

VIII - OBSESIONES Y FOBIAS

El síndrome anancástico. -

DONATH en 1896 habló de "anancasmo" (fatalidad, obsesión) e incluía estados fóbicos y obsesivos. El término ha hecho fortuna pues designa a todo estado o fenómeno psíquico que domina sin fundamento. Claro es que también ideas delirantes son así, pero las diferencias psicopatológicas son esenciales. La literatura es inmensa y también hay buenas revisiones de conjunto. Las cuestiones planteadas son muchas. Sólo de las esenciales voy a ocuparme aquí.

Análisis fenomenológico. -

El carácter primario de la obsesión es su extrañeza y falta de sentido. Algunos autores la consideran vivida como un fenómeno ajeno al yo, como si éste fuera mero espectador. Otros autores -yo mismo- sostenemos que tal ajenez no existe o es sólo ~~aparente~~ ^{no} relativa. El enfermo ^{no} siente la vivencia obsesiva como cuerpo extraño injertado, sino como perteneciente a él, aunque perturbadora. Y por eso dirige contra ella sus mecanismos de defensa. El carácter de lucha y discusión es esencial para la delimitación de la obsesión, que tiene una peculiar estructura dialéctica, que no acaba nunca de por sí, sino que a lo más, se suspende para volver a empezar.

El pensamiento normal va en pos de una conclusión que termina el debate. El obsesivo no alcanza nunca esa satisfacción. La obsesión nace en el yo, pero éste no la puede dominar, por eso se habla de un trastorno volitivo en estos enfermos. Una idea debe quedar clara: no es que el enfermo no quiere dominar su obsesión, sino que no puede.

El carácter coercitivo de la obsesión lo revela también la palabra alemana "Zwang", la inglesa "compulsion" y el neologismo "anancasmo". WESTPHAL la definía así: "representaciones obsesivas son aquellas que, con una inteligencia intacta en lo demás, y sin estar condicionada por un estado sentimental o afectivo, se presentan en el primer plano de la conciencia, en contra de la voluntad del sujeto afectado, no se dejan ahuyentar, impidiendo el curso normal de las representaciones y el enfermo las reconoce siempre como anormales y extrañas a él. A ellas se opone su conciencia sana". KESCHNEIDER ha criticado duramente esta definición desmantelándola y descomponiéndola en sus elementos.

Las obsesiones sólo son posibles en tanto nos referimos a elementos de la vida psíquica susceptible de ser dirigida: pensamiento, sentimientos no vitales y pulsiones de índole somática y psíquica. Tal delimitación no tiene va-

lor absoluto. Mejor decir que las obsesiones^{no} existen en tanto el yo dispone de sus actos. La disponibilidad se pierde cuando el yo está limitado por el acto obsesivo.

Las "representaciones" y las "ocurrencias obsesivas" forman los pensamientos obsesivos en sentido estricto. Hay "sentimientos obsesivos" pero sólo en el plano de los sentimientos psíquicos porque los vitales y los corporales son escasamente dirigibles. El concepto de sentimiento obsesivo es difícil de mantener. "Debe usarse con parsimonia" decía K. SCHNEIDER. Debe ser incomprensible para el que lo sufre (un sujeto en una situación alegre siente ganas de llorar). El caso inverso no es tan claro pues se trata de reacciones de contraste. Hay "impulsos obsesivos puros" que no derivan de pensamientos obsesivos, sino que son primarios. El más conocido es el de repetición. Los impulsos obsesivos se convierten en acciones obsesivas, pero las hay secundarias, como el lavarse las manos. Otras veces se trata de omisiones obsesivas primarias y secundarias. A las primeras las llamó K. SCHNEIDER fobias.

Es difícil obtener una definición clara del fenómeno obsesivo, puesto que no se trata de una vivencia que se diferencie cualitativamente de las normales, como una idea delirante, sino solo cuantitativamente. Lo esencial es el dominar sin motivo. Es lógico pensar que cuando un pensamiento no tiene motivos para prevalecer, carece de sentido para la vida psíquica de quien lo tiene. La obsesión no puede tener su raíz en un estado afectivo, puesto que este justificaría su presencia. Si hay estado afectivo, será secundario a la obsesión. Este hiato entre motivo y obsesión es el que se intenta salvar mediante el puente del inconsciente. "El motivo de la obsesión no es actual sino que se halla en un contenido rechazado al inconsciente y cuya energía emerge de esta forma" (Freud).

Para K. SCHNEIDER no hay distinción entre fobias y obsesiones. Sin embargo, la clínica señala matices diferenciales entre ambas. En la fobia no se puede excluir la motivación que existe desde el punto de vista del enfermo. Es como las creencias. El enfermo morido por un perro es natural que tenga fobia a la rabia, o el ^{que} tenga una crisis de ansiedad en un espacio cerrado tema repetir la experiencia. La fobia del enfermo tiene presente la angustia de su vida. En las obsesiones lo importante es que el pensamiento obsesivo aparece neutralizado por los ritos y su incumplimiento.

Se puede establecer Dominar sin motivo. - estas tres franjas fundamentales, lo cual

Hemos de distinguir una vez más entre función y contenido. El trastorno de la función es "dominar sin motivo" y desde este punto de vista las obsesiones están muy cerca de las ideas sobrevaloradas y las delirantes. La confusión con la idea delirante primaria es imposible. En la secundaria, los caracteres se establecen más por el contenido, que por la función. Tanto en la idea delirante secundaria como en la ob-

sesiva nos encontramos con la persistencia en la conciencia, sin motivo alguno. JASPERS dice que en la idea delirante hay un convencimiento absoluto y seguro de la misma, cualidad que falta en la obsesión. En la idea sobrevalorada nos hallamos ante una creencia seria y firme, que impregna la vida del sujeto, pero que éste siente como normal y el obsesivo la siente como ~~patológica~~ patológica.

