

FOLIA CLINICA INTERNACIONAL

CONSEJEROS:

J. ANDREU URRÁ, Sevilla • E. ASK-UPMARK, Upsala • A. AUSTREGESILO, Rio de Janeiro • H. J. DE BARAHONA FERNANDES, Lisboa • K. H. BAUER, Heidelberg • M. BELTRÁN BÁGUENA, Valencia • H. E. BOCK Marburg a/L. • M. R. CASTEX, Buenos Aires. I. CHAVEZ, México • C. CRAFOORD, Stockholm • G. FANCONI, Zürich • K. FELLINGER, Wien • A. FRANCESCETTI, Genève. C. FRUGONI, Roma • E. GLANZMANN, Bern • F. HEAF, Cardiff • L. HEILMEYER, Freiburg i. Br. • E. HERZOG, Concepción. A. HITTMAYER, Innsbruck • F. HOFF, Frankfurt a/M • F. O. HOERING, Worms. • H. HUELLSTRUNG, Tübingen • A. INTROZZI, Pavia • A. JORES, Hamburg • K. KLEIST, Frankfurt a/M • R. KLIMA, Wien • G. R. LAFORA, Madrid • P. LAINENTRALGO, Madrid. E. LETTERER, Tübingen • J. LHERMITTE, Paris • M. LOEPER, Paris • J. J. LÓPEZ IBOR, Madrid • E. LUESCHER, Basel. A. MAYER, Tübingen • E. S. MAZZEI, Buenos Aires • J. C. MEAKINS, Montreal • E. MEULENGRACHT, København • E. NEUMARK, London • H. OLIVECRONA, Stockholm. • N. PENDE, Roma • H. PETTE, Hamburg. • P. PIULACHS, Barcelona • H. TH. SCHREUSS, Düsseldorf • H. SELYE, Montreal. • H. SIEGMUND, Münster i. Westf. • D. SODI PALLARES, México • M. J. STEWART, Leeds. J. STRÖDER, Würzburg • W. TOENNIS, Köln • H. J. URBAN, Innsbruck. • A. VOGT, Frankfurt a/M. • A. WALLGREN, Stockholm • V. v. WEIZSAECKER, Heidelberg. • F. WITTICH, Minneapolis.

COMITÉ DE REDACCIÓN:

F. ARASA Barcelona	H. BENNHOLD Tübingen	G. v. BERGMANN München	W. R. HESS Zürich
E. A. HOUSSAY Buenos Aires	E. KRETSCHMER Tübingen	G. MARAÑÓN Madrid	E. MONIZ Lisboa
			M. P. WEIL Paris

SECRETARIOS DE REDACCIÓN:

W. KRETSCHMER Jr., Tübingen
E. SIERRA, Barcelona

REDACCIÓN: Muntaner, 301. — T. 37 19 37
ADMINISTRACIÓN: Consejo de Ciento, 331. — T. 21 93 83

TOMO II - NÚMERO 2

BARCELONA

FEBRERO 1952

VÉRTIGOS AGORAFÓBICOS

por el

Prof. J. LÓPEZ IBOR (Madrid)

(Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital General y Departamento de Patología psicosomática del Consejo Superior de Investigaciones Científicas)

FREUD describe la sintomatología de la neurosis de angustia en su trabajo "La neurastenia y la neurosis de angustia. Sobre la justificación de separar de la neurastenia un cierto complejo de síntomas a título de "neurosis de angustia" (1). Entre la sintomatología ocupa un lugar sobresaliente el vértigo, que es su forma más leve, de un simple "mareo", y en la más grave, la del "ataque de vértigo", con o sin angustia, constituye uno de los más terribles síntomas de la neurosis. El vértigo de la neurosis de angustia no es un vértigo giratorio, ni permite tam-

poco hacer resaltar, como el vértigo de Menière, varios planos y direcciones. Pertenece a la forma locomotora o coordinatoria, como el producido por las parálisis de los músculos del ojo, y consiste en un malestar específico, acompañado de la sensación de que el suelo oscila, las piernas del sujeto tiemblan y se doblan, pareciéndole como si fuesen de plomo. Sin embargo, este vértigo no provoca la caída del enfermo. "En cambio, hemos de afirmar que un tal ataque de vértigo puede quedar representado por un ataque de profundo desvanecimiento. Otros estados de desvanecimiento de la neurosis cardíaca parecen depender de un colapso cardíaco. El ataque de vértigo se presenta muchas veces acompañado de

