

EL PROBLEMA DE LA NOSOLOGIA PSIQUIATRICA

Ponencia a la Reunión conjunta de las Sociedades Portuguesa y Española de Psiquiatría.

J. LÓPEZ IBOR (Madrid).

Publicado en ACTAS LUSO - ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA
Vol. XXI.—Diciembre 1962.—Núm. 4.

Depósito legal M.-Sep.-851 - 1958.

Ayuntamiento de Madrid

En varios puntos, todos ellos esenciales, puede decirse que ha cambiado el perfil de la psiquiatría desde los tiempos de KRAEPELIN hasta los momentos actuales. A una psiquiatría prevalentemente *descriptiva* ha sucedido una psiquiatría *dinámica*. El interés por el estudio de las *psicosis* ha derivado, en buena parte, a las *neurosis*; la investigación etiológica se ha desplazado de los factores *genéticos y endógenos* a los *factores sociales* (1); y el interés *nosográfico*, es decir, el interés por la filiación de la enfermedad ha sido sustituido por un ahincado esfuerzo en la comprensión de la *singularidad* de cada enfermo. A este cambio notorio en el perfil psiquiátrico ha contribuido, decisivamente, la dialéctica incoercible que lleva consigo la aparición y el desarrollo de la psicoterapia, especialmente del psicoanálisis, como método terapéutico y como vía de investigación. En este momento del desarrollo histórico de la psiquiatría, resulta inexcusable el examen cuidadoso de las luces y sombras de la nueva situación.

A pesar de la enumeración anterior de los puntos en los que el cambio de perfil se ha efectuado, debo consignar, sin embargo, que no se trata de puntos independientes, sino que todos ellos se hallan enlazados unos con otros, delatando su pertenencia a una estructura común. Así resulta que la psiquiatría actual es más dinámica, por ocuparse preferentemente de las neurosis, y tal actitud empuja, a su vez, al análisis del caso individual, más que a la preocupación nosográfica, y casi, como una petición de principio, a tomar en cuenta los factores psíquicos que proceden del medio externo, más que a los factores genéticos y endógenos, que configuran el medio interno.

Más que el examen de cada uno de los puntos, resultará interesante y adecuado el análisis de las estructuras comunes de la cual emergen. Con respecto a la divergencia entre la psiquiatría descriptiva y la dinámica, yo me atrevería a pre-

(1) Se trata, en todos estos cambios, de un desplazamiento de la zona de interés. A KRAEPELIN mismo le interesaba el estudio de los factores sociales en la génesis y frecuencia de las psicosis, como lo demuestran sus viajes a Extremo Oriente.

guntar: ¿Es la psiquiatría dinámica tan poco descriptiva como habitualmente se dice?

La discriminación de las formas clínicas no se hace sólo apoyándose en una actitud descriptiva. Las enfermedades no pueden ordenarse, como LINNEO hizo con las plantas. En el intento de ordenación intervienen factores formales, y toda forma supone movimiento. El diagnóstico, en medicina, no es una operación mental descriptiva, sino *un esquema de acción* que lleva implícitos ciertos supuestos, unas veces etiológicos, otras patogénicos y otras pronósticos. KRAEPELIN mismo, al no poder apelar a los supuestos etiológicos para el diagnóstico, lo hizo a los supuestos pronósticos. El pronóstico nos ofrece una visión intuitiva del curso de la enfermedad, de su marcha en el tiempo, de su forma temporal; es decir, lleva consigo un *enclave dinámico*. El diagnóstico es, por otra parte, la *base de operaciones* del tratamiento, que se singularizará después, pero que ha de partir de ciertas coordenadas diagnósticas.

