

ESTRATTO

PUBBLICAZIONI DELLA "RIVISTA DI BIOLOGIA,"
DELL'UNIVERSITÀ DI PERUGIA DIRETTE DA ALDO SPIRITO

RIVISTA
DI
NEUROBIOLOGIA

PUBBLICATA DALL'OSPEDALE NEUROPSICHIATRICO PROVINCIALE DI AREZZO

A CURA DI MARINO BENVENUTI

X RIUNIONE MONOTEMATICA INTERNAZIONALE DI PSICHIATRIA

(18 dicembre 1962)

J. J. LOPEZ IBOR

LA INFRAESTRUCTURA DE LAS NEUROSIS

VOL. X - SUPPLEMENTO AL FASC. 4 - 1964



Juan José LOPEZ IBOR nacque a Sollana (Valencia) nel 1908.

A Valencia terminò gli studi e nel 1932 ebbe la Cattedra di Medicina Legale della Facoltà di Santiago de Compostela e di Valencia e nel 1959 occupò la Cattedra di Psichiatria di Salamanca.

È membro d'onore di numerose Società di neurologia, psichiatria e psicologia (Spagna, Francia, Germania, Stati Uniti, Gran Bretagna) ed accademico delle Accademie Nazionali di Lisbona, Buenos Aires, Caracas.

I suoi contributi scientifici sono numerosi e rilevanti le opere monografiche riguardanti argomenti psicoanalitici, le nevrosi di guerra, le epilessie: soprattutto noto è il volume « La angustia vidal ». Per l'Handbuch « Psychiatrie der Gegenwart » compilò il capitolo: « Medicina Psicosomatica ».

Egli è Direttore della rivista « Actas Luso Espanolas de Neurologia y Psiquiatria » e attualmente è Direttore della Cattedra di Psichiatria e Psicologia Medica dell'Università di Madrid.

LA INFRAESTRUCTURA DE LAS NEUROSIS

J. J. LOPEZ IBOR

Ha sido siempre un deseo de los psiquiatras españoles establecer un contacto más estrecho con la psiquiatría italiana. Los clásicos de la psiquiatría italiana (TANZI, LUGANO, TAMBURINI, BIANCHI, SANCTE DE SANCTIS, etc.) son bien conocidos entre nosotros. En sus libros hemos aprendido mucho. Pero, después de los clásicos, una nueva generación se ha dado a conocer en el mundo : a ella pertenecen nombres tan destacados como BELLONI, BERLUCHI, MORSELLI, CAZZULLO, BUSCAINO, DISERTORI y tantos otros, a quienes hemos encontrado en primera fila en los Congresos Internacionales. Por eso, ha sido para mí un gran motivo de satisfacción esta invitación del Prof. CAZZULLO para tomar parte en una de sus reuniones Monotemáticas. El Prof. CAZZULLO ha conseguido en poco años y de un modo fulgurante, que la Clínica Psiquiátrica de Milano se coloque entre las más conocidas de Europa. Hablar en ella es un gran honor que se me concede y por ello expreso mi gratitud.

* * *

Las reacciones psíquicas anormales se diferencian de las normales por su desproporcionada intensidad con respecto al motivo, por su anormal duración o expresión o por la anormal conducta que provocan (K. JASPERS y K. SCHNEIDER). Entre las reacciones normales y las anormales existen tránsitos graduales. No hay frontera fija que las separe. A una *reacción psíquica anormal* se llama también, *una reacción neurótica*.

La existencia de una frontera fluida en este sector abre el camino a una « Sociología de las neurosis ». Las neurosis varían según las circunstancias históricas y geográficas. No es sólo que varíen los criterios de los médicos, sino que varían los síntomas de las neurosis mismas

Las histeria medieval no se manifiesta de la misma forma que la de nuestros días. Muchos estados que en la Edad Media y en el siglo XVIII se consideraban como normales — la acedía y el « spleen » p. ejemplo — las consideramos hoy como anormales. Cada guerra opera una mutación violenta en la cuantía y modo de manifestarse las neurosis.

NEUROSIS Y ESTILO DE VIDA

El cambio en las manifestaciones de la sintomatología neurótica es evidente. *Las neurosis se nos muestran como enfermedades históricas.* La histeria medieval, la histeria de CHARCOT y la nuestra son distintas. Pero no es esto sólo. Se han utilizado palabras distintas, tales como histeria, neurastenia, psicastenia, etc. con todas sus subdenominaciones, para designar unos grupos de enfermos que se hallan tan próximos que, más que fronteras, existen entre ellos zonas de fusión. Atribuir estos cambios a meros cambios de la moda es desconocer su profundo sentido ; porque, en el fondo, debe haber razones muy serias para ello.

Repárese un momento en que el hecho que analizamos ofrece una doble cara : por lado cambian las designaciones que los médicos les asignan a estos enfermos ; pero, por otro, cambia la misma sintomatología de los enfermos ? A qué puede atribuirse tan singular metamorfosis ?

El hombre cambia sus ideas acerca del hombre. Como quiera que la totalidad humana se resiste a la aprehensión conceptual, siempre hay zonas que se escapan y esconden. Se elabora una idea del hombre, pero esta idea siempre resulta manca. A este proceso llamaba KANT « hipóstasis ». La idea que en cada época se va cuajando depende del clima histórico. En el diverso uso de las designaciones utilizadas para etiquetar a los neuróticos se vé claro el proceso. Cuando el científico se sintió impresionado por la aurora de la moderna técnica y pensó en las repercusiones de ella sobre el hombre, creó la palabra « neurastenia ». La otra designación, « psicastenia » se monta sobre un supuesto análogo, pero más fino. Si el hombre del Renacimiento se medía por la « virtud » y el de la época caballeresca por el honor, el hombre moderno se mide por la eficacia. He aquí unas palabras mágicas para nuestro tiempo : eficacia, trabajo, rendimiento. A los hijos se les educa, no en la santidad, sino en la religión del trabajo. No sólo la psiquiatría, sino la medicina actual ofrece la huella de este punto

de vista. La enfermedad se define por ser un trastorno orgánico que disminuye o incapacita los rendimientos. Se dirá que estas expresiones se hallan extraídas del lenguaje biológico; pero ¿no es suficientemente demostrativa esta extracción? Un grado menos y el grado de salud o enfermedad se medirá como el rendimiento de una máquina. En la legislación de accidentes del trabajo, la calidad humana del accidentado desaparece. La estructura de la misma se apoya en la probabilidad del accidente — cálculo estadístico — y en la disminución del rendimiento.

Pues bien, rendimiento y trabajo producen fatiga. El hombre vive sometido a las leyes penosas del esfuerzo continuado. Esa persistencia en el esfuerzo no tiene más límites que el «no poder»: muerte, enfermedad, vejez. A Ford le preguntaron una vez por qué seguía ampliando su negocio y lanzando nuevos tipos. Contestó que porque no podía parar. Y este es el tormento del mundo moderno. Cuando unos trastornos no tienen causa alcanzable por el saber actual médico se atribuyen a la fatiga. Esta se interpreta, unas veces, como fatiga nerviosa: neurastenia. Otras, como fatiga psíquica: psicastenia. Pero léase la sintomatología descriptiva de ambas enfermedades y se verá cuán próximas están. La histeria ha surgido como expresión dramático-morbosa de las grandes crisis, tales como las guerras.

