

Prof. Dr. López-Ibor
(Madrid)

La significación de Egas Moniz en la
psiquiatría contemporánea



XX — Novembro — 1956

PSIQUIATRÍA

La significación de Egas Moniz en la psiquiatría contemporánea

por el Prof. Dr. J. López-Ibor
(Madrid)

EGAS Moniz ocupó, hasta su jubilación, la cátedra de Neurología de la Facultad de Medicina de Lisboa. Sus aficiones fueron netamente neurológicas, y uno de sus grandes descubrimientos, la arteriografía cerebral, ha mejorado, considerablemente, la precisión diagnóstica en las enfermedades cerebrales.

Sin embargo, su influencia en la psiquiatría contemporánea ha sido tan resonante como en la neurología. Y eso no sólo por haber descubierto una técnica terapéutica, sino por las implicaciones teóricas que dicha técnica lleva consigo. Barahona Fernandes recuerda en un libro reciente la génesis de la idea. En el Congreso de Lisboa, el propio Egas Moniz explica «How I come to perform the leucotomia». Su pensamiento, en verdad, arrancó de una base bien distante de la cuenta la psiquiatría actual. La sintomatología de las psicosis se debería, según él, a una cierta fijación de conexiones anormales entre las células nerviosas. Egas Moniz siempre me hablaba con gran veneración de Cajal y hacía referencia a la doctrina de la neurona y de las conexiones, cuando trataba de fundamentar su teoría.

Desde el punto de vista de la psicopatología vigente parece un puro error toda la teoría de Egas Moniz. No se puede pensar que la vida psíquica anómala se halle tan estrictamente ligada a las desviadas conexiones neuronales. Y, sin embargo, hay allí una intuición genial que bien puede arrojarse al campo de batalla entre tendencias tan dispares, como las que dominan la psiquiatría actual.

Todas las distinciones metodológicas que se han hecho en torno a la psiquiatría han venido a confluir en el dilema: psiquiatría descriptiva o psiquiatría dinámica. En algunos países, como los Estados Unidos, la prevalencia de la llamada psiquiatría dinámica, es evidente. La psiquiatría descriptiva se encuentra infravalorada. Tomemos como modelo de psiquiatría descriptiva el libro de C. Schneider sobre personalidades psicopáticas. En los países de habla alemana ha ejercido una influencia singular, y sigue, en numerosas ediciones, considerada como una publicación psiquiátrica ejemplar. He leído, por el contrario, algunas de las críticas que se le han hecho en publicaciones psiquiátricas americanas y todas terminan por señalar que representa una forma de psiquiatría que se halla ya periclitada. ¿Qué se esconde tras ese dilema?

La psiquiatría descriptiva tiene, en realidad, dos frentes: uno consiste en la descripción de los cuadros clínicos al modo clásico, entendiendo por tal la línea Kahlbaum-Kraepelin. Así surgió, del caos indiscriminado que formaban las viejas descripciones, una nosología psiquiátrica que, en líneas generales, conserva validez. Desde el mismo punto de vista se halla hecho el trabajo de Schneider sobre personalidades psicopáticas, descripción lo más próxima posible a la realidad de los cuadros o tipos clínicos que se encuentran. La dificultad con que ha tropezado siempre la descripción clínica es la dualidad de puntos de los que ha partido, por un lado, el intento de aislar las enfermedades aproximándolas al modelo de las enfermedades somáticas (Kraepelin), por otro, la imposibilidad de hacerlo y la necesidad de describir, en lugar de enfermedades, tipos de reacción (Bonhoeffer) o tipos de personalidad (personalidades psicopáticas).

La otra fuente de la psiquiatría descriptiva procede de la psicopatología. Muchos psiquiatras creen que hablar de psicopatología fenomenológica es echar la psiquiatría en manos de la filosofía. Rümke, en el último Congreso de Psiquiatría (Paris, 1950) tuvo que hacer una exposición fundamental de los principios fenomenológicos para poder explicar sus tesis sobre las ideas delirantes, contando, por consiguiente, con una casi universal ignorancia sobre ellas. La ignorancia no sería lo peor, sino el temor y la confusión que, por otra parte, resultan totalmente injustificados. Porque la psicopatología fenomenológica, tal como se viene cultivando (Jaspers, Gruhle, C. Schneider y tantos otros) no es más que un intento de lograr las descripciones más puras posibles de las experiencias psicológicas. De lo que huye la psicopatología fenomenológica es, precisamente, de la interpretación y de la teoría. Su pregunta es ésta: ¿Qué pasa por el enfermo cuando dice que

un transeúnto le ha dicho, con la mirada, que es un homosexual? La captación de la experiencia original, ingenua, lo menos mediatizada posible, es la que importa; es, pues, un modo de describir, lo más naturalmente posible, la experiencia original del enfermo. El lema es huir de toda adulteración, de toda sofistiquería. A esa aproximación a la experiencia vivida por el enfermo (*Erlebniss* = vivencia) se llama comprensión o quizás mejor intelección. Por la comparación de lo que ocurre en nosotros tratamos de penetrar en lo que ocurre en el enfermo. Hay dos modos de aplicar este método: uno, limitándonos a la descripción de una vivencia aislada (comprensión estática); otro, aplicándonos a la intelección de la «sucesión de las vivencias» — viendo, por ejemplo, cómo de un estado de ánimo triste surge una idea de ruina (comprensión dinámica).

