individuo. La diferencia entre un niño confiado y uno tímido, entre uno con iniciativas y otro con actitudes pasivas, se anuncia ya en el primer año, y depende de las propias experiencias en el dominio motor de la situación exterior e interior. Si esto ocurre en el dominio motor es seguro que en el de la afectividad, y en general en el desarrollo de la actitud vital, deben tener una gran importancia las vivencias surgidas en el fragor de los primeros contactos con el mundo y, por lo tanto, con la madre. Quien afirme que estas vivencias son sexuales en sentido estricto desconoce el valor de esta palabra. Heller (11) ha dicho recientemente que los fenómenos que se designan con el nombre de onanía del lactante no son actos sexuales típicos, puesto que falta el curso angular característico de la vivencia sexual, con una cuesta ascendente hasta el acmé y otra descendente en el orgasmo; se trata simplemente de una ocupación lúdica (de juego), con sentimiento de placer, pero sin aquellas características; es sólo un *placer funcional*.

Cuando se escarba en la vida del enfermo raramente nos hallamos ante *vivencias con valor patológico procedentes de épocas infantiles tan remotas*, aunque es indudable la influencia de cualquier actitud vital viciosa o defectuosa en sus comienzos. El experimento crucial y definitivo se realiza siempre en la época de la pubertad, cuyo valor crítico para el sexo masculino ha sido señalado y descifrado por Marañón (12). Aun fuera de la esfera sexual, la pubertad representa la época de los grandes descubrimientos; el niño vive en otro mundo que el nuestro, del mismo modo que es distinta la realidad de un adulto antes y después de un grave traumatismo craneano de importantes secuelas. *La pubertad significa el descubrimiento de la propia individualidad*, asentando sobre la vivencia del ser del hombre en el mundo; es entonces, pues, cuando se traza el esquema de adaptación de las características individuales al espacio vital de cada hombre. En la vida de los neuróticos descubrimos siempre la importancia trascendental de este período, ya que en enfermo se convierte, inevitablemente, todo aquel en quien el esquema de adaptación se ha trazado de una

(7) En la vida mental de los esquizofrénicos existen muchos complejos que pueden ser descifrados según la técnica psicoanalítica, siquiera sea parcialmente. Sin embargo, no habrá quien pretenda poseer con ello el abracadabra de la curación de la esquizofrenia.

(8) BÜHLER, CH.: *Zum Problem der sexuellen Entwicklung*, Z. f. Kinderheilkunde, 51, 612, 1931.

(9) YUNG C. G.: *Wandlungen und Symbole des Libido*, Jahrb. f. Psychoanalytische Forschung, 3 y 4, 1911 y 1912.

(10) BÜHLER u. SPIELMANN.: Z. Psychol., 107 31 (1928).

(11) HELLER, T.: Z. Kinderheilkunde, 40, 72 (1932).

(12) MARAÑÓN, G.: «Los estados intersexuales en la especie humana». Morata editor, Madrid, 1929.

manera falsa. También desde un punto de vista terapéutico hay que afirmar en contra del psicoanálisis la mayor trascendencia de las vivencias de este período frente a las de las remotas épocas infantiles; raramente he visto una abreacción frente al redescubrimiento de un trauma infantil precoz.

A la formación del ideal de la personalidad que realiza en esta época contribuyen numerosos factores; sería error gravísimo desconocer la importancia de la propia constitución y de otros factores biológicos. Pero para el examen del complejo que nos interesa importa señalar que en todo el ámbito del concepto freudiano de la libido campea el grave error de confundir la erótica con la sexualidad; lo que en el mundo cultural corriente se califica como sentimientos, actos y tendencias eróticos no sería más que sexualidad. Un paso más y, mediante el acto taumáturgico de la sublimación, todo ello se convertiría en cuanto de bello y bueno produce el hombre. Bien es verdad que este concepto tan precario de la erótica ya lo emitió Schopenhauer cuando en su *Metaphysik der Geschlechtsliebe* establece que el fin inconsciente de todo amor no es otra cosa que la composición de la nueva generación (13).

Pero la vivencia erótica tiene una raíz y unas calidades distintas de la sexualidad; ésta no tiene otra dirección que el contacto con el objeto sexual. No se concibiría entre seres asexuados; no tiene por qué existir entre seres con sexualidad ya muerta. En cambio, el afecto erótico no tiene aquella orientación hacia el contacto con el objeto sexual; existe sin necesidad del mismo, aunque casi siempre le acompañe. Se establece entre la vida psíquica de dos seres por una proyección especial de una sobre la otra; en una palabra, se trata de una vivencia estética. Como dice Spranger (14), «una estructura de vivencias tiene sentido estético cuando sin apetencia de goce o posesión real y corporal, se funda en la unión psíquica (proyección sentimental) con un objeto intuitivo, ya sea dado como real o sólo imaginativamente».

En la madurez, erótica y sexualidad resuenan unísonamente; precisamente en ello consiste, y no se consigue ni psíquica ni biológicamente mientras no se fundan todos los elementos parciales del desarrollo. En la pubertad es cuando se inician las discordancias más esenciales entre unas y otras; recuérdese que las personalidades psicopáticas se han definido como personalidades discordantes. El complejo de Edipo es entonces cuando se fragua de un modo decisivo, porque la erótica queda fijada en la madre y la sexualidad dirigida hacia otras personas, no llegan a ensamblarse luego como debieran; también en la vida onírica se traduce esa disociación; uno de nuestros enfermos relataba así un ensueño: «He tenido esta noche pasada un sueño erótico

seguido de polución, cuyos detalles no recuerdo. La protagonista ha sido mi novia, y me permito señalar que desde hace ya mucho tiempo que es ella la mujer que ocupa este lugar en mis sueños lúbricos con más frecuencia que ninguna otra, cosa que no ocurría en la primera época de nuestras relaciones. Después del sueño, al final del cual me he despertado, no puedo recordar quién me ha preguntado por qué prefiero yo mi madre a mi novia, siendo ésta mucho más joven y mucho más atractiva como mujer que aquélla. (Nunca se le había propuesto ni sugerido tal cuestión.) He contestado que porque en mí lo físico tiene menos importancia que lo moral u otra cosa por el estilo de esta. Debo apuntar que el síntoma fundamental del enfermo era una impotencia, aparecida al intentar el comercio sexual con una mercenaria.

Finalmente, los psicoanalistas pueden aducir en favor de la tesis de la relación sexual entre madre e hijo el hecho de que se establece entre personas de diverso sexo. Si la relación no fuese sexual y poseyese sólo el sentido biológico de ser una fase para el desarrollo del psiquismo, y en general de todas las actitudes vitales del individuo, no tendría por qué establecerse de un modo cruzado; incluso pudiera ocurrir que la madurez se consiguiera mejor si la relación se entablara entre padre e hijo y madre e hija, ya que así la correlación de actitudes ante la vida es mayor. Pero con ello queda olvidado el principio esencial de que todo espíritu individual no alcanza nunca su plenitud cuando se desarrolla aislado y limitado, sino sólo si se entrecruza con un principio complementario y formativo. La presencia de los sexos es así algo esencial a la forma existencial de la Humanidad.

Humboldt (15) decía que se podría conquistar el ideal de una Humanidad pura y sin sexo mediante la fusión mental de las características de ambos sexos, llegando así a una unión íntima de una pura virilidad y de una pura feminidad, que desaparecerían como tales para dejar paso a una concepción andrógina de la misma. El camino de la abstracción nos conduciría allí, bien mediante la supresión en el tipo de los caracteres sexuales o de su fusión para obtener una nueva imagen del hombre. El sexo sería como una limitación. También Marañón (i. c.) reduce el valor esencial de la existencia de los dos sexos, a pesar de haber señalado magistralmente sus diferencias esenciales al asignar a la virilidad el papel de meta a que aspira la feminidad, haciéndose eco, a pesar de haber llegado a ello por camino diverso, de la concepción de Adler, que supone en toda mujer la existencia del complejo de inferioridad de su propia feminidad.

De la misma manera que en el terreno metafísico no se pueden sustentar las anteriores palabras de Humboldt, tampoco en el biológico ni en el psicológico debe quedar infravalorado lo eterno femenino. Feuer-

(13) Weininger dice agriamente que tanto Kant como Schopenhauer no podían opinar sobre este asunto. El primero por demasiado puro; el segundo porque era un hombre extremo que yacía bajo el instinto sexual, pero que no amó nunca.

(14) SPRANGER, E.: *Psicología de la edad juvenil*. Rev. de Occidente. Madrid.

(15) HUMBOLDT: *Über die männliche und weibliche Form*, 1795.

bach (16) ya decía: «Yo pienso, yo siento sólo como hombre y como mujer», y Bachofen (17) estableció, de una manera definitiva, la vuelta al polo cósmico-materno de la vida, que es la mujer. La erótica y la sexualidad son dos aspectos distintos del modo de establecerse la relación entre estos dos polos, y ni siquiera puede afirmarse que se trata de un paralelismo, reme-

morando la ya periclitada hipótesis del paralelismo psicofisiológico. *El complejo de Edipo significa el modo cómo se establece aquella relación en dos momentos esenciales de la vida individual: el de los primeros años y el de la pubertad*, si bien, como hemos dicho antes, en la historia del neurótico es más esencial el segundo.

(16) FEUERBACH: *Über Spiritualismus.—Kritik des Idealismus*, núm. 15.

(17) BACHOFEN: *Mutterrecht*. Ed. Schroter.—Baemler, Munich, 1926.

Análisis y comentario de la primera historia clínica de Freud (sobre angustia e histeria)

JUAN J. LOPEZ IBOR

XV Congreso Internacional de Historia de la Medicina

La ciencia se hace a base de hechos e interpretaciones. Teóricamente se puede establecer una separación tajante entre una serie de hechos y su interpretación; pero tal distinción es sólo teórica, puesto que los hechos a interpretar *se eligen* entre una serie continua que forma el mundo en torno. En un enfermo elegimos entre los síntomas que presenta algunos de ellos para lograr caracterizarlo. Aunque pretendamos hacer una descripción exhaustiva, nunca lo conseguiremos.

Freud comenzó sus publicaciones —las que figuran en las obras completas y sirven de fundamento a la doctrina psicoanalítica— con un trabajo sobre la histeria, que publicó con Breuer en 1895. A este trabajo siguen unos historiales clínicos que comienzan por la historia de la señora Emmy de N. En esta historia, muy extensa, se expone el primitivo modo de trabajo de Freud, mediante la evocación, en hipnosis, de los recuerdos traumatizantes. Pero hay en la sintomatología clínica de la enferma ciertos datos que quisiera recoger y destacar. La mayor parte de la historia se destina al hallazgo y comentario de los síntomas de conversación de la enferma, que ofrece una sintomatología rica a este respecto. En esta sintomatología, Freud captó aquello que fundamentalmente le interesaba; pero, observador genial y concienzudo, no pudo dejar de anotar otros datos, a primera vista secundarios, desde la perspectiva en que enfocó su historia clínica. Son, precisamente, estos datos los que yo quiero recoger y comentar:

«El día 1 de mayo de 1890 comencé a prestar asistencia médica a una señora de aproximadamente cuarenta años, cuyo padecimiento y personalidad llegaron a inspirarme tan vivo interés, que hube de dedicarle gran parte de mi tiempo, poniendo un tenaz empeño en lograr su curación. Tratábase de una histérica... Se trataba de la señora Emmy de N., de cuarenta años.» La enferma caía fácilmente en hipnosis, y es este el primer caso en el que Freud se decide a usar por su cuenta el método de Breuer.

Invito al lector a releer íntegramente la historia tal como fue publicada por Freud. Yo sólo voy a entresacar

de ella algunos pasajes. La enferma, de aspecto aún juvenil, presenta una expresión contraída y doliente. Con frecuencia ciertas contracciones a modo de «tics» recorren los músculos de su cara y cuello. A los veintitrés años casó con un rico industrial, que murió de un ataque al corazón. Desde la muerte de su marido, hace catorce años, está siempre enferma. En el curso de su enfermedad ha presentado diversas oscilaciones. En las primeras entrevistas relata una serie de motivos traumáticos. Cuando tenía cinco años sus hermanos la asustaban arrojándole bichos muertos. Por entonces tuvo el primer ataque, con desvanecimiento y convulsiones. Su tía le dijo que tenía que dominarse y no volvió a tener ninguno. A los siete años vio a su hermana muerta y metida en el ataúd. A los ocho, su hermano la asustaba distraiéndose de fantasma; a los nueve, viendo el cadáver de su tía en el ataúd, se le abrió la boca. Piensa con frecuencia en tales escenas, y los últimos días las ha rememorado muy plásticamente.

Tenía un tic al hablar, como un chasquido, desde que una vez, hace cinco años, en que, «hallándose velando a un hijo menor, enfermo de gravedad, se propuso guardar el mayor silencio» (en hipnosis). En otras sesiones rememora otros recuerdos traumáticos: teniendo quince años vio cómo se llevaban a una prima suya al manicomio; quiso pedir auxilio y la voz no le salió. En hipnosis, relata otros recuerdos terroríficos, como el de su madre conmocionada por los efectos de un rayo. En estado vigil, relata una serie de experiencias, también terroríficas, referentes a manicomios y enfermos mentales. En hipnosis, relata el caso de un primo suyo, a quien sus padres hicieron sacar toda la dentadura, y exclama: «¡Estése quieto! ¡No me toque usted!» Esta última frase se refiere a varias ocasiones en que enfermos mentales la habían sujetado por el brazo o abrazado. Advirtiéndose el origen de esta frase, consigue que no vuelva a pronunciarla. En varias sesiones de hipnosis, sigue recordando sucesos traumáticos que la han asustado; en algunos, lo sucedido tenía relación con la locura. El acontecimiento de su vida que más le ha impresionado es la muerte de su marido,

de un acceso cardíaco; después de ella, su hija pequeña le causó muchas preocupaciones. Nueva preocupación a propósito de la fuga del príncipe L. de un manicomio.

Otro día: sueños horribles con patas y respaldos de sillas, que se convierten en serpientes. Fracaso de la prohibición general de pensar en estas cosas. Nuevos recuerdos del marido y de las dificultades tenidas con su familia. Dolores de estómago, que coinciden con la zoopsia. Los dolores de estómago comenzaron cuando la muerte de su marido, en una temporada en que sufrió una gran inapetencia. Dolor e insensibilidad en la pierna derecha; cuenta que en 1871 tuvo que cuidar a un hermano, cuando ella estaba convaleciente de una enfermedad intestinal. Desde entonces tenía los dolores de vientre, y alguna vez, de la pierna derecha.

15 de mayo: aparece en el relato, por primera vez, la palabra «angustia», con ocasión del miedo a los ascensores («confusión de la memoria producida por la angustia»). Aparecen otras reminiscencias en relación con esta situación, tales como la de la mujer que criaba un hijo idiota, la enferma de melancolía que fue encerrada en un manicomio. Tenía dolores de piernas y brazos, sensación de presión helada en la nuca, complejos de síntomas que no pueden reducirse a reminiscencias. De cuando en cuando, tiene representaciones angustiosas, tales como la de que sus hijas pueden enfermar y morir repentinamente, etc. Le reprocho aquella necesidad que tiene de angustiarse, aunque no existía motivo alguno para ello, y me promete no hacerlo más «porque yo se lo pido».

Visiones en el jardín, de ratas y otros animales. En hipnosis, reminiscencias de Ruegen, de donde tiene recuerdos penosos. Estaba en el jardín en un sitio muy caluroso y esto le hizo recordar la terraza de Ruegen. Sueña con cadáveres. Recuerdo de un murciélago que vio en el tocador. Unido a los gusanos, desde que vio uno en una almohadilla para alfileres que le regalaron. Paseo con su marido por un camino cubierto de sapos.

El anterior relato corresponde a tres semanas de tratamiento. La enferma mejoró, y a las siete semanas, Freud la autorizó a volver a su residencia a orillas del Báltico. Siete meses después recayó, coincidiendo con la enfermedad de su hija. Reaccionó contra Freud, por creer que había aminorado la importancia de dicha enfermedad. Fue a un sanatorio en Alemania, donde no consiguió nada. Al año volvió a Viena.

Freud la encontró animada y mejor de lo que creía. La enferma se quejaba de confusión mental o, por decirlo con sus propias palabras, de tener «una tempestad en el cerebro». Insomnio, tartamudez y castañeteo de la lengua, que en hipnosis se demostró provenir de un susto que le dio un camarero el invierno anterior. En los estados de «confusión mental», repetía el nombre de Emmy, que era el suyo y el de su hija, como punto de apoyo para recobrar la lucidez; todo lo demás podía sucumbir, con tal de que se salvase lo referente a su hija.

Observó Freud que la enferma comía poco y no bebía agua, y fracasó cuando quiso convencerla «modo

suaviter» de que sólo el miedo era el causante de esta autoprohibición. La amenazó con no seguirla tratando si no le hacía caso. La enferma se entregó y contó una serie de episodios de su vida que le ligaban el comer a la sensación de asco.

La enferma mejoró mucho y así continuó muchos años; «pero los rasgos fundamentales de su carácter habían variado poco»... «No parecía haber aceptado mi proposición de establecer una amplia categoría de cosas indiferentes» y «su tendencia a atormentarse por nimiedades era apenas menor que durante el tratamiento. Incapacidad de hacer largos viajes en ferrocarril. En 1893 se hallaba enferma de nuevo».

En la epicrisis, comenta Freud varios puntos de la historia, acerca de lo que quisiera llamar la atención:

A) Los síntomas psíquicos que presenta Emmy con escasa tendencia a la conversión somática son: el estado de ánimo (angustia y depresión melancólica), fobias y abulias.

No se detiene mucho en la descripción del estado de ánimo fundamental. Con respecto a las fobias y abulias, insiste en su desencadenamiento traumático («se muestran en nuestro caso suficientemente determinadas por sucesos traumáticos»). Pero *esto no basta*: algunas son primarias, comunes a todos los hombres, especialmente neuropatas (zoofobia, miedo a las tormentas). El miedo primario e instintivo desempeña el papel principal. Añota luego la intervención de los mecanismos determinantes de las otras fobias; por ejemplo, el miedo a un sobresalto súbito, por la muerte del marido, el miedo a los manicomios, por los diversos relatos escuchados, el miedo a ser enterrada viva, por la creencia de que su marido no estaba muerto cuando sacaron de la casa el cadáver, etc. «Por lo demás —agrega—, todos estos factores psíquicos sólo pueden explicar, a mi juicio, la elección de las fobias, pero no su duración. Por lo que a este respecto hemos de tener en cuenta un factor *neurótico*, o sea, la circunstancia de que la paciente observaba hace años atrás una completa abstinencia sexual, motivo frecuentísimo de *tendencia a la angustia*».

Freud, después, formuló de un modo más complicado toda su teoría; pero resulta útil acercarse a estas observaciones iniciales para entresacar los auténticos fundamentos de su pensar. En la observación anterior queda consignado un hecho, a mi modo de ver, fundamental: el contenido de las obsesiones no explica su presencia, sino que existe un factor originario anterior. Es decir, una situación determinada hace cristalizar una determinada obsesión; pero *la situación no es su causa*. El desplazamiento de la producción de la obsesión del plano psíquico es evidente. De ahí también un hecho reiteradamente observado: el *fracaso de la catarsis*. En la historia de Emmy y en la propia experiencia de cada psicoterapeuta puede observarse el hecho siguiente: el análisis psicológico de una fobia la desmonta *casí* totalmente; pero queda un núcleo inicial, originario, que permanece indemne a este desmantelamiento por la vía psíquica. El enfermo puede ahogarlo, vencerlo, dominarlo, pero

como se ahoga un dolor físico; ese encubrimiento o ese desinterés no supone una disolución automática.

El núcleo inicial de las fobias no pertenece, pues al plano psíquico; por eso duran y sobreviven después del descubrimiento de los mecanismos psíquicos que allí intervienen. Freud, reconociendo este hecho, traslada el núcleo inicial al plano *neurótico*. ¿Qué quiere decir con esto? En aquel momento en que escribía la epícrisis de la historia de Emmy, quería decir que la retención de la descarga energética era la causa. Esta retención se hallaba, pues, situada en el plano *biológico*. En la producción de las fobias admitía, decididamente, la intervención de un *factor biológico*.

En la primera formulación de la neurosis de angustia recurrió a esa misma génesis. Angustia y fobia, pues, tienen para Freud una génesis, en el fondo, biológica. En torno a ella, se suscitó la polémica con Loewenfeld, cuyos argumentos no eran nada despreciables. Esto obligó a Freud a precisar su punto de vista sobre la génesis de las neurosis, que, en resumen, era así: existe una desproporción entre la carga total del sistema nervioso y su capacidad de resistencia. La herencia actúa como un interpolador en circuito eléctrico. La forma de la neurosis depende de un factor etiológico específico, procedente de su vida sexual.

Como puede verse, esta teoría de la génesis de la neurosis se mueve claramente en el plano biológico. Freud vio entonces, concretamente, que en la neurosis de angustia intervenía un factor *extrapsíquico*, pero no lo interpretó correctamente.

Según mi opinión, ese factor no puramente psíquico es la *angustia misma*, que no es un fenómeno psíquico ni somático, sino que participa de ambos y se halla situada en su intersección. Existe en el hombre normal un plano de su ser que es el de la vitalidad. Scheler describió los «sentimientos vitales» como una percepción general de cómo se encuentra el ser en una situación dada. También se habla de «estados de ánimo». Yo estoy alegre, triste, angustiado, sereno, extático, etc. Ahora bien; en los estados de ánimo existen unos que están determinados por sucesos que nos vienen de fuera, y otros, por algo que viene de dentro. Yo puedo estar triste por haber recibido la noticia de una desgracia familiar; pero el melancólico genuino está triste, no por ningún motivo exterior, sino por una tristeza que mana de su interioridad (tristeza vital, de K. Schneider). Lo mismo que existe una tristeza vital, existe una *angustia vital*. Las crisis de angustia sobrevienen como una tempestad, sin que se hallen determinadas por ninguna circunstancia externa.

¿Qué es lo que siente el enfermo en la crisis angustiosa? Constituye casi un tópico la distinción entre angustia y miedo. El miedo se siente ante lo conocido; la angustia, ante lo desconocido. Pero ¿qué es eso desconocido ante lo cual se angustia el enfermo? Cuando nos hallamos ante un enfermo con neurosis de angustia, lo más frecuente es que la angustia se encuentre cristalizada en ciertas fobias fijas o en un conjunto fluctuante de fobias, como ocurría en Emmy de N. Las fobias se refieren a una

situación traumática, pero es traumática porque la angustia preexistía. La relatividad de las mismas, la sustitución de unas por otras, su supervivencia tras la exploración analítica, demuestran su relatividad desde el punto de vista genético.

Existe una fobia que se repite con enorme frecuencia y que Emmy la padecía: *la que inspira todo lo que tiene que ver con la locura*. Freud señala que se suele presentar en casi todos los neuróticos, en los que existe el temor a «sucumbir a la locura». El análisis psicopatológico de esta fobia me ha permitido ver que en ella se proyecta de un modo más visible aquello en que consiste la propia vivencia angustiosa. El angustiado, en el fondo de su crisis, teme volverse loco. ¿Qué quiere esto decir? Que teme perder el *control de su personalidad*, como se supone que lo pierden los locos. El yo es la experiencia psicológica primaria del ser. El yo se vive como una unidad y como una continuidad. Yo tengo este dolor o decido aquel acto, pero por variada que sea la conducta siempre se halla referida a un punto central que es yo. Lo mismo ocurre frente a las mutaciones temporales. Ayer pensaba una cosa, mañana otra distinta, pero esa variación no afecta a sentirme yo mismo en el curso del tiempo. Esta unidad del yo es su propiedad. Cuando se mantiene, los actos son míos, los pensamientos son míos, etcétera; pero cuando se rompe, los actos ya no son míos, me son ajenos, me convierto en un *alienado*, o sea en un loco. El loco simboliza el peligro de rotura que amenaza al yo en la crisis de angustia.

Coloquémonos en el centro mismo de la crisis de angustia. La angustia sube como una manera, acompañada en un cortejo de síntomas vegetativos, hay como una «tempestad en el cerebro», según la expresión de Emmy de N. El yo se siente amenazado. ¿Qué puede ocurrir? y ¿qué ocurre? He aquí las dos preguntas clave en la interpretación de la crisis angustiosa.

Puede ocurrir todo. Ante el yo se abre el abanico de las posibilidades del ser. Esta experiencia es la descrita clásicamente como espera angustiosa. Así «una mujer que cada vez que oye toser a su marido, propenso a los catarros, *piensa en la posibilidad* (1) de que contraiga una pulmonía mortal y ve en su imaginación pasar el entierro» (Freud). Las posibilidades, empero, no se refieren sólo a las circunstancias externas de la vida, sino fundamentalmente a las internas. Si se desata el yo, puede aparecer lo que el yo ata, es decir, todos los impulsos que anidan en el infra-yo. Una mujer tiene miedo a los objetos puntiagudos; esta fobia es una difusión general de otra más concreta: miedo a los cuchillos, porque teme que pueda hacer algo a su hijo pequeño. Ella no lo haría nunca estando normal, pero ¿y si en las crisis «pierde la cabeza»? En el fondo de la crisis aparece la posible liberación de las fuerzas instintivas y de todas, con más frecuencia el instinto de agresión.

Eso es lo que puede pasar; pero realmente, ¿qué pasa? El enfermo, cuando la crisis ha transcurrido, suele

(1) El subrayado es mío.

decir «en el fondo era nada». He aquí una clara alusión a la interpretación analítico-existencial de la crisis. El enfermo la expresa sin conocer la trascendencia de la expresión que usa. Porque *la amenaza de la disolución del yo es la única experiencia posible de la nada*. Psicológicamente no podemos tener una experiencia de la nada. Lógicamente podemos decir que la nada es lo contrario al ser; pero esta afirmación lógica no puede ser vivida directamente, sino por aproximación. La experiencia angustiosa, al romper la estructura del yo y amenazar con su disolución, pone ante el propio enfermo el fantasma de la nada.

La vivencia de la continuidad del yo es mucho más profunda y está mucho más adherida al propio ser de lo que realmente se piensa. La perceptibilidad varía, naturalmente, de unos seres a otros, según la propia manera de ser. Más exactamente podríamos decir, según su coeficiente de angustia. Hay quien experimenta angustia ante el quedarse dormido; pero más frecuente aún es la angustia ante la anestesia y más aún la angustia ante la pérdida de conciencia que produce el electrochoque. En mi propia clínica apenas se usa el electrochoque sino bajo anestesia con pentotal. Pues bien, aun así existen enfermos que tienen la experiencia remota de que algo «extraño», «sobrecogedor» ocurre en ellos que les hace temer el tratamiento. A veces he realizado la experiencia de aplicarles pentotal sin electroconvulsión; la diferencia es clara y no referida al hecho mismo de la convulsión, puesto que ese hipnótico que se les administra después los mantiene dormidos durante varias horas.

La angustia de la disolución del yo es, pues, en el plano psicológico, un barrunto de una experiencia de la nada. La filosofía existencial considera al ser sumergido en su situación. El ser existe en cuanto se halla referido a una situación dada. Pensamos esto o aquello. Queremos esto o lo otro. Nos comportamos de esta o de otra manera. La existencia es siempre para algo. Cuando nos aproximamos al plano de la existencia pura, el algo que nos rodea, la circunstancia en el vocabulario de Ortega y Gasset, desaparece, el ser se contrae sobre sí mismo y se angustia. La angustia es, pues, una experiencia de la circunstancia cuando se aniquila, se convierte en nada.

Fuera de las crisis suele quedar un estado angustioso difuso, que el enfermo no siente como tal angustia. Emmy de N. no consiguió, a pesar de las admoniciones de Freud, restablecer una amplia categoría de «cosas indiferentes», lo cual quiere decir que mantenía un estado de preocupación constante aun en las fases de mejora. La *preocupación* es la antesala de la angustia.

La sintomatología de la señora Emmy de N. no era totalmente una sintomatología de *conversión*, es decir, genuinamente histérica; «por ejemplo —dice Freud—, los calambres en la nuca, que hemos de considerar como una jaqueca modificada, debiendo incluirse por tanto entre las afecciones orgánicas y no entre las neurosis». En mi descripción de la timopatía ansiosa ya he llamado la atención sobre estas alteraciones cenestésicas en la región de la nuca. A veces se siente como dolor, pero en la

mayor parte de las ocasiones la sensación es más vaga, delatando su verdadero fondo; es un calambre o una «impaciencia muscular», como en Emmy de N. El estudio ahondado de tales sensaciones demuestra su intrínseca relación con otras que expresan una de las experiencias vitales más importantes entre la angustiosas: el vértigo. El vértigo, que figura en la enumeración de la sintomatología clínica de la neurosis de angustia que hizo Freud es, según ha demostrado en otro trabajo, un equivalente de la crisis angustiosa misma.

La etiología sexual de la crisis angustiosa, que luego abandonó Freud, es una pura hipótesis. Cuán escaso fundamento tenía se ve en la misma historia de Emmy de N. «Me parece asimismo singular que en todas las confesiones íntimas que la paciente hubo de hacerme faltase completamente el elemento sexual.» «La paciente era en actos y en palabras de una absoluta castidad, sin fingimiento alguno, al parecer; pero también sin gazmoñería.» No tenía, pues, Freud ningún fundamento para pensar, en este caso, en una etiología sexual. El habla de que la paciente podía haber hecho una historia de su vida «ad usum delphini», pero esto sería el mayor fracaso de la técnica analítica. Después, en un trabajo ulterior, al hablar de psicoterapia de la histeria, rectifica el primitivo diagnóstico y dice que en Emmy de N. se trataba de un grave caso de «neurosis de angustia, con expectación angustiosa y fobias, originada por la abstinencia sexual y combinada con una histeria». Aquí ya la interpretación se ha establecido «ad usum freudiani», sin que, realmente, exista en la propia historia relatada ningún fundamento para establecerla.

En mi trabajo sobre la timopatía ansiosa he incluido la mayor parte de los casos de neurosis de angustia en el llamado círculo timopático por las siguientes razones: 1.ª La angustia no es reactiva, como en las auténticas neurosis, sino *primaria*. 2.ª La angustia vital de estos enfermos ofrece un *curso fásico* en la mayoría de ellos, como ocurre con la tristeza vital del melancólico. 3.ª En muchos enfermos existe una alternancia de fases típicamente depresivas con otras que parecen neurosis de angustia. 4.ª Existe una constelación familiar muy parecida.

En Emmy de N. nos encontramos con un estado de ánimo deprimido. Varias veces consta este dato en la historia clínica. Además, la enfermedad ha tenido un curso caracterizado por acentuaciones fásicas. A poco de tratarla Freud obtiene una mejoría, después tiene otra recaída que obliga a su internamiento en un sanatorio en el Norte de Alemania. En 1893 comienza una tercera fase. Este curso fásico demuestra, una vez más, la presencia de un factor biológico independiente de los factores psíquicos condicionantes de la enfermedad. Durante las fases cambiaba el contenido de las cristalizaciones angustiosas o fóbicas; así, en la última aparece una siderodromofobia a la que Freud atribuye un cierto sentido simbólico.

Existen, pues, en la historia de Emmy de N. los siguientes datos que nos permiten afirmar la índole extrapsíquica y por tanto vital de su sintomatología.

1.º Un estado de ánimo deprimido.

2.º Un curso fásico.

3.º Una fobia cuyo análisis no bastaba para destruirla, sino que persistía por razones situadas más allá de su análisis psicológico.

4.º Síntomas no referibles a complejos (por ejemplo, dolor de nuca), sino orgánicos, según la propia calificación de Freud.

Como quiera que toda la historia clínica se halla enfocada desde el punto de vista del análisis psicológico, estos datos permanecen en segundo o tercer plano; pero son reales e indudables.

Si ahora hiciésemos un análisis de la sintomatología psicológica, encontraríamos junto a síntomas típicos de proyección o conversión histérica otros que revelan la dinámica de la crisis angustiosa, tal como ha sido descrita en uno de mis trabajos. La crisis de angustia es, por su propia esencia, paradójica. En ella se dan en estado puro la coexistencia de impulsos contrarios. El haz de posibilidades que se despliega en la crisis no es un haz de posibilidades que el sujeto concibe en virtud de sus experiencias anteriores, sino que en él se proyecta todo lo que lleva dentro constitutivamente, sabido o ignorado, consciente o inconsciente, deseado o reprimido. La crisis abre la espita a todas las posibilidades de ser. La autenticidad del mismo no asienta en las posibilidades temidas, como dice el psicoanálisis. No es esto lo que realmente desea el sujeto, como tampoco desea la nada. Más bien el impulso es temido porque le desnaturaliza, le impele a dejar de ser el que es, le pone en peligro de alienarse, de enajenarse. Y pertenece a la propia dinámica de la crisis que lo que se tema aparezca más cargado de angustia, con lo cual se vive como más posible. Esta mayor contingencia de que ocurra, desarrolla nueva angustia y atrae más. Este es el mecanismo de las obsesiones de contraste que están siempre en el fondo de la experiencia angustiosa. Es el mismo proceso de atracción y repulsión que siente el vertiginoso por un abismo.

Esta situación es la que se presenta también con frecuencia en Emmy de N. y que Freud expresa con estas palabras: el factor traumatizante es el... «espanto que le causó comprobar que contra su voluntad acababa de producirlo». La angustia carbonea en su propio mecanismo: la posibilidad de que ocurran mil cosas queda cristalizada en la de que una ocurra. Si durante la crisis se desprende un mecanismo, éste queda fijo, como ocurre en los tics. Si se plasma una situación, ésta es la que queda, envuelta en un «quantum» de angustia. Cada vez que se presenta o se puede presentar una situación pareja, la crisis angustiosa revive. Esto es lo que ocurre en un agorafóbico cada vez que cruza una plaza desierta.

También resulta interesante interpretar los simbolismos de los sueños y visiones de Emmy de N.; pero es cuestión demasiado complicada para abordarla ahora. Basta con hacer constar con qué frecuencia tales visiones y fobias de animales representan los impulsos inconscientes y cómo el inconsciente representa la «bestia multiforme» del diálogo platónico (libro IX de la República,

cuando traza una imagen del alma en tres partes: una bestia multiforme, con muchas cabezas de animales, unos pacíficos y otros feroces). De esta bestia multiforme brota un león y luego el hombre. La bestia multiforme es el «ello», el caos instintivo. El león es el ánimo, el valor, el empuje. El hombre es ya el coeficiente personal y espiritual (2).

Emmy de N. es al principio diagnosticada de histeria; después, de neurosis de angustia combinada con una histeria. El segundo diagnóstico se halla, desde luego, más próximo a la realidad del caso; pero ¿qué significa esa combinación diagnóstica?

En la palabra histeria se esconden, habitualmente, dos significaciones muy distintas; por un lado se alude al llamado «carácter histérico» y por otro lado a los «mecanismos histéricos». Precisamente por esa ambivalencia significativa y porque la larga travesía de la palabra en la historia de la Medicina se ha cargado de tantas imprecisiones y a veces de significados más éticos que naturales, es por lo que algunos autores proponen dejarla caer en desuso. K. Schneider, por ejemplo, por un lado describe los psicópatas ansiosos de valor («geltungssüchtige Psychopathen») y por otro las reacciones vivenciales («Erlebnissreaktionen»). Nysen ha sometido recientemente a nueva crítica la noción del carácter histérico basándose en este argumento crucial: no hay una relación entre el tipo psicopático así descrito y las manifestaciones histéricas. En el caso de Emmy de N. a Freud le llama precisamente la atención este hecho. «El doctor Breuer y yo, que conocimos y tratamos a la sujeto durante mucho tiempo, sonreíamos siempre que se nos ocurría comparar su personalidad con la descripción de la psiquis histérica integrada desde tiempos muy pretéritos en los libros sobre la materia y defendida por los médicos...» El caso «de Emmy de N. nos proporcionó un ejemplo de que la histeria no excluye un intachable desarrollo del carácter y una plena conciencia en el gobierno y orientación de su propia vida». Sigue la descripción de las excelentes notas de rectitud moral, inteligencia, energía, cultura «y un elevado amor a la verdad, unido todo ello a una sincera modestia interior y a un distinguido trato señorial». Aplicar a una mujer así el calificativo de «degenerada» supondría deformar hasta lo irreconocible la significación de tal palabra. Habremos, pues, de diferenciar con todo cuidado entre sí los conceptos de «disposición» y «degeneración».

El problema es, pues, el siguiente: Los «mecanismos histéricos», o mejor aún, los «síntomas histéricos» no revelan siempre la presencia de un carácter o de una constitución histérica. En tal caso ¿a qué se deben?

(2) Freud abandonó después su teoría de la génesis de la angustia como retención de la libido y la transportó al plano del «yo», la angustia real; al del «ello», la angustia libidinosa y fóbica, y el del «super-yo», la angustia de castración.

