

EPILEPSIA Y ESTADO MENTAL *

DR. MARIO FUENTES D.

LAS CONSIDERACIONES que vamos a exponer en relación con el estado mental del epiléptico, se refieren exclusivamente a la epilepsia esencial o genuina. El interés del tema se deriva de la necesidad que se palpa en la clínica de establecer diagnósticos diferenciales entre los estados convulsivos entre sí y distinguirlos, tanto por sus aspectos convulsivos propiamente, como por los componentes psíquicos ya sea precediendo o posteriores a las crisis, o bien como fenómenos psicológicos intercríticos propios de la personalidad en su doble aspecto de síntomas estructurales de esa personalidad o como síntomas secundarios o reactivos del epiléptico en relación con la amenaza de una súbita invalidez por la brusca supresión de conciencia y las frustraciones persistentes en que vive el epiléptico.

Es frecuente que por el estudio clínico, su historia, el estudio concreto de las crisis, registrando debidamente el patrón convulsivo, haciendo el estudio neurológico y exámenes de laboratorio, incluyendo el imprescindible de electroencefalografía, no se llegue a una aclaración del diagnóstico, con suficiente seguridad clínica; es preciso confrontar todos estos datos con los fenómenos psíquicos, que deben ser analizados y valorados para reforzar y muchas veces decidir el diagnóstico de epilepsia. En nuestra práctica, así hemos podido diferenciar cuadros convulsivos epilépticos de histéricos, los cuales (los histéricos), muchas veces tienen expresiones convulsivas muy semejantes a los de la epilepsia y en los que abunda el prejuicio, respecto a que cuando el paciente tiene convulsiones y se muerde la lengua y cierra la mano con adducción forzada del pulgar durante la crisis, ésta, conse-

* Leído en la sesión del 4 de septiembre de 1957.

cuentemente debe ser epiléptica, máxime si además, hay emisión involuntaria de orina y otros fenómenos que son comunes a los dos tipos de crisis.

En los niños es más frecuente aún, tomar como crisis epilépticas, las crisis convulsivas emocionales o histéricas, las cuales no podrían ser diferenciadas, si no es a través del estudio psicológico del paciente, estudiando su personalidad con una enfoque psiquiátrico amplio. Nuevamente, como en las consideraciones de fundamentación de la medicina psicosomática que venimos haciendo los psiquiatras, no hay que ignorar el estudio psicológico, el estudio de la personalidad, debiendo hacer el estudio integral del paciente, ya que en ocasiones el estudio psicológico decide el diagnóstico de epilepsia. De allí la importancia de conocer los aspectos clínico-psicológicos que le son característicos.

Nos ocuparemos primordialmente del estudio descriptivo del estado mental y de la conducta y daremos algunas explicaciones psicodinámicas complementarias, sin la amplitud y conocimiento que lo haría un psicoanalista. Este enfoque es de la más grande importancia para comprender más adecuadamente las motivaciones de la conducta epiléptica.

Los rasgos de personalidad que vamos a describir, son más comúnmente vistos en los servicios psiquiátricos hospitalarios, en los pabellones de epilépticos, en donde ya se puede apreciar el aspecto de conducta gregaria del epiléptico y los problemas de conducta inherentes a esta obligada comunidad o promiscuidad de momentos epilépticos, podríamos llamar; también se aprecian estos rasgos caracterológicos en epilépticos de consulta privada, en alguno de sus familiares y en los que sólo se ven superficialmente afectados por la enfermedad a través de sólo ciertos rasgos psicológicos revelables en su trato a veces; en ellos no ocurren francas las manifestaciones de la epilepsia, ni mucho menos el deterioro intelectual del epiléptico ya recluso y que constituye, el deterioro, un factor para la expresión más clara de la personalidad epiléptica.

El temperamento del epiléptico es particularmente irritable y explosivo; casi siempre en estado de alta tensión emocional, lo que determina que cualquier roce o estímulo externo o por sus propias motivaciones internas se provoque la reacción violenta, con múltiples expresiones coléricas, pero siempre desproporcionadas, a veces brutales y hasta crueles de gran sadismo. El contacto verbal más sencillo, pone de manifiesto grandes resentimientos, rencor, a veces en relación con ofensas insignificantes o supuestas; por esta condición de tensión irritable comúnmente son suspicaces y delusivos, malinterpretando los conceptos inofensivos de sus compañeros y racionalizando la intención de sus semejantes, especialmente en la comunidad familiar, en

donde las tensiones habituales cobran aspectos dramáticos o de gran carga pasional.