No siempre ocurre así. Hay obsesivos -los escrupulosos- que creen que sus escrúpulos son normales y la primera tarea del médico y del confesor es convencerles de lo contrario. Y aún cuando el acto de la obsesión es anormal, independiente del contenido, sólo ocurre cuando tiene cierta intensidad. Quizá deba considerarse anómala toda persistencia inmotivada de una representación, por ejemplo una melodía que resuena en nuestro interior, fenómeno anómalo, pero no morboso. La morbosidad se define por el sufrimiento que produce al enfermo. El carácter formal de la obsesión de "dominar sin motivo", también ha de merecer, como el del contenido, una consideración cuantitativa. A estas formas mitigadas, no claramente patológicas, pero que llegan a constituir un verdadero hábito, PFISTER las llama "insensaciones". En ellas el sujeto tiene un cierto sentimiento de libertad, como en algún escrupuloso.

El sujeto se siente sitiado por la obsesión. La libertad del yo conductor del pensamiento y representaciones se encuentra coartada. Es como un quiste alojado en esa zona de actividad. En algún esquizofrénico en remisión -o comienzos- nos encontramos con situaciones aparentemente parecidas. El enfermo comprende que no le toman por homosexual, sino que es un error que tiene contra su voluntad. La diferencia es que la obsesión sitia al sujeto por dentro, es endotópica. ^{El delirio} ~~La delirio~~ no. Valiéndonos de un símil diríamos que la "fortaleza del yo" está amenazada por dentro en la obsesión y es algo que procede del espacio interior y no puede dominarse. En el esquizofrénico la amenaza procede del espacio físico exterior, es alotópica. Puede ser que no triunfe, ni invada la totalidad del yo -incluso que este la reconozca y sitie a su vez, encapsulando la idea delirante- pero siempre tiene la impresión de que la vivencia que trata de subyugarlo procede de más allá de las fronteras del yo. Por eso la idea delirante pertenece al mundo de la enajenación.

Angustia, fobias y obsesiones. -

Se puede establecer un espectro con estas tres franjas fundamentales, lo cual no quiere decir que la relación entre ellas y supuesta vivencia genética sea más directa o simbólica. Conocía una enferma con fobia a las arañas. En el análisis recordó que durante la guerra, buscando a su padre asesinado, lo halló cubierto de flores y una araña. Para ella este animal es el símbolo de la muerte, unido al carácter de descomposición del cadáver. Su fobia era una ~~muestra~~ muestra de angustia

ante la muerte y asco. Esta misma gradacion psicopatológica parece tener correspondencia clínica. Las obsesiones son mas resistentes a la terapéutica que las fobias. El término "neurosis obsesiva" y los pretendidos éxitos ^{psico} terapéuticos han hecho creer que se trata de una enfermedad leve. Sin embargo hay cuadros obsesivos impresionantes por la profundidad de la transformación de la personalidad. Casos ~~xxx~~ en los que creemos hallarmos ante un proceso psíquico. Para explicarlos es imprescindible la intervención de un grave trastorno somático. Sabemos que las iteraciones se presentan en una serie de enfermos estriados y diencefálicos, como el parkinsonismo post-encefalítico. Observamos en ellos crisis oculógiras, como si el trastorno de la conciencia se adhiriese, obsesivamente, a un determinado contenido de ella, del que no puede desprenderse. Una enferma durante la crisis tenía que contar 2 mas 2 2 mas 2. La raiz somática de este trastorno es evidente.

La angustia provoca las obsesiones y las obsesiones provocan angustia, estableciendose un círculo vicioso con varias modalidades: desde la fusion entre angustia y obsesiones, a la separación completa, pasando por la coalescencia parcial.

angustia

obsesiones

Cuando la obsesión se convierte en una función autónoma su persistencia es imbatible, como en los casos de neurosis obsesiva grave (enfermedad obsesiva). La angustia no puede persistir sin una tendencia iterativa, como un papel defensivo, defensa que rebasa y se convierte en enfermedad por si misma. En KIERKEGAARD la defensa de la angustia de hace del salto a la repetición.

Angustia
Obsesiones

Angustia
Obsesiones

Angustia obsesiones

SCHOTTLANDER reconoce el tránsito entre fobias y neurosis obsesiva por un lado y fobias e histeria por otro, tránsito gradual puesto que en las tres neurosis, la angustia se presenta como expresión consciente de la retención de la energía en el inconsciente. Quizá no haya mas que una neurosis con diversas formas individuales. Tambien las depresiones, que tienen otros puntos de soporte y asientan sobre otras disposiciones caracterológicas, pierden su carácter amenazador en cuanto la energía puede descargar. Como se ve este autor extiende el antiguo concepto de retención energética a todo un círculo morboso. La retención no es de energía física, sino psíquica. Aunque esta interpretación no concuerde con la mía, quiero citarlo aquí para corroborar las evidentes analogías que hay entre ambos círculos morbosos.

STÖRRING reconoce explícitamente el carácter angustioso de las fobias: "fenómenos obsesivos en los que la angustia determina, de modo ostensible, la conducta

Diferencia entre neurosis fóbica y obsesiva. -

Al tratar de establecer una diferencia se ve que son muy parecidas. Se trata de grados distintos del mismo fenómeno. Se dice que la neurosis obsesiva se ~~dis-~~^{nifiesta}~~nifiesta~~ clinicamente por la tendencia al pensamiento mágico, compulsivo y a los ritos. En cambio el fóbico es más ansioso y accesible y menos complicado que el obsesivo. La neurosis obsesiva está más estructurada, más estable, como si se hubiera atrincherado con defensas inexpugnables.

Las diferencias son, como se ve, muy relativas. Lo que ocurre es que las obsesiones son formas en las que la angustia está menos vivenciada que en las fobias. En estas aparece clara la vivencia y dispositivo dinámico.