(1) Página 180 de las "Obras Completas". Edición española.

angustia de la peor clase y combinado con perturbaciones respiratorias y del corazón. En la neurosis de angustia aparecen también, según mis observaciones, el vértigo de las alturas, pero no sé si estaría justificado suponer igualmente en estos casos la existencia adjunta de un "vértigo a *stomaco lessa*" (FREUD).

Este vértigo, cuyos caracteres clínicos describió FREUD tan bien, ha pasado luego a segundo o tercer plano cuando se estudia la sintomatología de la neurosis de angustia. Su importancia ha decrecido aún más cuando se compara con la atención que ha suscitado el estudio de los vértigos orgánicos en los últimos años. Para citar sólo un ejemplo, véase lo que dice URBANSCHICHT en una revisión de las causas del vértigo. Entre 62 causas del mismo, cita la agorafobia con estas palabras: "frecuentemente debida a trastornos de la función del aparato vestibular, a consecuencia de una lesión orgánica, preferentemente de una neurona periférica, en parte debida a una disfunción vegetativa".

La evolución posterior del problema ha sido la siguiente: Los estudios experimentales destacaron la importancia del laberinto en la percepción espacial. La neurología orgánica se basó en estas experiencias y construyó los métodos de exploración laberíntica que tan excelente resultado ha dado en clínica. Los vértigos que no se reconocían como de naturaleza orgánica se adscribieron a los funcionales, y de éstos el tipo fué el vértigo de Menière. Cuando un vértigo no se ajusta íntegramente a los caracteres clínicos del vértigo de Menière, se habla de un vértigo "meniériforme".

Sin embargo, la observación demuestra que el grupo más importante, por su número, de vértigos con que nos tropezamos en la clínica, corresponde a los vértigos que ni son orgánicos ni tampoco pueden filiarse como meniériformes, a no ser que se haga de esta palabra un uso tan indebido que le haga perder todo valor. La frecuencia de los mismos es difícil de apreciar.

Los caracteres de estos vértigos son los siguientes:

1.º Son vértigos *asistemáticos*, en el sentido de HIRTZIG. Este autor distinguía entre vértigo sistemático, en el cual la falsa percepción del desplazamiento del espacio se hace en una cierta dirección, y el asistemático, en el cual exista un trastorno más difuso de las relaciones especiales. Cuando se analizan escrupulosamente las descripciones que los propios enfermos hacen de su trastorno, llama la atención la poca referencia que hacen al espacio exterior. Sufren la sensación de vértigo no porque tengan una referencia errónea del espacio exterior, sino porque algo les falla en sí mismos; por eso hablan con tanta frecuencia de "como si se fueran a caer". Sólo después de esta sensación de inseguridad interna aparece la externa "como si me bailaran las cosas" y la sintomatología vegetativa que la acompaña.

Esquematisando la descripción de la crisis vertiginosa podríamos establecer tres fragmentos: perturbación de la percepción especial, alteración de la vivencia del sujeto como situado en el espacio, cortejo vegetativo acompañante. En los vértigos orgánicos la primera es la preponderante, en los agora-

fóbicos la segunda, y en el mareo del mar o del avión la tercera. Cualquiera que haya sufrido el mal de mar ha podido percibir que lo importante en él no es la alteración de la percepción de las relaciones entre el sujeto y el espacio, que salvo los casos ya acentuados suele ser correcta, sino las sensaciones vegetativas que experimenta.