Esta es la verdadera teoría psicoanalítica de la angustia y no la desarrollada en los primeros trabajos y en los comentarios a la historia de Emmy de N. Pero de ésta no me ocupé en estas páginas. A ella he dedicado un amplio comentario en mi citado libro sobre La angustia vital.

A mi modo de ver, muchas son las situaciones del organismo que se *expresan* mediante síntomas histéricos, y no puedo detenerme ahora en una exposición de todas ellas. Recordemos que estas situaciones son tan variadas que alcanzan desde el *débil mental*, pasando por algunas enfermedades orgánicas, hasta las constelaciones colectivas que determinan la guerra o la legislación del trabajo. En general, la reacción histérica se presenta cuando el ser no es capaz de reaccionar adecuadamente ante una situación determinada, incapacidad que se produce en el plano personal.

De todas estas situaciones quiero ahora destacar una: existen muchos casos en los que la sintomatología histérica revela la presencia de un *síndrome vital* mitigado, sobre todo del tipo depresivo ansioso. Yo poseo una gran casuística de casos de esta naturaleza. La sintomatología histérica ofrece en estos casos varios caracteres fundamentales que podemos resumir en los siguientes puntos:

1) Tiene un curso cíclico. Dura lo que suele durar una fase endógena y desaparece por los medios que esta suele desaparecer, es decir, espontáneamente o por una terapéutica *biológica* adecuada.

2) El análisis psicopatológico profundo de estos casos nunca llega a descubrir un verdadero núcleo psicógeno determinante del cuadro. La contraprueba la suministra el hecho de que el descubrimiento de los «complejos», «reminiscencias», etc., no termina con la enfermedad (esto se halla implícitamente reconocido en el caso anterior por Freud).

3) Un síntoma en sí es accesible a la psicoterapia; podemos, por ejemplo, en un caso de esta naturaleza, curar sugestivamente una parálisis o parestia histérica, pero no hacer desaparecer totalmente la enfermedad. Con frecuencia la desaparición de un síntoma va seguida por la aparición de otro distinto.

En un trabajo ulterior sobre psicoterapia de la histeria Freud alude a unos hechos que son parejos a los aquí señalados: «En los casos de histeria aguda, es decir, en el período de más intensa producción de síntomas histéricos y de dominio consecutivo del yo por los productos patológicos (psicosis histérica) no consigue el método eutártico modificar visiblemente el estado del sujeto... No hay posibilidad de interrumpir la dolencia y el médico tiene que esperar a que la misma termine su curso, creando mientras tanto las circunstancias más favorables al paciente. Si durante un tal período agudo suprimimos los productos patológicos, esto es, los síntomas histéricos recién surgidos, veremos aparecer en seguida otros en sustitución suya. La desalentadora impresión de realizar una labor tan vana como la de las Danaides...» (página 108, tomo I, O. C., trad. española).

Frente a esta histeria aguda se levanta la histeria crónica, en la que los mecanismos psíquicos predominan, y que Krestschmer ha descrito tan acertadamente desde el punto de vista dinámico como una habituación refleja. No todos los casos de histeria aguda encierran ese fondo biológico; la generalización sería caer aquí en un error. Precisamente, según mi propia experiencia, los casos

con sintomatología angustiosa vital no son, desde el punto de vista de la sintomatología histérica, demasiado aparatosos; a veces, en el curso de la enfermedad, aparece una crisis más violenta, en la cual se encierra ya una finalidad personal: la de *demostrar* que el enfermo está muy enfermo. Lo que antes era una expresión mitigada ahora se convierte en una demostración violenta.

La perturbación vital coloca al enfermo en un estado especial de *plasticidad*, en el que es posible construir ciertos síntomas. Con frecuencia en un enfermo de esta clase he logrado crear una anestesia histérica. En algunos casos se observa hasta una disminución notabilísima del reflejo corneal, que luego retorna.

La distribución de los síntomas que se logra provocar se realiza con arreglo a la regla que he establecido en otro lugar: los síntomas anestésicos predominan en el lado izquierdo (hay que tener en cuenta si el enfermo es o no un zurdo potencial) (3).

Este problema de la *plasticidad* merece un examen más cuidadoso. No liemos de confundirlo con el de sugestionabilidad. Recuerden que Freud ya señala que «no todas las personas que mostraban síntomas histéricos y en las que regía, muy verosíblemente, el mismo mecanismo, resultaba hipnotizables». Por otro lado, la experiencia psiquiátrica corriente también demuestra que los enfermos depresivos no son sugestionables. El nudo verdadero de la cuestión es el siguiente: estos enfermos poseen una cierta capacidad de *histerificación*, es decir, de plasmar síntomas, de construir dinamismo, pero en un cierto sentido son accesibles a la sugestión creadora de síntomas porque se hace en el sentido que traza la tendencia interna que le impone disturbio biológico subyacente. Es un mecanismo análogo al de muchos melancólicos en los cuales podemos crear, artificialmente, un sentimiento de culpabilidad, pero no hacer desaparecer uno existente, a no ser que curemos la fase melancólica.

El problema tiene una enorme importancia. Hay enfermos que ofrecen una cierta plasticidad especial a la influencia médica. Bay ha interpretado recientemente de este modo los trastornos agnósticos que presentaba el enfermo Schn, estudiado por Gelb y Goldstein. Scheller busca una explicación parecida para el famoso caso de trastorno de la capacidad de notación a consecuencia de una intoxicación por óxido de carbono publicado por Grünthal y Störing. Referente a la discusión entre Brun y de Morsier, a propósito de la existencia de anestias histéricas en ciertas neurosis traumáticas, puede hallarse la clave en una explicación parecida. Lo importante es que el acto médico, en su repercusión sobre el enfermo, es capaz de proyectar o convertirse en síntomas histéricos.

La intervención de Freud en toda la plástica de los síntomas de Emmy de N. aparece evidente a la lectura de la historia clínica. Esta facilidad para plasmarse en una forma u otra es la que hizo que las histerias de Charcot tomaran las formas tan pintorescas que revelan los dibu-

(3) Véase mi libro *Neurosis de guerra*. Editorial Científico-Médica. Madrid-Barcelona, 1942.

jos de Richter, que las historias de la guerra de 1914-18 revistiesen otra morfología (4) y que las de la guerra última hayan aparecido más puramente como experiencias de angustia.

He aquí cómo el análisis de esta primera historia clínica de Freud nos ha traído nuevas enseñanzas. Su obra es genial porque permite esta enseñanza indirecta, lo que no se propuso, al igual que podemos aprender tan profunda psicopatología en Kierkegaard, que tampoco se propuso enseñarla. Quizá algunos psicoanalistas protesten de mis interpretaciones y crean que yo he realizado una labor indebida, entrando a saco en las historias clínicas de Freud. A ellos les recordaré las críticas seculares contra el «Magister dixit». En el Renacimiento se levanta una «scienza nuova» al grito de la libertad de interpretación de los viejos textos. ¿Es que vamos nosotros a caer en una actitud tan periclitada y anticientífica?

BIBLIOGRAFIA

1. BAY, E.: «Agnosie und Funktionswandel». Springer-Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1950.
2. FREUD, S.: «Obras completas». Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1948 (la historia de Emmy de N., cuarenta años, se halla inserta en la pág. 33 del vol. I).
3. FREUD, S.: «Gesammelte Werke». Imago. Publishing Co. London (La historia de «Frau Emmy» v. N. vierzig Jahre, aus Livland, se encuentra en la pág. 99 del tomo D).
4. GRÜNTHAL un G. E. Störing: «Msch Psychiatr». 74 (1930), 77 (1930).
5. KRESTSCHMER, E.: «Hysterie, Reflex und Instinkt». Thieme, Stuttgart, 1948.
6. LOPEZ IBOR, J.: «La Angustia Vital». Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1950.
7. LOPEZ IBOR, J.: «Neurosis de Guerra». Ed. Científico-Médica. Madrid-Barcelona, 1942.
8. LOPEZ IBOR, J.: «La plasticité historique des nevroses». Folia Psychiatrica Neurologia & Neurochirurgica Neerlandica. Vol. 56. 1953. Núm. 5.
9. NYSEN: «Le problème de la constitution et du caractère hystériques». J. Belge de Neurologie et Psychiatrie. Fas. 2. Fevrier 1948.
10. SCHELLER, HEINRICH: «Völliger isolierter Verlust der Merkfähigkeit. Organische Co-Schädigung oder hysterische Verdrängung». Nervenarzt 21, heft 2. Februar 1950. Pág. 49.
11. SCHNEIDER, K.: «Klinische Psychopathologie». III auf. Thieme. Stuttgart, 1950. (Hay traducción castellana: Patopsicología clínica. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1951).

(4) Que es la que se halla maravillosamente descrita en el libro de Kretschmer.

Análisis estructural de la sintomatología esquizofrénica

JUAN J. LOPEZ IBOR

Neurobiología, Tomo XX, núm. 1, 1957.



Juan J. López Ibor

Casi desde el principio de la delimitación de la esquizofrenia como entidad nosológica se ha postulado la presencia de un *trastorno fundamental* que constituyese la razón de existir de tal cuadro clínico. Este trastorno fundamental puede concebirse en dos planos distintos: como *trastorno fundamental somático*, o simple-

mente como *trastorno fundamental psicopatológico*. Todavía estamos lejos de poder hablar del trastorno fundamental somático: ni siquiera podemos saber si es único. Ya es mucho que *postulemos su presencia*, como hace K. Schneider, porque muy bien pudiera ocurrir que trastornos somáticos distintos se manifestasen en un coincidente modo de reaccionar psíquico, al igual que ocurre con las psicosis exógenas, según las tesis, hoy universalmente admitidas, de Bonhöffer. Nos debemos limitar, por tanto, a hablar de un trastorno fundamental en el plano psicopatológico. Tampoco en este punto se ha logrado una coincidencia de opiniones. Es más, después del intento de Berze, se ha llegado a una cierta resignación en este punto. La línea extrema de esta actitud resignada se halla representada por K. Schneider, el cual limita los demás modos de enfermar psíquico y deja un gran sector *negativamente caracterizado*. «Lo que queda es esquizofrenia» (1). En ese confuso océano de cuadros se tropieza el clínico con unos síntomas de primer orden, o patognomónicos, cuyo asimiento permite asegurar que se está frente a esa provincia «restante», y otros de segundo orden que, salvo su acúmulo, no nos conceden más que una *relativa seguridad*, o mejor aun, probabilidad.

Esta actitud resignada –pero muy lógicamente construida– de K. Schneider no es universalmente compartida (2). M. Bleuler dice, por ejemplo, que en los últimos quince años hemos aprendido, sin notarlo, a ver la sintomatología de la esquizofrenia de una manera más sencilla y natural. «Al principio del estudio de la sintomatología de la esquizofrenia se situaban la demencia, las ideas delirantes y las alucinaciones». Tal estadio se superó tras la búsqueda de síntomas primarios, de los cuales al principio suscitaban más interés los asociativos (ataxia intrapsíquica, disociación, disgregación). «Después se

(1) «Von den Psychosen, deren körperliches Wesen man nicht kennt, zieht man die einigermaßen typische Zyklotyphen ab iden bleibenden Rest heisst man Schizophrenien».

(2) No hay enfermedad en toda la patología mental que se mueva entre límites diagnósticos más variados que la esquizofrenia. Y, sin embargo, todos se basan en el deseo de hallar algo común a los diversos síntomas.

TABLA I

<i>K. Schneider</i>	<i>Gruble</i>	<i>Bumke</i>
1) Sonoridad del pensamiento.		
2) Voces dialogadas.	1) Alucinaciones.	1) Pseudo-percepciones peculiares (-eigenartige-).
3) Voces comentaristas de la propia actividad.		
4) Vivencia de influencia corporal.		
5) Intervención del pensamiento, divulgación del mismo.	2) Trastornos del pensamiento.	2) Trastorno «peculiar» del pensamiento (eigen-tümliche).
6) Percepción delirante.	3) Delirio.	
7) Sentimientos y acciones inferidos o interferidos.	4) Humor fundamental esquizofrénico.	3) Conducta afectiva (-sonderbare-) peculiar.
	5) Impulsos.	4) Trastornos catatónicos del querer y obrar.

agregaron los síntomas afectivos fundamentales, tales como la inadecuación de los sentimientos, la ambivalencia hasta la disociación afectiva de la enfermedad y el autismo. Finalmente se aislaron los síntomas subjetivos, las vivencias de extrañamiento, de fin y de congelación del mundo, la despersonalización en el sentido más amplio de la palabra. «Hoy nos sentimos muy poco inclinados -prosigue M. Bleuler- a considerar estas manifestaciones patológicas de la esquizofrenia como una serie de síntomas alineados uno al lado del otro. Tampoco nos sentimos inclinados a derivar unos de otros. Nos hemos acostumbrado a ver en ellos manifestaciones de un mismo trastorno de la personalidad. El esquizofrénico según pensamos hoy, no es una personalidad enferma porque tiene sus funciones psíquicas alteradas, sino porque su personalidad en conjunto está enferma». Esta es la misma tesis que hemos oído exponer a Wyrsh y que se expresa en el título de su trabajo fundamental: «La persona del esquizofrénico».

Claro es que, en las tesis de K. Schneider, no se niega que sea la persona del esquizofrénico, en conjunto, la que esté enferma, sino que se niega, simplemente, la aprehensión por parte del clínico, *de una manera patente*, de otra cosa que no sean los síntomas resultantes del análisis, de base fenomenológica, del cuadro clínico.

Si se compara la descripción psicopatológica de la esquizofrenia en diversos autores se encuentra una cierta correspondencia. Véase por ejemplo la que hacen K. Schneider, Gruble y Bumke [Tabla I].

Aunque sea de pasada, es curioso anotar que Bumke, quien pretendía mantenerse en una descripción clínica alejada del análisis fenomenológico, tuviese que apelar tantas veces al calificativo de «peculiar», «específico» (Sólo una vez lo evita, empleando la palabra «catatónico»). Precisamente esto es lo que se trata de averiguar: ¿en qué consiste lo peculiar, lo característico de la sintomatología esquizofrénica?

Creo que el camino para la investigación del problema debe ser el del análisis de cada uno de los síntomas descritos como primordiales por estos autores, que tan profunda y cuidadosamente han procurado un neto aislamiento de los síntomas esquizofrénicos. El análisis nos permitirá descubrir si en todos ellos *subyace una estructura común*, y, problema importante, si ésta es *aprehensible*, porque de lo contrario caeremos en el error (repetido de hacer otra «teoría de los síntomas esquizofrénicos», como hicieron Kraepelin, E. Bleuler, Stransky, Berze y tantos otros.

De todos los síntomas podemos tomar como punto de partida el más interesante y específico quizá: la vivencia delirante primaria.

Para el examen de la estructura de las ideas delirantes debemos tomar un punto de partida, y éste debe ser el de Kurt Schneider, quien distingue las siguientes modalidades:

1. Percepción delirante.
2. Ocurrencia o intuición delirante.
3. Reacción delirante.

En la percepción delirante se trata de una percepción real en la que se incluye una significación anómala, sin que exista para ello motivo alguno. Esta ausencia de motivación ha de ser tanto en el plano de las ideas como en el plano emocional. No hay percepción delirante cuando la idea delirante se inserta en un determinado estado de ánimo, por ejemplo, las ideas delirantes de los melancólicos, derivadas de su estado de tristeza. Sólo la percepción delirante es característica de la esquizofrenia, dentro de los procesos psíquicos que carecen de base somática. La percepción delirante es bimembre (-zweigliedrig-). El primer miembro va desde el sujeto que percibe al objeto percibido, incluyendo las significaciones comunes percibidas por todos. El segundo se extiende desde el objeto percibido, con sus significaciones normales, a la significación anómala. Este carácter bimembre ha sido discutido por Matussek como exclusivo de la percepción delirante. Sin embargo, para mí el problema se plantea en otros términos. En primer lugar, ¿es posible penetrar algo más en el análisis de la estructura de la percepción delirante? Como he demostrado en otro trabajo, la significación anómala que va incluida en la percepción delirante *tiene un carácter especial*. El sujeto experimenta esa significación, cuando es capaz de

analizar bien su cualidad, como venida a él de una manera distinta a como percibe la significación de los objetos habituales. Incluso de una manera distinta a una significación nueva que un sujeto normal pueda hallar en las cosas u objetos que le rodean (3).

A mi modo de ver, lo que caracteriza la percepción delirante, aparte de los datos anteriores, es que el sujeto experimenta esa significación como impuesta. Cuando el poeta descubre una metáfora nueva, lo hace poseído de un cierto sentimiento de actividad. En la percepción ordinaria hay siempre una actividad del ser que se halla vertido al mundo, y de la cual el ser tiene una cierta honda y oscura noticia. Si no nos sometemos a ningún autoanálisis vivimos en la creencia errónea de que la percepción es un puro proceso pasivo y no hay tal. En realidad, toda la vida psíquica se caracteriza por ser activa, aunque haya grados tan diversos de actividad como los que median entre la acción voluntaria de mover un brazo y la percepción pasiva del rayo de sol que penetra en la habitación.

En la percepción delirante el sujeto tiene la impresión de que aquella significación que, en el fondo procede de él —¿de dónde si no?— le es extrañamente impuesta.

La existencia de un estado de ánimo como precedente de la percepción delirante es evidente, y debemos sospechar que existe siempre. Guiraud habla de un estado tímico desagradable, anideico, más elemental que los sentimientos, más estable que las emociones. «Mais la caractéristique du malaise thymique prédélirant est un cachet d'étrangeté inquiétante, ne semblant pas provenir de l'activité somatique ou psychique individuelle» (4).

Quando el humor precede a la idea, el enfermo nota algo raro y extraño en torno suyo. No puede definir qué, incluso se esfuerza en impedirlo, ya que el humor delirante resulta tan atormentador en la intimidad del propio enfermo, que cuando éste logra rellenarlo con una significación determinada, experimenta un cierto alivio. Este hecho significa que lo característico de la percepción delirante no está sólo en conceder a la percepción un determinado sentido, es decir, en lo que Husserl llama completar o rellenar un acto significativo. La nota distintiva se halla forzosamente antes en esa percepción vaga y difusa de que algo extraño sucede a su alrededor. Naturalmente, que en la mayoría de los casos todos estos fragmentos que aquí trato de exponer como imágenes de una cinta cinematográfica cursan más velozmente, y entonces, súbitamente, el enfermo al ver un objeto o persona, le atribuye una determinada significación simbólica.

En contra del conceder demasiado valor a la presencia del humor delirante en la génesis de las ideas delirantes, se hallan las disparidades que pueden existir entre el estado de humor y el carácter mixto de la percepción

delirante. Precisamente, se dice, por su indeterminación, el humor no puede determinar el contenido de la percepción delirante. No se puede comprender el contenido determinado de la percepción a partir de la vaguedad e indeterminación del humor. Está incrustado en él, pero no se deriva de él. Ni siquiera coinciden con el color del estado de ánimo. Un humor delirante puede ser siniestro y la percepción delirante inflada de felicidad (K. Schneider).

Otra objeción considerable consiste en señalar que en muchos enfermos se ve surgir la percepción delirante sin que exista un humor delirante. Es indudable que nos hallamos en plenas fronteras del análisis fenomenológico, pero quizá sea posible desplazarlas algo más profundamente.

Las tesis de Schneider son ciertas y ha llegado con ellas al límite del análisis fenomenológico. El problema, con respecto a nuestras afirmaciones, aparece en el siguiente punto: como observador puedo reconocer muy bien la presencia de una interpretación perceptiva injustificada, pero ¿puedo reconocer esa cualidad de la vivencia que provisionalmente hemos calificado de «pasividad»? ¿No es esto una interpretación por mi parte, más bien que un resultado del análisis fenomenológico? Que existe algo que nos permite percibir un cambio en la cualidad de la vivencia perceptiva es indudable en muchos casos. El mismo K. Schneider dice: «Por lo demás, también resulta la cualidad del estar afectado en la percepción delirante otra, aunque no es posible cogitarla conceptualmente. Es un "numinoso" de una clase especial. Esa cualidad existe, pues, en la vivencia y se halla incrustada en el humor delirante. Realmente, ¿cómo podemos reconocer la existencia de un estado de ánimo? En la vida habitual ésta se manifiesta con palabras. El sujeto nos dice que está alegre, triste, angustiado, eufórico, etc. Algunas veces podemos colegir un estado de ánimo por su expresión. Esto ocurre también en los esquizofrénicos. El llamado «Praecoxgefühl», es decir, en lo que podríamos llamar «olor de esquizofrenia» («Me huele a esquizofrénico», se dice en el argot clínico, o «Tengo el sentimiento de que estamos ante un esquizofrénico») se apoya, en parte, en la impresión que nos producen los gestos, actitudes y conducta del enfermo.

Pero la expresión hablada de un estado de ánimo puede no resultar tan fácil. El análisis minucioso de muchos enfermos angustiados me ha demostrado con cuánta frecuencia el enfermo no es capaz de decir que está angustiado. Incluso, si se les pregunta directamente, lo niegan. En cambio, en el relato se les enturbia la voz cuando dicen que, al ver en el cine un crimen o al pasar al lado de un enfermo mental, tienen una sensación especial, algo más aguda de lo que es su estado de ánimo habitual. Esa experiencia, interpretada correctamente, significa el miedo a la posibilidad de convertirse en criminales o de volverse locos, etc. Es decir, pura angustia, ya que, según he demostrado en otra parte, la angustia del neurótico es el miedo a la posibilidad de perder el control de su yo.

(3) Vean mi trabajo sobre ideas delirantes en «Actas Luso-Españolas». 1953.

(4) A este período vago, indefinido, sólo revelado por un estado especial de ánimo, es al que se refiere Clérambault cuando dice que, en el momento en que aparece el delirio, la psicosis es ya vieja. El delirio es sólo una superestructura.

Pues bien, tales dificultades expresivas de un estado de ánimo, aumentan cuando se trata de algo tan nuevo y desconocido para la experiencia anterior del enfermo como el estado de ánimo delirante. Incluso puede inducir a error al observador y pensar que el estado de ánimo es neutro porque el sujeto así lo afirma. En realidad, no sabe lo que pasa por él. Desde el estado de ánimo puro, vago e indeterminado, a la percepción delirante concreta, existe una gradación espectral. En algunos enfermos observamos que, como residuo de un delirio esquizofrénico, son especialmente sensibles a ciertas percepciones exteriores, que se les *imponen*, con una presión extraña.

Una forma muy mitigada, pero esencial, del trastorno fundamental de la esquizofrenia, consiste en un estado de ánimo en el cual todo impresiona al enfermo. La impresión se produce en el enfermo porque todo va cargado de una cierta significación que no se puede desentrañar. Este mismo carácter secreto de la significación es lo que produce una inquietud.

Kunz dice que lo primario, original, auténtico del delirio primario no es lo delirante —ponerse en relación, representación delirante, la nueva conciencia de significado— ni tampoco el humor delirante, sino la *total mutación existencial* (-ganze Existenzumwandlung-), el cambio total en el *in-der-Welt-sein*. Tal mutación existencial la ve él en una retirada radical del mundo colectivo.

A mi modo de ver, esta mutación en el «modo-de-estar-en-el-mundo» del delirante consiste en que *se invierte la flecha intencional*. Nuestros actos psíquicos tienen un carácter intencional. Este carácter se ve reconocido desde fuera, pero también existe en nosotros una difusa conciencia de que las intenciones residen en nosotros y no fuera. En el delirante ocurre al revés, las intenciones se hallan fuera, en los seres externos. Por eso el mundo se puebla de significaciones mágicas. Estas no tienen que ser precisamente amenazadoras; son simplemente desconocidas.

También en las ocurrencias o inspiraciones delirantes aparece la misma cualidad. K. Schneider dice: «Ciertamente, se tiene la impresión segura de que las ocurrencias delirantes esquizofrénicas son vivencialmente distintas de las ocurrencias no psicóticas, por extrañas y grotescas que sean; pero esta diferencia no es psicológicamente comprensible». La diferencia está en este plano de la actividad o pasividad. La inspiración del poeta es activa, la del esquizofrénico es pasiva, impuesta. Lo que ocurre es que la inversión de la flecha intencional se reconoce más fácilmente en la percepción que en la ocurrencia. En la percepción resulta evidente, puesto que lo percibido *viene* cargado de una significación extraña. En la ocurrencia es más difícil establecer esa diferencia; de ahí su menor valor diagnóstico, pero que existe y es obscuramente presentida lo demuestran las mismas palabras de K. Schneider.

¿En qué consiste esa «alteridad»? Como nos enseña el análisis de la experiencia delirante, el «estar» del esquizofrénico, la estructura referencial a su circunstancia se halla cambiada en el sentido de la pasividad, de la entrega.

Algo le viene de fuera que está plagado de significaciones especiales para él. Lo que para los demás es indiferente para él es significativo. La flecha intencional ha cambiado; el mundo resulta plagado de *segundas intenciones*.

La vida psíquica es siempre dirigida. Se considera que parte de un centro de actividad, al cual se llama «yo», y de ahí se irradia al entero. El pensamiento, la percepción se dirigen a algo, tienen carácter intencional. La intencionalidad aboca a un contenido. Pero la vida psíquica, por su propia intencionalidad, aparece organizada. *Normalmente cada acto cursa discriminadamente*. Esta discriminación se pierde en la vida psíquica alterada del esquizofrénico, en el cual los actos psíquicos anómalos ofrecen el carácter de una especial *permeabilidad*. El pensamiento sonoro es un modo especial de vivenciar distinto del pensar y del oír. Los propios pensamientos se oyen, la acción va acompañada de comentarios, etc.

Lo primario es, pues, para mí, el *estado de ánimo esquizofrénico*. Esta expresión rebasa el perímetro que define un «sentimiento» cuando esta palabra se usa en el sentido de la psicología clásica, lo cual supone ya una división en compartimientos de la vida psíquica. Lo primario en la experiencia psíquica es la del «estar-en-el-mundo». A ese estar es al que se refiere la expresión «estado de ánimo». En el esquizofrénico hay un modo especial de estar en el mundo, un «*disestar*» o una *distesia* que es primario y del cual el resto de los síntomas que aprendemos en la clínica. En el lenguaje de la filosofía existencial se emplean los vocablos «*Befindlichkeit*» y «*Stimmung*» para designar lo que en la psicología clásica se llaman sentimientos. Pero Heidegger rechaza, y con razón, el uso de estos vocablos, porque evoca una clasificación rígida que en el hombre opone el alma al espíritu, introduciendo una dualidad en lo que es unidad primaria. Por ese «estar en» (*Befindlichkeit*) el hombre no sólo se da cuenta de lo que es, sino de lo que debe ser, es decir, de lo que debe asumir su existencia como tarea a realizar. El esquizofrénico se plantea esa tarea desde un «estar» distinto. Los síntomas derivan de esa nueva situación, *que tiene además carácter evolutivo*.

No soy muy amigo de introducir neologismos, pero de alguna manera hay que expresar los hechos. Podríamos evitarlo, por ejemplo, diciendo *estado de ánimo esquizofrénico*, y esta expresión se usa más arriba. Claro es que usamos en la expresión el mismo vocablo que se trata de definir, como cuando se dice «alucinaciones o pseudopercepciones peculiares». Por eso, podría quizá utilizarse esa expresión de *distesia* (malestar o inquietud de los enfermos). Gruhle habla de la «*Schizophrenie Grundstimmung*». Se trata de un estado de ánimo («*eine Stimmung*») que el proceso esquizofrénico inserta de una manera primaria, no derivable; pero Gruhle no refiere el resto de los síntomas primarios esquizofrénicos a esta alteración, como yo trato de realizar. También se emplean por los psiquiatras de lengua alemana las expresiones de «*Benommenheit*» (Wyrsh), que suele traducirse en español por «*embotamiento*». Esta traducción es incorrecta, a

mi juicio, el estado de ánimo del esquizofrénico a que se refieren aquí los diversos autores no es el que corresponde a esa expresión española. En todo caso podríamos decir que el ánimo del esquizofrénico está *embargado* por esa tensión netamente morbosa que trata de describir.

La dinámica situativa de la persona en el mundo se halla alterada en el esquizofrénico. Esta dinámica es distinta, es «otra». No se trata de una diferencia cuantitativa: de ahí la «alteridad» de los síntomas esquizofrénicos.

Los síntomas de segundo orden son menos patognomónicos. En ellos se incluyen el resto de las alucinaciones, la ocurrencia o intuición delirante, la perplejidad, las distimias depresivas y alegres, la pobreza de sentimientos vivenciada (percibida) y algunos otros. Según Gruhle, los síntomas de primer orden son vivencias cualitativamente distintas de las normales, en tanto los de segunda se diferencian sólo cuantitativamente. K. Schneider se adhirió a esta distinción, rectificando su adhesión en ediciones posteriores de su *Psicopatología clínica*. En realidad, los síntomas son de primero o segundo orden según dejen translucir más o menos lo que puede considerarse estructura específica del esquizofrénico: la modificación de un «estado de ánimo» fundamental. Cualitativamente son lo mismo, lo que varía es el grado de su *transparencia vivencial*.

Ese «disestar» tiene un carácter angustioso. Se puede discutir si todo lo que se llama en clínica humor delirante es un humor angustioso. Todo depende del perímetro significativo que se atribuya a la palabra angustia. Si por angustia entendemos un sentimiento bien definido, *percibido como tal*, es evidente que el humor delirante no es siempre angustioso. De todos modos, con hablar de humor angustioso no hemos ganado nada, porque resulta evidente que la angustia del esquizofrénico no es igual que la angustia normal. Ahora bien, si aceptamos que la angustia es la estructura básica del «estar», en este sentido sí que podría hablarse del humor angustioso. Lo cierto es que el mundo aparece «de otra manera», con otros contornos. Nuevas referencias le hacen perder a una parte de él su glacial indiferencia. En la angustia del ser normal o del neurótico la circunstancia se despliega en una gran radiación de posibilidades. El vive la posibilidad como próxima a la realidad, pero todavía distingue entre ambos planos. Esta discriminación ya no tiene lugar en el esquizofrénico: no es que sea posible que llame la atención por tal cosa, sino que le llame sin saber por qué? ese es el hecho curioso al cual busca explicación si no la tiene ya.

Arieti, en un libro reciente que ha tenido gran éxito en los EE UU, trata de lograr una visión sintética de la sintomatología esquizofrénica. La esquizofrenia consiste en un «proceso básico», no entendido como proceso orgánico sino psicológico, y así llega a la siguiente conclusión: la esquizofrenia es una reacción específica a un estado de ansiedad, originado en la infancia, revivido y acrecido en un período ulterior de la vida. Lo específico de esa reacción consiste en el uso teleológico o motivado de una afectación más o menos grave de la actitud abstracta (en

el sentido de Goldstein). Dejando aparte la aseveración de que la esquizofrenia es una enfermedad «básicamente» psicógena, lo cierto es que Arieti trata de lograr un común denominador a toda la sintomatología: la defensa contra la ansiedad en la que ve la clave del trastorno fundamental del esquizofrénico.

No es la ansiedad, en el sentido habitual de la palabra, ni tampoco la angustia, también en el sentido psicológico habitual, el estado de ánimo del esquizofrénico. Es algo más hondo, según hemos visto antes, cuya expresión se niega a entrar en los cauces del lenguaje habitual. *Lo que sí es cierto es que muchos síntomas, ya claros y vivenciados, tienen un carácter reactivo*. Una objeción —ya consignada— contra el intento de derivar la idea delirante del humor es la no paridad que existe entre ambas desde un punto de vista vivencial; la imparidad puede tener una explicación más honda. La ruptura de la estructura referencial que liga al sujeto con el mundo, la quiebra de su habitualidad, la revelación de un conjunto de significaciones, de un mensaje especial, pueden producirle un sentimiento de exaltación que no es contradictorio, a pesar de la paradoja de la profunda estructura angustiosa del que emerge, quizá no primariamente, sino reactivamente.

La estructura del «estar» es abierta. Un estado de ánimo es una apertura a determinadas posibilidades del existir, posibilidades que tienen que ser comprendidas. De ahí la elevación al plano de la ideación de todo estado de ánimo. Ideación que es resolutive de sus tensiones interiores. De ahí el carácter *explicativo* que tiene el delirio para el propio enfermo: le describe el sentido de la nueva situación en que le ha colocado la enfermedad.

En la serie de síntomas citados como patognomónicos nos hallamos con muestras distintas de esta alteración *cualitativa* de la actividad psíquica. Las vivencias de influencia corporal, de intervención del pensamiento, etc., son *elaboraciones* de esa misma alteridad en la tensión de los actos psíquicos. Cuando la experiencia adquiere caracteres más profundos los actos parecen cada vez más ajenos al propio yo *ejecutante*. Así llega a sentirse influenciada desde fuera toda la actividad psíquica. Hay, pues un *extrañamiento* de la misma frente a su *entrañamiento* normal. Y este extrañamiento ocurre en todos sus planos: pensamiento, sentimiento y acción (Pensamientos intervenidos, robados, comentados, sentimientos interferidos, acciones interferidas, impulsivamente extrañas o sea catatímicas en sentido estricto).

Todo esto no es sino otra forma de describir la sintomatología esquizofrénica como trastorno de la actividad del yo. Y así es. Como he dicho antes, la flecha de la actividad del yo está invertida. Las cosas, con sus nuevos significados, invaden el campo de la conciencia. Pero hablar del «yo» es insuficiente e incorrecto. Deberíamos decir de «conciencia del yo», pero tampoco es una expresión demasiado afortunada. Los sentimientos son estados del yo; pero al formular de esta manera la dinámica de los síntomas se deja fuera algo que es su atmósfera, pero su esencia misma. Se dirá que esta atmósfera en

que se hallan envueltos no es captable. Yo creo que sí; en primer término, unas veces se acepta directamente a través de su estructura, por ejemplo, la idea delirante primaria, la sonoridad del pensamiento, etc., y otras a través del contacto. La atmósfera esquizofrénica envuelve cada síntoma, y sólo puede ser aprehendida de un modo especial. Müller, al hablar del desmantelamiento de los síntomas tras los tratamientos biológicos, emplea esta misma expresión de «atmósfera esquizofrénica».

Este análisis estructural corresponde al período de formación de la psicosis. Del mismo modo que hay una «natura naturans» y una «natura naturata», existe en la esquizofrenia una fase de fermentación y otra en que los síntomas ya aparecen hechos, cuajados, cristalizados. El proceso esquizofrénico consiste en la marcha de una a otra fase. Existe una transformación en la sintomatología: los síntomas de comienzo, que se despliegan en el plano subjetivo, tienen tendencia a objetivarse. La alteración en las funciones psicológicas cristaliza en alteridad de los contenidos. La personalidad se transforma. A esa fase del proceso, en la que la personalidad aparece ya transformada, propongo llamarla *esquizosis*. En clínica se habla habitualmente de defecto esquizofrénico.

Su característica fundamental es la convivencia que se establece entre los dos planos de contenido, los que proceden de la actividad normal y los que se han engendrado durante la actividad del proceso esquizofrénico. Esta dualidad, este doble origen de los contenidos de la vida psíquica, es la vida psíquica escindida, dividida, del esquizofrénico.

La conversión del proceso agudo en esquizosis va acompañada de una *alotropía* (5) de los síntomas. Existe un desplazamiento en la manifestación del síntoma que cada vez se enriquece más de contenidos. A medida que la personalidad se desubstancializa los síntomas se rellenan de substancia.

Al final de este trabajo, me doy clara cuenta de sus defectos. No podía ser de otra manera, cuando se trata de un intento de aprehender de un modo más esencial la realidad del mundo esquizofrénico. La esquizofrenia es un modo de enfermar. Igual da que hablemos de una o de múltiples esquizofrenias. Los problemas clínicos —curso, pronóstico y valor de los tratamientos— no se resolverán mientras no contemos con un nuevo modo de comprender la realidad clínica más profundo y al mismo tiempo más humildemente ingenuo que los que poseemos hasta ahora.

(5) Alotropía. Variación que ofrece un cuerpo en cuanto a sus propiedades físicas sin cambiar de composición química.

Percepción y humor delirante (I parte). Análisis fenomenológico y existencial

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XII, núm. 3, abril 1993.

Resumen

Se intenta un nuevo análisis de la idea delirante partiendo de los hallazgos actuales de la escuela fenomenológica. La percepción delirante es el modelo ideal para el análisis; en ella, junto a la percepción de un hecho o de una cosa, se halla la significación atribuida. Esta significación atribuida, por regla general, tiene un carácter bimembre. Pero, aparte de él, debe reconocerse que existe una inversión de la flecha o acto intencional. Normalmente, aunque a la percepción se le atribuya la significación común y habitual, el sujeto tiene la vivencia de que es un acto suyo, una emanación de su actividad psíquica. En la percepción delirante tal significación atribuida le viene de fuera, de la esfera en que el yo vive como tal yo activo. De ahí el carácter de impuesta. Se toma como una realidad nueva que le afecta y trata de invadirle. Esta misma inversión de la flecha intencional tiene lugar en las ocurrencias delirantes, pero el fenómeno es menos claramente vivenciable.