Las diferencias no son ~~eser~~ esenciales. Muchas psiquiatrías las describen en un epígrafe común: "neurosis obsesivas" o "anancasmos". Otras veces este vocablo se reserva a las obsesiones. Los diferentes puntos de vista no son terminológicos sino que esconden un problema importante: la relación entre fobias y angustia es clara y las transiciones evidentes ("angustia fóbica"). En cambio ya no es tan clara la relación entre ^{obsesion}~~fobia~~ y angustia. Las obsesiones, parecen apoyarse en un soporte más intelectual que afectivo. Pero lo cierto es que sus relaciones con las fobias, plantean "a fortiori" sus relaciones con la angustia, precisamente por la diferente claridad con que se manifiestan. La propia definición de las obsesiones alude a su raíz intelectual. Se habla de "ideas", representaciones, "pensamientos obsesivos. También hay actos obsesivos". En la definición figura la incoercibilidad y la repetición. Un tic es incoercible y se repite. Las obsesiones nacen, como hemos visto, en lo que es vida psíquica dirigida. Pues bien donde no hay dirección no es posible que haya después automatismo, al insertarse lo patológico. El reino de lo automático es por naturaleza obsesivo. Aparece la obsesión cuando en el reino de la libertad surge lo automático. Pero como la palabra libertad tiene demasiado espesor semántico, los fenomenólogos prefieren hablar de "vida psíquica dirigible".

Las obsesiones parecen emerger insolidarias en el plano intelectual en el de los actos. Pero ¿qué ocurre en el plano sentimental, ~~me~~nos libre que el yo? V. GEB-SATTEL dice que así como la angustia del fóbico es espera angustiosa, la del obsesivo o anancástico es temor angustioso. El fóbico teme que se produzca la posibilidad, el obsesivo si no cumple sus ritos, cree que le va a acaecer tal cosa. Lo que llama la atención en el obsesivo es la aparición de una angustia secundaria reactiva al dejar de cumplir sus ritos y que le obliga a realizarlos. La llamo así porque surge si fallan los ritos, pero realmente es una reviviscencia de la angustia primaria latente en el enfermo. La angustia se transforma en experiencia

obsesiva y en los que existe un temor con respecto a ciertas actividades exteriores. "La angustia fóbica debe su relativo aislamiento a su carácter de centro de suma-
ción" (de cristalización diría yo). Esta idea ofrece ciertas analogías con los comple-
jos psicoanalíticos: el elemento perceptivo o intelectual tiene una sobrecarga afectiva
espúrea que es la que le concede resonancia en el ámbito de la conducta, que no le
corresponde. Cuando v. GEBSATTEL analiza minuciosamente el caso de fobia descri-
to por HUFELAND concluye: "Me han entrado dudas de si no debería entenderse co-
mo un estado psicasténico en una depresión endógena".

Todas las hipersensibilidades tienen un fondo psicasténico indiferentemente del
terreno en que se desarrollen. Para mí no es así, sino que hay un terreno común
para todas las fobias, obsesiones, psicastenias y depresiones: el de la patología de
la vitalidad. En el caso de HUFELAND hay un dato curioso: su duración de tres años
que es la media de estos trastornos fásicos de buen pronóstico.

Lo fundamental es que tanto en las fobias como en las obsesiones hay un es-
tado de ánimo en forma de angustia o asco. La expresión "estado de ánimo fundamen-
tal" no es adecuada, pues no es toda el área sentimental del yo lo afectado, sino so-
lo aquel sector en que aparece lo anancástico.

Lo importante es subrayar que se trata de un trastorno de la vitalidad en el
que interviene la corporalidad, no como vivencia, sino como estructura. La falta
de lógica, el absurdo de la obsesión, emana de esa zona que liberada patologicamen-
te se insubordina y proyecta en el área del yo como un islote independiente y per-
turbador del flujo normal de la vida psíquica.

El sentido del síntoma. -

¿Cuál es el sentido de la obsesión? Clásicamente se afirma que el enfermo
reconoce que le domina, aunque carezca de sentido. La ^{afirmación} ~~dirección~~ se ha visto entur-
biada por ^{convierte} ~~direcciones~~ psicopatológicas no fenomenológicas. Según el psicoanálisis
hay que encontrar un sentido al sintoma oscuro para el enfermo y necesita la inter-
pretación de mecanismos subconscientes para operar en él. Que el enfermo lo des-
conozca no quiere decir que no tenga sentido la obsesión. En la hermenéutica antro-
pológica-existencial el sentido de la obsesión se ~~recobra~~ ^{recobra} a través de la descripción
del mundo del obsesivo. Sólo puede tener sentido lo que puede ~~recobrar~~ ^{recobrar} dirigirse.
Sentido es dirección. En la vida psíquica del obsesivo se interpone un cuerpo extra-
ño, pero lo importante es que se convierte en un centro de energía, que se empeña
en dominar las decisiones del yo. Por eso este se defiende mediante ritos, es decir,
síntomas en lenguaje clínico ("defensas del yo").

angustiosa y como tal aparece. Incluso cuando el fondo sobre el que están constituidas las obsesiones tiene otro carácter que el angustioso: asco, náusea, etc. demonstrando la fraternidad de estos estados de ánimo.

En las obsesiones se trata generalmente de ideas y no puede verse el estado de ánimo del que surgieron. Podemos pensar que cursan en frío. Si el enfermo recuerda los primeros tiempos de la obsesión, descubrimos que tenía un estado de ánimo angustioso. ~~Otras veces~~ ^{no} La obsesión "cursa en frío". Un día fué la necesidad de fijar un acto (recordar la matrícula de un auto) y poco a poco se ^{enlazaron} ~~enlazaron~~ nuevos eslabones, hasta forma la cadena que le aprisiona. El psicoanálisis se resiste a pensar que aquel primer acto fuera casual. Debe de haber una motivación muy oculta que hay que descubrir. En la mayoría de los casos es posible halla un sentido al primer acto obsesivo. De todas formas la diferencia fundamental entre fobia y obsesión, más que sentido oculto en ésta y transparente en aquella, se halla en la aparente neutralidad emotiva de las obsesiones frente a la carga angustiosa en las fobias. Si el obsesivo se angustia después ^{es} por el "no poder" o el "miedo a no poder" cumplir los preceptos mágicos de la obsesión. Esa neutralidad no quiere decir sino que la angustia sobre la que florece, en lugar de vivenciarse en forma de emoción, se halla en forma de estructura, que se manifiesta por un lado como obsesiones y por otro en esa disponibilidad de la angustia reactiva.

