

BREVE DEFINICIÓN PSICOANALÍTICA DE LAS DIFERENTES PSICONEUROSIS. (post. 2.9).



Sandor Ferenczi.

1.- *La histeria de conversión*, de la que se ha hablado ya en el capítulo consagrado a las generalidades, simboliza las fantasías inconscientes y las mociones impulsivas mediante síntomas físicos. Tales síntomas pueden instalarse de forma permanente (temblores, parálisis, anestias, algias), o bien manifestarse en períodos críticos. La gran crisis histérica clásica, cuya tonalidad sexual ha sido captada desde hace mucho tiempo por los médicos y por quienes no lo son, parece ser un equivalente erótico, como indica el psicoanálisis.

Desde el punto de vista del desarrollo del Ego, los síntomas de la histeria de conversión representan una regresión al período infantil de la comunicación por signos; al mismo tiempo, estos síntomas compensan la inhibición de la potencia genital exacerbando la erogeneidad de otros órganos. Las perspectivas de éxito terapéutico son relativamente buenas en la histeria. El tratamiento psicoanalítico es particularmente eficaz en los casos de problemas gástricos e intestinales de origen neurótico (por ejemplo los vómitos histéricos), el asma histérica, las neurosis cardíacas de origen psíquico, las perturbaciones psicógenas de la visión, de la audición o de la olfacción, algunas neurosis menstruales, etc.

2.- El núcleo de la *histeria de angustia* está constituido, como hemos dicho, por una causa fisiológica: la angustia provocada por la libido insatisfecha, a la que viene a sumarse, debido a la superestructura psíquica, la fobia hacia determinadas situaciones, personas, animales u objetos. Esta fobia incita al paciente a *evitar* lo que es penoso. Con ello encuentra cierto apaciguamiento subjetivo, pero mediante una restricción muy importante de su libertad de movimientos y de acción. De esta manera se forman las fobias que también conocemos: agorafobia, horror a multitudes o a los lugares cerrados, horror a los objetos puntiagudos o cortantes, horror a los animales que representan cualquier peligro como el perro o el caballo, etc. Esta enfermedad se desencadena a menudo al quebrantarse profundamente la confianza del enfermo en sí mismo o en los demás o debido a una herida del amor propio particularmente dolorosa. A ella está asociada a menudo la tendencia a ruborizarse, es decir el miedo a ruborizarse (helitrofobia). Los sueños de angustia y los sobresaltos en el sueño son fenómenos muy frecuentes y conexos con la situación anterior. En realidad la histeria de angustia no es sino una variedad de la histeria de conversión, en la medida en que, en ambos casos, las fantasías inconscientes se organizan en torno a síntomas físicos (los síntomas de la angustia); los puntos de fijación son, en consecuencia, los mismos que en la histeria de conversión. También aquí el psicoanálisis obtiene resultados terapéuticos satisfactorios. Se ha conseguido de este modo la desaparición de abasia³ o de astasia⁴ que duraban ya más de diez años.

3.- En la *neurosis obsesiva* se trata a menudo de una invasión constante de pensamientos absurdos o insignificantes (pensamientos compulsivos) que surgen sin razón alguna, o de una tendencia a producir movimientos absurdos o inútiles, ocasionándose una angustia cuando se realiza cualquier tentativa de represión por la fuerza. El psicoanálisis consigue curar, casi sin secuelas, este síndrome tenaz que hasta

3.- Imposibilidad de caminar.

4.- Imposibilidad de tenerse en pie.

ahora no había sido posible dominar con ningún medio. Debe admitirse sin embargo que el tratamiento de estos casos exige mucho tiempo y muchos esfuerzos psíquicos. Parece que los enfermos obsesivos han quedado fijados al estadio del desarrollo del Ego llamado estadio de omnipotencia, o han regresado a él, lo que explica la tendencia de los obsesos a la superstición, de modo parecido a los pueblos primitivos. En el plano sexual han quedado fijados al estadio de organización llamado sádico-anal; a esta organización sádico-anal oponen cierto número de formaciones reactivas como las manías, la limpieza o la honestidad llevadas al exceso, o también un horror enfermizo hacia toda violencia. Otro rasgo peculiar es el denominado “ambivalencia”, fenómeno psíquico que consiste en la incapacidad de condensar el conflicto psíquico en un compromiso, lo cual nos obliga a representarlo por *dos* actos, o pensamientos, opuestos.

4.- Las *perturbaciones neuróticas de la palabra* (tartamudeo, dificultades de locución) aparecen a menudo en el análisis como una mezcla de síntomas histéricos y de síntomas obsesivos, y por ello susceptibles de mejoría o incluso de total curación.

5.- La *epilepsia psíquica* es a menudo indiferenciable de la epilepsia verdadera (suele ir acompañada de los mismos síntomas: reacciones populares y motrices, perturbaciones de la conciencia, relajamiento de los esfínteres, y lesiones diversas. En algunos casos -la experiencia de la guerra nos ha enseñado mucho a este respecto-, un síndrome de apariencia muy grave puede atribuirse a choques psíquicos, y reaccionar a un tratamiento psíquico. También se ha intentado este tipo de terapéutica en las formas consideradas verdaderas, a veces con éxito.