La percepción delirante va envuelta en el humor delirante. Este le precede siempre. La cuestión está en saber si este humor es más o menos vivenciable como tal estado de ánimo. Los clínicos hablan de humor delirante cuando aparecen muy claramente, pero en el fondo se halla implícito en toda situación delirante primaria. El humor cristaliza luego en unas u otras ideas. La estructura de esta situación delirante ofrece a veces formas de transición con la estructura ansiosa. De ahí la frecuencia con que la ansiedad engendra o se manifiesta a través de delirios que se consideran, fenomenológicamente, como delirios secundarios.

La analogía que existe entre ambas situaciones plantea problemas de diagnóstico. Según los estudios del autor, en la angustia el sujeto tiene la posibilidad de que suceda o de que ocurra; en el humor no aparece esta proyección del futuro sobre el presente, sino que el presente actúa de por sí y con peculiar impresionabilidad. De esta suerte se enlazan los estudios fenomenológicos y existenciales en torno a la idea delirante.

El problema de las ideas delirantes es, sin duda alguna, uno de los más importantes de la psicopatología. Y aunque sea en sí solo un problema psicopatológico, sus proyecciones clínicas también adquieren una singular importancia. Del modo como se enfoque y resuelva la psicopatología de las ideas delirantes depende la aceptación o no de unos grupos de enfermos delirantes como entidades clínicas independientes. El clásico problema de la paranoia existe o se disuelve según lo que lleguemos a pensar de la estructura de las ideas delirantes y de su sistematización.

En el Congreso Mundial de Psiquiatría de París (1950), la psicopatología de los delirios fue el tema de la primera sesión plenaria. Los trabajos de Guiraud, Mayer-Gross, Rümke y de Morselli, así como las intervenciones en la discusión (de Boeuf, Delgado, Gozzano, Gruhle, Kahn, Kehrer, López-Ibor, Minkowsky y Stransky) y el resumen que presentó Sutter de la discusión de las ponencias en las diferentes sociedades nacionales de Psiquiatría, demuestran hasta qué punto reina todavía, sobre tema tan clásico, una confusión babilónica. Ni apenas en cuestiones de terminología se ponen los

psiquiatras de acuerdo (1). La primera raíz de la confusión se halla en la mezcla de los problemas psicopatológicos y clínicos. La claridad sólo puede venir de su separación y, sobre todo, de lograr una psicopatología de las ideas delirantes lo más clara posible.

La escuela alemana ha hecho un esfuerzo considerable en este sentido, cuyos resultados hay que tomar como punto de referencia una y otra vez. Desde el punto de vista psicopatológico los hitos fundamentales se hallan representados por Hagen (1870) y Neisser (1891) entre los predecesores, y Jaspers, Gruhle y Schneider en-

(1) Se ha pensado muchas veces en el modo de evitar la terminología babilónica que inunda la psiquiatría. El método más sencillo, al parecer, consiste en adoptar, por convenio, una terminología internacional. Yo mismo propuse, en el último Congreso de Psiquiatría, la creación de una comisión que tuviese este cometido. (Véase «Diario del Congreso») Pero sería un error creer que así se remediaría totalmente la situación. Las divergencias de lenguaje y terminología proceden de divergencias en el modo de pensar, y éstos no son tan fáciles de anular. Quizá el lento avance de la psicopatología lo consiga.

tre los actuales. Independientemente unos de otros, pero apoyándose en el mismo subsuelo, han contribuido decisivamente a dilucidar lo que sabemos de la psicopatología de las ideas delirantes. Últimamente, Kurt Schneider ha hecho una exposición, tan clara y lúcida como siempre, de sus puntos de vista sobre el problema, en la Enciclopedia Médica Italiana, artículo «Delirio». El texto ha sido publicado en alemán con el título «Über den Wahn». El esfuerzo que en él se realiza para dejar totalmente depuradas las ideas en torno a este problema es considerable. El lector adquiere la impresión de que se han alcanzado ya los límites de lo que el método fenomenológico pueda dar. Schneider mismo parece pensar algo análogo. Hasta cierto punto se trata de una impresión general, y buena prueba de ello es que Matussek, en su último trabajo sobre la percepción delirante, busca nuevas interpretaciones evadiéndose de la fenomenología y amparándose en psicología estructural.

La psicología fenomenológica se esfuerza en lograr un análisis, lo más puro posible, de lo que pasa por el sujeto cuando se está produciendo el fenómeno morboso, o mejor dicho, la «vivencia» morbosa. No hay que confundir —sobre esto se ha insistido muchas veces— la psicología fenomenológica con la filosofía fenomenológica y mucho menos con la analítica existencial. Muchos psiquiatras introducen, indiscriminadamente, estas tres direcciones del pensamiento en el mismo apartado, de lo cual no resulta sino una gran confusión.

Para los que dudan de la importancia de la psicología fenomenológica no hay más que situarlos ante los hallazgos conseguidos mediante el análisis de la experiencia delirante. Cuando los clínicos clásicos trataban de lograr una definición de la idea delirante, incurrieron en una verdadera petición de principio.

He aquí unas cuantas definiciones clásicas:

«Idea delirante es un error engendrado morbosamente, y al mismo tiempo incorregible.» (Bunke.)

«Idea delirante es una representación morbosamente falseada e incorregible.» (Hoche.)

«Idea delirante es un error surgido del sentimiento de significación morbosamente alterado; es incorregible porque es vivida como incommoviblemente cierta.» (Bleuler.)

«Idea delirante es una representación morbosamente falseada.» (Kraepelin, 1883.)

«Ideas delirantes son errores engendrados de un modo morboso, que no son accesibles a la justificación por fundamentos motivados.» (Kraepelin-Lange, 1927.)

Como se ve, en todas estas definiciones interviene la palabra «morboso». El error es error delirante cuando se engendra morbosamente; pero precisamente esto es lo que debemos averiguar: que tal error o tal idea, aunque no sea errónea, tenga un origen morboso. La psicopatología no fenomenológica apela, en tal caso, a los caracteres de contenido para demostrar la morbosidad del error. Jaspers ha resumido en estos tres puntos tales caracteres: 1º la convicción extraordinaria con la cual son mantenidos y su extraordinaria certidumbre subjetiva; 2º la impe-

netrabilidad a la experiencia y a las refutaciones lógicas; 3º la inverosimilitud del contenido.

Pero estos tres caracteres no bastan *siempre* para caracterizar a una idea delirante, aunque muchas veces pueden ser suficientes. Existen ideas delirantes que son verosímiles. Muchas veces el enfermo no se muestra tan absolutamente impenetrable a la refutación. Con frecuencia le decimos a un esquizofrénico que en su fase inicial nos cuenta que la gente en la calle le mira de un modo especial o que le hacen señas al entrar en un café. «Pero, ¿cómo puede usted creer que es tan importante que todo el mundo está pendiente de usted?» Y algunos responden perplejos: «Sí, realmente no puede ser, pero algo anómalo debe ocurrir.» Falla aquí esa convicción extraordinaria y ese criterio absoluto de certidumbre subjetiva. (Más adelante veremos de qué clase de certidumbre se trata.) En mi trabajo sobre «Modalidades psicopatológicas de las ideas delirantes» publiqué un ejemplo muy instructivo y esclarecedor, por lo que creo conveniente reproducirlo aquí.

«Hace cuatro años y medio, en los primeros días del Movimiento Nacional, estaba impresionado por los sucesos que se desarrollaban. Fue a casa de un amigo suyo y éste, para tranquilizarme, le dio una copita de azahar. Al tomarla sintió mucho dolor y se mareó; tuvo que acostarse y no puedo conciliar el sueño porque no podía quitar de su pensamiento su vida anterior y la «repudiaba». Antes había ido mucho a casas de prostitución, y en aquel momento tal conducta le parecía repugnante. Esto le duró un par de horas y se le pasó. Las tres noches siguientes no podía dormir. Durante estos tres días estuvo pensando en tres ideas que continuamente le dominaban y que subjetivamente le eran agradables, pero no podía dejar de pensar en ellas aunque se lo propusiera firmemente. Los demás acontecimientos que ocurrían a su alrededor no le interesaban, no ponía atención en ellos, y si le hablaban no contestaba. Una de las tres ideas era «que quería mucho a su madre». Esta idea le aparecía solamente cuando veía a la madre y se le acercaba a él. La segunda idea era «los Nacionales ganarían la guerra», y la tercera «que tenía la certeza absoluta de estar en comunicación con Dios mediante un aparato especial, como de telégrafos, que transmitía la onda al hierro de la cama, y como tenía en contacto la cabeza con estos hierros, notaba que le penetraba la onda en la cabeza y pensaba en la existencia de Dios y en su omnipotencia». Después, cuando estuvo acostado en su cama sobre un colchón y sin contacto directo con el hierro de la cama, seguía percibiendo la onda también. Cuando «le penetraba la onda» pensaba en las tres ideas expuestas arriba, pero nunca tuvo las dos o las tres ideas simultáneamente. Cuando cambiaba el pensamiento de una a otra idea «notaba cómo saltaba la onda en su cabeza». Las ideas las veía claras y precisas.»

En este caso se plantea con nitidez la insuficiencia definitiva de los caracteres exteriores. Por su contenido no puede haber otra idea más normal que «la de querer mucho a su madre». La idea de que «ganarían los Nacionales», ¿por cuánta gente no era compartida y cuán racional y lógica resultaba? Sin embargo, aparecen aquí con sólo caracteres interiores de idea delirante. Su carácter viven-

cial es el mismo que el de la tercera idea de «estar en comunicación con Dios a través de los hierros de la cama», que es francamente delirante. Se ve cómo la vivencia es en tal grado idéntica que la «onda salta de una a otra». Se trata de inspiraciones súbitas que incluso aparecen en este caso con carácter temporal bien limitado.

En la búsqueda de la caracterización de ese origen morboso de las ideas delirantes, la escuela fenomenológica distingue entre las *ideas delirantes primarias y secundarias*. Las segundas derivan de una vivencia que les precede; por ejemplo, la idea delirante de ruina del melancólico, que está engendrada por un estado de ánimo triste. En castellano diríamos mejor ideas delirantes *explicables e inexplicables*. Que un melancólico se crea arruinado es una idea delirante explicable; pero que alguien comience a creer que todos los que se llevan los pañuelos a las narices quiere decir que es un homosexual, resulta realmente inexplicable (2).

Kurt Schneider distingue, como resultado del análisis fenomenológico de las diversas modalidades del delirio, las siguientes:

1. Percepción delirante (3).
2. Ocurrencia delirante.
3. Reacción delirante (reacción vivencial delirante).

Se habla de *percepción delirante* («Wahnwahrnehmung») cuando una *percepción real recibe una significación anormal sin que exista para ello motivo comprensible racional ni emotivo*. La significación, por regla general —con excepciones— se dirige al yo, es decir, tiene el carácter de autorreferencia.

Esta percepción delirante debe diferenciarse de la autorreferencia que tenga un motivo comprensible. En este caso se monta no tanto sobre falsas interpretaciones como sobre determinados estados de ánimo, tales como angustia, desconfianza, recelo, etc. Un ejemplo es el del niño que teme que la madre le descubra en la mirada que acaba de masturbarse. A este grupo llamaba Jaspers «ideas deliroides» (wahnhafte Ideen) y para él propone K. Schneider el nombre de «reacciones vivenciales deli-

(2) Me refiero, naturalmente, al uso popular de las palabras. Con arreglo al método fenomenológico hablaríamos aquí de *comprensible e incomprensible*. Lo incomprensible es precisamente lo que se puede explicar más allá de la psicología, recurriendo a los principios de la ciencia natural.

(3) Utilizamos aquí la expresión *percepción delirante*, que traduce exactamente la expresión alemana *Wahnwahrnehmung*. Sin embargo, podría utilizarse la expresión *intuición delirante*. La dificultad reside en que algunas *ocurrencias delirantes* son también intuiciones (intuir = percibir o entender clara e instantáneamente una idea o verdad sin el proceso del razonamiento). En francés he visto traducir «Wahneinfälle» por «invasión delirante». Más castellano sería decir *revelación delirante*, como propuse en otro trabajo («Modalidades psicopatológicas de las ideas delirantes»). De todos modos, la palabra intuición no alcanza el perímetro significativo de la percepción delirante. Lo que en ella se dice es que la significación atribuida pertenece al sujeto, no está ya en el objeto.

roides» («wahnähnlichen Erlebnisreaktionen»), o más simplemente «reacción deliroides» («wahnähnliche Reaktion»). La idea se mantiene plenamente en la dirección del estado de ánimo existente y por ello resulta comprensible. La percepción delirante no incluye todo el perímetro del delirio. En esto se diferencia la opinión de K. Schneider de la de Gruhle.

No consiste, según este autor, en una alteración de la percepción, sino, por el contrario, la percepción se halla alterada por la vivencia delirante, de suerte que ésta adquiere un rango singular. Pero, ¿en qué radica su característica más esencial y perentoria? Gruhle dice que se trata de un «ponerse en relación sin motivo» (4). Un enfermo nuestro ve a un viajero de un tranvía que estornuda. El enfermo inmediatamente cree que aquel estornudo significa que él es un homosexual. Precisamente en este referirse a estriba su nota esencial. Ya en 1911, Lowey hablaba del «Rufcharakter», del «carácter de llamada» o alusivo de tales ideas delirantes, y Wernicke señalaba el «transitivismo» de las mismas. Sólo esta referencia al yo es lo anormal, como ya decía Neisser («Eigenbeziehung»), y el mismo Specht, que reconoció el papel de la afectividad en las ideas delirantes, afirmaba que tales ideas no existen si el yo no se sitúa en el centro de las mismas. La irrupción insólita de esta referencia al yo, que surge sorprendiendo al propio enfermo, es lo que delata el carácter morboso e irreductible de la idea delirante. Así se comprende que se haya hablado de una percepción delirante («se percibe ya el delirio») para expresar este fenómeno del referirse o sentirse aludido sin motivo.

Para la parte del delirio que no entra en la percepción delirante propone Schneider hablar de «ocurrencia delirante» («Wahneinfälle») y comprende bajo esta denominación ocurrencias tales como la de ser llamados a una misión política o religiosa, o la de estar poseídos por una cualidad especial, o la de ser perseguidos o amados. En castellano podríamos hablar de «inspiración delirante». Lo que distingue la percepción delirante de la ocurrencia delirante es, precisamente, el hecho de hallarse unido intrínsecamente a una percepción. Es decir, una idea delirante puede, y así sucede en muchos casos, hallarse ligada a una percepción con significación normal. En la percepción delirante, lo alterado primariamente es la significación misma de la percepción.

Matussek, en su último trabajo, afirma que la investigación fenomenológica de la percepción delirante se halla hasta cierto punto en una falsa vía. Lo primero que es necesario confirmar es si en la percepción delirante la percepción queda intacta, según la clásica afirmación de la psicopatología fenomenológica (Jaspers, Gruhle, Schneider). Y en su opinión existen modificaciones de la percepción misma, que pueden esclarecerse aplicando

(4) Gruhle dice:

- El delirio es un ponerse en relación sin motivo.
- El delirio es una ocurrencia inmediata sin motivo.
- El humor delirante es un humor sin motivo.

En la tercera afirmación se encuentra señalada y reconocida la presencia del humor delirante.

los principios de la psicología estructural. En los esquizofrénicos existe, a diferencia de los sujetos normales, una prevalencia de ciertas cualidades perceptivas de los objetos que explica, por ejemplo, el carácter de percepción que tienen la vivencia de significación delirante, la difusión sobre otras percepciones de la propiedad esencial de la misma, etc.

La percepción delirante es bimembre (K. Schneider) cuando se somete al análisis. El primer miembro va desde el sujeto que percibe al objeto percibido, incluyendo las significaciones comunes percibidas por todos. El segundo se extiende desde el objeto percibido (con sus significaciones normales) a la significación anómala. Por ejemplo, siguiendo el ejemplo de Schneider, un sujeto percibe un perro que levanta la pata; para el delirante, ese levantar la pata percibido como los demás significa algo especial. La estructura fundamental de la idea delirante es precisamente la de ser hipolar. «Decisiva es la inderivabilidad, la incomprendibilidad de este segundo miembro». En esto se distingue del pensamiento simbólico normal. Se podría decir que en las vivencias simbólicas de la vida no psicótica existe, detrás de la percepción con su significación normal, un segundo miembro constituido por la vivencia simbólica. Este segundo miembro resulta comprensible individual o colectivamente, y tales interpretaciones comprensibles pertenecen para nosotros al primer miembro. Cuando un joven arranca la primera violeta en primavera y ve en ella el signo de un amor que se anuncia, esto puede comprenderse dado su estado de ánimo. Cuando para alguien el hallazgo de un trébol de cuatro hojas significa «felicidad», esta interpretación es comprensible racionalmente por su determinación colectiva. Cuando un hombre no prosigue su camino porque le salta un gato negro, esta significación siniestra sigue siendo una interpretación comprensible de una percepción, ya que se apoya en una opinión colectiva. Precisamente, detrás de esas interpretaciones comprensibles, comienza «sin motivo» el segundo polo característico de la percepción delirante. Por lo demás, el modo de estar afectado («Qualität des Bestoffenseins») en la percepción delirante es otro distinto que en la percepción normal, si bien resulta difícil de ser analizado conceptualmente. Parece un modo «numinoso» de una clase especial (Schneider). Mattussek ha sometido a una crítica reciente esta idea, y trata de demostrar que esta misma estructura bifragmentaria de la percepción delirante se encuentra en la percepción normal. Cita el caso de un sujeto normal que, yendo en automóvil a ver a un amigo, al cruzar un paso a nivel lo encuentra cerrado; aquello significa que su amigo no está en casa. En este caso se daría una significación anormal en una percepción, sin que ésta tuviera un carácter psicótico. K. Schneider dice que esto no es exacto. Alguien va por la calle, se apaga la luz, y de ello deduce que esto no es exacto. Alguien va por la calle, se apaga la luz, y de ello deduce que a su amada le ha ocurrido una desgracia. Parece una percepción delirante, pero no hay tal, porque la significación anómala proviene de un estado de ánimo triste o ansioso.

La ocurrencia delirante es unimembre y carece, por consiguiente, de la estructura específica de la percepción delirante. De ahí que tenga menos validez para el diagnóstico. Una percepción delirante basta para señalar la presencia de una esquizofrenia, una ocurrencia delirante, en cambio, hace pensar en ella, pero el diagnóstico debe asegurarse por la presencia de otros síntomas o por la consideración general del curso clínico, etc. Las ocurrencias delirantes, a veces, no se diferencian de las ocurrencias de la vida no psicótica, como, por ejemplo, una preocupación sobrevalorada o una creencia supersticiosa. La falta de corregibilidad no es un criterio seguro, así como tampoco lo es su desmesura o improbabilidad, etc. Una ocurrencia delirante puede ser posible, y, sin embargo, ser morbosa, como, por ejemplo, la de ser amado por la vecina. Existen, por el contrario, ocurrencias grotescas que no son deliriosas. Como caracteres distintivos frente a las ocurrencias de la vida normal y psicopática señala K. Schneider los siguientes: las ocurrencias delirantes dominan extraordinariamente el yo, se atraviesan como algo inhabitual y adoptan el colorido de una revelación. El criterio de lo primario y sin motivo no puede aplicarse aquí.

K. Schneider dice que se tiene la impresión de que las ocurrencias delirantes son, vivencialmente, distintas de las que aparecen en la vida no psicótica, por grotescas que sean. Pero la dificultad de reconocer esa diferencia es lo que se manifiesta en el plano de la clínica en la dificultad de distinguir las enfermedades delirantes esquizofrénicas de los desarrollos normales de la personalidad y de las reacciones vivenciales.

* * *

En la percepción normal existe un componente sensorial y después una organización estructural del mismo, que constituye el verdadero acto perceptivo. Esta estructura contiene varios ingredientes, y uno esencial es la *significación* que se atribuye al objetivo percibido. La significación deriva de nuestra experiencia anterior y el sujeto introduce este fragmento significativo en el acto perceptivo, sin el cual no habría percepción auténtica, sino un conjunto de notas sensoriales; *habría sensaciones, pero no cosas* (5). Esta significación puede ser habitual o simbólica. El hombre normal atribuye a sus percepciones significaciones simbólicas, y, por tanto, el carácter de simbólico no es constitutivo de la idea delirante. Hay símbolos enlazados por una cierta conexión experimental o racional, por ejemplo, cuando se dice que la bandera es el símbolo de la patria, y hay otros en-

(5) El P. Gemelli ha insistido mucho sobre este elemento intelectual de la percepción. La multiplicidad de los estímulos sensoriales que ofrece la realidad se organiza en estructuras sensoriales, que tienen un significado. Esta significación no se halla añadida a la percepción en un momento posterior, sino implícita en el acto perceptivo mismo. Es lo que Michotte designa como «prise de significación».

lizados por analogías menos claras, como las metáforas de los poetas. Cuando un poeta inventa una metáfora nueva, también aquel objeto tiene una significación simbólica especial para él, que los demás podemos comprender y aceptar o rechazar por incomprensible, pero que nunca calificamos de idea delirante, por extraña e inverosímil que sea.

Decir que la percepción delirante se caracteriza por su relación simbólica es a todas luces insuficiente. También el hombre sano está lleno de interpretaciones simbólicas. Nietzsche decía que el lenguaje es una carrera de metáforas. Grühle recuerda a este respecto el libro de Bachofen sobre «Gräbersymbolik der Alten». Pero tanto para Grühle como para Schneider el hombre sano es capaz de lograr la interpretación simbólica apoyándose en sus conocimientos o en analogías. En tal caso, el carácter del segundo miembro de la percepción delirante ya no está tan dado por su modo fenomenológico, y en esto no le falta razón a Matussek, sino por su contenido. Incluso muchas percepciones delirantes pueden ser interpretadas por el hombre sano como analogías.

En cambio, es difícil interpretar ni por analogía ni apoyándose en el saber propio, algunas imágenes de los poetas modernos. Más bien se necesita, a mi modo de ver —y esto es lo que pretende el poeta—, hacer revivir una experiencia de un modo nuevo. Cuando Vicente Aleixandre dice:

«Muslos de tierra, barcas donde bogar un día
por el músico mar del amor enturbiado
donde escapar libérrimos, rumbo a los cielos altos
en que la espuma nace de dos cuerpos volantes.»

La interpretación de las metáforas sólo puede hacerse a base de revivir la «plenitud del amor» en su vertiente a ras de tierra y en su exaltación cósmica. Toda la expresión poética está llena de alusiones. Y es que creer que toda la realidad se puede expresar mediante el lenguaje habitual es un error. ¿Es que el lenguaje es capaz de expresar lo que se siente —por seguir el ejemplo anterior— en la plenitud de la posesión sexual o amorosa? Cuando en lugar de la realidad de todos los días nos encontramos, como el enfermo, con la realidad nueva de un mundo psicótico, la insuficiencia del lenguaje es más evidente todavía. Siempre, en la primera fase de indeterminación, existe ese percibir oscuramente como un mensaje de un mundo nuevo. Cuando el mensaje aparece como indescifrable el enfermo lo siente como preñado de inquietante extrañeza; pero cuando logra atisbar algún sentido en él inicia su tranquilidad. No es extraño, incluso, que un estado de ánimo cambie de signo, puesto que el lenguaje interpretado puede ponerle en posesión de una misión especial. De ahí el carácter de exaltación que presenta a veces (6).

(6) He aquí unas metáforas de Victor Hugo que produjeron gran indignación a don Juan Valera:

A mi modo de ver, lo que caracteriza la percepción delirante, aparte de los datos anteriores, es que el sujeto experimenta esa significación como impuesta. Cuando el poeta descubre una metáfora nueva lo hace poseído de un cierto sentimiento de actividad. En la percepción ordinaria hay siempre una actividad del ser que se halla vertido al mundo, y de la cual el ser tiene una cierta honda y oscura noticia. Si no nos sometemos a ningún autoanálisis vivimos en la creencia errónea de que la percepción es un puro proceso pasivo y no hay tal. En realidad, toda la vida psíquica se caracteriza por ser activa, aunque haya grados tan diversos de actividad como los que median entre la acción voluntaria de mover un brazo y la percepción pasiva del rayo de sol que penetra en la habitación.

En la percepción delirante el sujeto tiene la impresión de que aquella significación que en el fondo procede de él —¿de dónde sí no?— le es extrañamente impuesta. He aquí cómo la idea delirante primaria nos ofrece la misma estructura psicológica que los otros actos de la vida del esquizofrénico, y que en conjunto pueden interpretarse como *trastornos de la actividad del yo*. La noción del automatismo mental de Clérambault refleja un punto de vista análogo.

La existencia de un estado de ánimo como predecesor de la percepción delirante es evidente, y debemos sospechar que existe siempre. Guiraud habla de un estado tímico desagradable, anideico, más elemental que los sentimientos, más estable que las emociones. «Mais la caractéristique du malaise thymique prédélirant est un cachet d'étrangeté inquiétante, ne semblant pas provenir de l'activité somatique ou psychique individuelle.»

A ese período vago, indefinido, sólo revelado por un estado especial de ánimo, es al que refiere Clérambault cuando dice que en el momento en que aparece el delirio la psicosis es ya vieja. El delirio es sólo una superestructura.

Cuando el humor precede a la idea, el enfermo nota algo raro y extraño en torno suyo. No puede definir qué, incluso se esfuerza en impedirlo, ya que el humor delirante resulta tan atormentador en la intimidad del propio enfermo, que cuando éste logra rellenarlo con una significación determinada, experimenta un cierto alivio. Este hecho significa que lo característico de la percepción delirante no está sólo en conceder a la percepción un determinado sentido, es decir, en lo que Husserl llama completar o rellenar un acto significativo. La nota distintiva se halla forzosamente antes en esa percepción vaga y difusa de que algo extraño sucede a su alrededor. Naturalmente, que en la mayoría de los casos todos estos fragmentos que aquí trato de exponer como imágenes de una cinta

L'univers étoilé est un crachat de Dieu.
(El universo estrellado es un esputo de Dios.)
Cristo, inmensa lechuzca de amor y de luz.

(Cartas americanas. Sobre Victor Hugo. A un desconocido. Obras completas, Aguilar, tomo I, 1657).

Que el universo sea un esputo de Dios es una idea que muy bien pudiera habérselo ocurrido a un esquizofrénico.

cinematográfica cursan más velozmente, y entonces, súbitamente, el enfermo al ver un objeto o persona, le atribuye una determinada significación simbólica.

En el análisis que hace K. Schneider del «delirio», pasa a segundo plano y casi se esfuma el *humor delirante*. Fue Hagen el que señaló que las percepciones delirantes van precedidas de un estado especial, que es el humor delirante.

Esta palabra expresa el estado singular y anormal que perciben muchas veces los esquizofrénicos. No se trata sólo de la perplejidad que se les nota en la cara. Es algo distinto de todo ello: es la sensación de lo arcano, extraño y singular. Esta mezcla de tomar conocimiento de una cosa con una fuerte impregnación afectiva es conocida de la psicología normal. Se habla en Goethe, por ejemplo, de un conocer afectivo, de un «gefühlsmässiger Erfassen», que, como decía él mismo, tiñe a la realidad de algo espectral («etwas Gespenstermässiger»). Es decir, la experiencia invade, por así decirlo, más de un sector de la vida psíquica. En la experiencia delirante primaria del esquizofrénico, tal invasión se hace tan súbitamente que sobrecoge al enfermo. La irrupción no es un puro asalto intelectual, sino que perturba su estado. Y esto, que como veremos más adelante, es un fenómeno normal —conocer emocional—, de Hartmann— se halla aquí matizado por la misma cualidad. Humor e idea delirante son trozos o fragmentos de la misma experiencia psíquica. A nosotros, observadores externos, nos llamará más la atención uno u otro, pero un hiato irreductible entre ellos no se puede establecer.

Esta nota de sentirse sobrecogido por la experiencia la estimamos fundamental. Tanto si el enfermo se siente aludido o si los «omina» se le manifiestan para comunicarle sus augurios, él tiene la impresión de ser sujeto pasivo en esta experiencia. La idea delirante se le revela al enfermo. Por eso nosotros proponemos llamarla revelación delirante, porque nos parece exponer de un modo más exacto lo que sucede que con la designación de «percepción delirante».

Todo acto de conocimiento va acompañado de un halo que no es intelectual; consiste en una modificación del estado del ser y a estas modificaciones del estado se llama sentimientos. Nicolai Hartmann se ha ocupado de esto que podríamos designar como halo afectivo del pensamiento. Los sucesos exteriores sorprenden al hombre en sus dos vertientes intelectual y emotiva y el tono emotivo es un portador esencial e imprescindible de la noción de la realidad. La «presión», la «dureza» de lo real deja aquí su huella y el ser se forja de aquélla la idea emotiva correspondiente.

En contra del conceder demasiado valor a la presencia del humor delirante en la génesis de las ideas delirantes, se hallan las disparidades que pueden existir entre el estado del humor y el carácter mismo de la percepción delirante. Precisamente, se dice, por su indeterminación, el humor no puede determinar el contenido de la percepción delirante. No se puede comprender el contenido determinado por la percepción a partir de la vaguedad e

indeterminación del humor. Está incrustado en él, pero no se deriva de él. Ni siquiera coinciden con el color del estado de ánimo. Un humor delirante puede ser siniestro y la percepción delirante inflada de felicidad.

Otra objeción considerable consiste en señalar que en muchos enfermos se ve surgir la percepción delirante, sin que exista un humor delirante. Es indudable que nos hallamos en plenas fronteras del análisis fenomenológico, pero quizá sea posible desplazarlas algo más profundamente.

Las tesis de Schneider son ciertas y ha llegado con ellas al límite del análisis fenomenológico. El problema, con respecto a nuestras afirmaciones, aparece en el siguiente punto: como observador puedo reconocer muy bien la presencia de una interpretación perceptiva injustificada, pero ¿puedo reconocer esa cualidad de la vivencia que provisionalmente hemos calificado de pasividad? ¿No es esto una interpretación por mi parte, más bien que un resultado del análisis fenomenológico? Que existe algo que nos permite percibir un cambio en la cualidad de la vivencia perceptiva es indudable en muchos casos. El mismo K. Schneider dice: «Por lo demás, también resulta la cualidad del estar afectado en la percepción delirante otra, aunque no es posible cogitarla conceptualmente. Es un «numinoso» de una clase especial. Esa cualidad existe, pues, en la vivencia y se halla incrustada en el humor delirante. Realmente, ¿cómo podemos reconocer la existencia de un estado de ánimo? En la vida habitual ésta se manifiesta con palabras. El sujeto nos dice que está alegre, triste, angustiado, eufórico, etc. Algunas veces podemos colegir un estado de ánimo por su expresión. Esto ocurre también en los esquizofrénicos. El llamado «Praecoxgefühl», es decir, en lo que podríamos llamar «olor de esquizofrenia» («Me huele a esquizofrénico», se dice en el argot clínico, o «Tengo el presentimiento de que estamos ante un esquizofrénico») le apoya, en parte, en la impresión que nos producen los gestos, actitudes y conducta del enfermo.

Pero la expresión hablada de un estado de ánimo puede no resultar tan fácil. El análisis minucioso de muchos enfermos angustiados me ha demostrado con cuánta frecuencia el enfermo no es capaz de decir que está angustiado. Incluso, si se les pregunta directamente lo niegan. En cambio, en el relato se les enturbia la voz cuando dicen que, al ver en el cine un crimen o al pasar al lado de un enfermo mental, tienen una sensación especial, algo más aguda de lo que es su estado de ánimo habitual. Esa experiencia, interpretada correctamente, significa el miedo a la posibilidad de convertirse en criminales o de volverse locos, etc. Es decir, pura angustia, ya que según he demostrado en otra parte, la angustia del neurótico es el miedo a la posibilidad de perder el control de su yo.

Pues bien, tales dificultades expresivas de un estado de ánimo aumentan cuando se trata de algo tan nuevo y desconocido para la experiencia anterior del enfermo como el estado de ánimo delirante. Incluso puede inducir a error al observador y pensar que el estado de ánimo

mo es neutro porque el sujeto así lo afirma. En realidad, no sabe lo que pasa por él. Desde el estado de ánimo puro, vago e indeterminado, a la percepción delirante concreta, existe una gradación espectral. En algunos enfermos observamos que, como residuo de un delirio esquizofrénico, son especialmente sensibles a ciertas percepciones exteriores.

Una forma muy mitigada, pero esencial, del trastorno fundamental de la esquizofrenia, consiste en un estado de ánimo en el cual todo impresiona al enfermo. La impresión se produce en el enfermo porque todo va cargado de una cierta significación que no se puede desentrañar. Este mismo carácter secreto de la significación es lo que produce una inquietud.

Este estado de ánimo es aparentemente igual que el estado de ánimo de la angustia, pero la estructura interna debe ser distinta. Así como en la angustia todo puede suceder, aquí está ya sucediendo algo extraño, enigmático, ininterpretable.

El problema, pues, se halla en la gradación que exista en la percepción o vivencialidad de los estados de ánimo. Cuando un estado de ánimo es claramente perceptible para el sujeto, tiene, por tanto, los caracteres netos de vivencia, y así se presenta ante el propio sujeto. Así hablamos del estado de ánimo triste, alegre, exaltado, etc. Sin embargo, el humor delirante nunca se presenta con esta plasticidad vivencial para el propio enfermo. El triste se define como triste, pero el delirante no define su estado interior como delirante. A lo sumo emplea la expresión vaga de que algo ocurre, que no sabe precisar. En un momento determinado la vaguedad se transforma en percepción concreta: me miran, el mundo se puebla de significaciones. Pero en esos grados está precisamente la reconocibilidad de la percepción delirante. Es percepción delirante porque se monta sobre una significación anómala y se monta sobre tal significación porque emana de una estructura fundamental, que es un determinado estado de ánimo.

En la filosofía existencial se parte del análisis de los humores (Heidegger, Bollnow). La angustia que sirve de punto de partida a los análisis existenciales no es una vivencia, sino una estructura que late en el fondo de la vivencia. Manteniéndonos en el plano psicológico podríamos establecer la misma distinción entre la vivencia y su estructura no vivencial. Existen algunos angustiosos que cuando se les interroga no confiesan que están angustiados. Incluso si se les afirma, ellos lo niegan. No reconocen tal estado de ánimo como propio. Sin embargo, la presencia del mismo se revela de otra manera: el enfermo tiene miedo a volverse loco, a que le ocurra algo raro o extraño en este sentido. Revela, con otras palabras, el mismo estado de ánimo.

Lo mismo ocurre con el humor delirante. Kunz dice que lo primario, original y auténtico del delirio primario no es lo delirante –ponerse en relación, representación delirante, la nueva conciencia de significado– ni tampoco el humor delirante, sino la total mutación existencial (-ganze Existenzumwandlung-), el cambio total en el in-

der-Welt-sein. Tal mutación existencial la ve él en una retirada radical del mundo colectivo.

A mi modo de ver, esta mutación en el -modo-de-estar-en-el-mundo- del delirante consiste en que *se invierte la flecha intencional*. Nuestros actos psíquicos tienen un carácter intencional. Este carácter se ve reconocido desde fuera, pero también existe en nosotros una difusa conciencia de que las intenciones residen en nosotros y no fuera. En el delirante ocurre al revés, las intenciones se hallan fuera, en los seres externos. Por eso el mundo se puebla de significaciones mágicas. Estas no tienen que ser precisamente amenazadoras; son simplemente desconocidas.

El humor delirante no es lo mismo que el humor angustioso. En clínica muchas veces se encuentra gran dificultad en diferenciar un delirio de referencia *primario* de uno secundario a una experiencia o vivencia *angustiosa*. En el diagnóstico de los casos iniciales de esquizofrenia es uno de los errores que se pueden cometer. A mi modo de ver, la diferencia es la siguiente:

En la referencia secundaria a la angustia la experiencia íntima que se tiene es la de la posibilidad de que un hecho determinado ocurra. Un hombre ha cometido un crimen, oye pasos en la escalera y se angustia porque piensa que aquellos pasos son del policía que va a buscarlo. Un muchacho se masturba y al tropezarse con sus padres se angustia porque teme que sospechen que se ha masturbado.