Sus conflictos no pueden ser vistos objetivamente, sino en función de esta irritabilidad expresa o latente. El temperamento, sin embargo, oscila entre polos extremos, desde éste, de la irritabilidad, hasta el de la manscumbre aparente, la sumisión más inofensiva, la humildad, el sufrimiento, el espíritu de servicio extremo, la sensibilidad y la compasión llegando fácilmente a identificarse con el sufrimiento del prójimo con extremismos a veces patéticos. El epiléptico, es afectivamente pegajoso, untuoso, cargante y con fino amor propio que se hiere por circunstancias triviales, llegando a provocar reacciones de represalia o autodestructivas extremas: una adolescente epiléptica, con una fijación afectiva accentuada hacia el padre, fué duramente recriminada por éste en ocasión de una mala calificación en la escuela, con lo que bastó para que de inmediato tomara un veneno suicidándose. Esta conducta brevemente descrita, lleva implícita seguramente una dinámica psicológica mucho más compleja que condujo al suicidio; pero otros casos semejantes señalan, la sensibilidad del amor propio ofendido y su intolerancia, como motivación suficiente para el suicidio en este tipo de personalidad.

Seguindo esta descripción del amor propio, son sujetos con fácil resentimiento y con un tipo de rencor estático que pueden mantener un sentimiento de ofensa, tan vivo hoy, como dentro de años; casi siempre están persiguiendo represalias o venganzas, en las que se muestran implacables, rígidos y comúnmente sádicos. Sin duda que estamos describiendo con estos rasgos de carácter, un tipo de personalidad primitivamente egocéntrica y de reacciones instintivas arcaicas, sin la tolerancia y elasticidad del sujeto común; algunos son sensibles a sus propias tendencias instintivas, las cuales reprimen y censuran, como las sexuales, con sentimientos de culpabilidad. Interpretando estas características de algunos epilépticos los psicoanalistas, consideran en el epiléptico, un ego agresivo y un superego estricto y entre estas dos fuerzas brutalmente impulsoras unas y represoras otras, se debate la conducta del epiléptico. La mujer epiléptica por ejemplo, es sumisa, humilde, trata de practicar la virtud más en apariencia, intolerante de sus propias tendencias instintivas, reprime toda tendencia sexual y se acoge a todos los mecanismos que la alejen de sus instintos sexuales, frecuentemente con ideas de culpabilidad, hasta por sus fantasías instintivas, tanto más rígidas, cuanto más reprimidas son.

Por esta constante reprobación de sus actos, con sentimientos de culpabilidad, frecuentemente se muestran inclinados a las prácticas religiosas y sobre todo de autocastigo o de expiación masoquista hasta extremos de má-

ximo sufrimiento: una paciente epiléptica sufre crisis convulsivas con ligero estado confusional, expresa ideas de culpabilidad, se introduce a la iglesia en donde rompe una botella vacía que lleva consigo y como un acto de expiación exhibicionista y mística, se fricciona su espalda sobre los fragmentos de vidrio puestos en el piso, invocando así el perdón en voz alta de sus culpas. Así podrían citarse múltiples ejemplos tan expresivos como éste u otros de sutileza psicodinámica en los que se muestra la represión masoquista de los actos de los epilépticos por un estricto superego; la canalización de los sentimientos de culpabilidad y la ansiedad concomitante se logra a través de infinidad de mecanismos de expiación y muchas muestran a través de promesas exhibicionistas sus rígidos propósitos de cumplirlas no importa la humillación a que se expongan y más bien buscando ésta, para su liberación; la catarsis de la culpa es el castigo, de allí que el epiléptico sea un crónico penitente, en lo religioso, en lo social y aún en lo personal. A veces estos propósitos de expiación o de penitencia, tienen aspectos de ritual psicasténico o compulsivo; de hecho, los epilépticos tienen muchos mecanismos psiconeuróticos, compulsivo-obsesivos.