Esta disociación de los componentes de la crisis supone, naturalmente, un cierto artificio, porque la crisis es una totalidad. Pero en ella existen ciertos matices o prevalencias que son las que nos permiten hacer la distinción anterior. La sensación que experimenta el enfermo en el vértigo agorafóbico es tan confusa que ellos mismos hablan de "confusión mental". También HERZ empleaba una expresión parecida cuando decía que el vértigo era una especie de estado confusional en el que se encuentra el alma a consecuencia de una sucesión demasiado rápida de unas representaciones, que no pueden estar separadas por el intervalo natural existente entre las mismas.

2.º *El vértigo es un equivalente de la angustia.* FREUD lo considera, como hemos visto, como un síntoma que puede ir o no acompañado de angustia, es decir, como un síntoma concomitante. Mi punto de vista es que angustia y vértigo son absolutamente equivalentes.

Cuando se obliga a los enfermos a apurar el análisis de la sensación que experimentan, la equivalencia aparece clara. De las expresiones que traducen la sensación de mareo pasan insensiblemente a las que traducen la de angustia, o muchas veces las incluyen en la descripción, por ejemplo, la sensación de flojedad de piernas, con opresión del corazón. Estas sensaciones todavía permanecen en la periferia de la vivencia; avanzando más en el análisis nos encontramos con dos expresiones que los enfermos usan casi como equivalentes: "como si me fuese a caer", "como si fuera a perder el conocimiento".

Sería un error establecer una equivalencia entre esta última sensación del agorafóbico y la del que sufre una lipotimia; en éste, el mareo se presenta poco a poco, incluso con una sensación "dulce", y en cambio en el agorafóbico ese "temor a perder el conocimiento" es extraordinariamente angustioso, como que es la angustia misma.

Como ya he expuesto en otros trabajos (2), *la sensación de angustia, en su fondo, consiste en un miedo a perder el conocimiento*, en cuanto conocimiento significa conciencia y en cuanto conciencia es conciencia del yo. La onda angustiosa amaga con invadir el centro de la persona. En el sueño también parece que tal conciencia del yo desaparece, pero la analogía es sólo exterior. La mayoría de los hombres no tienen miedo a dormirse, y el miedo a la vivencia angustiosa se halla en cambio en todos. En la angustia lo que se teme es la rotura de la unidad y la continuidad de la conciencia del yo. Esa continuidad de la conciencia se ve suplida por un vacío, por un no ser. De aquí el contacto entre estas experiencias de los enfermos y las tesis de la filosofía existencial. La angustia ante la nada de HEIDEG-

(1) Véase mi libro "La angustia vital. Patología general psicósomática", Paz Montalvo, 1950.

GER, proyectada en términos psicológicos, es la vivencia que produce el peligro de que el "yo", nuestra personal conciencia, se convierta en nada.

El enfermo vertiginoso, cuando tiene un amago de mareo, lo que siente es "como una ráfaga de vacío en la cabeza". Es la misma experiencia que sirve de fondo a la angustia. Ésta es la experiencia primordial, radical, originaria, pero angustia y vértigo se diferencian por las direcciones en que se elaboran las vivencias. En la angustia, la experiencia central se elabora en el plano psicológico — miedo a volverse loco — y en el plano vegetativo — palpitaciones, opresión, sudor frío. En estas vivencias se halla explícita la experiencia del desmayo, del no poder más, del desaparecer. En el vértigo se halla también, inminente, la misma sensación de desmayo, pero la elaboración se hace en el plano de las relaciones del sujeto con el mundo.

La antigua distinción entre sujeto y objeto se halla salvada por la moderna antropología existencial por la afirmación de que el yo está siempre situado en su mundo; para decirlo con palabras de ORTEGA, el yo se halla siempre inmerso en su circunstancia. A la circunstancia del yo pertenece el espacio. Yo y circunstancias espacial forman una unidad coordinada. El espacio psicológico es distinto del físico. En el espacio psicológico existe el estar delante, el estar detrás, a la derecha o a la izquierda; pero aun más importantes que esas características están las de hallarse apoyados o flotantes, a cubierto, o al raso, etc.

