

II. -CLASIFICACION DE LAS NEUROSIS. Su esquema básico. -

Neurosis y psiconeurosis. -

FREUD distinguió las neurosis propiamente dichas (Aktuelneurosen) de las neurosis de transferencia o psiconeurosis. Las primeras comprenden la neurastenia y la histeria de angustia. Cuando FREUD definió las neurosis estaba inclinado a una patogenia bioquímica y pensaba que la retención de los productos sexuales -por continencia o en ciertas anomalías- de la vida sexual. Sobre la neurosis de transferencia o psiconeurosis se constituyó la auténtica doctrina psicoanalítica. Las tres principales son la histeria, las fobias y la psiconeurosis obsesiva. Las tesis actuales añaden otros capítulos relativamente nuevos. Se habla de la melancolía como "neurosis narcisista", de las "neurosis del carácter" y se incluyen las perversiones, los desequilibrios y las personalidades psicopáticas. Las "órganoneurosis" o neurosis viscerales y los trastornos psicósomáticos también se están separando (ALEXANDER) en la distinción entre "neurosis de conversión" y "trastornos psicósomáticos".

BRUN describe las neurosis propiamente dichas (neurastenia, neurosis de angustia e hipocondría) y las psiconeurosis (histeria, fobias y la neurosis obsesiva) aunando psicoanálisis con teorías del funcionamiento del plexo nervioso. H. DELGADO hablaba de "psiconeurosis reactivas" y bioneurosis endógenas, entre las que la neurosis obsesiva sería la menos discutible, pero en la histeria también reconocía la presencia de un núcleo constitucional. H. EY, en concordancia con otros muchos autores, describe una forma básica, la neurosis de angustia, unas neurosis fuertemente estructuradas, la fóbica, la neurosis histerica y la neurosis obsesiva, BINDER acepta sólo el término de neurosis en aquel tipo de trastornos en los que aparece demostrada la existencia de mecanismos psicodinámicos: a) reacciones psicógenas que cursan sin ninguna alteración estructural. b) desarrollos psicógenos simples que suponen una modificación más duradera y profunda. c) desarrollos neuróticos en los que los síntomas son vivenciados como perturbadores y a través de ellos las neurosis empiezan a tener un tinte de incomprensibilidad, que desde el punto de vista fenomenológico se atribuye esencialmente a las psicosis. KRETSCHMER también distinguió entre reacciones primitivas y reacciones de la personalidad, de las del medio,

Como se vé hay una tendencia a distinguir dos tipos de neurosis. La distinción de FREUD, que se pasaba en una concepción patogénica distinta, fué borrada posteriormente por la doctrina psicoanalítica. La supuesta patogenia queda desmantelada a favor de las neurosis de transferencia. En Los autores que <sup>aceptan el</sup> ~~clasifican~~ punto de vista fenomenológico clínico puro <sup>distinguen</sup> ~~hay dos grupos~~ 1- reacciones neuróticas y 2- personalidades neuróticas. Creo

(1) se traduce erróneamente "Aktuelneurosen" por "neurosis actuales". Lo correcto es traducir por exacto o efectivo. En FREUD "actual" es lo que de efectivo tiene lo presente en contraposición a lo potencial.

que, en el fondo de tales distinciones, subyace el mismo problema emanado de la experiencia clínica. Hay neurosis que cursan engarzadas en una personalidad más próxima a la que se considera "media". La neurosis es un acontecimiento patológico, crisis o fase en la vida. En cambio en el otro grupo la estructura de las neurosis y de la personalidad quedan imbricadas. Ya no podemos hablar de "reacción, crisis o fase", sino de personalidad o de desarrollo neurótico. Entre una crisis pasajera y un desarrollo permanente existe un amplio espectro. El problema consiste en la investigación de los factores que determinan uno u otro curso evolutivo.

En la clasificación de las neurosis intervienen los síntomas clínicos: obsesivas, fóbicas, histéricas, angustiosas, etc. Los tipos clínicos se separan por acentuación de un síntoma. Los demás síntomas se hallan en la periferia del cuadro. Se trata de un diagnóstico por acentuación, como en la caracterología de LERSCH.

