

FOBIAS

Los fenómenos mórbidos designados con los nombres de obsesiones, ideas fijas, fobias, impulsiones, etc., fueron durante largo tiempo considerados como síntomas vesánicos, partiendo de esta forma mal definida de psicopatía que se ha llamado manía sin delirio (Falret), monomanía (Esquirol, Marc, Georget), pseudo-monomanía (Delasiauve), locura lúcida (Trélat), locura consciente (Falret, Baillarger, Ritti), paranoia rudimentaria (Arndt, Morselli), monomanía abortada (Spitzka). Morel las describe de una manera magistral en su libro titulado «Delirio emotivo», considera las obsesiones como enfermedades especiales de la emotividad, considerándolas no como psicosis, sino como neurosis; es el primero en 1866 que registra esta gama psíquica, estos estados de locura. Cuatro años después en 1870 Krafft-Ebing, de Viena, estudia la influencia que ejercen sobre las voliciones ciertas obsesiones de la representación que él designa con el nombre que se hizo clásico en Alemania de Zwangsvorstellungen.

Westphal, en 1877, analiza delicadamente estos fenómenos y al describirlos acepta el nombre anterior y les añade el nombre de ideas obsesivas. Son ideas permanentes, la inteligencia restante está intacta y no existe un estado emotivo ó pasional; ideas son que quedan en la conciencia, allí se imponen á la voluntad y están reconocidas como ideas anormales, extrañas á lo general. Existe una diferencia fundamental entre las tesis de Morel y Westphal. Morel considera la obsesión como esencialmente emotiva y Westphal dice que la obsesión es un estado intelectual, donde el elemento ideativo es el síntoma principal. Para éste el elemento emotivo obsesivo, si existe, es secundario y es provocado por una idea obsesiva, representa una simple reacción. Estas dos concepciones diferentes han dado lugar á controversias y ha inspirado no pocos trabajos más ó menos importantes. Entre todos los que se han ocupado del asunto, la opinión de Westphal prevalece y el considerar las obsesiones como de origen intelectual parece tener más simpatías. Son para los unos ideas fijas, para otros ideas imperativas; algunos las consideran como delirios abortados y Morselli no duda al llamarle paranoia rudimentaria; en resumen, son estados psíquicos que tienen por base una idea fija, ya intelectual, ya impulsiva, según sea

esta idea puramente estática ó tome el carácter motor (paranoia rudimentaria ideativa, y paranoia rudimentaria impulsiva, Morselli). La emotividad es un elemento más ó menos frecuente é importante, siguiendo algunos autores, pero siempre es secundario y algunos solamente le acuerdan el derecho de constituir una tercera variedad de las ideas fijas ú obsesiones de variedad emotiva (Tamburini, Luys, Falret, etc).

Esta manera de conceptuar es actualmente la más tenida en cuenta. En Alemania, por ejemplo, Krafft-Ebing mira la emoción como la consecuencia de la idea dominante. «La reacción de la representación obsesiva sobre la vida emotiva del enfermo, dice, es particularmente importante, la obsesión provoca una angustia reactiva, violenta, llevando junto explosiones de desesperación y crisis nerviosas». En Francia, Magnan habla de los fenómenos emocionales que acompañan la obsesión, diciendo: es necesario no olvidar que es en suma la exageración de los fenómenos normales de la emoción y que acompañan siempre las manifestaciones vasomotoras; enrojecimiento y palidez del rostro, palpitaciones, etc. Estos fenómenos que son en estado normal reacciones de estados mentales bien determinados, son en el curso de los síndromas mórbidos, estados reaccionales, donde la intensidad es precisamente doble al exceso de emotividad, constituyendo la emotividad patológica del sujeto. El gran simpático interviene secundariamente. En fin, consideremos que los fenómenos emocionales son de intensidad muy variable aún considerados dentro de las mismas causas. En Inglaterra, Mickle sostiene una tesis análoga: la idea imperativa, dice, es el gran factor, ella es superior y anterior al estado emotivo. Al lado de estos autores hay otros que por el contrario, sostienen tesis diferentes. La emoción prevalece en la obsesión sobre la face intelectual; así Breger ya, en 1878, mira la obsesión como una neurosis emocional.

Friedenreich admite que la emoción es, como regla general, el hecho primitivo; que de los dos fenómenos, idea obsedante y angustiosa, el segundo es el más importante, representa un síntoma del estado neurasténico que es el origen de toda obsesión; y aun Hans Kaan participa de esta opinión y considera á la angustia como el punto de partida necesario de la idea obsedante.

Schuelle y Wille insisten sobre la importancia de la emotividad. Este último demuestra que la ansiedad precede á la idea obsedante, en otros casos es independiente y declara que para él los desórdenes emocionales son parte integrante de la afección. Ch. Féré ocupándose del asunto dice: «Las ideas fijas tienen su origen en las emotividades mórbidas». Séglas estima que «la obsesión reposa siempre en un fondo de emotividad mórbida» (Leçons cliniques). Ballet lo mismo, se manifiesta en su «Traité de médecine». Charcot-Brissaud, en su artículo degeneraciones mentales, coloca las obsesiones en las anomalías de la emotividad y de la voluntad de los degenerados.