Ya sé que, de un modo más estricto, los reproches que se hacen a la psiquiatría descriptiva se refieren a la psicopatología descriptiva, y, más concretamente, a esa forma depurada de descripción, que es la descripción fenomenológica. Muchos psiquiatras no ven en ella más que una incursión de la jerga filosófica en el terreno de la realidad clínica; pero, antes de que formulemos tan apresurado juicio, convendría que tuviésemos presentes algunos hechos. Precisamente, lo que ha conseguido la psicopatología fenomenológica, es un mayor rigor en la descripción de los cuadros clínicos, suprimiendo la inmensa y poco significativa palabrería que los difumina y los emborrona. La lectura de muchos textos psiquiátricos, incluso de los orientados psicodinámicamente, confirma esa afirmación. Apenas aparece lo significativo en los diversos cuadros clínicos; nada que permita diferenciarlos de tantos otros, y la apelación a los mecanismos psicodinámicos descubre una impresionante capacidad de repetición. El que tenga práctica en la enseñanza creo que corroborará, con su experiencia, esta afirmación. Si la psiquiatría clásica era pintoresca, ésta más reciente resulta monótona y sabe a irrealidad, ya que la realidad clínica es más jugosa. Hoy día pueden escribirse textos más sucintos, más claros, más esenciales de psiquiatría, precisamente por la depuración a que ha sido sometido el lenguaje psiquiátrico por la psicopatología fenomenológica. Pero se dirá: todo eso es insistir en el valor de la descripción. Sí, pero el hecho curioso está en la confusión que se crea en los que ignoran este imperativo de ahincar en el conocimiento de la realidad clínica. Resulta curioso anotar que los textos psicodinámicos son muchas veces más fieles a la vieja nosología kraepeliana que los textos en los que la huella fenomenológica es más clara.

Por otra parte, ¿no hay muchas veces descripción, y sólo descripción, en muchos trabajos surgidos a la luz de una perspectiva psicodinámica? Recientemente, MATUSSEK, al referir sus experiencias sobre la psicoterapia de la esquizofrenia, se esfuerza en mantenerse en una pura actitud descriptiva. En muchos trabajos psicoanalíticos, de los publicados últimamente, se adopta de un modo deliberado la misma postura, aunque el lenguaje sea, naturalmente, psicoanalítico. Y, por otra parte, la hermenéutica existencial, aunque fundamentalmente interpretativa y, como tal, alejada de la forma descriptiva fenomenológica, es descriptiva en sentido amplio, puesto que intenta hacernos transparente el mundo de los enfermos. La realidad de nuestros enfermos es, empero, muy maleable, y no se puede uno acercar a ellos sin cambiarla. En toda descripción, como en toda interpretación, hay una acción. Si pensamos de un esquizofrénico que forzosa-

mente se va a demenciar, nos comportaremos con arreglo a ese pensamiento, y contribuiremos, sin apenas darnos cuenta, a que aquel esquizofrénico se demencie más profunda o más rápidamente.

Es interesante observar cómo se imbrican unos problemas con otros. La *psicodinamia borra las fronteras entre las psicosis y las neurosis, de la misma manera que borra las fronteras entre las neurosis y la normalidad*. La difuminación de tales fronteras significa un progreso increíble, nunca bastante exaltado, pero nos coloca, al mismo tiempo, en una grave situación de ambigüedad. Bien está que haya desaparecido toda la rigidez que pretendía elevar una cortina de hierro entre las neurosis y la normalidad. La demolición de tal cortina ha humanizado la psiquiatría. No ofendamos a nuestros antecesores, los grandes clínicos, diciendo que eran menos humanos que nosotros; pero la sensibilidad cambia, y no cabe duda que ha aparecido *una nueva sensibilidad psiquiátrica*. El contacto con el enfermo no es real más que a través del reconocimiento de la analogía entre su mundo y el nuestro. Tenemos que aceptarlo con humildad; en cada uno de nosotros se halla la posibilidad de una neurosis, y también la de una psicosis. El médico de un manicomio que se crea asegurado mediante la presencia de su razón contra la locura, es más listo que los locos —dice KIERKEGAARD—, pero al mismo tiempo es más tonto, y sobre todo no curará a nadie. Estas palabras del gran melancólico danés subrayan la epifanía de la psicoterapia.

¿De dónde procede esa comunidad estructural entre psiquiatra y psicoterapeuta, neurótico y psicótico? De la angustia que constituye su propia existencia. Esta reducción a un radical común, que es la radical de la existencia humana, ha borrado esas fronteras, pero nos ha abierto otras: las fronteras de la *ambigüedad*. Este es uno de los arrecifes que ponen en peligro la navegación psicoterapéutica.