Resulta muy interesante reflexionar sobre un aspecto de la psiquiatría norteamericana actual: criticar, severamente, la nosología psiquiátrica como algo inútil. En el último Simposio Hahneman puede leerse una discusión reveladora de ese estado de espíritu. "¿Para que sirve la nosología? Si vd. tiene un enfermo con azúcar en sangre le dá insulina. ¿Qué importancia tiene llamarle diabético?" Postura extrema, es cierto, pero el sesgo antinológico es típico de buena parte de la psiquiatría americana actual. Ello no obsta para que cuando hacen clasificaciones nosológicas sean de las más complicadas (2).

No voy a entrar en discusión, pero es evidente que una cierta clasificación es necesaria, aunque no sea más que como medio de comunicación de experiencia clínica. Lo importante es tener en cuenta que se trata de "tipos clínicos" y por regla general tipos mixtos. Si se sabe buscar, en cada neurótico se encuentra un remedo de la sintomatología de los otros tipos clínicos, pero existe una gradación del espectro sintomatológico y el color más brillante es el que designa el cuadro. Se trata de una clasificación empírica para estadística y comunicación. En este libro, me limitaré a describir las neurosis eligiendo los tipos y denominaciones clásicas: neurosis de angustia, histeria, fobias y obsesiones, depresiones neuróticas y trastornos psicósomáticos. Lo importante para mí es el análisis de los diversos dispositivos dinámicos que intervienen en la estructura de las neurosis, importancia que aumenta cuando los tipos clínicos están bien constituidos. En tal caso tienen, por así decirlo, vida propia. Son formas de enfermar, lo que quiere decir que no se limitan a una pura descripción de un momento de la enfermedad, sino de una forma de curso. Es decir que contienen problemas pronósticos e indicaciones terapéuticas, sin olvidar las diferencias en su estructura psicodinámica.

(2) Vid. la clasificación de las psiconeurosis propuesta por el Comité de Nomenclatura y Estadística de "American Psychiatric Association."

Seudoneurosis. -

FRANKL distingue entre neurosis yseudoneurosis. Aquellas son psicógenas y estas somatógenas. Naturalmente que la mayoría de estas ofrece una sobrecarga y sobreelaboración psíquica. En otras palabras, su somatogénesis es primaria. A este mismo pensamiento se siente arrastrado v. GEBSATTEL, "En las fobias hay que examinar su fundamento orgánico". Todavía es más claro SCHULTE a propósito de la necesidad de exámenes laberínticos en los casos de vértigo, así como en descubrir trastornos hormonales, tóxicos o metabólicos en otros muchos casos. Desgraciadamente no es este el camino seguido por muchos psicoterapeutas unilateralizados, especialmente si no son médicos. "El enfermo después de varios meses de psicoanálisis puede curarse con una dieta hidrocarbonada".

	I	I	I	I
	Monosintoma psíquico	Hallazgo objetivo		Terapéutica elección
Grupo basedoide Hipertireosis larvada.	Agorafobia	M. B. aumentado		Dihidroergotamina 45
Grupo adisonoide Hipocorticosis larvada.	Despersonalización Sindr. psíquico adinámico.	T. A. disminuida		Desoxicorticosterona
Grupo tetanoide	Claustrofobia. Globo histerico. Trastornos respiratorios.	Chvostek K:Ca 2		Ca. A. T. 10 éter glicérico del o-, etoxifenil.

La cuestión tiene importancia clínica y el fundamento está en la comunidad expresiva que se establece entre los trastornos orgánicos y los neuróticos. Una taquicardia puede ser expresión de una lesión o de una neurosis cardíaca. El diagnóstico diferencial es el que pone a neuróticos y psicópatas en manos del médico, a pesar de no ser "enfermos" en sentido médico. Iniciar un tratamiento psicoterapéutico por un profano -no médico- por grande que sea su experiencia psicológica será siempre un error ético, porque puede pasarle inadvertida una lesión orgánica fundamental. De ahí la necesidad de una exploración somática a fondo en todo neurótico antes de dar por establecido el diagnóstico de neurosis.

