

## CLASIFICACIÓN PSICOANALÍTICA DE LAS NEUROSIS. LAS NEUROSIS ACTUALES. (post. 2.5).



Sandor Ferenczi.

Hemos dicho en algún sitio que el psicoanálisis trata de operar sobre sus pacientes no mediante consejos de higiene sexual, sino a través de la reeducación psíquica. Esta afirmación conlleva ciertas reservas. Pues en el estado actual de nuestros conocimientos, algunos estados neuróticos aparecen como resultado de perturbaciones fisiológicas más bien que psíquicas. Descartando los estados provocados por una disfunción glandular o un efecto tóxico (enfermedad de Basedow, Corea, etc.), que escapan en gran parte al psicoanálisis, vamos a evocar tres estados morbosos cuyo examen le corresponde a menudo al psicoanalista, aunque no se trata propiamente de enfermedades de origen psíquico.

### 1.- *La neurastenia.*

El psicoanálisis ha permitido simplificar este diagnóstico, a menudo planteado a ciegas, demostrando que algunos estados obsesivos, psicasténicos, etc., clasificados en esta categoría, eran de naturaleza psiconeurótica. En segundo lugar aparece la *neurosis de angustia*, que Freud ha aislado de los síndromes neurasténicos. Hechas estas excepciones, lo que se continúa llamando neurastenia es un grupo de síntomas bastante bien definidos que comprende entre otros la astenia acompañada de irritabilidad, las cefaleas, la fatigabilidad física e intelectual, las perturbaciones gástricas y excretorias, la tendencia a la constipación, la disminución de la potencia sexual acompañada de poluciones y de eyaculación precoz. Esta neurastenia resulta de un *onanismo llevado al exceso*, según el parecer de Freud: la satisfacción demasiado frecuente de la libido mediante fricciones o manipulaciones del mismo tipo, en lugar del coito normal. Es sabido que antes el onanismo era considerado como un mal peligroso, que podía entrañar la atrofia de la médula espinal y la parálisis. Esta creencia errónea continúa precipitando a muchos enfermos imaginarios en brazos de charlatanes. En realidad, como ya hemos dicho, el onanismo es una fase casi normal del desarrollo sexual, y los problemas sólo aparecen si esta práctica se desarrolla en exceso o se prolonga más allá de su momento; entonces se da el síndrome neurasténico que acabamos de describir. Los jóvenes masturbadores se curan fácilmente de su estado neurasténico si consiguen practicar una actividad genital normal. Pero cuando los jóvenes recurren a la abstinencia total para escapar de la masturbación excesiva, corren el riesgo de caer en la Escila de la neurosis de angustia al tratar de evitar la Caribdis de la neurastenia. Por supuesto no debe concluirse que un joven sano, que rechaza la práctica autosatisfactoria, no pueda soportar sin peligro un período de abstinencia.

Aún no se ha establecido con certeza si la neurastenia puede verse incrementada por un factor constitucional que se añade a las enfermedades de higiene sexual; en cualquier caso, los datos relativos a la *constitución asténica*, bien observada por Stiller, parecen confirmar esta última hipótesis. Es muy posible que, en los casos de constitución asténica, se trate de individuos que soportan peor que otros el problema sexual que acabamos de describir.

La neurastenia no sólo tiene interés en el plano práctico, sino que también desempeña un importante papel en el estudio teórico de la psiconeurosis. Pues, aparentemente, el núcleo central de la histeria de conversión y de la neurosis obsesiva está generalmente constituido por un tal síndrome neurasténico en torno al cual se acumulan, como la perla alrededor del grano de arena, las formaciones morbosas de las

psiconeurosis (Freud).

## 2.- *La neurosis de angustia.*

Este síndrome, al que Freud considera acertadamente como entidad separada, fundándose en la etiología y en los síntomas, pertenece igualmente a las formas de neurosis en que las perturbaciones fisiológicas juegan un papel esencial por su intervención en la vida sexual, es decir en la economía libidinosa. Pero mientras que en la neurastenia se trata de un derroche y de una desviación, en dirección equivocada, del impulso sexual que no espera la aparición de un objeto apropiado, en el síndrome de angustia se hallan las condiciones inversas: retención y *fuerte concentración* en el organismo de la *libido* acumulada. Hemos visto que la abstinencia no lleva necesariamente a la enfermedad si se está en disposición de que el impulso sexual pueda convertirse en otras formas de energía y descargarse de este modo, si el sujeto evita en la medida de lo posible exponerse a excitaciones sexuales y si su organismo no es demasiado exigente a este respecto; el ejemplo de muchas personas que se consagran a la religión y viven en abstinencia total permaneciendo sanos, es suficientemente elocuente. Pero en la mayoría de los casos no se dispone de tan favorables condiciones, de manera que muchos sujetos vigorosos que practican la abstinencia, por principio o por otras razones, sufren neurosis de angustia.

