

La plasticidad histórica de las neurosis

por

J. J. LOPEZ-IBOR

La plasticidad histórico de las neurosis

Publicado en el número 177 de
MEDICINA ESPAÑOLA

VALENCIA DICIEMBRE 1953

Ayuntamiento de Madrid

La plasticidad histológica de las células

J. J. LOPEZ IBOR

MEDICINA ESPAÑOLA

LA PLASTICIDAD HISTÓRICA DE LAS NEUROSI

La plasticidad histórica de las neurosis

La plasticidad histórica de las neuronas

LA PLASTICIDAD HISTORICA DE LAS NEUROSIS

por el

Prof. J. J. LOPEZ-IBOR

Madrid

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 caprichos de la moda médica es desconocer su profundo sentido; porque, en el fondo, debe haber razones muy profundas para ello.

Repárese un momento en que el hecho que analizamos ofrece una doble cara: por un lado, cambian las designaciones que los médicos adscriben 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. Comoquiera que la totalidad humana se resiste a la síntesis del análisis conceptual, siempre hay zonas que se escapan y esconden. Se elabora una idea del hombre, pero esta idea siempre resulta manca. A este proceso llama 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 los neuróticos se ve 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 *virtú* y el de la época cabaleresca 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 también la medicina actual, ofrece la huella de este punto de vista. La enfermedad se define por ser un trastorno orgánico que incapacita o que disminuye los rendimientos. Se dirá que estas expresiones se hallan extraídas del lenguaje biológico, pero ¿no es suficientemente demostrativa esa extracción? Un grado menos y el grado de salud o enfermedad se medirá como el rendimiento de una máquina. En la legislación de accidentes

de 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* (OHNMACHT): muerte, vejez, enfermedad. A Ford le preguntaron una vez por qué seguía ampliando su negocio y lanzando nuevos tipos. Contestó que porque no podía parar. Y éste es el tormento 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 servido más bien como plastia morbosa de las grandes crisis, como la guerra.

Pero no sólo cambia la idea de las cosas, sino las cosas mismas. Las cosas en este caso 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 a nuestros días. Quien, como yo, puede observar un 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 del enfermo, sino en el enfermo mismo. ¿Cómo se engendra ese cambio? Dos factores reunidos lo determinan. Uno es la idea que el enfermo 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 sintomatológica de sus enfermos de la Salpêtrière. Pero creo que causará un cierto escándalo preguntar si también FREUD cometió tal pecado. JANET no sabía cómo explicar que FREUD encontrase tanta sexualidad en sus enfermos y él tan poca. Y cometiendo una ligereza que FREUD vivamente le reprochó, lo atribuyó a la atmósfera erótica de la vida de Viena, como si París fuese una ciudad mojigata y puritana. No; de haber una circunstancia peculiar en los enfermos de FREUD debió estar en él mismo. CHOBRACK podía extender su famosa receta, otros muchos médicos la han extendido acertada o equivocadamente, pero ¿por qué los enfermos de FREUD la necesitaban todos, absolutamente todos, y algunos en forma sublimada? Dejemos ahora aquí esta cuestión.

El médico esculpe hasta cierto punto la sintomatología del neurótico, imbuyéndole su idea de la enfermedad. BAY lo ha demostrado nada menos que para el famoso caso de SCHN de agnosia óptica descrito por GOLDSTEIN. SCHELLER también lo afirma para el no menos famoso caso de pérdida absoluta de la capacidad de fijación para el CO descrito por GRÜNTAL y STÖRRING.