La dificultad de terminar. -

En la "mania de la duda" puede colegirse un estado afectivo primario en la constitución del síndrome. Todo parece cursar en un plano puramente intelectual. JANET hablaba de la "dificultad de terminar" y v. GEBSATTEL de "paralización de la realidad del yo" en el ^{camino} cambio de pensamiento que produce, secundariamente excitación y angustia. Los psicólogos experimentales han mostrado el "efecto Zeigarnik" que se refiere al estado de inquietud que deja en nosotros el problema irresuelto. ¿De donde procede esa incapacidad de terminar, que tiene el obsesivo? Tanto como de "mania de duda" podríamos hablar de "mania de precisión". No es que no sea capaz de terminar, sino que no puede hacerlos como los seres normales No puede dejar resquicio ni posibilidad abierta, ni fuente de error.

La vida normal, por cursar en circuito abierto reconoce la presencia de otras posibilidades entre las que elegir. A veces hay decisiones de largo alcance, que suponen la aceptación de una serie de actos, sin someterlos a previa ~~aprobación~~ ^{deliberación}. En el sujeto normal no hay esa necesidad de agotar toda

posibilidad como el obsesivo. No hay necesidad de absoluta seguridad, ni en los ni-
mios detalles está dominado por la sed de absoluto. La angustia es el motor oculto
-aun no sentida- que rige la vida del obsesivo le impide terminar la acción y deci-
dir como si en la decisión corriese riesgo su vida entera. Como si todo se lo juga-
se a una carta. Decisiones trascendentales rara vez se han de tomar. El obsesivo
está condenado a tomarlas a diario, continuamente.

Los mecanismos de defensa. -

FREUD distingue: la conversión en fenómenos corporales, característica de
la histeria y la trasposición que lleva como secuela la cristalización en representa-
ciones obsesivas.

En las representaciones obsesivas el estado afectivo se traslada y produce al enfermo
una menor ventaja que la conversión somática, puesto que la representación, aun
aminorada persiste en la conciencia, ~~mi~~ mientras que en la histeria el complejo pato-
geno se olvida, en la neurosis obsesiva persiste el recuerdo. El obsesivo es un
tipo cerrado, independiente del mundo que le rodea, cosa que no ocurre en el histé-
rico. El obsesivo toma el mando del super-yo, que tras una cierta tensión se ha dis-
tanciado del yo. El obsesivo está dominado por la angustia ante la conciencia y el
histerico ante la pérdida del amor.

Muchos autores contraponen neurosis obsesiva e histeria. BÖHM dice que hay
"antitípica polar", como entre maníacos y depresivos. J. H. SCHULTZ dice que en el
histerico hay una fantasía libre en contacto aparente con la realidad y en el obsesi-
vo una retracción de la realidad.

Cada neurotico tiene una forma de enfermar distinta. Para el obsesivo es una
reacción de seguridad vital primitiva e inhibidora. En el histerico se trata de una
"falsificación perversa"
~~reacción~~ apoyada en una necesidad de afecto. En clínica histericos y
obsesivos dos personalidades de tipo distinto y también los dispositivos patológicos
que en ellos actúan. No se trata de formas antitípico-polar pues hay transiciones, pe-
ro cuando los tipos clínicos son definidos despliegan mecanismos distintos. La expe-
riencia angustiosa es peculiar e irrepetible. No hay dos idénticas, aunque expresemos
la misma palabra.

En los obsesivos hay una regresión a formas pregenitales y pre-edípicas,
tipo anal-sádico. Las fantasías concebidas como genitales se desplazan a lo anal. Los
psicoanalistas dan a esto una gran importancia: preocupación por sus evacuaciones.
A mí me parece más bien ligada a la preocupación por su cuerpo y no tener con-
fianza en el curso de los procesos corporales. Lo cierto es que no vemos tantos
"pedantes intestinales" como antes veía FREUD. Entonces se atribuía al intestino un

gran papel en la teoría de la intoxicación. Hoy además las normas sociales son más naturales en las exigencias fisiológicas. La pedantería intestinal se observa en algunas depresiones de comienzo en forma de hipocondría, con estreñimiento, mal sabor de boca, etc. La supuesta regresión libidinosa cesa con la depresión.

El enfermo se defiende de la amenaza de la idea obsesiva e inventa maniobras increíbles. La clínica muestra ejemplos pintorescos. No son realmente síntomas sino que tienen un carácter secundario. El factor perturbador -la obsesión- es intrínsecamente absurdo y el enfermo se defiende mediante racionalizaciones, pero como son imposibles cae en el reino de lo simbólico. Recuerdo un enfermo que no podía entrar en una habitación si no estaba esteril, pero como era imposible lograrlo con la perfección que él deseaba, trazaba unos signos mágicos en el suelo con permanganato.

CLERAMBAULT hablaba del "fondo anideido" del obsesivo, que no es otro que uno de los estados de ánimo que he referido. Pueden surgir maniobras de seguridad que protejan el proyecto vital. La vida como devenir está frenada. Por eso el obsesivo prefiere el círculo cerrado de la repetición que es oclusión de la apertura vital. Por eso la vida del obsesivo es rígida y la transmite a los demás.

La frustración fóbica. -

La angustia infantil no cristaliza como la del adulto en fobias porque el desarrollo de la personalidad no está logrado "noéticamente" y por tanto sus estados sentimentales no tienen tendencia a la idea de la representación. También es cierto que la angustia infantil es menos intensa. En los casos graves hay fobia

. Las crisis angustiosas al enconizarse pueden convertirse en fobias. El uso de "se convierten" nos autorizaría a recordar la "reacción de conversión" en la histeria. Un esquema dinámico hablaría en el mismo sentido: una parte de la energía de la crisis angustiosa se convertiría en caudal fóbico, menos turbulento pero más permanente. Describiendo los hechos clínicos diríamos que la crisis angustiosa se convierte en estado fóbico o en transformación fóbica. Igualmente un estado de ánimo se disuelve en un desarrollo o despliegue psíquico. KRETSCHMER se preguntaba cómo una reacción primitiva podía derivar hacia una de la personalidad. El psicoanálisis^{lo} explica por las defensas del yo que al no poder soportar la crisis la minimiza. Se vacuna, diría yo. "Al final el enfermo puede verse libre de angustia pero solo a costa de inhibiciones y limitaciones a que se ha sometido".

