

DIAGNOSTICO POLIDIMENSIONAL DE LAS NEUROSIS

La definición de las neurosis encierra una aporía, que viene dada por la propia realidad del neurótico. Según WEITBRECHT es ilícito colocar las neurosis como una entidad clínica, paralela por ejemplo, a la ciclotimia. Esta pretendida insuficiencia parte de la radical separación que se hace en la sistemática de K. SCHNEIDER entre psicosis por un lado y variaciones psíquicas por otro. Las psicosis están constituidas sobre el modelo de las enfermedades corporales. De tal modo que aun en aquellas en las que el fundamento corporal es desconocido, se les supone. Así ocurre en la esquizofrenia y en la ciclotimia.

El capítulo de las anomalías psíquicas se subdivide en reacciones vivenciales anormales y desarrollos de la personalidad. Las primeras pueden surgir por la intensidad de la vivencia desencadenante, como en las catástrofes. Pero, aun en estos casos, no todo el mundo reacciona anormalmente, sino sólo alguno de ellos. Y esto ocurre en más o en menos según unas circunstancias que no es el momento de analizar totalmente. El recurso más fácil es el atribuir ~~xx~~ toda reacción anormal a la presencia de una personalidad anormal. Sin embargo la experiencia clínica demuestra, que reacciones vivenciales anormales -o neurosis- se presentan en personalidades que sería exagerado calificar de una vez para siempre como anormales. Mas bien estas se imponen como normales antes y después de pasada la reacción. Por otra parte, también existen personalidades anormales, que reaccionan normalmente ante grandes situaciones conflictivas.

SPEER dice que lo que caracteriza a la neurosis es la ~~ex~~ elaboración interna de la vivencia, su digestión, podríamos decir. ¿A qué ~~que~~ se debe este trastorno en la elaboración interior? Por una parte a la consti-

LOS ESTADOS DE TENSION Y LAS NEUROSIS

tución psíquica y por otra a la historia vital interna. Esta es la tesis psicoanalítica y en general de la psicología profunda. Lo que se llama "desarrollo anómalo de la personalidad" no sería algo dado, en la propia disposición de la misma, sino algo adquirido, merced a una serie de traumas anteriores, sobre todo los de la edad infantil. Que los traumas sean sexuales o no es secundario. La vivencia desencadenante es siempre una vivencia clave.

Desde un punto de vista descriptivo se puede hacer una distinción entre reacciones anormales a vivencias exteriores y reacciones a conflictos internos. La realidad clínica nos ofrece un espectro, que va de uno a otro tipo. En una gran catástrofe nos sentimos inclinados a valorar el conflicto externo, en otras ocasiones el interno. Además, aun ante una vivencia de gran intensidad, la reacción ^{no} es puramente refleja, sino que depende de la significación que tenga para el sujeto.

Aun así nos queda en pie un gran problema. La vida está llena de situaciones conflictuales a las que el hombre reacciona de muchas maneras. ¿Cuándo la denominamos morbosa? Muchas personas sufren conflictos conyugales. ¿Cuándo corresponden al médico? La pregunta tiene gran importancia precisamente en la situación confusa actual del campo de la psicoterapia que está por resolver. Es, probablemente, otra de las aporías de las neurosis.

Quizás el problema no tenga solución. Si no se trata de enfermedad ¿por qué el médico ha de ocuparse ^{de} ello, las anomalías psíquicas, por ejemplo? Por una razón más práctica que teórica se dirá. El conocimiento de las enfermedades, la experiencia que ha adquirido en el estudio y tratamiento de la vida psíquica le dota de una capacidad especial para enfrentarse a este problema. Este hecho es cierto y lo cierto es que en todos los países hay un escalón que va del psiquiatra, al pedagogo, al psicólogo o al cura de almas, para ocuparse de

problema. En la práctica el que tiene un conflicto acude a quien se lo puede resolver. El propio hombre que sufre al ir al médico, se declara automáticamente enfermo. No debo ocultar que la situación es extraña y arrastra a graves consecuencias. Piénsese, por ejemplo, en los "neuróticos" frente a la medicina de seguro

Para mí esto se plantea por un erróneo acercamiento al problema. La reacción vivencial anormal es una reacción afectiva. ¿Dónde situamos los límites de tales reacciones? Las reacciones afectivas tienen sus componentes somáticos. Unánimemente se aceptan cuando se definen en el plano de la expresión. Esta advertente expresiva de las relaciones afectivas en las que son claras las correlaciones somáticas, nos ofrece un primer plano en el que la anomalía afectiva toca el plano morboso en sentido estricto. Cuando la expresión de una emoción es anómala por su cantidad -labilidad afectiva en los viejos- o se canaliza por otras vías que las adecuadas, estamos ante una reacción anormal con un eslabón morboso en el más recto de los sentidos.