También se cometen errores inversamente. He visto muchos diagnósticos de hipertiroidismo basados en un metabolismo basal elevado o incluso por resultados obtenidos con yodo radioactivo, que no eran sino neurosis de ansiedad. Las enfermedades somáticas tienen una sintomatología bien recortada y deben ser diagnosticadas apoyándose en ella. Lo mismo ocurre con las neurosis. Es necesario establecer correlaciones entre hallazgos somáticos y sintomatología neurótica, no sólo en un momento determinado, sino a lo largo del curso. Los errores cometidos por el médico y la propia medicina, en este punto, son extraordinarios. Cualquier dolor en la nuca se atribuye a lesiones de columna cervical -comprobada radiográficamente- sin pensar que éstas son muy frecuentes a partir de cierta edad. La observación de estos casos muestra que la nualgia desaparece tras pocos meses, pero las lesiones radiográficas se mantienen o aumentan. Por otra parte la observación del enfermo demuestra que la nualgia pertenece a una clara sintomatología ansiosa. (Vid. "Equivalentes depresivos, más adelante").

Lo que ocurrió con la enuresis nocturna es muy instructivo. Los niños con displasias medulares tienen incontinencia esfinteriana. En el ataque epiléptico hay relajación del esfínter urinario. A partir de estos dos hechos evidentes, se llegó a pensar que la mayor parte de los enuréticos tenían una espina bífida -manifiesta o latente- o que eran epilépticos larvados. Esa necesidad de encontrar una causalidad a las enfermedades, ese transporte mental que se hace de casos manifiestos a latentes es el que ha embrollado la cuestión. La inmensa mayoría de los enuréticos no tienen nada que ver con la epilepsia ni con las displasias "medulares."

Hay muchos problemas en pie. Cuando se lee la sintomatología de la hipertensión se vé que hay muchos trastornos subjetivos de carácter neurótico: cefaleas, palpitaciones, fatiga, falta de poder de concentración, inquietud o angustia etc. Se encuentra una cifra elevada de tensión y se atribuye toda aquella sintomatología a la hipertensión. (Dejemos de lado casos en los que la cifra tensional es un síntoma más de la angustia). Pasan los meses y la sintomatología subjetiva ha desaparecido. El enfermo está alegre y capaz de trabajar. La cifra tensional sigue elevada. ¿Es que forzosamente hemos de establecer una correlación entre ambos hechos? No ocurrirá que el enfermo ha atravesado una fase neurótica o timopática independientemente de sus cifras tensionales? Es cierto que el enfermo se encuentra aliviado cuando se le dice que su estado depende de la tensión, pero esta afirmación, si es incierta, es un arma de doble filo porque ciertos síntomas quedan fijados de esta manera. A veces la fase no pasa totalmente y queda una tendencia ansiosa concentrándose el enfermo toda su ansiedad en la tensión, viviendo pendiente del esfigmofono, sometido a terapéutica indefinidamente y, lo que es peor, a todas las limitaciones de la vida del hipertenso.

La actitud médica correcta consiste en profundizar en el problema y averiguar cual puede ser la génesis de la hipertensión desde el punto de vista somático, el carácter evolutivo de la misma y proceder según lo que descubra. Y no contentarse con admitir un ensamblaje genético entre dos series de fenómenos que pueden evolucionar con arreglo a esquemas distintos. Las enfermedades somáticas tienen una sintomatología subjetiva que no siempre es neurótica. Es más, yo me atrevería a afirmar que a pesar de la pretendida comunidad expresiva entre síntomas orgánicos y neuróticos hay un lenguaje diferencial cuando se le sabe escuchar. Apenas hay otro grupo de enfermos que plantea este problema con mayor exigencia de finura apreciable que los enfermos cardíacos. Las diferencias entre angustia cardíaca y angustia en neurosis cardíacas son muy difíciles de establecer. La finura diagnóstica de la electrocardiografía produce también catástrofes. Todos hemos visto enfermos a los que un cardiólogo ha diagnosticado un infarto y otro, años después, niega que lo haya tenido. Mientras tanto el enfermo ha visto su vida quebrada por este diagnóstico. Nadie puede negar, además, la coexistencia de infarto y neurosis cardíaca. He visto al-