¿Qué pasa en los enfermos? La verdad es que en muchos no se logra hacer desaparecer la angustia, sino solo su agudeza. Queda subfondo angustioso pronto a despertar, aunque la intensidad angustiosa haya desaparecido se concen-

tra en la situación fobógena. También puede persistir una difuminación angustiosa sin llegar a condensarse en fobia. El enfermo se halla en un estado especial de fragilidad, mejor diría de inseguridad. El mundo ya no es un conjunto de coordenadas consistentes, sino desamparo y amenaza. En el mundo del sano hay posibilidades y realidades. Cada cual sabe si se mueve en el terreno de lo real o de lo posible. Aun las posibilidades del hombre sano se cuantifican. Se trata de una actitud ante la vida que es, de por sí, riesgo. En los enfermos hay desconfianza y la amenaza de una peligrosidad sifusa. Les preocupa más el peligro psíquico que el real, es decir la posibilidad del peligro.

Esta mutación de un estado de ánimo angustioso en un mundo fóbico es una extravasación o de una proyección de la angustia. Por tanto es un proceso de objetivación o de un modo de plasmar la angustia. Lo inconcreto se transforma en esto o en aquello, la angustia en miedo. Lo indefinido se vive como definido en los objetos fobogénicos. Es un proceso de enmascaramiento de la angustia que alivia al sujeto y da razón de ella.

Temas fundamentales de la angustia fóbica. -

Varios autores, entre ellos v. GEBSATTEL señalan tres: 1-miedo a lo que está por delante o espera angustiosa (Exámenes, impotencia, etc.). 2-Fobias psicasténicas (vertigo de altura, agorafobia, etc.). 3-Fobias que se desarrolla solitariamente tras un trauma psíquico.

Las dos primeras hacen referencia a mi modo de ver a dos coordenadas fundamentales de la existencia humana, tiempo y espacio. Del otro grupo me ocuparé después. La angustia ante los exámenes es expresión que necesita precisarse. Todo hombre normal la siente ante una situación con carácter de examen pues no sabe lo que va a ocurrir. La situación es concreta pero tiene un elemento indefinido en ella y la manera habitual de defenderse es la convertir ese elemento indefinido en algo concreto. Saber lo que se va a hacer después y relativizarlo en la perspectiva vital, según se apruebe o no. Esto es una angustia normal y cuando se absolutiza es patológica. El examen no es algo que pasa, sino decisivo. Lo que va a discriminar no son unos conocimientos, sino la persona misma, como tal. Ni siquiera esta expresión da idea de la profundidad de la experiencia. El fóbico se aproxima al examen como a un abismo, con miedo a caer en el vacío absoluto. El impotente no valora la satisfacción del placer genésico, sino su cotización personal. Por eso siente el fracaso y desnudez ^{primaria} de su existencia. No es que no pueda realizar el acto sexual, sino que su vida toda se ha frustrado y su sentido se ha volatilizado. En el eritrofóbico es más complejo y puede arrojar más luz que los ejemplos anteriores. Unas

veces se ruboriza ante personas superiores, otras ante mujeres, otras ante determinadas gentes. Siente enrojecer su rostro, avergonzado y lo cierto es que aunque a veces se ruborice, otras empalidece o no se aprecia nada. La reacción vasomotora depende de la fórmula personal. ¿De qué se ~~ruboriza~~^{avergüenza}? Trabajos freudianos dicen que son homosexuales latentes. Según mi experiencia sólo temen serlo. La crisis angustiosa le ha revelado posibles instintos anómalos. Se sonroja porque teme que puedan transparecer ante los demás.

Calificar a la eritrofobia de neurosis vasomotora es erróneo. Se dice que está puesta en marcha por una espera angustiosa y J. H. SCHULTZ cree que es una indicación especial del "entrenamiento autógeno". Desgradadamente en las auténticas eritrofobias fracasan todas las medidas tendentes a mejorar la condición vasomotora del enfermo. Según mi experiencia es uno de los síndromes más difíciles de curar. Alguno ha mejorado con psicofármacos. En otros tuve que recurrir a la leucotomía.

Todas estas fobias están ligadas al devenir de la persona. El examen es como un obstáculo ~~puesto~~ en el camino. Un joven muy capacitado me consultó por no poder realizar el sueño de su vida, ser militar, por imposibilidad de saltar el potro. Los exámenes teóricos eran brillantes, tenía constitución atlética, pero el potro le parecía saltar en el vacío. El proyecto vital se quebraba y se alzaba un muro fantasmal tan coercitivo que le arrancaba del mundo de los sanos y le lanzaba al patológico.

Por eso decía que estas fobias están ancladas en la estructura temporal del ser, en el devenir. No se trata del tiempo gnóstico, ni del pático, sino de la misma temporalidad, es decir que el ser humano solo existe avanzando y desarrollando su proyecto vital. El ser es tiempo. En la agorafobia, claustrofobia y vertigo de altura es lo mismo, pero referido a las coordenadas espaciales. Al hombre normal no le estremece contemplar espacios abiertos, ni que cierren las ventanas. Al enfermo sí. Espacio amplio o cerrado son insoportables para él y sólo hay un "espacio vital" en el que se siente cómodo.

Las fobias traumáticas. -

¿Hasta qué punto un suceso engendra una fobia en el enfermo? ~~¿Puede una fobia ser traumática?~~^{¿Puede una fobia ser traumática?} Muchas veces se ha citado el caso WITTKOVER comentado por v. GEBSATTEL y no lo voy a repetir aquí. Lo importante es la revelación en un momento determinado de la crueldad de la vida o si se quiere de la vida profunda frente a la vida anodina. Tal revelación produce siempre un gran impacto. Pero no en el sentido del trauma, sino de la significación que a partir de un momento adquiere el sentido de la vida. Elaborar una vivencia es dominarla y situarla, encajarla podríamos decir en lenguaje ~~xxxxxx~~ vulgar. ¿Por qué hay ocasiones en que no es posible

encajar la vivencia y permanece como un cuerpo extraño? ~~La vivencia se revela~~
¿Por que en un momento determinado se revela la trata oculta de la vida, su facticidad, su falibilidad? !Qué sé yo! Ni lo sabe el enfermo mismo. Pero hay una cualidad de la vivencia que le da caracter excepcional, de tal suerte que se hinca en ella misma y no puede ser ya desarbolada. La vivencia fóbica es una vivencia clave, como un lenguaje cifrado que un momento determinado ~~se~~ revela su tremendo mensaje.