En estos últimos años se publican brillantes trabajos sobre los delirios psicodinámicamente interpretados, unos procedentes de la escuela psicoanalítica y otros procedentes de las varias direcciones influenciadas por la filosofía analítico-existencial, tomando esta designación sin demasiado rigor. (ZUTT, BINSWANGER, STORCH, etc.). El mundo del delirante, a través de esas interpretaciones, se vuelve tan transparente "casi" como el mundo cotidiano del hombre normal. El punto de arranque de la experiencia delirante es siempre, expresado de una u otra manera, la experiencia angustiosa. Ante estas interpretaciones, a mí siempre se me ocurre preguntar: esa angustia "pre-delirante" de las interpretaciones psicoanalíticas o esa angustia existencial en las interpretaciones antropológicas ¿es la misma que la que sufre el neurótico? ¿Es la misma que la que sufre el hombre normal? Muchas veces la respuesta ha sido: se trata de una diferencia *cuantitativa*. Este esquema hipotético del *quantum* del trastorno se halla implícito en buena parte de la literatura psicodinámica; pero, si lo aceptamos, no debe pasar desapercibido que aceptamos una hipótesis explicativa, puesto que si la psicosis es más grave que la neurosis, y ésta más grave que la normalidad, es natural que la angustia del psicótico sea más grande que la del neurótico, y ésta más grande que la del sano. Me gustaría saber lo que pensaría KIERKEGAARD de esta correlación; pero, ya que no KIERKEGAARD, la realidad clínica nos hace dudar de que tal correlación sea exacta. ¿Es más o menos "grande" la angustia del melancólico que le arrastra al suicidio, que la del esquizofrénico que tiene un brote pasajero de ideas de referencia? Empleo el calificativo de "grande" para subrayar la inadecuación del criterio cuantitativo. No se trata de cantidades diversas de angustia, sino de cualidades distintas. El criterio económico falla cuando se emplea en la diferenciación de las distintas clases de angustia.

La psicopatología descriptiva, de raíz fenomenológica, pretende que en la experiencia psicótica hay algo *nuevo* que no existe en la experiencia normal. En el delirio primario se trata de una *nueva significación*. El carácter de nuevo depende de los límites que se tracen a la vida psíquica comprensible. Precisamente, en esta cuestión de los límites es donde se halla el punto débil de toda la psicopatología comprensiva. Ahora comprendemos el mundo de los delirantes mejor que los psiquiatras de la generación anterior. No aceptamos con tanta facilidad "la ruptura del sentido" o la "continuidad de sentido" o la "normatividad del sentido". ("Sinngesetzlichkeit", de K. SCHNEIDER.) Si el hombre moderno ha descubierto en sí mismo la presencia del absurdo, el psiquiatra no puede permanecer de espaldas a este descubrimiento. El absurdo carece de sentido. Por eso ahora nos hemos hecho muy generosos en la comprensión. Apenas podemos encontrar carente de sentido ninguna expresión de nuestros enfermos. Y si alguna vez no lo encontramos, la insuficiencia —piensan algunos— está de nuestro lado y no del lado de los enfermos. Lo *nuevo*, pues, lo incomprensible de la producción psicótica tiende a desaparecer como carácter distintivo. Los límites del comprender se confunden, al parecer, con los límites mismos de lo humano.

Como antes he dicho, con tanto ahondar en el mundo psicopatológico, con tan amplio comprender, aumenta la calidad de la acción psicoterápica, pero se hace más patente la crisis constitutiva de la misma. La psicoterapia está siempre en crisis por su propia dialéctica. No hay psicoterapia posible sin que el contacto entre enfermo y médico llegue a la máxima profundidad; pero no hay ciencia sin conocimiento, y el conocimiento es siempre distancia. No hay psicoterapia científica, pues, sin distancia, pero yo diría más: no hay psicoterapia eficaz sin distancia en la intimidad. ¿Cómo si no se lograría la curación del enfermo? El borrar las distancias, el borrar las fronteras, podría conducir, sin duda, a la transvasación al psicoterapeuta de la angustia del enfermo. El psicoterapeuta o el psiquiatra, por esta ósmosis, podría caminar por el sendero de la alienación.