No sólo cambia la idea de las cosas, sino las cosas mismas. Las cosas en estos casos son los síntomas neuróticos. Aún ahora, si se comparan las manifestaciones de la histeria en diversos pueblos o razas las diferencias son evidentes. Yo mismo ya llamé la atención sobre la diversa frecuencia y frondosidad de los síntomas que ofrecía la llamada histeria de guerra entre los moros y los españoles, durante la guerra civil española. El hecho ha sido observado muchas veces.

Este mismo transporte de la sintomatología es el que se ha observado históricamente desde los tiempos de CHARCOT hasta nuestros días. Quien como yo puede observar material clínico hospitalario y privado, también comprueba la menor frecuencia de cuadros histéricos con sintomatología clásica en la práctica privada. La sintomatología de las neurosis presenta, por consiguiente, *un coeficiente de historicidad*. El cambio no está sólo en la idea que el médico se hace de la propia enfermedad, idea que puede beber en fuentes diversas. Una de las más copiosas es la propia personalidad del médico. Todo el mundo está de acuerdo en que CHARCOT dibujó por sí mismo la melodía sintomática de sus enfermos de la Salpêtrière. Pero creo que causará un cierto escándalo preguntar si también FREUD cometió el pecado. JANET no sabía como explicar el que FREUD encontrase tanta sexuali-

dad en sus enfermos y él tan poca. Y, cometiendo una ligereza que FREUD le reprochó vivamente, lo atribuyó a la atmosfera erótica de la vida en Viena, como si Paris fuese una ciudad mojigata y puritana. Otras circunstancias modelaron la sintomatología de los primeros casos de histeria que vió FREUD: V. DER BERG ha tratado de explicarlos en su « Metablética ».

NIVEL Y ESTILO NEUROTICO

Las estadísticas pueden variar porque dependen de los criterios con que se recoge el material. Las cifras de neuróticos que acuden a las consultas, no sólo de psiquiatría, sino de medicina interna — y aun de otras especialidades — oscilan entre el 40 % y el 80 %. Contrasta este dato con la relativa inamovilidad de los ingresos por psicosis en las diferentes clínicas, hecho que ya puso de manifiesto BONHOEFFER después de la guerra del 1914-18.

En cualquier caso, la cuestión planteada es ésta: ¿aumenta el número de neuróticos? Y en tal caso ¿por qué? La respuesta a estas preguntas constituye un importante capítulo de la « sociología de las neurosis ». Hasta tal punto es importante que, en los últimos tiempos, hay una tendencia a alzaprimar los factores sociales en la génesis de las neurosis. J. H. VAN DER BERG en un libro muy interesante titulado « Metablética o teoría de las variaciones », dice textualmente: « Nadie es neurótico si la sociedad no le hace serlo ». « La neurosis es el efecto patológico de los factores neurotizantes que existen en la sociedad ». « Todos los factores neurotizantes son de carácter comunicativo o mejor, sociológico ». « Tendría, por consiguiente más sentido, en vez de neurosis, hablar de *comunicosis* o mejor de *sociosis*, en el sentido de perturbaciones de naturaleza comunicativa o sociógena y no anatómicas ni fisiológicas ». Apenas es posible, según, el citado autor, el recuento de los factores neurotizantes. A la lista de Karen HORNEY: carácter competitivo de la sociedad, creación de necesidades siempre nuevas, limitación en la posibilidad de satisfacerlas y énfasis sobre la libertad individual al mismo tiempo que esta no tiene posibilidad de ejercerse, agrega VAN DER BERG: el trabajo drenador del espíritu o del cuerpo, la alienación del propio cuerpo y el conformismo psíquico. Sin embargo, el más importante, a su parecer, es el señalado por SOROKIN, consistente en la pluralidad de los grandes grupos. La mayor parte de los neuróticos que van a consultar al psiquiatra ha sido víctima de este factor. « Se han visto envueltos en la confusión estratégica de di-

ferentes grupos y no sabiendo enfrentarse con la pluralidad, han ido a encallar en el arrecife de la existencia que sobrevive ».

Si las neurosis no son mas que conflictos, no deja de tener justificación un punto de vista parejo. En la U.R.S.S. dicen que no hay neurosis, porque la sociedad bien organizada no dá lugar a que se produzcan. Un punto de vista muy radical tambien sostiene SZASZ en un libro con un título escandaloso « El mito de las enfermedades mentales ». Elige la histeria como paradigma de las enfermedades mentales ; pero la histeria no es una enfermedad, dice. El error de considerar la histeria como enfermedad, basándose en un parecido con las enfermedades neurológicas es atribuible al concepto reductivo de la conducta personal que se tenía en el siglo XIX. Fueron CHARCOT y FREUD los culpables de esta asimilación. A partir de ella, la expresión « enfermedad mental » ya no se entendió en un sentido metafórico, sino que alcanzó vida propia. Actualmente es un *panchreston*, una expresión que pretende explicarlo todo y no explica nada. « Habitualmente se define a la Psiquiatria como una especialidad médica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. La enfermedad mental es un mito, Los psiquiatras no tienen que ver con las enfermedades mentales y su tratamiento. En la práctica actual tienen que ver con los problemas personales, sociales y éticos de la vida. « Los síntomas de la histeria son un puro problema de comunicación y, por consiguiente, lo importante es estudiar ese protolenguaje de la enfermedad ».

Las afirmaciones de SZASZ son evidentemente exageradas. El problema de las enfermedades mentales no es el de la histeria, pero ¿son ciertas sus afirmaciones con respecto a la histeria ? Por que si lo son con respecto a la histeria lo han de ser también con respecto a las demas neurosis. Y con respecto a las psicosis, no faltan psiquiatras que se inclinan a describirlas, también, como trastornos conflictuales de la conducta. La personalidad del psicótico se ha averiado en su comunicación con el mundo. La diferencia con las neurosis se halla en que la avería ha ocurrido en la fase pre-edipiana.

Examinemos más detenidamente el problema. Deberíamos preguntarnos, en primer lugar, si en la sociedad contemporánea existen más factores neurotizantes que en otras épocas. Es difícil contestar a esta pregunta con pleno rigor científico, porque no sabemos cuantas veces, con los criterios actuales, hubiésemos hecho el diagnóstico de «neurosis» en otros tiempos. De todos modos, lo que si parece cierto es que la sociedad actual *muestra estructuras análogas a las de los neuróticos*.

Esas estructuras podrían derivar de que la angustia, radical constitutivo del ser humano, está ahora mas a flor de piel que en otras épocas. Tomando como cierto que, por ejemplo, la famosa época victoriana se caracterizó por la represión, ahora tal represión ha desaparecido. Mas bien, el hombre ha decidido vivir.