Para Dallemagne (Dégénéres et Déséquilibres) la emoción es primitiva «repercutiendo en la corteza, busca ideas apropiadas, y las ideas apenas nacientes vuelven á reavivar los sentimientos de

donde ella ha salido». Este mecanismo explica la manera como la idea puede engendrar una emoción y su repercusión orgánica; pero atestigua esto la dependencia de la idea al sentimiento y la subordinación funcional de la corteza á la actividad del resto del sistema nervioso. En fin, Freud y Hecker le dan tanta importancia á la emoción en las obsesiones, que no titubean en hacer de ellas una neurosis especial *neurosis de angustia* (angstneurosis). De este doble concepto ó manera de originar las obsesiones, del punto de vista psico-patológico, se han hecho dos categorías distintas: los que con Morel sostienen que es una perturbación mórbida á base emotiva y los que con Westphal piensan que es una perturbación mórbida á base ideativa. Pitres y Régis no titubean en considerar á la emoción como elemento primitivo y fundamental de la obsesión. Sin entrar en largas consideraciones para hacer una clara demostración, la psicología moderna ó contemporánea admite y demuestra, que la vida afectiva es la primera en aparecer, precede á la vida intelectual y en los procesos de la consciencia la emoción es anterior al conocimiento.

En la Psicología de los sentimientos, dice Ribot: «Comparan la sensibilidad y la inteligencia para encontrar la superioridad de estas dos facultades; es una cuestión no razonable puesto que ellas no tienen una común medida y las soluciones son arbitrarias, más aún, tratar de ver cuál aparece la primera es imposible porque en unos casos una se engancha en la otra y en otros por el contrario, la otra se engancha en la una. Si la vida afectiva aparece la primera es claro que no puede ser desviada, que no es un modo una función del conocimiento, que ella existe por ella misma y que es irreductible. Ribot asume á su favor la prioridad de la vida afectiva, tomando las principales pruebas psicológicas admirablemente indicadas por Schopenhauer.

Hacia las 22 semanas, según Preyer, se manifiesta en el niño un estado emocional especial que es la sorpresa. La emoción, los sentimientos, sostiene Dallemagne, tienen como base la idea, del mismo modo que los centros nerviosos inferiores constituyen los agentes secundarios de la actividades respecto á los centros superiores. Esta inferioridad junto á la dificultad de su referencia néurica son aun indicios de su antigüedad en la evolución. Ellos sirven como de transición entre las funciones medulares automáticas é inconscientes y las funciones corticales conscientes y que aparecen espontáneamente. De todos modos estas distinciones son, por así decir, inexistentes en el tiempo; la idea y la emoción separadas por tales caracteres se engendran en realidad de una manera instantánea. Su coexistencia su penetración aniquila todo lo que sus diferencias de localización, de antigüedad, de consciencia é intensidad, enseñan y demuestran. Consideremos por ejemplo la impulsión. Según Féré, teniendo como base una actividad física, hay allí un estado emocional junto con una excitación local ó general ya sea percibida ó no. Las impulsiones llamadas irresistibles, que se clasifican algunas veces de automáticas, llevan siempre una emotividad mórbida y como consecuencia una irritación percibida ó no, determinando una descarga que siendo más ó menos rápida es inconsciente ó consciente.

La impulsión es también para Krafft-Ebing (*Traité de Psychiatrie*) vecina de los actos emotivos. La mejor prueba que se puede dar para demostrar la prioridad y la preponderancia de la emoción, en la obsesión, es que es un elemento constante é indispensable. Tomemos una obsesión cualquiera impulsiva ó ideativa: la obsesión del suicidio, suprimamos la ansiedad, la angustia de que es víctima el obsesionado y desaparece la obsesión. Por el contrario, tomemos una obsesión cualquiera y elevémosla á la idea-fija, donde la tendencia impulsiva va acompañada de la ansiedad, de la angustia y tendremos aun la obsesión en su fundamento, en su esencia. Tales son esos estados difusos que no se precisan y como dice Ribot están al azar de las circunstancias. En todos los estados obsesivos se encuentran más ó menos marcados los fenómenos constitutivos de la emotividad patológica, en particular los fenómenos vaso-motores. Pitres y Régis en su libro «Obsesiones é impulsiones» prueban ampliamente la prioridad de la emotividad y concluyen con la definición de Morel: la obsesión es un estado mórbido de esencia emotiva. La emotividad varía según los individuos y los que están dotados de esta modalidad, de una susceptibilidad particular, son los emotivos. Hay aún las diferencias fisiológicas, las idiosincrasias, etc. «Pero accidentalmente bajo la influencia de causas ocasionales sobre todo deprimientes, violentos choques morales por ejemplo, la emotividad puede atravesar un grado de más y volverse patológica». Féré dice que es imposible establecer un límite, pues la emoción puede considerarse como mórbida: primero las que en sus acompañamientos fisiológicos se presentan con una intensidad extraordinaria; segundo las que se producen sin causas determinantes suficientes; tercero las que sus efectos se prolongan sin medida.

La emotividad mórbida parece caracterizada por el hecho de que ella emana de reacciones mal adaptadas al interés del individuo ó de la especie (Féré).