gún enfermo que tras un infarto grave tiene un episodio angustioso con proyección precordial. El enfermo decía sufrir más con esta angustia que con el infarto anterior. El notaba la diferencia aunque no sabía expresarla, pero en el plano pático las dos angustias eran distintas. La clínica ha de hacer grandes progresos en el conocimiento de la sintomatología de las enfermedades. Cuando los médicos tengan información psicológica suficiente podrá ofrecerse una descripción de los cuadros clínicos en lo referente a la sintomatología subjetiva, mejor que en la actualidad. De momento la evolución parece de signo inverso. Cada vez se hace mayor hincapié en los hallazgos objetivos y menos en una buena anamnesis. Los enfermos vienen a la consulta con montones de análisis y metros de radiografías, pero nadie les había escuchado antes debidamente.

~~La clínica ha de hacer grandes progresos en el conocimiento de la sintomatología subjetiva de las enfermedades.~~ Las "seudoneurosis" tal como FRANKL las plantea, no tienen nada que ver con la alteración de factores neuro o fisiodinámicos en las neurosis tal y como se plantea en estas páginas. Aunque yo reconozca la raíz fisiógena de las mismas no quiero con ello decir que se trate de pseudoneurosis, sino de neurosis auténticas. En este caso la sintomatología psíquica no es una superestructura, sino algo que expresa la auténtica estructura del trastorno. No es una cubierta psíquica, sino el núcleo psíquico del trastorno, precisamente porque este tiene lugar en un estrato entelequial en el que se halla la frontera -o el vado- que une a lo físico con lo psíquico.

FRANKL habla también de neurosis "noógenas", que no son enfermedades de los estratos espirituales, sino producidas por conflictos que vienen del lado espiritual. En realidad se superponen con crisis existenciales y por tanto con lo que otros autores llaman "neurosis existenciales". Esta expresión causa con frecuencia confusionismo. En este libro se maneja mucho la palabra existencial, que no se refiere al plano espiritual del hombre, sino a la existencia encarnada o sea a la vida humana.

#### Esquema básico de las neurosis. -

Las neurosis se definen, pues, por determinarse por un conflicto intrapsíquico. A cualquier observador le llamará la atención que unos mismos conflictos sean capaces de determinar en unos casos un trastorno y en otros no. El factor patógeno se halla en el modo de elaborar el ~~xxx~~ impacto traumático, en el camino que toma en el interior, en el "metablema"(3) como diría UNAMUNO. Las neurosis son elaboraciones vivenciales anormales

La anormalidad en el trayecto vivencial puede acaecer por dos razones: porque la personalidad sea anormal o porque se enciendan como en un circuito reverberativo, cargas psíquicas anormales. El primer punto introduce el problema de la personalidad que, para muchos autores, absorbe todo el grupo morboso. En el clásico libro de BUMKE se inclu-

(3) Vocablo unamuniano contrapuesto a "problema"

cluyen todos estos trastornos bajo el nombre de "disposiciones, reacciones, actitudes y desarreglos 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". La psiquiatría que podríamos llamar "canónica" o "académica" tiende siempre a alzaprimar el factor constitucional. El segundo punto -la emergencia de contenidos psíquicos-especiales elaborados en el inconsciente- constituye la vía abierta por el psicoanálisis. En el enfermo pesa no tanto la vivencia próxima como las anteriores reprimidas, es decir su historia interna o mejor aún su "intra-historia". (La neurosis es, según FREUD, un conflicto entre el yo y el ello) y el superyo).

La neurosis es un punto culminante, una crisis en una biografía. V. WEISZAČKER formuló este principio con mayor amplitud: toda enfermedad es una crisis biográfica. Siguiendo estos tramos evolutivos no es raro que JUNG definiera la neurosis como "enfermedad del alma que ha perdido su sentido". Esta definición en la agudeza plástica de su formulación nos plantea, irrevocablemente, el problema que constituye el punto de partida de la definición de la Psiquiatría. Si la neurosis es la enfermedad del alma que ha perdido su sentido, ya no podemos decir que los trastornos mentales tienen siempre una base somática y que el concepto de enfermedad en psiquiatría sea el mismo que el de la medicina somática. Cabría la evasión de decir que las neurosis son anomalías como las personalidades psicopáticas y no verdaderas enfermedades. En tal caso ¿hasta qué punto debe el médico ocuparse de ellas?