En la guerra 1914-18 menudearon los cuadros histéricos con gran aparato sintomatológico. Durante la guerra civil española ya tuve ocasión de señalar la rareza de las neurosis. Durante la guerra del 1939-45, a pesar de la violencia de los bombardeos aéreos, de la afectación de la población civil, etc. los cuadros histéricos fueron mucho menos frecuentes. Los cuadros clínicos que aparecieron eran de carácter psicosomático. Ha habido, pues, una tendencia a la *interiorización de la enfermedad*. En lugar de los grandes cuadros sensorio-motores, nos encontramos ahora con las finas y persistentes vibraciones neurovegetativas. A los desmayos y ataques histéricos suceden, ahora, cuadros de angustia vital, inscrita en la trama vegetativa. A las formas teatrales y demostrativas (« Darstellungsformen ») han sucedido las formas íntimas (« Intimformen » dice v. BAEYER). JANZ habla de los cuadros de « frustración adinámica » (adinamische Veragungszustände) refiriéndose a estas últimas. WAGNER ha señalado la evolución histórica que preside las apetencias tóxicas. Indudablemente que existen influencias externas, pero también las hay internas debido a ese cambio en el sentimiento de la vida, que a su vez produce un cambio en el estilo de vida. Del aguardiente se ha pasado a la cerveza, de los vinos fuertes a los suaves, del alcohol a las aminas estimulantes, de los cigarros a los cigarrillos, de la morfina a los hipnóticos y tranquilizantes.

En las psicosis mismas influye la mentalidad de la época o el espíritu del tiempo. KRANZ y PAULEIKOFF han estudiado los cambios habidos en el contenido de las ideas delirantes en los últimos decenios, tanto en las depresiones como en las esquizofrenias. En las depresiones aparecen habitualmente las tres angustias fundamentales del ser: la del cuerpo (hipocondria) la del alma (culpabilidad) y la de la necesidad (pobreza). En la esquizofrenia, ideas de amenaza existencial. Es decir en las depresiones los temas afectan a las relaciones de Yo consigo mismo y en la esquizofrenia a las relaciones del Yo con el mundo. Por eso la esquizofrenia es mas plástica y sus temas delirantes se nutren de los temas de una época determinada. La depresión parece más impermeable a esta influencia y sin embargo ORELLI ha demostrado que en los últimos 70 años ha habido un desplazamiento hacia el tema de la hipocondría, mientras que han quedado reducidos los delirios se-

cundarios de pobreza. Esta preferencia por los temas hipocondríacos señala el valor que concede al cuerpo el hombre actual ; pero también el tema de la culpabilidad persiste y se enriquece. ORELLI señala una secularización de la culpabilidad coincidente con el indiferentismo religioso del hombre moderno. La culpabilidad se ha racionalizado y se siente ante los demás. Esta fase de racionalización también ha pasado y ahora aparecen formas primarias de culpabilidad, que emanan del fondo mismo del ser, cuando la vida empieza, precozmente, a sentir sus propias oquedades, su radical vacío.

Podríamos decir que, ahora, *ha aumentado la sensibilidad para la angustia*. A esto es a lo que podríamos llamar, metafóricamente, *descenso del nivel neurótico*. El aumento se debe al proceso de interiorización de la vida humana. El « Dios ha muerto » de NIETZSCHE es el testimonio de algo que ha ocurrido en la conciencia del hombre contemporáneo. La trascendencia, — en cuanto reconocimiento de otro mundo de naturaleza distinta ha desaparecido. El hombre se ha reducido a sí mismo : ha buscado en su interior lo que venía del « otro mundo ». En este proceso de interiorización de su existencia la angustia se le ha hecho más patente, puesto que la ha hecho surgir ante él en forma más pura. Antes la angustia estaba mediatizada, por así decirlo. Entre las muchas rebeliones que se han producido en el mundo contemporáneo, una de ellas, es la angustia. Por eso ha disminuido el nivel de resistencia frente a ella. HEIDEGGER distingue entre existencia cotidiana y la auténtica. En la auténtica el ser se revela en su profundidad a través de la experiencia angustiosa ; en la existencia cotidiana, degradada, anónima, la angustia está encubierta. Ahora ya no ocurre así y en la misma existencia cotidiana, por la operación solipsística que el hombre contemporáneo ha realizado, se infiltra la angustia.

* * *

Epidemia de histeria como la de Loudon o San Medardo ; histeria desencadenada no por los exorcismos sino por el toque de una campana que señalaba la llegada de CHARCOT a la Clínica ; histeria temblorosa y empobrecida de la guerra del 14 ; neurosis de angustia de la guerra última y de los campos de concentración, he aquí unas cuantas muestras del impulso metamorfoseador de la enfermedad. Y por qué ? En el fondo es porque *toda enfermedad crea un nuevo tipo de relación humana*. En el enfermo florece de un modo extraordinario la instancia apelativa. Busca y pide ayuda. En torno a un enfermo grave existe

siempre una gran preocupación. Todo el mundo quisiera hacer algo por él y este impulso se muestra en los ofrecimientos mas variados y absurdos. Pero esta atmósfera en que va envuelto el enfermo le conforma. No es lo mismo sentirse enfermo en un cálido ambiente burgués, que en una ciudad asolada materialmente por los bombardeos y espiritualmente por la desconfianza de unos hacia otros. El mundo moderno tiene una ética negativa : la planificación de la vida, la seguridad mediante el aparato burocrático conduce, fatalmente, a reducir la atmósfera personal al ámbito de la intimidad. El hombre enferma entonces de su misma soledad : el menor disturbio de sus planos vitales le provoca una inflación interna que es la angustia, la enfermedad del hombre, que como Gaspar Hauser, no sabe de dónde viene, ni a dónde vá.

* * *

Las neurosis son reacciones psíquicas ante acontecimientos traumatizantes de la vida. Lo primero que debemos examinar es la cuestión de cuales son los acontecimientos que se consideran traumatizantes, « neurógenos » podríamos decir. En el estudio de los mismos ha habido, como antes he senalado *una pendulacion hacia la interioridad*. En BEARD y CHARCOT los acontecimientos « neurógenos » eran conflictos *externos*. La exeperiencia de las guerras y grandes catástrofes apoyaba este punto de vista. Ante un acontecimiento catastrófico, determinados sujetos podían reaccionar inadecuadamente, por ejemplo, con una parálisis ; lo cual en lugar de permitirles escapar de la situación de peligro, les exponía mas a ella. O a una reacción que aun teniendo cierta finalidad frente al peligro — reacción motora de fuga — persistiese indefinidamente, etc. En los primeros trabajos de FREUD también se consideraba como prevalente la presencia de un trauma externo en la génesis de las neurosis ; pero FREUD mismo vió — y toda la experiencia posterior lo ha confirmado — que lo importante en la génesis de las neurosis no son *los traumas externos sino los internos*. Efectivamente un conjunto de individuos se halla sometido a una experiencia traumática. De ellos, sólo algunos reaccionas anómalamente. Estos son los neuróticos.

¿Por qué reaccionan estos « anómalamente » ? Aquí aparece un nudo de problemas esenciales para la comprensión actual del tema de las neurosis. La « reacion anómala » se halla determinada por el *modo de ser del individuo*. En esta expresión : *modo de ser* se contienen varias estructuras que necesitamos poner al descubierto. El « modo de

ser » es la personalidad ; pero en ella existen los planos biológicos y los planos puramente personales. Debemos distinguir, además, lo que en la personalidad nos es *dado* es decir la constitución en un amplio sentido, de lo que es *hecho* o sea, su modo de desarrollarse.

En la psiquiatría contemporánea ha habido, al lado de la pendulación hacia la interioridad que hemos señalado, otra pendulación hacia lo *hecho* en cada personalidad. Antes se sobrevaloraba lo constitucional (así creció el capítulo de las personalidades psicopáticas), ahora se sobrevalora lo adquirido.