El mundo del obsesivo. -

Fobios y obsesiones derivan de una cristalización de la angustia. Normalmente el yo se halla anclado en su mundo y circunstancia. Yo-mundo-hombre-circunstancia, revelan el esquema de esa estructura. La angustia es una quiebra en ella. Cuando la estructura se mantiene, el yo no se siente a si mismo, sino que presiente en la acción realizada (pensamiento, volición, etc.) Cualquier acto psicologico tiene un subsuelo comun: la actividad del yo. Por eso la vivencia del yo tiene un carácter referencial, incluso en el momento de mayor solipsismo, cuando se refiere al yo-mismo.

A medida que aumenta la crisis de angustia, se borran las diferencias del yo a las cosas: el plano de la realidad ^{se} invade cada vez mas por el de la posibilidad. Lo que se piensa y lo que se siente, por absurdo que se, aparece como posible y afloran a la conciencia contenidos de zonas oscuras de la personalidad. Los instintos domados por la unidad del yo se sublevan (una madre teme a los cuchillos ante la posibilidad de herir a su hijo, una muchacha teme ir a los aseos familiares porque un dia le rondó la posibilidad incestuosa, etc.). Dentro del mundo de la posibilidad, una queda fijada y en cierto modo libera de la angustia profunda y pánica. La angustia que no tiene contenido, la del miedo a enloquecer o morir, el trasunto de la nada.

La crisis no es un acceso momentáneo, transcurre en el tiempo y se siente la amenaza de la ruptura con el yo es decir la continuidad. ¿En que se basa la experiencia de la mismidad del yo a través del tiempo? El soporte físico del hombre cambia, celular y algunos sistemas como el sanguíneo se renuevan continuamente. Permanecen las neuronas denotando ~~así~~ su nobleza jerárquica (persistencia que 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, que no supone rigidez sino desarrollo. Entre todas posibilidades el yo elige una y la realización del proyecto vital supone el mantenimiento de una mismidad. A pesar de que cada instante sea diferente del anterior. El futuro es tal porque es distinto del presente. Si fuera seria un presente mas o menos prolongado. Y el futuro no prolonga, sino que dilata, renueva e inyecta en su realidad momentánea la savia de la novedad. El futuro

vivido como proyección supone la actitud del yo, la espera en la realización y cuando se carga de posibilidades se convierte en espera angustiosa. En cambio, el presente, asido firmemente ^{por} al yo, no angustia porque es fundamentalmente seguridad. El presente que se vive como tal no es angustioso. La angustia se tiene porque el presente esta agrietado por el futuro mismo. Un presente "desfuturizado" -si fuera posible- sería un momento algido de felicidad. La experiencia del presente dilatado con un momento de inercia es el éxtasis, en el cual ^{no} sólo hay una dilatación de los confines del yo, hasta confundirse con los de la circunstancia, sino del instante del yo hasta confundirse con la ausencia de confines de la eternidad.

El fobico en su repeticion, para liberarse de la angustia, intenta recuperar el presente. Los ritos fobicos fijan la experiencia original con ese caracter de presente para adquirir seguridad. El que lava repetidas veces sus manos quiere tener seguridad de haber quedar limpio. No puede adquirirla por caminos racionales y utiliza los magicos.

La vida humana esta abierta al mundo. La apertura es lo que pone al ser humano en contacto con las cosas, a partir del acto del nacimiento. Estas no existirian sin él pero tampoco podria el hombre forjar su existencia sin la comunión con las cosas. Desde cualquier lado que miremos a la existencia humana nos encontramos con este mismo radical. En el plano inferior -biológico- la subsistencia de la vida humana no se logra mas que a traves de un contacto asimilador y desasimilador con la naturaleza. En el plano psiquico hay una proyeccion de este mismo principio. Ahora bien el contacto primordial entre hombre y mundo no se hace por una frontera tajante, sino un frente móvil. Hay en él una tensión hacia la fusion y otra hacia la separación o distanciamiento. En el plano psiquico la primera da lugar a las creencias y la otra al conocimiento objetivo. Para que la creencia exista es necesaria esta aproximación primaria y confiada en el mundo. En cuanto al conocimiento objetivo precisa una toma de distancia, un rechazo. Ambas son constitutivas del ser: aproximacion, rechazo, libido-agresion, impulso -inhibicion, etc. Todo son formulaciones parciales del mismo principio porque deriva de la misma estructura ansiosa, radical el mas profundo de la existencia. La angustia es paradójica: por un lado es apertura al mundo, por otro limitacion. La apertura ilimitada no pone las cosas en manos del ser. Las hunde en las sombras de la nada.

Pero el mundo del anancastico tiene otras notas distintivas que proceden de su caracter mágico. La huella obsesiva no esta en el plano fisico, ni en el psiquico, sino en ambos. Tiene un caracter dual, como la estructura angustiosa.