En el humor delirante no es la *posibilidad*, sino la *presencia* de algo. Y este algo presente está cargado de intención con respecto al sujeto que delira. El se siente ya como un instrumento en las manos mágicas de su circunstancia. La frecuencia con que los enfermos leen algo en la mirada de los demás tiene esta explicación (7). El cambio en la dirección intencional es evidente. Las nuevas significaciones reveladas no tienen que ir forzosamente impregnadas de colorido amenazador. A veces se presiente que algo ocurre, y la confirmación de ese oscuro presentimiento es una mirada, gesto o signo, inunda de alegría al enfermo. Otras veces, el sentirse elegido para que se le revele tal mensaje, también. De ahí que el colorido del ánimo vivencial pueda no ser amenaza-

(7) Sartre: -La presencia del otro se me revela porque me mira. Si "el otro" me mira, mi propia existencia y mi propio mundo cambian, se constituye el límite de mi libertad y me define a mí y a mi situación.-

En la mirada de los demás formamos conciencia de que existe un mundo autónomo creado de significaciones propias distintas de las nuestras. Nosotros dirigimos la mirada en torno, pero también los demás dirigen su mirada sobre nosotros. La persona humana, como *centro accionado*, se nos revela de un modo muy peculiar en su mirada que nos cuida y valora, que aprecia lo que significamos. Una mirada tiene siempre una significación activa referida a mí, un objeto puede ser objeto pasivo de mi propia mirada. En el delirio primario esquizofrénico el mundo está poblado de miradas que le lanzan significaciones, miradas que proceden sobre todo de los seres humanos, pero a veces también de los otros seres y de las cosas.

dor y hostil, como parece querer afirmar siempre que se habla de humor delirante.

El análisis existencial parte de la situación radical del hombre, que consiste en hallarse inmerso en el mundo. De esta estructura referencial se derivan todas las posibles actividades del hombre. El contacto entre el hombre y el mundo, el estar-en-el-mundo es, transportado al plano psicológico, un estado de ánimo. Lo que llamamos sentimientos, dice Heidegger, no consiste en unos fugaces fenómenos que acompañan a nuestro pensamiento y a nuestras acciones, ni tampoco un estímulo para provocarlos, ni siquiera un estado presente con el que nos encontramos. Los estados de ánimo o humores nos revelan el ser en su totalidad, y una de ellas, la angustia, nos revela la existencia de la nada envolviendo al ser.

Precisamente en la angustia se pierde todo carácter referencial del ser con su mundo. En cualquier otro estado o situación éste se mantiene, y en el plano psicológico la actividad emana de un punto al que llamamos «yo». Sin la existencia de éste, no existiría su mundo. Claro es que el yo existe —y se sabe existente—, en tanto en cuanto se aprehende como inmerso en su mundo. Pero hay unas simbólicas líneas de fuerza que parten primariamente de él y se dirigen al mundo, que luego se las devuelve. En esto consiste el «acto intencional», característica de la vida psíquica, a diferencia de la vida en el puro plano biológico o somático. Como dice Husserl, «la referencia intencional entendida de un modo puramente descriptivo, como peculiaridad íntima de ciertas vivencias, es la nota esencial de los fenómenos psíquicos o actos».

De esta inversión de la flecha intencional deriva el carácter alusivo o de referencia del delirio, aunque no sea éste un carácter absoluto de la experiencia delirante. Quizá no puedan considerarse esenciales estas diferencias y sean sólo graduales. Nos encontraríamos aquí de nuevo frente al principio de acentuación que rige la caracterología. Que en clínica puede presentarse algún caso dudoso es evidente; pero en la mayoría es posible establecer esta ordenación poniendo en claro si existe o no un estado de ánimo determinado o si éste es sólo el que corresponde al delirar.

También en las ocurrencias o inspiraciones delirantes aparece la misma cualidad. K. Schneider dice: «Ciertamente, se tiene la impresión segura de que las ocurrencias delirantes esquizofrénicas son vivencialmente distintas de las ocurrencias no psicóticas, por extrañas y grotescas que sean; pero esta diferencia no es psicológicamente comprensible. La diferencia está en este plano

de la actividad o pasividad. La inspiración del poeta es activa, la del esquizofrénico es pasiva, impuesta. Lo que ocurre es que la inversión de la flecha intencional se reconoce más fácilmente en la percepción que en la ocurrencia. En la percepción resulta evidente, puesto que lo percibido *viene* cargado de una significación extraña. En la ocurrencia es más difícil establecer esa diferencia; de ahí su menor valor diagnóstico, pero que existe y es oscuramente presentida lo demuestran las mismas palabras de K. Schneider.

La estructura, pues, de la idea delirante, revela la existencia de una anomalía cualitativa del acto perceptivo, caracterizada porque el sujeto siente transformada la vivencia oscura de su relación activa con el mundo, movimiento centrípeto, para suplirse por una relación de pasividad anómala, movimiento centrífugo. El contenido del acto toma por ello formas anómalas, extrañas e inhabituales. Por eso la idea delirante es anómala, además, por su propio contenido. Las viejas definiciones de la idea delirante, que le achacaban el carácter de error fijo, inverosímil, incorregible, etc., aluden a los caracteres del contenido.

Por estos caminos llegamos al mismo punto. La vida psíquica se siente sojuzgada por algo. Ha perdido su libertad y ese algo que la sojuzga es la materia perturbada. No cabe duda que esta perturbación, en definitiva, se establece sobre las relaciones del sujeto con el mundo, por consiguiente, del estar-en-el-mundo. De aquí que los delirios puedan ser susceptibles de una interpretación analítico-existencial, que no hay que confundir con el puro análisis fenomenológico.

Para hacer resaltar el valor clínico del análisis fenomenológico, basta con hacer observar dos hechos: en primer término, cuando en un cuadro clínico nos encontramos con una idea delirante primaria, podemos tener la seguridad de que se trata casi siempre de una esquizofrenia, o si no, de una alucinación alcohólica, o de una psicosis epiléptica. En cierto sentido estos dos últimos trastornos vienen a ser como esquizofrenias sintomáticas. Desde un punto de vista clínico, pues, la idea delirante tiene un valor extraordinario.

El otro hecho es el siguiente: las ideas delirantes primarias casi nunca aparecen solas en un cuadro clínico. La experiencia lo demuestra, y esta experiencia habitual tiene la siguiente explicación: como quiera que en ellas hay un trastorno de la actividad del yo, es lógico pensar que éstas puedan mantenerse en otros sectores de la vida psíquica, por ejemplo, en las alucinaciones de los impulsos, etcétera.

El problema de las alucinaciones

JUAN J. LOPEZ IBOR

Publicaciones de Crónica Médica, Valencia, 15 de octubre de 1935.

Sólo a guisa de introducción y de justificación, quisiera hacer dos acotaciones previas que expliquen, a la vez, los motivos de este tema y la íntima estructura sobre la que se teje su desarrollo. Vamos a ocuparnos de un problema extraordinariamente debatido, sobre el cual existe una bibliografía inmensa, en el cual se dan los más diversos modos de pensar, y precisamente por ello, vamos a intentar demostrar la posibilidad de puntos de vista unitarios y totales, tales como deben regir el acontecer mismo de los fenómenos en la realidad. La segunda observación es complementaria. Si queremos que esta exposición esté presidida por el signo de la unidad, porque pretendemos acercarnos a la esencia del fenómeno alucinatorio, fuerza será dejar para una segunda ocasión la exposición de los fenómenos clínicos, con su variedad y polifacetismo.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Conocimiento científico acerca de las alucinaciones se tiene a partir de Esquirol, que fue el primero que logró perfilar sus contornos y arrancarlas del magma en que las sumergían las definiciones de sus predecesores. Conocimiento vulgar, aun entre los científicos, se tenía mucho tiempo antes. Nosotros, con fines didácticos, suprimimos toda esta anécdota de la historia, y sólo aquí y allá citaremos los puntos culminantes en el proceso de su desarrollo.

Decía Esquirol en su *Memoire sur les Hallucinations*, en 1817: «Un hombre que tiene la convicción íntima de una sensación actualmente percibida, cuando no existe objeto alguno capaz de excitarle al alcance de sus sentidos, se halla en estado de alucinación». O sea, el enfermo que llega a nosotros y nos refiere que oye voces que le insultan, que nadie oye más que él, o el que nos dice que está oyendo en aquel momento a su madre ya difunta, es un alucinado. Posteriormente, esta definición se abrevió en el sentido siguiente: *alucinación es una percepción sin objeto*, mutilando así el fenómeno, convirtiéndolo en

un hecho aislado, en un bajorrelieve de la fachada de la personalidad, cuando en realidad se trata de algo activamente ligado a toda ella, como lo expresaba Esquirol con las palabras «un hombre que tiene la convicción íntima...»; sobre esta *creencia* del alucinado volveremos a tratar más adelante.

ESQUEMA CLASICO

Un esquema, pues, que podemos llamar fundamental y clásico para explicar la esencia y la génesis de las alucinaciones es éste. Una excitación del mundo exterior, la onda luminosa por ejemplo, llega a nuestros órganos sensoriales e imprime en ellos una modificación, que se transmite a su punto terminal en el sistema nervioso central. Si luego nos acordamos de la percepción tenida una vez cerrados los ojos o desaparecido éste de nuestro campo visual, es porque debe haber un centro, un depósito, donde se acumulen las huellas o *engramas* que la percepción dejó, como estela de su fugaz paso (Fig. 1). A la vista de él, fácilmente se comprende cómo se imaginaban la génesis de las alucinaciones los que podríamos llamar los «primitivos», entre los investigadores. Bastaría para ello que el centro de los engramas o representaciones entrase en actividad, como un volcán apagado que

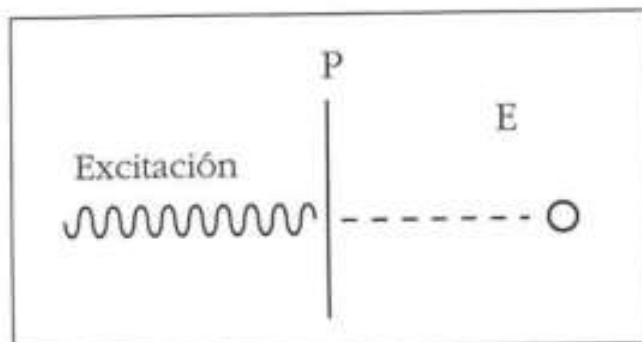


FIG. 1.

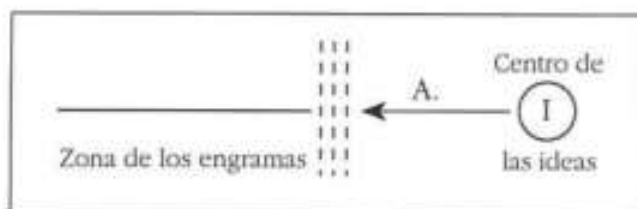


FIG. 2.

se despierta, con lo cual adquirirían toda la nitidez y viveza de las percepciones. Así decía Tamburini: «Todos los hechos que establecen de una manera positiva la existencia de centros sensoriales en la corteza cerebral (las experiencias de Hitzig y Fritsch, p. ej.), es decir, los puntos donde se encuentran todas las imágenes viniendo del exterior, para transformarse en percepciones y depositarse bajo la forma de imágenes mnémicas, nos explicarían la génesis de las alucinaciones; de la misma manera que la excitación de un centro motor produce movimientos desordenados e intensos (movimientos epileptiformes), la excitación de un centro sensorial produciría sensaciones patológicas. En una palabra, *la alucinación sería una epilepsia de los centros sensoriales*».

Bien pronto echó de ver Tanzi que si se tratase simplemente de una excitación de los centros sensoriales, las alucinaciones visuales habrían de ser hemianópsicas, como consecuencia de la bilateralidad de los centros corticales y del entrecruzamiento de las vías; era, pues, necesario, admitir un centro común de las ideas, central y simétrico, de donde partirían las excitaciones hacia las zonas donde duermen los engramas. Griesinger, siempre en el mismo camino, pensaba que así como las ideas producen a veces excitaciones motoras, también podrían producirlas en las zonas sensitivas y éstas despertarían sus contenidos dando lugar a la alucinación; éstas serían las *alucinaciones reperipectivas*, que Kahilbaum contraponía a las *directas*, en las cuales el engrama se despertaría primero y secundariamente se le agregaría el factor «idea» que serviría para proyectarla al exterior, es decir, para creer erróneamente que el punto de origen del proceso era un objeto externo (Fig. 2).

INTENSIFICACION DE LA IMAGEN

En una u otra forma, todo se reduce a lo siguiente: Se creía que una imagen, representación o huella mnémica, etcétera, podría llegar a intensificarse de tal suerte, que adquiriese todos los caracteres de la percepción. Mi recuerdo de la ventana o del libro visto podría llegar a ser tan fuerte como en Flaubert, que describiendo el envenenamiento de Emma Bovary sentía el gusto del arsénico en la boca. Nos hallamos ante la *tesis opsifílica* de las alucinaciones, porque Quercy, en sus diálogos imaginarios, pone en boca de Opsiphila la defensa pertinaz de estos puntos de vista.

Contra esta tesis se levantó ya Kandinsky, el psiquiatra ruso que conocía las alucinaciones por propia experiencia, diciendo que no es posible confundir representación por una parte y alucinación y percepción por otra. Monakow demostró que, a pesar de la extirpación de las esferas visuales corticales, las representaciones visuales del sujeto existen y son posibles las alucinaciones visuales.

FENOMENOLOGIA DE LA PERCEPCION

Pero quienes más han insistido sobre la diferencia entre alucinaciones y representaciones han sido los de la escuela fenomenológica. ¿Cuáles son estas diferencias? El estudio fundamental se debe a Jaspers, que crea un abismo entre ambos grupos de fenómenos, basándose en los siguientes caracteres:

a) En las percepciones (todo lo que se diga de ellas, entiéndase también como referente a las alucinaciones) los elementos particulares de la sensación *conservan su frescura sensorial*; los brillantes colores del crepúsculo son más vivos cuando los contemplamos, que cuando pensamos en ellos en la penumbra de nuestro gabinete de trabajo.

b) Lo mismo que decimos del color podemos decir del *dibujo y de los contornos*. Contornos netos y ásperos los de las cosas reales, contornos desleídos y desdibujados, como en un aguafuerte románico, los de nuestras representaciones.

c) No es esto sólo; la percepción, como si se tratara de una institución psicológica de mayor rango en la estructura de la personalidad, tiene caracteres de *constante* frente a la representación. La mesa que tengo enfrente permanece, en cuanto la contemplo, igual a sí misma. Por el contrario, cuando cierro los ojos, la imagen de la mesa pierde su constancia, varía y se altera, desaparece y se modifica, pero dejando siempre un poso en forma de la idea de la mesa, cual si fuera una llama que sigue siendo llama, sin ser nunca igual a sí misma.

d) Finalmente; esta misma constancia supone una cierta *independencia de la voluntad*. Esta se pliega normalmente a la percepción de la realidad, así como las ideas en su constante ir y venir se pliegan a sus impulsos.

Estas son las cuatro diferencias secundarias entre representación y percepción, y por tanto entre alucinación y representación. A mi juicio, si pudiéramos resumirlas en una, diríamos de un modo aproximado, que *el contraste entre figura y fondo es mayor en la percepción que en la representación*; nosotros percibimos no elementos aislados, sino elementos estructurados que destacan sobre un fondo indiferenciado. Renuncio en honor a la brevedad a traer aquí multitud de ejemplos que nos lo demuestran. Me basta con el de la figura del margen; unas veces percibiremos como figura la cruz y como fondo el resto y otras véanse al revés (Fig. 3). Pero esta misma posibilidad puede servirnos para abrir una primera brecha en el abismo fenomenológico creado entre per-

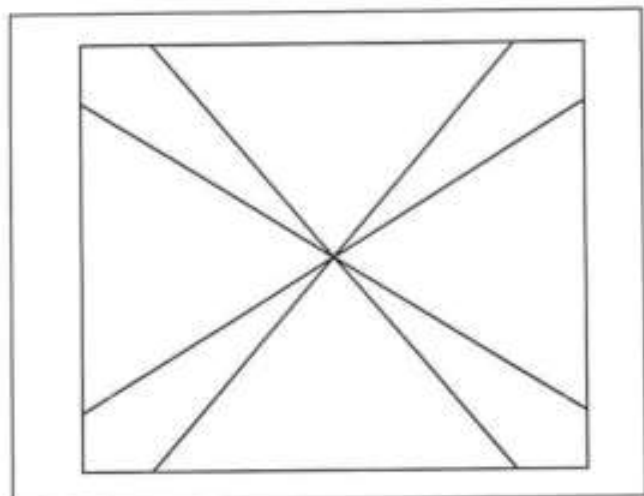


FIG. 3.

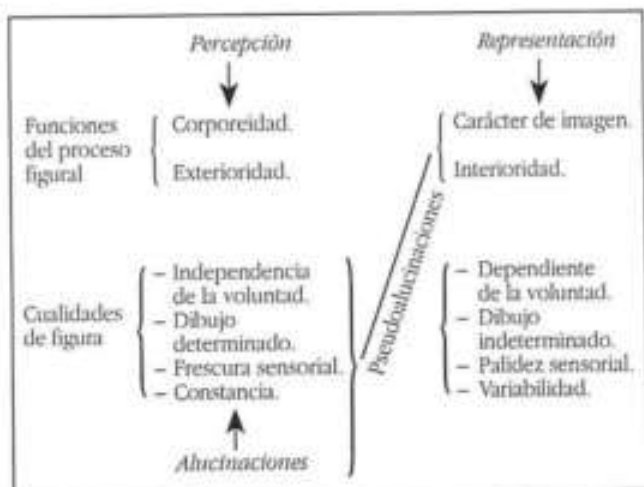
cepción y alucinación. El hecho de que nosotros percibamos una u otra figura depende de nosotros, de nuestra propia actitud (*Einstellung*), es decir, no puede afirmarse, de modo tan severo, la independencia de la percepción con respecto a la voluntad. Otro ejemplo nos lo proporcionaría el ex-libris que para Edinger dibujó Guden. A estos caracteres, por secundarios, nosotros proponemos llamarles *cualidades de figuralidad*, en contraposición a las que podríamos designar como *funciones del proceso figural* de las que vamos a ocuparnos ahora mismo.

La percepción lleva consigo dos caracteres esenciales:

La *corporeidad* (*leibhaftigkeit*), es decir, la propiedad de presentarse a nosotros como hecho, como dado y existente. Esta es una vivencia primaria que se contrapone al *carácter de imagen* de la representación. Hay entre ambas la misma diferencia que entre la sombra y el cuerpo que la produce; a ese mismo carácter corpóreo que entraña toda percepción, por simple que sea, le acompaña la proyección en el *espacio exterior objetivo*. Vemos el libro y nuestra percepción jugosa de él va acompañada del proceso que lo sitúa ante nosotros, en los estantes de nuestra biblioteca. La imagen del libro, por el contrario, está como en los estantes de nuestro psiquismo, en el *espacio interior subjetivo*.

He aquí, pues, el esquema diferencial entre percepción y representación, tal como lo establece Jaspers; el que sirve de base a la que yo llamaría «doctrina clásica de las alucinaciones frente a los primitivos antes citados».

Hay empero otros grupos de fenómenos, de los cuales he aquí un ejemplo. «La figura del muerto no se me volvió a aparecer después del primer día y por el contrario, entraron muchas otras en escena. A veces eran caras conocidas, pero las más, desconocidas. Entre las conocidas, las había de vivas y de muertas, sólo que notaba que las personas con las cuales me trataba diariamente no aparecían como fantasmas; éstos eran otros. Cuando yo trataba de impresionar mi vista fuertemente con la ima-



Esquema diferencial entre percepción y representación.

gen de las personas que tenía delante de mí, para hacerlas surgir luego como fantasmas, no lo lograba, aunque poco antes hubiera visto fantasmas. Los fantasmas aparecían involuntariamente, como si fueran presentados viniendo desde fuera, cual fenómenos de la naturaleza, aunque en realidad venían de mí mismo, y yo podía distinguir entre los fantasmas y los fenómenos naturales, sin que me equivocara ni una sola vez. Sabía exactamente cuándo parecía que la puerta se abría para dar paso a un fantasma y cuándo se abría la puerta, realmente, para dejar paso a alguien que venía a verme (Gruhle). Y otro enfermo nuestro decía: «A veces veo en la retina calaveras, sin previa afectación visual ni imaginaria».

Tenemos, pues, en estos relatos un ejemplo magnífico de un grupo nuevo de fenómenos muy frecuente en enfermos mentales, las *pseudoalucinaciones*, cuyos caracteres resultan de la agrupación en un todo de las cualidades de figura de la percepción con las funciones de proceso figural de la representación. He lo aquí en el ejemplo:

Carácter de imagen

«El enfermo habla de fantasmas en lugar de seres reales».

Interioridad

«En verdad nacían de mí mismo; sabía exactamente cuándo me parecía que la puerta se abría y cuándo lo hacía, etc.» «veo en la retina».

Caracteres de figura

«Las caras eran a veces conocidas...».

Independencia de la voluntad

«Los fantasmas aparecían involuntariamente...».

Vivencia sensorial, etc.

«Unos estaban vivos y otros muertos...», etcétera.

EL ERROR POR ESQUEMATISMO

¿Ocurren así las cosas como dice Jaspers, y con él otros muchos? La contestación, a mi modo de ver, es la siguiente: *Los hechos ocurren así a veces*, puesto que las vivencias de la percepción, alucinación y representación, tal como las acabamos de describir, representan productos puros: no son vivencias, sino *arquetipos de vivencias*, realmente existentes, pero a las cuales es imposible reducir toda la variedad de la percepción en sanos y enfermos.

Veamos, aunque sea bajo el imperativo de la brevedad, qué otros tipos de vivencias pueden existir. En primer lugar, hay enfermos en los cuales la percepción no es tan neta, destacada y corpórea como en los normales; no hablemos ahora de errores, sino simplemente de aquel tipo especial de vivencias como el del esquizofrénico que dice: «los ruidos se han vuelto pálidos»; o como un enfermo nuestro: «la voz era opaca» (falta, pues, la corporeidad). Más fundamental que ello es para nosotros que muchas veces la vivencia de la percepción es distinta de la alucinación: «oigo como habla usted, pero además, oigo de un modo distinto esas voces que continuamente me recordaban mi falta pasada». Gruhle dice que el alucinado fácilmente establece mecanismos que permiten fijar esta distinción entre el mundo real y el mundo de su alucinación. El alucinado comprende rápidamente, según dicho autor, que sólo él oye sus voces; la gente de alrededor le discute su realidad; frecuentemente las oye procedentes del aire, suelo, paredes, etc., en contra de lo que ha venido ocurriendo hasta aquí; el tono no es el de la voz de sus amigos, etc. Compréndese fácilmente, según Gruhle, cómo el alucinado llega a tal distinción. Esto es precisamente lo que nosotros negamos; *la distinción se establece en el primer momento, en cuanto aparece la vivencia de la alucinación, de un modo primario, originario e irreductible, no razonado, lógico y derivado*. A veces podrían ocurrir las cosas así, pero la existencia de la vivencia alucinatoria como distinta de la perceptiva es para mí indudable. Además, cuando un enfermo me dice: «siento que mis huesos se han vuelto líquidos», con toda la corporeidad de esta imagen ¿es que ha sentido alguna vez, ha habido percepción en algún momento de sus huesos? Aquí hay algo nuevo, total y absolutamente nuevo. Por si fuese poco, a veces los enfermos señalan los caracteres distintivos de sus alucinaciones. Un enfermo nuestro dice: «También muy frecuentemente veo una cruz algo luminosa, con esa fosforescencia de las imágenes interiores, pero siempre inclinada, semicaída, nunca recta».

LA MESCALINA

Las experiencias con mescalina nos confirman en esta tesis. Desde hace algunos años, se viene empleando este tóxico, por su propiedad de provocar alucinaciones en individuos normales; especialmente ha estudiado sus efectos la escuela de Heildeberg, Beringer, particular-

mente. Nosotros hemos realizado experiencias (sulfato de mescalina de la casa Hoffmann-Laroche), y algunos de nuestros resultados los aportamos en distintos momentos de este trabajo, en espera de una publicación ulterior. A diferencia de la escuela de Heildeberg, la de Greissfald insiste sobre el hecho de que los alucinados distinguen entre sus propias alucinaciones y las producidas con mescalina. «Sí, estoy sentado en la dirección magnética; pero ahora ocurren cosas nuevas; nunca he visto nada así, pero han desaparecido de nuevo». «Otra vez veo algo nuevo». «Aquí adormecimiento de ojos, pies y frente». «Se debe a la misma influencia electromagnética que usted suele sentir? «¡Ah! no; ahora es de otra manera, como si se hicieran experiencias; pero por mi parte pueden hacer lo que quieran». Al día siguiente se le pregunta: «¿Estuvo usted ayer influenciado? «Las influencias de ayer fueron distintas y extra». Podríamos multiplicar los ejemplos, pero para nuestro propósito basta con los citados para insistir en las diferencias y multiplicidad de las vivencias alucinatorias.

EIDETISMO

Aun en el terreno de la normalidad nos encontramos con esta gradación; ello nos lo demuestran los fenómenos de eidetismo, de los cuales nos ocuparemos con detalle en otra ocasión, pero cuya significación psicopatológica en la doctrina de la percepción queremos subrayar ahora. Se presenta a un sujeto un dibujo totalmente desconocido para él y realizado unos momentos antes. El sujeto mira la imagen sobre una pantalla gris oscura, homogénea, colocada delante de él, durante un tiempo de presentación de un minuto. Una vez quitado el dibujo, el sujeto continúa viéndolo en el sentido literal de la palabra. En casos extremos, la limpieza de la imagen alcanza grado tan extraordinario, que los objetos materiales son recubiertos por ella, cuando se encuentran en el campo visual, como la sombra de una nube que cubre una azotea.

Hay más; llega a observarse una fusión de las imágenes. Se le enseña al sujeto una imagen de color azul y después se proyecta sobre un color amarillo. Si se pregunta al niño qué color resultará, antes de comenzar la experiencia, dirá que verde, puesto que esto es lo que ha obtenido con su caja de colores. Pero se sabe que la mezcla de los colores amarillo y azul no da ninguna fusión de los mismos en el sentido físico de la palabra (postulado 8 de Tchermack). La verdadera fusión del amarillo y del azul proporciona un color gris y esto es, en efecto, lo que el eidético ve. En resumen; se trata de otro tipo de vivencias, que presentan caracteres intermedios entre la percepción y la representación.

PSEUDORREPRESENTACIONES

Grünbaum, el conocido psicólogo, ha descrito otro tipo especial de vivencias, muy interesantes, experimen-

tadas en sí mismo; he aquí su descripción: -Después de un día de gran fatiga tuve que sentarme por la noche en el concierto y oír un trozo de música, nada divertido, bajo la dirección de un pesado jefe de orquesta. Entonces caí en el conocido estado del semidormido, pero las melodías las oía como viniendo de fuera a través de una espesa pared. Después de haber cerrado los ojos durante un poco de tiempo, miré hacia la orquesta y tuve entonces una vivencia extraña: la imagen de la orquesta se me aparecía alejada de un modo indeterminado, sin distancia conocida, de mi propio cuerpo. También el tamaño de los objetos era extraño. Las dimensiones de la figura eran otras que las que debían ser a la distancia a que se hallaban. A pesar de todo, no me llamaba la atención el que fueran mayores o menores. Todo el fenómeno me parecía sólo una representación muy viva-. A este fenómeno, que en realidad es perceptivo, pero que tiene los caracteres de una representación (podríamos concebirlo como el inverso de una pseudopercepción), le llamé *pseudorepresentación*.

INDETERMINACION DEL CARACTER ESPACIAL

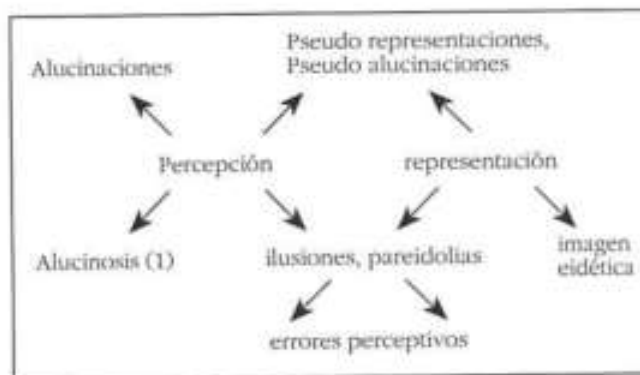
En el fenómeno anterior, el carácter espacial es indeterminado. En nuestra idea corriente del espacio, nos aparece como ordenado, lleno, es como una perspectiva lujosa de detalles y llena de vida. En esta pseudorepresentación de Grünbaum, al espacio de la percepción (la exterioridad) se le ha robado su orden, su determinabilidad, es como la sensación (no la idea) espacial del vertiginoso. Es un espacio, por decirlo así, *degenerado, degradado en su categoría*, a pesar de pertenecer a una percepción. Un enfermo de Kronfeld decía: «No era yo el que estaba en desorden, sino que el caos había surgido fuera».

MULTIPLICIDAD DE VIVENCIAS PERCEPTIVAS

Agréguese a esto la existencia de ilusiones y pareidolias, de las que no nos ocuparemos ahora, y se comprenderá la multiplicidad de vivencias que nos presenta el mundo perceptivo. No podemos mantenernos en el esquema polar de percepción \neq representación, sino que, aun sin atender a la manera de agruparse en clínica, podemos establecer la siguiente exposición de su conjunto.

EL CAMINO HACIA LA GENESIS DE ESTOS FENOMENOS

Hasta este momento nos hemos mantenido en la superficie, como si dijéramos, de estos fenómenos; necesitamos ahora ahondar en el camino de su producción.



Antes hemos insistido en que, en definitiva, el hombre establece un juicio de realidad (la creencia del alucinado, según Esquirol) que le permite asegurar que los ruidos que oye el hombre normal y las voces del alucinado genuino proceden del exterior. Es necesario, pues, que examinemos de dónde proviene esta proyección al exterior.

Las cosas yacen ante nosotros, nos rodean. Un árbol está ante mí; en otro momento me sumerjo en el grato recuerdo de una melodía que toca «dentro de mí mismo». ¿Cómo distinguir entre ambos grupos de fenómenos, siendo así que, en definitiva, todos tienen lugar en mi interior? La contestación es la siguiente. La cátedra, la mesa, los que nos escuchan, están fuera de nosotros. Pero acabamos de ver que pertenecen a un espacio, que limitándonos, para simplificar el problema, a las percepciones visuales, diríamos que es *un espacio visual*. Cada objeto, localizado dentro de mí, es independiente de su vecino, y si yo lo percibo así es porque a la ordenación del mundo exterior debe corresponder una ordenación de nuestros procesos cerebrales, concíbese ésta como se quiera.

GENESIS DE LA DISTINCION ENTRE MUNDO INTERIOR Y EXTERIOR

Pero yo puedo contemplar mi mano, mi pie y otras partes de mi cuerpo. *También las contemplo* en el espacio exterior, en el mismo en que están la puerta y la ventana. Pero de la misma manera que la puerta y la ventana son estructuras independientes entre sí (yo no veo la puerta *en* la ventana, sino como cosas distintas), también lo son *la figura de un organismo y los objetos exteriores a ella*. He aquí un primer paso en la ordenación; pero no basta: aquí se agota de un modo insuficiente la explicación que podríamos considerar derivada de la escuela de la forma (*Gestaltpsychologie*).

Yo veo mi mano, pero además siento mi *mano* como perteneciente a mí mismo, *porque la puedo tocar*. Al to-

(1) De las alucinosis que tienen no sólo ciertas particularidades genéticas, sino algunos matices clínicos peculiares no nos ocupamos en este momento (véanse los trabajos de Claude, Ey y Pérez Villamil).

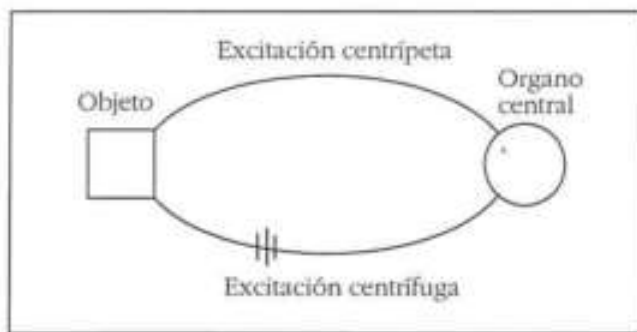


FIG. 4.

carla ejecuto un movimiento y, simultáneamente, aparece en mí una sensación. Esta fusión del movimiento y sensación es decisiva en el proceso perceptivo. A veces sentimos de una manera viva esta nota esencial, indiferenciada y primitiva perteneciente a sensación y movimiento. Un enfermo me dice: «Siento mi mano como paralizada». Ya Bergson dijo que la percepción es el puntado por donde se desliza la acción. Percibimos al mundo como resistencia, porque es un ámbito en el cual nos movemos. El principio lineal, que antes hemos expuesto, queda ahora convertido en un círculo que forma un todo (fig. 4). Un análisis de los fenómenos que acaecen en el vértigo nos demostraría la realidad de este concepto del círculo (v. Weizsäcker), del cual nos ocupamos en nuestro trabajo sobre las «Neurosis orgánicas».

El individuo vive, pues, en un mundo y en el pleno desarrollo de su psiquismo es capaz de distinguir lo que pertenece a su propio ser de lo que pertenece al mundo que le rodea. Las fases descritas son verdaderas etapas del desarrollo del psiquismo; nadie duda de que el recién nacido no es capaz de tener esas vivencias distintivas como el adulto. Es más; podríamos hacer, a propósito del psiquismo humano, las mismas consideraciones que hace Uexküll a propósito del animal. El mundo circundante que percibe el ser viviente es sólo el mundo en el que puede desarrollar su acción (*Wirkraum*); para el animal de rapina sólo hay la cualidad positiva o negativa de la presa. Cada animal tiene un mundo circundante distinto, como lo tiene cada edad del hombre.

Por una convención que hemos establecido al principio de estos párrafos, nos hemos referido especialmente al espacio visual; pero ampliando la descripción de los hechos, podríamos decir que cada órgano sensorial crea un espacio distinto. En el individuo normal, de psiquismo adulto y bien desarrollado, se ha establecido la unidad interna del mundo perceptivo, frente al mundo circundante; pero esto no ocurre en el primitivo (Jung especialmente) ni en el niño; quizá tampoco en el alucinado.

ALUCINACIONES Y MOVIMIENTOS

Y no se crea que esto queda reducido a las percepciones normales, pues otro tanto ocurre respecto a las

alucinaciones. Y he aquí nueva vía abierta a la investigación y a la que desde algún tiempo venimos dedicando nuestra atención. Joffroy y Minot aconsejaban buscar la mímica alucinatoria del enfermo, sobre todo cuando el enfermo no habla o disimula. Feré hizo el análisis, si bien muy sumario, de lo que él llamó «signos físicos de la alucinación». Observó las variaciones en las dimensiones de la pupila producidas en el curso de ciertas alucinaciones visuales. En los alucinados del oído es fácil observar la contracción brusca del masetero, del esterno-cleido-mastoideo, provocando una desviación de la cara del lado opuesto y llevando el pabellón del oído en la dirección de la alucinación que así se revela al observador.

En la alucinación denominada psicomotora, el enfermo pronuncia palabras y dice: «Es una voz que me viene del corazón, escuche, y vemos cómo es el propio enfermo el que musita. Otro dice: «Cuando tengo los órganos congestionados, mi hígado, por ejemplo, se pone a cantar», y es el propio enfermo el que canta apoyándose en el hígado. las voces interiores se acompañan de movimientos de articulación. Mourage las ha puesto de manifiesto por medio del laringógrafo de Rouselot. Los movimientos de labios son fácilmente comprobables en algunos enfermos, a simple vista. Nosotros hemos intentado una reproducción de ellos en cámara lenta, cuyas imágenes no se pueden reproducir aquí.

En un caso de Pick se trataba de un individuo que sufría una afasia sensorial. «Las alucinaciones del oído tenían un marcado carácter parafásico y consistían en palabras desfiguradas, en frases con trasposición de palabras, etc. En la famosa observación de Cramer se trataba de un enfermo que había aprendido a realizar movimientos de la articulación verbal. Este enfermo, que había adquirido una cultura bastante notable, presentó un delirio de persecución que se transformó en un sistema de marcada incoherencia. Se oía llamar «Kaiser», pero precisando los hechos se vio que eran pensamientos que le acudían, puesto que él no oye nada, y esos pensamientos «le venían por la lengua, son pensados por la boca».

¿Qué de extraño tiene esto, cuando en condiciones normales, la posición de la cabeza modifica la agudeza visual, al pasar de la posición cómoda, acostumbrada y habitual a otra forzada; cuando además, Ehrenwald ha demostrado que la percepción de luz roja o azul es capaz de cambiar el tono, hecho que nosotros tratamos de utilizar en experiencias psicoterápicas para obtener una relajación pasiva?