En el plano psicológico, *lo adquirido es la propia historia personal*. Un suceso cualquiera produce una reacción neurótica, porque percute en determinada tecla sensible del ser. Esta « alergia vivencial » se halla determinada por experiencias traumatizantes anteriores, ocurridas en la edad infantil y de naturaleza instintiva, sobre todo sexual, experiencias que se hallaban olvidadas en las entrañas del inconsciente y que son de nuevo reveladas por la « nueva situación traumatizante ». Por eso adquiere el trauma su carácter, porque hace explotar una situación conflictiva subconsciente.

¿Qué traumas son, pues, los causantes de neurosis ? Son los traumas *significativos*. Alguna relación peculiar debe establecerse entre el trauma y la persona. Esta significación se establece a través del análisis de la *historia interna* del sujeto, de la que BINSWANGER llama « innere Lebensgeschichte » y que nosotros podemos llamar « intrahistoria ». Para FREUD los traumas son de naturaleza sexual y trastornan la economía de la libido. La experiencia ha demostrado que tal interpretación es reductiva e insuficiente.

La situación básica de toda neurosis es la angustia. En psicología se habla de los sentimientos. En la definición de la reacción vivencial (Erlebnisreaktion) se dice que ésta es una respuesta afectiva; pero realmente es algo más. Lo primario del hombre es su « modo de estar en el mundo ». Esa experiencia primaria de « estar en el mundo » es la experiencia angustiosa. *En el núcleo de toda neurosis se halla la angustia*, dijo una vez FREUD. El auténtico radical neurótico es éste. el acontecimiento traumatizante es siempre un acontecimiento angustioso. El conflicto neurotizante es un conflicto angustioso. CAZZULLO insiste también en que la angustia está presente con constancia absoluta en las neurosis ; pero agregando una nota importante : esta angustia tiene que poder ser racionalizada por el yo consciente. Señala, con esta característica, un punto importante, puesto que también existe una angustia psicótica. Las diferencias entre ambas son visibles clínica-

mente a través de sus mecanismos de defensa. « Una defensa es realizable cuando la angustia tiene un significado que se halla invariablemente ligado a un sujeto »; el sentido de la realidad se mantiene, lo que la diferencia de las formas en que cristaliza la angustia esquizofrénica.

En la angustia se expresa la facticidad de la vida humana, tal como es, es decir limitada por la muerte y por la enfermedad. La enfermedad es un trasunto de la muerte. Tal facticidad de la vida humana nos aparece ahí, precisamente, porque el hombre se halla ligado en su existencia a un cuerpo. La angustia del hombre emerge de la situación específica del ser humano, que consiste en la imbricación, en su existencia, de los planos espirituales y corporales. Se habla mucho de la angustia metafísica y se acentúan sus rasgos especulativos. La angustia real es *la angustia vital*, la que tiene el hombre en tanto ser vivo.

Desde hace años vengo llamando la atención sobre el problema de *la angustia vital*. Mis puntos de vista originales fueron los siguientes: existe, fenomenológicamente, la angustia como sentimiento vital. En la estratificación de la vida emocional que estableció SCHELER, la segunda capa, de abajo arriba, es la capa de los sentimientos vitales. Son los sentimientos de bienestar, de malestar, de vértigo, de angustia, etc. Son sentimientos globales, que se perciben de un modo intuitivo y primario. A ello agregaría yo la siguiente nota diferencial: son los sentimientos que expresan nuestro *modo de estar en el mundo, en tanto en cuanto estamos ligados a nuestra corporalidad*. Pues bien, el más radical de estos sentimientos es la angustia.

De antiguo se conoce un grupo especial de neurosis llamado « neurosis de angustia », porque el síntoma prevalente de ellas es la angustia; pero la angustia se halla en la base de toda neurosis y yo diría más, de todo trastorno psicósomático. Una de las tareas más inmediatas de la hermenéutica de las neurosis ha de consistir en descubrir las relaciones estructurales entre la angustia y su modo de aparecer en clínica, ya sea como un fobia, obsesiones, mecanismo de proyección histericos, trastornos psicósomáticos o delirios sensitivos de referencia.

Mi experiencia me demostró que en muchos enfermos calificados de « neurosis de angustia » *la angustia no era reactiva a una situación determinada, sino que la angustia venía de dentro, era, por así decirlo, endógena*. Ocurría lo mismo que con la melancolía. Existen según las descripciones corrientes de esta enfermedad dos clases de melancolía: una *reactiva*, tristeza producida por la pérdida de un ser querido, por

ejemplo ; y una *endógena*, producida por una alteración, todavía desconocida, del organismo, pero probablemente de naturaleza somática y de carácter funcional (« somatosis »). Pues bien ; lo mismo que ocurre clínicamente con la tristeza, ocurre con la angustia. Al lado de una angustia reactiva (« neurosis de angustia ») existe otra angustia endógena. Estos últimos casos he tratado de agruparlos con el nombre de « timopatía ansiosa ».

El esquema sería el siguiente :

tristeza	↗	reactiva (melancolía reactiva)
	↘	endógena (melancolía endógena)
angustia	↗	reactiva (neurosis de angustia)
	↘	endógena (« timopatía ansiosa »)

La expresión « timopatía ansiosa » aludía al carácter vital de la angustia. El círculo melancólico se llama, también, círculo timopático. Dentro de la estructura de la psique el « thymos » es la afectividad. BUMKE ya incluía la psicosis maníaco-depresiva en lo que llamaba « círculo pícnico-timopático ».

Debo confesar que la expresión « timopatía ansiosa » tuvo un éxito muy relativo. Algunos autores la citan haciéndose eco de ella. Otros, han respondido con el silencio. A decir verdad, el silencio no me importaba, porque mis ideas evolucionaban rápidamente y no valía la pena combatir por un punto de vista que yo mismo iba superando. Lo cierto es que la realidad clínica me ha ido convenciendo, cada vez mas, de que el punto esencial estriba, no en el aislamiento de un grupo de neuróticos a los cuales se les pueda asignar la etiqueta de « timopatía ansiosa », sino en reconocer que *las neurosis son* en cierto sentido, *enfermedades del ánimo. La clave de las neurosis se halla en la angustia que podríamos llamar endotímica.* No es la angustia la única alteración del estrato endotímico de la personalidad que emerge en la clínica. Junto a la angustia se alinea el tedio, la náusea, el vértigo, la astenia, la tristeza, etc. etc. Los diversos cuadros clínicos se montan sobre estas variaciones del *fondo endotímico* de la personalidad. Esta expresión *fondo endotímico* procede de LERSCH que contrapone este estrato al noético (pensamiento, voluntad) en la tectónica de la personalidad.

Considerar la angustia como la clave de las neurosis no quiere decir que se olviden los problemas nosográficos. En el libro de BINI y BAZZI se encuentra una amplia exposición nosográfica del tema.

Pero, supuesta la existencia de la *angustia básica*, es necesario en primer lugar describir la existencia de las distintas formas en que esta angustia se manifiesta, unas veces como tal y otras enmascarada tras una reacción de conversión o un complejo psicosomático o una cristalización fóbica, et. etc. En segundo lugar, dedentrañar su *psicodinamia* o si se quiere su *psicogenesis*, a partir de este disturbio básico endotímico.