Pero aparte de la idea del enfermo está otro factor más importante: su actitud. El enfermo puede dejarse dominar más o menos por sus síntomas. Tomar ante ellos la actitud de la «belle indiférence» o luchar como el ansioso. En esa *actitud influyen*, por otra parte, varias circunstancias: una es la presunta reacción del medio ambiente general. La diferencia entre las secuelas de las guerras 1914-18 y la última del 39-45 es evidente. En ésta, además, la población civil sufrió mucho más. Pero no es posible hacerse la víctima, tratar de inspirar compasión en un mundo «concentracionario» donde todos eran víctimas. De la misma manera que existe la *mentalidad* del primitivo con sus tótem y sus tabús, existe la mentalidad del ciudadano de Londres o de Hamburgo. Recientemente PANSE señala la diferencia que existe entre los síntomas de angustia y temor observados en los terremotos y los de los bombardeos aéreos, atribuyéndolos a la subitaneidad de aquéllos. La razón es insuficiente, a mi modo de ver; quizás incluso la espera ansiosa debería considerarse como factor predisponente. La diferencia halla su explicación probablemente en la diferencia de mentalidad en que se hallan envueltas unas y otras víctimas.

Junto a las diferencias de actitud hay que postular unas *diferencias de sensibilidad*. El descubrimiento de la intimidad psicológica es un descubrimiento del hombre moderno. He agregado este calificativo de psicológica para prevenir una objeción que siempre se presenta ante la mente del que escucha la palabra intimidad. San Agustín fué el descubridor de la interioridad; pero San Agustín descubrió la interioridad moral, si bien la exploró a través de planos psicológicos. En el hombre moderno el descubrimiento se hace simultáneamente con el proceso de secularización que constituye el eje de su historia moderna. También su interioridad se ha secularizado, y por ello se ha reducido a un bosque psicológico, que tiene más de selva que de floresta.

Esta versión hacia la interioridad se ha mostrado más patente en la emergencia, a primer plano, de los estados de ánimo. Cuando éstos son de naturaleza patológica se revelan de un modo impresionante. La revelación de un estado lo acrecienta. Es un juego como el que existe entre la conciencia y la inconsciencia. La conciencia puede ignorar lo que pasa por debajo de ella, como en la «belle indiférence», y entonces eso que por allí pasa se convierte en síntomas somáticos. O puede, por el contrario, dirigirse a eso que en el fondo le conmociona, que no es desde mi punto de vista, primariamente, un complejo, como dice el psicoanálisis, sino un estado de ánimo que se monta sobre una pertur-

bación de la vitalidad. La elevación al plano de la conciencia, su patentización, provoca un sufrimiento directo, no uno indirecto como en la sintomatología de conversión.

El mismo desplazamiento ha habido en el perímetro significativo de las palabras. Actualmente se insiste sobre la diferencia entre angustia y miedo. El miedo se tiene ante el peligro real o presentido, pero concreto; la angustia, ante lo indefinido e indeterminado. HEIDEGGER insiste mucho en esta distinción. Pero no siempre se han empleado con esta pureza significativa ambas palabras, y además, en el terreno psicológico, óntico por tanto, existen transiciones entre una y otra. El *pánico* es un miedo a todo, a un peligro que amenaza desde todas partes, y, como lo que amenaza desde todas partes, en el fondo lo hace desde ninguna. También se habla de miedo angustioso. Y es que los estados de ánimo no tienen entre sí fronteras tan definidas como parece. Más bien es el lenguaje el que contribuye a establecerlas muchas veces, y el lenguaje puede seleccionar uno u otro matiz del estado de ánimo para cuajar la expresión. En muchas ocasiones el lenguaje define el estado de ánimo por alguna característica exterior, tal como el temor, que viene del temblor que se produce en la situación emotiva, o tal como horror, que viene de «horripilación» (contracción de los «arrectores pili»). En otras, la expresión se monta sobre alguna sensación interna como la misma angustia, que se refiere a la sensación de constricción o de estrangulamiento de la garganta.