Existe una relación entre sujeto y mundo, que se establece según la norma de las relaciones físicas: cuando se perturba tenemos el vértigo orgánico o de Menière, sistemático o casi sistemático, que se establece por una incoordinación entre el mundo físico y el sujeto. Situemos a éste en una cabina giratoria. Si la cabina gira a toda velocidad no se produce vértigo; tampoco si la cabina gira lentamente. HELMOLTZ ya decía que para que se engendrara el vértigo la rotación del sujeto no debía ser tan lenta que no perturbara la percepción especial ni tan rápida que la impidiese totalmente. El vértigo, pues, se produce en una situación de desacuerdo crítico entre el sujeto y el espacio que le rodea (V. WEIZSAECKER).

El espacio no se extiende ante nosotros con un valor uniforme. Lo que está arriba, aun permaneciendo en el mismo plano geométrico, está más lejos. En los cuadros de los primitivos no existe una verdadera perspectiva, sino que ésta se logra mediante la distribución de las figuras en el espacio. Las figuras que se sitúan arriba están más lejos, están detrás, aunque esta lejanía y postposición no se hallen confirmadas por el menor tamaño, tal como se hace después. Numerosos experimentos psicológicos han demostrado esas diversas valoraciones del espacio. STARCH dividía un cuadrado en cuatro partes iguales mediante una vertical y una horizontal. En cada uno de ellos escribía un número igual de sílabas sin sentido que luego mostraba a los sujetos de experiencia durante un corto tiempo. Las sílabas que quedaban en la imaginación eran las de los cuadros de la derecha con respecto a los de la izquierda y las de los de arriba con respecto a los

de los de abajo. Paul WITZ realizó otra experiencia semejante, mucho más completa, llegando a resultados análogos.

Los vértigos agorafóbicos se caracterizan por una tendencia a la caída a la izquierda. Si hacemos caminar al sujeto, o no se desvía o se desvía ligeramente a la izquierda; pero esta desviación no se hace poco a poco, sino por crisis, que son crisis vertiginosas o amagos de la misma. Esta tendencia a la caída a la izquierda se debe a que este lado es el lado oscuro, abismal, del organismo, el lado femenino en la simbología de los pensadores románticos. BACHOFEN así lo señala en su "Gräbersymbolik". Los grafólogos hacen la siguiente contraposición de la significación del espacio derecho e izquierdo:

<i>Izquierda</i>	<i>Derecha</i>
Introversión	Extraversión
Sujeto	Objeto
Huída	Ataque
Yo	Tú
Pasado	Futuro

Así como el vértigo sistemático se halla ligado a la percepción de las *circunstancias físicas* en que se halla el cuerpo humano, el vértigo agorafóbico se halla ligado a las *circunstancias psicológicas*. En éste lo importante es la situación en que aparece; unas veces en una plaza, otras, al ascender las gradas de un altar, otras al subir a un pequeño montículo y ampliarse el horizonte, otras al faltar una sombrilla que como techo protector necesita el enfermo para dar un paseo al aire libre.

Es un error deducir la génesis del vértigo de su circunstancia. Se trata sólo de un dato histórico. Los trabajos psicoanalíticos que se empeñan pacientemente en escudriñar la circunstancia primaria que produjo un vértigo, no llegan nunca a la verdadera médula de la cuestión. Porque el proceso es inverso. Una crisis vertiginosa aparece en un momento dado, sin saber por qué, sin causa ni motivo determinado. El hombre, que necesita siempre racionalizar lo que con él ocurre — sobre todo lo que tiene un subsuelo angustioso — atribuye al momento la "culpa" de un vértigo. Realmente, más que un proceso de causalidad se trata de un proceso de culpabilidad proyectado sobre la circunstancia. Cuando se repite aquella circunstancia se temerá la aparición, de nuevo, de la crisis de vértigo. Lo que en el vértigo físico, por así llamarlo, es un movimiento o una aceleración, en el vértigo agorafóbico es una *circunstancia vital*.

