

FICHA CLÍNICA Nº 8. LAS NEUROSIS DE CARACTER.



INTRODUCCIÓN

De las distintas categorías que distinguimos en el continuo normalidad-anormalidad psicológica: trastornos y/o disfunciones conductuales, neurosis sintomáticas, neurosis de carácter, neurosis de carácter crónicas, cuadros limítrofes y psicosis, entendidas como “organizaciones clínicas estables, identificables y caracterizables por un conjunto de signos y síntomas típicos, una dinámica psíquica y una estructura psicológica definida”, corresponde al capítulo de las Neurosis de Carácter - simples y crónicas- una de las mayores dificultades a la hora de sistematizar nuestros conocimientos en la búsqueda de un paradigma unificado que nos permita acceder a un conocimiento diagnóstico consensual.

Pues es, probablemente, en este lugar, donde la polisemia psicológica se haya manifestado más agudamente: trastornos de desarrollo, reacciones, trastornos de personalidad, neurosis, etc., han sido algunos de los no pocos conceptos que han intentado dar cuenta de estos cuadros clínicos a través de algunos de los distintos Sistemas Diagnósticos con que contamos en la actualidad: DSM-III; ICD-9R (OMS); Kaplan-Sadoch; Psicoanálisis, etc...

En esta síntesis hemos considerado, en un intento integrativo, pero a la vez pragmático, el concepto Neurosis de Carácter, como una categoría clínica discriminativa, y apta al diagnóstico diferencial.

CARACTER Y ANGUSTIA

El concepto “carácter”, proveniente del griego “Kharakter” (marca grabada o estampada), y es introducido en 1862 por el psicopatólogo Bhansen dándose origen, desde entonces, a un conjunto de esfuerzos por distinguir lo que hay de específico en las diferentes variedades de individuos, tanto como lo que de común se representa en un conjunto determinado de ellos. Actualmente definimos Carácter como: “*el conjunto de modificaciones estructurales y/o funcionales que presenta un organismo como resultado de sus propias actividades y/o de la influencia del medio en él*”. De este modo, Carácter conforma conjuntamente con los factores constitucionales (genético-hereditario), y los temperamentales (instinto afectivo), la estructura de personalidad. Esto es, la organización única de características de un organismo.

Por otro lado, entendemos la angustia (del Angos: opresión), como una reacción orgánica de tipo afectivo, que - a diferencia de las emociones básicas: alegría, rabia, miedo, amor y pena que están referidas a objetos específicos del mundo -, es caracterizable como “una reacción de alarma inespecífica frente a una amenaza potencial o virtual, transitoriamente inidentificable; que se manifiesta fisiológicamente en un “síndrome de activación” (ansiedad) y a nivel representacional como un temor difuso. vago e impreciso de carácter subjetivo altamente displacentero (angustia)”, y distinguible según su intensidad en: angustia de castración, de separación y de destrucción.

NEUROSIS DE CARACTER

En esta categoría distinguimos un conjunto de Cuadros Clínicos que comparten la propiedad de ser: el resultado de las relaciones de un organismo con su medio, en tanto, esté obligado a operar con determinados niveles de angustia (castración, separación y sólo parcialmente destrucción), desarrolla una estructura de carácter como un modo de impedir que ésta lo invada, y las que progresivamente se rigidizan y cronifican generándose como consecuencia de ello nuevas fuentes de Angustia y/o severas perturbaciones en la adaptabilidad social.

Clínicamente, existe un adecuado juicio de realidad - al menos en relación a los objetos materiales y contenidos sociales consensuales -, una identidad en vías claras de definición, establemente organizada en torno a cierto grado de constancia objetiva; y el uso predominantemente de mecanismos de defensa avanzados: represión y sus derivados: formación reactiva, desplazamiento, disociación, etc., Simultáneamente, el deterioro significativo en una o más áreas de funcionamiento: laboral, familiar, social, pareja, corporalidad, mente y/o sexualidad, permite observar no sólo la falta de logros o goce creativo, sino también procesos abiertamente autodestructivos que revelan los esfuerzos por mantener un equilibrio entre la angustia desencadenante de rigideces caractereológicas, y la angustia como fenómeno resultante de las limitaciones impuestas por la misma estructura.