Volviendo al tema del delirante, el hecho es que *alguna diferencia* debe haber entre el mundo delirante del enfermo y el delirio potencial del sano, aunque el sano sea el psiquiatra. Podría ser un artista y construir un mundo poético con esa posibilidad de delirar. A propósito de lo que desde JASPERS se venían llamando ideas delirantes primarias, en un trabajo anterior he insistido sobre el hecho de que, desde el punto de vista vivencial, lo característico no es tanto que una significación nueva aparezca unida a una percepción normal y corriente, como el especial carácter de *impuesta* con que aparece ante el propio enfermo. Procede de su mundo interior y, sin embargo, la recibe como de un mundo ajeno. En algunos enfermos la percepción delirante no tiene una significación nueva, sino que simplemente aparece con este *carácter de imposición*. De ahí la fisura que provoca en la estructura de la personalidad. La estructura se manifiesta por su historia, es decir, por su funcionamiento. La anomalía de las vivencias, o sea de la función, consiste en su carácter coercitivo. El hombre no es libre para aceptarlas o rechazarlas, con lo cual no es la vivencia, sino el propio eje personal, lo que está en juego. V. WEIZSÄCKER dijo que el problema de la enfermedad tiene que ver con el de la verdad. Yo me inclino más a creer que tiene que ver con el de la *libertad*.

El gran impacto de los puntos de vista psicodinámicos sobre la psiquiatría clínica ha sido el baluarte de la comprensibilidad o incomprensibilidad del mundo psicótico; pero se equivocaría quien creyese que con esto se ha destruido el problema. Este sigue en pie exigiendo nuevas soluciones. ¿De dónde viene, en

efecto, esa pérdida de la libertad de la persona frente a sus actos? ¿Por qué los actos personales, que en el hombre normal son propios y le pertenecen, en el enfermo se enajenan? ¿No hay más que un modo de enajenarse? ¿Es el mismo proceso de enajenación el que sufre el delirante que el obsesivo o el histérico? El mundo del delirante está invadido por su delirio; el del obsesivo, por la obsesión, y el del histérico, por sus síntomas de conversión. En todos existe una reducción, una amputación de sus posibilidades si se les compara con las posibilidades del hombre normal. ¿En qué se diferencian, no descriptiva, sino dinámicamente, esos mundos de posibilidades personales? La dialéctica de la posibilidad es la dialéctica de la libertad. ¿De qué libertad se trata? He aquí un montón de apasionantes preguntas, de las cuales no puedo ocuparme ahora.

* * *

La psicodinamia, al borrar las fronteras entre lo normal y anormal, ha desarbolado todo el edificio de la psicología comprensiva. Pero ¿qué le ha sucedido a ella mientras tanto?

Examinemos, aunque sea a vista de pájaro, la evolución más reciente de la teoría de las neurosis. Es curioso que, como señalan algunos autores, FREUD partiese de modelos neurológicos; porque el punto de llegada ha sido muy distinto. SZASZ sostiene un curioso punto de vista, que puede tomarse como paradigma de la situación presente de la interpretación psicodinámica de las neurosis. La histeria es el gran modelo de la neurosis. Por la autoridad de CHARCOT y por la de FREUD se cometió, dice SZASZ, un grave error; el de elevar al que sufre derango de simulador ("malinger") al de enfermo. "De hecho, la cuestión de saber si los desórdenes de conducta —o como yo prefiero llamarlos— habla SZASZ— *problemas de vida* pueden ser considerados y llamados "enfermedades" ha sido siempre discutida enteramente, como si hubiera sido un problema de ética o de poder político". ¿Desde qué punto de vista es un error clasificar "como enfermedad lo que no lo es"? "Claramente es un error, desde el punto de vista de la ciencia y de la integridad intelectual". "El prestigio y el poder de los psiquiatras han aumentado mediante la apropiación de grandes terrenos que no les pertenecían". MORTIMER ADLER ha hecho observar concretamente que los psicoanalistas "are trying to swallow everything in psychoanalysis". La psiquiatría, agrega SZASZ, se define como la especialidad médica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental. Esta es una definición sin valor y equivocada. *La enfermedad mental es un mito*. Los psiquiatras no se ocupan de enfermedades mentales y su tratamiento. En la práctica actual tienen que ver con problemas personales, sociales y éticos de la vida. La psicoterapia tiene que sistematizarse en una teoría de las relaciones humanas.

Ya sé que muchos psicoterapeutas encontrarán estas formulaciones exageradas; pero, aun siéndolo, constituyen un buen punto de partida para el examen de la situación presente.

