

PERITAJE PSIQUIATRICO EN RELACION CON LAS NEUROSIS COMO CAUSA DE NULIDAD

JOSE MARIA POVEDA ARIÑO

SUMARIO: 0.0.0. INTRODUCCION. CONCEPTO PSICOPATOLOGICO DE LAS NEUROSIS.—1.0. Evolución histórica del término y su significado ambivalente.—2.0. Alternativa etiológica.—2.1. Conviene caracterizar clínicamente la neurosis.—2.2. Por un perfil psicológico peculiar.—1.0.0. LA NEUROSIS COMO ENFERMEDAD.—1.0. Alteración de la naturaleza desde la naturaleza.—1.1. Lo psicossomático.—1.2. El hombre como unidad.—1.3. Las operaciones humanas.—1.4. Enfermedad y cuerpo.—2.0. La persona enferma.—2.1. Cualidad individual, social e histórica.—2.2. El trastorno neurótico.—3.0. Insuficiencia de las clasificaciones médicas tradicionales en la Psiquiatría y en el peritaje.—2.0.0. LAS NEUROSIS COMO ANOMALIAS DEL VIVENCIAR.—1.0. Inalterancia del significado de lo real.—2.0. Dependencia de cierto estado de ánimo.—3.0. La vivencia — cualidad modal de la relación *sujeto-objeto*.—3.1. Estado de ánimo y realidad.—3.2. La realidad como lugar común de la proyección.—3.3. Procesos de racionalización y defensa.—2.4.0. LAS ESPECIES O FORMAS NEUROTICAS DE TALES PROCESOS: 1.—Depresiva. 2.—De angustia. 3.—De conversión (histeria). 4.—Obsesiva. 5.—Fóbica. 6.—Hipocondríaca. Formas mixtas.—5.0. Capacidad de decisión.—3.0.0. COMPRESION, JUSTIFICACION Y FALTA DE DISCERNIMIENTO.—1.0. Estructura afectiva del fenómeno.—3.0. Factores extrínsecos.—4.0.0. LA FORMULA DEL *DUBIUM* EN LAS NEUROSIS.—1.0. Capacidad de consentimiento.—2.0. Aptitud para el desarrollo del matrimonio como capacidad de vida y de amor.—5.0.0. CLINICA, EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LAS NEUROSIS.—6.0.0. RECONOCIMIENTO MEDICO.—1.0. La «entrevista».—2.0. Pruebas de «psicología clínica».—3.0. Proyección y conflicto.—4.0. Alcance psicológico del conflicto.—5.0. Tendencia, sentimiento y voluntad en el hecho del amor.—7.0.0. ANEXO. RELACION DE CASOS.—8.0.0. BIBLIOGRAFIA.

0.0.0 Es evidente que, a efectos del peritaje psiquiátrico en las neurosis, lo fundamental es el concepto psicopatológico de las mismas.

0.0.1 Al perito le interesa el acontecer psíquico del presunto paciente, y ha de investigar desde el punto de vista de la causalidad *extrínseca*, es decir de *influencia causal*; ya sea *eficiente*: relación de causa-efecto que tiene en aquella su *porqué*, bien sea *final*: en relación de fin o medio. Cuyos considerandos y conclusiones han de formularse en términos psicológicos.

Pero ha de saberse también que, los cambios e imprecisiones del concepto de neurosis, han inducido a no pocos autores a proponer una formal renuncia al uso del vocablo. Esta es la primera razón de por qué preferimos circunscribir el concepto a lo *psicopatológico*, aun cuando hayan de considerarse otros aspectos —etiología, evolución y pronóstico— que, siendo importantes en la clínica y tratamiento de los pacientes, tienen un valor secundario a efectos de la pericia en orden a las causas de nulidad del matrimonio.

0.0.2 La segunda razón es la de que, si bien en todo peritaje psiquiátrico lo principalísimo, con independencia del diagnóstico y etiología de la dolencia, es el estado mental del sujeto, entendido como capacidad de decisión responsable de los actos sometidos a juicio, en lo concerniente al sujeto neurótico, la capacidad en cuestión, apenas si puede ser verificada al margen del dinamismo psíquico como tal.

0.1.0 Parece pues conveniente que la introducción del tema se haga desde la perspectiva de la evolución histórica del término neurosis para llegar a su actual concepto psicopatológico. Trataré de hacerlo con brevedad.

0.1.1 El vocablo neurosis fue propuesto por Cullen en su «Nosología» (1869), como sinónimo de «enfermedad nerviosa». Comprendía «síndromes» neuropatológicos con cierto componente psíquico. Síndromes que, posteriormente fueron desprendiéndose del grupo, para constituirse, por un mejor conocimiento de sus causas y una más clara definición clínica, en entidades nosológicas tan distintas como la epilepsia, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple y otras de rango neurológico claro. Comprendía también otras molestias, cuyo prevalente colorido psíquico, habría de servir de soporte en la ulterior evolución semántica del término, no sin pasar, en el ínterin, por el catálogo de las enfermedades psiquiátricas del segundo tercio del siglo XIX con entidad propia. Así la «hipocondría», la «locura de la duda» y las «obsesiones» y «fobias». Y tanto unos cuadros, como otros, entendidos, de acuerdo con el significado original e inmediato del término como «algo extraordina-

rio» sólo explicable por la idea de «degeneración» —osis— del sistema nervioso.

0.1.2 Esta idea de «degeneración» se mantuvo a pesar del desmantelamiento del género nosológico original. Y con la idea la palabra. Pues en la medida que las especies nosológicas desprendidas acreditaban su dependencia causal de áreas, sistemas o funciones neurológicas concretas, el residuo neuropsiquiátrico parecía depender de ciertas condiciones de la actividad psíquica global cuyo supuesto no sería tanto una causa localizable, como una alteración del «sistema general» de donde se pensaba dependían la actividad y el pensamiento (Hesnard), o la inteligencia, la sensibilidad o la motilidad, o todas estas facultades a la vez (Axenfeld 1863). Como una «degeneración» alteradora *sine causa*.

0.1.3 Así cobra el concepto de neurosis esa significación ambivalente que, a pesar del Psicoanálisis y otras direcciones psicogénitas, sigue manteniendo hasta hoy.

Ambivalencia referida tanto a la alternativa etiológica soma-psi-que, como a las manifestaciones clínicas: somáticas y psicológicas.

0.2.0 Ciertamente, en la actualidad, la contraposición *somatogenia* — *psicogenia* ha quedado mayoritariamente resuelta por el empleo de las nociones de *psicodinamia* y *fisiodinamia*, que parecen acomodarse mejor a las ideas etiopatogénicas de la clínica psiquiátrica en general. Esta sustitución favorece la doctrina bio-psíquica de las neurosis, relegando a un lugar secundario la disputa acerca de una génesis excluyente de cualquiera de los dos principios. De todas formas, las referidas nociones son como un eco lejano del dualismo platónico.

0.2.1 Concretamente en las neurosis son muy pocos los clínicos que no admitan la correlación de ambos dinamismos.

Por lo demás, lo ordinario es que los enfermos se quejen de «su fisiología» y aun aduzcan muy concretos síntomas físicos: cefaleas y otras algias, mareos, temblor, insomnio, etc.

0.2.2 Pero es claro, y aceptado sin excepción, que lo que caracteriza clínicamente al paciente neurótico es su perfil psicológico peculiar.

De ahí que me parezca, a efectos periciales, más importante la caracterización psicopatológica de las neurosis que un concepto nosológico de las mismas abarcativo de la totalidad del proceso.

0.2.3 Esta disposición selectiva del perito parece aconsejable igualmente en cualquier otra clase de dolencias psiquiátricas, sino

que en unos casos por la obvia incomprensión radical del comportamiento, y en otros por la patente condición orgánica del trastorno, basta con verificar una u otra para concluir el dictamen, como ocurre en las psicosis endógenas y en los deterioros orgánicos.

1.0.0 Las neurosis, en tanto enfermedades son alteraciones del natural.

El *natural* es la índole o inclinación propia de cada uno. La *naturaleza* no se refiere sólo a lo sensible; el término griego *physis*, de donde procede, comprendía también los hechos psíquicos. *Natura* es el orden y concierto de todas las cosas creadas. *Natura* es, también, el instinto (en su más radical y auténtico significado), tendencia, propensión o inclinación de las cosas a su conservación y aumento. Conviene tener presentes estas connotaciones.

1.1.0 La naturaleza humana está definida por la unidad sustancial del cuerpo (mejor diríamos de determinada materia física, sensible incluso en su magnitud mínima) y del alma. Cuerpo y alma son como coprincipios irreductibles entre sí, pero mutuamente exigidos.

El autor de esta comunicación considera que la doctrina que mejor se acomoda a los hechos clínicos es esta, según la cual, la naturaleza humana tanto cuando se actúa de manera saludable (no digo normal, porque lo anormal no es siempre patológico, ni lo patológico condiciona siempre lo anormal), como cuando se manifiesta en forma patológica o anómala, es siempre *psicosomática* en el más depurado sentido antropológico del vocablo.

1.1.1 Pero decir psicossomático no es decir que el cuerpo influye en el alma o que el alma influye en el cuerpo, sino realidad viva, en tanto inseparable, de materia y forma.

1.1.2 Ciertamente, el alma tiene una entidad de rango superior a la materia, si no que en el hombre, cualquier criatura humana, el enfermo objeto de la pericia, por ejemplo, es *más que alma y más que materia*, de suerte que sus actuaciones exigen la copresencia operativa, dinámica, de ambos principios.

1.1.3 No habría operaciones humanas sin la realidad de esta natural unión. Naturaleza es sustancia y principio de operaciones.

En consecuencia:

1.1.4 No hay enfermedades sin cuerpo. Como tampoco, en sentido médico, puede hablarse de enfermedades del alma.

1.2.0 Lo que enferma es la persona.

1.2.1 La enfermedad es una incidencia biográfica. Afecta, por consiguiente, a las tres dimensiones fundamentales de la vida humana, alterando la personalidad, como realidad singular, individualizada, social e histórica del ser personal.

1.2.2 La cuestión estriba en el *tantum* de afectación de todas y cada una de dichas dimensiones.

1.3.0 Las clasificaciones médicas tradicionales de las enfermedades en *internas, quirúrgicas y psíquicas*; o en *orgánicas y funcionales* responden a criterios clínicos, de cuidados médicos en sentido estricto. Pero son insuficientes a efectos de peritaje.

Los ejemplos demostrativos de este aserto están a la vista de cualquiera.

1.3.1 La clínica psiquiátrica que es, ante todo, una parte de la clínica general, aplica estas clasificaciones para fundar sus criterios terapéuticos y pronósticos.