Esto no obsta para que en muchos casos concurren morbosidades instintivas, sexuales, en contraste con elevado éxtasis religioso, en busca de su expiación.

En el aspecto intelectual hay características importante apreciables en el simple trato del epiléptico: el discurso es casi siempre lento (bradipsiquia), con tendencia al descriptivismo prolijo y redundante, a veces con circunloquios de amplios circuitos, pero sin perder el objetivo central del discurso; hay rigidez en el curso del pensamiento de modo que a veces es imposible interrumpirlos, ni se logra tampoco que sean sintéticos, al fin llegan a ser fatigosos por la abundancia de trivialidades accesorias al tema central. A esto se deben agregar paros asociativos por amnesia nominal; dan la impresión de que no viene a su memoria la palabra adecuada y emplean un sinónimo o falso sinónimo o bien una palabra consonante y por último tienen que evadir los denominativos, cayendo en descripciones substitutivas que alargan los procesos asociativos. Por otro lado hay tendencia a la incoercibilidad y a la redundancia de conceptos, hasta la perseveración, especialmente en aquellos en los que se van apreciando síntomas del deterioro intelectual.

Es de interés considerar brevemente *los estados de conciencia* en el epiléptico: pueden ocurrir variaciones en los niveles de claridad o de integración de conciencia, desde la inconsciencia total, pasando por niveles ascendentes de advertencia más y más complejas, hasta la más alta integración y claridad como el que ocurre en la elación epiléptica. A veces ocurre

que en los ascensos de integración progresiva de la conciencia hay detención de los niveles en un plano estático de percepciones (estados crepusculares fijos), así como oscilaciones hacia más y hacia menos, que hacen que estos pacientes, dentro del cuadro de confusión mental, actúen desorganizadamente, con momentáneas capacidades de advertencia, alternando con mayores obnubilaciones; así sucede que en unos minutos u horas hay un ir y venir de estos niveles, de más y de menos y que constituyen el fondo de obscuridad y lucidez irregularmente dinámica de la conciencia degradada del epiléptico en el proceso ascendente de su despeje mental.

Esta gradación ascendente del nivel mental, puede fijarse estáticamente y quedar subnormalmente integrado el estado de conciencia; el paciente puede tener la impresión subjetiva de incompletud de integración de su personalidad; hay un estado subjetivo de despersonalización, el sentimiento del yo no está totalmente integrado y hay una reacción de angustia ante la percepción subjetiva incompleta. Otras veces el sentimiento de irrealidad no se refiere a lo subjetivo, sino se proyecta al medio externo y esta irrealidad del mundo exterior, también angustia al enfermo, pugnando con perplejidad, por conseguir un despeje más claro que le permita concebir el mundo que le rodea, dentro de su concepto subjetivo de realidad.

Estos estados de despersonalización o de irrealidad, no son exclusivos de los epilépticos, pues se ven en otros cuadros disociativos, sobre todo histéricos con los que es fácil diferenciarlos. La despersonalización epiléptica, se observa comúnmente a raíz de alguna crisis o de algún equivalente, pero a veces ocurre espontáneamente como un equivalente psíquico en sí mismo, como un mínimo estado subjetivo de la inhibición de conciencia que es total en la crisis completa.

La despersonalización es la condición psíquica que ha permitido las observaciones ya clásicas del *dejá vue* o del *jamais vue*, fenómenos de extrañeza de percepciones pasadas o de extrañeza de percepciones actuales, en la incapacidad de fijar en el tiempo estos engramas perceptivos; de hecho hay en estos estados un transtorno en el transcurrir del tiempo.