La evolución del punto de vista dinámico puede, a grandes rasgos, delinearse así. La histeria, y después la neurosis, surgen por situaciones conflictivas. A los conflictos actuales sucedieron, en el análisis genético, los conflictos pasados, llegando a las fases más precoces de la evolución infantil. Ciertamente es que las neurosis tienen síntomas corporales. El psiquiatra clásico no sabía encontrar el sentido de esos síntomas corporales. Era su radical insuficiencia. El psicoanálisis, y después cuantas escuelas psicoterapéuticas han aparecido, encuentran el sentido

de los síntomas corporales en acontecimientos de la vida psíquica. La comprensión de tales síntomas los borra. Aun la propia neurosis de transferencia necesita ser analizada y comprendida. Se realiza con ello una gigantesca operación: la misma que ha destruído las fronteras entre lo corporal y lo psíquico. Las neurosis son sistemas de manifestación o de "concienciación" de conflictos psíquicos externos o internos. La neurosis es un lenguaje que necesita ser comprendido. Para LACAN el psicoanálisis es un problema de lenguaje. Paulatinamente se llega a una teoría de las neurosis en la que lo corporal es puramente una cifra en una comunicación. Si gradualmente se pasa de las neurosis a las psicosis, ¿por qué hablar de enfermedades? "Las enfermedades mentales son un mito". ¿Qué otra evasión queda? La psiquiatría se aleja, o incluso se separa, de la medicina para convertirse en una sociología, o mejor en una sociología aplicada, o si se prefiere en una soteriología. En consonancia, con esta dirección crece el papel que desempeñan las que se consideraban fuerzas auxiliares del psiquiatra. Efectivamente, si todo el problema de las neurosis y de las psicosis se plantea así, ¿qué razón existe para que el psiquiatra conserve su primacía en el tratamiento? He aquí cómo se cierra un ciclo "ourobórico". No hay fronteras entre la normalidad, las neurosis y las psicosis. No hay fronteras en la actividad psiquiátrica; pero esta ausencia de fronteras no es sólo para salir del coto psiquiátrico, sino también para entrar en él. La cuestión es grave y urgente. Si la realidad es así, no hay más remedio que aceptarla teórica y prácticamente. Si el destino de la psiquiatría consiste en desgajarse de la medicina, que lo haga de una vez. Si no hay nosología psiquiátrica, si no existen más que problemas de relaciones interpersonales, ¿por qué empeñarnos en sostener una falsa tradición?

* * *

Este propósito de situar la psiquiatría en la diáspora de la medicina anida en distintos frentes. K. SCHNEIDER, uno de los más excelentes cultivadores de la psicopatología fenomenológica, dice que la psicopatología no parte de la enfermedad, sino de lo anormal psíquico, que en buena parte no es morboso ("krankhaft") en su opinión. Lo morboso es sólo lo que puede referirse a una enfermedad en sentido médico. Y enfermedad en sentido médico es sólo la enfermedad corporal. Las reacciones vivenciales que se manifiestan en síntomas de conversión, permanecen en el dominio médico, a causa del diagnóstico diferencial.

A pesar de la claridad de su formulación, la realidad clínica se le escapa por una rendija. Existen reacciones vivenciales, pero también trastornos funcionales reactivos. No todo lo funcional puede referirse "sinnvoll" a la angustia o al deseo. Por ello hablamos precavidamente —dice— de "somatópatas" o de "lábilis somáticos". La clínica nos ofrece todo un espectro, en el cual se pasa insensiblemente de las reacciones vivenciales a esos trastornos funcionales. En ALEXANDER, esa diferencia es la que se establece entre las reacciones de conversión y los trastornos psicósomáticos. No hay posibilidad de establecer un hiato entre ambos tipos de trastornos psicósomáticos, como pretende ALEXANDER.

Hasta ahora se plantea el problema partiendo de un concepto nítido y puro de reacción vivencial anormal. Pero, cuando se ahonda en él, se ve que la anomalía de la vivencia tiene que venir de alguna parte. Habitualmente se busca en la historia anterior, en el impacto o en la serie de impactos traumatizantes sufridos desde la más tierna infancia. Pero aun así no se logra, en muchos casos, decía FREUD a propósito de la interpretación de los sueños. ¿No provendrá tal