Debo reconocer que este cambio de perspectiva es muy radical y que necesita todavía mucho trabajo para ser esclarecido. También me doy cuenta de que las resistencias que ha de encontrar tal punto de vista son inhabituales. Veamos primeramente 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 es estado angustioso.

2) *La angustia no es reactiva, sino vital o endotímica.* El termino *vital* significa, en este trance lo siguiente:

a) Por una parte que, fenomenológicamente, la angustia primaria pertenece al estrato de los sentimientos vitales. Existe una angustia psíquica. Un problema muy importante es el de las relaciones entre ambas. Existe también una angustia espiritual, aunque SCHELER no la incluya en su descripción de los sentimientos espirituales.

b) La angustia vital es un estado del yo corporal, mejor diría del yo corporalmente encarnado. La estructura vital es donde palpita, con mayor proximidad, el problema de la encarnación. Se engendra por una alteración de esa estructura; de ahí que, en cierto sentido, pueda hablarse de una « fisiodinamia » de la angustia, al lado de su « psicodinamia ». La palabra « fisiodinamia » viene de « physis » y con vendría tomarla en el sentido que le corresponde. Mejor sería, si no fuera por no introducir un neologismo, llamarla *timodinamia*, es decir la dinámica inherente al fondo endotímico de la personalidad. (HIMWICH propone recientemente la expresión *timencéfalo* para designar los territorios cerebrales que tienen a su cargo las regulaciones de la afectividad). Algunos autores como VALLEJO NAGERA y DE MARTIS hablan de *reacciones timógenas*; pero, según mi opinión, aún en los casos que que parecen reactivos, el fundamento se halla en la interioridad del sujeto. Podría, pues, hablarse de *reacciones endotímicas* como WEITBRECHT habla de *distimias endoreactivas*.

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

ten, además, fronteras fluidas entre ellos : angustia, tedio, fatiga, vértigo, etc. Según el estado de ánimo que predomine, tendremos una otra configuración psicopatológica.

4) *Existe un especto continuo que enlaza las que se suelen llamar reacciones neuróticas con las formas endógenas de las enfermedades del ánimo.* Oswald SCHWARZ estableció el siguiente esquema que tomó de FREUD :

Psicógeno \rightleftharpoons psíquico somático \rightleftharpoons somatógeno

En este esquema las líneas verticales significan diversas enfermedades con un componente mayor e menor somatogeno, o al reves, psicogeno. Toda enfermedad es, a este respecto, mas o menos psicogena o somatogena. Este esquema, trasladado a mis puntos de vista, seria el siguiente :

psicógeno

somatógeno

Este esquema es arbitrario, como todos los esquemas. Solo quiero significar que existe un tránsito entre unos y otros cuadros clínicos. No se trata de enfermedades o entidades nosológicas, sino de *tipos clínicos*. Tam poco debe tomarse como reflejo exacto de la realidad. La cuantía somática o psíquica de cada cuadro clínico es mucho más variable de lo que refleja el esquema, que no tiene otra pretensión que la de una ordenación tipificadora.

Existen, pues :

1) *Reacciones vivenciales anormales a conflictos externos.* Puede tratarse de impactos emotivos agudos o de situaciones conflictuales más o menos encronizadas.

2) *Reacciones vivenciales anormales a conflictos internos.* La mayoría se describen como conflictos instintivos ; pero, naturalmente, pueden establecerse entre otros vectores de la personalidad.

3) Ambos grupos pueden abocar a *desarrollos reactivos vivenciales*. Pero a este esquema descriptivo, quisiera agregar, por mi parte, otros dos factores :

4) *Alteraciones del fondo endotímico* o del estado de ánimo en mayor o menor grado presentes, sobre todo, en el momento de iniciarse la enfermedad.

5) *Alteraciones en el proceso de maduración de la personalidad.*

El problema de la maduración psíquica es complejo. Un déficit en la capa noética de la personalidad puede dar lugar a la presentación de reacciones histéricas o psicógenas. Los grandes cuadros histéricos se

ven con frecuencia en débiles mentales ; también pueden verse reacciones psíquicas anormales en traumatizados de cerebro.

Aparte de estos casos existe el problema específico de la maduración y de las crisis. Hasta ahora, bajo la influencia de los puntos de vista psicoanalíticos, estos problemas se han visto solo bajo el prisma de la influencia del mundo exterior, sobre todo de la madre. (El problema madre-niño de SPITZ, BENEKE, etc.) KRETSCHMER plantó el problema de los *retardos biológicos*, sobre todo en la pubertad. Una perspectiva nueva es la que abre el estudio de *la insuficiencia de la maduración del ánimo*. El ánimo, como capa intermedia entre lo puramente psíquico y lo biológico, tiene sus propias leyes de desarrollo y constitución.

Entre la multitud de cuestiones que estos puntos de vista sugieren voy a limitarme aquí a estos tres :

- A) El problema del trauma psíquico ;
- B) El problema del curso de las neurosis.
- C) El problema de la proyección o somatización de las vivencias.

A. — *El trauma psíquico o neurótico.*

El esquema primero que elaboró FREUD era el siguiente :

Trauma → reacción de conversión.

Catarsis → curación.

El trauma producía una ruptura de equilibrio. Dos características señaló FREUD para explicar la efectividad de estos traumas : una, la de que fuesen de naturaleza sexual. Otra, la de que que acaeciesen en la edad infantil. Poco a poco, la acción del trauma único se diluyó en una constelación de traumas persistentes. En realidad, toda la vida está sometida a traumas. El carácter sexual del trauma se fué perdiendo y, a través del punto de la libido, se transformó en trauma « afectivo ». En cualquier caso, un hecho resulta evidente : no cualquier trauma resulta neurotizante, sino sólo algunos que son los traumas *significativos*. Pero ¿cuáles son esos traumas significativos? Algunos parecen banales a la vista del observador y, sin embargo, son especialmente significativos para los enfermos.

Veamos un ejemplo de BINSWANGER, en el cual se pueden contrastar diversas interpretaciones: una niña de cinco años dejó prendido el tacón de su zapato en un esquí, cuando se lo estaba quitando. Esto le produjo una angustia indecible, inexplicable y un desmayo. Desde entonces la muchacha es presa de un ataque angustioso, cuando nota

que su tacón no esta firme en el zapato o que alguien habla de tacón o simplemente de tacones. (Los propios tacones tienen que ir cosidos con un refuerzo especial). Si se trata de algo de esto en su presencia echa a correr o se desmaya. El psicoanálisis pudo demostrar que tras la angustia del tacón existía la fantasía del parto, en el sentido del propio nacimiento y de tener un hijo. BINSWANGER dice que, de todos modos, queda por explicar por qué en aquella muchacha el desprendimiento del tacón tuvo aquella consecuencia, puesto que todos sufrimos el trauma del nacimiento y muchos pierden el tacón sin desarrollar, por ello, una fobia. Para interpretar esta situación BINSWANGER dice que la pérdida del tacón tiene que ver con el proyecto existencial de la muchacha. El mundo de esta enferma, dice BINSWANGER, se halla dominado por la categoría de la continuidad, de la dependencia y de la relación continua, lo cual supone un enorme estrechamiento y empobrecimiento de la sustancia de su mundo.