Tiene gran interés también este estado de conciencia degradada, porque conjuntamente a él, pueden aparecer experiencias alucinatorias, que no serían más que liberaciones automáticas sensoriales; pueden aparecer ideas de origen intuitivo, que no son más que anticipaciones despersonalizadas del pensamiento; alucinaciones psíquicas que imponen en estos enfermos creencias indestructibles, por ejemplo, el de sentirse predestinados para reformas sociales o religiosas. No es raro oír a estos enfermos expresar ideas filosóficas, religiosas o metafísicas poco elaboradas y que sólo surgen intuitivamente o mecánicamente diríamos sin un sentimiento subjetivo de producti-

vidad; el paciente se siente perplejo de percibir las y las comunica con cierta extrañeza o con cierta suficiencia paranoide, como en los casos de intuición mística, torciendo así su conducta hacia objetivos de reivindicación social o actuando con la convicción de un predestinado; la convicción de su predestinación es irreversible y tiene la estructura de una formación delirante, por lo que en estos aspectos, son poco o nada accesibles a la psicoterapia.

También es común observar en estos pacientes los estados crepusculares o de obnubilación de conciencia, que consisten en un estado de percepción nebulosa de la realidad; es un estado de conciencia degradado especialmente en el aspecto perceptivo. En este fondo crepuscular pueden surgir actos predominantemente instintivos de orden sexual, por ejemplo: impulsos destructivos, pudiendo llegar a cometer actos delictuosos o criminales, con la sabida característica de la amnesia total o parcial de los hechos verificados en este período; es común que estos actos delictuosos tengan una tendencia a repetirse con semejanza fotográfica, como se ha comprobado en diversos crímenes de epilépticos. Dentro de este fondo crepuscular, también pueden verificarse diferentes actos automáticos de más o de menos complejidad, algunos de ellos eupráxicos, cuando logran actuar al parecer cumpliendo adecuadamente un objetivo, pero sin el propósito voluntario o consciente de hacerlo: una paciente epiléptica del manicomio, se le da de alta por tener un gran intervalo sin crisis, al bajar las gradas del edificio sufre un ataque convulsivo a raíz del cual se levanta notoriamente obnubilada, toma su delantal y empieza a sacudir insistentemente el pasamanos de la escalera hasta lo más alto; allí despierta o se despeja y ve alrededor con extrañeza. Desarrolló un acto más o menos complejo, un acto reproducido de sus actividades domésticas habituales, un automatismo psicomotor eupráxico.

Otras veces la actividad psicomotora es desorganizada, fragmentada y falta de objetivo. Se observan otros actos automáticos de largo desarrollo como viajes o fugas epilépticas, en los que es difícil captar el estado de automatismo mental, tan sutil que se asemeja a un acto deliberado o planeado.

La psiquiatría forense tiene que avocarse a veces a casos de actos verificados dentro de estos estados disociativos; la posibilidad de una conducta delictuosa o criminal no está en funciones solamente del estado de automatismo mental, sino de todo el contexto del paciente: su personalidad, sus conflictos y sus objetivos conscientes.

A título de curiosidad, recuerdo dos casos peculiares de conducta automática, dentro de un estado de obnubilación: uno de los pacientes explicaba que en el momento en que se sentía en inminencia de una crisis o de simple

obnubilación mental, se llevaba las manos al bolsillo del saco, apretando fuertemente su cartera, porque tenía la impresión de que la iban a robar; sería un ejemplo de una conducta protectora automática o instintiva o de una conducta sumamente posesiva o de inseguridad. El otro paciente refiere que durante la obnubilación, siente la necesidad imperiosa de hincarse y si está en la calle se siente impulsado a estirar la mano y a pedir limosna a quien pase cerca de él; se levanta con extrañeza y con pena de verse así. Quizás fuera un ejemplo de esa necesidad masoquista de sentirse humillado, por la acumulación de sentimientos de culpabilidad y estricto super-ego que ya decíamos caracterizan muchos de los actos del epiléptico. Pueden cometerse otras muchas aberraciones de conducta en estas condiciones.