Para Ribot la emoción mórbida, presenta uno ó más de los caracteres siguientes: «está en desproporción (aparente) con su causa; es crónica; sus concomitantes psíquicos tienen una intensidad extraordinaria». Como se ve, la emotividad patológica no es fácil de definir psicológicamente. Varía la emoción de un sujeto á otro, no solamente en cantidad, sino sobre todo en calidad. Un hecho idéntico provoca tanto una explosión de cólera ó indignación, tanto un sentimiento de descorazonamiento ó de conmiseración. Las perturbaciones que se observan en la esfera afectiva de los obsesionados no están caracterizadas solo por su intensidad, sino también por su naturaleza.

Diseñando de un punto de vista general las obsesiones se presentan con los atributos siguientes: sobrevienen las más de las veces, en sujetos predispuestos, cuando en las mismas ocasiones ó idénticas circunstancias, en los sujetos sanos no determinan emociones profundas. Pertenecen al grupo de las emociones depresivas, de las emociones ansiosas ó angustiosas. Se puede decir, sin pasar los límites que corresponden á la observación clínica, que la ansiedad es la base necesaria de la obsesión. Son conscientes, y

en este sentido las enfermedades que ellas traen dan perfecta cuenta de las modificaciones que imprimen á su manera de ser, á su carácter, á su afectividad. Las obsesiones son involuntarias, es decir, que el enfermo no puede provocarlas voluntariamente cuando no existen, ni combatir las cuando dominan. Están acompañadas de concomitantes fisiológicos y fuertes emociones ansiosas, palidez, sudores fríos del rostro y de las extremidades, sensaciones angustiosas cardíacas, insomnios, etc. No alteran el mecanismo general de la inteligencia; deja intacta la memoria, el juicio y la asociación de ideas. El obsesionado está á menudo detrás de lo que toca á su obsesión, un hombre fuerte, inteligente, capaz de solucionar con habilidad los más serios hechos, de tomar oportunamente las determinaciones más graves, se vuelve todo lo contrario. El mismo analiza muy á menudo con una gran penetración la turbación que le atormenta. Se da cuenta de que su estado es anormal.

Tiene pues conciencia precisa de que su personalidad está desdoblada; se reconoce en él dos: el uno anormal y no razonable se preocupa automáticamente de futilidades; el otro es razonable, se esfuerza en luchar insesantemente contra las preocupaciones del primero. Teniendo en cuenta este conjunto de caracteres se puede al parecer de Pitres y Régis dar la definición siguiente de la obsesión. «La obsesión es un síndrome mórbido caracterizado por la aparición involuntaria y ansiosa en la conciencia de sentimientos ó de pensamientos parásitos que tienden á imponérsele evolucionando al lado de su derrota, y se esfuerzan para apoderarse y crear así una variedad de disociación psíquica donde el último término es el desdoblamiento consciente de la personalidad».

Esta definición separa netamente las obsesiones de las ideas fijas, con las cuales se confunden muy á menudo. La idea fija puramente es una idea que domina al espíritu sin determinar angustia alguna; es un pensamiento frío, inerte, que no hace resurgir ningún sentimiento penoso ni provoca ninguna revuelta, porque ella es la más de las veces aceptada como real. La obsesión pura es un estado de emotividad angustiosa que bien puede no derivarse de idea alguna ó concomitante y en la cual, cuando esta idea existe, se reconoce como falsa ó más ó menos malsana. En otras palabras, la idea fija es un síndrome de la esfera intelectual; la obsesión es un síndrome de la esfera psíquica. Pero por ser de distinta naturaleza estos dos fenómenos morbosos no son por esto incompatibles. Uno no excluye al otro. La observación dicen Pitres y Régis, al contrario, demuestra que se encuentran continuamente asociados y que en la mayoría de los casos la emoción obsesiva está unida á una idea que la precede ó la sigue inmediatamente á tal punto que, en la práctica, no es fácil reconocer si el estado emotivo ha engendrado la idea, ó si es la idea la que ha originado el estado emotivo. Como dice Herbert Spencer «no hay estado de conciencia que separe á la sensación ó á la emoción y que sea puramente intelectual» es decir, que en toda emoción hay una parte de idea y en toda idea una parte de emoción. Dicen Pitres y Régis al sostener que la obsesión es un síndrome

de la esfera emotiva, quiere decirse, que en el complejo psíquico donde el elemento fundamental está representado por la emoción, no se excluye el elemento intelectual, sosteniendo la emotividad, sino que se le da á este último preponderancia sobre aquél.

Estados obsesivos. — Clasificación. — Conceptuando pues que la emoción es el elemento fundamental de la obsesión es evidente que ha de servir de base para clasificarla. Partiendo de este concepto podemos dividir á los estados obsesivos en dos grandes grupos, ya sea que la ansiedad se manifieste por miedo ó por una idea. Los primeros son los estados obsesivos fóbicos y los segundos los estados obsesivos ideativos. Los estados obsesivos fóbicos ó fobias propiamente dichas, se dividen á su vez en fobias difusas ó generales (panfobias), y en fobias particulares ó especiales (monofobias).

Las fobias generales son aquellas en las cuales la emotividad ansiosa es imprecisa, vaga, informe, ó no se fija sino pasajera y ó al azar de circunstancias exteriores, accidentales, sobre un objeto cualquiera. El panóforo tiene miedo de todo y de nada. Está ansioso sin saber por qué, sin causa conocida, sin una razón definida. Es la neurosis de angustia típica. En las fobias especiales la ansiedad se desenvuelve como consecuencia de ciertas provocaciones inmediatas, siempre las mismas, en los mismos enfermos, habiendo debutado por un golpe físico ó moral, la mayoría de las veces de origen sensorial y se repiten á la manera de ecos emotivos que ponen toda vez en movimiento la sensibilidad hiperestésica del individuo. Cuando los estados obsesivos ideativos, es decir, cuando el estado ansioso se traduce bajo la forma intelectual, constituyen las obsesiones propiamente dichas, subdivididas en obsesiones difusas ó generales (poliidéicas) y en obsesiones especiales ó sistematizadas (monoidéicas).