Hay psicosis traumáticas, tóxicas, metabólicas y orgánicas en sentido estricto.

Hay muy severos trastornos que, sin causa orgánica verificada, favorecen la presunción de una patología orgánica y/o, en todo caso, la de la patología funcional.

1.3.2 De cualquier modo el pronóstico y la estimación de la responsabilidad en las decisiones del sujeto se funda, sobre todo, en el grado de integridad de sus facultades y potencias psíquicas. Lo que requiere, lógicamente, la verificación de las mismas.

1.3.3 Cuestión ésta particularmente delicada en lo relativo a los trastornos funcionales y endógenos en general, donde no es infrecuente la imposibilidad de aplicación de pruebas psicológicas y aún, a veces, la práctica de la entrevista directa.

2.0.0 Veamos, pues, el fundamento psicopatológico de las neurosis, sin perjuicio de ulteriores consideraciones etiopatogénicas y exploratorias.

2.0.1 La neurosis se define como una *anomalía del vivenciar*.

2.0.2 *Vivencia* es la experiencia íntima (interna, por contraposición a externa) de la realidad: de las realidades físicas y de las morales; y de la propia y personal realidad.

2.0.3 La *vivencia* corresponde en el orden psicológico a *los modos* de la relación «sujeto-objeto». Ambos términos son correlativos. Lo que no quiere decir que la realidad deba su *ser* o dependa en su

existir de las operaciones del sujeto. *Sujeto* es, ante todo, el supuesto de la relación.

2.1.0 En la neurosis, el «objeto» (la realidad, las cosas) no sufre cambios en su significado real. La silla, es silla, y el perro sigue siendo perro.

2.1.1 El cambio de significación objetiva es lo propio de las psicosis. La silla o el perro, pueden seguir siendo tales, pero además y sobre todo, *son otra cosa*, contienen otra naturaleza, diríamos, cuya significación viene dada en el conjunto del mundo propio del psicótico, en base a trastornos instrumentales; es decir a alteraciones operativas de la conciencia, determinados o no por los fallos de la memoria o de la senso-percepción.

2.1.2 No hay trastorno de la conciencia de lo real en las neurosis. Lo contenido se encuentra en ella como tal, sino que el sujeto lo asume de acuerdo con modalidades del vivenciar, dependientes de determinados estados de ánimo.

2.2.0 En la base del vivenciar neurótico se encuentran siempre alteraciones del estado de ánimo.

2.2.1 Hasta cierto punto carece de sentido la distinción acerca de la génesis de los sentimientos patológicos. Se puede ser enfermo de neurosis, o reaccionar neuróticamente desde esa previa alteración del estado de ánimo, y *sólo desde ella*.

Digo que *se puede* ser o reaccionar, porque *no siempre* la repetida alteración deviene *neurótica*. Aquí estriba precisamente la distinción entre fisiodinamia y psicodinamia. Y, sobre todo, la exigencia de una caracterización «more psicológico» de la neurosis.

La vieja clasificación de órgano-neurosis (neurosis cardíaca, por ejemplo) y psiconeurosis carece hoy de sentido. Se pueden sufrir crisis de taquicardia funcionales y no ser psicológicamente *neurótico*.

2.2.2 Primero se pensó en aquella especie de *degeneración global* de los supuestos de la actividad psíquica.

2.2.3 Luego, vendría el Psicoanálisis con sus modelos hipotéticos ya sabidos. El «trauma inicial», los «complejos», la «energía libidinosa», etc., etc. Hipótesis apoyadas entonces, y ahora, en ciertas operaciones que al transitar por la cualidad afectiva del psiquismo (y no por lo instintivo, sino en cuanto tendencial) constituyen el dinamismo esencial de la naturaleza humana. Como dice Millán Pue-

lles «la tendencia constitutiva de la subjetividad se dirige hacia las realidades para asimilarlas de alguna forma, nutriéndose de ellas».

2.2.4 A la vez que las diferentes corrientes psicoanalíticas, la doctrina de Pierre Janet buscando la génesis de la neurosis en la astenia psíquica, como *debilidad global* (no degeneración) de la actividad psicológica.

2.2.5 Por último el método fenomenológico (descripción y reducción de los *hechos psíquicos*) y la clínica; sobre todo, la terapéutica, en apoyo de la tesis de la autonomía funcional de la vida afectiva y su dependencia de determinadas estructuras neuro-vegetativas.

2.3.0 En cualquier caso la anomalía del vivenciar neurótico, dependiendo fundamentalmente del estado de ánimo alterado:

2.3.1 Sin modificar el significado de lo real.

2.3.2 Pero acusando la presencia de lo real y apoyándose en ello para verbalizar (mecanismos de proyección y defensa) el estado de ánimo patológico. Tal es, precisamente, la razón práctica de ciertas pruebas y tests de psicología clínica.

2.4.0 La cualidad del estado de ánimo subyacente en los estados o reacciones neuróticas corresponde al *sentimiento de inseguridad* que, en su expresión menos intensa apenas puede distinguirse cuantitativamente de la inseguridad inseparable de la duda del sujeto sano. Pero el incremento de esta tasa de inseguridad inicial puede seguir en su elaboración psicológica direcciones bien diversas. Tantas como las que, luego, clínicamente especificarán los diversos tipos de neurosis.

2.4.1 Una primera elaboración del sentimiento de inseguridad puede manifestarse en forma *depresiva*. La clínica designa esta especie como «neurosis depresiva» o «depresión reactiva». Esta segunda denominación sugiere que el referido estado puede relacionarse con la situación personal del paciente. Pero, bien entendido, que la *situación* como conjunto de la realidad en torno, en esta, y en todas las formas de neurosis, actúa como *reveladora* de la «vis neurótica» del sujeto.

2.4.2 Una segunda especie clínica viene configurada por matices prevalentemente *angustiosos y/o ansiosos*, matices que enseguida se explicarán, pero que aparecen habitualmente unidos a sentimientos depresivos. Se la denomina, indistintamente, «neurosis de angustia» o «de ansiedad».

2.4.3 En otros casos, la inseguridad aparece elaborada como necesidad de estimación. Es esta, una de las formas más controvertidas de la neurosis, tanto desde el punto de vista etiopatogénico como desde el de su real entidad nosológica. La consideración pormenorizada de la aludida controversia constituye, como saben muy bien los psiquiatras, la historia de la «histeria». Ni siquiera en forma resumida me parece oportuno exponerla aquí. Pero su referencia sí aconseja, en orden a un mejor esclarecimiento del tema objeto de este estudio, se exponga de manera sucinta el estado actual de la cuestión.

1.—La noción de histeria como una enfermedad peculiar ha desaparecido (K. Schneider, Marco Merenciano, Rojas, López Ibor, Barcia, etc., etc.).

2.—La sintomatología que servía para definirla como neurosis de «conversión», queda dentro del catálogo de las llamadas por Kurt Schneider «reacciones vivenciales anormales».

3.—Se admite, en principio, que tales R. V. A. pueden producirse en cualquier persona. Pero la desigual forma e intensidad de las mismas, al no ser proporcionadas a la situación desencadenante, favorece la hipótesis generalmente compartida, de que el papel de la «personalidad» del sujeto es decisivo. De ahí que,

4.—La «histeria» quede como término, en progresivo y justificado desuso, para designar una forma determinada de «personalidad psicopática» caracterizada por la manera llamativa y primaria de provocar la atención.

5.—Tanto la estructura de semejantes personalidades, como la dinámica de las R. V. A. son bien conocidas. Se trata de mecanismos apenas controlables *in actu*. Kretschmer los calificó de hiponóicos e hipobúlicos. Corresponden a esquemas de reacción comunes a todas las especies animales. Y se desencadenan desde vivencias cuyo espectro emocional va desde los precitados sentimientos de inseguridad hasta los de temor y amenaza. Y tanto si se trata de un miedo objetivable, como fantástico e imaginario.

6.—Dichas reacciones, consideradas por Kretschmer como instintivas se conocen (y agrupan) como «tempestad de movimientos» y «reflejo cadavérico». López Ibor ha propuesto denominarlas «reacción de sobresalto» y «reacción de sobrecogimiento». Suponen un estrechamiento súbito de la relación «sujeto-objeto» tanto desde el punto de vista del virtual espacio como del tiempo de la vivencia.

2.4.4 La alteración del estado de ánimo puede dar lugar, es decir, ser más o menos sentida, como trastorno de la vivencia del

tiempo. Ciertamente la experiencia de la temporalidad ofrece diversas modalidades, pero la característica de la especie neurótica a que ahora nos referimos es la aceleración del vivenciar y, con ella, el temor de «lo posible».

Las «posibilidades» del horizonte neurótico pueden ser, y de hecho son en su mayoría, verdaderas posibilidades. Pero realmente posibles o no, lo singular (patológico) del hecho reside en que «lo posible temido» resulta de un proceso de configuración racionalizadora de la *ansiedad*. Es un intento de objetivarla para descargar su *vis* subjetiva.

Aquí, la dinámica defensiva del sujeto se funda en la espontánea puesta en movimiento de tendencias naturales agrupadas en torno al llamado «instinto de repetición». La finalidad de lo iterativo es, valga la expresión, detener esa fluencia del tiempo —*ansiedad*— que puede convertir en real, y presente, lo que, por «posible» pertenece al futuro. Tal es, en apretada síntesis, la estructura de la «neurosis obsesiva». La severidad de esta forma y lo particularmente complejo de su psicodinamia y perfil clínico, son consecuencia de lo nuclear del trastorno. Es la persona, en su dimensión ética, lo que se pone en cuestión, por ser el tiempo (la temporalidad más bien) el lugar común del despliegue siempre arriesgado de las propias posibilidades personales.

2.4.5 El correspondiente trastorno de la vivencia del espacio radica en sentimientos de *angustia*. La angustia de los espacios cerrados: *claustrofobia* y la de los espacios abiertos: *agorafobia*. También la angustia de cualquier objeto o cosa. El inventario de las *fobias* es indefinido. El denominador común de las *rerum* fóbicas es la repugnancia, rechazamiento, aversión o temor intensamente sentidos a causa de lo insólito, inaprehensible, informe o proteico de su apariencia, o, si se entiende mejor, del imprevisible potencial que encierran. ¿Qué duda cabe que un cuchillo puede ser mal empleado?, ¿cómo puede dejar de temerse cualquier animal extraño o consabidamente no domesticable o menos domesticable, etc.? Si no que lo considerado fobógeno, no es tanto la causa eficiente cuanto la forma de algo —*la angustia*—, cuyo objeto (la angustia es miedo sin objeto) permite descargar, proyectar o cristalizar. (Como mejor se entienda). De fobias y filias está la vida llena.