La importancia de esta pregunta surge en cuanto nos enfrentamos con alguna de sus consecuencias. En las neurosis se incluyen las llamadas "situaciones de conflicto". El hombre vive en constante conflicto con los demás, el mundo y consigo mismo. ¿Todos los conflictos pertenecen <sup>a la Psiquiatría?</sup> ~~al psiquiatra~~? La imagen del psiquiatra convertido en un mago de las relaciones humanas, propia de algunos sectores del mundo anglosajón no deja indemes a ciertos psiquiatras. La ambición del Congreso de Higiene Mental de Londres-1949 era ilimitada: llegar a resolver los grandes conflictos humanos por la psicoterapia del instinto de agresión. Ya sé cuánto hay de generosidad en tales propósitos, pero también cuánto de inocente confianza en los recursos de la Psiquiatría y desconocimiento de la "naturaleza humana". ZUTT dirigió hace unos años un ataque a fondo a la psicoterapia, en cuanto se propone resolver conflictos y abrogarse una tarea que rebasa la competencia médica.

Pero ¿si los conflictos no pertenecen al psiquiatra, a quién pertenecen? Dejando de lado la posible adjudicación al pastor de almas, un nuevo personaje ha entrado en escena, el psicólogo. Y en verdad que ha ganado alguna batalla. Los conflictos psíquicos -se ha dicho- deben ser resueltos por quienes de un modo especial se dedican al estudio de la dinámica psíquica. De la orientación profesional o psicotecnia se ha saltado a la Psicología Clínica.

A los psicoanalistas se les planteó hace años problema parecido con el análisis profano. Podríamos limitar el tema diciendo que solo pertenecen al psiquiatra los conflictos condinámica inconsciente, pero no sé hasta qué punto este criterio resultaría eficaz. Los conflictos externos actúan peculiar y desmesuradamente por algo que pasa en la persona. ¿Es sólo el inconsciente lo que hemos de tener en cuenta? Y ¿qué inconsciente?

Los americanos hablan de las neurosis como "desajuste". En español diríamos más bien que son "descentrados". El problema es volver al centro como fórmula JUNG: el centro buscado es el de la persona, el si-mismo, que es una totalidad psíquica donde confluye lo consciente y lo inconsciente. Allí se logra la "unitas multiplex" de la persona y las contradicciones y paradojas se resuelven en la unidad. La unidad de los contrarios no puede ser un principio racional. El "si-mismo" de JUNG es el centro de la persona humana. Y ahora, para saber con rigor científico a quien pertenece el estudio y cuidado de las neurosis, en tanto conflicto, tenemos que saber qué es la persona humana. Mejor aún. ¿Qué es el hombre?

Estratos personales y apersonales del hombre. -

No voy a intentar una exposición completa de los supuestos antropológicos de las neurosis, sino iluminar unos aspectos para responder a las preguntas anteriormente planteadas. El hombre es naturaleza e historia, consciente e inconsciente, cuerpo y psique. Su vida participa, siempre, de ese carácter dual y contradictorio. Para mantenerse en un nivel humano, ni puede descender a la pura naturaleza, ni ascender al puro espíritu. Hay un plano natural y un plano personal. Los conflictos que acaecen en el plano natural pertenecen a la medicina. En el fondo, una enfermedad de cualquier órgano es un conflicto con su naturaleza. Pero del plano natural del hombre hay que tener una idea completa y no ~~reducir~~<sup>circula</sup> sólo a los mecanismos que la integran. Como biología pura el hombre tiene ciertas características. Los conflictos pueden ocurrir no sólo en los órganos, sino en sus pulsiones. En las neurosis existe siempre un conflicto pulsional y en tanto es así la neurosis permanece en la biología y corresponde al psiquiatras

Pero ¿son los instintos humanos biología pura? ¿No tienen una vertiente personal, al mismo tiempo que una natural? El hombre es el lugar en el que el instinto es promovido a lo espiritual (GUSDORF). El instinto sexual, el de poder, el de perfección, el de agresión, etc. todos ellos y ~~la~~ <sup>la</sup> ~~instintividad~~ <sup>instintividad</sup> en general -o la libido- si se quieren evitar enumeraciones- poseen su plano personal. Sobre el hambre primaria flota el apetito diferenciado, la necesidad sexual se convierte en erótica. Y así ocurre en todo. El desarreglo surge en un punto de la vida instintiva que unas veces está más próximo al plano de la naturaleza y otras al de la persona. No existe una línea tajante que los separe.