Tomo la clasificación hecha por Pitres y Régis. Estados obsesivos fóbicos, ó fobias divididas en: fobias difusas, (panfobias) y fobias especiales (monofobias).

Estados obsesivos ideativos ú obsesiones, clasificados en: obsesiones difusas múltiples (poliidéicas); obsesiones especiales sistemáticas (monoidéicas).

Esta clasificación no difiere mucho de la adoptada en el congreso de Moscou sino solamente en lo que se refiere á claridad y precisión.

Fobias difusas. — Panofobias. — La característica de esta forma de obsesión es, que los sujetos atacados viven en un estado permanente de tensión emotiva que llega hasta los paroxismos sin motivo aparente, ó bien por circunstancias accidentales fútiles. Relatábame una compañera de estudio la ansiedad que ella padecía, en la siguiente forma: «Estoy ansiosa durante el día, sufro y no sé por qué; llega el atardecer y esta ansiedad aumenta á medida que el día declina; la ansiedad se convierte en angustia horrible, no sé si tengo miedo ó nó, creo no es el miedo, pero á veces me parece serlo. Sufro más al acostarme y como padezco de insomnio esta ansiedad aumenta hasta que el sueño felizmente me libra de ella. A la mañana siguiente ya no tengo esa ansiedad. Creo volverme loca». Esta señorita se retiraba

muchas veces de clase al ver que el profesor interrogaba sobre algún asunto, no obstante, me consta estaba bien preparada en su lección. Al interrogarle el por qué procedía así, me respondió: «No sé, me da algo y siento impulsos irresistibles de salir, no puedo estar en el salón». Y haciendo justicia á su laboriosidad, diré que pasa como alumna menos trabajadora que otras que parecen serlo más y no lo son en efecto. Una idea, una sensación cualquiera provoca una descarga emocional y ésta puede producirse durante el sueño y provocar ensueños acompañados de angustia cardíaca y respiratoria (sueños angustiosos de Mac Farlanne). A este estado vago, ansioso, hace Ribot referencia en su «Psicología de los sentimientos», diciendo: «Además de las fobias particulares hay algunas observaciones de un estado vago, pero permanente de ansiedad ó de terror que se ha llamado panfobia ó pantofobia (Beard); es un estado en que se tiene miedo de todo y de nada, en que la ansiedad en lugar de estar concentrada en un objeto que es siempre el mismo, flota como en un sueño y solo se fija por un instante, al azar de las circunstancias, pasando de un objeto á otro». El miedo de tener miedo (fobofobia) dice Féré es un fenómeno común en los neurasténicos (Beard).

Un enfermo que anteriormente no ha sido jamás víctima del miedo vive en la aprensión permanente de esta emoción y de sus efectos psíquicos posibles. Y llega á ser incapaz de salir de su cuarto sin estar acompañado, obsesionado por la suposición de un accidente cualquiera. La fobofobia entraña consecuencias análogas á las de la panfobia.

Espectación ansiosa.—El síntoma predominante de este estado panofóbico es el que Freud llama oportunamente «la espectación ansiosa». Yo no puedo definir mejor, dice él, lo que describo bajo el nombre de *neurosis de angustia* que por esta palabra y por el ejemplo siguiente: una mujer que sufría de esta espectación ansiosa (*attente anxieuse*), se imaginaba á cada acceso de tos de su marido que tenía una pneumonía y veía su espectro caminar á la cabeza de su propio coche fúnebre. Si entrando á su casa veía dos personas delante de su puerta no podía separarse de la idea de que uno de sus niños se había precipitado por la ventana y así en otros casos que no existiendo razón, sin embargo la dominaba esta aprensión. La espectación ansiosa es común en los casos más normales y comprende lo que vulgarmente se llama tendencia á una interpretación pesimista de todos los hechos, pero el enfermo reconoce que tiene con esto una serie de contrariedades. «La espectación ansiosa es el síntoma esencial de la neurosis de angustia flotando al estado libre, pronta á manifestarse; la forma bajo la cual se presenta puede con anterioridad variar, estando bajo la dependencia de circunstancias diversas». Freud. *Obsessions et Phobies*.