Desde el punto de vista clínico, a lo que más se parece el vértigo agorafóbico es al vértigo de los post-traumatizados. Si se compara la vivencia de una y otra clase de enfermos, se podrá establecer un cierto paralelo; pero no una identidad. En el vértigo de los agorafóbicos intervienen más las circunstancias psicológica e histórica que en el vértigo de los traumatizados. La similitud de la experiencia es, pues, relativa.

El vértigo de los traumatizados es el vértigo central; ha sido bien estudiado por HEBEL en la cabina giratoria. Cuando se hace girar al sujeto en la ca-

bina giratoria y se detiene ésta, el movimiento consecutivo de la endolinfa persiste y por consiguiente se produce la sensación imaginaria del giro a la izquierda. Al abrir la ventanilla surge entonces una percepción óptica que anula la sensación imaginaria. Es decir, existe una especie de "concurso o competencia de sensaciones". Domina aquélla que produce una diferencia de excitaciones mayor, es decir, la más innovadora con respecto a la situación anterior. En este caso la que domina es la óptica, porque en el campo perceptivo irrumpen una nueva y fresca percepción visual. Los fenómenos, pues, resultantes en experiencias de este tipo, con todas las variaciones imaginables, no son resultados casuales, sino muestra de una fina adaptación intermodal de los sentidos. De esta suerte la relación del sujeto con el mundo —de sujeto y objeto— queda firmemente establecida. A cada nueva situación surge una nueva adaptación, y este estado de equilibrio dinámico tiene la virtud de enlazar siempre la sensación pasada con la presente en una continuidad: ése es, en definitiva, el acto vital mismo (V. WEIZSAECKER). En el sano se realiza de una manera flúida, casi podríamos decir automática. En la situación patológica, tal fusión se halla debilitada. La continuidad del proceso fisiológico, la mera excitación, sólo es eficaz cuando la anterior se ha apagado. En lugar del enlace existe un hiato, por pequeño que quiera imaginarse. La neblina que se le pone al enfermo ante los ojos es el resultado de la dialéctica, mal avenida en este caso, entre el movimiento endolinfático y la excitación óptica. En cambio, la mutación de una a otra no se hace sin dificultad: es la crisis patológica.

Si simultáneamente con la provocación del velo se analizan los automatismos motores, se ven éstos perturbados en el momento de la crisis. HEBEL lo realiza colocando al enfermo de pie en dos platillos de balanza especial, provistos de un aparato registrador de movimientos. Si mediante la experiencia provocadora del nistagmus optoquinético (el tambor de franjas giratorias) provocamos una crisis como la anterior, ésta se traduce con inseguridad en las piernas, que queda registrada en los platillos. Se ve, además, cómo el desequilibrio es mayor del lado derecho o izquierdo, según el sentido del giro del tambor. Las perturbaciones motoras son más intensas cuanto más súbita es la crisis perceptiva.

El vértigo asistemático, para la escuela de V. WEIZSAECKER, es expresión de un "trastorno intermodal de los sentidos". El *sensorium commune* se halla limitado en su capacidad de acordar la forma de irritación de uno u otro órgano. La duración de la crisis es la expresión directa del trastorno central.

El vértigo agorafóbico podría interpretarse, también, como debido a un trastorno intermodal de los sentidos, pero por una diregulación central. También para la angustia vital he aceptado una hipótesis semejante en mi citado libro.