MODALIDADES CLINICAS

De las diferentes sistematizaciones que en torno al tema existen, hemos decidido exponer la clasificación que de estos cuadros estamos realizando en el Modelo Bio-Analítico, como un intento integrativo que abarque parte de los criterios semiológicos, fenomenológicos y dinámicos de otros sistemas, a la vez de aportar con un dato clínico novedoso al diagnóstico diferencial: el rasgo caractereológico adjetivante.

En este modelo, a partir de las fases de desarrollo psicosexual psicoanalíticas, se infieren 10 categorías para estructuras de carácter: narcisista, esquizoide, oral, sádica, masoquista, obsesiva, narcisita-fálica (narcisismo secundario), fálico-narcisista (histeria II) , pasivo femenina e histérica, y una categoría como prototipo fenoménico: el carácter genital; y se propone, dado que estas fases las concebimos dentro de un continuo de desarrollo ontogenético que es posible adjetivar a cada una de ellas un segundo rasgo de las mismas etapas, en lo que denominamos la Matriz Diagnóstica bioanalítica.

Así, es posible hablar de una estructura esquizoide-oral, masoquista pura, oral-histérica, etc., y proponemos en el dominio de lo semiológico la posibilidad de apoyar el diagnóstico diferencial en la lectura de “parámetros corporales”.

Carácter Esquizoide: Tendencia a escindir el funcionamiento unitario del sujeto (pensar del sentir, sentir del actuar, etc.), o a retirarse hacia adentro. Cambios bruscos y oscilantes en la aparición de afectos e ideas. Identidad frágilmente constituida y un funcionamiento general comandado por el mundo representacional más que organísmico, y al servicio de la sobrevivencia, y de evitar el dolor del rechazo (angustia de destrucción y separación).

Carácter Oral. Tendencia al apego excesivo, disminución de la agresividad (excepto la oral que se incrementa), y presencia de un sentimiento interno de estar necesitando que lo sostengan, atiendan y cuiden. Intensa angustia de separación, y una identidad más estable organizada en torno al Ideal del Yo. altos montantes de falta de calor y apoyo, e intensas vivencias de privación.

Carácter Psicopático. Tendencia a la negación de sentimiento; con agresión oral modulada. Afán por alcanzar poder y necesidad de dominar como un indicador del propio valor. Según el patrón caractereológico, y desarrollo corporal, se distinguen los fríos y los seductores. Corresponde a una estructural oral activa; y los elementos orales clásicos están ocultos tras el grado de agresión disponible. Identidad organizada, en

tomo a legalizar la expresión de la agresión con fuerte participación del Ideal del Yo.

Carácter Masoquista. Tendencia a la parsimonia lentitud y obstinación bajo una aparente actitud de sumisión. Padece y se queja, pero sigue sumiso. Fuertes sentimientos de rencor, negativismo, hostilidad y superioridad, pero inconscientes. La identidad es estable, aunque el sujeto desarrolla una fuerte identificación con el Ideal del Yo, el que es construido contrafóticamente (en negativo) del Yo real.

Carácter Obsesivo. Tendencia a la pedantería, pulcritud y perfeccionismo, se centran en los detalles y dificultad para despegarse de un contenido, reiterativos y perseverantes. Bloqueo del mundo afectivo, y claridad intelectual a pesar de la pérdida de creatividad. Mesurados, poco espontáneos e inhibidos en los impulsos y emociones.

Carácter Narcisista secundario, Histeria II o fálico-narcisista . Tendencia a desarrollar una actitud exhibicionista, excesivamente autoconfiada, arrogante y penetrante. Priman elementos de angustia de castración (amenaza a la expresión de la propia sexualidad), que son neutralizados por una hiperidentificación con los rasgos activos del rol sexual. Seductores y erotizadores de vínculos, buscan el poder y el control como una defensa contra la intimidad. Identidad claramente establecidas, y mucho logro en el área laboral y social.

Carácter Pasivo Femenino-Histeria I. Tendencia a conductas de erotización pasiva, a someterse a las demandas sexuales del otro; tras la que se enmarcan una sexualidad de alta carga la que no puede ser asumida conscientemente. Existe una clara identidad (de sí mismo y sexual), mecanismos de defensa avanzados y buen juicio de realidad. Adecuado desarrollo de las áreas de funcionamiento, excepto la sexual, y como consecuencia secundaria un deterioro en el manejo de la agresión. Hiperexpresividad, afectuosidad, plasticidad, tendencia a erotizar los vínculos sociales con un sello de pasividad y coquetería.