Ataques ansiosos.—Cualquiera que sea la circunstancia provocadora de la descarga emotiva, se presenta como verdadero ataque, generalmente instantáneo, pero precedidos de un «aura» que parte del centro epigástrico de lo profundo de las vísceras y se irradia en todo el sistema cerebro espinal (Morel). El ataque se diferencia por un estado angustioso, sea simple ó asociado á una sensación fóbica

cualquiera (de un accidente inevitable, de una muerte, de una desgracia, etc.), y suele ir acompañado de síntomas psíquicos habituales en la emotividad mórbida, particularmente los que se refieren á la respiración, á la circulación, á la inervación vaso-motriz, á la actividad glandular. Freud observa que la manera de asociarse estos síntomas son muy variables, pudiendo predominar unos ú otros en el ataque. Este autor admite «ataques rudimentarios de angustia» y los «equivalentes del ataque de angustia» análogos á los «estados larvados de angustia de Hecker», y distingue:

1º Los ataques cardíacos, siendo el tipo la pseudo-angina de pecho. 2º Los ataques respiratorios bajo la forma de dispepsias nerviosas, parecidos á los accesos de asma; 3º Los ataques de sudor profundo, á menudo nocturnos; 4º Los ataques de sacudidas y temblores fáciles de ser confundidos con los temblores histéricos; 5º Los ataques de bulimia; 6º Los ataques de diarrea ó los ataques de poliuria; 7º Los ataques vaso-motrices; 8º Los ataques de parestesia; 9º Los ataques de pavor nocturno y de ensueños angustiosos; 10º Los ataques de vértigo, variables de intensidad y forma pero partiendo de los vértigos locomotores ó de la coordinación y pudiendo ser reemplazados por pérdida de conocimiento.

La angustia que domina en estos estados es una emoción compleja formada de temor y de duda. Se está angustioso como cuando se prevee una catástrofe inminente que no se puede evitar. La garganta se oprime, el corazón se encoge, la respiración se hace difícil y entrecortada.

Estos concomitantes psíquicos de angustia son inseparables de la turbación psíquica, acompañadas de inquietud. La ansiedad tiene mucha analogía con la angustia. Laithe define la angustia del espíritu «un estado de turbación y de agitación, con sentimiento de tortura y de compresión en la región precordial». La angustia y la ansiedad son de la misma naturaleza, diferenciándose en cuanto á la intensidad emotiva. La ansiedad en las fobias difusas puede originarse en infinidad de sujetos y objetos. Es tanto una duda como una interrogación, un escrúpulo ó una pena. Atención, duda, interrogación, escrúpulos, remordimientos, etc., se combinan en la mayoría de los casos en proporciones variables, formando cuadros clínicos de una infinidad de aspectos variables. Pitres y Régis observan que las panofobias se presentan también como un fenómeno secundario.

En el 1º caso el debut de los accidentes se presenta bajo la forma de ansiedad difusa, vaga, flotante; en el segundo caso sobreviene tardíamente cuando el enfermo presenta series más ó menos largas de penosos males sistematizados. Morel cita el caso curioso de un banquero, al cual el incidente más fútil de la vida lo sumergía en un estado emocional angustioso. (Pitres y Régis, pág. 25 y siguientes). No podía asistir á una representación, á la audición de ciertos trozos, sin comenzar á llorar y sollozar hasta que se veía obligado á retirarse de la sala. En la colección de sus cuadros no podía soportar la presencia de los amantes que se visitan sin estallar en una crisis de lágrimas.

A la menor indisposición de su sobrino se echaba desesperado

sobre un canapé, tomaba las manos del médico y le suplicaba salvara sus días que no estaban absolutamente en peligro. En una propiedad que tenía, en los alrededores de París, criaba ranas y pagaba un guarda para el cuidado de estos batraceos. Un día vió uno de estos animales extendido sin movimiento: la emoción que se apoderó de él terminó en una crisis de lágrimas, de sollozos, un verdadero acceso de desesperación. Continúan estos autores citando muchos casos más prolijamente observados.

Fobias especiales.—*Monofobias.*—Las descargas emotivas, tumultuosas, intempestivas, que es el síntoma más característico, más saliente en los estados obsedantes, prodúcense por causas triviales, excitaciones sensoriales de poca importancia, que en el sujeto normal no determinan ninguna emoción fuerte, causando solamente una emoción ligera. Muchas personas sanas de cuerpo y espíritu no pueden ver ciertos animales, como ser una araña, serpiente, ratón, etc., sin un movimiento desagradable, impresionante. Que la vista de un animal repugne, que el oído encuentre desagradables sonidos bajos ó sumamente agudos, que el contacto de un cuerpo caliente traiga una sensación penosa es cosa natural; que la vista de una nubecilla de polvo, el murmurío del viento, el contacto de un animal doméstico, la vista de una araña, etc., determinen una conmoción emotiva tal que á partir de ese momento la renovación de esta sensación ó el simple acuerdo de la impresión que le ha producido, haga revivir cada vez la ansiedad primera torturando el espíritu durante un momento, es sin duda un fenómeno patológico particular derivado de una anomalía de la emotividad. Es á este estado mórbido que se le da el nombre de *fobia*.

Todo lo que es susceptible de impresionar nuestros sentidos es susceptible de convertirse en un miedo enfermizo, en una fobia. Lo que especifica el estado mórbido no es el hecho de tener miedo de un objeto, es el de tener miedo de un objeto que normalmente no suscita ningún sentimiento de repulsión ó de pena. Es imposible y tarea vana pretender clasificar las fobias, no obstante haberse hecho bastantes tentativas.

Freud distingue las fobias traumáticas originarias en la histeria y las fobias propiamente dichas, divididas en: 1º Las fobias comunes, por exageración de las cosas que todos los sujetos tienen un poco, así: muerte, enfermedades, serpientes, etc.; 2º Las fobias de ocasión, por exageración de las cosas que todos los sujetos no tienen, la agarofobia y las otras fobias de locomoción están comprendidas en este grupo.