Pero no se trata de eso, sino de la dinámica íntima de la reacción afectiva. En su textura íntima existe un plano vital, sentido amplio, por tanto con contacto con las zonas biológicas. Lo que se llama "situación conflictiva afectiva" es a menudo de raíz instintiva. En la teoría psicoanalítica los conflictos provienen de la capa instintiva de la persona. Pero ¿podemos considerar los instintos, como puras instancias psíquicas? ¿No existe un anclaje somático de toda la vida instintiva? También sería un error concebir el instinto como una pura fuerza biológica. En el fondo, el instinto no existe. Los hombres observamos una conducta instintiva.

Toda conducta humana es personal siempre, por cargada que esté de matices instintivos. Cualquiera de los instintos que tomemos como objeto de estudio nos ofrece, inmediatamente, sis vertientes personales. Precisamente, esta unidad del acto humano es la que no puede destruirse jamás por el análisis.

que siempre tendrá un carácter de aproximación, como ocurre en la práctica.

Lo mismo ocurre en el resto del plano afectivo. El fondo de la afectividad está constituido por el estado de ánimo, por el humor. No se puede negar el carácter plasmático del estado de ánimo. Los sentimientos vitales tienen un carácter global y nos revelan nuestro modo de estar en el mundo. Y lo que está en el mundo es el hombre apoyado en su soporte corporal. No se puede eliminar del campo del estudio de los sentimientos la presencia de la coporalidad humana. Ni es correcto limitar ~~limitar~~ su función a ser expresión de la vida psíquica. El estar del hombre significa mucho más para su cuerpo.

La verdadera textura íntima de la afectividad nos la revela muchas veces, la patología. La melancolía se caracteriza por la aparición de la tristeza vital. En la doctrina psicoanalítica la melancolía es reactiva a la pérdida del objeto de la libido. La psiquiatría clásica ya distinguía entre la melancolía endógena, la reactiva y la provocada. En este aspecto cada psiquiatra tiene su punto de vista de la teoría. A mi modo de ver este espectro está falseado por la creencia de que se trata siempre de la misma forma de experiencia psíquica. La tristeza del enfermo no es lo mismo que la tristeza del sano. De vez en cuando tenemos ocasión de observar en un enfermo una crisis melancólica profunda y cómo sabe distinguir entre su tristeza enferma y la que le produce la reactiva, una pérdida de un ser querido. La estructura afectiva del ser se determina por ciertos influjos que vienen de su coporalidad y otros que emanan de sus circunstancias psíquicas. En el sano, la coporalidad pesa poco. La salud consiste en la ~~libertad~~ posibilidad de liberarse frente al propio cuerpo. Tenerlo siempre dispuesto. Por eso se habla de "indisposición" en el comienzo de algunas enfermedades.

Lo mismo ocurre en otras experiencias anímicas. El estado de ánimo es siempre un estado global que cristaliza según las circunstancias de una forma u otra. A

esas formas de cristalización llamamos afectos:tristeza, angustia, miedo, etc

La patología de los estados de ánimo es la patología de las neurosis. Al igual que existe una tristeza reactiva y una tristeza vital, existen una angustia reactiva y una angustia vital, un tedio reactivo y un tedio vital. En lo que se llama "neurosis de angustia" nos encontramos con un espectro análogo, que vá desde la angustia puramente reactiva a la endógena, que limita con ciertas formas de melancolía angustiosa. Lo mismo ocurre con el tedio y demás ~~estados~~ sentimientos vitales.

Resulta imposible exponer toda la profundidad del problema. Forzosamente me limitaré a algunos tiempos. La neurosis es una reacción vivencial anómala. La anomalía en la elaboración de la vivencia puede depender de la personalidad, en cuanto ésta se caracteriza por una estructura formal ya dada. Este es el problema de las personalidades psicopáticas. Otros tipos de personalidad pueden influir también en el desencadenamiento de una reacción neurótica, como por ejemplo los débiles mentales. (La debilidad mental puede concebirse como enfermedad o como variante de la personalidad). Las raíces biológicas son evidentes. Hoy, apenas vemos los grandes cuadros histéricos en débiles mentales. También pueden producirse ^{en} otros tipos de personalidades enfermas, como ^{en} traumatizados de cráneo o en epilépticos.