Carácter Genital. Tipo de carácter adulto, expresión de un organismo asentado en la realidad, donde se fusionan todas las tendencias parciales del desarrollo psicosexual, bajo el dominio del principio de realidad. Identidad clara y estable centrada en el Yo real, congruentes con el Yo social y orientada al YO ideal. Adecuada Función de Realidad, no sólo en lo consensual, si no que dirigida a la Materialidad de los objetos.

CUADRO SINÓPTICO

Neurosis de Carácter

Narcisista

Esquizoide

Oral

Psicopático

Masoquista

Obsesiva

Narcisista secundario

Histeria II o Fálico-narcisista

Pasivo-Femenino

Histeria I

Carácter Genital

Al tratar las Neurosis de Carácter y sus Modalidades planteamos un continuo de Estructura de Carácter, en función de las fases de Desarrollo Psicosexual: narcisista, esquizoide, oral, psicopática, masoquista, obsesiva, narcisista secundario, fálico-narcisista, pasivo-femenino, histérico, y genital; y también hablamos de un intento integrativo que comprenda criterios semiológicos, fenomenológicos y dinámicos que llamamos Modelo Bioanalítico, y que intenta establecer un fundamento desde lo etológico y la psicología del gesto, en tanto utilizar “Parámetros Corporales. para apoyar el diagnóstico en psicopatología.

En este contexto, esta unidad amplía las categorías diagnósticas en Neurosis de carácter a la luz de este enfoque

MODELO BIOANALÍTICO

Sintéticamente, corresponde a un enfoque Constructivista Dialéctico que incorpora una dimensión “evolucionista” por un lado y “materialista” por otro, y que se organiza en torno a dos ejes fundamentales: a) el esfuerzo por integrar distintos marcos teóricos: Psicoanálisis, Fenomenología y Psicología Biológica, y b) tres conceptos centrales: Materialidad, Juicio de Realidad y Paralelismo Psicosomático.

- a) Considerando el valor de los distintos modelos teóricos y los aportes que ellos han desarrollado; del Psicoanálisis rescatamos los conceptos de: estructura del aparato psíquico, desarrollo psicosexual, concepto de energía; procesos primario y proceso secundario, relaciones objetivas, carácter y estructuras de carácter, y en general gran parte del conocimiento psicoanalítico que conserva sus relaciones con aspectos neurológicos y biológicos, y de descripciones clínicas y dinámicas de los seres humanos.

De la *Fenomenología*: el énfasis en el orden de lo fenoménico, de la manifestación del fenómeno, esto es su cualidad, dominio de existencia; relación causal con otros factores, capacidad de predictibilidad, operatividad y control, análisis de antecedentes y consecuentes, ordenamiento supraestructural, relación temporal consigo mismo y con otros fenómenos, etc., en síntesis, todo aquello que engloba lo fenomenológico como dato práctico y conceptualizable, y de la Psicología Biológica: el desarrollo de la medicina psicosomática, la neurología, fisiología humana y el conjunto de disciplinas: genética; embriología, endocrinología, etc., que desde el dominio de la Biología permiten interrelacionar expresiones conductuales de carácter general con fundamentos dinámicos y fenomenológicos.

- b) Tres conceptos centrales: *Materialidad* como un reconocimiento de la existencia de objetos autónomos en relación al ser que los conoce, pero no necesariamente independiente de él, comprensibles en un dominio de Materialidad (Existenciales Básicos) que comprende la cualidad de esa existencia, las propiedades, principios y constantes que definen, explican y determinan la existencia del objeto; *Principio de Realidad*: aludiendo a que una de las funciones del Aparato Psíquico o Cerebro es la de poder incorporar, aprehender y opera con reglas, leyes y, datos de la realidad, dichas funciones en las unidades más primitivas (autoconservación, nutrición, abrigo) o en las unidades más complejas (modificación de la realidad, predicción, control, anticipación) del grado de desarrollo, maduración y evolución del mismo e inscrito en una polaridad que va desde el pensamiento primario al pensamiento secundario y *Paralelismo Psicosomático*: entendido como una relación de correspondencia biunívoca entre la unidad física del cuerpo humano y el mundo “significante” psicológico, expresaba en la noción de “isomorfismo funcional del paralelismo psicosomático” esto es la ocurrencia de fenómenos en dominios que representan a una misma y que guardan una relación paralela entre sí.