¿Cuándo entregar un conflicto al médico, cuándo al pastor de almas, al amigo, al psicólogo o a los padres? Yo no veo más que una respuesta: alguien toma, en cada caso, su decisión y

este alguien es el hombre mismo. El busca de qué lado le puede venir la ayuda y cuando vá al médico, automáticamente se declara enfermo. La enfermedad es aquí tanto trastorno como sufrimiento que puede aliviar el médico. Hablamos, naturalmente, de casos-límite. En el neurótico cuyo conflicto se vierte del lado somático, como en la histeria, la decisión no es difícil. En la dinámica interna del conflicto existe ya una cierta decisión autónoma, puesto que puede convertirse en desarreglo visceral o sensorial o motor o mantenerse en el plano personal. Estas emigraciones de uno a otro ~~del~~ plano se observan cotidianamente en la evolución de las neurosis. El estudio de este trayecto interno de este "metablema neurótico" nos plantea nuevos problemas.

Acabo de hablar del plano personal y del apersonal o natural, así como de la síntesis de ambos en el centro de la persona. Constituiría un craso error creer que tal síntesis es una pura adición. Ni siquiera la imagen de la fusión, ni aún la de totalidad basta. Porque la síntesis existe en un problema que, etimológicamente, quiere decir proyecto. La síntesis está en la existencia humana, que es algo que existe a medida que se hace. El hombre es el ser que vive montado sobre el tiempo, que se hace problema de su circunstancia y de si mismo. Por eso nos encontramos siempre con esa dualidad: es su cuerpo porque sin él no puede existir, pero tiene su cuerpo, porque de él o de parte de él, puede desprenderse. (G. MARCEL). Esta conjunción de ser y tener convierten a la vida en un perpétuo descubrimiento de uno-mismo.

Proyectemos estos principios sobre el plano morboso: al mismo tiempo que se está enfermo, se toma una actitud sobre la enfermedad. Esto se vé más claro en las enfermedades graves somáticas. El enfermo lucha y se descorazona o se entrega, según los casos. Pero la neurosis se aproxima al plano personal, al de la decisión, de tal suerte que el ser y el tener se fusionan. Enfermedad y actitud se fusionan. Así ocurre en algunos casos de histeria. Cuanto más próximo al centro personal se realiza este encuentro, mayor autenticidad tenemos. Si la decisión se dispara hacia la periferia personal se va aproximando al "querer estar enfermo" sin estarlo, al hacerse el enfermo. A la simulación. La disponibilidad es mayor en el terreno de los instintos, de ahí que los conflictos sean tan variados: cada hombre tiene su fórmula personal de convertirse en neurótico. Toda la variedad de clasificaciones y la balumba de descripciones tienen esa raíz. Cuando en una neurosis aumenta su ingrediente natural, se aproxima a ciertos tipos primarios pero en su proyecto la diferencia aumenta. Las neurosis descubren siempre los mismos mecanismos: evasión, regresión, disociación, conversión, proyección, inferioridad, sublimación, transferencia, identificación, etc. pero lo que con dichos mecanismos se construye es muy diferente en cada caso.

Las neurosis, en virtud de un coeficiente personal, son más o menos complicadas se-

gún la personalidad del enfermo. Una personalidad primitiva ofrecerá un cuadro más simple. La plastia depende de las circunstancias ambientales, de lo que el enfermo ha visto o de lo que el médico cree.

Antes, se sobrevaloraba lo constitucional, ahora, lo adquirido, que en el plano psicológico es la propia historia personal. Hay como una alergia vivencial que se halla determinada por experiencias traumatizantes anteriores, de naturaleza instintiva, sobre todo sexual. Las experiencias se hallaban olvidadas y reprimidas en el inconsciente y se revelan de nuevo por la nueva situación traumatizante. Por eso adquiere el trauma su carácter. En cualquier caso, en la neurosis, la personalidad está tocada, como ocurre en toda enfermedad, si bien en las neurosis ocurre de un modo más entrañable. Los síntomas surgen por alteraciones de los vectores mismos de la personalidad por éso las neurosis no se tienen, sino que se hacen.