6.- El *alcoholismo* y *otras toxicomanías* pueden ser considerados como estados morbosos, pero no sólo debido a la cantidad de tóxico absorbido, lo cual no constituye más que un fenómeno secundario de la enfermedad, una simple consecuencia de ésta. El psicoanálisis busca y descubre el verdadero núcleo patógeno del alcoholismo, de la morfínomanía, y de la cocainomanía en hechos psíquicos inconscientes. No puede considerarse curado a un alcohólico porque se le haya podido apartar durante algún tiempo de su inclinación mediante la desintoxicación o la sugestión; la desintoxicación debe completarse mediante un trabajo psicoanalítico que desvela y neutraliza los verdaderos móviles psíquicos de la necesidad compulsiva de drogas. A menudo se observa durante el análisis que estas costumbres servían para enmascarar una vida sexual o amorosa perturbada.

7.- Lo que acaba de decirse sobre las toxicomanías es aplicable a la *cleptomanía*, la *piromanía* y otras manifestaciones impulsivas sintomáticas (véase en particular la *cleptomanía*).

8.- Las *neurosis traumáticas*, de las que la guerra ha proporcionado abundantes casos para la aplicación del psicoanálisis, son una mezcla específicas de síntomas psíquicos histéricos y narcisistas. En cierta medida son la representación corporal de la situación del enfermo en el momento del traumatismo; están caracterizadas por una hipersensibilidad hipocondríaca especial y por una disminución importante del coraje y de la confianza en si mismo. Estos últimos fenómenos se imponen con particular intensidad cuando el daño sufrido permite esperar una indemnización. Pero sería un error pensar que la búsqueda de este provecho explica totalmente la neurosis. Además de este beneficio secundario, el traumatismo entraña también consecuencias primarias: los síntomas representan en cierta medida una regresión auténtica al estadio infantil de impotencia y de necesidad de otros; a él corresponde en el plano sexual, una reducción considerable de la potencia y del interés por el mundo exterior. Es curioso constatar que los traumatismos acompañados de una lesión relativamente grave, han aparecido en el momento en que el sujeto estaba en estado de alerta, y han supuesto efectos mucho menos graves, que los choques inesperados acompañado de lesiones benignas. El análisis ha podido explicar este hecho paradójico mediante los factores económicos de la vida psíquica.

Como es normal, las perspectivas de tratamiento analítico son entonces tanto mas favorables cuanto mayor sea la ventaja del enfermo al superar su dolencia; en estos casos suele ser frecuente incluso la curación espontánea. La evolución de las neurosis traumáticas, tras la firma de la paz, ofrecen buena ejemplo. La mayor parte de los enfermos han hallado rápidamente el camino de la curación sin ningún tratamiento; los enfermos no curados eran los que habían sido víctimas de traumatismos particularmente graves o que les habían organizado su enfermedad en función de las pensiones de invalidez. La guerra ha impuesto el recurso

a una terapéutica de masa; los analistas se han visto obligados a combinar su método con los procedimientos sugestivos, lo cual permitía esperar una curación más rápida aunque menos radical.

9.- Un gran número de casos de *impotencia psicosexual* pueden ser explicados y curados por el psicoanálisis. En el origen de este síntoma se halla a menudo una fijación muy intensa del paciente al entorno de su primera infancia, de manera que se ve obligado a ampliar las prohibiciones sobre las tendencias incestuosas, a la actividad sexual en general. Un medio de expresión muy extendido de estas prohibiciones, la amenaza de castración, deja a menudo huellas en el psiquismo del enfermo, que luego es imposible o muy difícil borrar; un niño que oye hablar de circuncisión o se enfrenta a un órgano sexual femenino cuando no lo esperaba, puede reaccionar con la misma intensidad que frente a la amenaza de castración.

Pues los niños viven en la convicción de que todo el mundo posee un órgano sexual parecido al suyo, y no pueden explicar su ausencia más que por una intervención violenta. El niño suele ser amenazado de castración debido a alguna actividad masturbatoria; el efecto de estas amenazas puede ser reforzado por las exageraciones de los padres, de los educadores y de los médicos que tratan de impresionar de esta manera a los niños para apartarles de ese hábito. La impotencia puede manifestarse por la ausencia de erección, o por una erección imperfecta, por el retraso de la eyaculación o por su ausencia. Se han podido observar a menudo la existencia de satisfacciones compensatorias en forma de onanismo y de poluciones prolongadas hasta muy avanzada la edad adulta.

10.- La *insensibilidad sexual femenina* (frigidez) sobreviene en las mismas circunstancias que la disminución de la potencia masculina. No supone siempre perturbaciones neuróticas o depresivas; conocemos a madres de familia numerosa que nunca han conocido el disfrute sexual y que no han caído enfermas. La insensibilidad se produce por una pasividad total, por la ausencia de orgasmos, y a veces por espasmos vaginales dolorosos. En los casos graves va acompañada de síntomas histéricos penosos, sobre todo problemas digestivos, sensación de un nudo en la garganta, desagrado histérico, etc. En realidad la insensibilidad genital no es más que un caso particular de la histeria de conversación, cuya importancia práctica es considerable; la masturbación clitoridiana llevada al extremo constituye una causa de predisposición. Sin embargo, incluso en algunos casos arraigados, el análisis ha permitido restablecer una sensibilidad genital normal.