MATRIZ DIAGNÓSTICA

La matriz diagnóstica es una herramienta apoyada en el pensamiento bioanalítico, que pretende sintetizar un ordenamiento tipológico y de criterios diagnósticos. Postulando que la actividad psicológica es la

resultante de la maduración biológica del organismo (articulaciones, músculos lisos, estriados, etc.) y los procesos corticales superiores que resultan como consecuencia de dicha maduración, entiende una relación isomórfico funcional entre la actividad bioeléctrica y neuro-endocrina del organismo y al discurso “significado” a nivel psicológico.

Así planteamos que, en condiciones normales, el organismo evoluciona progresivamente siguiendo una secuencia identificable, la que a su vez se corresponde con la maduración de determinadas estructuras psíquicas: áreas, motoras y sensitivas, zonas de lenguaje, memoria, funciones corticales superiores, etc. -, las que a nivel corporal aluden a la conformación de una Corporalidad Definitiva, y a nivel psicológico del establecimiento de un Pensamiento secundario o Función de Realidad.

Estas fases, extensamente descritas en el marco psicoanalítico, se corresponden entonces con determinadas adquisiciones tanto somáticas, como etológicas y “de sentido”; esquizoide (sistema articulario y esquelético -existencia y sobrevivencia), oral (sistema digestivo superior- necesidad, asimilación) anal (sistema digestivo inferior -emocionalidad- retención) (sistema uretral control y poder), edípico (sistema genital - intimidad y placer), de tal suerte que a medida que el organismo va complementándose, distintas experiencias relacionadas con la presencia o ausencia de displacer/placer troquelan dichos procesos determinando peculiares procesos corporales y la adquisición de determinados discursos etológicos, y consecuentemente a ello psicológicos.

Como consecuencia de este proceso, una fase completada da origen a la subsiguiente. Sin embargo alteraciones significativas en una de ellas produce una modificación en la secuencia posterior, las que si bien devienen secuencialmente, al hacerlo en el contexto de la perturbación mencionada, son modificados por dichas troquelaciones conformando estructuras caractereológicas psicopatológicas, típicas, y que son observables en: la organización corporal, el discurso psicológico y el repertorio conductual - sintetizable en la “estructura de carácter- de un individuo.

Con este criterio elaboramos una tabla de 2 x 2, con la cual obtenemos una clasificación general de la personalidad humana, desarrollando 81 categorías.

En esta tabla, damos especial importancia a las primeras celdillas lo Esquizoide-Esquizoide, y siguientes donde situamos las Psicosis, Funcionales y Cuadros Límitrofes, al igual que la segmentación que alude a la distinción de la conflictiva Edípica (precoz y/o clásica), y a las categorías que denominamos tipos puros (Oral-Oral, Masoquista-Masoquista, etc.).

Una primera aproximación a esta línea de trabajo, entonces, la podemos obtener si consideramos los distintos tipos de carácter, adjetivándose por un segundo rasgos de las mismas etapas resultando con ello un reordenamiento de categorías tradicionalmente comprendidas como cuadro equivalentes (por ejemplo, esquizoide histérico v/s histeria II).

En el esfuerzo por distinguir cada una de estas categorías desarrollamos un tercer vector, dando cuerpo a la matriz Diagnóstica en el eje Z incluyendo los siguientes indicadores: Corporalidad (apariciencia General, Rostro, Cuerpo, Rasgos Corporales Fundamentales). Signos clínicos, Sintomatología, y Rasgos Fundamentales de personalidad, entendiendo para cada uno de ellos una Fenomenología, Dinámica y Etiológica propias.

CUADRO SINOPTICO
Neurosis de Carácter

	Esquizoide	Oral	Siompatica	Masoquista	Obsesiva	Falica - Narcisista	Histeria II	Pasivo - Femenina	Histeria I	Genital
Esquizoide										
Oral										
Siompatica										
Masoquista										
Obsesiva										
Falica - Narcisista										
Histeria II										
Pasivo - Femenina										
Histeria I										
Genital										

(Extraídos de los Archivos Indepsi. Publicado en Correo de Psicoterapia n° 6 y 7, 1991)

Volver a Fichas Clínicas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.