MOVIMIENTOS SENSORIALES, INICIALES O VIRTUALES

Pero ¿interviene el movimiento en todo género de percepción, aun en las más alejadas del sentido táctil? Aquí radica el nudo del problema. Realicemos la siguiente experiencia de Benussi: excitemos dos puntos distintos de la piel con un cierto ritmo y observaremos

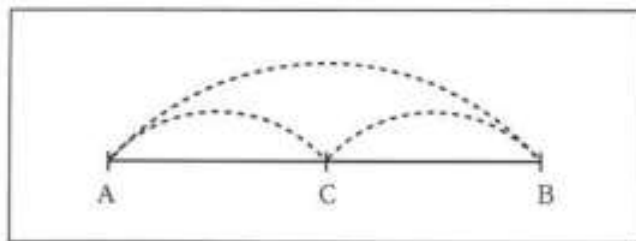


FIG. 5.

que el sujeto de experiencia nos dice que además de la sensación de contacto, percibe como un movimiento en el aire, como un salto, un arco que une los dos puntos. Hay, pues, aquí, indudablemente, una percepción de un movimiento que no se realiza, de un *movimiento virtual*. Un ciego ve figuras con su fantasía; ve un triángulo, por ejemplo, y mientras se lo imagina realiza con la mano un esbozo de movimiento que, si se transformara en real mediante un pantógrafo, nos daría un verdadero triángulo. Igualmente hacía un aléxico por embolia de nuestra consulta. Hay, pues, un movimiento iniciado, naciente. Los movimientos virtuales son, como dice Palagy, la vivencia de un movimiento estancado en su origen, del cual sólo está presente el ímpetu interno; son los que conceden a la percepción y a la alucinación por consiguiente, *su carácter espacial y temporal*. Pero ¿cómo habla de surgir en nosotros la imagen del espacio y tiempo sin la de movimiento? Desde la famosa cuestión de Zenón de Elea no debía haberse olvidado esto.

La influencia del factor tiempo en nuestra concepción del espacio es evidente. Repitamos la experiencia de Benussi varias veces y entonces, en el momento intermedio entre uno y otro contacto, realicemos un contacto *intermedio en el tiempo*, en cualquiera de los puntos A o B; la percepción del sujeto es que el contacto realizado ha sido en C (Fig. 5). He aquí la transformación del momento temporal en espacial.

FACTORES INTUITIVOS

La escuela de Heidelberg, especialmente Stein y Mayer-Gross, quiere buscar en estos movimientos la esencia de todo el proceso perceptivo, pero les da el carácter de

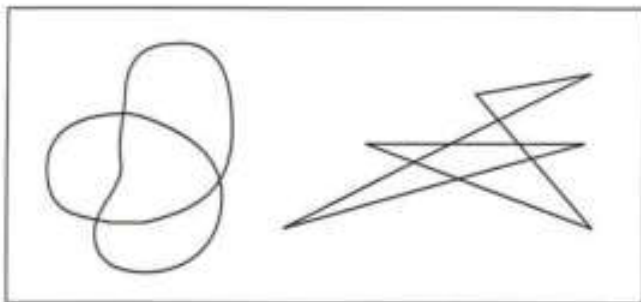


FIG. 6.

proceso fisiológico puro. Para nosotros es incomprensible la explicación de este movimiento sensorial sin admisión de un factor intuitivo, por tanto, extrasensorial. En toda percepción hay un *factor intuitivo*; grosso modo lo podemos demostrar de la siguiente manera. He aquí dos figuras sin sentido (Köhler). Si yo digo a ustedes que una se denomina -taqueta- (palabra sin sentido alguno) y otra -maluma- y que adivinen cuál de las dos se llama -taqueta- y cuál -maluma-, no creo que dude nadie (Fig. 6). Existe, por consiguiente, al lado de la materia de la sensación, un elemento intuitivo, o si se quiere un sentimiento de presciencia, una *bewusstheit* como dicen los fenomenólogos, *un saber sin experimentar*.

A nuestro modo de ver, esto se puede demostrar con experiencias de alucinaciones con mescalina, o por lo menos yo las interpreto así. Si realizamos las experiencias como Zucker en individuos privados de vista, o como yo mismo, en sujetos con los ojos ocluidos, tenemos vivencias como las que brevemente voy a exponer; pero antes tengamos en cuenta que las alucinaciones con la mescalina son preferentemente visuales. Dice el sujeto de experiencia: -Tengo la impresión de que la habitación se hace más grande, como si se ensanchase en todas las direcciones-; -parece que el sofá se va a hundir en el abismo-; -veo aproximarse la pared de enfrente-. Otro sujeto dice: -Tengo la impresión de que ha entrado alguien en la habitación-. Esto nos recuerda las experiencias de Leuba acerca del sentimiento de presencia de alguien, que no es posible haber percibido por los sentidos o las alucinaciones llamadas extracampinas de los esquizofrénicos.

PROCESOS VITALES

Para nosotros todos estos procesos sólo tienen explicación cuando se admite una división tripartita de la personalidad, en cual la capa intermedia está representada por este género de procesos. Nos apoyamos para ello en las doctrinas de Klages, sobre las que no podemos detenemos ahora, y por ello nos vemos forzados a dejar aquí suelto el cabo de nuestro pensamiento, para anudarlo en el momento oportuno.

Pero digamos, antes de pasar adelante, que el intento que hace Sholz para explicar las alucinaciones aplicando *íntegramente* el pensar de Klages nos parece demasiado especulativo.

OSCILACION FUNCIONAL

No es que nosotros neguemos el papel de la sensorialidad en las alucinaciones, como hace Ey casi por completo. Es indudable que en la constitución de muchas alucinaciones la oscilación funcional (*Funktionswandel*) de v. Weizäcker, Stein y Mayer-Gross ha desempeñado un papel esencial. Si a un intoxicado con mescalina se le toca el pulpejo de un dedo mediante un pelo

excitador, cuyo peso sea próximo al umbral de excitación, se nota algunas veces la excitación de una manera correcta y el sujeto de experiencias distingue unos de otros y los localiza exactamente; después se presenta una variación súbita: la sensación no es de un punto, se ensancha, se dilata, su carácter específico se pierde, aparecen sensaciones térmicas dolorosas, la excitación se aprecia como fría y punzante, parece moverse del sitio, desarrollarse en círculo, no parece la misma, y sin embargo lo ha sido objetivamente.

Tal modificación se observa no sólo allí, sino en cierto círculo de difusión. En un caso de Berger de intoxicación con alcohol metílico, decía el enfermo al tocarle con el pelo excitador: «Me esparce polvos, me salpica mis dedos, toda mi mano». Señalaba bien el punto, pero ampliaba la zona hasta los metacarpos y toda la palma. Se le tocaba ligeramente los dedos 2º, 3º y decía: «Me echan agua encima».

Esta oscilación funcional nos explicaría en efecto muchas de las pseudopercepciones en la intoxicación mescalínica. Cabe incluso aceptar que así pueden producirse pseudopercepciones positivas, constructivas, que no sean sólo percepciones defectuosas, sino como «otras percepciones». En las mescalínicas, es frecuente notar estas pseudopercepciones en el propio cuerpo; el pie se nota extraordinariamente grande; la pierna lo mismo; la mano borrosa, desproporcionada y en ella una serie de sensaciones raras que nos recuerdan las citadas del intoxicado con alcohol metílico.

FUNCION VESTIBULAR Y ESPACIO

Cabe incluso pensar en que, en algunos enfermos, un trastorno de la función vestibular (en alcohólicos se ha demostrado) en el sentido de la oscilación funcional proporciona al sujeto una percepción que pudiera llamarse *degradada* del espacio. Conocido es el enfermo de v. Weizäcker que, afecto del vestibulo derecho, veía transformarse las figuras que se ofrecían al ojo derecho de una manera peculiar, por ejemplo, dos triángulos entrecruzados como un enrejado paralelo. También ocurre esto en alucinados y en un curioso caso de v. Bogaert, una enferma en sus crisis oculógiras veía «cómo una niebla azul recubría los objetos, yo no veo más que millones de serpientes azules entrelazadas volando en el espacio y sus ondulaciones son tan rápidas que me impiden ver con precisión sus formas y dimensiones...», etc.). En esta enferma, puesta en la mesa basculante y volviéndola bruscamente sobre el lado derecho del cuerpo, desaparecieron instantáneamente sus pseudopercepciones. Recordemos, además, la alucinación penduncular de Lermite, de las cuales he visto recientemente un caso en una encefalitis letárgica. La enferma, inmediatamente antes de tener sus crisis oculógiras, «veía redondo», es decir, veía círculos, figuras redondas, oscilantes, que se posaban sobre los objetos.

Pero yo creo que todo ello no basta. Antes hemos demostrado la existencia de un componente intuitivo, no contemplativo, pero es necesario algo más. ¿Cómo explicarnos el carácter escénico de las alucinaciones con mescalina? ¿Cómo explicamos, sobre todo, el carácter de auténtica realidad de algunas alucinaciones? Necesitamos un tercer factor ya conocido por la escuela fenomenológica.

TESIS NOEFEMICA DE LA ALUCINACION

En una experiencia con mescalina (Zucker) dice el sujeto de experiencia: «Al final tuve una representación emocionante que hoy todavía me afecta. Era como si en la esquina, entre el lavabo y la puerta, estuviese el mismo hombre que antes me hacía reír. Su voz era ahora más fina y oscura. Me parecía oír la voz de un muerto, y por ello lloraba tanto. Me aproximé algunos pasos y me pareció extraordinariamente grande. Me consolaba, y en las palabras de consuelo la voz me producía menos angustia, pero no era humana».

Es indudable que no puede explicarse mediante una oscilación funcional pseudopercepciones de carácter escénico como la citada; es necesario agregar un nuevo factor dependiente de las funciones psíquicas superiores. Los fenomenólogos hablan de que en definitiva un *juicio de realidad* es lo que nos dice si la voz que oímos es verdadera o falsa, ajena a nosotros o procedente de nuestras entrañas. El juicio se basa sobre los elementos contemplativo y vital que antes hemos citado, pero por sí constituye un acto psíquico superior que se le agrega; es fácil comprender que una pseudopercepción surgirá o bien por un caos funcional en aquellos dos sectores, o por un descenso temporal o definitivo de la posibilidad de establecer un juicio de realidad. En los casos en que mediante la mescalina se establecen alucinaciones escénicas, existe una verdadera horchera mescalínica; es decir, un trastorno de las funciones psíquicas que conocemos con el nombre de conciencia.

EL CICLO COMPLETO

Podemos, pues, establecer así el ciclo completo: en el momento matemático en que el proceso vital se cierra, sucede un acto psíquico, el acto comprensivo que conduce a la auténtica percepción. La corriente de las impresiones liga nuestra conciencia al momento actual y nosotros olvidaríamos, mejor dicho, pasaríamos por alto las impresiones transcurridas si nuestros procesos vitales y psíquicos no reaccionaran ante ellas. *Toda percepción humana es una percepción retrasada* (Klages). El trastorno de la conciencia es necesario para la explicación de muchas alucinaciones, pero querer reducir a ello todo el problema, como han hecho muchos autores, es decir, declararse partidario exclusivo de la tesis noefémica de la alucinación me parece absurdo. La mezcla de alucina-

ciones y percepciones correctas como las del esquizofrénico que me dice: «no ve usted cómo se caen aquellas casas?» y al preguntarle yo «¿se cae también esa habitación?», me contesta: «no, pero el suelo está engomado», no puede explicarse si nos reducimos a una alteración pura de los elementos intelectivos de la percepción. La «dosis de realidad» (Ey) de las imágenes no les viene exclusivamente de ellas, sino que intervienen otros factores que nos hemos esforzado en deslindar.

DRAMATISMO DE LA ALUCINACION

Con los datos expuestos no podemos dejar concluido el problema del análisis de las alucinaciones, aun teniendo en cuenta que otros aspectos y detalles de los mismos serán objeto de otro comentario. Quédanos por rellenar la tela, de la cual hemos preparado los bastidores. En efecto; los enfermos oyen voces extrañas, ven figuras fantásticas o sienten no sólo sensaciones sino procesos anómalos, unos en sus genitales, otros en su estómago, etcétera. Pero estas voces y figuras y sensaciones tienen una determinada *significación para él*; los insultos se le dirigen a él y toda la materia de la alucinación gira alrededor de su personalidad. El contenido de la alucinación es, pues, otro problema que merece nuestra atención: *la alucinación es un segmento dramático en la vida del individuo y como tal está sometido al flujo y reflujó de todos nuestros instintos*. Sólo en este sentido aceptaríamos que la alucinación es la penetración de la vida instintiva en la esfera de la orientación y de la casualidad como quiere Mourgue en su conocido libro.

Además, no se crea que empleo este calificativo de dramatismo de una alucinación por una apetencia literaria; el dramatismo surge, porque la alucinación arranca sus contenidos de los impulsos y deseos, más o menos trastocados por la enfermedad, y los expresa de un *modo simbólico*.

El simbolismo no es exclusivo de la alucinación, sino que pertenece también a la percepción, como ha demostrado Bühler. En cada percepción hay una señal, un signo y un símbolo; sólo así es posible que se haya formado en nosotros una *idea organizada y útil del mundo*. El dramatismo surge por otra parte de los mismos caracteres de indeterminabilidad, de la misma alteración en los elementos, en una palabra, del mismo caos e inobjetividad; ya Pirandello ha utilizado como recurso dramático las situaciones en que el control objetivo es imposible.

Flournoy en Prangis citó el caso de los naufragos hambrientos del *Ville-de-Saint-Nazaire* observados por el médico de a bordo, doctor Maire, y los cuales tenían la siguiente pseudopercepción: «Eran habitualmente agradables, compuestas de cuadros representando el cielo, personajes celestes, decoraciones de genios y bellezas de la naturaleza, en particular bellezas femeninas o festines magníficos con los manjares más exquisitos. Al lado de la visión seductora de naranjas y comidas la visión obstinadamente renovada del salvamento y de la salud

sobreviniendo de mil maneras». Un esquizofrénico empleado en un Banco oye reproches acerca de su función y en el alcohólico nos encontramos con imágenes procedentes de las de su vivir cotidiano.

RESUMEN

En resumen, pues, en la tectónica de las alucinaciones nos encontramos:

a) Un elemento sensorial puro (materia de la sensación), sujeto a todas las variaciones que supone el concepto de *oscilación de la función*.

b) Un elemento vital, iniciado en el momento en que la sensación empieza a sentirse, a ser vivida, y al que se agrega un fenómeno afectivo (el contacto sentimental del cual no nos hemos ocupado en este trabajo), un elemento intuitivo y que junto con todos los datos hasta aquí recogidos permite localizar temporal y espacialmente la percepción.

c) Un acto psíquico puro que se inserta en los otros dos. Depende de funciones de conciencia, enlaza la pseudopercepción con una serie de elementos anómalos de la vida psíquica.

d) Finalmente, el contenido que depende de las otras zonas, o mejor dicho, que es el modo *como en la percepción, sano o enfermo, se expresa la personalidad*.

Cuando el proceso se realiza unitariamente la percepción es sana; mecanismo tan complejo podrá trastocarse en multitud de sus partes y según la alteración sea mayor o menor, se inserte en uno u otro punto, tendremos la gran variedad de aspectos que en la clínica adoptará la función trastornada.

Sirva, pues, lo dicho como de prospecto de estudio de una función que en fin de cuentas es una expresión más de la personalidad.

BIBLIOGRAFIA (*)

1. ALBESSAR: «L'hallucinosse pédonculaire». Doin, París, 1934.
2. BAILLARGER: «Physiologie des hallucinations. Les deux théories». Ann. Médico-psych., 7ª serie, LIV, 1886.
3. BERGSON, H.: «Essai sur les donnés immédiates de la conscience». París, Alcan, 1889.
4. BERINGER, K.: «Der Meskalinrausch». Berlín, Springer, 1927.
5. BERINGER, K.: «Die Bedeutung der Rauschgiftversuche für die Klinik». Archives suisses de neurol et de psych, vol. XXVIII, f. 1, 1931.

(*) Esta bibliografía representa sólo una selección orientadora. Más amplia se encuentra en los libros de Mourgue, Mayer-Gross y Stein, Schorsch y Ey.

6. CLAUDE, H.: «Diagnostic et valeur sémiologique der manifestations hallucinatoires». Journ. med français, mai 1924.
7. CRAMER, A.: «Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung». Tübingen, Mohr, 1889.
8. CRAMER, A.: «Über Sinnestäuschungen bei Geisteskranken Taubstummen usw». Arch. f. Psych u Nerven, 1896.
9. DILTHEY: «Über die Gründe unseres Glaubens an die Existenz der Aussenwelt». Sitz de Preuss. Ak der Wiss, 1890.
10. EY, H.: «Hallucinations et délire». Alcan, París, 1934 (Varios trabajos en Annal. med. Psych., de los años 1933, 34 y 35).
11. EY, H.: «Schw. Arch. f. Psych., Bd. XXXII, Fasc. 2 (en este tomo se contienen todas las comunicaciones de Maier, Claude, Flournoy, etc., a la reunión de Prangis).
12. FERÉ: «Sensation et mouvement. Etudes expérimentales de psycho-mecanique». París, Alcan, 1887.
13. FERÉ: «Les signes phisiques des hallucinations». Rev. de med., 1890.
14. FERÉ: «Spasme du cou et hallucinations unilaterales». C. R. Soc. Biol., 10, s III, 1896.
15. FLAUBERT: «Correspondances, 3ª serie, París, Charpentier, 1892.
16. FLOURNOY, H.: «Hallucinations lilliputiennes atypiques chez un viellard atteint de cataracte». Encephale, nov. 1923.
17. GOLDSTEIN, K.: «Über induzierte Tonusveränderungen beim Menschen VIII. Vorl. Mitt: (Über den Einfluss unbewuster Bewegungen resp. Tendenzen zu Bewegungen auf die taktile und optische Raumwahrnehmung». Klin Woch Jahrg. 4-12-11-1925.
18. GOLDSTEIN, K.: «Die Halluzinationen». Bergmann, Wiesbaden, 1912.
19. GRUHLE (con BERZE): «Psychologie der Schizophrenie». Springer, 1929, y en el Handbuch de Bumke, tomo IX.
20. GRÜNBAUM: «Pseudo-Vorstellung und Pseudo-Halluzination, Beitrag zur Pathopsychologie des Gegenstandsbewusstseins». Ztschr. f. ges. Neurol u Psych, Bd. XXVII, 1917.
21. HABERLIN, P.: «Zur Frage der Wahrnehmung». Nervenarzt Jahrg. 4-11-1931.
22. Hallucinations. Discussion a la Soc. Médico-psych. in Ann. mediopsych, tercer s., 1855, tomo I, et 1856, tomo II.
23. HÜTER, p.: «Das Halluzinationsproblem in der deutschen Literatur seit Jaspers». Psych. neurol Woch Jahrg 31, 21 u 28-XII-1929.
24. JAENSCH, E. R.: «Über den Aufbau der Wahrnemuns-welt u. ihre Struktur in Jugenalder». Leipzig A. Barth, 1923.
25. JAENSCH, W.: «Grundzüge einer Pysiologie und Klinik der Psychophysischen Persönlichkeit». Berlin-Springer, 1926.
26. JASPERS, K.: «Zur Analyse der Trugwahrnehmungen». Ztschr. f. ges. Neurol u Psych., Bol. VI, 1911.
27. JASPERS, K.: «Die Trugwahrnehmungen, kritisches Referat». Ibidem (Ref), Bd. IV, 1912.
28. JASPERS, K.: «Allgemeine Psychopathologie». Zte Aufl., Berlin-Springer, 1920.
29. JOFFROY: «Les hallutinations unilaterales». Arch de neurol, fevrier 1896.
30. JUNG, C. G.: «Das Unbewusste im normalen u kranken Seelenleben IIIte Auff. Zurich, Rascher u C.ª, 1926.
31. KANDINSKY, V.: «Zur Lehre von der Hallucinationen». Arch. f. Psych u Nerven, Bd. XI, 1881.
32. KANDINSKY, V.: «Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinuetauschungen». Centr. f. Nerveu, nov. 1884.
33. KLAGES: «Der beist als Wiedersacher der Secle». Barth-Leipzig, 1929 (especialmente el III tomo).
34. KOFFKA, K.: «Die physischen Gestalten in Ruhe und im stationären Zustand». Erlangen, Verlag der phil Akad, 1920.
35. KÖHLER: «Psychologische Probleme». Springer, 1933.
36. LEUBA, J. H.: «Psychologie du mysticisme religieux trad. L. Herr, París, Alcan, 1925.
37. MAYER-GROSS, W. y Stein: «Handb. der Geisteskraunk. von O. Bumke». Bd. I. Teil I. Berlin-Springer, 1928.
38. MAYER-GROSS, W.: «Über Halluzinationem». Nervenarzt, 15-1-1931.
39. MOURGUE, R.: «Neurobiologie de L'hallucination». Maurice Lamertin, Bruxelles, 1932.
40. PALAGY, M.: «Wahrnehmungslehre». Leipzig, A. Barth, 1925.
41. PEREZ VILLAMIL: «Crónica Médica». (Núm. homenaje Peset), 1935.
42. PICK, A.: «Bemerkungen zur Lehre von der Halluzinationen». Ibidem, Bd. 52, H. 2, 1922.
43. QUERCY, P.: «L'hallucination (I filosofes et mystiques, II. Etudes cliniques)». París, Alcan, 1930.
44. SCHNEIDER, C.: «Über Sinnentzug». Ztschr. fur. ges. Neurol und Psych., Bd. 131 u Bd. 137, 1931.
45. SCHRÖDER, P.: «Über die Halluzinose und vom Halluzinieren». Mon. f. Psych und Neurol., Bd. 49, H. 4 abril 1921.
46. SCHORSCH: «Zur Theorie des Halluzinationen». Barth. Leipzig, 1934.
47. TAMBURINI: «Sulla genesi delle aluzinazioni». Ibidem, 1880.
48. TANZI, E.: «Trattato delle malattie mentali». Milano, Soc. ed. libr., 1905.
49. UEXKULL, V.; ROSEN, H.: «Der Wirkraum». Pflügers Archiv. Bd. 217, H. I., 1927.
50. VAN BOGAERT, L.: «Crises oculogyres latérales puis verticales». Syndrome d'hallucinose, d'agnosie optique et de torsion autour de l'axe». Soc. belge de neurol, 21-V-1927.

51. WEIZSÄCKER, V.: «Über einige Täuschungen in der Raumwahrnehmung bei Erkrankung des Vestibularapparats». D. Ztschr. f. Nervenhe., Bd. 64, 1-1919.
52. WEIZSÄCKER, V.: «Kasuistische Beiträge zur Lehre vom Funktionswandel bei stato-sensiblen Syndromen». D. Ztschr. für Nervenhe. Bd. 117-119, 1931.
53. ZADOR, J.: «Meskalinwirkung bei Störung des optischen Systems». Ztschr. f. ges. Neurol u Psych., Bd. 127, 30-1930.
54. ZUCKER, K.: «Experimentelles über Sinnestäuschungen». Arch. f. Psych. und Nervenkrank., Bd. 83, H. 5, 1928.
55. ZUCKER, R.: «Versuche mit Meskalin an Halluzinanten». Ztschr. f. ges. Neurol u Psych. Bd. 127, 108, 1930.
56. ZUCKER, K.; ZADOR, J.: «Zur Analyse der Meskalinwirkung am Normalen». Ibidem.

Psicosis seniles

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. VI, núm. 1, febrero 1947.

I

Vejez, senilidad. Son palabras lexicográficamente sinónimas, pero en las que el uso distingue matices diferenciales de una misma realidad; y es que así como hay muchos modos de crecer y madurar, también hay modos de envejecer. A diferencia del vocablo «vejez», su casi sinónimo, el vocablo «senilidad», encierra ya un modo patológico de envejecer. El envejecimiento, como la enfermedad y la muerte, es siempre un acontecimiento personal. Al médico, en el ejercicio de su misión, compete esta individualización de los sucesos biológicos según sea la persona que tenga ante sí. Ahora vamos, más bien, a señalar las leyes generales de uno de ellos —el de la senilidad psíquica— como una trama sobre la cual se tejen después los destinos personales de los enfermos.

Se considera que la vejez comienza a los sesenta o sesenta y cinco años, pero ya antes, quizá, se inician sus primeros rasgos. La vejez es, en sus líneas generales, un proceso de decadencia; pero sólo en sus líneas generales. Desde el punto de vista psíquico hay dos modos de envejecer, sin caer todavía en la patología: un envejecimiento *compensado* y otro *descompensado*. Las divergencias que se notan en las descripciones del envejecer psíquico se deben a que los autores u observadores se sitúan sólo ante una de estas dos maneras. Kehrer piensa que esta tendencia compensadora representa de por sí una función biológica, una especie de «conciencia de salud», que le dice al organismo en cada momento cómo está y lo que puede dar de sí, trasladando al terreno biológico la frase de Voltaire «qui n'a pas l'esprit de son âge, de son âge a tout le malheur». Lo cierto es que cada ser tiene su curva de desarrollo, y que sólo quien a ella se somete y sobre ella proyecta su futuro halla la ecuación vital adecuada. Algunos quieren ignorar esta ley de la edad; recuerdan a los enfermos con síndrome de Anton que mentalmente amputan el miembro paralizado. Son gentes con inarmonías en su capa vital, en los que un instinto, en unos el de placer y en otros el de poder, todavía sigue exigente en un grado que su organismo no puede soportar. Estas consideraciones psicológicas no

son baladías, puesto que de ellas se deducen normas de vida que a la postre son esenciales para la salud.

J. H. Schulz distingue tres grandes grupos de manifestaciones del envejecimiento normal: primero, disminución de los rendimientos; segundo, mutación de los mismos, y tercero, nueva perspectiva del medio interno.

La *disminución de los rendimientos* se observa en las funciones que podríamos llamar asimilativas o incorporativas del mundo exterior; si quisiéramos citar la parte más vulnerable y vulgar, diríamos que los dientes, los oídos y la vista pierden su poder; pero idénticas pérdidas ocurren en la vida afectiva. La decadencia conduce a una cierta *inseguridad de los sentimientos*, que se combina con una imprecisión motora, la cual se proyecta en las múltiples manifestaciones de la vida cotidiana, desde liar un cigarrillo hasta escribir. En este cuadro se imbrican tanto tendencias iterativas o perseverativas, tanto en la psicomotilidad como en el lenguaje. Miles sometió hace muchos años a numerosos individuos cuyas edades oscilaban entre los seis y los noventa y cinco años a diversas pruebas mentales. Confirmó los resultados obtenidos por Van der Horst, según los cuales, a la edad de treinta a cincuenta años comienzan a disminuir una serie de rendimientos, especialmente sensoriales, y de habilidades motoras. La memoria mecánica desciende, pero en su lugar maduran la capacidad combinatoria y la memoria lógica.

Esta disminución general de los rendimientos no tiene su fundamento *exclusivo* en el aumento de la *fatigabilidad*, como quiere Gruhle, sino que se halla determinada por un proceso biológico general que podríamos llamar de *rigidificación*. La vida, en su plenitud, se caracteriza por la *capacidad de modulación del ritmo vital*. El ritmo —repetición de lo análogo en idénticos períodos— es una encarnación de una de las «reglas vitales productivas y formativas» (v. Uexküll); más claramente, diríamos que el ritmo es una manifestación primaria del principio vital. En la vejez, el ritmo vital se empobrece, pierde capacidad de oscilación, viveza e intensidad.

Los cuadros que pueden derivar de esta modificación del ritmo vital son muy variados. Su embotamiento pro-

duce esos casos conocidos con el nombre de «alelamiento», en los cuales el sujeto, en las lindes de la enfermedad auténtica, no llega a caer en ella. Es capaz de seguir realizando todos sus menesteres habituales en su casa, en su negocio o en su profesión, pero no capta ningún nuevo problema que se le plantea. Lo nuevo le cansa, y lo rehuye. La falta de impulso vital produce en otras ocasiones ese déficit en la capacidad de concentración que se observa en algunos sujetos, viejos habladores, inquietos, pero en el fondo incapaces de cualquier rendimiento productivo.

La *mutación en los rendimientos* imprime al proceso de envejecimiento un nuevo cariz. Comienza el desinterés por los valores externos y el interés por los internos. A veces es posible, por este mecanismo, observar una nueva creación de círculos de conocimiento o de actividades. Cesa el proceso de la lucha por la vida, cesa la ambición como motor y comienza el ideal de la paz interior. Con ello entramos en el tercer ingrediente del envejecimiento: la creación de un nuevo mundo interno. Este es un proceso creativo, en el que se logra una auténtica mutación de valores. Su eje esencial estriba en que el hombre se ve frente al problema de su fin con mayor nitidez. De aquí que en esta fase ocurra un verdadero proceso de conversión a lo que es esencial en la vida del hombre, y éste empieza a sentirse más desligado de los valores del mundo externo para sentirse más ligado a los valores internos: religación, es decir, religión (1). El hombre se halla ante el problema de su fin último.

Para que se vean las diferencias en el modo de considerar la vejez según su compensación o descompensación, vamos a insertar dos descripciones. He aquí, en primer lugar, la que hace Gröhle:

«El primer signo de involución es la fácil fatigabilidad. Así como en lo corporal se hace más difícil el deporte, también se paraliza la tensión en lo espiritual. Disminuye la riqueza de observaciones, la iniciativa. Los nuevos puntos de vista se asimilan peor, el hombre viejo se torna rígido. Los pensamientos habituales, las operaciones usuales, se mantienen activas, pero sólo esas. También se afecta la esfera afectiva. Se habla de la sabiduría lúcida de los viejos, y, en efecto, existen tales ejemplos memorables, en los que la tranquilidad del sabio está apoyada en haber vivido, hablado y comprendido todo, y a menudo, en haber renunciado a todo. Pero en otros muchos esa supuesta lucidez no es otra cosa que indolencia, debilidad, estupidez. En muchos casos, el viejo se vuelve moroso, excitable y descontento con el mundo. Muchos hombres avisados reconocen que no son ya tratados en serio por sus hijos, que a su voz sólo conceden una autoridad aparente, y que en las reuniones y comisiones son desplazados de los puestos de actividad a los decorativos. La afectividad rígida no vibra con las situaciones. La conciencia de la ingratitud de los que les rodean, y la confesión, a medias, de no poder seguir a los demás, les amarga y convierte en autistas. El humor desapacible y la excitabilidad del padre son para la familia, a menudo, una carga molesta. Al mismo tiempo, el viejo se vuelve in-

tolerante. No sólo está disminuida su capacidad para aceptar lo nuevo, sino que tampoco le gusta ver lo nuevo a su alrededor. La pregunta es siempre el por qué: ¿Por qué ha de hacer las cosas de otra manera, si hasta ahora le ha ido bien? Recuérdese la sentencia de Rohmer: «El muchacho tiende al radicalismo; el joven, al liberalismo, y el viejo, al absolutismo.» El conflicto entre padres e hijos no es sólo un fenómeno cultural, sino que está condicionado siempre de un modo biológico... También en la ciencia se traducen las características del intelectual viejo, el cual se vuelve intolerante. Cree decidir sobre muchos problemas basándose en su experiencia, demasiadas veces aducida. Cuando aumenta la edad, rebasa los límites de su especialidad y publica «cuando disminuye su autocritica» sus puntos de vista, de un modo apodíctico, sobre puntos que no comprende.»

En contraposición con la descripción de Gröhle, véanse estos párrafos de Burdach, representante de la Medicina romántica:

«El carácter de la vejez estriba en un cambio de la vida psíquica. La relación con el mundo exterior disminuye si éste es el único que ha tenido valor para el individuo; si sólo se ha dedicado al exterior, descuidando el interior, entonces la vejez es el «caput mortuum» de la vida. Del mismo modo que se debilitan los sentidos y el movimiento, disminuye la actividad; el tumulto de la vida social atonta, las exigencias del negocio oprimen y crece la tendencia al descanso y a la paz. El viejo se vuelve cada vez hacia sí mismo. Esto comienza con la disminución de la potencia sexual. Los hijos se emancipan; así como éstos se separan de la casa, para comenzar a vivir por sí mismos, así es natural que los jóvenes se separen de los viejos siguiendo su propia ley natural y gocen sus propias alegrías. Más tarde, resulta que han fallecido muchos de sus contemporáneos, y el viejo queda sólo en medio de una generación en otras circunstancias, cuyas opiniones y costumbres le resultan extrañas. El segundo rasgo que deriva del incremento de interioridad en la vida del viejo es la adherencia a los resultados de las antiguas tendencias y actuaciones; cuando en edades tempranas no se ha conseguido nada duradero, le falta al viejo su contenido; las adquisiciones espirituales anteriores mantienen la viveza de la vejez... El tercer rasgo del carácter del viejo es la universalidad. Tiene amplios puntos de vista, y al mismo tiempo que no se separa de pequeños detalles, ve más claramente el tamaño, la distancia, el conjunto. Alcanza la sabiduría: la ojeada clara a las particularidades, el punto de vista general. El juicio es claro, porque no está limitado por el poder de los afectos y pasiones; su manera de obrar es reflexiva y prudente. Un humor alegre corona las últimas fases de la vida. La pasión se amortigua, la tensión por la lucha desaparece, y se alcanza la paz de la victoria» (2).

II

La *frecuencia* de los trastornos seniles no es fácil de calcular. Kehrler cree que alcanzan al 10 por 100 de la población, señalando las fuentes de error de su cálculo,

(2) Una admirable y bella exposición de los problemas psicológicos de la vejez se halla en el libro de Vischer *Das Alter als Schicksal und Erfüllung*. Basel, 1942.

(1) Ver en Zubiri: *Naturaleza, Hitoria, Dios*. Ed. Nacional, 1943.

ya que se basa en el número de ingresos en clínicas y establecimientos psiquiátricos, y éstos no son material representativo de todos los enfermos esparcidos de la población. Freisel ha hallado que entre los enfermos de más de setenta años, que, por cualquier causa somática, ingresaban en el hospital de Schwabing, sólo un 33 por 100 debería considerarse como normal, mientras que el resto presentaba anomalías leves en un 26 por 100 y graves en un 27 por 100. En los países orientales se encuentran con frecuencia longevos en plena productividad, pero allí la población media alcanza mayor longevidad. Claro es que el criterio discriminador ofrece cierta relatividad, puesto que en el mismo material de Freisel, muchos de los que él encontró con rasgos anómalos vivían sin llamar socialmente la atención.

Luxemburger ha sostenido que los dementes seniles pertenecen a estirpes académicas, intelectuales, etc., es decir, a estratos superiores de la sociedad, y ha pretendido explicar la aparición de la demencia senil como un fracaso de la energía trófica del ser, sujeto a una vida de demasiadas exigencias. Tal explicación se cae por su base, pues la demencia senil no ofrece, en su modo de aparecer, ese criterio seleccionador. Y, por otra parte, también se ha afirmado lo contrario: que la oligofrenia era terreno abonado, afirmación también incierta (Bleuler). Mayor interés tiene el punto de vista de Patzig, según el cual los candidatos a la demencia senil que se infectaran con sífilis enfermarían de parálisis general, lo cual demuestra un cierto fondo biológico anómalo en los futuros dementes seniles (véase más adelante).

De todas suertes, las psicosis seniles han de aumentar y han de sobrecargar más la asistencia psiquiátrica, por la sencilla razón de que, en la constitución de la población media, se observa un desplazamiento hacia las edades más avanzadas. Existen numerosas estadísticas comprobatorias de este aserto.

En el camino patológico de la senilidad, antes de llegar a la demencia, nos encontramos con *alteraciones del carácter*. Estas alteraciones unas veces se presentan autónomamente, podríamos decir, constituyendo toda la fachada patológica del caso. Entonces, debe hablarse de psicópatas seniles o, mejor, de «desarrollos psicopáticos seniles». En otros, las alteraciones del carácter forman la zona de tránsito con la demencia propiamente dicha. Tal transformación caracterológica supone una exageración caricaturesca de los rasgos propios del individuo: «El sentido del orden se transforma en pedertería; la firmeza de carácter, en tozudez; la prudencia, en desconfianza; la virtud del ahorro, en sucia avaricia». Scheid ha descrito tres casos de desarrollo caracterológico anormal en seniles, admitiendo su producción por un desplazamiento cuantitativo en el sistema de los impulsos.

¿Existe alguna relación entre la personalidad psicopática y la demencia senil? Es éste problema muy debatido desde diversos puntos de vista. Muchos autores piensan que la demencia senil no anida más que en personalidades previamente anómalas. Bleuler pensaba que los esquizoides suponen terreno abonado para ello, pero ya se

ha visto que no existe relación genética entre demencia senil y esquizofrenia. Boestroem cree, como luego veremos, en la influencia de la constitución sintímica para la presbifrenia. Sabars señala la presencia de ciertas personalidades psicopáticas en los que luego serán dementes seniles.