Por regla general en todas estas personalidades "insuficientes", se ofrecen reacciones neuróticas muy primitivas, del tipo de desmayos o de "quedarse como muertos". Muy próximas a estos tipos se hallan las personalidades llamadas "inmaduras". Sus puntos de contacto con el problema del retardo es evidente. La neurosis es un retardo en el proceso de maduración -visto de un lado más biológico y constitucional. La maduración como problema histórico-individual es lo que examina la psicología profunda. La evolución del psicoanálisis ha consistido en su paso del trauma psíquico, al de la personalidad traumatizada en su desarrollo.

Pero existen otros casos en los que la elaboración anómala de la vivencia

cia se debe a una situación especial de la persona sobre la que ha tenido lugar el impacto vivencial. La reacción anómala tiene lugar "por algo que ha sucedido al sujeto", físico o psíquico. Y estas reacciones -K. SCHNEIDER- pueden ser motivadas o causadas. Ahora bien la reacción vivencial anómala del ~~sujeto~~ neurótico puede tener lugar porque su situación de ánimo sea anómala. Análogamente a lo que ocurre en el la melancolía. Con frecuencia tiene también curso fásico.

En el núcleo de las neurosis nos encontramos con la angustia. Ya lo observó FREUD. La angustia de muchos neuróticos no es reactiva sino endotímica y incluso fisiógena. En la clínica nos encontramos con un amplio ~~espectro~~ que va desde la primera a la segunda. En la misma línea podemos alinear otros estados de ánimo. El miedo que produce una reacción neurótica es siempre un miedo angustioso, es decir una angustia sentida en una situación concreta. Mucha importancia tiene en la patología de las neurosis, el tedio. También resulta curioso analizar la reacción que existe entre el vértigo y la angustia. Son modos alterados de la misma angustia fundamental.

Existen diferencias entre los estados de ánimo morbosamente alterados y los normales. No es lo mismo angustia normal, que patológica. La diferencia no es sólo de cantidad, como veremos en otra parte. Ni siquiera de facilidad de provocación.

En los estados de ánimo patológicos existe un desplazamiento hacia la corporalidad. Están más anclados en la carne, mas encarnados. Esta somatotropía de los estados de ánimo patológicos caracteriza la sintomatología. Por eso se sienten proyectados hacia una parte u otra del cuerpo. Los síntomas de las ~~organ~~neurosis son proyecciones angustiosas. La palabra "proyección" no da idea clara de la naturaleza del fenómeno. Es más, podríamos decir que la da errónea. No se trata de una emoción que se condensa en torno a un determinado órgano, sino de un estado emotivo, que surge ya con una cierta encarnadura. La somatización de las neurosis tiene ahí su origen y su expresión. Por hallarse tan ligadas a la corporalidad es por lo que pesan tanto en la vida del enfermo. Su gravedad están en el polo opuesto de su liber-

tad. De ahí también su distancia y proximidad al yo. Sería un error decir que están más distantes o más próximos al yo. Su relación es de otro tipo que en los sentimientos normales. No es de distancia, sino de dominio.

Precisamente porque se trata de una patología del estado de ánimo porbosa-
mente alterado, es por lo que pertenece al médico. Cuando la alteración de la personalidad o la situación conflictiva tengan los caracteres que quedan señalados, estamos
ante una neurosis. Por tanto hemos de actuar médicamente. Los conflictos corrientes de la vida, que a veces se llaman abusivamente "conflictos existenciales" -incluso angustia vital- no pertenecen de por sí al médico. Es posible que éste por su conocimiento de la vida y de las entrañas del hombre, pueda dar un consejo afortunado. El antiguo médico de familia estaba en condiciones para ello, dadas sus conexiones con la intimidad familiar.

La necesidad de un diagnóstico estructural de las neurosis es evidente. La alteración endotímica o la alteración del fondo personal, constituye la base sobre la que se desarrolla la neurosis. Toda neurosis es un desarrollo en el que juegan todas las capas de la personalidad. La más íntima es aquella en la que contactan los planos personales y los a-personales del ser. En toda neurosis hay un diálogo ^{en la} intimidad personal, una amputación de la libertad que se tiene frente a sí mismo. El análisis de este proceso, el desmembramiento de los diversos factores que intervienen en él, la dinámica mútua de los mismos, son elementos de un diagnóstico polidimensional. El diagnóstico al modo clásico importa poco. Sólo es una primera aproximación a las aporías de las neurosis. Lo importante es penetrar en ellas, desmembrarlas, analizar las diversas dimensiones que se integran en cada persona.