2.4.6 Pero el propio cuerpo, como realidad inserta en el espacio físico, también puede ser objeto de temor. Ortega y Gasset hablaba en expresa metáfora del «líquido drama de la sangre circulante»: el *intracuerpo*, con sus pseudoreferencias anatómicas, amenazando al sujeto. Ya se ve que hablamos de la «hipocondría».

El «análisis de la existencia» ha formulado la hipótesis de que el cuerpo actúa como vicariante de los conflictos de la persona. Una enfermedad o lesión de las que la medicina distingue como orgánicas facilita la *fijación* o *descarga* de la angustia patológica, favoreciendo la desaparición de «sentimientos de culpabilidad», e incluso impide que tales sentimientos lleguen a configurarse. El temor inefable del sujeto se desplaza y transforma en temor de la enfermedad corporal. La angustia precordial, por ejemplo, convierte un posible problema ético, personal, en cuestión médica: «¿tendré un infarto?». Pero no sólo se trata de un «mecanismo» vicariante.

La elección del órgano presuntamente enfermo responde a esquemas *funcionales* que rebasan la estricta significación anatómico-fisiológica que la medicina positiva les atribuye. Y la rebasa porque la misma medicina ya le había atribuido significaciones de rango antropológico más abarcativo. Se ve muy bien como enfermos, médicos y profanos manejamos de consuno un concepto del *corazón*, de la *cabeza* y hasta del *hígado* y del *estómago* que no es sólo médico, ni sólo literario, sino más profundamente humano. De ahí que tales órganos y sus correspondientes funciones resulten, a menudo, el socorrido lugar común de las hipocondrías.

Weizsäcker habla de la «logofanía de los órganos». Ciertamente los órganos «hablan» porque, justo gracias a través de los sentimientos, la corporalidad como vivencia del intracuerpo, trasciende su positiva entidad material y se incrusta en el acontecer espiritual.

¿Cómo experimentar mejor la amenaza de la muerte que a través del registro de la presunta o real dolencia orgánica? Y no es la muerte, en tanto muerte que, desde la fe en la inmortalidad, llega a ser positivamente asumida. También en el sujeto creyente a machamartillo pueden darse «hipocondrías». Pues la angustia ante la muerte, aparte de la natural repugnancia implicada en la separación de cuerpo y alma, procede de mecanismos de proyección que ven en el cadáver la imagen plástica de la amenaza de *dejar de ser*. Sólo que, en la hipocondría, el ser *corporalmente* enfermo, es experimentado con menores resonancias éticas. Me decía un enfermo (y lo escuchan de seguro muchas veces los psiquiatras) que era preferible una apendicitis real que su fobia a los caballos.

2.5.0 De esta apresurada descripción de las distintas especies neuróticas, a las que habría que añadir las consideradas como formas mixtas que, indudablemente son las más frecuentes, se deduce que, salvo los episodios agudos de inundación de la conciencia por

los sentimientos precipitados, la neurosis como tal no altera las potencias superiores.

2.5.1 La realidad sigue siendo tal cual. Puede temerse esto o aquello. Insistiremos sobre la cuestión en nuestras consideraciones periciales.

2.5.2 Pero la única que, realmente, puede hipertrofiarse es la propia conciencia de la enfermedad.

2.5.3 Y en casos excepcionales del escrúpulo moral patológico—especie de las obsesiones—llegarse, a través de los mecanismos expuestos, al llamado «escrúpulo» del escrúpulo, en función de la intensidad de los sentimientos de duda que, en tales casos, siguen actuando, mostrando, precisamente de este modo, la insuficiencia de los procesos y proyecciones de descarga verbalizadora.

3.0.0 El análisis psicológico de las neurosis, esa peculiar psicopatología que acabamos de exponer, constituye el fundamento del gran empeño de comprensión que suscita el cuadro clínico de las mismas.

Ahora bien este empeño comprensivo da lugar a dos actitudes que diferenciamos seguidamente.

3.1.0 *Primera.* La preferente orientación psicológica de la terapia. En el fondo, toda *psicoterapia comprensiva* resulta de un colosal empeño racionalizador del hecho básico de toda neurosis: la tan repetida alteración del estado de ánimo fundamental.

El paciente propende a establecer la relación de sus actitudes habituales y de sus incidentales reacciones llamativas con la situación de que forma parte. Y esta relación realmente existe. El problema reside en determinar la especie de la relación. Ya hemos adelantado algunas ideas.

3.1.1 Una interpretación psicogenética de la sintomatología no puede por menos de iniciar su pesquisa comprensiva partiendo del supuesto de que lo actuante por modo de causa, es el propio ambiente, o algo que *se encuentra* en la circunstancia habitual del sujeto. De este modo el enfermo neurótico queda reducido a un ente pasivo que no hace otra cosa sino reaccionar frente al entorno transmutado en factor de motivaciones.

3.1.2 La hermenéutica del proceso depende de esquemas antropológicos típicos de cada autor o escuela. La sexualidad reducida a «instinto fisiológico», el «instinto de poder», el «complejo de inferioridad» y tantas sugestivas y tentadoras impertinencias.

3.2.0 *Segunda*. La misma interpretación comprensiva, al convertir al paciente en sujeto pasivo de la dolencia acaba por transformarse en una teoría justificadora de la ausencia de responsabilidad del propio sujeto.

Se advierte, sin más, que semejante doctrina al ser aplicada al peritaje de las neurosis concluya con el dictamen de la no imputabilidad de los actos del paciente.

3.2.1 No hace falta subrayar que para la antropología surgida del materialismo dialéctico, ni siquiera llega a plantearse el dictamen en términos de mayor o menor grado de libertad. La libertad en el materialismo dialéctico queda reducida a un mero producto subjetivo, cuya proyección en un orden teórico inadmisibles en semejante concepción del mundo y de la historia humana, habría dado lugar al principio del «libre albedrío». Esta ideología, si bien no puede escapar al propio análisis psicológico, se juzga por sí misma quedando excluida en su caso del objeto de la pericia en el ámbito de la jurisdicción canónica.

3.2.2 El verdadero problema a nuestro propósito estriba en que inevitablemente, el tránsito de la *comprensión* a la *justificación* no sólo se hace imperceptible, sino que, además, resulta obligado, tendencial y tendenciosamente, desde el inevitable *pondus* del egocentrismo humano. Este hecho resulta a menudo claramente manifiesto en aquellas especies neuróticas donde la anomalía del vivencian pone en cuestión la ética del sujeto. Tal ocurre en la llamada neurosis obsesiva.

3.2.3 La referida necesidad de justificación por parte del psicoterapeuta o eventual perito es correlativa de la de autojustificación del sujeto sometido a tratamiento o examen pericial. La única diferencia se refiere, de ordinario, al hecho de que el terapeuta o perito van más allá en su afán racionalizador que el propio enfermo, facilitando así, habitualmente, por medio de la «catarsis *ex-auditu*» el sosiego del paciente. Pero debe advertirse, como se puso de manifiesto en el «simposio internacional sobre la neurosis y su tratamiento», celebrado en Madrid en 1969 que, muy a menudo, el paciente puede quedar aplastado bajo el peso de las significaciones. Este fenómeno es revelador de la contradicción creado entre la real libertad del sujeto y el alcance de una comprensión justificadora que acaba por negarla.

3.2.4 Todavía parece conveniente insistir acerca de la preferente cualidad ética de la vivencia alterada.

Partiendo del «escrúpulo moral» se piensa que lo afectado es la

constitutiva dimensión religiosa de la naturaleza humana. Los contenidos del escrúpulo, subrayados por las quejas constantes de los enfermos acerca del cumplimiento de determinados preceptos y de la evitación de ciertas faltas, fomenta esta presunción. Pero, cuando se analiza el contenido de la conciencia patológicamente escrupulosa y se estima cuantitativamente la materia formal del escrúpulo, se advierte enseguida que en rigor no se trata tanto de las relaciones con Dios cuanto de las relaciones del sujeto con su personalísima idea de lo religioso. Si vale el símil (perdóneseme esta licencia metafórica tan usada y abusada por la psicología profunda y sus afines) podría decirse que la energía que naturalmente debería alimentar la dirección religiosa de la existencia es transferida a la dirección de una ética que, por ser simultáneamente individual y perfeccionista, se cierra sobre el propio sujeto. No es otro el profundo radical psicológico de todo inmanentismo.

3.3.0 La dinámica de la justificación revelada en las especies obsesivas y fóbicas de la neurosis, resulta ser, en definitiva la causa alentadora de las demandas periciales. El problema se complica porque esa dinámica justificadora puede actuar también en las partes en litigio y en sus defensores y testigos. Por eso, y a propósito de la intervención del facultativo médico o psicólogo, los tribunales hacen muy bien en distinguir si actúa como *testigo* —informe solicitado por alguna de las partes sin providencia previa—, o como perito designado por el propio tribunal.

3.3.1 Si se explica el presunto error por factores determinantes de la conducta, el sujeto queda justificado. Es decir: no sería justo en tales casos atribuir al encausado la responsabilidad de su decisión y, por consiguiente, la validez de su participación en el acto contractual.

3.3.2 En este sentido se ordenan la exposición de los hechos y los fundamentos de derecho en las demandas de interposición de causas de nulidad fundadas tanto en los presuntos trastornos neuróticos como en cualesquiera otros de índole psiquiátrica.

4.0.0 Pero debe notarse, entrando ya de lleno en nuestro tema que, de unos años a esta parte la fórmula del *dubium* que abre el sumario de las causas de nulidad en general y, más particularmente, aquellas que pretenden fundar la demanda en la presunción de *psicopatía* (personalidades psicopáticas) y *neurosis* es más extensa.

4.1.0 La duda se plantea ahora en forma doble. Y ello con independencia de que, tanto en la demanda original, como en la muy fre-

cuenta de reconvencción, la presunción de enfermedad recaiga sobre uno o ambos cónyuges.

La primera parte del *dubium* remite a la capacidad del sujeto para otorgar de manera válida el consentimiento requerido en la celebración de las nupcias.

La segunda parte de la fórmula de dudas, se refiere, casi invariablemente, a la aptitud del sujeto (o de uno y otro) para desarrollar el matrimonio como una comunidad de vida y de amor.

4.1.1 En cuanto a la capacidad del sujeto *in actu*, es de toda evidencia que está en función del estado de su conciencia.

La conciencia de que aquí se trata, no consiste en un mero reflejo de la situación.