Mi punto de vista es éste: la pérdida del tacón fue, para la enferma, una experiencia angustiosa. La experiencia angustiosa es siempre, clínicamente, miedo a la muerte, a la locura, es decir la vivencia de la pérdida *de la unidad y continuidad del yo*. En cada ser la angustia se vive de una manera especial. El trauma no engendra la angustia, sino que *la revela*. Como la angustia tiene una peculiaridad personal, cada trauma es peculiar en cada sujeto, aparte de que queda como forma general de la angustia de los enfermos, la del miedo a la muerte o el miedo a la locura. El enfermo emplea un lenguaje especial. Hay aquí un problema de «logofania». Una enferma, por ejemplo, que tiene palpitaciones, no se siente angustiada por ellas y si por un especial dolor de cabeza. Ella dice que el dolor le asusta porque tiene miedo a la apoplejía. El dolor de cabeza expresa, a través de vericuetos silenciosos, el miedo a la muerte. Con esto queda manifiesto el carácter *revelador del trauma*: la existencia se muestra en él, en su propia finitud. Es una experiencia existencial. El trauma es una «aleteia».

B. — *El problema del curso de las neurosis.*

Ahora bien ¿por qué en ese momento? En el curso anterior de su vida otras situaciones de continuidad física ha podido haber ¿por qué *esa del tacón* resulta esencial y reveladora? La contestación, a mi modo de ver, es la siguiente: Existen e la vida momentos vulgares y momentos «excepcionales o estelares». La filosofía existencial habla de la existencia cotidiana de la existencia auténtica. Ambas formas se

hallan mezcladas en la vida. Hay dos formas de temporalidad, la cotidiana el « *chronos* », y la excepcional el « *cairos* ». Existen momentos en los que se nos revela la *finitud de la existencia*. Esos momentos negativos pueden depender de oscilaciones negativas del estado de ánimo. En las depresiones se manifiestan las tres angustias originarias (« *Urängste* ») del ser, dice K. SCHNEIDER. Lo mismo ocurre en las neurosis. La angustia emerge de un estado de ánimo morboso. Con frecuencia existe esa fase angustiosa, endógenamente determinada, en la infancia, que pasa desapercibida como tal angustia patológica.

Esos momentos estelares se hallan unidos, como formando un tejido continuo a lo largo de la vida, que se sumerge y reaparece según las circunstancias. En un enfermo el trauma ocurrió estando en el Colegio, cuando tenía 14 años. Consistió en que un muchacho que tenía fama de homosexual se metió en la cama con él e intentó realizar algunas maniobras sexuales sin conseguirlo. El enfermo estaba vestido, no se desprendió de ninguna ropa. La escena fué rápida y él rechazó a su compañero. Luego no le dió la menor importancia. A los 17 años comienza su enfermedad: un día, sin saber cómo, irrumpió en su mente ese recuerdo, de una manera muy viva. Desde quel momento se consideró otro. La vida era impura. Él era un monstruo, no tenía mas remedio que suicidarse. El recuerdo le atormentaba obsesivamente. Pensaba en que algun roto de la ropa podía haber permitido que, sin darse cuenta, hubiera realizado un acto homosexual. Pensaba que, aunque muriera, el recuerdo le seguiría atormentando. Aquel estado duró unos meses. Pasaron cuatro años sin pensar en aquel hecho; luego sobrevino otra vez el tormento obsesivo. Es decir, sin saber por qué, en un momento determinado, algo le invade que le muestra aspectos abismales de su existencia. Este *cairos negativo* aparece por un trastorno del fondo vital, como en la melancolía. En este caso toma la forma de angustia ante la monstruosidad, ante el monstruo que se lleva dentro. El miedo a los instintos, la angustia del « *ello* », no es mas que el miedo a la *disolución de la unidad del yo*. Si el yo se disuelve, aparece el caos, la monstruosidad. Eso es lo que se llama, coloquialmente, miedo a la locura. Cuando Kierkegaard se asustó viendo su cara ante el espejo, tras de oír contar a su padre la historia del bandido generoso, fué el miedo a la posibilidad de convertirse en criminal lo que sintió. El loco se enajena, y lo que enajena es su « *centro* » personal.

La existencia de « *fases* » en el curso de las neurosis exige una revisión de las teorías psicodinámicas de la misma. Existen, como

acabamos de ver, momentos o *fases creadoras de síntomas*, en los que la efectividad de la psicoterapia es nula o casi nula, y al revés. Ya el mismo FREUD hablaba de la desaparición de la sintomatología, sin que tal desaparición tuviera que ver con los mecanismos psicodinámicos puestos de manifiesto por el psicoterapeuta. Es un fantasma que se desvanece sin saber cómo.

En esos momentos estelares la existencia se nos revela en su profundidad, como un mazazo. Esta revelación es como una inundación que viene de dentro. « L'existence n'est pas quelque chose que se laisse penser de loin : il faut que ça vous envahisse brusquement, que ça s'arrete sur vous, que ça pèse lourd sur votre coeur, comme une grande bête inmonde » (SARTRE).

Si dice que en las neurosis la vida consciente se halla inundada por la inconsciente ; pero esa inundación se hace no sólo como frustración instintiva sino como acceso a esos planos profundos en que la existencia nos muestra, a través de la angustia, sus propias fisuras.

C. - *La somatización de los síntomas.*

El análisis de la situación psicósomática nos plantea el tema del cuerpo humano. Tanto desde el punto de vista antropológico-existencial, como fenomenológico, se han publicado excelentes trabajos en estos últimos años (BOSS, CHRISTIAN, v. WEISZAECKER, PLUGGE, G. MARCEL, MERLEAU-PONTY, BUYTENDIK, WAEHLENS, etc. etc.).

En primer término, conviene tener presente que la noción del *esquema corporal* que tanto interés ha despertado en la neurología reciente, apenas si tiene valor aquí. Para explicar los síndromes de negación corporal y de extrañeza del mundo exterior, FOERSTER, siguiendo a WERNICKE, pensaba en una destrucción de la « somatopsique », de decir, una asomatognosia general elemental. La somatopsique se constituiría, según WERNICKE de la siguiente manera : en cada sensación existen dos elementos, uno sensorial específico y otro muscular, resultando del movimiento necesario para la adaptación del órgano sensorial al estímulo recibido. El sentido de la realidad deriva de una asociación entre componentes sensoriales y miógenos. Por el contrario, la disociación de los mismos y la no percepción o ausencia en la conciencia de los componentes miógenos, daría lugar al síndrome de la negación de la corporalidad en cualquiera de sus procesos. DENY y CAMUS emitieron una teoría parecida : también para ellos el sentimiento de extrañeza provendría de un « ebranlement des centres

corticaux où sont fixés et enrégistrés les images des sensations internes ou organiques auxquelles nous devons la notion de notre existence corporeale ». Estas sensaciones internas u orgánicas constituyen la *cenestesia*.