Baruk¹ ha señalado los trastornos del pensamiento interior del epiléptico, en donde el contenido habitualmente retenido y controlado conscientemente del lenguaje, se exterioriza automáticamente; es el llamado pensamiento interior verbalizado. Este fenómeno, también común en personas preseniles o seniles (hablan solas) o simplemente en estados de fatiga neurótica, aparece paroxísticamente en epilépticos como una expresión del automatismo psíquico: una paciente sufre constantemente con la idea de que se le van a salir en público algunas palabras que habitualmente dice en la fase prehipnica: cuando se va a dormir, pero aun consciente dice "pues sí, pues no, para qué". Estas simples palabras dichas en voz alta la angustian tanto que ha restringido su vida a su casa y a un estrecho círculo de parientes; no se atreve a viajar, a dormir en compañía de amigas y en general vive un estado de tensión relacionado con esta experiencia de exteriorización verbal. En este aspecto, por más que se haya estudiado su vida emocional, se tiene la impresión que este fenómeno psicológico de escape verbal, es más un producto de descarga neuronal que de contenido simbólico, aunque salta a la vista un probable significado de su contenido.

En el epiléptico aparecen otras experiencias significativas psicológicas, pero también de aspectos más bien neuronales (descargas) que de significación psicodinámica; como si en ellas la vida afectiva no fuera la energía que va a expresar determinado simbolismo. Estas experiencias psíquicas son verdaderos automatismos neutrales, de una actividad mecanizada, como ocurre por estímulos eléctricos verificados en zonas de almacenamiento psíquico, en el lóbulo temporal por ejemplo:

Baruk, señala la idea obsedante, como aura, que siempre se repite la misma y que se acompaña de una angustia paroxística que precede a la pérdida del conocimiento.

También se tienen observaciones sobre el desarrollo incoercible del pensamiento interior, que transcurre con tal aceleración, que no se puede ni

captar ni detener. Algunos pacientes aprecian, verdaderas ráfagas automáticas de ideas, que tampoco pueden captar ni recordar pero que implica para ellos gran sorpresa y perplejidad. A veces, dice Baruk, aparecen en los paroxismos psíquicos, ideas de influencia, síndromes paranoides que quedan fijos a la personalidad sin rectificación posible y que su formación es más bien un hecho fisiológico de expresión psicológica, que un mecanismo psicodinámico en el sentido psicoanalítico.

En otros pacientes aparecen experiencias súbitas de una premonición, de anticipación de acontecimientos que al verificarse (cuando casualmente así ocurre), da motivo a una posición de credulidad sobre circunstancias juzgadas como sobrenaturales; son los convencidos genuinos de su capacidad de predecir, son los paranoides reivindicadores de experiencias de revelación; el sentimiento de influencia o paranoide fluye como paroxismo, dice Baruk.

De esta descripción de los distintos aspectos psicológicos del epiléptico, de estas experiencias intelectuales automáticas, despersonalizadas, de sus características afectivas, ha surgido el concepto de personalidad epiléptica, que viene siendo admitida por unos y negada por otros.

Desde la segunda mitad del siglo pasado,² Feré hizo una descripción completa de los rasgos más característicos, concluyendo en la existencia de este tipo de personalidad. A partir de 1920, aparecen otras concepciones sobre otras características de la personalidad, pero sin negarla; la de Minkowska, Bleuler, quienes consideran que su característica es la viscosidad psico-afectiva.

Unos años más tarde aparece otra orientación sobre el estudio de los trastornos psíquicos intercríticos. F. Gibbs, señala en los enfermos con focos temporales una gran frecuencia de las manifestaciones caracterológicas y psicopáticas, tres veces superior a las encontradas en otras localizaciones. Belinson (citado en el mismo artículo), practicando estudios electroencefalográficos en serie de epilépticos de asilo, encontró un gran predominio de estos mismos rasgos en focos temporales. Todos los clínicos han llamado la atención sobre la irritabilidad, la explosividad de los comiciales de "epilepsia psicomotora". Esto ha hecho considerar a muchos autores, que los trastornos de la personalidad, que se vienen consignando, corresponden más comúnmente a la epilepsia temporal.

Creo que el concepto de personalidad debe ser sostenido en el sentido de existir características psicológicas, fisiológicas neuronales y constitucionales o genéticas del epiléptico, sin dejar de considerar que en la formación de esta personalidad concurren los múltiples factores formativos de esa personalidad y que finalmente ésta dependerá, de los factores intrínsecos de ella

y de su correlación con el medio. Aun así, la modalidad de esa personalidad habrá de expresarse más en función de su estructuración genética que psicodinámica; la epilepsia, ya lo hemos venido considerando, tiene características de una reacción orgánica-cerebral, con expresiones psicológicas rígidas.