Un principio fundamental de psicología establece que la llamada conciencia —el ser conscientes, como ahora se acostumbra a decir— no es el simple *darse cuenta de...*, si no *el advertir*. Y advertir es operación, actividad no exenta de cierto esfuerzo, consistente en la formalización, o configuración integradora de aquello que el sujeto como tal ha de asumir. Psicológicamente incluso, a pesar de la pretensión de reducir la conciencia a este simple dinamismo, resulta claro que toda *formalización integradora* implica necesariamente una referencia a determinados valores que el propio sujeto afirma como reales. De suerte que toda conciencia es ya, por lo menos, un juicio incoado.

Se entiende, pues, que la idoneidad de la conciencia depende:

Del estado de las potencias: entendimiento, memoria y voluntad. Y estas de las específicas capacidades naturales del sujeto.

Evidentemente no se exige el mismo grado de inteligencia para pecar que para casarse. Afirma Santo Tomás (IV Dist. 27, qu. 2, arts. 2-11) que «para pecar mortalmente basta un consentimiento presente; mas en los esponsales hay un consentimiento para el futuro». Y cuál sea la capacidad de juicio requerida en la prestación del consentimiento matrimonial la establece la Iglesia en el canon 1082, & 1: «Para que pueda haber consentimiento matrimonial, es necesario que los contrayentes no ignoren, por lo menos, que el matrimonio es una sociedad permanente entre varón y mujer para engendrar hijos»*.

No es la capacidad intelectual lo que ha de cuestionarse específicamente en las neurosis. Tampoco la voluntad como tal. La deliberación interna de la que la voluntad es término, puede errar cuando

* Tomo la cita, completa del texto del R. P. D. Henrico Quatrocolo, decisión XLV.

la conciencia está viciada por el deficiente entendimiento. Pero ya se ha dicho que la estructura psicopatológica de la conciencia neurótica no afecta a la estimación objetiva de lo real.

El sujeto será libre de convertir la forma externa del consentimiento en medio para unos fines distintos de los del matrimonio. Pero este acto queda excluido, por definición, del objeto de la pericia.

Los condicionamientos operativos procedentes de la memoria no sólo no reducen el conocimiento, sino que en general lo fomentan y acrecen.

4.1.2 Es claro que la conciencia puede alterarse bajo el efecto de intensos sentimientos de temor hasta llegar a la suspensión completa de las operaciones que le son propias. Y no sólo desencadenando una súbita «pérdida de sentido» o una aparatosa R. V. A. Semejante evento no plantea problemas periciales: sobran testigos. Recuerdo un caso en que el espectacular suceso concluyó simplemente en un aplazamiento de la ceremonia.

También puede ocurrir que el sujeto se encuentre en un estado de «conciencia crepuscular». Tales casos constituyen verdaderas curiosidades bibliográficas. A propósito de la hipnosis cita Birnbaum un enfermo de Oscar Vogt que dio la vuelta al mundo, haciendo de todo, en un estado crepuscular neurótico. Yo al menos ni he sido testigo ni tengo constancia indirecta de ninguno. Sí que he tratado, al margen de pericias matrimoniales, algún caso de varios días de duración. (Agradecería el testimonio de los facultativos que me escuchen o lean). Pero tampoco aquí se plantearían más cuestiones periciales que la determinación de la etiología del estado crepuscular, pues, en cualquier caso, los máximos testigos de la validez del contrato serían los propios contrayentes.

4.1.3 El trastorno neurótico de la conciencia relacionado con la voluntad de consentimiento a que suele recurrirse, se formula de ordinario como temor de graves amenazas, y también como salvaguarda de sentimientos de honor.

Salvo enfermos de muy severas elaboraciones obsesivas *que es lo que hay que verificar*, y tampoco en todos los casos, ha lugar la conclusión de nulidad.

Objetivamente, los motivos aducidos, pueden, en su real entidad, hacer imperfecta la deliberación del acto voluntario, pero no privan el entendimiento del fin del matrimonio y, por consiguiente, no enajenan la validez del consentimiento. Es obvio que un mal menor, psicológicamente al menos que es de lo que aquí se trata, es un bien mejor.

Luego, la experiencia demuestra que la imperfección fue perfeccionada con el cambio de objeto del miedo y/o con la procreación de nuevos hijos dentro de cadencias cronológicas llamativamente regulares. Pero, sobre todo por el tiempo transcurrido desde la celebración de las nupcias. Ciertamente, la interposición de la causa de nulidad va precedida en ocasiones de demandas civiles y/o canónicas de separación, o siguen a períodos de separación física más o menos convenidos, sin que el matrimonio interrumpa las relaciones íntimas y, en algún caso, produciéndose el nacimiento de algún nuevo hijo (el IV en uno de nuestros testimonios) cuando ya se había iniciado el procedimiento ante el Tribunal Eclesiástico. En otro caso, el dictamen testifical fue solicitado después de presentada, tras sentencia negativa en cuatro causas anteriores, demanda por quinta vez.

Se insistirá sobre estos aspectos al comentar los datos de nuestra experiencia recogidos en la relación sinóptica y cuadros anejos.

4.2.0 La aptitud de uno o ambos cónyuges para el desarrollo del matrimonio como una comunidad de vida y amor, aparece como fórmula o parte de la fórmula del *dubium* en una proporción realmente llamativa.

Descontadas de las veinticinco causas de nulidad, las seis de «rato y no consumado», sobre las que algo habrá de decirse a propósito de su etiología, en las diez y nueve restantes aparece el referido capítulo en trece; es decir, en más de las dos terceras partes.

Es indudable que semejante proporción refleja la importancia de un factor que los propios tribunales han recogido en la muy frecuente formulación del referido capítulo de dudas. Y no vamos a entrar ahora en los indispensables pormenores de una cuestión que, relacionada con la discreción de juicio que requiere el matrimonio, la jurisprudencia matrimonial y la evolución psiquiátrica en el marco de la misma jurisprudencia, ha sido y será ampliamente contemplada y con mayor autoridad, sin duda, que pudiera yo hacerlo ahora. Sin embargo, en lo relativo a las neurosis, me parece deber dejar constancia sobre ciertos elementos de criterio que, siendo meramente indicativos, han de estimarse como básicos:

4.2.1 La expresión «comunidad de vida y de amor» no parece ha de tomarse, al menos en cuanto a la doctrina y magisterio invariables, como sustitución de la fórmula definitoria del fin secundario del matrimonio. Lo que literalmente dice la Constitución Pastoral «Gaudium et Spes» es lo siguiente:

«El matrimonio, sin embargo, no ha sido instituido solamente para la procreación, sino que el mismo carácter de pacto indis-

luble entre personas y el bien de la prole exigen que el amor mutuo de los esposos se manifieste, progrese y alcance su madurez de un modo ordenado. Por eso, aunque faltase la descendencia, ordinariamente tan deseada, el matrimonio subsiste como institución y comunidad de vida, y conserva su valor y su indisolubilidad» (núm. 50).

Es evidente, de acuerdo con el texto transcrito, que la comunidad de vida y amor, aun cuando quede implicada en el fin secundario del matrimonio, subordinado esencialmente al fin primario, resulta ser de suyo una exigencia del carácter indisoluble del pacto y del bien propio de la prole. Difícilmente puede segregarse la referida fórmula tanto si se presta atención a la determinación de la discreción de juicio que postula el matrimonio como si trata de estimarse el defecto de discreción del mismo.

4.2.2 Hay más. La comunidad de vida y amor no es algo dado o concluido de una vez. Pertenece al orden la naturaleza personal de los cónyuges que es, en definitiva, el de su perfección singular. Se trata, por consiguiente, de una realidad siempre abierta a posibilidades que sólo pueden agotarse, por causas de disolubilidad extrínseca:

a) En cuanto al vínculo, como institución natural, por el Privilegio Paulino (Cod. D. C., cc. 1120-1127).

b) En cuanto al matrimonio entre cristianos, no habiendo sido aún consumado, por la solemne profesión religiosa de uno de los cónyuges.

c) Y, naturalmente, por la extinción física de cualquiera de los cónyuges.

4.2.3 Es claro que la perfección que aquí se contempla, siendo de orden moral, ha de predicarse de la naturaleza psico-física de los sujetos, por cuya razón, si no hubo impedimento dirimente en cuanto al mutuo consentimiento y consumación matrimonial, difícilmente podrá juzgarse sobre las posibilidades de perfección de una comunidad de vida donde los supuestos cuentan siempre, aun en el caso de contraer las más severas enfermedades, con los medios adecuados para alcanzar su fin último.

Cuestión aparte de todo peritaje, es la de la voluntad y prudencia de los cónyuges en aprovechar y promover los medios adecuados para superar las dificultades que puedan condicionar el ejercicio del amor conyugal y la plena comunidad de vida del matrimonio. La negligencia o el rechazamiento deliberado de los medios forman parte de un voluntario ajeno a cualquier pericia médica.

4.2.4 En síntesis, y desde la perspectiva del capítulo pericial de las neurosis, es decir, en los términos de su dinamismo psíquico, los sujetos que han contraído y consumado el matrimonio, salvo el caso, excepcional siempre, de defecto de consentimiento, han aceptado de manera tácita o explícita que la «comunidad de vida y de amor» siendo, de algún modo, *fin* del matrimonio, se les planteaba, sobre todo, como un *bien* siempre perfectible. No es necesario subrayar ahora que el *más* o *menos* de ese bien son entendidos de acuerdo con niveles culturales y de información que para nada afectan a la «madurez mental necesaria para soportar las obligaciones esenciales del contrato matrimonial». Desde interpretar la «comunidad» como *fin secundario* estricto, hasta su consideración como especie y consecuencia del *bien sacramental*, cabe de hecho toda una serie de ideas y nociones más que suficientes para satisfacer de manera adecuada el requisito de la madurez mental.

5.0.0 La evolución clínica de las neurosis no conlleva deterioro de la personalidad, salvo incidencia de trastornos orgánicos de tan variada naturaleza como de clara manifestación. Es obvio que, en tales eventos, la pericia habría de versar sobre los efectos causantes del deterioro y su particular alcance en orden a la imputabilidad de los actos del sujeto.

Es evidente que las enfermedades psíquicas de causa orgánica incrementan su tasa de presentación con la edad. Pero cualquiera que sea la edad del enfermo, tratándose de una neurosis previa, la cuestión pericial sólo cabe plantearse en tanto que, durante el período prodrómico del trastorno orgánico, los rasgos neuróticos pueden acentuarse, como de ordinario suele acontecer con los rasgos negativos residuales de cualquier personalidad normal. Por lo demás, Reacciones Vivenciales Anómalas pueden presentarse no sólo en las llamadas Personalidades Psicopáticas de clara índole constitucional, sino en cualquier enfermedad psíquica y a cualquier edad.