Régis clasifica en: 1º Fobias de los objetos; 2º Fobias de los lugares, elementos y enfermedades; 3º Fobias de los seres vivos (Manual práctico de medicina mental, E. Régis).

M. Marrel en su tesis «Las fobias»: ensayo sobre la psicología y patología del miedo, rechaza como artificiales estas clasificaciones y propone dividir las fobias, no por el objeto que las provoca, sino por la turbación mental que produce este objeto, y las divide en tres grupos: 1º Las fobias relativas á una turbación sensorial de la sensibilidad general: de tocar, de oír, del sentido muscular, de

la vista, del gusto ó del olfato; 2º Las fobias relativas á una turbación de la percepción ó de la imaginación; 3º Las fobias relativas á una turbación en la idea ó los sentimientos personales, sociales ó impersonales. Esta clasificación aun cuando fácil, es complicada y puramente teórica, pues un miedo ansioso puede manifestarse simultáneamente ó indiferentemente por las diversas vías sensoriales perceptivas y aperceptivas. Es por esto, dice Pitres, que para los cuadros clínicos preferimos conservar la clasificación ó división de Régis ya mencionada. La primera categoría comprende las fobias que originan los objetos, pueden ser tan múltiples y variables como los objetos mismos, son numerosos é indefinidos. Las más comunes son: de los cuchillos, de las armas, de los fósforos, de los alfileres, de la tierra, de los venenos, del hierro, del aceite, de las frutas, etc. Muchas de estas fobias se designan con nombres especiales, así: metalofobia (de los metales), belenofobias (de los alfileres), rupofobia (de la suciedad), misofobia (del polvo), tóxicofobia (del veneno) aichmofobia (de las puntas), hematofobia (de la sangre), etc., etc. La segunda categoría está compuesta por las fobias de los lugares y de los elementos, de las enfermedades y de la muerte. La fobia de los lugares ó topofobia comprende: la agorafobia (de los grandes espacios), claustrofobia (de los espacios estrechos y cerrados), acrofobia (de las alturas), la cremofobia (de los precipicios) y otras fobias análogas como el miedo de su casa (oicafobia), del teatro, de la iglesia, del cementerio, de los vehículos (amaxofobia), de los caminos de hierro ó vías de ferrocarril (siderodromofobia), etc., etc. Las fobias de los elementos comprenden: el miedo al aire y al viento, (aerofobia ó anemofobia), el miedo al agua, á los ríos, etc. (hidrofobia, potamolobia), el miedo del fuego (pirofobia), miedo de la tierra (geofobia), miedo á los huracanes ó tempestades (cheimofobia), del trueno (brontemofobia), de los relámpagos (astrafrefobia), de las montañas (orofobia), de la pendiente (clinofobia), de la vida (kenofobia), de la noche, de la obscuridad (nyctofobia, keronaufobia), etc., etc. Las fobias de las anomalías de la conformación del cuerpo y de las enfermedades comprende: *a*) Las morfobias (dysmorfobias de Morselli) ó fobias de anomalías del cuerpo ó de los visajes; fobia de los pelos ó trico-fobia; *b*) Las fisiofobias ó fobias de las funciones, estados y ataques fisiológicos como la ereutofobia ó miedo al enrojecimiento emotivo; del sudor ó ephidrofobia; de la defecación ó apopatofobia; de la mixión ó urinofobia; de la estación ó stasofobia; de la marcha, lasofobia; de la palabra, logofobia; de la escritura, grafofobia; del signo, hipografobia; de vestirse, enduofobia; *c*) Las algofobias ó fobias de los dolores con todas sus variedades; *d*) Las nosofobias ó patofobias, entre las que se encuentran las de las enfermedades cutáneas, siendo la acarofobia la típica; sifilofobia, miedo á sífilis; epidemiofobia ó fobia de las epidemias; microbiofobia, bacilofobia ó fobia de las enfermedades microbianas; innumerables como estas: dermatofobias ó fobia de las enfermedades cutáneas, (ya citada); la microbiofobia se aplica al miedo de las enfermedades infecciosas, virulentas, siendo las típicas la sifilofobia ó miedo de la

sífilis; ptisiofobia ó miedo de la tuberculosis; histerofobia é hipnofobia, miedo de la histeria y de la sugestión hipnótica; psicopatofobia ó maníofobia, miedo de la locura; cardiofobia y angiofobia, miedo de las enfermedades del corazón y de la angina del pecho; glosiofobia de las enfermedades de la lengua; odontofobia de los males de los dientes; e) La tanatofobia ó miedo de la muerte.