III

El cuadro de la senilidad patológica se puede fácilmente describir en sus rasgos esenciales: progresivamente, empiezan a faltar la capacidad de notación, la memoria y la orientación. Inmediatamente, se agrega una disminución de la finura de percepción, de la amplitud de la comprensión y de la profundidad del juicio. Con los trastornos mnésticos e intelectivos se ensamban los trastornos afectivos e instintivos, en forma de embotamiento, debilidad de la voluntad, sugestibilidad, irritabilidad, etc. El cuadro se completa por síntomas psíquicos secundarios (ideas delirantes, estados depresivos, etcétera) y por alteraciones somáticas.

Vamos ahora a analizar separadamente cada uno de estos grupos de síntomas:

a) El primero de ellos, y uno de los más característicos, es la alteración en la *capacidad de notación*, la cual acarrea el olvido de los sucesos a medida que se van produciendo. Es como si una película se borrara apenas impresionada. El enfermo no sabe, al terminar la comida, lo que acaba de comer, y a veces, si ha o no comido. No sabe lo que ha hecho por la mañana, si ha salido o entrado. Poco a poco se van borrando las huellas de los períodos inmediatos de la vida, quedando sólo las huellas de los períodos lejanos. Los enfermos sorprenden a sus familiares, en medio del olvido de las cosas más recientes, con recuerdos de su niñez. Los recuerdos antiguos tienen un carácter indeleble con respecto a los actuales. El déficit es tan grande que no reconocen a personas que están viendo todos los días. A veces, la dificultad estriba en la evocación de los recuerdos. Los hechos con cierta carga afectiva se recuerdan mejor. Bumke cita el enfermo que recordaba frecuentemente haber sido presentado en el aula.

En relación con el defecto en la capacidad de fijación, se halla la alteración en la *orientación temporal*, pero no hay que confundirla con él. Hay algo en nosotros que nos permite fijar un hecho en el tiempo. Cada suceso tiene, pues, una carga histórica. Kant creía que esa nota era independiente del hecho mismo y entraba en la categoría de un «a priori». Lo cierto es que estamos dotados de esa capacidad de ordenar temporalmente las vivencias. Tal capacidad se halla perturbada en los seniles; éstos pueden conservar un recuerdo aislado, pero sin incrustarlo en una sucesión temporal. Que no se trata de una secuela del déficit de fijación lo demuestran mil razones: una, muy clara, el contraste con los paralíticos generales, que también lo tienen, pero que ordenan mejor los recuerdos. Los seniles no saben, por ejemplo, el tiempo que llevan en la clínica; a veces, tienen recuerdos aisla-

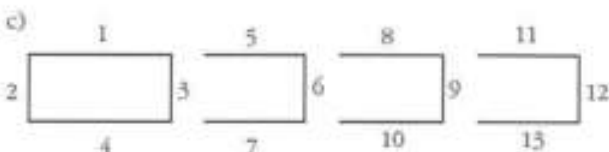
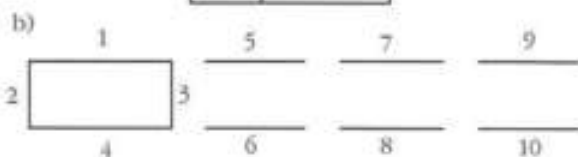
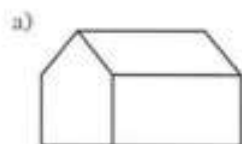
dos, pero, si son de la misma clase, los contaminan y funden, tales como los sucesos acaecidos cuando la proclamación de la República, la revolución de Asturias y la guerra española. La apreciación de segmentos cortos de tiempo puede hallarse conservada, como la del espacio táctil. El trastorno consiste, pues, en la dificultad de fundir la vivencia presente con el pasado en un todo continuo, atado por ese lazo interior que es el sentido de la temporalidad.

b) Las lagunas del recuerdo se rellenan, en algunos enfermos, con *confabulaciones*. Este hecho, como veremos luego, es característico de una de las formas clínicas de la demencia senil: la presbionfrenia. La tendencia confabulatoria supone la conservación de una cierta viveza y agilidad mental, que se traduce, en ocasiones, por una exagerada locuacidad.

c) Muy precozmente también se halla perturbada la *orientación en el espacio*. Aun en espacios muy conocidos, el enfermo se encuentra desorientado. Los parientes relatan cómo a veces el enfermo ha vagado por las calles, sin saber volver a casa, a pesar de ser el camino conocido de toda la vida. En la clínica, se le ve buscar, en tanteos inútiles, su cama. La desorientación precede, en parte, del déficit de la memoria, y, en parte también, de la incapacidad de reconocer objetos habituales que luego analizaremos; pero no terminan ahí las causas del trastorno. Si se prueba la orientación obligando al enfermo a abrir y cerrar los ojos, cambiándole de postura, acostándole sobre el abdomen o haciéndole señalar con la mano derecha objetos situados a su izquierda, se observa cómo se incrementan los trastornos existentes de la orientación o cómo aparecen, si antes no existían. La razón de ello es la siguiente: la orientación en el espacio se halla ligada a la orientación en el propio cuerpo. Existe una especie de proyección espacial de nuestro esquema corporal, pero esta orientación con respecto al propio cuerpo es más fija y seguramente traducida al espacio prensil que al espacio puramente visual. Si quebramos, por las maniobras anteriormente citadas, las relaciones entre estos tres esquemas, corporal-prensil-visual, surgirán inmediatamente trastornos más acentuados de la orientación.

Un punto muy importante, en la psicopatología de la demencia senil, es el trastorno de la *comprensión*. Se trata de un complejo trastorno, cuya desmembración en sus componentes ofrece un sugestivo interés.

d) En primer término, es necesario llamar la atención sobre una de las razones primarias del mismo: la *pasividad*. Los dementes seniles carecen de interés por el mundo que los rodea: Permanecen sentados, a veces, en la misma cama, sin participar en el suceder exterior. Si se les habla, contestan, pero no parecen especialmente interesados. Los temas de diálogo posible son reducidos, pobres, y si se les plantea una pregunta o problema que no resuelven, tampoco se esfuerzan en ello; el dejarlo irresuelto no les preocupa ni les inquieta. A la primera dificultad abandonan, cansados, la partida. Se trata de una



alteración de las fuerzas dinámicas de la vida psíquica, de raíz biológica.

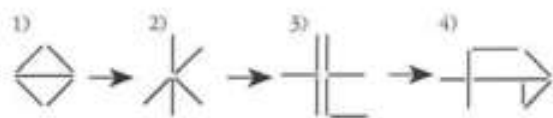
e) Aunque diversa en apariencia, pertenece, sin embargo, al mismo tipo de trastornos a la persistencia de cualquier automatismo internamente determinado, en el pensar o en el obrar. Es una especie de *perseveración en el obrar*. Ordénesele, por ejemplo, a un enfermo que reproduzca la figura a), y lo hace en la forma b). Se le explica e insiste, y entonces la reproduce tal como se ve en la figura c). En otro caso, el modelo de la figura d) se reproduce del modo dispuesto en la figura e), y es curioso que tantas veces como se le coloca la anterior figura la reproduce con la misma hilera, que continuaría indefinidamente si se le dieran más bastoncillos para hacerla. Esta tendencia perseveratoria se observa en otras situaciones. Se le ordena apagar la cerilla, pero la sigue teniendo en la mano, sin desprenderse de la misma mientras ejecuta la orden siguiente.

Es decir, lo difícil es *terminar*, no *persistir*. En el lenguaje, nos encontramos con una alteración parecida. Si las logoclonias son formas exageradas y caricaturales de esos trastornos, es cosa digna de ser analizada. El trastorno es de la misma naturaleza que el que vamos a analizar después, consistente en adherirse a un determinado contenido y no saltar al siguiente. Falta en el senil la espontaneidad, la viveza, la «alegría en la función», que caracteriza la vida psíquica infantil.

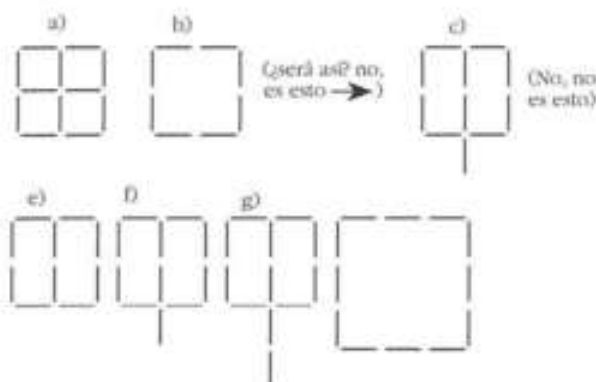
f) *Difuminación de la percepción*.—El senil percibe una tonalidad, pero de un modo difuso, borroso, sin pre-

cisión. Esta imprecisión y vaguedad se comunica a su hacer titubeante e inseguro. Se le ordena reproducir la figura -hombre- del test Pitner-Paterson, y no sitúa los brazos y piernas con exactitud. Que la dificultad es esencialmente perceptiva lo demuestra el hecho de que cuando lo ve, lo ejecuta. Es como un enfoque borroso del mundo perceptivo. Este enfoque borroso de la percepción determina la dificultad de reconocimiento de objetos o personas de la que luego hablaremos.

g) Junto a ello, y en el mismo orden, se sitúa la incapacidad para *percibir las estructuras internas* de su complejo perceptivo. Ejemplos: Reproducir la figura 1, y lo hace tal como se ve en 2, 3 y 4.



Otro ejemplo: Figura propuesta, a; reproducidas, b, c, d, e, g, h.



Se le llama la atención sobre los cuatro cuadrados que forman el conjunto, e insiste:



h) Existe una *rigidificación esquemática* del mundo perceptivo con tendencia al aislamiento de una percepción determinada. En todo su modo de percibir hay una inclinación a la esquematización y a la abstracción. En las láminas de Bobertag reconocen las figuras aisladas, pueden incluso construir un juicio sobre lo percibido y fundir los juicios aislados en un juicio lógico. Se esfuerzan en lograr el sentido de la lámina, y a veces lo consiguen, partiendo de las primeras falsas respuestas (en contra de la agnosia simultánea de Wolpert). Lo que no comprenden es lo que hay de referencia sumergido en el dibujo. No se perciben los finos detalles, cuya significación está por encima de lo esquemático. El proceso comprensivo se reduce a esquemas.

Esto por lo que se refiere al contenido del pensamiento. En la puesta en marcha de la función del pensar, falta siempre al enfermo el vigor, la actividad, la fluencia que le permite pasar de un contenido a otro; por ello se queda adherido a una determinada situación. A este trastorno llamó Grünthal -Einstellstörung-. El trastorno estriba en una pérdida de la movilidad y flexibilidad del punto de vista, cualidad muy característica de una vida agudamente inteligente, en la plenitud de su función.

i) Existe una cierta tendencia a la -concreción y verbalismo- de figuras y objetos, que debe ser correctamente interpretada. Se le enseña a un senil un círculo \bigcirc y dice: «Tapadera». Se le dibuja un cuadrado \square y dice: «Algo para meter una fotografía» (3). Estas respuestas pueden hacer pensar que existe una tendencia al pensamiento concreto, lo cual estaría en contradicción con la tendencia a la esquematización anteriormente señalada. Que no es así lo demuestran estos ejemplos: se le enseña una naranja, y no encuentra su nombre; se le da en la mano, y lo dice. Lo determinante es, pues, la acción. La «cualidad de acción» o «cualidad funcional» es lo que dota al objeto de su capacidad de ser reconocido. La agnosia se hace a través de la *función* y no del *aspecto* o de la *fisionomía*.

Que el aspecto no se percibe lo demuestra la agnosia para la propia imagen en el espejo. Un enfermo no se reconocía en el espejo y preguntaba: «¿Quién es ese que me mira?». También confundía a sus propias hijas. La captación del aspecto de las cosas o de los seres supone dos capacidades, de las que carece el senil: por un lado, la captación fina del detalle, ya sea en la percepción o en la intelección, y por otro, la captación de lo que hay de fluente y movido en la realidad. Para entenderse en medio de ella, labra el hombre continuamente esquemas, tanto perceptivos como intelectivos, pero que han de mantener su carácter vibrátil si quieren ser útiles al ser humano. La zona que separa al hombre de su perimundo, su espacio de acción e intelección, está sometido a continuas presiones y, por tanto, oscilaciones. En el viejo, esta frontera se condensa, se solidifica, por decirlo así. a veces, en el viejo inteligente y vivaz, nos encontramos, por eso mismo, con juicios certeros, porque prescinde de lo accidental y aleatorio de la situación y la reduce a unos cuantos trazos sembrados de lucidez. Pero, en el demente senil, tal virtud no es posible, y del esquema queda lo muerto, y no lo lúcido.

j) El senil obra por *esquemas de acción*, y lo difícil es sumergirle en *esquemas de fin*. Se le ordena, por ejemplo, meter las cerillas en la caja, y entonces las sitúa ordenadamente sobre su superficie exterior, como en una caja ideal envolviendo a la real. Lo que falta es, pues, el fin esencial y característico de la orden, no el esquema de su ejecución. Resuelven, pues, las situaciones, en las que pueden manejarse por acciones adquiridas por ellos en el curso de la vida. Las nuevas acciones y las cadenas de ellas son más difíciles de ejecutar.

(3) Este ejemplo procede del trabajo de Prizat.

k) El lenguaje en los dementes seniles se halla perturbado, por diversas razones y mecanismos. Llama la atención, en primer lugar, una cierta *verborrea*: el enfermo habla y habla sin cesar, para explicar las cosas más nimias o para dar las respuestas que debían ser más directas. En esta verbosidad, salta de una cosa a otra por el puente de una parafasia verbal, que desvía a otro tema la conversación iniciada. El flujo verbal se halla salpicado de circunloquios, para rellenar los huecos que dejan las palabras no halladas al tratar de designar cosas o personas (*afasia amnésica*).

Mayor interés tiene todavía la observación de Pick sobre la independencia entre el lenguaje y el pensamiento. Parece como si el flujo verbal del demente senil siguiera su propio camino, automáticamente, sin hallarse regido por la función ordenadora del pensamiento. No es éste el que tiene los hilos rectores de la conversación, sino los propios ingredientes del habla. Así, son frecuentes las asociaciones por consonancia o asonancia y otras ligazones verbales a las que es totalmente ajena la función del pensar (4). Pidamos a un demente senil que nos haga un relato, y nos encontraremos, entonces, con cosas tan curiosas como éstas: «Por qué está aquí, en la clínica?» «Porque encuentro que está muy bien el sanatorio; estoy muy contento porque me encuentro bien de salud y encuentro a mi madre muy bien, aunque está algo enferma y deteriorada. Mi madre tiene sesenta y ocho años, pues yo es que debo tener sesenta y ocho años también..., pero algo menos, cuarenta y cinco...; no... Bueno, mi madre está muy deteriorada y yo, realmente, he cumplido sesenta y ocho años.»

Los elementos *melódicos* del lenguaje se conservan. En las frases finales, el lenguaje se desintegra hasta la ecolalia. La memoria y el reconocimiento de melodías se conservan largo tiempo en los seniles.

La *lectura* se conserva, en general, mejor que la *escritura*; ésta se halla muy alterada; en algunos casos, imposible entenderla, está llena de errores, con cambio del lugar de las letras y de las sílabas, por parafasias, etc. Estas alteraciones aumentan si en lugar de un dictado pedimos al enfermo que escriba algo espontáneamente. Existe, en muchos casos, una correlación entre los trastornos del lenguaje y la escritura; pero, en otros, éstas son más acentuadas, como si fuesen, a su vez, víctimas de un trastorno peculiar. En la escritura de cifras, se observan análogas perturbaciones.

l) Sobre todas estas perturbaciones se estructura el trastorno de las *manifestaciones superiores* del pensamiento. Los pensamientos complicados no se comprenden, las relaciones entre las cosas no se atisban. No se alcanza a extraer lo esencial de la situación; los enfermos se pierden en detalles accesorios. Falta, pues, la *jerarquía ordenadora* de la función pensante. Ello provoca la *impermeabilidad para todo lo nuevo*, en el mundo de los conocimientos, de los valores, de las impresiones, et-

cétera, y como manifestación secundaria, el refugio en lo antiguo, lo que, traducido a términos de psicología normal, se expresa en la contraposición de viejos y jóvenes, en sus apreciaciones sobre la vida. En esa impermeabilidad para lo nuevo, no intervienen sólo elementos intelectivos, sino afectivos: la sensibilidad no puede adaptarse a los nuevos modos, que le repugnan, y prefiere vivir adherida a los de antaño. Desaparece, por consiguiente, todo lo que es pensamiento productor, originalidad, aunque, a veces, algún destello de viveza pueda hacer parecer lo contrario.

m) Ya en el camino de la decadencia, va reduciéndose la esfera de los intereses; el juicio y la capacidad crítica disminuye, y esta alteración en la esfera noética impregna la conducta total, ya, a su vez, perturbada por el trastorno de la vida afectiva e incluso instintiva.

Lo que ocurre con la conducta sexual es revelador de la constelación de elementos que intervienen como determinantes de la conducta. Por un lado, tenemos la disminución general de la impulsividad que se presenta en la senilidad, pero, por otro, la desaparición de la capacidad de juicio deja emergentes y sin control los impulsos sexuales, hallándonos entonces frente a esas formas anómalas de conducta en los seniles: atentados al pudor en las niñas, exhibicionismo, etc. Bleuler dice que lo esencial, en estos casos, es la no comprensión de la situación, y que el demente senil se comporta ante la niña como si la tomara por su mujer. Esta interpretación, si es válida, lo será para algún caso excepcional, pero no para todos los casos ni para todos los actos.

Los tipos de conducta general son variados. Unos enfermos yacen apáticamente sentados en la silla o en la cama, como sumidos en la inercia de la vida vegetativa. Otros, en cambio, parecen presa de gran actividad, puramente formal, sin contenido. Entran y salen, revuelven cosas y objetos, coleccionan tonterías. Unas veces, realizan compras o ventas absurdas o hacen proyectos de matrimonio o incluso viajes sin objeto.

Bien conocidos son los problemas que plantean en sus últimas voluntades, precisamente porque son «últimas», pero no «voluntades»; tan enorme es, a veces, su *sugestibilidad y labilidad de ánimo*. Caen por ello en las redes de personas extrañas; incluso los niños pueden manejarlos. Y si, a veces, se dan cuenta de que han sido víctimas de algo anómalo, no saben cómo salirse de la maraña, porque les falta la decisión para obrar y la claridad para buscar la salida al embrollo. En otros casos, en cambio, muestran una tenacidad, egoísmo e influenciabilidad dignas de mejor causa.

n) La vida afectiva se ve teñida de la misma nota general de debilidad. No es sólo que no viven con intensidad afectiva porque no comprenden, como dice Bleuler, sino que aquélla ya se halla, de por sí, amortiguada. Lo cual no empece para que, de vez en cuando, nos sorprendan con sus *explosiones coléricas* o con sus distimias. Explosiones las más de las veces breves como llamaradas, que terminan en crisis de llanto o de pesar, demostrando el propio vacío afectivo de la explosión. La

(4) Obsérvense las analogías con las tendencias perseverantes en la acción.

labilidad afectiva depende, en algunos casos, de incrustaciones arterioescleróticas. Es frecuente, en los seniles, un cierto estado anímico depresivo.

o) Los síntomas corporales ofrecen, desde el punto de vista diagnóstico, poco interés. Los reflejos tendinosos están, en ocasiones, amortiguados. La marcha se realiza a pequeños pasos, ensanchando un poco el área de sustentación. Los movimientos, en general, son temblorosos, inseguros, con componentes apráxicos y atáxicos. A veces se observan unos ciertos espasmos musculares y, sobre todo, una dificultad en la relajación. Estos trastornos inervatorios contribuyen al carácter inseguro de los movimientos; en otras ocasiones, se observa rigidez (por lesiones seniles de los núcleos centrales). Las pupilas son pequeñas, redondas, a veces anisocóricas, lentas en sus reacciones a la luz y a la convergencia. En algunos casos, se presentan ataques epilépticos o crisis de desmayo.

IV

Con ello queda descrito el cuadro global de la demencia senil. Las diferencias en cada caso se hallan figuradas por la nitidez con que emerge uno u otro síntoma, dentro del plazo total de los trastornos. A veces, sin embargo, destacan más algunos, hallándonos entonces con formas especiales, las cuales pueden clasificarse en dos grandes grupos, según ofrezcan una sintomatología preferentemente psíquica o con incrustaciones neurológicas muy aparentes. En este grupo incluiremos las formas especiales con individualidad tan bien marcada que se designan con un apelativo propio (presbiofrenia o enfermedad de Wernicke, enfermedad de Kraepelin, enfermedad de Alzheimer) (5).

Psíquicas.—Entre ellas tenemos:

1) *Formas depresivas.*—Aparte la depresión general del ánimo, se caracterizan por el delirio nihilista, en el que el enfermo se queja angustiosamente de no tener estómago o corazón o sentir su cuerpo estropeado o en vías de desaparecer; no tiene vestidos, ni sombreros, ni zapatos; todo se lo han robado; los hijos no pueden comer, su casa está deshecha, etc. La angustia que acompaña a tales cuadros constituye a veces el puente de transición con las

2) *Formas confusionales y delirantes.*—Los trastornos de la conciencia se presentan casi siempre en forma episódica. En los estados delirantes sufren pseudopercepciones visuales y auditivas, que exacerban el estado de inquietud. Se presentan especialmente por la noche. Es conocido el hecho de que los seniles permanecen durante el día quietos, cansados, soñolientos, y que, en cambio, por la noche son presa de agitación, en ocasio-

nes con el llamado *delirio ocupacional*, que recuerda tanto al de los alcohólicos.

Los estados confusionales pueden ser tan largos e intensos que dominen el cuadro clínico desde el comienzo y ser los determinantes del internamiento del enfermo. La confusión puede instaurarse como consecuencia de un trauma o lesión cerebral o corporal. La extirpación de una catarata o la enucleación de la próstata desempeñan muchas veces este papel desencadenante. La agitación puede llegar a convertirse en peligrosa para la vida, y si se tiene a los enfermos en casa, con grandes dosis de hipnóticos, no es raro ver aparecer una bronconeumonía que suele ser fatal.

Los episodios de agitación e intranquilidad pueden presentarse en forma más simple sin el aditamento del trastorno de la conciencia y sin el fondo angustioso tan acentuado.

3) *Formas paranoides y parafrénicas.*—Estas formas se desarrollan sobre un fondo constitucional determinado, por lo que nos podemos encontrar con todas las variantes que se comprenden entre los desarrollos paranoides y las construcciones paranoides de auténtico tipo esquizofrénico. En un extremo de la serie, se halla el viejo egoísta desconfiado y receloso; sobre este fondo caracterológico primario, pueden ir apareciendo *ideas de perjuicio*: la gente le roba o le engaña, le quita cosas, hacen otras para molestarle, etc. El servicio le echa polvos en las cosas, le miran, hacen ruido para aturdirle, se meten con él, le envían malos olores, etc. A veces se presentan *ideas de grandeza*. Las pseudopercepciones de diversas clases sirven de aliento a estas construcciones delirantes.

La predisposición anterior tiñe de carácter *maníaco* algún episodio senil, así como, en otras ocasiones, es capaz de producir cuadros de colorido *catatónico* con estereotipias diversas y, verbigracia, negativismo, etc. También pueden, como en tantas otras ocasiones, liberarse ciertos mecanismos *psicógenos*.

Existen otros casos que se manifiestan por la acentuación de diversos cuadros neurológicos. Antes ya hemos llamado la atención sobre los síntomas neurológicos, como la hiperquinesia, los trastornos vegetativos, los ataques epilépticos, etcétera.

Los síntomas agnósticos descritos antes aparecen muy manifiestos. En algunos casos, se presenta la ceguera psíquica de Balint, consistente en la imposibilidad de seguir con la mirada un objeto. Otras veces, vemos el trastorno de la percepción de la profundidad, descrito por Pick, o una acentuación de las alteraciones del esquema corporal, de las cuales también ha descrito Pick casos muy interesantes. Quizá en esta misma serie habría que alinear los casos con agnosia para la propia imagen ante el espejo que ya hemos descrito. La ceguera psíquica se presenta con caracteres hemianópsicos. Entonces el enfermo sólo percibe y se maneja en una mitad del espacio, que se convierte así en una especie de *espacio preferencial*, como el de las aves.

4) Se ha aislado una forma clínica en la que el trastorno de la capacidad de notación ocupa un primerísimo

(5) La enfermedad de Pick no se incluye en esta enumeración por no considerarla como demencia presenil, sino como enfermedad heredo-degenerativa, lo mismo que el Corea de Huntington. Véanse los trabajos de Spatz.

plano. Se llama *presbiofrenia* (Kahlbaum, Wernicke). En contraste con esa enorme olvidabilidad, existe en estos enfermos una cierta viveza psíquica y un cierto turgor corporal. No dan la impresión de estar tan senilizados como hace suponer su enorme trastorno de la memoria. Boestroem opina que este cuadro se debe a la confluencia de dos componentes: por una parte, la senilidad patológica, y por otra, la constitución sintónica-hipomaniaca. La viveza de estos enfermos puede, en efecto, ser interpretada como un desplazamiento del nivel normal de la timia hacia el lado hipertímico. Corporalmente, se trata, en efecto, de sujetos pícnicos. La prebiofrenia es mucho más frecuente en la mujer. Conformarían estos cuadros la tesis de que la pínica supone una mayor defensa o vitalidad biológica frente a las agresiones destructivas, lo mismo frente a la esquizofrenia que a la infección luética que a la decadencia senil.

Sin embargo, no en todos los casos nos encontramos con estos cuadros injertados hipomaniacamente. Grünthal señala la combinación de un gran déficit mnésico, con síntomas focales parieto-occipitales, y una conducta ordenada, como en el caso de Sterz. Contrasta la sensación de frescura y actividad que ofrecen estos enfermos con la vida vegetante del resto de los seniles. Como se ve, la prebiofrenia puede interpretarse como variante preferentemente psíquica o preferentemente neurológica de la demencia senil.

Lo mismo ocurre con la llamada *enfermedad de Kraepelin*. Se trata de un cuadro depresivo atípico, a veces con síntomas catatónicos, que empieza alrededor de los cuarenta años y que es seguido por un cuadro orgánico grave, traducido en la necropsia por lesiones celulares en la corteza, en los ganglios basales y en el cerebelo. En estos cuadros, vemos la transición entre los cuadros que podríamos denominar funcionales y orgánicos. He visto un caso muy típico que comenzó por una depresión endógena con matiz angustioso. Al cabo de unos meses de evolución, las quejas hipocondríacas fueron tomando un carácter «procesal», si cabe decirlo así. Los síntomas subjetivos de opresión, dolores, etc., se transformaron, alucinatoriamente, en corrientes eléctricas en los intestinos, descuartizamiento de la piel y arrancamiento de cortes pequeños, etc. La enferma terminó con un cuadro demencial acompañado de una profunda caquexia vegetativa.

Entre estos tipos especiales, destaca la *enfermedad de Alzheimer*, nombre con el que Kraepelin designó el cuadro descrito por Alzheimer en 1906.

La enfermedad *comienza* por un trastorno progresivo de la memoria y de la *capacidad de notación*. Los enfermos se desorientan en sitios perfectamente conocidos, se cansan y desinteresan de sus ocupaciones habituales. A veces, se insertan en su curso ataques epilépticos. El ánimo puede ser deprimido o entristecido; en ocasiones, se observa un cierto estado de perplejidad, como si quedasen posibilidades de crítica de la situación que la enfermedad les crea. Más tarde, aparecen los primeros tras-

tornos del lenguaje, en forma de olvido de palabras, y los actos comienzan a parecer extraños.

En el *período de estado*, la desorientación es completa. No reconoce su propia casa ni sus parientes. En medio de las dificultades de la comprensión, a veces, sorprenden con algún gesto mental que parece flotar en el vacío. Se perturba la lectura, la escritura y el cálculo. El enfermo, presa de una actividad vacía, se mueve inútilmente. En el lenguaje, persevera y, posteriormente, aparecen logoclonías. Algunos se muestran ansiosos o con ideas de perjuicio, de ser robados, etc. Finalmente, aparecen *espasmos musculares*.

En los casos más graves, resalta la logoclonía y la irritabilidad de los enfermos. Se enfadan por cualquier cosa, bombardeando al interlocutor con fragmentos logoclónicos o parafásicos. Aparecen diversas estereotipias y gatismo, así como el reflejo de succión. Los espasmos musculares también integran esta fase final.

La enfermedad comienza a los cincuenta o sesenta años. El curso puede ser rápido (uno a dos años) o lento (veinte años).

En el período de estado, es característica la aparición de *síntomas focales borrosos*. Sterz decía que la enfermedad destruye el aparato mnésico-asociativo y bloquea la puerta de entrada y salida de la vida psíquica. En un caso de Sterz de ceguera psíquica, Grünthal halló, en efecto, una atrofia de la calcarina. Horn, Stengal, Liebers y Creutzfeld, en un caso en el que predominaba la afasia sensorial, hallaron una atrofia de la corteza temporal. Herz y Fünfgeld han explicado la intranquilidad iterativa por una lesión del núcleo caudado. Frets y Donkersloot han atribuido a lesiones del estriado la rigidez que Sterz explica por mecanismos reactivos de índole psíquica. Pözl ha descrito alteraciones ópticoespaciales puestas en relación con el lóbulo parietal. Grünthal encontró parálisis psíquica de la mirada, así como un trastorno de la comprensión de la totalidad, ataxia óptica y trastornos de la orientación en el propio cuerpo con autotopagnosia.

En el período final, la demencia es completa. La vida intelectual ha desaparecido por completo; de su lenguaje ya no quedan más que logoclonías, y el enfermo no percibe más que los más groseros estímulos. Aun en estos casos se observa el hecho siguiente: sólo captan los estímulos nocivos, y únicamente cuando penetran en el campo inmediato de los enfermos, en su reducido perimundo. En una enferma de mi clínica, se ponía esta limitación muy claramente de manifiesto: si se le acercaba una luz (lamparilla de mano), no se volvía hacia ella, ignorándola. Si la luz provenía de una cerilla encendida y se le aproximaba a la cara, se volvía en cuanto la proximidad hacía nocivo el estímulo. En este período final, aparece una caquexia vegetativa (6) y algunos síntomas neurológicos, como una paraplejía en flexión.

(6) ¿Es posible detener esta caquexia vegetativa mediante una leucotomía? En el caso aludido, se hizo una biopsia cerebral para confirmar el diagnóstico, y desde entonces la enferma se mantuvo en un estado vegetativo casi floreciente.

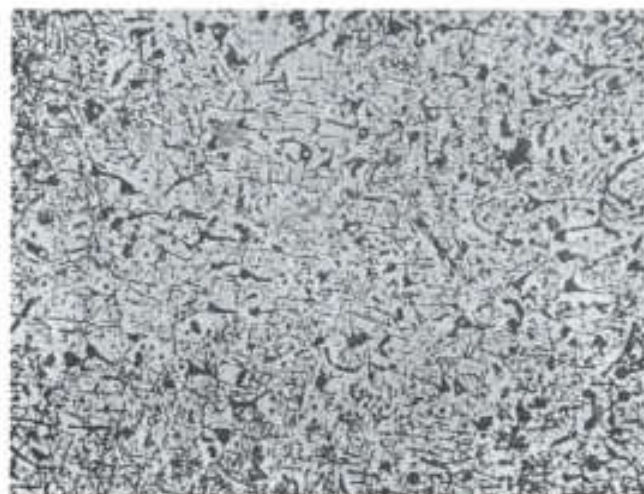


FIG. 1.—Corteza normal (según Grünthal).

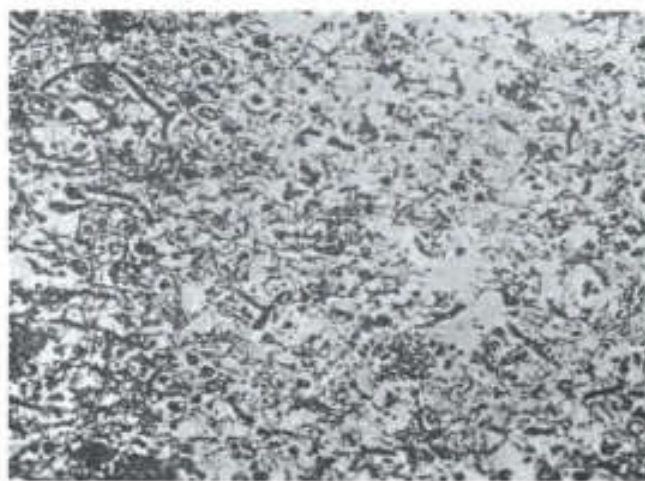


FIG. 2.—Corteza senil (según Grünthal).

V

Las alteraciones anatomopatológicas de la demencia senil pueden dividirse en dos grandes grupos (Spatz): uno, el de las alteraciones generales; y otro, el de las alteraciones específicas.

a) Las alteraciones generales consisten en una disminución del tamaño del cerebro, que se traduce al exterior porque, al achicarse las circunvoluciones, los surcos se hacen más abiertos y dehiscentes; en el interior, se observa una dilatación ventricular (hydrocephalus ex vacuo). El cerebro pesa menos, por la disminución del parénquima funcional, pero, en cambio, se halla más duro, por el aumento del entramado glial (especialmente neuroglia) (figs. 1 y 2). La sustancia gris toma, además, un color pardo amarillento por el aumento del pigmento amarillo. El conjunto, pues, de todas las alteraciones se resume en una palabra: *atrofia cerebral*. Existen otros modos de llegar a esta atrofia cerebral, pero éste es uno de ellos, y precisamente sobre su base asienta la disminución de la actividad psíquica característica de la demencia senil (Spatz).

Claro es que esta descripción general necesita ciertos comentarios que la doten de precisión. En primer término, no existe una correlación estrecha entre el grado de la atrofia y el grado de decadencia psíquica, como ha demostrado Grünthal en un caso muy bien estudiado. En segundo lugar, la atrofia se reviste de aspectos distintos, según las circunstancias especiales: la velocidad de instalación y su localización. Existen unas atrofas sistematizadas a las que ha dedicado Spatz un trabajo fundamental, y de las que puede servirnos de ejemplo especial, en esta ocasión, la enfermedad de Pick. Existen otras atrofas difusas, como la demencia senil, y también la enfermedad de Alzheimer; en éstas, aparte el proceso atrófico, se observan las alteraciones específicas que inmediatamente describiremos.

b) Las alteraciones específicas se destacan claramente en las imágenes argentícas, y consisten en las *placas seniles* y la *degeneración fibrilar* de Alzheimer.

Las *placas seniles* aparecen como imágenes redondas y negras que existen en los espacios intercelulares, es decir, inmersas en la sustancia fundamental (figuras 3 y 4). A gran aumento se observa un dibujo que consiste en una serie de imágenes concéntricas dispuestas de esta manera: un núcleo central de aspecto radiado, rodeado de un halo claro, que, a su vez, se halla envuelto por una corona negra, rodeada periféricamente por un nuevo halo claro. Se creyó, al principio, que las placas se hallaban constituidas por colonias de actinomices, creencia errónea que pronto se desechó.

La alteración *neurofibrilar* de Alzheimer se delata por un espesamiento de las fibrillas. Como quiera que éstas son muy finas, al espesarse, se encorvan y enortijan, formando ovillos y trenzas (figs. 5 y 6). A las neurofibrillas se atribuye un papel esencial en la transmisión nerviosa. La disposición espesa y enortijada que adoptan en la demencia senil recuerda el aspecto normal que ofrecen en los animales de sangre fría. La alteración neurofibrilar aparece más densamente concentrada en el subículo del hipocampo. Es rarísima su presentación en el tronco, y nunca se ve en la médula.