5.0.1 El rasgo clínico más importante de las neurosis a efectos periciales es la precocidad de sus manifestaciones. Puede admitirse como una regla sin apenas excepciones. El hecho está relacionado con la etiopatogenia de la enfermedad.

5.0.2 Ya hemos dicho que el perfil psicológico de las neurosis se caracteriza por la anomalía del vivenciar y que en la base de esta anomalía se encuentran, como causa material, determinadas alteraciones del estado de ánimo. La característica nuclear de las mismas son las variantes del sentimiento patológico de inseguridad.

Recordamos igualmente que, según el entender mayoritario de los psiquiatras clínicos, la patología general de la afectividad (humor, talante, estados de ánimo y sentimientos) depende de trastornos funcionales del llamado sistema nervioso vegetativo (su metabolismo y correlaciones neuroendocrinas principalmente).

5.0.3 La funcionalidad neurovegetativa tiene carácter fásico, tanto en los individuos sanos como en los enfermos. Y ello por la abrumadora razón empírica de que la cardinal función del S. N. V. consiste en el acoplamiento automático del organismo viviente a los cambios periódicos de la naturaleza general. La cuestión de los bio-ritmos se ha convertido en la actualidad en tema preferente de la investigación básica en psiquiatría. El VI y último Congreso Mundial de la especialidad (Honolulu, 1977) lo ha demostrado cumplidamente.

La autonomía funcional del S. N. V. está fuera de toda duda. Las respuestas aparentemente extemporáneas del mismo, consideradas a menudo indebidamente como patológicas, lo que en definitiva revelan es la deficiente puesta a punto del sujeto en determinada situación.

¿Cómo y por qué surge la neurosis?

5.0.4 La adolescencia es una edad crítica. Los signos físicos y psíquicos de la crisis son evidentes para todo el mundo. La crisis, psicológicamente, consiste en el cambio de modalidad de las vivencias tendenciales; es decir, en el modo de asumir personalmente las realidades en su entidad objetiva.

5.0.5 En este sentido —afectivo—, la patología de la crisis no es, ni más ni menos, que la clínica de las neurosis. El sujeto falla, y deviene enfermo, al experimentar de manera no adecuada su relación con lo real. El fallo, ya se ha dicho, es puramente funcional. Puede resultar transitorio o evolucionar con alternativas.

5.0.6 Lo importante es que el entender no queda afectado. Está, sin duda, condicionada la deliberación, pero el acto último de la voluntad, en tanto se ordena a un bien, por muy subjetivo que sea es absolutamente válido.

5.0.7 Partiendo de la alteración del estado de ánimo, consustancial a toda experiencia crítica, lo específico de las neurosis es la peculiar elaboración psicológica de la misma. Y esta peculiaridad es característica de la adolescencia, por ser precisamente esta, la etapa del desarrollo de la personalidad en la que el sujeto ha de

asumir a través del proyecto personal las realidades a que naturalmente se encuentra referido.

La primera, su radical posibilidad de *ser más*, con el equivalente patológico expresado en la duda del propio poder, traducido clínicamente como especie depresiva.

La segunda realidad, la circunstancia espacio-temporal inmediata: el «aquí y ahora» como lugar común de cualquier proyecto. Su equivalente patológico, los correspondientes sentimientos de angustia y ansiedad moduladores subjetivos de la referencia.

En tercer lugar, la realidad del espacio en sus diversas concreciones físicas: cualquier objeto material, cualquier ente animado; el propio cuerpo en cualquiera de sus órganos o partes. Todo puede servir a la contrapartida patológica en tanto depositario potencial de amenazas vitales. De ahí la clínica polifacética de las *fobias* e *hipocondrías*.

Por último, la temporalidad como supuesto eminente de la ética personal. La temporalidad experimentada en el grado más intenso del sentimiento patológico de ansiedad, como temor a lo posible, simplemente por lo que puede contener de amenaza a cualquier propósito de perfección transmutado, de ordinario, en lo que de algún tiempo a esta parte quiere entenderse como «problema de identidad». Su correspondiente forma clínica comprendiendo la extensa gama, tan variable en intensidades y pronósticos, que va desde el perfeccionismo impertinente a las más severas obsesiones, incluido el bloqueo de determinadas respuestas instintivas.

5.0.8 Junto a la precocidad de las manifestaciones, la clara conciencia de enfermedad y el sentimiento ordinariamente desproporcionado de la misma, interpretado por los pacientes como reacción natural a las molestias. Es indudable que la constelación afectiva que enmarca el cuadro clínico se encuentra reforzada por sentimientos adicionales de depresión, angustia y ansiedad identificables como reactivos, pero el análisis fenomenológico permite distinguir dichas reacciones afectivas de los sentimientos básicamente generadores de la urdimbre neurótica. Puede considerarse como regla que la presencia de los tan repetidos sentimientos básicos es tanto menos aparente, cuanto más estructurados y compactos se encuentran los «perfiles argumentales» de la neurosis. Este hecho prueba mejor que ningún otro el sentido del proceso etiopatogénico de la enfermedad. Los «síntomas» son el resultado, a menudo fallido y siempre insuficiente, del esfuerzo del sujeto de verbalizar (mecanismo de *racionalización*) lo que, de suyo, es originalmente inefable. Del mismo modo que en la salud, todos los estados y procesos

afectivos buscan la metáfora o el simple «como si...» para comunicarse. Así en la enfermedad, sino que en el paciente por lo concreto del temor y la inmediatez de las circunstancias utilizadas para *racionalizar* el malestar (los sentimientos son *estados del yo*, dirá Max Scheler) y *proyectar*, en un sentido de descarga catártica, tan penosas vivencias, las metáforas y el léxico suelen ser tan pobres y escasos que, Clerembaut llegó a calificar el pensamiento obsesivo como *anideico*.

Ya hemos aludido a las excepciones relativas a los sentimientos de enfermedad en el escrúpulo del «escrúpulo». Excepciones, también, en todas las facetas del cuadro clínico se encuentran en la llamada «neurosis obsesiva». Por esta razón y por la no menos importante de constituir las obsesiones la materia pericial más recurrida, trataremos seguidamente el capítulo más delicado tanto de la clínica como del dictamen.

Quisiera, todavía antes, hacer alguna puntualización en cuanto a la sintomatología neurótica en general y a la de las obsesiones y fobias en particular.

No hace falta invocar el compartido derecho a la propiedad de la imagen de cualquier persona sana o enferma, para evitar la descripción pormenorizada de síntomas habitualmente prolijos y a menudo reiterados bajo la forma de pintorescas variantes. En las modernas publicaciones psiquiátricas difícilmente encontrará el lector aquellas fotos y dibujos de los «napoleones» y «profetas» de los viejos libros. Sólo por una cuestión de estética, respetando otros argumentos deontológicos, hemos renunciado los psiquiatras a toda especie de pintoresquismo o de curiosidad insana. Por lo demás, cualquiera puede imaginar, tras la lectura del esquema psicológico de las neurosis, los síntomas característicos de las diversas especies. Alguno, sin embargo, me permitiré esbozar para esclarecer la delicada cuestión del diagnóstico diferencial de las obsesiones.

5.0.9 Dijimos al principio que los cambios e imprecisiones del concepto de neurosis, han inducido a no pocos clínicos (entre los que me cuento) a renunciar al uso del vocablo. Dos motivos, entre otros, fomentan la resistencia a abandonarlo. Uno, la calidad eufónica del mismo: el término «neurosis», como el «esquizofrenia» o el «vitaminas», suenan tan bien que ya se nos han escapado de la clínica hacia el lenguaje coloquial e incluso el literario. El otro motivo, el haberse convertido en uno de los grandes tópicos de toda polémica psicopatológica. Y aquí radica la dificultad, extremada a veces, del diagnóstico diferencial.

La «historia de las obsesiones» (hasta cierto punto paralela a la

de las «neurosis») es larga, y la literatura sobre el tema prácticamente inabarcable. Warda publicó la historia de los estados obsesivos hasta 1905. Kurt Schneider la continuó hasta 1918. Boor revisó lo publicado entre 1918 y 1947. El autor de esta comunicación resumió todos los puntos de vista discutidos y vigentes en 1969.

La definición fenomenológica de las obsesiones puede ser un buen punto de partida para abordar el tema del diagnóstico diferencial. «Se habla de obsesión cuando no se puede rechazar un contenido de conciencia, aunque éste se considere como carente de sentido y se juzgue que predomina y persiste sin motivo alguno» (Schneider). El paciente lo registra como algo extraño y mórbido, pero no ajeno o impuesto desde fuera como ocurre en las alucinaciones y en ciertas ideas delirantes, sino como surgido de él mismo. A estas dos notas se superponen las actitudes y sentimientos concomitantes del propio enfermo. Adviértase que lo obsesivo no se predica del «sentimiento», si no de las «representaciones», «pensamientos» e «impulsos» que, pueden ser, tanto acciones como omisiones y unas y otras primarias y secundarias.

Un segundo elemento de juicio puede ser la proporción de enfermos con obsesiones o fobias. Entre un total de 2.500 historias clínicas de todos los diagnósticos psiquiátricos, protocolizadas en un ambulatorio de la Seguridad Social durante el cuatrienio 1965-1968. Y los porcentajes de presencia de sentimientos patológicos concomitantes:

En un total de 2.500 historias clínicas 121 enfermos con obsesiones y fobias: 4,81 %.

Entre ellos: angustia y ansiedad	54,71 %
inseguridad	30,21 %
depresión	7,54 %
sent. mixtos y alternantes	17,54 %

Pero estos enfermos no corresponden en su totalidad a lo que en la nosología actual se sigue designando como «neurosis obsesiva», es decir, puras obsesiones o fobias. Su distribución es la siguiente:

Obsesiones neuróticas sensu estricto	30 %
Obsesiones en Pers. Psicopáticas (psicopatía anancástica de Brumke y Schneider)	19 %
Reacciones y desarrollos obsesivo-fóbicos	32 %
Obsesiones en Psicosis endógenas	14 %
Estados obsesivos en Psicosis orgánicas	5 %

A la vista de las precedentes cifras se comprenden mejor las dificultades del diagnóstico diferencial y el rigor que ha de observarse al aplicar tanto el diagnóstico de neurosis obsesiva, como de cualquier otra especie neurótica en las pericias.