Pero el punto sobre el que ahora quería llamar especialmente la atención es la emigración del contenido significativo que se hace de una a otra palabra. Actualmente el perímetro significativo de la angustia ha crecido casi desmesuradamente. FREUD mismo habla de *Realangst*, angustia real, refiriéndose a la emoción que se experimenta en una situación concreta, ante un peligro determinado que viene del exterior. En cambio, KANT habla de la angustia como un grado del miedo: «Bangigkeit, Angst, Grauen und Ensetzen sind Grade der Furcht». (*Antropologie*, I, 75.) Todavía NIETZSCHE dice: «Furcht von dem Tode als europäische Krankheit» en una situación en que ahora hablaríamos de angustia. (Aus dem Nachlass: *Modernität*.) Y el mismo KIERKEGAARD, que dotó al vocablo angustia de nuevos y miríficos poderes de vuelo, dice en su libro «El concepto de la angustia»: «aquel miedo, aquel horror ante el abismo de nuestra conciencia» (1).

Entre los ingredientes psicopatológicos que forman la construcción neurótica, existen unos generales que desbordan los límites del carácter o de la personalidad del sujeto, y otros que están determinados más inmediatamente por ésta misma. Los primeros se montan sobre modos generales de reacción psíquica, y de ellos los tres fundamentales

(1) Sobre todas estas cuestiones véase mi «Angustia vital» (Madrid, 1950) y mi «Descubrimiento de la intimidad» (Madrid, 1950). Mario Wandruszka ha escrito un libro «Angst und Mut» Klett Vg. Stuttgart, 1950, que es una especie de filosofía histórica de estas expresiones. Atiende más a los vocablos germanos, pero los latinos hallan su debida consideración.

son el miedo, la tristeza y la angustia. Clínicamente darán lugar a las reacciones de espanto, a las reacciones depresivas y a las angustiosas.

La reacción de espanto sólo se produce en circunstancias anormales (terremotos, bombardeos, etc.). Alguna que otra vez en la vida cotidiana. En cambio, las reacciones angustiosas y las depresivas son más frecuentes. Si se tienen en cuenta mis trabajos sobre la timopatía ansiosa, se me podrá achacar, precisamente, la demasiada importancia que concedo a la angustia en la base de los trastornos psicósomáticos. Sin embargo, este reproche resulta injustificado si se atiende a las siguientes consideraciones:

Que la angustia se halla en la base de la existencia humana es lo que viene postulando la filosofía existencial. HEIDEGGER llama la atención sobre el carácter ontológico y metafísico de sus trabajos. Para él, las aplicaciones psicológicas son ilícitas. Sin embargo, éstas se han hecho por diversos autores y con razón. Cuando los filósofos buscaban desvelar los misterios de la estructura humana en el pensamiento o en la voluntad, también de ello surgió una psicología. Ahora resulta desde el punto de vista de la filosofía existencial que el pensamiento o los instintos o cualquiera otra peculiaridad humana nos muestra una perspectiva insuficiente del hombre. Esta hay que buscarla en algo más nuclear, los «Stimmungen», los estados de ánimo. KIERKEGAARD y HEIDEGGER eligen la angustia, SARTRE la náusea, BOLLNOW la vivencia dionisiaca del «gran mediodía», etc.

Los estados de ánimo pasan a primer plano. No se trata de análisis de las emociones, de los afectos y de las pasiones. Existe una vida sentimental más plena: la de los estados de ánimo o humores. Como, realmente, desde el punto de vista psicológico, se trata de «totalidades» en el sentido de KRÜGER y éstas se muestran además semovientes, las transiciones entre unos y otros en el curso de la vida son flúidos. Los que tienen un valor patológico son precisamente los negativos.

En todo humor o estado de ánimo se halla incluida la temporalidad vivida por el sujeto. En la tristeza la perspectiva del pasado se dilata y se carga. Existe una inflación del pasado. En la angustia todo el tiempo se contrae al momento presente y sólo aparece la posibilidad de que en aquel momento el sujeto pueda perder el control. En el miedo angustioso es el futuro el que se muestra amenazador. La forma normal de la amenaza del futuro es la preocupación.