#### Infraestructura de las neurosis. -

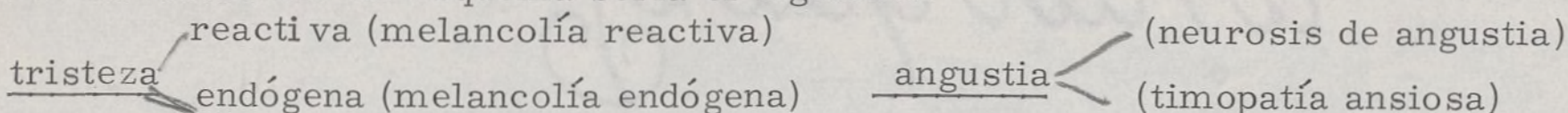
La situación básica de toda neurosis es la angustia. En psicología se habla de sentimientos. Lo primario del hombre es "su modo de estar en el mundo", que es una experiencia angustiosa. El auténtico radical neurótico es ése. El acontecimiento traumatizante es siempre angustioso. El conflicto neurótico, también. La angustia expresa la facticidad de la vida humana, limitada por la muerte y por la enfermedad, que es un trasunto de ella. Y ocurre así porque el hombre se halla ligado en su existencia a un cuerpo con una imbricación de los planos espirituales y corporales. Se habla mucho de la angustia metafísica y se subrayan sus caracteres desde el punto de vista especulativo. La angustia real es la angustia vital, la del hombre en tanto ser vivo.

En la estratificación de la vida emocional de SCHELER, la segunda capa, de abajo arriba, es la de los sentimientos vitales (bienestar, malestar, vértigo, angustia, etc.) Son globales y se perciben de modo instintivo y primario. A ello agregaría yo un dato diferencial: son los que expresan nuestro modo de estar en el mundo, en tanto estamos ligados a nuestra corporalidad.

De antiguo, se conoce un tipo de "neurosis de angustia", pero para mí la angustia no sólo se halla en la base de toda neurosis sino de todo trastorno psicósomático. Una de las tareas más inmediatas de la hermeneútica de las neurosis es descubrir las relaciones entre la angustia y su modo de aparecer en clínica en forma de fobias, obsesiones, mecanismos de proyección histérica, etc. etc. Otra tarea no menos importante es la de situar los conflictos instintivos en el plano de las alteraciones del ánimo.

La experiencia me demostró que, en muchos enfermos calificados de "neurosis de angustia", ésta no era reactiva a una determinada situación, sino endotímica. Ocurría lo mismo que en la tristeza de la melancolía. Hay la tristeza producida por la pérdida

de un ser o un objeto querido -reactiva- y otra producida por una alteración, todavía desconocida, del organismo -endógena- ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ pero probablemente es de naturaleza funcional. El esquema sería el siguiente:



Timopatía, timosis y sociosis. -

La expresión "timopatía ansiosa" alude al carácter vital o endotímico de la angustia. El círculo melancólico se llama también timopático. Dentro de la estructura de la "psique", el "thymos" es la afectividad. Lo cierto es que la experiencia clínica me ha ido convenciendo cada vez más de que el punto esencial estriba, no en asignar una nueva etiqueta, sino en reconocer que las neurosis son enfermedades del ánimo (timosis). Debo reconocer que este cambio de perspectiva es muy radical y se necesita todavía mucho tiempo para que pueda ser aceptado. También sé que las resistencias que ha de encontrar son inhabituales. Veamos primero lo que supone tal cambio de perspectiva.

1. -Las neurosis no son, fundamentalmente conflictos instintivos, sino estados de ánimo patológicos. La angustia no depende de un trastorno de la libido sino al revés: el conflicto instintivo es tal porque, primeramente, se halla alterado el fondo endotímico de la persona.