Las psicosis esquizofrénicas y los trastornos orgánicos cerebrales suelen presentar lógicamente menor dificultad. Pero a efectos del peritaje, algunas formas de comienzo de la esquizofrenia (enfermedad cuyas primeras manifestaciones coinciden cronológicamente en general con las de las neurosis) y otras especies de curso insidioso de la misma psicosis, pueden presentar un cuadro con predominio casi absoluto de la sintomatología neurótica. Por ejemplo, los casos número 6 y 12 de nuestra relación de dictámenes (v. Anexo). Para alguna de semejantes formas clínicas propuso nuestro colega y amigo Cabaleiro Goas (†), la denominación de «esquizofrenias pseudoneuróticas».

Mayor problema pueden plantear ciertas formas monopulares de la psicosis maníaco-depresiva. Los números 7, 19 y 25 de nuestra relación se caracterizaron precisamente por la presencia de obsesiones y fobias. La constante hipertimia angustiosa en uno de ellos y la aparición de «equivalentes depresivos» (cefaleas, desgana, anorexia, impotencia sexual transitoria, etc.), dentro de la fase problema y fuera de ella, en los otros dos, despejaron el diagnóstico.

La cuestión resulta naturalmente más laboriosa cuando se trata de distinguir lo «caracterial» (Pers. psicop.) de lo neurótico, máxime cuando el argumento del libelo se funda en «reacciones» o «desarrollos vivenciales anómalos» referidos temporalmente a la época de la celebración de las nupcias. El recurso a la verificación del comportamiento y a la prueba indirecta de la sintomatología, son los únicos medios al alcance del perito. En nuestros casos 18 y 26, por el capítulo de matrimonio rato y no consumado, aparte de las correspondientes pruebas físicas, el aspecto caracterial era tan evidente que renunciamos la hipótesis neurótica. No así en los casos 10, 15, 16 y 24; en los que el fallo en la consumación del acto íntimo estaba claramente relacionado con fobias (uno) y reacciones neuróticas de bloqueo en los demás.

Veamos ahora algunos ejemplos de la sintomatología estimada habitualmente como específica de las diversas especies neuróticas con particular atención a las fobias y obsesiones.

Depresión neurótica. El cónyuge objeto de la pericia que se considera de siempre temperamentalmente nervioso y emprendedor (hecho probado), empezó a sentirse decaído, acusando cierta desgana difusa y «sensación de inseguridad» al convenir la fecha de la boda. Comunicó, no sin cierto temor, su estado de ánimo a la otra parte

que, naturalmente, en aquella ocasión no le dio importancia al asunto. Pasó por la ceremonia sin el grado de ilusión que había imaginado. Así estuvo hasta que las señales del primer fruto del matrimonio fueron patentes. Dos años y medio más tarde, cuando ya les había nacido el segundo hijo, volvió a deprimirse al enfermar este niño. A pesar de tratarse de una molestia pasajera se volvió taciturno desinteresándose primero por la vida íntima; luego perdió por completo el apetito sexual; empezó a padecer de insomnio y lo atribuyó a la insatisfactoria marcha de los asuntos económicos. La otra parte dejó de animarle y cayó en la ocurrencia de que «el matrimonio no le daba la felicidad que esperaba». Hubo separaciones convenientes. En uno de los encuentros fue concebido el tercer hijo. Tras de una pasajera vuelta a la ilusión, el cónyuge peritado volvió a estar triste. Después de varias escenas de reproches mutuos, cierto día le notifica un abogado que ha sido interpuesta demanda de nulidad.

Neurosis de angustia. Sintomatología obvia: opresión torácica, dificultad en conciliar el sueño, pesadillas, inapetencia, ocasionales episodios nauseosos. Unas veces se relacionan con la «situación» personal, sin reconocer motivos proporcionados; otras veces le parece ver claro que es cosa «suya». El proceso no pasa de ahí.

R. V. A. —como neurosis de conversión—. Mareo y caída al suelo con obnubilación de conciencia, al iniciarse la ceremonia.

R. V. A. —como bloqueo inhibitorio—. Impotencia coeundi temporal.

Neurosis hipocondríaca. Temor al infarto de miocardio en función del temor a cualquier esfuerzo. Por ejemplo, el cumplimiento del débito.

Neurosis fóbica. Entre el temor patológico despertado por cualquier cosa o situación: cuchillos, soledad, lugares cerrados o abiertos, el mar, el avión, los tranvías donde los haya, el «síndrome tóxico», etc., etc., la repugnancia fóbica al acto sexual.

Neurosis obsesivo-fóbica. Contenido típico: temor a los contagios e impulso incoercible a los lavados de manos. Cualquier colega ha visto enfermos con llagas producidas por el uso continuo de «desinfectantes» y detergentes.

Neurosis obsesiva de pronóstico severo. Escrúpulos «religiosos» a los catorce años; representación incoercible de poder estar condenado al infierno a los diez y ocho. Creerse homosexual entre los veinte y veinticinco años. Pensar que puede hacer cualquier cosa mala sin poderlo evitar. De hecho ni tuvo nunca ningún contacto homosexual, ni cometió acción punible en ningún código. «Escrúpulo» del escrúpulo.

No es infrecuente la metamorfosis de los «contenidos». Tampoco los períodos intervalares de silencio de «síntomas», con o sin tratamiento. En ocasiones, la desaparición rápida de la «obsesión» va seguida de insufribles estados de ansiedad. Otras veces, la ansiedad, la angustia, la depresión o la simple inseguridad permanecen mitigadas y oscilantes confundidas con el estado de ánimo que el paciente estima como propio.

Los contenidos del «escrúpulo religioso-moral» más frecuentes se refieren a la pureza (VI mandamiento, casi nunca al IX); al examen de la confesión sacramental y a la declaración de las faltas (nunca o casi nunca a la formulación o cumplimiento de los propósitos: entre varios centenares de casos de escrúpulos patológicos, no he observado ni uno solo); la identificación de cualquier ocurrencia, por ejemplo, blasfemias, con o sin causa material externa, con el consentimiento; el daño moral a terceros por hablar o por callar; la autoacusación por la pérdida ocasional del «sentimiento religioso», y con bastante menos frecuencia la falta de «recta intención» y el cumplimiento de los preceptos de la ley eclesiástica, y demás del Decálogo no mencionados.

5.1.0 Después de todo lo expuesto parece indudable que la verificación del diagnóstico de neurosis no implica necesariamente «disminución de la capacidad mental para emitir el suficiente consentimiento *in actu*». También es claro que puede condicionar el proceso deliberativo y hasta modificar el lugar que en la escala de valores del sujeto en cuestión haya de ocupar el vínculo matrimonial. A este respecto creo bastaría recordar el consejo paulino para no caer en una espiral de dudas que acaso el paciente ni siquiera ha llegado a formularse. Queremos decir, que si el sujeto ha ponderado, sin desprecio de los fines y propiedades del matrimonio, la conveniencia de contraerlo, es evidente que ha elegido un bien. Y eso, a pesar de todos los circunloquios neuróticos imaginables. Todo lo que puede ocurrir, y no ha ocurrido en ninguno de los casos relacionados, es que, el temor angustioso ante el compromiso, desencadene una reacción vivencial anómala que impida la presencia física o moral del sujeto en el momento de formular personalmente el consentimiento.

Por supuesto queda descartado de las antecedentes consideraciones el capítulo del «rato y no consumado», aun cuando su causalidad sea neurótica. Y, al contrario, podría citar el caso (sin secuelas judiciales de ninguna clase transcurridos ya más de quince años del «hecho») de un varón con impotencia coeundi parcial (ausencia de orgasmo) que, habiendo fallado en todos sus intentos anteriores,

incluso con la propia prometida, realizó con pleno éxito el acto conyugal a partir de la noche de la boda. Cuento con el testimonio de los varios hijos habidos. Et sic de caeteris, como se decía antiguamente.

5.1.1 El problema alcanza su mayor dificultad, refiriéndonos todavía al momento de la celebración de las nupcias, en las formas severas de la obsesión. La dificultad del perito se acrece con la que plantea el diagnóstico diferencial.

Está admitida en la clínica psiquiátrica (y hemos aportado el testimonio de nuestra experiencia en 5.0.9) la ubicuidad del síndrome obsesivo. Puede encontrarse en todo el espectro nosológico. Pero conviene tener presente ahora lo repetido, a lo largo de esta comunicación, acerca de la falta de solidez del concepto de neurosis. Y me parece puede abundar al efecto, la consideración de la sentencia definitiva de la Sacra Rota Romana de 28 de junio de 1971 (Ponente: M. F. Pompedda).

No existe duda alguna sobre la realidad de la estructura obsesiva del varón peritado. La primera sentencia afirmando constar la nulidad del matrimonio «por amencia o demencia en el esposo», fue apelada por el Defensor del vínculo y abrogada veinte meses después en segunda instancia. Recurre el actor y al año siguiente la S. R. fija el *dubium* bajo la acostumbrada fórmula de «si consta de la nulidad del matrimonio en este caso». Habiendo intervenido más de un perito en el primer grado de la causa se solicitó la intervención de un «peritísimo» en el tercer grado. Pues bien, aparte de rechazar por ambigua la alternativa de «amencia o demencia» que, siendo términos anacrónicos que desearía revisase el profesor Cervera Enguix en su momento, no dejan de ser significativos de la todavía mayor ambigüedad conceptual de lo «obsesivo», resulta que a partir del segundo considerando *in jure* de lo que se habla es de «Psicosis obsesiva». Y ahí está la verdadera cuestión.

Pues si se trata de una «psicosis», y no es el peritísimo del caso el único psiquiatra que admita que las obsesiones pueden constituir una psicosis (también v. Gebattel aceptaba dicha posibilidad), necesariamente el discurso etiopatogénico ha de centrarse, como se hace a lo largo de la sentencia, en la psicopatología de las *ideas fijas* y su conexión con los delirios. Es decir, que si la obsesión depende de un trastorno primario del curso del pensamiento, por mucho que luego vayan alternándose expresiones tales como «personalità psicopática di tipo prevalentemente anancastico», «psiconeurosi fobica che si é impiantata su di una forma adleriana... che ha origini... fin dalla prima infanzia per inadeguatezza delle figure parentali»,

«disturbi psichici costituzionali», «stato psicoastenico» y tantas más de tan variado porte como de significación etiológica, lo que parece presumible y coherente con el fallo de la sentencia es que el padecimiento era psicótico aunque en su perfil clínico abundasen los desarrollos obsesivo-fóbicos propiciados por la muy probable «personalidad psicopática» (constitucional) del enfermo.