Existencia y subsistencia. -

La palabra "subsistencia" resulta reveladora. Existencia significa la toma de distancia intrínseca al proceso de apertura al mundo y subsistencia aquello en que se apoya, fundamentalmente, el estar. En otro plano decimos que las subsistencias son necesarias a la vida. Aluden a aquello que el ser acota como propio de él lo que ~~le~~ absorbe y asimila de todo lo que le ~~rodea~~ ^{ofrece} el mundo. Pues bien la posibilidad del anancástico entra en el plano de lo subsistente para él. La vida se nutre de esa posibilidad y la tiene como encarnada, mas que una creencia normal. De ese carácter subsistente de la posibilidad, que la angustia impone al anancástico, arrancan una serie de caracteres secundarios bien conocidos clinicamente. El primero es la culpabilidad angustiosa de la cual quiere librarse mediante los ritos. La crisis puede pasar sin dejar mas huella que el recuerdo y temor del enfermo que se repita. Pero otras veces queda una "huella anancástica" como veremos ~~mas adelante~~ ^{a continuación,} ~~delata que la crisis no ha pasado totalmente~~

La Huella anancástica. -

Delata que la crisis no ha pasado totalmente, aunque vivencialmente no haya angustia pero invade todo el proyecto vital del sujeto. Se trata de una honda mutación en la estructura del yo. Ante cualquier hecho el yo toma dos posturas: asimilarlo a su propio proyecto vital, lo que contribuye a su maduración o almacenarlo como recuerdo en lo que podríamos llamar "instrumental" de la personalidad. La huella no es un conocimiento y no puede tomarse frente a ella la distancia que frente al conocimiento objetivo y ademas no ha sido asimilada al proyecto vital, sino que constituye una muesca que perdura en el centro mismo del yo.

La huella anancástica es una limitación del progreso vital. Es la punta de la nada en el hondon del yo ~~inseguro~~ capaz de disolución. Es la cristalización de la inseguridad del yo. Es la invasión de la niebla de la nada en el campo luminoso de la actividad del yo. Por éso no ~~caen~~ ^{caen} frente a ella las mismas armas que frente a cualquier error o inseguridad. Una vez penetrada la huella en el proyecto vital queda modificado y el yo ya no es libre, con esa libertad primaria y original de los actos de la vida. La huella es una resistencia plantada como un islote en el campo de la conciencia. Islote activo y radiante de energía que llega a sitiar al yo La palabra obsesión quiere decir eso. ~~El anancasmo como reflejo de posibilidad angustiosa~~

Es un hito clavado en la historia personal, absurdo, pura salpicadura de la nada.

En otras ocasiones he hablado de la "fascinación por el absurdo", por éso sólo hago aqui una leve alusion. Se trata de ser fascinado por los fantasmas del ello -angustia- que no son impulsos instintivos concretos, sino infiltraciones de la nada. Es la fascinación de un impulso como la nada, la que se vive en forma concreta.

ta y por tanto soportable. El enfermo resiste a la fascinación porque lo auténtico de la personalidad -en el sentido de autoría- reside en el yo. El yo no es una síntesis, ni una integración, ni su energía síquica -expresión metafórica tan solo- deriva de los instintos. El yo tiene su propio origen. Por eso es capaz de sentir angustia. Vive en una dialéctica permanente con el yo-mismo y en ese juego se realiza la integración de lo que procede de las zonas opacas de la persona. Este edificio solipsístico se agrieta en las crisis de angustia y por allí aparecen jirones y fantasmas que aluden a la posibilidad de convertirse en nada. La fobia da figura al fantasma, lo trae a la realidad psíquica y aunque sea amenazador, concreta. A eso se llama "defensa del yo" que procede del yo-mismo y no de "ello". ~~xRxxx~~ Ahi esta el hilo impalpable, continuidad e identidad del yo a lo largo de la vida.

El asco y la suciedad. -

Es curiosa la especial fragilidad del obsesivo en su perímetro personal. Una mucha ve una mancha, piensa que pueda ser esperma y mancharla irreparablemente. La suciedad sexual se incorporaría a su propio ser. 'Incorporada' es una curiosa palabra empleada por ella, y exacta, porque la sentía como carne de su carne. Estar sucio es un estar vital, que se confunde con ser sucio, caminar hacia la desintegración, aniquilarse a través de esa incorporación y metamorfosearse en una suciedad esencial. De la misma manera que la angustia normal es distinta de la anormal, el asco también lo es. En la experiencia patológica el asco está llevado a las últimas consecuencias. En la vida cotidiana, por ejemplo, un alimento produce asco y desencadena una reacción vegetativa. O no se toca. La sensación está ligada a una situación revelando más lo que produce asco -el alimento- que el sujeto que padece asco. El paralelo con el dolor es claro. Un golpe produce dolor. Un dolor en las entrañas nos dice que estamos enfermos. Un dolor precordial o cefalea tiene más trasfondo angustioso porque nos hace imaginar el límite de la existencia.

Algo análogo ocurre con el asco. Las cosas que suponen descomposición nos repugnan. La desintegración del átomo no. El lenguaje nos traiciona cuando analizamos los estados de ánimo, porque el lenguaje tiene consigna de claridad y el estado de ánimo de opacidad y hasta de misterio. Y la opacidad es tanto más densa cuanto más patológica. En esto consiste como tantas veces he dicho el auténtico inconsciente, el inconsciente vital. En el asco las vivencias son muy personales. Las fobias también. Hay sanos y enfermos que sienten asco por secreciones ~~genitales~~ sexuales. Otros no. En general, asco produce lo sucio que es impureza. La vida es pura y la muerte impura. Las oscuras relaciones entre ambas son infinitas.

En el asco aparece la estructura de la desintegración y en ese estado transeunte del pasar, del venir a menos, esta el secreto de la situación. La vida normal es un pasar enriquecedor y el pasar del anancástico es aniquilador. Otra vez el fantasma de la nada. De lo que tiene forma a lo que carece de ella.

La repetición anancástica. -

En la vida hay dos planos, el auténtico y el cotidiano. Auténtica es cuando participa el yo como centro personal, se siente uno-mismo, con clara conciencia y lucidez ~~personal~~ de decisión. Pero hay otra vida en la que el sujeto se siente arrasado por la corriente: la vida impersonal, anónima, la que se hace con los demás. Ahora bien, hay una ósmosis entre ambas. La vida auténtica, lanzada hacia el futuro pasa, pero se mantiene en el presente a través de la vida habitual en la que se repiten los actos, como ritmos sin sentido. La auténtica tiene en cambio un claro sentido, un rumbo que la dirige.

Un acto habitual es casi automático, como un acto reflejo. Es de uno, porque sucede en uno, pero no porque uno se sienta creador del mismo.