He dicho que la angustia pertenece al acervo común de los hombres y así es. Observemos lo que ocurre en la clínica: muchos enfermos hablan del miedo a la locura, otros del miedo a la muerte. Algún enfermo muestra su angustia ligada a un recuerdo del pasado, a un síntoma somático, etc. Es decir, la angustia cuaja en cada individuo en una forma personal. Existe una *angustia existencial* reveladora de una crisis existencial morbosa; pero existe también una *angustia personal* como modo personal de reacción en las crisis. En la angustia se revela

la estructura instintiva básica de cada ser y también la estructura del yo. En unos se vive como miedo a la liberación de los instintos de agresión, en otros como temor a la experiencia misma del «no-existir». Cada forma vivencial se rellena además de un tema vital determinado.

La neurosis, considerada a la larga, reproduce los mismos mecanismos que una crisis angustiosa aguda. Naturalmente que esta repercusión instintiva no deja indemne la personalidad. Aquí nos hallamos ante una nueva cuestión del mayor interés. La relación entre las crisis y la personalidad.

El juego dialéctico es la esencia de la crisis neurótica y de la crisis terapéutica. Toda neurosis se monta sobre «crisis de ánimo». La neurosis se constituye como una sucesión de períodos activos, críticos y de fases de latencia. En la post-crisis aparecen los desplazamientos ocurridos en el equilibrio instintivo-vital. Por eso las grandes crisis neuróticas son crisis de ánimo. Véase: angustia, vértigo, tristeza, tedio, náusea, repugnancia, asco, etc.

Si las neurosis son reacciones vivenciales anómalas, es natural pensar que cuando las circunstancias que rodean al hombre sean especialmente amenazadoras, las reacciones anómalas también lo serán. La experiencia ha demostrado que no siempre ocurre así, como hemos visto. Es decir, que en situaciones peligrosamente brutales el hombre puede no reaccionar anómalamente. Existen numerosas descripciones de estas reacciones

Cuando se comparan las observaciones realizadas en las situaciones en las que el hombre se halla frente a conflictos de alto porte con las que presta la clínica de las neurosis, un hecho llama la atención. Los primeros, que constituyen tipos puros de reacciones vivenciales, producen trastornos cuya escasez de formas y hasta uniformidad llama la atención frente a la variedad que existe en la plastia de las neurosis.

La guerra moderna ha creado unas condiciones casi experimentales para la observación de las reacciones de miedo y angustia. Especialmente la guerra aérea, lanzando sus bombas sobre la inerte población civil, creó esa situación de experiencia única. El trabajo de PANSE ha encontrado aquí su material, que le sirve de punto de partida no sólo para una recogida de observaciones, sino para una criba crítica de muchas ideas sobre los problemas psicosomáticos.

La única situación pareja a la del ataque aéreo es la del terremoto. Sin embargo, éste suele sorprender más inopinadamente que el ataque aéreo, y al peligro se agrega la sensación del suelo que oscila, lo cual motiva la situación de un modo peculiar. En cambio, las condiciones del soldado en el frente son evidentemente distintas.

El primer hecho sorprendente es que los atacados, tanto en Alemania como en Inglaterra, han mostrado una extraordinaria capacidad de resistencia, aunque luchaban con las dificultades internas que creaba la guerra. Las conversaciones giraban todas en torno a la guerra aérea.

La angustia reprimida excitaba la necesidad de manifestarse y comunicarse. A medida que duraba la guerra se observó una cierta sensibilización de la población civil frente a los ataques aéreos; pero no sobrevino ninguna decadencia moral, si acaso sólo un agotamiento nervioso general.

Tras los ataques violentos, lo que se observaba era una apatía extraordinaria, acompañada de gran insomnio. A veces la apatía se hendía dando paso a rasgos de un humor grueso, liberador. Tras el cese de la espera angustiosa, una cierta ola de euforia inundaba a algunos de los amenazados. Se trataba más bien de reacciones individuales. Fueron muy raras las reacciones psíquicas morbosas, como los estupores y los estados crepusculares.