Es evidente que nuestra reflexión sobre los 18 folios de esta sentencia de la S. R. R. ni pretende ni puede rebasar el nivel de una hipótesis. Pero este es precisamente el problema de la Psiquiatría, cuando en la clínica o en el peritaje pretende apoyarse en esquemas nosológicos rígidos que, forzosamente, abocan en disyuntivas. El *esto o aquello* puede ser corregido cambiando de conjunción, pero a efectos de estimar capacidades es mejor atenerse, siempre que sea posible, a la verificación de las facultades en el grado requerido para juzgar con suficiencia estricta la entidad de la causa final. En el matrimonio, sus fines y propiedades.

En cuanto a las obsesiones y fobias, relativas al momento de la celebración del matrimonio, ignoro la existencia de ideas o impulsos incoercibles con esta finalidad concreta. Parece razonable pensar que, en tal caso, la propia dinámica iterativa disolvería el acto en una interminable función donde la seguridad de la *forma* del sacramento nunca llegaría a ser satisfecha. Es más fácil que se atenga a la *forma* y a la *materia* del sacramento un sujeto delirante. Y esto puede comprobarlo cualquiera que visite un establecimiento psiquiátrico.

5.2.0 Puesto que se ha apuntado la cuestión referente a la aptitud para el desarrollo del matrimonio como comunidad de vida y amor, tal vez convenga volver sobre ella desde la perspectiva de nuestra experiencia pericial, ya que, como fórmula o parte de la fórmula del *dubium*, aparece en una proporción realmente llamativa. Con sólo una excepción fue presentada en todos los casos de nulidad en que no fueron probados los diagnósticos de «psicosis» o «personalidades psicopáticas» en cualquiera de los cónyuges. Si exceptuamos además el 11 % de los de «rato y no consumado», resulta que en el 77 % de los casos restantes presentados, según los argumentos aducidos en el libelo, como de presuntas neurosis (no todas verificadas en la pericia) se alegaba, siendo admitida como fórmula de dudas, dicha falta de aptitud. Bastan estas cifras para advertir la importancia jurídica de la misma.

El perito, lo mismo que cualquier persona ajena a estas situaciones, no puede por menos de sentirse impresionado por la frecuencia del argumento, máxime cuando en todos los casos se invoca

determinada jurisprudencia sugerente del desdoblamiento de la discreción de juicio postulada por el matrimonio en dos distintas capacidades: la tradicionalmente admitida para emitir un consentimiento suficiente, que en nuestra experiencia aparece en 5 de 25 casos, y el de la madurez mental necesaria para soportar las obligaciones esenciales del contrato (los 14 restantes).

5.2.1 Pues bien menos en un caso de neurosis y otro de normalidad (presunta caracteropatía o neurosis en el libelo) de las causas de nulidad interpuestas por falta de consentimiento suficiente, los trece restantes incluyen, junto a la falta de consentimiento, el refuerzo de la falta de aptitud. Y en un único caso diagnosticado de neurosis (el número 3 de nuestra relación) la fórmula de dudas se refiere a la dicha falta de aptitud, si bien el testimonio del perito se libra, a petición de los interesados, para probar la idoneidad del varón para mantener, en su caso, la patria potestad respecto de los hijos.

5.2.2 En todos los casos, y evidentemente, a fortiori, en los que la presunción de anomalía neurótica (o de otra especie) no fue probada, tanto del examen de ambos cónyuges, cuando ha sido propuesto y posible, como de las manifestaciones de los testigos y las respuestas de los interesados a los «puntos» formulados por el Ministerio Fiscal, se desprende con claridad que las dificultades para el cumplimiento de las exigencias del matrimonio corresponden, sin excepción, a actos o hechos verificables al margen de la neurosis. Conviene tener en cuenta además, que:

a) En la cuarta parte aproximada de los mismos el diagnóstico fue de normalidad.

b) Los años transcurridos desde la celebración del matrimonio hasta la fecha de la interposición de la demanda, o de la separación física de hecho, han sido siempre de *cinco* por lo menos, llegando incluso (caso 2) a *11 años*.

c) El número de hijos habidos oscila entre *uno* y *cuatro* con una media de 2,5.

5.2.3 Puede admitirse, en definitiva, que la neurosis incidiría como un factor condicionante, pero no inevitablemente en forma negativa. Dijimos más arriba (en 4.2.3 y 4.2.4) que, «la negligencia o el rechazamiento deliberado de los medios forma parte de un voluntario ajeno a cualquier pericia médica». Aclaremos ahora que la neurosis, como cualquier enfermedad, ofrece siempre la posibilidad de progresar en la perfección personal de los sujetos y por con-

siguiente en el natural perfeccionamiento del matrimonio, como comunidad de vida y de amor.

5.3.0 Sólo en orden a la falta de capacidad de cualquier etiología cabría subsumir la posición de que alguno de los cónyuges, o ambos, no hubieran sido aptos para desarrollar la comunidad matrimonial.

5.3.1 Luego la práctica demuestra, en un caso de II nupcias que el referido proceso se desarrolla con normalidad.

5.3.2 O como en alguno de nuestros casos (número 23), que el cónyuge viudo, feliz en el I matrimonio, se manifiesta frustrado en el II, no obstante la normalidad reconocida de ambos cónyuges actuales.

6.0.0 En cuanto a los procedimientos para probar la emisión del consentimiento suficiente, puede afirmarse, y se comprende, que en el ámbito general de los trastornos psíquicos no hay pruebas tan específicas.

6.0.1 Es lógico que la verificación indirecta del voluntario, presenta pocas dificultades en los enfermos psicóticos y en los deficientes mentales.

6.0.2 En ocasiones la conducta neurótica forma parte de otros trastornos. Quedó aclarado a lo largo del apartado 5.0 a propósito del diagnóstico diferencial.

6.1.0 En las neurosis verificadas clínicamente la ausencia de pruebas específicas se hace más notable.

6.1.1 En principio, a efectos periciales, suele ser suficiente la metodología habitual de la entrevista psiquiátrica. En ningún caso el número de sesiones ha sido superior a cuatro, distribuidas en un tiempo de observación que oscila entre dos meses y un año.

Los datos y hechos de la causa son siempre elementos de juicio importantes para elaborar, a título complementario, el criterio clínico. En un caso, la pericia hubo de reservar la conclusión definitiva por incomparecencia de uno de los cónyuges.

6.1.2 En ocasiones hemos considerado oportuno, de acuerdo con el sujeto explorado, la aplicación de pruebas de «psicología clínica».

6.2.0 Las pruebas de «psicología clínica» tampoco son rigurosamente específicas, pero pueden apoyar el diagnóstico global de cualquier forma clínica de neurosis, e indirectamente contribuir a despejar la *localización del conflicto*. Esto es lo más importante en el caso de las obsesiones graves y de las reacciones anómalas.

6.2.1 El fundamento de las pruebas o tests de psicología clínica estriba en la existencia de los ya aludidos mecanismos de proyección racionalizadora de la conflictividad creada por el vivenciar característico de las neurosis.

6.2.2 Se estima su valor en tanto revela la dinámica (o estructura) peculiar de la personalidad; es decir, lo psicológico singular de tal o cual persona.

6.3.0 Son pues, pruebas eminentemente proyectivas, y, por tanto, condicionadas en la estimación de los resultados a la hermenéutica del observador. De ahí la necesidad de su ponderación por el perito en orden al problema propuesto.

6.3.1 Enunciaré sólo las pruebas habituales sin descender a los detalles técnicos de su aplicación y pautas evaluadoras de las mismas por ser bien conocidas de los psiquiatras clínicos. Recordaremos, no obstante la clasificación general de las pruebas:

a) Hay «tests» de desarrollo intelectual general. Actualmente se aplica las escalas de Wechsler en la medida de la inteligencia del adulto (existe una variante para niños).

b) Se disponen de «tests» de aptitudes diferenciales. No suelen aplicarse en esta especie de peritajes.

c) Y «tests» de personalidad. Son los de mayor interés en la exploración de los rasgos neuróticos.

Entre los primeros utilizamos habitualmente el Wechsler en la forma actual denominada Wais (Wechsler Adult Intelligence Scale). Dentro de este grupo aplicamos «tests» perceptivos y de memoria destinados a despejar o valorar en su caso la posibilidad de algún deterioro intelectual. El más corriente es el «test» Bender-Gestalt.

Los tests de personalidad son fundamentalmente de naturaleza proyectiva. Para que el juego de la fantasía del sujeto sea más amplio sólo se dan breves instrucciones generales; lógicamente los estímulos del test son vagos y ambiguos.

La técnica proyectiva más conocida y de mayor aplicación es la de las manchas de tinta del Rorschach. Existen asociaciones internacionales y revistas especializadas en esta prueba, pero su aplicación por los psicólogos y psiquiatras es tan común y ordinaria como podría serlo el de la práctica de las inyecciones y sueros en cualquier clínica médico-quirúrgica.

Junto al Rorschach se utiliza también el test de apercepción temática (T.A.T.). En contraste con el anterior esta prueba presenta

estímulos más estructurados y requiere respuestas verbales más complejas y organizadas más significativamente.

Existen técnicas proyectivas verbales como las de «asociación de palabras», seleccionando las voces representativas de ciertos «complejos emocionales» (la técnica de Rapaport). También las de «completar frases» (Rohde) y también el dibujo como expresión (figura humana, familia, árbol, casa); propuestas por Machover, Buck y Buhler.

La práctica y valoración de las técnicas proyectivas, en tanto ha de servir de elemento complementario de juicio, conviene confiarlas a persona especializada, procurando las practique en directo y sin más antecedentes que los que el probando pueda manifestar en el contexto de la técnica.

6.3.2. Acerca de la discreción que ha de presidir la estimación de los resultados de las pruebas de psicología clínica, citaré algunos ejemplos:

Puede ocurrir que un sujeto de «verificada» inmadurez sexual no haya planteado problemas en este sentido. Recuérdese el ejemplo de la impotencia coeundi parcial. Por el contrario personas que no muestran signos de perturbación en el área sexual, pueden, sin embargo, conducirse con dificultades en ciertas áreas de comunicación.

También se registran casos en los que la elaboración insuficiente de las tendencias básicas es asumida por la dominancia del propio temperamento.

Lógicamente la mayor fiabilidad de las pruebas corresponde a las formas severas de obsesión y a las reacciones vivenciales de bloqueo.