Un problema apasionante es el de la *génesis de las placas y de las alteraciones fibrilares*. Alzheimer las consideraba como el resultado del depósito, en la corteza cerebral, de una sustancia desconocida, pero nunca se pudo demostrar su carácter de formación de depósito. V. Braunmühl trató de reproducir su imagen mediante un modelo biológico, echando unas gotas de una solución de sulfato de cobre en otra de sangre con sosa. Entonces, se obtienen imágenes artificiales, superponibles a las naturales de las placas seniles. La alteración fibrilar de Alzheimer es más difícil de explicar. V. Braunmühl piensa que se trata de un bastoncito coloidal, muy lábil, cuyas partículas, orientadas longitudinalmente, son desplazadas de su posición por acciones físico-químicas. Como modelo sirven las células nerviosas de las medusas. Bolzer dice que, si se coloca una medusa en agua hipertónica, las fibrillas alargadas se empiezan a enroscar y dispo-

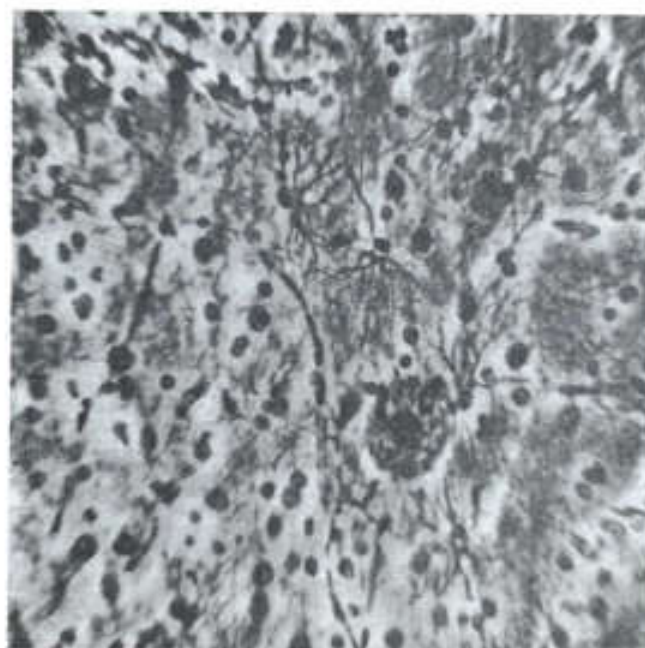


FIG. 3.—Placa senil (carbonato de plata. Prep. M. L. Herreros).

ner en ovillos. En las neurofibrillas humanas, debe ocurrir un proceso de imbibición de los espacios micelofibrilares; de ahí su aumento de tamaño y su ensortijamiento, puesto que, a pesar de aquél, deben seguir contenidos en el mismo espacio.

Estos procesos de precipitación e imbibición acompañan a la senilidad. La imbibición se ha visto en las meninges y en los vasos meníngeos. Schole ha descrito recientemente una especie de *alteración placular* en las arterias y capilares cerebrales, en los que se observa la imbibición de sus paredes y precipitación de pigmentos argentófilos.

Estos fenómenos son parejos, en definitiva, a los del envejecimiento coloidal. En un sistema coloidal, cuando envejece, se distinguen dos tipos de alteraciones: una disminución en la dispersión del sistema y una división en dos partes del contenido coloidal. A este proceso se llama *sineresis*. La *sineresis* produce, por un lado, por deshidratación, la precipitación de lo que podríamos llamar escorias orgánicas, y por otro lado, la imbibición. La precipitación se realiza por golpes, como en este esquema tomado de Braunmühl. En a, b y c, se señalan los procesos de precipitación que producen las placas. En c y d, las placas se están haciendo y no llegan a precipitarse, porque la muerte impide el proceso: Esas sustancias generadoras de placas no han sido aún descubiertas por la investigación, si bien algunos trabajos están concebidos con este propósito (Fig. 7).

Divry ha investigado 35 casos, en 30 de los cuales ha hallado placas en los centros vegetativos hipotalámicos (Nucl. supraópticos, paraventriculares, etc.) y, en parte, coincidentes con los lugares donde aparecen las alteraciones neurofibrilares de Alzheimer. Los núcleos de las

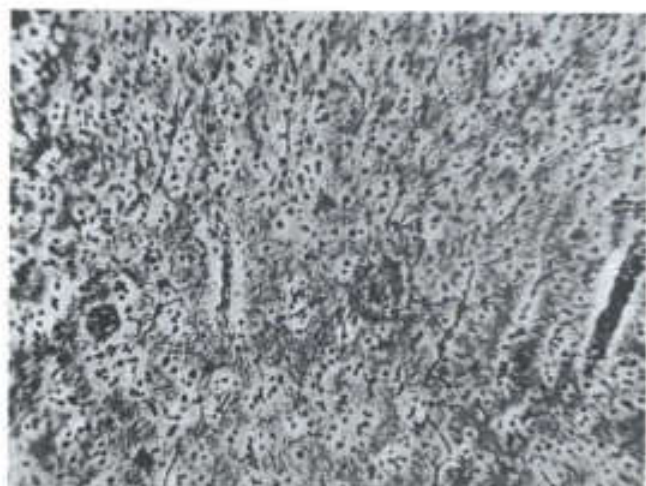


FIG. 4.—Placa senil (carbonato de plata. Prep. M. L. Herreros).

placas mostraban metacromasia al tñirlos con violeta de metilo, yodo, ácido sulfoyohídrico y rojo congo, por lo que supone se hallan constituidas por amiloide. Mediante el cloruro férrico y el ácido sulfúrico, descubrió que daban una reacción parecida al triptófano. La sustancia -trícósica-, es decir, la que forman los gránulos y fibras, presenta analogías con el fibrinógeno de la sangre, demostrado por su argentofilia.

Es muy probable el hecho de que la precipitación placular se halle ligada a ciertas manifestaciones de los dementes seniles. Los episodios de confusión, el comienzo de fases de insomnio o inquietud, las rápidas agravaciones del déficit en la capacidad de notación, puede ser las manifestaciones del citado hecho anatomopatológico. Incluso en individuos no dementes, en cuya senilidad se encuentran fases de insomnio o graves defectos mnésticos, podrían acaecer hechos parecidos, ya que las placas, como hemos visto, pueden aparecer en cerebros no procedentes de casos de demencia senil. Pözl llama la atención sobre la frecuencia con que estos episodios se ligan a pequeñas intervenciones quirúrgicas, como la operación de cataratas. Sería interesante, en el futuro, poner mayor atención en este curso en brotes de la senilidad patológica e investigar sus posibles relaciones con los hallazgos anatómicos correspondientes.

Ni las fibrillas de Alzheimer ni las placas deben considerarse como formaciones específicas de la demencia senil. Las fibrillas han sido descritas por Halleorden en el parkinsonismo postencefalítico. V. Braunmühl ha encontrado esferas argentófilas en la parálisis de Lissauer. Gerstmann, Strassler y Scheinker han hallado fibrillas en la enfermedad de Pierre-Maire. También se han encontrado en la parálisis espinal espástica, es decir, en las enfermedades heredodegenerativas, lo cual no resulta extraño sabiendo que, en el fondo, *la senilidad es una forma de heredodegeneración*, en el sentido de que hoy debe darse a esta palabra. También se encuentran en enfermedades inflamatorias, porque la *sineresis* es, en el fondo, *un modo de reacción biológica del cerebro*.

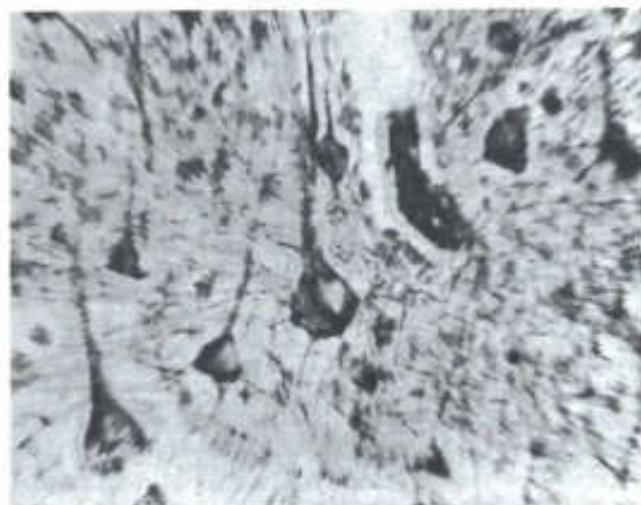


FIG. 5.—Alteración neurofibrillas de Alzheimer (Neck, Bielschowsky. Prep. M. L. Herreros).



FIG. 6. Alteración neurofibrillas de Alzheimer (Neck, Bielschowsky. Prep. M. L. Herreros).

¿Hasta qué punto las alteraciones descritas deben ser consideradas como específicas para el diagnóstico de la demencia senil? Gellerstedt realizó un trabajo fundamental, en el cual demostró que no existen diferencias *esenciales* entre los cuadros procedentes de viejos y los procedentes de psicosis seniles, sino sólo accidentales, consistentes en la *cuantía* y en la *distribución* de las alteraciones. La degeneración granulovacuolar se presenta en la vejez normal, pero localizada sólo en el asta de Ammon. Las alteraciones fibrilares de Alzheimer no son raras en los cerebros psíquicamente normales, pero siempre localizadas en el alocórtex del lóbulo temporal. Cuando se encuentran abundantemente en la corteza, debe deducirse la existencia de alteraciones psíquicas profundas, si bien su ausencia no las excluye. Las placas se encuentran en la vejez normal con mayor frecuencia de lo que se pensaba. Existen muchas variantes de distribución y de dibujo de las placas. En muchos casos, son frecuentes en la corteza occipital, mostrándose más resistentes otras regiones cerebrales. A Gellerstedt se le ha hecho la objeción de que no se habían estudiado sus enfermos desde el punto de vista clínico, ya que sus cerebros procedían de enfermos hospitalarios no psiquiátricos, pero en los que no constaba que no padecieran trastorno psíquico alguno. W. Müller ha reemprendido esta investigación, pero partiendo de casos clínicamente conocidos. En primer término, llega a la conclusión de que las placas seniles pueden aparecer en todo cerebro viejo, con tal de que haya alcanzado una cierta edad, que oscila entre los ochenta y cinco y los noventa años. El punto de aparición de las placas y la intensidad de las mismas dependen de causas internas, probablemente ligadas a factores de constitución química. En su formación, se encuentra una sustancia no identificada, pero soluble en xilol y acetona. En los animales que estudió (perros, gatos y caballos), no encontró las alteraciones placulares; cree debido esto a que tales animales no alcanzan la edad su-

ficiente para que envejezca de tal modo la sustancia cerebral que sean posibles las precipitaciones argentófilas.

Como se ve, pues, se repite, frente a los trastornos psíquicos seniles, la experiencia de otros problemas anatomopatológicos en psiquiatría. No se halla una especificidad anatómica que corresponda al trastorno psicopatológico, sino que cada caso hay que juzgarlo *hic et nunc*, en su tiempo y en su lugar. Las placas seniles pueden presentarse sólo por la edad; pero, si son abundantes y aparecen a los cincuenta o sesenta años, indican el camino de lo patológico. Las fibrillas pueden presentarse en las esclerosis tuberosas ó en el parkinsonismo; pero, si no hay síntomas de enfermedad neurológica determinada, hablan en favor de la alteración senil, en forma de Alzheimer si es precoz, o en forma de demencia senil si es tardía.

No poseemos datos precisos acerca de la *herencia de la demencia senil*. Bern, Bleuler y Vorster aceptaron hace tiempo la existencia de una relación genética entre la demencia senil y la esquizofrenia. Meggendorfer, en 60 casos estudiados hereditariamente, en los que se excluía la intervención de factores arterioesclerosos, demostró la presencia familiar de la enfermedad. La escasa frecuencia de esquizofrenias en los familiares de dementes seniles habla en contra del parentesco genético entre ambas enfermedades. Dicho autor sospecha que, en la génesis de la demencia senil, intervienen dos factores: una predisposición irritable, nerviosa, quizá esquizoide, y un factor procesal, quizá consistente en la disposición para el mismo proceso de la vejez. Las investigaciones de Winberger, en 51 casos, llegan también a la conclusión de que, en los familiares de dementes seniles, la psicosis más frecuente es la misma demencia senil. No influye en su génesis la arterioesclerosis ni, como había demostrado Meggendorfer, la esquizofrenia. No se ha es-

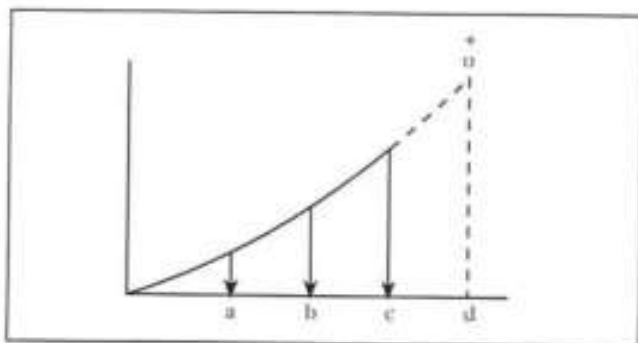


FIG. 7.—(Explicación en el texto).

clarecido la relación entre psicopatías y demencia senil. Bischof encuentra un aumento de sujetos raros en las familias de psicosis seniles de matiz paranoide, y Meggen-dorfer cita también análogas cifras. Scheele refiere un par de gemelos concordante en el que no se demostraba la influencia de la psicopatía en la explosión de la psicosis.

Las investigaciones realizadas hasta el momento actual no bastan para dirimir la cuestión de la herencia de la enfermedad de Alzheimer y, sobre todo, de su relación con la demencia senil. Lucas, en cuatro casos anatómicamente comprobados, vio que la madre de uno padecía un déficit mnésico. El padre de un caso de Löwenberg tenía una demencia senil. En los casos de Schottky, se halló una carga directa con la enfermedad de Alzheimer, en un caso; y en otro, con demencia senil, en el que existía la sospecha de que la enfermedad apareció por la confluencia de los dos genes, que siguen diversos módulos hereditarios.

Como se ve, el problema no resulta claro desde el punto de vista de la genética. La cuestión fundamental es ésta: La aparición de la senilidad patológica, ¿supone la presencia de un gen específico? Es posible que sí; pero, dados los tránsitos existentes —aun anatomopatológicamente— entre vejez y senilidad patológica, no puede aceptarse esta hipótesis, a no ser que traiga un buen bagaje comprobatorio, porque podría muy bien ocurrir que lo patológico no fuese más que una desviación en una curva de desarrollo con arreglo a la doctrina de Goldschmidt, y que esa desviación fuese determinada por la concurrencia con otras curvas procedentes de genes anómalos. La influencia de la constitución sintímica en la presbiofrenia es evidente para Boestroem.

La terapéutica de la senilidad, en general, y de las psicosis seniles, en particular, gira en torno al sueño fáustico de conseguir la eterna juventud. Desde los viejos remedios mágicos hasta el nuevo de Bogomoletz va una larga línea histórica, cuyos últimos puntos están centrados en los nombres de Metschnikoff, Voronoff y Stejnach. Es admirable este impulso a prolongar las fuentes de la vida; admirable, pero inútil. Más admirable sería comprender que la vejez es una fase de la vida llena de sentido y que hay que *aprender a envejecer* sin rebelarse. En lugar de curar, cuidar. Esta línea de conducta nos

ha de servir frente a los diversos trastornos psíquicos y vegetativos que presentan los seniles. Es conveniente calmar su agitación, pero no tratar de yugularla intoxicando al enfermo con barbitúricos. No hay que insistir sobre los cuidados generales. Algunos necesitan ser internados, así como otros necesitan de la protección legal o incapacitación. El sentar la indicación en cada caso es tema donde el médico o el psiquiatra demostrará su experiencia y buen sentido.

Cuando el pueblo envejece, la frontera entre la salud y la enfermedad es muy permeable, ha dicho lord Amulree (7) en un reciente debate en la Cámara de los Lores, y esta exacta y juiciosa observación obliga a una transformación radical de la asistencia a los viejos. No hay que concebir las instituciones al modo de los antiguos asilos, donde los viejos se hallan desprovistos de toda asistencia médica. En mi Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital General, son frecuentes los ingresos de viejos con alteraciones del carácter, sin rasgos de auténtica psicosis, porque aquéllos se hacen incompatibles con el régimen de asilados. Una mejor concepción, más elástica, de éstos, evitaría indudablemente el problema. En Inglaterra, la Fundación Nuffield ha dedicado especial atención a esta cuestión, y la Comisión nombrada al efecto propugna una transformación radical de la asistencia a los viejos.

BIBLIOGRAFIA

1. BETZENDAHL, W.: Z. Neur., 167, 1939.
2. BISCHOF, G.: Z. Neur., 167, 1939.
3. BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 4. Aufl. Berlin, 1923.
4. BOSTROEM.: Arch. Psychiatr., 99: 609, 1923.
5. BOSTROEM.: Arch. f. Psychiatr., 99: 609, 1933.
6. BOSTROEM, A.: Die Klinik der Kreislaufstörungen des Gehirns vom Standpunkt der Neurologie und Psychiatrie. Z. Neur., 167, 1939.
7. BRAUNMÜHL, V.: Z. Neur., 142: 1, 1932.
8. BRAUNMÜHL, V.: Klin. Wschr., 1934, I, 897.
9. BRAUNMÜHL, V.: Z. Neur., 133: 391, 1931.
10. V. BRAUNMÜHL, A.: Die psychischen Störungen des Rückbildungsalters. Anatomischer Teil Z. Neur., 167, 1939.
11. BROCKHAUSEN, K.: Z. Neur., 167, 1939.
12. BUMKE.: Nuevo tratado de las enfermedades mentales. Seix, editor. Barcelona, 1947.
13. BURDACH.: Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft, Bd. 3.
14. BÜRGER, M.: Leipzig. Z. Neur., 167, 1939.
15. BÜRGER-PRINZ U. JACOB.: Z. Neur. Bd., 161, 1938.
16. CRITCHLEY.: Lancet, 1931, I.
17. DIVRY, P.: J. Belge Neur., 39, 44-461, 1939.
18. FOERSTER, O.: Breslau. Operativ-experimentelle Erfahrung beim Menschen über den Einfluss des

(7) Véase *The Lancet*, núm. 3, vol. I, 1947.

- Nervensystems auf den Kreislauf. Z. Neur., 167, 1939.
19. GELLERSTEDT.: Uppsala Läk. Förh., N. F., 38, 193, 1933.
 20. GRUHLE, H. W.: Das seelische Altern. En el Handwörterbuch der medizinischen Psychologie, 1930.
 21. GRÜNTAL.: Pathologische Anatomie der senilen Demenz usw. en el Handbuch der Geisteskrankheiten de Bumke, Bd. II, 1930.
 22. GRÜNTAL.: Z. Neur., 111: 763, 1927.
 23. GRÜNTAL.: Fortschr. Neur., 7, 1935.
 24. GRÜNTAL.: Fortschr. Neur., 2, 1932.
 25. GRÜNTAL.: Fortschr. Neur., 1, 1929.
 26. KEHRER.: Zbl. Neur., 25, 1921.
 27. KEHRER.: Arch. f. Psychiatr., 91, 187, 1930.
 28. KEHRER.: Die krankhaften psychischen Störungen der Rückwandlungsjahre vom klinischen Standpunkt aus. Z. Neur., 167, 1939.
 29. KLEIN.: Z. Neur., 118: 189, 1929.
 30. KLEIN.: Z. Neur., 124: 257, 1930.
 31. KRAEPELIN.: Psychiatrie 8. Aufl., 1910.
 32. MAYER-GROSS.: The Journal of Mental Science, 378, 1944.
 33. MEGGENDORFER.: Z. Neur., 101: 387, 1926.
 34. PÖTZL, O.: Alterserkrankungen des Gehirns, en la colección de conferencias sobre "Das Altern und seine Beschwerden", organizadas por la Academia Vienesa en Bad Gastein. Springer Verlag, 1942. Viena.
 35. PRITZKAT, J.: Allg. Zeit. Psych. Bd., 109: 201, 1938.
 36. RIEBELING, C.: Z. Neur., 167, 1939.
 37. RUNGE.: Die Geistesstörungen des Umbildungsalters, der Involutionszeit und des Greisenalters, en el Handbuch der Geisteskrankheiten de Bumke, Bd. 8, 1930.
 38. SABASS, V.: Allg. Zeit. f. Psy. Bd. 113, H 1/2, 1939.
 39. SPATZ, H.: Berlin. Pathologische Anatomie der Kreislaufstörungen des Gehirns. Z. Neur., 167, 1939.
 40. SCHEELE.: Z. Neur., 144, 606, 1933.
 41. SCHEID.: Z. Neur., 148: 437, 1933.
 42. SCHEID.: Z. Neur., 148: 437, 1933.
 43. SCHULTZ, I. H.: Berlin, Z. Neur., 167, 1939.
 44. SPIELMEYER.: Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters, en el Handbuch der Psychiatrie de Aschaffenburg, 5 Abt. 112.
 45. STIEF.: Dtsch. Z. Nervenheilk., 97: 112, 1927.
 46. STIEF.: Z. Augenheilk., 70: 41, 1930.

Psiquiatría europea y psiquiatría norteamericana (*)

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. V, 2ª etapa, núm. 5, 1977.

En el siglo XIX la psiquiatría, sobre todo la centroeuropea, accedió a las Universidades, y este hecho imprimió una huella en su desarrollo durante muchos años. La Medicina estaba en pleno desarrollo como ciencia de la naturaleza, buscando en los métodos experimentales –y en otros análogos– las bases de su futuro. Uno de los primeros maestros de la psiquiatría europea, Griesinger, fue el que lanzó la frase de que las enfermedades mentales eran «enfermedades cerebrales», y aunque la psicopatología de este autor en manera alguna es tan elemental como esa frase hace suponer, la experiencia enseña que cuando una frase se convierte en un eslogan, lo que permanece es éste.

Los departamentos de Anatomía Patológica constituían uno de los bastiones más importantes de las clínicas centroeuropeas de aquel entonces. Esta línea de desarrollo cuajó en el propósito de Kraepelin de describir las enfermedades mentales con arreglo a los mismos criterios nosológicos con que se describían las otras enfermedades somáticas. Al frustrarse su propósito, porque en el grupo de las psicosis endógenas (psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia) no se pudo encontrar ninguna base anatomopatológica, recurrió al criterio evolutivo para diferenciar unas enfermedades de otras, aparte, naturalmente, de la morfología clínica de las mismas. Todo esto produjo también que la mayoría de las clínicas universitarias europeas fueran clínicas neurológicas y psiquiátricas simultáneamente, tal como ocurrió, por ejemplo, en Alemania, en algunas clínicas francesas, en Italia, etcétera.

Hay que reconocer que el arte de la observación clínica se desarrolló no sólo en los países centroeuropeos propiamente dichos, sino también en Inglaterra, y que todavía hoy constituye una lectura placentera la de los trabajos de los psiquiatras de fines del siglo pasado y de comienzos del presente, precisamente por su arte en la manera de captar los fenómenos psicopatológicos y de tratar de interpretarlos. Sin embargo, a partir de Jaspers

se puso en claro que la psiquiatría era una ciencia heterónoma, que debía utilizar métodos distintos y, sobre todo, dos fundamentales: 1.º El de tratar de comprender, introduciéndose en la subjetividad del sujeto, en las motivaciones de su conducta; y 2.º El de tratar de explicarse esa misma conducta a través de las alteraciones somáticas que se encontraban en algunos enfermos.

Método es camino y ninguno de los caminos citados podría llegar al conocimiento absoluto del hecho psicopatológico. Se podrían averiguar muy bien las claves de las lesiones y su localización en un parálisis general, pero no deducir a través de esas localizaciones somáticas el contenido de sus delirios. Precisamente por esta dificultad penetra el problema de la personalidad en el estudio de los fenómenos psicopatológicos. Resulta muy curioso analizar la influencia de Freud en este desarrollo. Cuando se leen sus esbozos de psicología publicados póstumamente, se ve que él, que tenía una formación neurológica muy notable, trataba de buscar una psicología de otro tipo que la Wundt, que fue el que sirvió de base a la psiquiatría descriptiva de Kraepelin.

Antes de pasar adelante quisiera decir unas palabras sobre la influencia de ambas en la psiquiatría actual en Europa, a diferencia de la que han tenido en los Estados Unidos. Existen en este país numerosos trabajos que critican la ordenación nosológica de Kraepelin y aun la de E. Bleuler, cuando introdujo el concepto de esquizofrénica, apoyándose simultáneamente en los trabajos de Kraepelin y de Freud.

Ya sabemos que la idea de entidad nosológica está en crisis. Actualmente se está llegando a la conclusión de que hay que buscar unidades operacionales que nos permitan avanzar en el terreno epidemiológico, ya que de lo contrario, la mayoría de los datos que se obtienen no sólo epidemiológicos, sino sobre resultados terapéuticos, no son comparables con los que pueden venir de otros lugares. Todo el mundo sabe que el concepto de «esquizofrenia» se usa en los Estados Unidos con una latitud que no suele hacerse en Europa. Si a eso se agrega la expresión de *border-line*, entonces la confusión es irremediable. Pero yo quería subrayar la observación de

(*) Resumen de una conferencia pronunciada en la Northern University de Chicago. Marzo 1976.

que las clasificaciones norteamericanas han sido, en general, mucho más minuciosas que las europeas y no han podido evadirse, en muchísimas ocasiones, del esquema de Kraepelin, aunque después de Adolf Meyer se considerasen siempre las enfermedades como reacciones y no como entidades autónomas. Por ejemplo, el diagnóstico de «paranoia» ya no es usado en muchas clínicas europeas porque ha deslumbrado después de los trabajos catmnésicos de Krole en dos grupos: 1.º Un grupo de enfermos así diagnosticados eran esquizofrénicos; y 2.º Otros no eran más que desarrollos paranoies y éstos entran en el capítulo de las personalidades psicopáticas. Kraepelin mismo sólo diagnosticó a lo largo de su vida 17 casos de paranoia.

Por otra parte, la influencia de Freud en la psiquiatría europea ha sido una especie de fenómeno *rebound* a través del éxito que tuvo en los Estados Unidos, tras el exilio de numerosos y distinguidos psicoanalistas centro-europeos. Ahora la psiquiatría europea se halla en vías de un cambio acelerado. Por una parte, el desarrollo de la psicoterapia es extraordinario, pero debo advertir que aparte de las escuelas psicoanalíticas existen grandes grupos y focos de cultivadores de la psicoterapia basándose en lo que podríamos llamar la línea del pensamiento antropológico. En la correspondencia entre Freud y Binswanger se puede ver bien cómo van surgiendo estas diferencias y es que ante el enfermo psiquiátrico no hay que pensar solamente que se trata de un *homo natura*, sino también de un *homo cultura*. Y sobre el *homo cultura* las diferencias entre los círculos culturales distintos son enormes. La propia historia de la psiquiatría europea lo demuestra. Durante la Edad Media no se hacen diferencias entre los enfermos mentales y los que no lo eran. Sólo cuando se fundan en Francia y en los demás países los llamados asilos u hospitales psiquiátricos o los generales, es cuando cambia la actitud y, por consiguiente, también la perspectiva con que se ve la enfermedad mental.

Durante la Edad Media y durante el Renacimiento, tanto la idea de la muerte como la de la locura se consideraban como algo tan natural como lo demuestra la existencia de las danzas macabras o la «nave de los locos» o el «Elogio de la locura», de Erasmo. Como toda regla general, ésta también tiene sus excepciones, puesto que en España se fundó en 1472 el primer hospital psiquiátrico del mundo. Se ha alegado que anteriormente los musulmanes ya tenían hospitales psiquiátricos; pero lo cierto es que los hospitales de éstos, de los cuales también había varios en España y se conservan restos de él en Granada —anteriores a la Reconquista— funcionaban con la misma idea que funcionaron los asilos en Francia y después en los demás países de Europa. Es decir, la idea era alojar a los que perturbaban, más o menos peligrosamente, el orden social y por eso los asilos europeos se llenaban de locos, prostitutas, homosexuales, vagos y maleantes. En el fondo, el Hospital General, así concebido, no tenía propiamente dicho una vocación médica, como tampoco la tenían los *Workhouses* de Inglaterra,

casi contemporáneos en su funcionamiento a otras instituciones y en los que el trabajo forzado desempeñaba un papel al mismo tiempo de control moral. La noción de alienado surge de esta separación.

Durante los tiempos de la Revolución y del imperio francés, la situación cambió y el ejemplo se extendió a toda Europa. El cambio consistió en que quedaron sólo recluidos los enfermos mentales, y ya posteriormente, como he dicho antes, el contacto con el resto de la medicina somática que se enseñaba en las Universidades, realizó la transformación de la psiquiatría.

De una parte, la creación en algunos países de los seguros sociales, totales o incompletos, y por otra, la modificación de la estructura del mundo actual, ha hecho que también repercuta sobre la psiquiatría europea el problema sociológico.

Desde el punto de vista puramente científico, hay que pensar un momento en lo siguiente: la enfermedad mental en general consiste en una desestructuración de la personalidad. Jackson decía que en toda locura existe una afectación patológica de un número más o menos grande de centros cerebrales superiores, lo cual supondría que éstos se hallasen fuera de función y habría una degradación de la base física y, por consiguiente, de la vida mental misma. El pensamiento de Jackson, expuesto en sus «Cronian lectures» (1874), que tanta influencia ha tenido en la neurología moderna, no ha dejado de tenerla también en psiquiatría. En la misma obra de Freud nos encontramos con un pensamiento evolutivo, de tal manera que el psicoanálisis ha descrito una psicología del niño a partir de una patología del adulto. Desde siempre ha habido en muchos psiquiatras y neurólogos europeos una resistencia contra este punto de vista que gana terreno de día en día. Monakow y Mourgue, a propósito de la disolución neurológica, dicen que la desintegración no es la inversión exacta de la integración y que sería absurdo afirmar que la himiplejía es una vuelta a un estado primitivo de aprendizaje de la locomoción, lo cual lleva a la idea de buscar la especificidad y la originalidad del trastorno morboso.

Es verdad que los psiquiatras, por regla general, no se han ocupado más que de los aspectos negativos de la enfermedad. Sus palabras, sus movimientos, su conducta en general, aparecían como carentes de sentido ante los que los contemplaban. Esta incompreensión es la que llevaba a la necesidad de buscar una explicación en términos científico-naturales de lo que pasaba con el enfermo. Pues bien, gracias al crecimiento de las diversas formas de psicoterapia, los límites del comprender de los psiquiatras se han dilatado y se ha visto cuánto podría hacerse como positivo, especialmente desde el punto de vista estético, en los enfermos esquizofrénicos.

El esquizofrénico parece tener un contacto más directo y especial con ciertas formas artísticas que el hombre medio. No operan sobre ellos sólo las potencias destructivas de la enfermedad, sino también las que buscan la restitución o la curación. Esta *vis medicatrix* tiene en sí a veces algo creador.

Ya Prinzhorn decía en el año 1922 que «el sentimiento con respecto al mundo en nuestros tiempos era muy análogo a los sentimientos del mundo esquizofrénico». E incluso Jaspers, en 1949, decía que «la fascinación y la autenticidad de algunas manifestaciones esquizofrénicas no correspondían a nuestra cultura intelectual». Las consideraba como una pérdida. A este punto de vista se ha adherido Zutt últimamente. Yo mismo lo he preconizado en diversas publicaciones. Todo esto viene a la conclusión de que el hombre no es sólo un ser de razón y que la excesiva racionalidad le impide ver otros aspectos de la realidad humana que los enfermos le enseñan. Esta nueva actitud es la que está transformando la psiquiatría europea.

Desde el punto de vista de la ordenación nosológica apenas se establecen ya las barreras que se establecían, por ejemplo entre las neurosis y las psicosis, sino que se trata de buscar la explicación de los cambios graduales de las mismas. En una psicosis existe una lesión como falta de sentido, debida a una infección, intoxicación, etcétera. En otras se manifiestan alteraciones cerebrales de origen desconocido, aunque la mayoría de ellas pueden considerarse como de origen genético. Pero existen otras psicosis, en cuyo fondo apenas se puede penetrar. La misma distinción entre esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva, no es más que una distinción entre dos tipos de enfermedad. En cuanto a la diferenciación entre neurosis y psicosis pretende borrarse, por una parte, aplicando a la psicosis los principios psicoterapéuticos venidos de la neurosis, lo cual muchas veces resulta discutible desde el punto de vista científico, pero lo que es indiscutible es que la comunicación en uno u otro enfermo con el psicótico, cuando menos reduce la evolución de las manifestaciones de las psicosis y las deja en su forma más elemental. Esta misma acción es la que ejercen los psicofármacos. Su primer punto de actividad es la disolución de la atmósfera de la esquizofrenia y la reduc-

ción de sus trastornos a formas más simples, haciendo ganar terreno a aquello que hay de normal en su personalidad.

Por mi parte creo que, junto a esta línea de desarrollo, debería hacerse hincapié en otra. Las neurosis son consideradas siempre como enfermedades reactivas a determinadas situaciones. En esto coinciden las escuelas psicoterapéuticas y las escuelas fenomenológicas. El problema se halla en averiguar por qué un determinado impacto, o una serie sucesiva de ellos o una formación de la personalidad carente del nutrimento que proporcionan las relaciones interpersonales, son bastantes para producir, por ejemplo, una neurosis obsesiva o alguna otra forma de grave neurosis que resiste luego a cualquier acción psicoterapéutica. Es fácil refugiarse entonces en la afirmación de que la defensa del enfermo y la no participación del progreso psicoterapéutico o en la afirmación de que todo se debe a un defecto constitutivo de la personalidad. Tanto la actitud como la personalidad misma pueden ser responsables de esta resistencia a la curación, pero no siempre y, por tanto, *es necesario pensar en otros factores que intervienen en las neurosis.*

Hace tiempo que vengo llamando la atención sobre la existencia de *cursos fásicos en las neurosis* y, partiendo de la idea de que *toda neurosis está montada sobre un núcleo angustioso, buscar el núcleo de tal angustia no sólo en los factores reactivos, sino en el fondo endotímico o vital de la misma, tal como ocurre en las depresiones habitualmente llamadas endógenas.*

La psiquiatría europea está, pues, en una situación de apertura, no sólo en los problemas de asistencia, sino en los problemas más profundos de la comprensión del enfermo mental. La comunicación entre la psiquiatría europea y la de los Estados Unidos se ha mostrado extraordinariamente fructífera. Creo que una colaboración entre ambas puede asegurar el futuro de la psiquiatría.

Inflación del papel del psiquiatra

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. VII, 2ª etapa, núm. 6, 1979.

El enfermo mental es un «alienado». Es decir, alguien que se enajena, que salta las fronteras del mundo de la normalidad. Pero la Psiquiatría actual, en ese inmenso esfuerzo de comprensión, ha reconocido que precisamente lo que hay que evitar es que se enajene. Es necesario que el enfermo permanezca en la comunidad. *La psiquiatría de la comunidad* es una expresión de moda que tiene muchas vertientes significativas. Se trata de reorganizar la asistencia, de tal modo que el enfermo siga permaneciendo en la comunidad, en una u otra forma, porque su exilio le enferma más destructivamente. Esta aproximación del enfermo a la comunidad, esta difuminación de las fronteras entre lo normal y lo anormal, crea nuevos problemas de los que el psiquiatra actual es bien consciente. La Psiquiatría comparada, los problemas de la adolescencia, la neurotización de la sociedad contemporánea, son hitos a subrayar en esa nueva frontera. La Psiquiatría tiene una *dimensión sociológica* que es imposible ignorar. Y por otra parte el estudio de los «monstruos de la razón» que pintaba Goya, ubicados en ese océano interior que se llama inconsciente y que emergen precisamente cuando la razón se quiebra, en un postulado ineludible de la Psiquiatría moderna. Hay un *inconsciente personal*; pero también la sociedad nos muestra sus estructuras primordiales e inconscientes a través de los mitos que aparecen siempre, por muy racionalizada que se encuentre la vida. Hay, además, del *inconsciente personal y social un inconsciente vital*, aquél fluye de lo que Novalis llamaba «la costura entre el alma y el cuerpo» y cuya investigación a fondo ofrece tantas promesas de conocimientos nuevos, especialmente en los círculos de las neurosis y de las depresiones que constituyen uno de los sectores más interesantes de la Psiquiatría actual. El inconsciente vital está anclado en la corporalidad y el cuerpo es, por sí mismo, estructurante de la personalidad humana y vehículo de las relaciones interpersonales.

Lo cierto es que la Psiquiatría es hoy más dinámica que nunca. Dinámica en el descubrimiento de nuevos fármacos que sirvan para el tratamiento de los enfermos; dinámica en la interpretación de los síntomas de la enfermedad; dinámica en los estudios de sus causas desde

la genética biológica a los traumas psíquicos, evocadores del «terror antiguo», sufrido en el amanecer de la persona; dinámica, en fin en la ancha franja donde lo normal y lo anormal se superponen ambiguamente, dibujando una frontera fluida entre ambos.

La evidente dimensión sociológica de los trastornos mentales y la angustia difusa de la sociedad contemporánea han colocado al psiquiatra en muchos países en una posición singular. Hay un cierto peligro: el de la *inflación del papel del psiquiatra* como si fuese un mago o un teurgo que tuviese en su mano resolver todas las situaciones conflictivas, personales y colectivas que se presenten. Evidentemente, muchos conflictos interpersonales pertenecen al campo de acción de la Psiquiatría. Unos porque derivan de una angustia patológica, otros por desequilibrios instintivos o por canalizaciones vegetativas anómalas o por efectos desestructuradores de la vida psíquica. En tales conflictos domina con frecuencia el principio de la reiteración, la inadecuación de la respuesta al estímulo, la reviviscencia de la angustia infantil, la inmadurez de la personalidad o la oscilación patológica de los estratos endotímicos, etc.