El instinto de huida se manifiesta en la crisis angustiosa en forma de inquietud. Cuando el peligro se repite existe la tendencia a protegerse sobre todo la cabeza, a «meter la cabeza debajo del ala». Todas estas reacciones instintivas pueden ordenarse en una de las dos series de reacción de sobresalto o de sobrecogimiento. Muy digna de atención es la fuerte sugestibilidad que existe en la angustia, raíz de muchas reacciones anómalas. Esta sugestibilidad contribuye a la difusión de ciertas reacciones somáticas. El pánico es también muchas veces producto de la sugestión. Aparece cuando falla el autodomínio. Las catástrofes psíquicas sólo aparecen en los predispuestos.

A mi modo de ver, este hecho sirve para demostrar que en las neurosis los factores reactivos pesan menos de lo que se cree, según yo vengo sosteniendo en mis trabajos sobre la timopatía. Se objetaría que los primeros ocurren en una población normal, pero aun siendo así hay que contar con una gran variedad de constituciones, temperamentos y caracteres. El peligro endógeno es, por consiguiente, mucho mayor. La disyuntiva está en el modo de concebir esa peligrosidad endógena: si debida a la elaboración de la vivencia por percutir a su paso nódulos de la historia vital interna cargados de afectividad (complejos), o si debida a una alteración vital. En la neurosis auténtica podemos hallarnos con ambas cosas. No se trata de establecer exclusividades, sino de desmontar el imperio *absoluto* de la historia vivencial propugnada por el psicoanálisis.

La angustia reprimida excita la necesidad de manifestarse y comu-
nicarse. A medida que durante la guerra se observó una cierta sen-
sibilización de la población civil frente a los ataques aéreos; pero no
sobrevino ninguna decadencia moral, si acaso sólo un agotamiento ner-
vioso general.

Tras los ataques violentos lo que se observaba era una apatía extra-
ordinaria acompañada de gran irracionalidad. A veces la apatía se herida
dando paso a rasgos de un humor irrisorio libertador. Tras el cese de la
espera angustiosa una cierta ola de euforia inundaba a algunos de los
amargados se trataba más bien de reacciones individuales. Fueron
muy raras las reacciones psicológicas morbosas como los espasmos y los
ataques epilépticos.

El instinto de huida se manifiesta en la crisis angustiosa en forma
de impulso. Cuando el peligro se repite existe la tendencia a prote-
gerse sobre todo la cabeza a meter la cabeza debajo del alar. Todas
estas reacciones, las mismas pueden ordenarse en una de las dos series
de reacción de sustitución o de reconocimiento. Muy raras de muchas
es la fuerte sugestibilidad que existe en la angustia. En la difusión de
reacciones anormales. Esta sugestibilidad contribuye a la difusión de
ciertas reacciones somáticas. El pánico es también muchas veces pro-
ducto de la sugestión. Aparece cuando falta el autodominio. Las crisis
tristes psicológicas sólo aparecen en los predispuestos.

A mi modo de ver, este hecho sirve para demostrar que en las neu-
rosis los factores reactivos pesan menos de lo que se cree según yo
vengo sosteniendo en mis trabajos sobre la timopatia. Se observa que
los primeros ocurren en una población normal, pero van siendo así hay
que contar con una gran variedad de constituciones temperamentales y
caracteres. El primer fenómeno es por consiguiente mucho mayor. La
distorsión está en el modo de concebir esa deliriosidad endógena; si
debida a la elaboración de la vivencia por percibir a su paso indicios
de la historia vital interna cargada de intensidad (complicada) o si
debida a una alteración vital. En la neuritis anterior podemos hallar
nos con ambas cosas. Yo se trata de establecer exclusiones sino de
determinar el imperio absoluto de la historia vivencial precedida por
el psicomatista.

El primer fenómeno es por consiguiente mucho mayor. La
distorsión está en el modo de concebir esa deliriosidad endógena; si
debida a la elaboración de la vivencia por percibir a su paso indicios
de la historia vital interna cargada de intensidad (complicada) o si
debida a una alteración vital. En la neuritis anterior podemos hallar
nos con ambas cosas. Yo se trata de establecer exclusiones sino de
determinar el imperio absoluto de la historia vivencial precedida por
el psicomatista.