núcleo indescifrable que resiste a la hermenéutica, de algo que procede de un mundo distinto, en este caso, del mundo de la corporabilidad? Así como reconocemos la presencia de lo "vivencial" en la "funcional", ¿no será necesario también examinar la posible presencia de lo "funcional" en lo "vivencial"? En lugar de considerar el antiguo concepto de "neurosis" como inválido, ¿no habrá que investigar si tiene dentro todavía un rescoldo vivo? Recuerdo que en una de las primeras historias clínicas de histeria de FREUD habla de algunos síntomas, tales como el dolor en la nuca, y los expulsa de la serie de síntomas histéricos. Son síntomas neurológicos—dice—. Después se ha pasado con una apisonadora sobre esta distinción borrando lo que la realidad clínica ofrece. Por mi parte estoy convencido de que ahí existe un núcleo a ser tenido en cuenta y que es necesario revisar a esta luz la teoría de las neurosis. En las neurosis hay conversión, represión, proyección y otros muchos dispositivos psicodinámicos en acción. Su esclarecimiento es lo que les hace "sinnvoll"; es decir, continentes de sentido. Devolver el sentido a lo que carece de él es devolverlo a la línea de la salud; pero a veces queda un resto indescifrable, a pesar de todas las largas hermenéuticas. Un residuo, una huella angustiosa queda contra la que toda ofensiva psicodinámica se muestra impotente. En este caso se habla de resistencia; pero la resistencia puede proceder de otros frentes que no sea el psíquico. Para FREUD mismo, la vida psíquica es la que tiene intencionalidad, sentido. Esa resistencia carece de ella. Es necesario descender más en la profundidad y llegar a los más profundos recovecos del ser, a aquellos en los que el cuerpo empieza a ser *cuerpo animado* para explicarnos la presencia de esa resistencia. En este descenso, en este estudio, entramos de lleno dentro del campo de la medicina. En tales casos —son pocos o muchos se verá— no tenemos que defender los derechos de la psiquiatría como rama de la medicina, ni mantenerla, por un rigor metódico que ignora una parcela de la realidad, en la diáspora de la medicina.

La idea de enfermedad imperante en medicina es la de enfermedad corporal. No hay posibilidad de definir, estrictamente, aun en medicina somática, lo que es la enfermedad corporal. Siempre quedan recovecos y aclaraciones que hacer. Es que la enfermedad es una estructura abierta, como lo es el ser humano. Su apertura no disminuye su realidad.

En psiquiatría existen enfermedades cuyo substrato corporal es evidente. Aún en ellas, la aplicación del esquema de la "species nosológicas", de SYDENHAM, tropieza con graves dificultades. En las que tienen su etiología clara y conocida, como la sífilis nerviosa, los cuadros clínicos son diversos. La ordenación nosológica no es más que una ordenación de *tipos clínicos*. Toda la nosología psiquiátrica no puede constituirse sobre la idea de la "species morbosa", sino sobre la de los tipos o formas clínicas. No es lo mismo un proceso que evoluciona fásicamente, dejando indemne la personalidad, que otro que lo haga destructivamente. Es cierto que las interferencias entre las neurosis y las personalidades psicopáticas son inmensas; pero negar que algo existe que diferencia ambos modos de enfermar es negar, daltónicamente, la propia realidad clínica.

Si en las enfermedades con fundamento somático la intervención del cuerpo —y, por tanto, la enfermedad como realidad, no como mito— es evidente, ya no lo resulta tanto en el resto de la patología mental, psicosis endógenas, personalidades psicopáticas, neurosis. Pero el que sea menos transparente no quiere decir que no exista, sino simplemente que necesita ser más detenidamente investigado. Es imposible que pueda ofrecer un desarrollo en este momento de tan grave problema, pero séame permitido, al menos, hacer algunas acotaciones.

Elijamos un par de ejemplos. En la melancolía existe la tristeza como síntoma más destacado de ella. ¿Es tristeza como la del hombre normal que recibe una noticia desagradable? Basta escuchar sencillamente a los enfermos para saber que no. Es curioso que, a fuerza de oír muchas horas a los enfermos se les deja de escuchar. El enfermo distingue entre la tristeza que le produce un suceso desgraciado —la pérdida de su mujer, del hijo, su ruina personal o su condena por un delito— y la “otra” tristeza, que procede de él en tanto “cuerpo animado”. Es la tristeza vital sobre la que tanto insiste la investigación fenomenológica. Igual que la tristeza vital, existen una angustia vital y un tedio vital, y una náusea vital, y un asco vital, etc. El cuerpo animado es una realidad que se impone en la clínica de las psicosis y también en la de las neurosis y de los trastornos psicósomáticos.