Pero hay otros conflictos o frustraciones que pertenecen al ser propio de la vida cotidiana. La vida es, en sí misma, conflictiva y la supresión de todos los conflictos, si fuera posible, llevaría consigo la inhibición en el desarrollo de la personalidad. El carácter se forma en la adversidad, decían los antiguos. Es cierto que el conocimiento de la dinámica de los conflictos evidentemente anómalos nos capacita, por analogía, para entender mejor aquellos que pertenecen a la ancha franja de la normalidad. Pero también lo que es, con frecuencia, el psiquiatra se convierte sin querer en un ideólogo y propone soluciones a los mismos que están más allá de sus propias fronteras de acción y en su afán de eliminar conflictos, más bien retrasa la maduración de la personalidad que la favorece. Existe en este sector una zona pantanosa que obliga al psiquiatra a poseer mucho saber y a utilizarlo con mucha prudencia. Cuando ésta se pierde se llega a afirmar que «las enfermedades mentales son un mito» y que una nueva sociología debe sustituir a la Psiquiatría.

La población del mundo dobló aparentemente entre los años que van del nacimiento del Cristo hasta 1650 y otra vez dobló entre 1650 y 1850. En todo este tiempo la medicina carecía del poder de modificar el medio que rodea al hombre. No hubo ningún gran descubrimiento como los que después han permitido el control de las epidemias y tantos otros avances más. Si la población creció tanto, fue porque cambió el modo de vivir en todo ese tiempo y ello influyó sobre la mortalidad humana, aunque no se conozca todavía con detalle cómo pudieron intervenir los progresos en el modo de vivir sobre las cifras de mortalidad. Si esto ocurrió en las enfermedades somáticas, mayor es la influencia que hemos de reconocer al modo de vivir sobre los modos de enfermar psíquicos.

Los pueblos persiguen cada día más y por los caminos más diversos el ideal de la sociedad del bienestar. Quizá el ideal en sí no sea tan nuevo en la historia de la humanidad como se pretende, sino que los medios para conseguirlo son más eficaces ahora, y la imagen que se hace cada colectividad de lo que es el bienestar se halla más acorde con los medios de que dispone la sociedad contemporánea. Los poderes públicos dirigen sus esfuerzos a lograrlo. El bienestar requiere seguridad y protección y todo aquello que podemos llamar «precondiciones» de la felicidad humana. A los médicos y a las organizaciones públicas sanitarias toca combatir la enfermedad, que es algo que perturba siempre el bienestar humano convirtiéndolo en malestar. El combate contra las causas materiales que se oponen al bienestar tiene sus dificultades, pero ofrece una clara perspectiva de progreso. Ya no es tan claro en lo que se refiere a las condiciones psicológicas que provocan lo que podríamos llamar la «pobreza invisible e interior» del hombre. Este es un gran objetivo para la Psiquiatría del futuro, para una gran Psiquiatría de la comunidad. El mundo de nuestros enfermos nos enseña mucho sobre las perturbaciones de las relaciones humanas que engendran esa pobreza invisible y por tanto esa enseñanza debe aprovecharse en bien de la comunidad.

Lo que resulta evidente es que los sistemas sociales forman una estructura formal y que el *orden de la cultura* es un segundo órgano con respecto al *orden natural*, no menos importante que aquél. La adaptación al orden

cultural, el paso de las sociedades tribales a las civilizadas es complejo; pero estos mismos fenómenos los tenemos en el tránsito entre las diversas subculturas que se imbrican en el interior de cualquier sociedad civilizada. Los problemas de la adolescencia, de las perversiones sexuales, de la adicción o toxicomanía, están ligados a estos hiatos e inadaptaciones que se abren entre las diversas tramas culturales que constituyen el mundo en que vivimos. La Psiquiatría como ciencia se ve, por tanto, forzada a una *convivencia entre perspectivas distintas* que dependen del medio cultural y humano en que se desenvuelve. Las formas de asistencia y de psicoterapia varían extraordinariamente de un área cultural a otra. La vejez, por ejemplo, como quedó patente en el simposio de Londres organizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría, tiene bases biológicas comunes pero crea problemas de asistencia distintos en los diversos países.

Esta interdependencia tan estricta entre hombre y medio cultural es la que convierte a la *definición de enfermedad mental en la gran aporía de la Psiquiatría* (también la medicina somática tiene sus dificultades). Puede incluso ocurrir que la aporía sea difícilmente vencible o invencible. No importa. Esa invencibilidad demuestra que la Psiquiatría es tan humana que no puede subsumirse totalmente en una ordenación categorial científica. Esto le ocurre también a la medicina «en movimiento», es decir, a la práctica médica. El progreso de la Medicina, como ciencia, debe ir acompañado de un conocimiento lo más dilatado posible de las estructuras profundas del enfermar, que no son sólo biológicas, sino también personales y culturales. Los modos de enfermar cambian de estilo a lo largo de la historia como he dicho antes, y este cambio es más patente cuanto menos gravitación biológica tiene el cuadro clínico. En torno a la raíz de sus síntomas el enfermo colabora creando un mito: esto es patente en las neurosis y en las psicosis. El psiquiatra debe conocer ese hecho, pero nunca olvidar que *el enfermo es una realidad y no un personaje mítico*. La enfermedad mental es un acontecimiento humano pluridimensional, en sus manifestaciones y en su génesis. Cualquier avance que tenga lugar en su conocimiento es un avance en el conocimiento de ese continente donde todavía queda «terra incognita» que es el hombre.

Usos y abusos de la psiquiatría (*)

JUAN J. LOPEZ IBOR

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. Vol. XXIX, núm. 1, enero 1970.

Benjamín Rush decía que nunca había encontrado entre los indios un solo caso de demencia y sí sólo algunos melancólicos y maníacos. Humboldt afirmaba también que nunca había oído hablar de un alienado entre los indios salvajes de América meridional. La enfermedad mental resultaría, según esas aseveraciones, de la represión que el medio ejerce sobre la naturaleza animal del hombre. El «beau sauvage» sería una especie de ser angélico, indemne a la locura.

Desde ahí, la «nave de los locos» de Jerónimo Bosch ha seguido navegando y tras recodos y vericuetos diversos autores *parecen* haber llegado, en los tiempos actuales, a una conclusión análoga. El mismo Kraepelin, que subrayó siempre la analogía entre las enfermedades somáticas y las psíquicas, en su excursión a Java trataba de demostrar con respecto a un determinado punto —el de «sifilización y civilización»— el poder *patógeno* de la sociedad moderna.

Curiosamente, en los tiempos anteriores al Renacimiento, los locos tenían la libertad de realizar su locura. Don Quijote paseó por los campos de España luchando contra la *sinrazón*, ya que *la razón* la tenía él. «La razón de la sinrazón» es el tema de la psiquiatría.

En el siglo XIX se intentó un abordaje más científico del problema. La psiquiatría renació con pretensiones de una objetividad análoga a la de las ciencias de la naturaleza. En las enfermedades del cerebro estaba el secreto de las sinrazones del enfermo, decía Griesinger. En 1943 McCulloch en una conferencia sobre «Cálculo lógico de las ideas inmanentes y actividad nerviosa» enunció la idea del cerebro como un computador eléctrico que manipulaba información de una manera lógica. Pero, en todo caso, quedaría por explicar lo que de *alógico* existe en la mente normal.

Con Freud, la psicología profunda vuelve a buscar en la intimidad de la vida humana el secreto de las neurosis y, quizá, también el de la psicosis. Para Heinroth la en-

fermedad mental era «das Böse überhaupt», es decir, debida a un mal moral o al pecado, pero para Freud ese estado íntimo, ese enclave morboso que se forma entre el desear y el conseguir lo deseado, *no era moral, sino psicológico*, y por tanto, había que desenredar el ovillo mediante el análisis. La aceptación del inconsciente personal traumatizado por la institución familiar se amplía después, acusando a la mentalidad social institucionalizada de ser un agente patógeno. De este modo *las neurosis* se convierten en *sociosis*.

La salud mental sólo puede lograrse, según estos puntos de vista, mediante una regresión a la pureza primitiva. Para poder manifestar más fácilmente ese análisis de la vida íntima, se llega ahora a preconizar por algunos colegas, los grupos terapéuticos en los que la experiencia de la desnudez corporal ayude a lograr la psíquica.

El enfermo no es «alienado» como decían los clásicos, sino que la alienada es la sociedad. Empleando el lenguaje del idealismo filosófico diríamos que *el espíritu objetivo alienado es el causante de la subjetividad alienada*. En la enfermedad no se manifiesta ya la sinrazón, sino la razón del hombre, como decía Don Quijote. Al psiquiatra actual que no quiera avanzar por esos caminos se le estigmatiza con la frase de Dejerine: «l'aliéné est celui qui est enrôlé, l'alieniste celui qui enferme».

Es más, se acusa a los psiquiatras de convertirse en agentes del poder del «establishment». ¿Cómo desechar ese pensamiento cuando Nietzsche, Hölderlin, van Gogh, Goya y muchos otros han tenido tanta importancia en la creación del mundo moderno?

Decididamente, dice Czasz, las enfermedades mentales son un mito. Sólo existen trastornos de la comunicación y de su calificación como enfermedades tienen la culpa médicos tan poco sospechosos como Charcot y Freud, pues calificaron de enfermos a los que no lo eran.

En un Congreso de una Sociedad de Psiquiatría al que tuve oportunidad de asistir no hace mucho, los «contestatarios» repartían unos papeles en los que decían que las depresiones, las enfermedades mentales, la úlcera de estómago, enfermedades del hígado y no sé cuántas más, estaban producidas por «Establishment». Este era,

(*) Discurso pronunciado en el Simposio de Londres (noviembre 1969).

por lo visto, tan maléfico y demoníaco que quería ahogar con la calificación de enfermo mental –y lo que lleva consigo– las nuevas fuerzas creadoras de la sociedad.

Hölderlin decía: «Yo interrogo a las estrellas y se callan; interrogo al día y la noche y no responden; del fondo de mí mismo, cuando yo me interrogo, vienen los sueños inexplicables». Pero ¿qué puede venir de ese fondo de uno mismo, del que hablaba Hölderlin? En Sade lo que viene es el frenesí del deseo y de la muerte, en el que *las pasiones más absurdas se convierten en razonables*, puesto que pertenecen *al orden de la naturaleza*. Un colega nuestro decía recientemente: «Potencialmente somos hombres, pero en un estado de alienación que no es un sistema natural. La alienación como nuestro destino personal actual se realiza sólo por la odiosa violencia que se hace por seres humanos en seres humanos». Rousseau ya dijo que la reflexión es un acto contra natura: «el hombre que piensa es un animal depravado».

Y en este nuevo mundo es germinación se mueve la psiquiatría contemporánea. No hace más de treinta años los trabajos de la escuela fenomenológica se apoyaban en la diversidad del método de las ciencias naturales y las del espíritu o culturales, entre el comprender y el explicar. *Se explica* que un cerebro en el cual anide el «treponema» produzca parálisis general o que un muchacho que tome LSD tenga alucinaciones. *Se comprende* que la vida psicológica sea una cadena de motivaciones conscientes e inconscientes.

A la psiquiatría se le abrieron poco más tarde dos nuevas vías de investigación: *la biológica* en su más amplio sentido y *la psicosocial*, llena de temas tan apasio-

nantes como el de que la histeria, por ejemplo, sobrenada o se esconda y varíe en su sintomatología, según las variaciones de la sociedad en la que emerge. Y así, resulta un hecho aparentemente sorprendente el que durante la última guerra el reducto más limpio de neurosis fueran los campos de concentración.

Esa «metablética» de las enfermedades y la necesidad de utilizar caminos y perspectivas, a veces diametralmente opuestas, determina que las fronteras de las enfermedades mentales sean difíciles de establecer. No son difíciles, sino quizá imposibles, con rigurosa lógica científica, porque las enfermedades son acontecimientos humanos y el hombre y su mente no son objetos limitados y concretos, sino abiertos. Como diría Pascual «l'homme dépasse infiniment l'homme».

A mayor confusión, mayor necesidad de luz. A mayor máscara, más necesidad de sinceridad. A mayor cobardía y renuncia a la noble tarea de pensar, más necesidad de valentía y esfuerzo para realizarlo. A mayores abusos de la psiquiatría y de los psiquiatras, mayor necesidad de circunscribir, limpiamente, los usos.

Hoy existe la tendencia a incluir en el reino de lo *anormal* lo que es *mal*, desde la enfermedad a la desgracia, el crimen, la infelicidad e incluso la muerte. No seamos los psiquiatras demasiado orgullosos. No caigamos en la trampa de pensar en nuestra omnipotencia.

En la mitología griega Némesis, la diosa vengadora del hombre, castigaba a los que, víctimas de su orgullo, de su «hybris» se creían dioses. El psiquiatra no necesita «hybris», sino «sophrosine», es decir, clarividencia, prudencia y una mente razonable.

La antropología de Juan José López Ibor

A. FONTAN

Nuestro Tiempo. Núm. 131, mayo 1965.



Juan J. López Ibor.

I

En 1921 proclamaba Ortega que el «tema de nuestro tiempo» —el tema de aquel tiempo— era la vida: o, más precisamente, una ordenación del mundo desde el punto de vista de la vida. Al cabo de los ocho lustros largos transcurridos desde entonces, tan cargados de vida y

de muerte, de progresos en la conquista material del mundo, de fracasos radicales y de interrogaciones últimas, el gran tema de nuestro tiempo se ha trasladado, a través de la pregunta sobre el sentido de la vida, al sujeto que la vive. El tema es el hombre y la cuestión que en primer término se halla planteada, el sentido de la vida humana, de la mía y de cada una de las otras vidas de los hombres.

Así lo muestran la filosofía y la ciencia, pero también la experiencia histórica personal y colectiva de la humanidad contemporánea. La vida no es la realidad última (1). Es más, en cuanto realidad, sólo se conforma en la medida en que se realiza. Lo que más importa en ella no es su naturaleza sino su sentido (2), y éste nunca es ofrecido por la vida desde su propia perspectiva transeúnte (3). Sólo se puede intentar vislumbrarlo a partir del sujeto que vive, es decir, del hombre. El tema de nuestro tiempo es, en definitiva, la búsqueda y explicitación de una antropología.

A su esclarecimiento ha dedicado muchas horas de estudio y meditación y un considerable número de centenares de páginas uno de los primeros científicos y pensadores españoles, el profesor de Psiquiatría de la Universidad de Madrid Juan José López Ibor. Sus dos libros más recientes (4) son sendas series de ensayos de acercamiento al tema antropológico desde diversos ángulos de la experiencia existencial del hombre contemporáneo: salud y enfermedad; equilibrio y neurosis; ciencia, técnica, arte; actividad y ocio; satisfacción y tedio; serenidad y angustia. En todas esas situaciones y en las otras coordenadas históricas y sociales del hombre actual —occidental, español, europeo— López Ibor busca siempre al hombre real y verdadero, en su auténtica estructura. No

(1) LOPEZ IBOR, J. J.: «Rasgos neuróticos» (cf. n. 4), p. 206.

(2) *Ib.* p. 188.

(3) *Ib.* p. 119.

(4) LOPEZ IBOR, J. J.: «Rasgos neuróticos de nuestro tiempo». Madrid, Ediciones Cultura Hispánica, 1964, 245 pp. (Citado *Rasgos neuróticos*). *Id.*, *La Aventura humana*, Madrid, Ediciones Rialp, 1965, 278 pp. (Citado *Aventura*).

al ser abstracto que el psicoanálisis o la filosofía de la cultura diseñan en una artificial estratigrafía de esquemas conceptuales superpuestos.

El autor de los dos libros es un científico que consagra la mayor parte de su tiempo a la curación y a la investigación de las enfermedades mentales. En este campo se ha hecho un nombre que significa algo más allá de las fronteras de nuestro país; su obra ha sido traducida a varias lenguas, y él mismo ha incorporado valiosos hallazgos al acervo fáctico y metodológico de la psiquiatría actual. No son muchos los hombres de ciencia españoles que ocupan como López Ibor una prestigiosa situación de vanguardia entre los cultivadores de su disciplina a escala internacional.

López Ibor —como científico, como escritor y como hombre— se distingue en primer término, por el admirable equilibrio y la serenidad de espíritu con que acierta a superar todas las unilateralidades. Si hay en él alguna huella de esa «deformación profesional» que marca casi universalmente a los hombres seriamente entregados a un trabajo, es su permanente disposición para la objetividad. Nunca frío y nunca tampoco apasionado, aunque a veces exprese sus convicciones más profundas con vehemencia mediterránea. López Ibor tiende espontáneamente a centrar los problemas, sustrayéndolos a todo particularismo monocorde, sembrando en torno a ellos claridad y contagiando de lucidez serena a los que tienen la fortuna de penetrar en el círculo de su intimidad profesional o humana.

López Ibor no es un psiquiatra que ande buscando en cada interlocutor o en cada asunto los deformes rasgos de la anormalidad. No ve el mundo o los hombres o la vida a través de la alteración de sus enfermos. Aunque quizá sea en el trato de éstos donde haya aprendido a acercarse a la intimidad humana con un profundo respeto. Lo cual no quiere decir que la concepción del hombre que se explicita en los libros de López Ibor —la concepción de la estructura y de la dinámica del hombre— esté desconectada de su trabajo y de sus investigaciones. Por el contrario, la actividad científica de este autor inspira el método y constituye la heurística de su antropología.

II

Ante la ciencia son posibles, entre otras menos diferenciadas, dos actitudes divergentes: la beata admiración del profano y la modesta laboriosidad crítica, siempre interrogante, del que verdaderamente la cultiva. El primero no acierta a distinguir entre las hipótesis de trabajo y las adquisiciones permanentes o los resultados de la ciencia. Por eso suele caer prendido en las falaces redes de las modas científicas, que, generalmente, se imponen en el dominio público cuando sus principios o sus métodos han sido superados ya, o incluso abandonados, por los auténticos profesionales del quehacer científico.

El hombre de ciencia, por el contrario, sabe separar los principios, los métodos y las hipótesis y someter cada uno de estos elementos a una revisión constante en el

banco de pruebas de la realidad: aceptarlos en cuanto explican ésta y sustituirlos por otros más adecuados cuando el ingenio humano ha sido capaz de suscitarlos o la suprema confrontación con la realidad los declara insuficientes, y, sobre todo, no absolutizarlos nunca, ni elevar al alto plano de una teologización o de un dogmatismo funcional los elementos integrantes de una epistemología meramente científica.

Así, por ejemplo, la gran cuestión de la antropología actual viene planteada por la insuficiencia tanto de los monismos unilaterales como de la radical dicotomía de la concepción del hombre. Esta última, desde su origen cartesiano, condujo a través del idealismo alemán a la epistemología vigente entre los neoidealistas de principios de siglo: de un lado las ciencias de la naturaleza, de otro las del espíritu. Tal separación de dos universos del saber incomunicados transita todavía, como una vaca sagrada, por gran parte del ensayismo paracientífico contemporáneo: como si fuera posible una comprensión objetiva del espíritu del hombre al margen de su encarnación en la estructura de la naturaleza. La biología humana y la antropología no pueden insertarse cómodamente en ninguna de las hojas del díptico diltheyano. Pero otras de las llamadas ciencias del espíritu, como la lingüística o la historia, tampoco encajan en esa división. La antropología de López Ibor sabe que el hombre es naturaleza y que es espíritu; advierte (5) el contraste entre la limitación del cuerpo y lo ilimitado del espíritu, a través del cual se descubre el carácter esencial de la condición encarnada del hombre, que convierte en utopía o destruye en irremediables frustraciones cualquier pretensión monista: tanto las meramente fisiológicas o naturalistas como las del angelismo. Ese problema del contraste entre dos elementos solidarios postula, para López Ibor, el salto a la trascendencia. Y en el ámbito del hombre mismo, la presencia de un centro personal —misterioso, en el sentido de inaccesible a una experiencia directa— «a cuyo cargo está la construcción y ejecución del plan de vida».

Pero esa condición humana encarnada se realiza en la historia; manifiesta el enigma del hombre en la temporalidad de su ser; invita a la pregunta por el sentido de la vida, y por el sentido de la historia; recomienda al hombre contemporáneo como su más urgente necesidad de aprendizaje el respeto por el silencio y por la oscuridad, el respeto por el misterio (6).

Otra declarada insuficiencia de la metodología científica de épocas recientes era su reducción a un etilogismo unidimensional. Es decir, la gran simplificación de no creer que haya otra posible interrogación científica que la que se centra en un *por qué*, restringiendo el ámbito de la pregunta causal a la búsqueda de algo cronológicamente anterior y genéticamente responsable del efecto, en el solo sentido operativo y exterior de la vieja causa eficiente.

(5) *Rasgos neuróticos*, p. 119.

(6) *Aventura*, p. 43.

Desde muy diversas disciplinas científicas se ha ensanchado en tiempos relativamente próximos el horizonte de la explicación de las realidades que estudian. La historia tiene un sentido pero nos está vedado conocerlo en su plenitud. Lo mismo la vida humana, pero igual que el sentido de la historia, «sólo se revelará... en el trance final» (7).

Hubo, por ejemplo, una relativamente larga edad de la moderna ciencia del lenguaje en que parecía que los fenómenos de éste sólo se podían estudiar genéticamente en función de los estados anteriores, tratando de descubrir en estos todos los factores *determinantes* de un proceso. Hoy se han acumulado sobre esas preguntas, las de la finalidad —*para qué*— y de la funcionalidad de las manifestaciones del lenguaje.

Igual ocurre con la antropología, siempre que no se caiga unilateralmente de parte del funcionalismo (8) ni del puro finalismo, porque el hombre también es historia (9).

Otro concepto fundamental, metodológico, de la ciencia moderna es el de estructura. Cuando se pregunta por ella no se pregunta simplemente por la naturaleza, sino por ésta y por su proyección sobre las otras cosas, sobre el mundo, sobre las otras estructuras, sobre Dios. Lo que caracteriza al hombre en un análisis estructural es su condición de estructura abierta: la libertad es su supuesto y su expresión (10) y todo mecanicismo —físico o instintivo— se detiene en la consideración de las estructuras más superficiales. La misma capacidad de interrogación sobre sí mismo es una muestra de la apertura estructural del hombre.

Por eso, López Ibor declara paladinamente las insuficiencias del psicoanálisis desde el punto de vista de la antropología científica misma. El hombre es más complejo y más unitario —personal—, y el acercamiento a su enigma requiere una más amplia pluralidad de vías y una actitud más abierta a la voz auténtica de las respuestas.

III

Hasta aquí se ha visto cómo López Ibor sitúa su antropología metodológicamente según las coordenadas del pensamiento científico moderno, liberado de la radical dicotomía entre ciencias de la naturaleza y del espíritu, sin las limitaciones del etiologismo, sino con una inquietud finalista y dirigiendo la consideración hacia la determinación de la estructura. Ahora procede, dentro de este breve ensayo de sistematización del pensamiento antropológico del profesor de Madrid, examinar su heurística, tal como aparece en los dos libros recientes.

(7) *Aventura*, pp. 43 ss.

(8) «El hombre no existe sólo en el plano de la función. La existencia humana es primordial, radicalmente anterior a la función misma» (*Rasgos neuróticos*, p. 243).

(9) *Rasgos neuróticos*, p. 234.

(10) *Rasgos neuróticos*, pp. 72, 154.

López Ibor parte de la perspectiva propia de las ciencias que cultiva: el autor es un biólogo, un médico, un psiquiatra. Sus caminos específicos para descubrir al hombre son el estudio de la vida, de la enfermedad, y de esa «clave» de la gran enfermedad de nuestro tiempo —las neurosis— que es la angustia.

La vida humana aparece inscrita, en primer término, sobre el eje de la temporalidad; de tal modo, sin embargo, que en cierto sentido puede afirmarse que trasciende el tiempo: «en cualquier acto humano está todo el hombre, con su pasado y sus posibilidades futuras». Lo cual descubre, desde el ángulo de la pura biología, la unidad de la vida humana, que es, como dice López Ibor, la verdad más radical de ella.

Pero la temporalidad —el desarrollo temporal— de cada vida humana implica otras dos dimensiones sustanciales de la vida misma: su finitud y su condición permanente de «sentimiento oscuro» o de un «presentimiento». La vida es así, inseparable de la muerte, de su límite mortal. «La putrefacción se halla implícita en la vida misma, lo cual reaparecerá en otro sector de la temática de la vida, en el estudio de las variedades de la angustia.

La condición de proyecto es también inseparable de la vida humana: ésta sólo es una realidad, verdaderamente existente como tal, en la medida en que se va realizando. Proyecto significa una posibilidad y una voluntad de despliegue en el futuro, y una disposición para optar en una gama de posibilidades. La vida como proyecto conduce al planteamiento de la libertad humana cuyo «uso» «va configurando el ser», porque no es que el hombre haga la historia, sino que él es también historia. No en el sentido de que su vida consiste en una yuxtaposición o continuidad de hechos inmanentes, sino en el de que el futuro interviene o se halla presente en los hechos del pasado, y éste en el futuro, como en el famoso verso inicial de los *Four Quartets* de T.S. Eliot.

Algo semejante se puede decir de las vidas colectivas —por ejemplo la de toda esa comunidad histórica que se llama Europa—: la medición, en este caso, tampoco puede ser una mera cuantificación. Los valores humanos son cualitativos. En una historia colectiva lo que más vale es el peso de la experiencia acumulada, y no la mera yuxtaposición de los sucesos.

Pero la vida humana, analizada así, desde una consideración biológica, dispara inmediatamente una interrogación sobre su propio sentido. «En un plano cismundano... diremos que venimos de la nada y vamos a la nada» (11) y aún que «la nada se encuentra a cada recodo del camino». Con lo cual se vuelve a una de las grandes cuestiones que ya se planteó la filosofía griega casi en sus mismos orígenes, ante la que Parménides proclamaba la radical infecundidad de la nada. Es decir, que la vida humana postula una apelación a la trascendencia, sin la que es incapaz de ofrecernos un sentido cuya presencia

(11) *Rasgos neuróticos*, p. 143.

(12) *Ibid.*, p. 147.

(13) *Rasgos neuróticos*, p. 207.

aplaque la angustiosa experiencia de la nada. Esta, manifestada en la forma de la «angustia», es la amenaza escondida y aún explícita que acecha al hombre moderno.

El estudio de la vida, en una palabra, lleva a la afirmación de la libertad humana y a una postulación científica de la trascendencia, sin la que es imposible encontrar en aquella vida su sentido.

De la mano de la enfermedad llega también el médico a conclusiones que concuerdan con las anteriores. La enfermedad y el dolor exigen también la trascendencia, desde el momento en que el hombre que los sufre se pregunta por el sentido de la una y del otro. Y la enfermedad mental en cuanto rompe la continuidad de sentido de la vida psíquica (14) implica que esta continuidad y la unidad radical de la persona que ella supone, están presentes en la situación de normalidad. La conciencia de la enfermedad —el darse cuenta de ella— es inseparable de la condición personal del hombre, así como la capacidad que tiene de emerger de la propia enfermedad, pifouarla, conducirla y tomar una actitud respecto de ella.

El psiquiatra contemporáneo se encuentra con el fenómeno de las neurosis, tan específico de nuestro tiempo: las neurosis individuales y las que se manifiestan en la actitud social neurotizada que caracteriza a la época. En la raíz de ellas está la angustia. Esta surge de la experiencia de cualquiera de los modos de la fragilidad humana, de la conciencia, en una palabra, de la finitud; o de la situación del hombre que no halla el sentido de la vida, que no acierta a poblar ésta de significado. Hay una angustia normal y otra neurótica que se expresa —hablando mediante los síntomas de las neurosis, de las alteraciones somáticas en que la angustia se transforma, o los mecanismos de defensa que desata.

Pero la angustia tiene también una proyección social, que caracteriza al hombre contemporáneo de los países técnicamente superiores o más desarrollados. Es la respuesta que surge de la intimidad ante el nihilismo imminente y que no aciertan a curar los paraísos técnicos (15). Acosado por la angustia, el hombre moderno se acerca a su universo interior y si no logra saltar a la trascendencia o valorar la riqueza de posibilidades que le ofrece la vida en libertad, encuentra un nuevo punto de partida para un estado de angustia.

Los caminos del análisis de la estructura humana, la pregunta teleológica, el descubrimiento de la unidad de la persona, conducían a la misma constatación que la concreta heurística específica o profesional del biólogo, del médico, del psiquiatra: el hombre es una estructura abierta a la relación con el mundo, con los otros hombres y con Dios. Si el tránsito a la trascendencia no fuera una exigencia metafísicamente justificada de la naturaleza humana, ésta quedaría estrellada sin remedio contra el absurdo mismo. La apertura del hombre supone, en primer término, la libertad en sus actos: es decir, la ausencia

de determinación. Y, en segundo lugar, es el estímulo o punto de arranque para su capacidad de aventura.

IV

La libertad corta con la espontánea presencia de las opciones posibles cualquier forma de mecanicismo psicológico. Merced a ella la vida tiene sentido, porque merced a ella tiene una verdadera dirección en la que no hay automatismo. El misterio del futuro, la oscuridad del sentido de la historia son consecuencias lógicas de esa libertad o pluralidad de opciones. El sentido de la vida no se revela, como el de la historia, hasta el trance final, porque la libertad humana siempre es capaz de cambiar de orientación.

La proyección hacia fuera de esa estructura abierta que es el hombre se realiza en la «aventura humana», «expresión de la apertura constitutiva de la libertad» (16) del hombre. Ahora bien, para López Ibor, en el ejercicio de su libertad el hombre debe guardar una fidelidad a sí mismo: «es la tradición» (17). La descompensación que se advierte en el hombre contemporáneo se explica por un marcado predominio de la dimensión aventurera de la vida, «casi con olvido de lo permanente», y, añadiríamos, con el riesgo de la disolución de la estructura humana.

La aventura moderna discurre por los cauces de la técnica y de la ciencia. Respecto de la primera, hay intelectuales que se preguntan si al progreso técnico corresponde, paralelamente, un progreso humano. López Ibor cree que la explicación del visible hiato entre la marcha de ambos, se puede encontrar mediante la consideración de las utopías que constituyen la meta del progreso técnico —como la del sacrificio de esta generación por las que vendrán en el futuro—, o la de que es posible lograr de un lado una mecanización de la psicología, y de otro una capacidad, igualmente automática, de satisfacer necesidades; o mediante un análisis en profundidad de la verdadera naturaleza de la técnica. Esta no es simplemente como suele repetirse, una aplicación de la ciencia (18) o una consecuencia de ella. La técnica es instrumental y mediata, mientras que el objeto de la ciencia es inmediato y final; la técnica no es ni buena ni mala, dependiendo su condición ética, como dirían los moralistas, del *finis operantis*. Pero en esa neutralidad de la técnica y en el estilo operativo que la caracteriza e impregna el mundo en que se desenvuelve advierte López Ibor un riesgo para el hombre contemporáneo. El *homo technicus* no se preocupa del ser de las cosas, sino del modo de andar entre ellas y con ellas (19), con lo que puede resultar cegada su capacidad para la contemplación silenciosa del misterio, y establecerse torcidamente la dialéctica entre el hombre y la técnica; sin que en el fondo del objeto técnico se vea «la proyección de algo

(14) *Rasgos neuróticos*, p. 138.

(15) *Rasgos neuróticos*, p. 118.

(16) *Aventura*, p. 7.

(17) *Ibid.*

(18) *Aventura*, p. 21.

(19) *Aventura*, p. 27.

que está en la mente del hombre, con lo que se altera la correcta relación, y el instrumento se convierte en amo. El *estilo operativo* de la técnica invade la vida. La elementalización del hombre es un riesgo que acecha; como es otro su transformación en objeto técnico y la de la satisfacción de sus necesidades en un puro juego de bienes de consumo sin finalidad ulterior.

En la dimensión más estrictamente intelectual de su aventura, el hombre moderno se da de bruces con la nada. El encuentro engendra desesperación y angustia. Unos intelectuales roban la trascendencia de la vida humana orientando ésta hacia la consecución de un inasequible paraíso terreno. Otros más sagaces, que conocen la inviabilidad histórica de ese paraíso, concluyen en un nihilismo absoluto. Y entre tanto, el hombre insatisfecho busca en los mensajes de unos y de otros un saber de salvación que es, en el fondo, el único saber que vitalmente le interesa. El cristianismo enuncia una salvación extramundana. Por eso, algunos no cristianos lo consideran incompatible con la aspiración a una realización del hombre sobre la tierra: en el orden del saber o de la ciencia; en el del hacer o de la técnica; en el del ser o de la vida. López Ibor al tratar de «la aventura intelectual» se ocupa de la relación entre ciencia y fe tal como se plantea realmente hoy a los científicos creyentes. Estos no viven ya los conflictos entre Ciencias y Fe tal como se vivían en el siglo XIX, entre una Ciencia absolutizada que se presentaba con las exigencias de una Fe, y una Fe temerosa de descubrir contradicciones entre sus contenidos y las conclusiones científicas. Aquello, dice el autor de *La Aventura humana*, era en el fondo una lucha política. Hoy, «el científico creyente no se preocupa para nada de encontrarse con un límite en la investigación de la verdad» (20). El cristiano sabe que por el hecho de que la salvación sea extramundana no debe renunciar a las realizaciones intramundanas. El mundo es suyo, como lo es su cuerpo: su adhesión sobre el planeta no es inessential, aunque sea transitoria (21). Las *normas* que el científico cristiano descubre merced a la ciencia son fuentes de comunicación de la verdad, como lo es la verdad revelada.

Pero también la aventura intelectual de la ciencia, del pensamiento filosófico y de la literatura moderna, conduce a la misma gran cuestión del sentido de la vida y del sentido de la historia. Esta pregunta obtiene respuesta a través de la idea cristiana de la persona humana, «un centro capaz de dialogar con un Dios personal». La contestación es que hay una salvación personal, puesto que la persona humana tiene una «existencia propia entreverada con la existencia humana histórica de la humanidad, pero independientemente de ella». El sentido de la historia se resuelve en la escatología, pero el de cada vida en el diálogo que es posible establecer con el Dios personal a través de la superación del tiempo que ocurre en la Re-

dención. «En su fe, el cristiano es un contemporáneo de Cristo y el tiempo y la historia son superados».

Esta conciencia de la persona ha sido la gran aportación del cristianismo a la formación de Europa. En virtud de ella, pese a su casi universal secularización, la historia es para el europeo un destino abierto, a realizar. Ahora bien, en la medida en que se ha producido la secularización, sustituyendo, por ejemplo, la esperanza en la otra vida por un paraíso utópico terminal de ésta se ha ido pagando un precio. El precio de esa secularización es la angustia, que puede históricamente definirse como el miedo a la libertad sin la gracia de la trascendencia.

V

He aquí brevemente espigados en un ensayo de esquema algunos de los elementos que se integran en la antropología de López Ibor, para los que podrían encontrarse precedentes en otros estudios y obras anteriores del mismo autor. En este pensamiento destacan la coherencia y la ausencia de extrapolaciones: rasgos tanto más notables cuanto que los dos libros comentados están constituidos por series de ensayos originariamente independientes, dados a conocer como artículos o como conferencias. Su temática es sumamente variada: la ciencia y su proyección social; la técnica y el problema de la invención; Europa, su significación histórica y lo que López Ibor llama la «leyenda negra» europea; San Pablo, en las dimensiones psicológicas y religiosas de su significación; grandes escritores como Dostoievsky y Faulkner; el pintor Solana; la arquitectura moderna, etc.

Cada uno de esos asuntos y los otros que se tratan en estos ensayos de López Ibor son el punto de partida de las consideraciones que con el método anteriormente expuesto se vierten sobre los grandes temas del hombre y del sentido de la vida. El autor es un intelectual que contempla reflexivamente variados aspectos de la situación contemporánea o de la situación permanente del hombre: estas son como ventanas desde las que su mirada se asoma al problema central de los dos libros. En un capítulo de *La aventura humana* se define al intelectual como «un testigo de las realizaciones históricas del hombre que sabe expresarlas; pero el valor de su testimonio no está en su sola expresión, sino que implica una fidelidad a los hechos que analiza y a las consecuencias de sus interpretaciones». Estas frases parecen un autorretrato del López Ibor que escribe los dos volúmenes de *La Aventura humana* y *Rasgos neuróticos de nuestro tiempo*. Sólo que a diferencia de esos otros intelectuales que él contempla «a la deriva», el profesor de Madrid se desplaza por sus temas guiado por las precisiones del científico, por el rigor del universitario, por la voluntad generosa de enseñar que es lo propio del verdadero maestro.

(20) *Aventura*, p. 143.

(21) *Ibid.*, p. 147.

(22) *Aventura*, p. 210.