La tercera categoría de fobias están constituídas por la fobia de los seres vivos: comprende las zoofobias ó miedo de los animales, clasificados aun según el animal que inspira miedo, así: cynofobia ó miedo de los perros; galefobia de los gatos; fobia de los insectos, de las arañas, de las ratas, ratones, serpientes, etc., antropofobia ó miedo al hombre; la ginocofobia ó miedo á la mujer; etc. Pitres y Régis al proponer esta clasificación hacen notar que esto no es sino una nomenclatura, una especie de cuadro sinóptico destinado á reunir, en un orden más ó menos lógico, el conjunto de miedos ansiosos ó fobias, sin ninguna pretensión de clasificación nosológica. Si reflexionamos un momento encontraremos fobias que no pueden someterse á una sola de las categorías antedichas, y son por el contrario accesibles y encuadran perfectamente dentro de varios cuadros; así la fobia de la rabia se manifiesta á menudo por la cinofobia y la misofobia. Las fobias, como los estados obsedantes, pero de una manera más pronunciada aun, sobre todo las fobias sistematizadas de origen sensorial, pueden ser permanentes ó accidentales. Pitres y Régis llaman á la primera forma, constitucionales. Se presentan bajo la forma de repulsión angustiosa ó miedos ansiosos originales, crónicos sobre un objeto determinado (de la sangre, fuego, armas, perros, etc., etc.). Estas fobias, como justamente hace notar Gelineau, no son sino la exageración mórbida de aversiones instintivas por ciertos objetos ó animales, en los cuales la vista ó el contacto es indiferente en la mayoría de los casos normales. «Yo he visto sujetos, dice Montaigne, palidecer por un ratón, huir al olor de las manzanas más que los arcabrizasos, volver la cabeza á la vista de la crema, temer ante una cama de plumas». Todos conocemos hechos análogos. Conocí el caso de una señorita para la cual el jazmín del país despedía un olor desagradable. «Huele á muerto» decía. Traía seguramente este olor la representación inmediata de las coronas de flores naturales con que adornan los ataúdes. En los velorios el olor del jazmín es el predominante sobre los otros perfumes. Es de notar que esta aversión instintiva no es del dominio exclusivo de las mujeres nerviosas, se observa en los sujetos de alta cultura intelectual, capaces de ocupar un alto lugar en la sociedad. En las biografías de hombres célebres se encuentran numerosos ejemplos. «La vista de un asno hacía perder el conocimiento al duque de Epernon; el rey de Polonia Wladislao se turbaba y huía cuando veía manzanas; Erasmo no podía ver pescado y lentejas sin que se apoderara de él la fiebre; Scalígero sentía estremecer su cuerpo á la vista de la leña rajada; Tycho-Brahe sentía desfallecer sus piernas cuando encontraba una liebre ó un zorro; el caballero Bacón quedaba desfallecido ante un eclipse de luna; Bayle era presa de convulsiones

cuando percibía el ruido del agua al salir de un robinete; Lamotte le Voyer no podía sentir el sonido de ningún instrumento; Favoriti, poeta italiano, muerto en 1682, no podía soportar el olor de las rosas; un médico de talento, Pedro de Apono, tenía tal horror á la leche y al queso que caía á su vista desfallecido; Ambrosio Paré, persona fuerte, se caía desfallecido á la vista de una anguila; Pedro de Langre cita el caso de un hombre que palidecía á la vista de un erizo y creyó durante dos años que era comido por un animal de estos, y cuenta el caso de un gentilhombre que esperaba con una espada á un ratón; Enrique III, el mariscal duque de Schomberg, Wellington, Napoleón I y Meyerbeer no podían soportar la vista de los gatos. Las mismas idiosincrasias ó singularidades aisladas en una organización superior, como las fobias, tienen una significación patológica y pueden ser consideradas como verdaderas desviaciones ú anomalías de la esfera emotiva, absolutamente comparables á los estigmas de desequilibrio mental.

Los caracteres principales de las fobias sistematizadas constitucionales son los siguientes: 1º Tiene antecedentes similares con un temperamento neuropático, histérico ó histero-neurasténico y puede en un medio familiar ó en la intimidad presentarse bajo la forma de fobias familiares (Régis); 2º Su debut, muy precoz, tiene lugar en la infancia ó en la pubertad; 3º Puede volverse única y persistir indefinidamente bajo la misma forma con alternativas de paroxismos y de calma; 4º A menudo muchas fobias sistematizadas se suceden en la vida del sujeto, cuando se habla de ellas, ó bien existe una fobia primitiva y permanente predominando sobre cierto número de otras fobias accesorias. (Pitres y Régis).

Citan Pitres y Régis dos ejemplos de fobias sistematizadas constitucionales únicas fijas y heredadas.

Fobia de la sangre.—Uno de los enfermos por ellos observado, histérico degenerado, tenía muchos hematofóbos en su familia, jamás había podido ver sangre, ni cuando sano; en una conversación no podían nombrarla sin que fuera presa de una verdadera angustia que lo conducía á un desfallecimiento. Un día que traducía en clase la muerte de Séneca, cuando llegó al período en que el filósofo romano se abre las venas, fué presa de una crisis ansiosa á la sola evocación de ese cuadro sangriento. Pitres y Régis citan muchísimos casos análogos en su libro «Les Obsessions et les Impulsions», pág. 44 y otras.

Fobias sistematizadas accidentales.—La variedad de fobias sistematizadas accidentales corresponden á diferentes cuadros clínicos. En todo caso sobrevienen en sujetos que tienen predisposiciones hereditarias pero no degenerativas. Estos como los precedentes desprovistos de una tara fuerte, si no sucumben al primer choque pueden pasar la pubertad, casarse y hacer la vida ordinaria sin accidente alguno. Pero en un momento dado, entre los 30 y 50 años, sobre todo como Morel lo confirma, puestos en estado favorable por las fatigas, por el surmenage, una enfermedad, crece y se acentúa un estado neuropático, histérico ó histero-neurasténico, ó tienen de pronto un choque violento á menudo ocasionado por la muerte de

un pariente ó un amigo, un accidente grave, el contacto fortuito de una persona atacada de una enfermedad contagiosa, un ataque, un síncope, un fuerte vértigo, un asesinato, una epidemia, etc.; en una palabra, todo lo que puede producir un trastorno emotivo interno, se instala la fobia. Algunas veces, el hecho causal no es real, puede tener lugar durante un sueño del cual el sujeto no conserva ningún recuerdo.