Antes he llamado la atención sobre el cambio de frente psicopatológico que se ha operado en el análisis de la sintomatología esquizofrénica. *Lo importante en el síntoma no es su nueva significación, sino su carácter impositivo.* Lo mismo ocurre en la psicopatología de las neurosis. En el proceso de represión (“Verdrängung”) lo importante no es su aspecto intelectual, el contenido de lo reprimido, sino la fuerza que reprime unos contenidos sí y otros no. En cualquier enfermo llama la atención el carácter paradójico y hasta absurdo de los procesos represivos. Se reprime no lo importante y significativo, sino algo que, por ser reprimido, es por lo que se convierte en importante o significativo. Ya FREUD decía que no era la angustia hija de la represión, sino al revés (1). ¿Y de dónde procede ese desequilibrio dinámico que reprime, proyecta, racionaliza, etc., sino la angustia misma? ¿Y de dónde procede esa angustia, sino del hombre mismo en cuanto realidad; es decir, en cuanto cuerpo animado?

He aquí, pues, una nueva perspectiva que se abre ante la investigación psicopatológica y psicoterapéutica; porque lo cierto es que la vida psíquica se realiza en ciclo abierto si se la compara con la vida biológica. La existencia de las lesiones cerebrales no explica la forma y el contenido de la psicopatología de la parálisis general. Esta apertura es más clara y evidente en las psicosis endógenas y en las neurosis. El estudio de la temática psíquica es, una vez más, necesario; pero no debe hacerse sin pensar que no es una temática psíquica pura, sino una *temática vital*. De esta manera no se podrá hablar del “mito de las enfermedades mentales”, sino de la *realidad vital del enfermo mental*.

Cuando, al encontrar el sentido de los síntomas aún oscuros o inexplicables o sin sentido, la comprensión se ha dilatado hasta confundirse con el hombre mismo, un nuevo personaje se ha introducido en la escena psiquiátrica. Comprender o no comprender es problema de conocimiento; en definitiva, un problema intelectual. Ahora ya no se trata de la comprensión, sino de la vida humana misma. Es decir, empleando un vocabulario a la moda, del “Dasein”. De ahí que, en una forma u otra, los problemas existenciales hayan penetrado en el ámbito de la psiquiatría clínica. Pero, en clínica, se trata de la existencia humana concreta. El hombre está ligado a una realidad corporal, que supone ya una textura peculiar de posibilidades. Esa textura es la que se modifica en la enfermedad.

Como decían los clásicos, en la medicina no existen las enfermedades, sino los enfermos. La dificultad está en elevar a conocimiento científico la experien-

(1) “Nicht die Verdrängung schafft die Angst, sondern die Angst ist früher da, die Angst macht die Verdrängung”.
SIGMUND FREUD.—Gesammelte Werke, XV.—S. 92.
Imago Publishing Co.—London 1940.

cia vital concreta del enfermo. Esta dificultad es más aparente en la enfermedad mental, pero atraviesa todo el ámbito de la medicina.

Las enfermedades mentales no son, pues, un mito. No se trata de un problema de relaciones humanas como las que estudia la sociología. Sino de algo que ocurre en el hombre, precisamente porque en él la vida psíquica se halla *encarnada* en la vida corporal. Las enfermedades mentales se manifiestan en trastornos de la conducta y —también— en sufrimiento. Lo mismo ocurre con el resto de las enfermedades. Son, pues, como las demás enfermedades. Si queremos que, desde el punto de vista asistencial, no se piense en nuestros enfermos como de seres que viven en redil aparte, debemos nosotros pensar que ellos son enfermos como los demás enfermos, aunque, naturalmente, presenten sus peculiaridades propias.

El auténtico ideal de una medicina antropológica consiste en averiguar cuáles son las *estructuras* del enfermar, tanto si es psíquico como si es físico. Así es como se podrá escribir, en el futuro, una nueva *Patología general* en la que se integren ambas vertientes de la enfermedad. Sólo así podrá tener realidad el sueño Kraepelin de aproximar la psiquiatría a la Patología médica. Lo cual supone que *ambas* deben cambiar.