En general, y en relación con el matrimonio sería bueno tener presente aquella idea expuesta por Spranger en su «psicología de la edad juvenil», «de las desviaciones (entonces llamadas perversiones) de la sexualidad se salva siempre con un gran amor». No es preciso explicar la frase. El autor pensaba que si bien es cierto que en el amor conyugal el papel de los sentimientos eróticos era imprescindible, afirmaba, a la vez, que hay un amor de voluntad. Jaspers describe fenomenológicamente el amor como la tendencia a la entrega y captación de un ser: la tendencia espontánea, instintiva, se especifica por la participación del sentimiento (vivencia tendencial) y se perfecciona personalmente con el acto de la voluntad. J. Pieper recordaba hace años en el coloquio de San Sebastián que la esencia del amor se encuentra en la siguiente y categórica afirmación: «me alegro de que estés ahí».

RELACION DE CASOS DICTAMINADOS

Corresponde a 30 sucesivos del protocolo del autor, dentro de la década 1970-80

V.—Varón.
H.—Hembra.
T.—Testigo.
P.—Perito
Cons.—Consentimiento.
Com.—Comunidad de vida.

N.º orden	Causa	Cónyuge peritudo	Edad	Años transcurridos	N.º de hijos	Dubium	Diagnósticos verificados	Título dictamen	Observaciones
1	Nul.	V	30 a.	7 años	4	Cons. y com.	Neurosis	T	Separación forzada.
2	Nul.	V	46 a.	11 años	2	Cons. y com.	Neurosis	T	Separación intermitente.
3	Nul.	V	38 a.	13 años	3	Com.	Neurosis	T	Separación intermitente. Patria potestad.
4	Nul.	H	44 a.	18 años	3	Cons. y com.	Normalidad	T	Separación intermitente. 5.ª demanda.
5	Nul.	H	24 a.	5 años	1	Cons. y com.	Neurosis	P	Separación por abandono a los 8 meses.
6	Nul.	V	36 a.	6 años	1	Cons.	Psic. Esquiz.	P	Separación forzada.
7	Nul.	H	32 a.	1 a. y 3 m.	1	Cons. y com.	Psic. m. d.	P	II nupcias de la peritada.
8	Sep.	ambos	37 y 32	9 años	5	Malos tratos	Normalidad	P	Separación intermitente. Denuncias.
9	Nul.	V	40 a.	2 a. y 6 m.	0	Cons.	Neurosis	P	Separación consentida a los 5 m.
10	Nul.	V	32 a.	8 meses	0	Rato y no cons.	Neurosis	P	
11.	Nul.	H	30 a.	7 años	3	Cons. y com.	Normalidad	T	
12	Nul.	H	57 a.	26 años	2	Cons.	Psic. Esquiz.	Peritior	Sep. y reconv. previas desestimadas.
13	Nul.	H	41 a.	10 años	2	Cons. y com.	Neurosis	P	Separación por abandono y 2 hijos más.

N.º orden	Causa	Cónyuge peritudo	Edad	Años transcurridos	N.º de hijos	Dublum	Diagnósticos verificados	Título dictamen	Observaciones
14	Sep.	ambos	51 y 50	27 años	2	Malos tratos	Esq. y P. P.	Peritior	Sep. intermit. Denuncias.
15	Nul.	V.	34 a.	3 años	0	Rato y no cons.	Neurosis	P	Sep. convenida a los 2 a.
16	Nul.	ambos	41 y 37	2 meses	0	Rato y no cons.	Norm. y N. obs.	P	Demanda la enferma.
17	Sep.	V	32 a.	7 años	1	Abandono	Normalidad	P	Abandonó la esposa.
18	Nul.	V	24 a.	1 mes	0	Rato y no cons.	P.P.	P	Demandó la esposa; ambos de acuerdo.
19	Nul.	ambos	58 y 48	25 años	5	Cons.	Normal y p.m.d.	P	Separaciones intermitentes.
20	Sep.	ambos	40 y 35	5 años	3	Malos tratos	PP. y PP.	P	Separaciones intermitentes y denuncias.
21	Nul.	V	27 a.	2 años	0	Cons. y com.	Desarrollo par.	P	Enfermedad posterior a las nupcias.
22	Nul.	V	52 a.	23 años	5	Cons. y com.	P.m.d. en P.P.	P	
23	Nul.	H	38 a.	10 años	0	Cons. y com.	Normal	P	El esposo en II nupcias con 2 hijos ant. matrimonio, abandono a los 6 a.
24	Nul.	V	36 a.	3 meses	0	Rato y no cons.	Neurosis	P	Separación y demanda consentidas.
25	Nul.	ambos	54 y 51	24 años	3	Cons. y com.	PP. y P.m.d.	P	Demanda el esposo y reconviene ella.
26	Nul.	H	22 a.	10 meses	0	Rato y no cons.	P.P.	P	Separación y demanda consentidas.
27	Nul.	H	40 a.	11 años	2	Cons. y com.	Normal	T	II demanda del esposo.
28	Nul.	V	35 a.	10 años	0	Cons.	Epilepsia	P	
29	Sep.	H	44 a.	17 años	5	Malos tratos	PP. etilismo	T	Demanda el esposo, por Patria potestad.
30	Nul.	V	37 a.	5 años	3	Cons. y com.	Neurosis	P	Separación canónica previa. Demanda de nulidad de la esposa.

BIBLIOGRAFIA

- ABELY, P., *Las subestructuras orgánicas que condicionan la aparición del sentimiento de culpabilidad*, Desclée de Brouwer, Buenos Aires.
- AJURIAGUERRA y otros, *Sobre lo invariable de la noción de instinto como hipótesis en Freud*, Colección «Psicoanálisis-neurobiología».
- BARCIA, D., *Histeria*, art. en la G.E.R. (1972).
- BIRNBAUM, *Los métodos curativos psíquicos* (Marín, Barcelona 1928)
- BINSWANGER, *Daseisanalyse und Psychotherapie*, II Acta Psychoterap. 1960.
- BLEULER, E., *Tratado de Psiquiatría. Psiquiatría forense: España*, por López Ibor, Madrid 1967.
- BRACELAND y STOCK, *Psiquiatría Moderna — Manual para creyentes*, Gredos, Madrid 1967.
- BRÄUTIGAM, *La psicoterapia en su aspecto antropológico*, Gredos, Madrid 1967.
- BUCHNER, F., *Cuerpo y espíritu en la Medicina actual*, Rialp, Madrid 1969.
- BÜHLER, CH., *El curso de la vida humana como problema psicológico*, Espasa Calpe, 1943.
- BUMKE, O., *Nuevo tratado de las enfermedades mentales*, Barcelona 1946, donde recoge el relato y sinopsis de las neurosis de Boor y Warda, que también puede seguirse en López Piñeiro (v. infra).
- CLARAMUNT, F., *Sentimientos de culpabilidad y tests de proyección*, en Actas del I Congreso de la A.C.I.E.M.P., Madrid 1957.
- CONST. PAST., *Gaudium et Spes*.
- GEBSATTEL, *Antropología médica*, Rialp, Madrid 1966.
- GION CONDRAU, *Angustia y culpa*, Gredos, Madrid 1968.
- HÄFNER, H., *Vivencia de la culpa y conciencia*, Herder, Barcelona 1962.
- HESNARD, *Les phobies et la nevrose phobique*, Paris 1961.
- JANET, P., *Les obsessions et la psychasténie*, Paris 1903.
- JASPERS, K., *Psicopatología general*, Traducción de la 8.ª ed. alemana, 1968.
- JUD, G., *Zur Psychologie der Scrupulanten*, eds. Univers. Freiburg 1935.
- KRETSCHMER, *La Histeria*, ed. Rvta. Occidente, traducción de la edición alemana de Leipzig, 1944.
Estudios psicoterapéuticos, Científico-Médica, Madrid 1952.
- KUNTZ, A., *The Autonomic Nervous System*, Febiger, Filadelfia 1945.
- LERSCH, Ph., *La estructura de la personalidad*, 6.ª ed., Barcelona 1968.
- LINDWORSKY, *Psicología experimental*, 4.ª ed., Bilbao 1963.
- LÓPEZ IBOR, J. J., *Anatomía del intracuerpo*, Rvta. Atlántida, 1963; Id., *Las neurosis como enfermedades del ánimo*, Madrid 1966; Id., *Lecciones de Psicología Médica*, 2.ª ed. Madrid 1973.
- LÓPEZ PIÑEIRO, *Orígenes históricos del concepto de neurosis*, Valencia 1963.

- MARCO MERENCIANO, F., *Muerte y supervivencia de la histeria*, Memoria de la oposición a cátedra (1951).
- MILLÁN PUELLES, *La estructura de la subjetividad*, Rialp, Madrid 1967.
- PIEPER, J., En el Simposio sobre el amor conyugal, organizado por el Colegio Mayor Ayete de San Sebastián.
- POVEDA DE AGUSTÍN y MATA, M., *Biorritmos y emociones*, Departamento de Ecopsicología y Personalidad, Universidad Autónoma de Madrid.
- POVEDA, J. M., *Conciencia, Neurosis, Obsesión y Vivencia*, Arts. en la G.E.R. (1972-1975); ID., *Obsesiones y religiosidad*, en Rvta. de Espiritualidad núm. 24, Madrid 1965; ID., *Etiopatogenia de la neurosis obsesiva*, en Rvta. Actas luso-españolas de neurología y psiquiatría, Madrid 1972.
- SACHAR, RUBIN y DAVIS, *Alteraciones de la secreción suprarrenal en el ciclo circadiano*, Comunicación al VI Congreso mundial de Psiquiatría, 1977.
- SCHELER, M., *Ética*, ed. Rvta. de Occidente, 1948.
- SCHNEIDER, K., *Problemas de Patopsicología y Psiquiatría clínica*, Madrid, 1947; ID., *Patopsicología clínica*, Paz Montalvo, Madrid 1951.
- SORIA, J. L., *Cuestiones de Medicina Pastoral*, Rialp, Madrid 1973.
- SPRANGER, E., *Psicología de la edad juvenil*, ed. Rvta. de Occidente, última en la colección selecta.
- SYMPOSIUM INTERNACIONAL, *Acerca de la Dinámica de las neurosis y su tratamiento*, Madrid, 1969. Con la asistencia, entre una larga lista, de López Ibor, Sarró, Barahona, Spiegelberg, Reed, Pelicier, Llaverro, Alonso Fernández, Rojas Ballesteros (†), Dieter Wyss, López-Ibor Aliño, J. J., Gayral, Obiols (†), Callieri, Monro y Letamendía.
- VERNEAUX, R., *Filosofía del hombre*, Herder, Barcelona 1974.
- WEIZSÄCKER, V.v., *El hombre enfermo*, Miracle, Barcelona 1956.
- WOLMAN, B. B., *Teorías y sistemas contemporáneos en Psicología*, Barcelona 1975.
- ZUTI, J., *Psiquiatría antropológica*, Gredos, Madrid 1974.