Ciertas formas frustradas de epilepsia, sólo tienen como expresión sintomática síntomas psíquicos, rasgos de conducta llamados epileptoides y gracias a ellos, se les puede diagnosticar. Concluimos por lo tanto que clínicamente existen rasgos psicológicos suficientes para integrar un conjunto de características, que aunque no exclusivas, sí ³ concurren con más frecuencia y con aspectos propios en la epilepsia y que el estudio de esta personalidad es un recurso psicológico de gran importancia para el diagnóstico de la epilepsia y su diferenciación con otros estados convulsivos.

REFERENCIAS

1. *Baruk*. Psiquiatría Médica, Fisiológica y experimental. Masson y Cie., 1938, pág. 580.
2. *Psychiatrie*. Pág. 37250A, del 1er. tomo de la Enciclopedia Médico-Quirúrgica Francesa.
3. *Bela Mittelman*. Psychopathology of Epilepsy (capítulo del libro Epilepsy by Hoch and Knight). Pág. 136. Ed. 1947. Grune and Stratton.

EPILEPSIA Y ESTADO MENTAL

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. MARIO FUENTES *

DR. ALFONSO MILLÁN

EXISTE LA CIRCUNSTANCIA de que dediqué mi tesis profesional sostenida ante la Facultad de París en 1931, al tema "La inadaptabilidad social de los epilépticos y su papel en la delincuencia". Hube, pues, de estudiar en dicha tesis aquellos rasgos de la personalidad que hacen del epiléptico un desadaptado social y con mucha frecuencia un delincuente. Por ello, me son familiares los conceptos expuestos por el doctor Fuentes en su trabajo respecto al psiquismo y la personalidad de estos enfermos. Naturalmente, los recursos actuales para el estudio de la personalidad son mucho más vastos, y una prueba de ello nos la da nuestro colega al referirse, con sutileza propia del clínico experimentado y observador, a tantos y tantos detalles o aspectos de la personalidad de los epilépticos.

Sugiere el doctor Fuentes que la psicodinamia podría explicar en muchos casos el por qué de ciertas reacciones personales de los epilépticos. Efectivamente, es posible a veces lograr una explicación dinámico-psicológica, que se desenvuelve naturalmente, en estos casos de epilepsia, con sus correlativos fenómenos fisiológicos. Haré un comentario en este último sentido. Con frecuencia las condiciones en que se produce la primera crisis, son muy ilustrativas en el terreno psicodinámico. He aquí un caso:

Un paciente sufrió su primer ataque cuando desayunaba con su padre. La madre prefería al hijo dándole más panecillos y el padre estaba furioso e iracundo. El paciente se puso tenso, vió un cuchillo en la mesa y fantaseó con la idea de herir a su padre. Reprimiendo esa fantasía, entró en un estado de ansiedad; corrió hacia la cocina, se echó en los brazos de su

* Leído en la sesión del 4 de septiembre de 1957.

madre y sufrió el primer ataque. En otro caso reportado por Marsh, se trató de un soldado que sufrió su primer ataque cuando fué zaherido hasta el máximo por su sargento, a quien quiso golpear pero no se atrevió, presentándose luego la primera crisis.

Podemos comprender en cierta medida los niveles fisiológicos si recordamos los trabajos de Pavlov, quien comparó la corteza cerebral con un mosaico, con áreas de inhibición separadas por áreas de excitación. Excitación e inhibición están siempre moviéndose de área a área, en armonía con las necesidades de adaptación del momento. Son antagónicas durante todo el día, al terminar el cual la inhibición gana y nos dormimos. Max Levin, en un artículo publicado en el *American Journal of Psychiatry* (Volumen 113, Núm. 3, Sept. 1956), sugiere que la oposición entre excitación e inhibición puede verse mejor en la narcolepsia, en la cual el paciente, luchando contra un ataque de sueño inminente, puede lograr permanecer despierto, pero entonces puede tener un ataque de parálisis. Cuando un hombre se está quedando dormido, la inhibición se va extendiendo sobre su corteza (irradiación) invadiendo así cada vez más territorio. Cuando ese hombre lucha por no dormirse, se empeña en que la inhibición no se extienda, y para ello se excita en alguna forma. Esto es cierto no sólo cuando se trata de un ataque de narcolepsia, sino aun cuando se trata del sueño normal o fisiológico. A todos nos consta lo que intentamos cuando deseamos que no nos domine el sueño.