En el anancasmo las relaciones entre la vida habitual y la auténtica se hallan trastocadas. Los anancasmos son siempre experiencias angustiosas y la angustia afecta a todo el ser. La huella anancástica sufre un proceso de inflación que la difunde y contramina otros contenidos de la vida psíquica. El anancasmo tiene como toda vivencia una estructura trimembre. Ya hemos hablado de su presente, inyectado de futuro como posibilidad próxima, pero también pensando en lo ya pasado. El pasado a su vez se halla introyectado de presente, de tal manera que el anancasmo tiene por ello cierto carácter intemporal, mejor aun inercia temporal. El pasado actúa en nosotros como experiencia percibida en lo que tiene de inmediato y esta constituido por sedimentos de nuestras acciones de las que nos sentimos autores. Se halla ligado a la propia actividad del yo, ligazón que se siente como responsabilidad. Uno es responsable de su vida, pero una vez el acto vital realizado su experiencia pasa al futuro como germen de nuevos actos. El sentido de la vida no va solo del presente al futuro, sino del pasado al futuro encartando el presente. El empaldecimiento de la vivencia de ser autores del presente es lo que nos permite vivir hacia el futuro. En el anancástico no ocurre así. Su huella persiste en el área de la autonomía personal y en la responsabilidad que el yo ha tenido en su creación. La vivencia se extiende incluso a sucesos triviales, porque la excesiva responsabilidad se desliza, fácilmente, hacia la culpabilidad.

En el anancasmo existe tendencia al automatismo. Para explicar la persistencia de las fobias y obsesiones hace años pensé que era necesario introducir el

principio de la repetición. Hoy veo las cosas de otra manera. La repetición pertenece a la misma crisis que es una explosión de la persona amenazada con saltar en pedazos, con desintegrarse. Contra esa tensión actúa el yo en forma retroactiva y por así decirlo, conservadora. La repetición de los propios actos es garantía de seguridad y continuidad. Es algo que pertenece a la dinámica interna de la persona

Nota sobre los escrúpulos.

¿Cuándo el escrupuloso es enfermo? Es difícil señalar criterios generales, pero de un modo categórico puedo afirmar que no he encontrado ningún caso en el que yo mismo pudiera dudar de si se trataba o no de enfermedad. La decisión por parte del médico no es tampoco una pura operación intelectual, sino 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 puede pensar de sí misma, es lo que puede definir al escrupuloso como sano o como enfermo.

Los escrúpulos morbosos son un cuerpo extraño en la conciencia. Si el ser logra mantener su proyecto vital -por tanto su libertad- a pesar de ellos, es mucho menos enfermo que si dominan todo o en parte su proyecto. No se trata de una decisión, sino de una apreciación o valoración.

Cuando JUD dice que las fobias, a diferencia de los escrúpulos, tienen algo de automático, dice verdad, sólo que no de un modo tajante pues también en el escrúpulo hay un cierto automatismo. Lo importante es saber quien domina si la autonomía o el automatismo. El automatismo procede de los planos biológicos, elementales del ser. La autonomía de los espirituales. La conducta resulta siempre de la fusión de ambos planos.

El escrupuloso duda de si ha cometido o no tal falta, duda que muestra su inseguridad existencial. No es una duda intelectual y por ello el confesor con dificultad logra mantener al escrupuloso dentro de una pauta racional, porque la duda surge de la creencia normal. He visto enfermos con dudas sobre la fé que no eran sino anancasmos. La duda morbosa está en ese claroscuro que no es creencia ni convencimiento, sino experiencia angustiosa. La duda del escrupuloso no enfermo será tal vez duda intelectual, que repercute en el plano de la creencia, pero siempre actúa la personalidad como un todo capaz de decidir, si tiene elementos suficientes. En cambio para el fóbico la decisión es imposible, su vida es un vaiven entre su yo y su mundo, presente y futuro, pasado y presente. La vida se va realizando a pesar de dudas y escrúpulos, pero en el escrupuloso-fóbico la vida se pa-

raliza e inhibe. La duda normal estimula el conocimiento como la duda cartesiana lleva a una afirmación: la existencia del yo. La duda anancástica detiene y en el fondo lleva a la negación de la persona.

El hombre forja su mundo con ideas y creencias en el plano superior. Las creencias son esenciales en toda la vida, desde el mundo mágico del niño, hasta la madurez de la persona, que metamorfosea creencias infantiles en subjetividades adultas. Al hablar del plano de la realidad, se alude al más objetivo del acercamiento al mundo. Pero la realidad humana es pluriestratificada. Está compuesta de varias dimensiones, que se imbrican en el estar en el mundo. Ahora bien los anancasmos no son creencias como las míticas de los primitivos o las religiosas del hombre de cualquier tiempo, como pretendía FREUD. Es cierto que tienen ciertas analogías, pero ello no agota su verdadera esencia. El anancástico no las sitúa en el mismo plano. El anancasmo participa por un lado del carácter fiduciario y de entrega de la creencia, pero mantiene cierta distancia frente a él, distancia que le permite reconocer la obsesión como algo morboso y aceptar la ayuda médica. Es curioso que a veces digan al médico que "aquello" no es enfermedad sino "falta", pecado real. ¿Por qué, pues acuden a la consulta? No creen estar enfermos, pero admiten que lo están.

El escrupuloso mantiene su fluencia entre creencia e idea participando monstruosamente de la naturaleza de ambas, como un híbrido. No podría ser de otra manera, si se tiene en cuenta su filiación directa con la angustia. Por eso tiene carácter dual a los ojos del propio enfermo. Vive la posibilidad de un modo peculiar. "Es posible que si voy a comulgar se desprenda una partícula de la Sagrada Forma", puede decir cualquier, pero considerándolo como remoto, si es un hombre normal. La distancia entre su yo y la posibilidad es tan grande, que no se siente afectado. El anancástico y escrupuloso la vive tan próxima, que en su impacto vivencial la confunde con la realidad, aunque sepa discriminar entre ambos reinos.

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 un ideal. La duda le hace prudente y elige los mejores caminos. El escrupuloso anómalo se siente inseguro, incluso sobre su ideal. El primero necesita un director espiritual que le ayude a descubrir su verdad. El segundo un médico.