Pero, en la vida corriente, no estamos proponiéndonos siempre efectuar un análisis introspectivo de yo, sino que este centro dinámico y personal se « vive » en su propia actividad, en contacto con el mundo exterior. Este contacto se realiza, además, a través de un medio que es nuestro propio cuerpo ; el cual, por una parte, pertenece al mundo exterior, al mundo de las cosas u objetos, y por otra, nos pertenece a nosotros mismos. Es curiosa la relacion que nos liga a nuestro propio cuerpo. Cuando no pensamos en ella la vivimos como si el conjunto « cuerpo y experiencia psicológica » fuese un centro del que irradiase nuestra actividad. Esta es una experiencia indiscriminada, pero vueltos hacia ella, pronto nos damos cuenta de su caracter dual, que se halla reflejado muy bien en las expresiones de G. MARCEL para señalar la nota esencial de nuestra relacion con el cuerpo : *somos* nuestro cuerpo y *tenemos* nuestro cuerpo. Por una parte, nos sentimos unidos a nuestro cuerpo, en una situación concentrica de yo y corporalidad, pero, por otra parte sentimos la corporalidad *excentrica* con respecto al yo, y por eso la tenemos a mano, la objetivamos como las cosas del mundo exterior.

A la unidad de la experiencia del yo psicológico corresponde una unidad de experiencia del yo corporal. La experiencia cenestésica es, pues, *única* en este plano. La existencia de lo que llamó SCHELER « sentimientos vitales » con un caracter global, lo demuestra. Nos sentimos *a la vez* cansados o eufóricos, como una sensación *global* de la vivencia de la encarnación, de la corporalidad.

La experiencia del yo corporal no se ofrece como una noticia pasiva ; es un error creer, como en el antiguo concepto de cenestesia, que se trata de una especie de telegramas que envían cada órgano — ? y por qué no cada célula ? — a un centro donde anida esa percepción de yo corporal que llamamos cenestesia. El mismo inciso que acabo de hacer demuestra lo absurdo de la hipótesis ; porque en realidad la experiencia cenestésica no es posible, a la vez, como procedente de todas las terminaciones sensitivas que existen en el cuerpo, sino que *se establece con caracter selectivo*. De ahí que no sea una suma, sino una experiencia global, en bloque y primaria, que, secundariamente, podrá ser analizada. Lo que ocurre es que se siente *proyectada* en territorios diversos, *según sea la actividad del sujeto*. En el caso antes

antes citado, el enfermo notaba la extrañeza de la mano, precisamente porque *allí* estaba la actividad del sujeto en aquel momento.

Estamos acostumbrados a pensar en esquemas y estos nos inducen a error. El definir la relación con el cuerpo como concéntrica y excéntrica al mismo tiempo nos induce a operar con el esquema de un « yo » puntual, una especie de sol del sistema corporal humano, que irradia desde allí sus energías, y que recibe de la perifería sus noticias y mensajes.

Esta idea es absolutamente falsa. Tratemos de lograr una imagen de nuestro cuerpo en una experiencia de introspección. Lo que aparece, lo que está presente, es la parte del mismo que se apoya en la cama donde está echado. Si nos ponemos de pié se desplaza la experiencia de la corporalidad. No hablemos de las experiencias patológicas. Allí donde pasa u ocurre algo, estamos en aquel momento, allí se halla situada nuestra « vivencia del yo ». Y como el « yo », psicológicamente, no es mas que una experiencia, podemos decir que allí esta situado el « yo ». No es, pues, una vivencia que se distancia, sino que se funde con la actividad momentánea. Fuera de esta zona donde se proyecta el foco luminoso de la actividad, reina la sombra.

Precisamente por esa actividad es por lo que en todas las experiencias de despersonalización existe esa nota de inapropiación. La actividad es lo que tiene de mía la experiencia, y si esta se perturba, entonces ya no aparece tan mía (sensación de extrañeza).

La actividad asume la impresión que se produce y la incorpora al resto de la vida psíquica. El presente se enlaza con el recuerdo, con el pasado. De ahí la experiencia del « déjà vu » cuando se perturba esta modalidad de asimilarse el presente.

El papel de la angustia es evidente y esencial. Segun he tratado de exponer en varias publicaciones anteriores, la angustia consiste en *la experiencia de la amenaza de la disolución del yo*. Esta disolución del yo puede realizarse en varios planos, y uno de ellos es el de su fusión con la corporalidad. En la experiencia angustiosa aguda, todos los planos se recorren rápidamente y lo que el sujeto siente es la pura angustia sin saber por qué, es decir, son referirla a nada. Cuando la experiencia se despliega más lentamente, ofrece su anatomía interna y una de sus regiones topográficas está constituida por la fusión del yo con su imagen corporal. En la amenaza de la disolución, esta se enajena, se convierte en extraña, a veces como totalidad, a veces como parte, según el yo se sienta total o parcialmente amenazado. Por eso el enfermo dice : « Este cuerpo no es mío y al objetarle, modifica la expresión y dice « Como si no fuera mío ».

Yo no puedo sentir mi cuerpo sin concederle ésta o aquella significación, es decir, sin concederle un sentido. Pero si es verdad que tenemos nuestro cuerpo y al tenerlo le concedemos un sentido, en nuestra vida, no lo es menos que el cuerpo nos tiene a nosotros, lo cual quiere decir que limita las posibilidades de sentido que podemos conceder a nuestra vida. Encontrar un sentido a la enfermedad, como encontrar un sentido a la vida, es un proceso de iluminación existencial que no puede dilatarse absolutamente. Tal proceso tiene su zona de misterio, de inaprehensibilidad, su límite. Por eso las enfermedades tienen también algo oscuro que no puede iluminarse totalmente.

Hallar en una enfermedad una *continuidad de sentido* es, quiérase o no espiritualizarla y destruirle su realidad. El problema difícil se halla en encontrar el límite entre lo que tiene sentido y lo que no lo tiene.

En las enfermedades psicósomáticas existen trastornos en las regulaciones nerviosas de los órganos p.ej. una taquicardia o una crisis colica, etc. pero, íntimamente ligado con esos trastornos, existe una alteración en la percepción de aquella parte del cuerpo o función. Partes, órganos o funciones del cuerpo que son silenciosas, se hacen presentes en la conciencia. El paso de la inconsciencia a la conciencia en la génesis de las neurosis y de los trastornos psicósomáticos, no tiene lugar sólo en lo que se refiere a los recuerdos reprimidos o a las pulsiones instintivas, sino a la presencia misma de la corporalidad. Si una parte del cuerpo se hace presente es porque ha ocurrido una escisión, una zona de aislamiento, en el complejo de la percepción de cuerpo. El sentimiento unitario, flexible, alado, de la salud, se convierte en polifónico. La *presencia* de la alteración psicósomática en la conciencia se hace perturbadora. La sensación presente no es que estuviera antes reprimida; en estado de salud nunca había existido. La anatomía que el sano sabe, por propia experiencia, de su cuerpo es bien limitada. La fisura en el sentimiento unitario y global de la corporalidad es la enfermedad misma. No es que haya una *proyección somática de un estado emotivo*, ni siquiera una *reacción de conversión*, sino que la enfermedad es una experiencia desintegradora, y la aparición de la cenestesia morbosa es una forma de desintegración. La emoción morbosa, sobre todo la angustia morbosa, es, en el fondo, *somatotrópica*. En la amenaza de disolución de la unidad del yo, debemos también incluir la amenaza de disolución de la experiencia del yo corporal que lleva a esa forma de disolución parcial, que es la vivencia del trastorno psicósomático.

Esta estructura de los síntomas se vé mas clara en las neurosis.