Un narcoléptico daba a Cohen los siguientes datos sobre un ataque paralítico:

"Pienso que pude haberlo detenido (el ataque de narcolepsia) en sus primeras etapas, pero desgraciadamente fuí demasiado estúpido para concentrarme, no sentándome inmóvil, sino tratando de no derramar el café de la taza que sujetaba, con el resultado de que mantuve el café a salvo pero resbalé y me caí sobre él". Se ve la extensión de la inhibición de una área cerebral a otra, en este ejemplo desde los centros para brazo y mano hacia los centros de miembros inferiores. Otros trabajos han demostrado que si la inhibición puede extenderse de una área a otra, lo mismo sucede con la excitación. Así por ejemplo, MacCurdy describe las reacciones de los soldados en su primera experiencia, en la línea de fuego, y después de hacer notar que la reacción más común es el miedo, dice: "Una reacción menos común es de excitación, acompañada de una especie de falsa euforia. El hombre tiene una tendencia a hacer bromas sobre las granadas, a reír ante bufonadas sin chiste" (psicodinámicamente diríamos a no ver su realidad de peligro); y, siguiendo MacCurdy, "el sujeto se siente muy a menudo bajo una tensión motora considerable, con un deseo urgente de

hacer algo y de hacerlo inmediatamente". Este ejemplo muestra que cuando el soldado suprime el impulso de huir de la línea de fuego, la excitación es desviada de los centros locomotores; pero no desaparece y se puede ver su persistencia en centros motores por el hecho de que el sujeto "siente esa tensión motora y el deseo de hacer algo y pronto"; se desahoga entonces en las bromas, los movimientos y juegos, etc.

La relación de estos fenómenos con la epilepsia se aprecia claramente en los ejemplos que referí al principio, en los cuales la supresión de un impulso (en un caso pegar al padre, en otro caso pegar al jefe) contribuyó para provocar un ataque epiléptico. Narcolepsia y epilepsia son opuestas fisiológicamente, siendo la primera debida a un exceso de inhibición, y la segunda a un exceso de excitación. En la narcolepsia, la corteza cerebral es indebidamente "inhibible", indebidamente vulnerable a la inhibición; en la epilepsia, la corteza o más exactamente una área pequeña de la misma, es indebidamente excitable y es el asiento de una descarga producida por estímulos apropiados. En la narcolepsia, la inhibición bloqueada en su avance sobre la corteza puede desviarse hacia una área susceptible; esto explica el ataque paralítico parcial que puede tener el enfermo cuando lucha contra el sueño. En la epilepsia puede suceder lo opuesto correspondiente; cuando el paciente trata de suprimir un impulso poderoso, hay desviación de éste, pero en esta vez lo que se desvía es la excitación, la cual, bloqueada de una área, puede ser desviada a otra, produciendo así la descarga que está localizada a esa nueva área, y por lo mismo, diversos actos motores, automatismos eupráxicos o no, del enfermo. Además, en algunos epilépticos se presentan también crisis de narcolepsia.

Por sugestivas que sean las anteriores consideraciones, hay que subrayar que su aplicación a los fenómenos puramente psicológicos, o sea a la psicodinamia, no es tan sencilla como sucede con las funciones neurológicas motoras. Sin embargo, son muchos los estudios realizados, aplicando los principios de la psicodinamia, y que demuestran en el epiléptico, las mismas fuerzas inconscientes, activas, que operan en todo ser humano. No debo extenderme sobre ello; pero sí quiero agregar que la propia psicodinamia permite al psicoterapeuta ayudar al epiléptico a comprenderse a sí mismo, a aceptar o tolerar mejor su invalidez y aún a modificar su propio carácter y reacciones personales, al menos en la medida en que no dependen de su epilepsia misma, sino de su condición de hombre, de su carácter propiamente dicho, y de la situación familiar y social en que vive.