La psiquiatría dinámica alega que todas estas formas de conocer no sirven para actuar sobre los enfermos. Se trata de una actitud anodidamente contemplativa. C. Schneider achacaba a Kraepelin una actitud nihilista y escéptica en los problemas terapéuticos que ignora hasta qué punto sería verdad. La diferencia se ve muy clara cuando nos enfrentamos con las neurosis. Llevando a una situación extrema tal actitud el psiquiatra descriptivo se contentará con estudiar y filiar un cuadro clínico para saber si se trata de una histeria o de una obsesión. En cambio, el psiquiatra dinámico buscará el por qué se ha producido el síntoma para poder actuar sobre su causa. La influencia del psicoanálisis sobre la psiquiatría dinámica es evidente. Al descubrir Freud la dinámica de la parálisis histérica de Anna O. señaló la posibilidad de descubrir la dinámica psíquica del resto de los trastornos mentales. El mismo no se limitó a las neurosis, sino que penetró en el campo de las psicosis (melancolía, esquizofrenia, paranoide). El conocimiento tenía, además, una raíz operante ya que el descubrimiento de los dinamismos que se cultaban tras los síntomas psicóticos y neuróticos debería servir para su interpretación.

Es evidente la influencia considerable del psicoanálisis sobre la psiquiatría actual, especialmente la americana. Leo Bartheimer se ha ocupado de sus relaciones mútuas en el discurso pronunciado en 1952 al dejar la presidencia de la Asociación Americana de Psiquiatría. Propugna en el citado discurso una mayor aproximación y compenetración entre psiquiatras y psicoanalistas. Las posiciones extremas están representadas por el psiquiatra de asilo por una parte y el psicoanalista no médico por otra. «Habiendo sido presidente de la «American» y de «International Psychoanalytic Association» y de la «American Psychiatric Association», percibo que la infiltración psi-

coanalítica en psiquiatría es demasiado para poder ser todo lo útil que debiera serlo en clínica. Igualmente que el psiquiatra que hace psicoterapia se halla demasiado presto a prescindir de algunos de los viejos y siempre utilizados instrumentos con los que ha trabajado para conseguir información y ejercer influencia terapéutica sobre el enfermo». El problema se plantea, pues, como una dialéctica entre dos potencias iguales: la psiquiatría y el psicoanálisis. Incluso a veces se tiene la impresión de ser la psiquiatría un viejo coloso agonizante y el psicoanálisis un joven audaz conquistador y lleno de porvenir.

En Europa, la realidad es distinta. El psicoanálisis se inició como una forma de tratamiento de neurosis. Si después amplió sus tesis a la psicosis propiamente dicha, si además se llegó a convertir para muchos en una doctrina total, equivalente casi a una creencia religiosa, fué cuenta suya. En la actualidad sigue siendo, en general, para el psiquiatra europeo el psicoanálisis, una terapéutica de las neurosis, y aún en este campo se disputa la prevalencia con otras formas de psicoterapia, de paternidad psicoanalítica o no.

No es el psicoanálisis, empero, la única fuente de la psiquiatría dinámica. El conductismo y la reflexología han contribuído a crear una nueva mentalidad que en algunos trabajos, como los de Masserman, se fusionan con tesis y conceptos psicoanalíticos.

La situación es, por tanto, bien curiosa: un psicopatólogo con base fenomenológica señalaría constantemente cuando hay de teoría y de alejamiento de la realidad en las tesis psicoanalíticas. Un psicopatólogo dinámico no sólo cree, sino que opera con entidades tan ideales como los del super-yo, la libido, el complejo de castración, etc.

En la psiquiatría dinámica todo el juego de las psicosis es psicológicamente comprensible e influenciabile. La sintomatología de la psicosis flota sobre las olas de la corporalidad. La psicoterapia de la esquizofrenia es la última batalla ganada. De esta suerte se puede llegar a pensar que todo el enfermar psíquico, desde la inadaptación más leve hasta la psicosis más grave, no es más que una acentuación de grados y variantes cuantitativos de la misma psicodinámia disregulada. En cambio, la psiquiatría fenomenológica, por extraña paradoja, tropieza, tras los primeros análisis, con el problema del cuerpo. Una idea delirante es analizada, descompuesta, reducida a su experiencia más primaria, y entonces *se tropieza con su limite, más allá del cual la psicopatología no puede llegar*. Entonces debe comenzar la fisiopatología. Es más, cuando el vacío de nuestros conocimientos fisiopatológicos es completo o casi completo, como en la psicosis endógena, la psiquiatría de base fenomenológica sigue *postulando* la existencia

de un límite al análisis psicológico y la necesidad de admitir la existencia de un trastorno somático de base (*somatosis*). Así se postula, según la expresión de C. Schneider, que la psicosis maniaco-depresiva y la esquizofrenia tienen una base somática.

Y aquí se incrusta la intuición genial de Egas Moniz: él también sostenía que tales enfermedades tenían una base somática, y más concretamente somático cerebral, aunque la formulase de una manera errónea; y además, con una audacia de navegante ejemplar por los mares ignotos de la ciencia, se decidió a practicar una intervención sobre el cerebro para curar las psicosis. Estas se curarán o no, pero lo cierto es que tal intervención influencia el curso y las manifestaciones de las mismas, ofreciendo, de este modo, una prueba indirecta del anclaje somático-cerebral de las psicosis, que, por otra parte, también fué dado por las terapéuticas biológicas. No olvidemos, empero, al juzgar la obra de Egas Moniz, que fué concebida antes de que éstas fuesen dadas a luz.

(Especial para a *Imprensa Médica*).