Decir que los síntomas neuroticos corresponden a mecanismos defensivos es decir una verdad parcial. Sería mejor hablar de *la ambigüedad de los síntomas*, si tomamos esa palabra en el sentido restringido en que la usa MERLEAU-PONTY. Lo cierto es que son híbridos por su propia naturaleza. *Por una parte, expresan la enfermedad, y por otra parte son la enfermedad misma*. Si un enfermo se angustia porque cree tener palpitaciones, las palpitaciones son expresión de su angustia, pero, al mismo tiempo, *son su angustia misma*.

El concepto de *proyección* necesita ser rectificado. En la dinámica de la persona, se piensa que la angustia básica y original que da origen a los síntomas se proyecta en zonas corporales determinadas. Aceptando esta tesis, el síntoma es el resultado de una proyección de la angustia. No importa ahora especificar cual sea el origen de la angustia, ni tampoco que en lugar de la angustia tengamos en cuenta otro estado emotivo. Lo cierto es que el esquema mental sobre el cual se asienta el concepto de proyección es un esquema dualista. La angustia, fenómeno psíquico, se proyecta sobre la región precordial y produce palpitaciones — fenómeno físico — El enlace entre ambos fenómenos tendría que hacerse a través de *la reacción de conversión*.

Claro que *la reacción de conversión* no llega muy alla en la explicación del fenómeno. Es una designación fácil, brillante, que sorprende por su justeza, pero que sigue escamoteando el misterio. Nos dice, sólo, que una emoción « se convierte » en determinados síntomas corporales, hecho que ya conocíamos por la propia fenomenología de la emoción normal. En ésta, el « se convierte », quiere decir que va acompañada de ciertos síntomas expresivos motores, secretorios y vegetativos. La emoción patógena también va acompañada de ciertos fenómenos corporales; entonces aceptamos que su cauda energético *se ha convertido* en síntomas corporales. El cómo de esta conversión sigue permaneciendo enigmático.

Un principio dinámico es, sin embargo, cierto: el de que ha habido una transvasación del caudal energético. La emoción ha disminuído en violencia, en tanto experiencia psíquica, a medida que se ha transformado en fenómeno corporal.

Si se examina bien la constitución de la sintomatología lo que ocurre es que la angustia inicial ha experimentado una cierta transmutación que la concreta en su propio acontecer temporal. La palpitation es angustiosa, ya de por sí. No es que la angustia se proyecte en la palpitation, sino que *la palpitation ya surge como una forma cristalizada y concreta de la angustia corporeizada o encarnada*. El

síntoma es, pues, expresión de la neurosis, pero es la neurosis al mismo tiempo.

De ahí que al hipocondríaco le sea tan difícil desprenderse de él y llegue, por el contrario, a constituir su modo de vida. Su forma vital es la angustia corporeizada. Su cuerpo mismo es el que está angustiado. No se proyecta la angustia en el cuerpo, sino que en su cuerpo está la genesis de la angustia.

Lo que caracteriza al hipocondríaco es que *toma una cierta distancia de ella*. El síntoma neurotico tiene, como antes señalaba, una estructura híbrida, y esa misma hibridación transparece en diversos planos. Uno muy importante es este de la intimidad y distanciamiento del síntoma. Es una cuestión de existencia y coexistencia. Si el síntoma fuese toda la existencia, esta se anegaría en la angustia total. Tal anegamiento es insufrible; de ahí la necesidad de convivir y a este proceso de convivencia o de coexistencia es al que llamamos « mecanismo de defensa ».

A través de esta perspectiva del problema de la somatización neurótica es natural pensar que en las neurosis, como en las depresiones, existen alteraciones primarias de los sistemas reguladores afectivo-instintivos situados en el tronco cerebral y en otras partes del encefalo (cuerpo amigdalino, hipotálamo, sistema reticular ascendente, lo que en conjunto llama HARRIS *timencéfalo*) BUSCAINO ya hablaba hace años de una « zona vegeto-emotiva ». Esta relación explicaría muchos hechos clínicos tales como la presencia de auténticos síndromes timopáticos tras algunos traumas cerebrales como han puesto de manifiesto BELLONI y CAZZULLO.

A lo largo de todo lo que he expuesto, transparece un pensamiento fundamental con el cual quisiera concluir esta exposición: *las neurosis tienen*, en cierto sentido, una estructura dinámica psíquica, de la cual se han ocupado millares de trabajos, desde que FREUD y BREUER publicaron el famoso caso de Ana O.; pero *por debajo de esta estructura dinámica, hay una infraestructura vital*, que debe ser estudiada y analizada tanto desde el punto de vista fenomenológico, como patogénico. Este es hoy en día el gran continente desconocido de la teoría de las neurosis. Ese gran continente es el de *las neurosis como enfermedades del animo*

El presente informe tiene por objeto exponer a V. E. el resultado de las investigaciones realizadas en el Hospital de San Carlos de Madrid, durante el mes de Mayo de 1904, en el estudio de la enfermedad denominada "Epilepsia" y de sus relaciones con el sistema nervioso central.

En primer lugar, se ha estudiado la historia clínica de los enfermos que han sido sometidos a las investigaciones, y se ha observado que en la mayoría de los casos se trata de individuos que padecen de esta enfermedad desde su infancia, y que en algunos casos se ha observado que la enfermedad ha sido hereditaria.

En segundo lugar, se ha estudiado el comportamiento de los enfermos durante las crisis, y se ha observado que en la mayoría de los casos se trata de crisis que se caracterizan por una pérdida de conciencia, y por movimientos involuntarios de los miembros del cuerpo.

En tercer lugar, se ha estudiado el comportamiento de los enfermos durante el período que precede a las crisis, y se ha observado que en algunos casos se ha observado un período de irritabilidad, y en otros casos un período de depresión.

En cuarto lugar, se ha estudiado el comportamiento de los enfermos durante el período que sigue a las crisis, y se ha observado que en la mayoría de los casos se trata de un período de debilidad, y en algunos casos un período de irritabilidad.

En quinto lugar, se ha estudiado el comportamiento de los enfermos durante el período que precede a las crisis, y se ha observado que en algunos casos se ha observado un período de irritabilidad, y en otros casos un período de depresión.

En sexto lugar, se ha estudiado el comportamiento de los enfermos durante el período que sigue a las crisis, y se ha observado que en la mayoría de los casos se trata de un período de debilidad, y en algunos casos un período de irritabilidad.

En séptimo lugar, se ha estudiado el comportamiento de los enfermos durante el período que precede a las crisis, y se ha observado que en algunos casos se ha observado un período de irritabilidad, y en otros casos un período de depresión.

En octavo lugar, se ha estudiado el comportamiento de los enfermos durante el período que sigue a las crisis, y se ha observado que en la mayoría de los casos se trata de un período de debilidad, y en algunos casos un período de irritabilidad.

En noveno lugar, se ha estudiado el comportamiento de los enfermos durante el período que precede a las crisis, y se ha observado que en algunos casos se ha observado un período de irritabilidad, y en otros casos un período de depresión.

En décimo lugar, se ha estudiado el comportamiento de los enfermos durante el período que sigue a las crisis, y se ha observado que en la mayoría de los casos se trata de un período de debilidad, y en algunos casos un período de irritabilidad.

TIPOGRAFIA PORZIUNCOLA - SANTA MARIA DEGLI ANGELI - ASSISI