De cualquier manera que sea el choque emotivo se produce á menudo sin reacción exterior violenta y á partir de este momento, más ó menos de esos días, aparece una fobia sin saber la causa original y se traduce por ataques de angustia, todas las veces que cualquier impresión sensorial ó un recuerdo ó una simple asociación de ideas vengan á revelar la emoción inicial. Este género de fobias merecen bien el nombre de fobias traumáticas que Freud propone darle. Su mecanismo etiológico es sin embargo algo diferente. La fobia sistematizada puede, en efecto, no ser sino una especie de evolución del estado obsedante al de fobia difusa ó de primer grado. Ribot parece haberlo visto claramente cuando dice: «El temor enfermizo puede ser el resultado de la transformación ocasional de un estado vago indeterminado en una forma precisa. La panofolia sería un estado preparatorio, un periodo de indiferencia. El azar, un choque brusco, le da una orientación y la fija (miedo de una epidemia, de los microbios, de la rabia, etc.) Es el paso del estado afectivo difuso, al estado intelectual, es decir, concentrado y encarnado en una idea fija; lo mismo que á los que padecen de delirio persecutorio donde la representación á menudo vaga se agrega á un sujeto y no lo abandona más». Para precisar esta variedad accidental de las fobias sistematizadas Pitres y Régis citan algunos casos.

Estas fobias son muy frecuentes en los estados neurasténicos é histéricos y se vuelven estados sumamente angustiosos. Los autores citan ocho casos y entre ellos una fobia de la muerte por angina de pecho. El sujeto, una señorita de 32 años, hija de artríticos nerviosos, padece también de este mal. Hacía un año había tenido el primer choque moral, como consecuencia de una caída de un coche. Fué presa de penosa impresión después de este suceso y su madre murió repentinamente de un acceso de angina de pecho. Después de algunos días se apodera de ella la fobia de la muerte súbita y de la muerte por angina de pecho. En estos ataques de angustia, la enferma presentaba los mismos caracteres y síntomas de la angina de pecho, tal como la tenía su madre. Ella siente sobre todo «una garra» una «opresión ansiosa» y se lamenta gritando «voy á morir».

Reviviscencia emocional. — Un carácter frecuente y especial es, en los parosismos angustiosos, la intensidad de la reproducción de la sensación primera, llegando á representarse justamente, ya sea en estado de vigilia ó de sueño, con los caracteres de una verdadera alucinación. La fobia de Pascal, que veía un precipicio á su lado, tiene su explicación en el accidente en el puente de Neuilly y pertenece á este grupo de fobias. Féré hace de la emotividad mórbida

una alucinación del sentimiento «porque la emotividad mórbida se produce en las mismas condiciones que la sensibilidad subjetiva mórbida y son en realidad estados afectivos exteriorizados ú objetivados, son alucinaciones del sentimiento. La exteriorización refuerza la emoción, provocando fenómenos psíquicos tan intensos que tienen excitaciones reales como las alucinaciones sensoriales». Aun cuando es la idea de un hombre autorizado la alucinación en este caso tendría una etiología única bien caracterizada, diferente de las alucinaciones comunes, luego sería una alucinación sobre un hecho ya producido, teniendo que existir una memoria fiel del organismo de lo ya producido; y no así en las alucinaciones comunes que no tienen hechos precedentes, aunque es cierto que en las resurrecciones emotivas hay verdaderas alucinaciones de los sentidos: los cuadros pasan á la vista del enfermo con todo el colorido, percibe los gritos, etc., etc.

Es necesario distinguir en las fobias sistematizadas, constitucionales ó funcionales los casos donde ellas se manifiestan exclusivamente por los ataques angustiosos, con tranquilidad completa del espíritu en los intervalos de los ataques, en los cuales perdura la idea como obsesión durante los períodos que median entre una crisis y otra. Estos últimos, son los más frecuentes, sobre todo aquellos en los cuales las fobias se prolongan y presentan un estado mórbido intermediario entre la fobia pura reducida á ataques de angustia y la obsesión intelectualizada. De lo expuesto queda establecido que la fobia es una cosa y la obsesión otra. Algunos autores sostienen que no son dos cosas diferentes, sino dos variedades de pena, ó mejor dos grados de un mismo estado neuropsicopático, diferentes por la proporción de los elementos *emotivos é ideativos* que los constituyen y por su carácter evolutivo, en uno generalmente intermitente, en el otro la mayoría de las veces continuado por paroxismos. No me ocuparé sobre si las obsesiones son ó no formas intelectualizadas de las fobias, unos autores establecen profundas diferencias y otros las separan totalmente. Freud al hacer las divisiones clínicas de los estados obsesivos coloca en el tercer lugar las fobias y determina sus caracteres diferenciales. Explica claramente la diversidad del mecanismo en una y otra, aunque concibe la combinación de ambas.

Según algunos, la obsesión no es sino la forma agravada é intelectualizada de la fobia.

VALERIANA ASTELARRA.