RESUMEN

Los vértigos agorafóbicos fueron descritos por Freud, incluyéndolos en la sintomatología de la neurosis de ansiedad. Posteriormente, a medida que la fisiopatología del vértigo de

Menière era mejor conocida, la mayoría de los vértigos de carácter no definido se incluyeron entre los menieriformes, buscando una raíz orgánica e incluso laberíntica que explicase su aparición.

El autor considera el vértigo agorafóbico como perteneciente al cuadro por él descrito con el nombre de timopatía ansiosa. El vértigo es la expresión de una crisis del organismo como unidad viviente, que se realiza en el plano de las relaciones del ser con sus circunstancias físicas y psicológicas, así como la angustia se realiza en el plano de la intimidad. Se trata de disturbios vitales, considerando la vitalidad como el plano intermedio entre los fenómenos puramente psíquicos y los somáticos. Se hace un análisis de la sintomatología del vértigo y se establecen ciertas analogías con el vértigo central de los traumatizados.

RÉSUMÉ

Les vertiges agoraphobiques étaient décrits par Freud, en les comprenant dans la symptomatologie de la névrose de la anxiété. Postérieurement, à mesure que la physiopathologie du vertige de Menière était mieux connue, la plus part des vertiges de caractère indéfini était inclus entre les méniéris-formes, en cherchant une racine organique et même labyrinthique pour expliquer son apparition.

L'auteur considère le vertige agoraphobique comme appartenant au cadre décrit par lui avec le nom de tymopathie anxieuse. Le vertige est l'expression d'une crise de l'organisme comme unité vivante, qui se réalise dans le plan des relations de l'être humain avec ses circonstances physiques et psychologiques, tandis que l'anxiété se réalise dans le plan de l'intimité. Il s'agit de dérangements vitaux, en considérant la vitalité comme le plan intermédiaire entre les phénomènes purement psychiques, et les somatiques. L'auteur fait une analyse de la symptomatologie du vertige et il établit certaines analogies avec le vertige central des traumatisés.

SUMMARY

The agoraphobic vertigo or giddiness (dizziness) was described by Freud, and included in the symptomatology of the neurosis of anxiety. Posteriorly, according as the physiopathology of the vertigo of Menière became better known, most of the vertiges of a non defined character were included among the méniéris-forms vertigos, searching for an organic and even a labyrinthic root to explain its apparition.

The author considers the agoraphobic vertigo as belonging to the picture described by him by the name of anxious tymopathy. Vertigo is the expression of a crisis of the organism as a living unity, which is realized on the plane of the relations of the human being with his physical and psychological circumstances, while anxiety is realized on the plain of intimacy. It is a question of vital disturbances, considering vitality as the intermediate plane the purely psychical phenomena and the somatic ones. An analysis is made of the symptomatology of vertigo and certain analogies are established with the central vertigo of traumatized patients.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Schwindel der Platzängstlichen wurde durch Freud beschrieben und symptomatologisch der Angstneurose zugeordnet. Später, als man die Physiopathologie des Menière'schen Schwindels besser kannte, wurde die Mehrzahl der nicht sicher diagnostizierbaren Schwindelerscheinungen als méniéris-former Schwindel bezeichnet. Zu ihrer Erklärung zog man eine organische Grundlage — einschliesslich der labyrinthären — heran.

Der Verfasser betrachtet den Schwindel bei der Platzangst als Teilerscheinung jenes Krankheitsbildes, das er als ängstliche Tymopathie beschrieben hat. Der Schwindel ist Ausdruck einer Organkrise als Erlebniseinheit.

Sie äussert sich auf der Ebene der Beziehungen des Seins zu den physischen und psychologischen Gegebenheiten. Ebenso verwirklicht sich die Angst im Bereich der inneren Ebene. Es handelt sich um vitale Störungen. Die Vitalität befindet sich dabei in einer Mittelstellung zwischen den rein psychischen und somatischen Erscheinungen. Bei der Analyse der Symptomatologie des Schwindels ergeben sich gewisse Analogien zu dem zentralen traumatisch bedingten Schwindel.