2. - La angustia no es reactiva sino vital . a) Por una parte fenomenológicamente la angustia primaria pertenece al estrato de los sentimientos vitales. Existe una angustia psíquica y un problema importante es el de las relaciones entre ambas. Existe también la angustia espiritual, aunque SCHELER no la incluye en los sentimientos espirituales. b) la angustia vital es un estado del yo corporal, del yo encarnado. Se engendra por una alteración en esa estructura, de ahí que pueda hablarse de una "fisiodinamia" de la angustia, junto a una "psicodinamia"

3) Los estados de ánimo, es decir los modos de estar patológicos, se hallan más somatotropizados que los estados de ánimo normales.

4) Existe un espectro que enlaza las que se suelen llamar "reacciones neuróticas" ~~xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx~~ con las formas endógenas de las enfermedades del ánimo. He aquí el esquema <sup>de</sup> que Oswald SCHWARZ: (OJO COPIAR BIEN DEL LIBRO)

En este esquema, las líneas verticales significan diversas enfermedades con un componente mayor o menor somatógeno o al revés, psicógeno. Toda enfermedad es a este respecto más o menos psicógena o somatógena. Este esquema trasladado a mis puntos de vista sería el siguiente: (OJO, COPIAR DEL LIBRO BIEN. )

El esquema es arbitrario, como todos los esquemas. Sólo quiero significar que hay un tránsito entre unos y otros cuadros clínicos. No se trata de entidades nosológicas, sino de tipos clínicos. La cuantía somática o psíquica de cada cuadro es mucho más ~~xxxxxxxx~~ variable de lo que refleja el esquema, sin más pretensión que una organización tipificadora.

Existen, pues, en resumen:

1. Reacciones vivenciales anormales a conflictos externos.
2. -Reacciones vivenciales anormales a conflictos internos.
3. Ambos grupos pueden abocar a desarrollos vivenciales reactivos. -
4. - Alteraciones del fondo endotímico o del estado de ánimo.
5. -Alteraciones en el proceso de maduración de la personalidad.

Aunque existan todas las posibilidades señaladas en el esquema, no todas tienen la misma jerarquía y ésto es lo que trato de demostrar en este libro: las reacciones vivenciales lo son en función de un determinado estado de ánimo. Así se comprende mejor que las neurosis sean formas patológicas. Se trata de un problema crucial porque cada vez se acentúa más en la literatura sobre las neurosis su carácter de crisis afectivas, provocadas por acontecimientos de la vida. KOLLE y K. SCHNEIDER evitan el nombre de neurosis. Aquel habla de "crisis psíquicas", éste de "reacciones vivenciales anormales". Si KOLLE hubiese utilizado la expresión "crisis anímicas", su punto de vista se hubiera acercado más al mío. Crisis del ánimo, como equivalente a una manifestación del fondo endotímico.

Pero lo cierto es que cada día se dá más importancia a los factores ambientales. Las neurosis son cada día más "sociosis". En cambio, para mí las neurosis son "timosis", alteraciones de la timopsiquia, de carácter endógeno y muchas veces fásico. Claro que tal endogeneidad se halla condicionada por factores ambientales. En esa interrelación se hallan muchos problemas clave para la comprensión de las neurosis.

Los síntomas revelan la angustia y las defensas contra ella. La estructura de la angustia es conflictual en sí misma y en su dialéctica está la raíz de todas las tensiones psíquicas que se desarrollan en el ámbito de la personalidad del neurótico. KRETSCHMER hablaba de la discrepancia entre constitución y esquema de la personalidad, por una parte y las apetencias del medio por otra, para explicar las neurosis. En el neurótico existen "retardos del desarrollo" y el material vivencial infantil no se vuelve anodino como en el sujeto normal. Efectivamente, existen casos así en las llamadas "personalidades neuróticas". El retardo o inmadurez está ligado a la propia manera <sup>de ser</sup> como las vivencias le han ido estructurando. En las tesis psicoanalíticas, lo esencial es la historia de las vivencias, aunque el concepto de represión asuma, quizá, un subsuelo más extenso, ya que no se trata sólo de un regreso conflictivamente determinado, sino de una insuficiencia del desarrollo. Ciertas vivencias influyen y expresan esa anomalía del desarrollo: las vivencias que no pierden actualidad. Y ello no son otra cosa que oscuras experiencias existenciales que abren las ventanas a los abismos de la existencia humana.