11.- La *homosexualidad* es una de las perversiones sexuales más frecuentes. La búsqueda de una solución a este problema -hasta ahora únicamente estudiando desde el punto de vista fisiológico- ha dado y continúa dando muchas preocupaciones a los psicoanalistas. El psicoanálisis nos enseña que pueden añadirse algunas causas psíquicas a los factores físicos y constitucionales que contribuyen activamente a la constitución de la homosexualidad. Por ejemplo es frecuente que los sentimientos de un niño huérfano de padre o madre, se orienten en un único sentido incluso en el plano sexual. Tampoco es raro que la explosión heterosexual, demasiado fuerte en el período del erotismo infantil, sea seguida por su contraria homosexual. Pues junto a los casos en que el atractivo por las personas del mismo sexo se haya reforzado patológicamente, existen también otros en los que el enfermo se refugia en su propio sexo a causa de un horror neurótico hacia el contrario. En este caso el pronóstico del tratamiento psicoanalítico es muy favorable. Quienes están completamente satisfecho por su compañero del mismo sexo apenas se siente motivados para prescindir de una enfermedad que no se les aparece como tal. También ocurre, en algunos casos, que la homosexualidad latente, sólo aparece a través de los síntomas en el transcurso del análisis. También en estos casos las posibilidades de derivar este impulso parcial en otra dirección, o de sublimarlo, son bastantes buenas.

12.- El *masoquismo*, es decir la tendencia a buscar el placer o la satisfacción en el sufrimiento físico o en la humillación psíquica -suponiendo que esto sea posible-, sólo puede ser explicado y resuelto descubriendo los elementos inconscientes. En los casos graves este trabajo exige mucha paciencia y perseverancia.

13.- *Las diferentes formas de enfermedades mentales.*

a) La *demencia precoz* (esquizofrenia) es una de las formas más graves de las psiconeurosis narcisistas, en la que el "Ego" regresa al estadio de desarrollo más primitivo, podría decirse que al estadio de la omnipotencia embrionaria, mientras que la sexualidad se caracteriza por la ruptura de toda relación con el mundo exterior.

Aunque el Psicoanálisis ha podido aclarar algunos problemas planteados por esta enfermedad que parecían insolubles hasta ahora no ha aportado gran cosa en el terreno del tratamiento. Como mucho, ha obtenido algunos éxitos terapéuticos en los casos en que se trataba de una asociación entre esquizofrenia y neurosis de “transferencia”.

b) En lo que concierne a la *paranoia*, los resultados terapéuticos reivindicados por el psicoanálisis son aún más difíciles de probar; por el contrario ha demostrado que el núcleo activo de esta enfermedad mental estaba constituido por una fuerte homosexualidad inconsciente que aparecía en la conciencia bajo la máscara del odio y el temor hacia las personas del mismo sexo; también ha mostrado el importante papel de la *proyección* en esta enfermedad: se falsea la prueba de realidad, el sujeto se esfuerza en desplazar sus propias tendencias psíquicas sobre los demás; pero hasta ahora el psicoanálisis no ha conseguido que el paranoico desconfiado admita esta interpretación, abandonado de este modo su errónea actitud psíquica. Como mucho ha obtenido algunos éxitos terapéuticos en los delirios de celos, cuando el enfermo tenía cierta conciencia del carácter patológico de su comportamiento.

c) La enfermedad mental maníaco-depresiva se origina siempre, según el psicoanálisis, en la melancolía provocada por la decepción inconsciente experimentada respecto a una persona idealizada con anterioridad, a la cual se había identificado totalmente el enfermo. Las autoacusaciones del melancólico son en consecuencia acusaciones dirigidas contra esta persona; el temor de empobrecimiento expresa la disminución del amor hacia ella, mientras que la anorexia (desagrado por la comida), y el adelgazamiento que sobreviene, es una defensa contra la regresión a un estadio de desarrollo sexual muy primitivo, es decir contra el impulso llamado oral o caníbal. La exaltación maníaca corresponde a la alegría por haber escapado temporalmente de la tiranía representada por la identificación con el ideal. En el período maníaco, el enfermo supera fácilmente las preocupaciones y los escrúpulos de la melancolía, y se arroja con júbilo sobre todo los objetos de amor o de odio que se le ofrecen en el mundo exterior.

La cura analítica apenas tiene posibilidades de conseguir nada en los estadios de depresión o de exaltación; pero en el período de remisión que sigue al desarrollo del ciclo, puede intentarse con provecho un psicoanálisis de alcance profiláctico que permita prevenir, en los casos favorables, la repetición del ciclo.

(Sandor Ferenczi. Obras Completas, Psicoanálisis Tomo IV, Ed. Espasa-Calpe, S.A. Madrid, 1984).

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

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

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.