El organismo debe afrontar los ataques más violentos de la libido en los períodos correspondientes a los dos momentos más importantes del desarrollo sexual descritos en el segundo capítulo de este trabajo, es decir las etapas infantil y puberal. En estos dos períodos, determinadas causas internas pueden impulsar la aparición de síntomas de angustia. El carácter tímido del niño, sus sobresaltos, su miedo a la oscuridad, a la soledad y a los extraños, sus fobias características en particular hacia los animales (caballos, perros, insectos), no sólo traducen la aprensión razonable frente a un desconocido amenazador o frente a poderosas fuerzas ajenas, sino que hallan su fuente principal en el deseo de dependencia insatisfecho del niño mimado. Estas angustias y miedos de la primera infancia, a los que los pediatras no han prestado suficiente atención hasta ahora, desaparecen a menudo por sí mismos cuando se aleja al niño de la habitación de sus padres. Pues los padres, con buena fe y creyendo en la ignorancia sexual del niño, permiten a sus hijos de dos y tres años (y a veces de más) asistir a sucesos que apenas comprenden, pero cuyo sentido perciben instintivamente. Estas angustias infantiles desempeñan un considerable papel en la historia clínica de los sujetos que a consecuencia de ellas van a desarrollar una psiconeurosis; se descubre a menudo que el primer empuje de un desarrollo psíquico perturbado proviene de la más tierna infancia, con ocasión de tales escenas nocturnas.

Los médicos conocen desde hace tiempo la fuerte tendencia a la depresión de los adolescentes de ambos sexos, que se expresa por un pesimismo universal y se asocia a la angustia, y nunca han dudado de que la causa deba buscarse en una moción sexual que aún no ha hallado objeto y que no ha podido descargar. Sin embargo se constata con regularidad que la neurosis de angustia aparece más adelante, durante la vida conyugal, cuando ya no hay razones para que se dé un rechazo de la libido y brote una neurosis, según la teoría de Freud.

Un examen detenido de la vida sexual de tales parejas evidencia siempre alguna anomalía en su modo de satisfacción. Lo más perjudicial de todo es el empleo de métodos contraceptivos, particularmente el *coito interrumpido* para el hombre.

No se puede atraer en exceso la atención del médico sobre la posibilidad de una etiología de este tipo en los casos de angustia; puede obtener éxitos terapéuticos notables en neurosis aparentemente graves sin utilizar el “psicoanálisis”, mediante el simple consejo de reemplazar —si es preciso absolutamente evitar un nacimiento— el coito interrumpido o el uso de preservativos, casi tan perjudicial, por el pesario u otro medio de protección mejor adaptado que no perjudica a ningún miembro de la pareja durante el encuentro. Naturalmente, esto sólo es válido en caso de una simple neurosis de angustia, y no en los casos de histeria de angustia en los que los consejos de higiene son ineficaces y donde solamente un psicoanálisis puede producir resultados duraderos. Es cierto que estas dos formas de enfermedad no son siempre fáciles de

diferenciar, pero no se arriesga nada comenzando por los consejos de higiene y esperando a proponer un psicoanálisis -que resulta mucho más complicado- en caso de que fracase la primera medida.

El coito llamado *retardado* puede producir los mismos efectos: el hombre retarda voluntariamente la eyaculación más allá de su desahogo espontáneo para satisfacer mejor a la mujer. Por el contrario, en la mujer, es precisamente la eyaculación demasiado rápida la que puede producir angustia, debido a que la excitación sexual aumenta mucho sin alcanzar la satisfacción. Muchas parejas no alcanzan nunca la satisfacción debido a una u otra de esas circunstancias. Aunque he insistido mucho sobre la inocuidad relativa del onanismo, no puedo silenciar aquí que el hábito de la masturbación juvenil conduce a menudo a la mujer a la insensibilidad genital, es decir al alargamiento del tiempo necesario para la satisfacción, mientras que la masturbación en el hombre puede provocar una eyaculación demasiado rápida.

Tras lo que acabamos de decir no hemos de sorprendernos de que las situaciones en que la excitación sexual no consigue llegar a una satisfacción normal supongan también angustia; es bien conocida la angustia del noviazgo que desaparece espontáneamente tras el matrimonio.

¿Cuáles son los síntomas de la neurosis de angustia? En primer lugar la sensación de angustia simple, que puede estar acompañada de algunos síntomas físicos: temblor, transpiración, palpitaciones, diarrea, o necesidad de orinar. Se asocia a ella a menudo el temor inmotivado de muerte súbita o de enfermedad que afecte al enfermo o a sus parientes, el insomnio, y la falta de apetito. En algunos casos, la sensación de angustia no se manifiesta subjetivamente, sino que se disimula tras uno de los síntomas mencionados. Lo que llamamos taquicardia paroxística es a menudo un síntoma de histeria de angustia. En el plano teórico igualmente, la angustia ocupa un importante lugar en la patología de la psiconeurosis y de la psicosis. Freud nos ha enseñado que la libido que se expresa en el plano psíquico, pero escapa a la conciencia, puede transformarse en angustia, del mismo modo que la libido fisiológicamente insatisfecha. Por otra parte, la neurosis de angustia desempeña al mismo papel en la histeria de angustia que la neurastenia en la histeria de conversión y en la neurosis obsesiva: constituye el núcleo orgánico central de la enfermedad en torno al cual se reagrupan pronto los síntomas psíquicos. Ya hemos señalado que, en último término, la angustia podría atribuirse al traumatismo del nacimiento.

### 3.-. *La hipocondría*

Es el síndrome menos estudiado hasta ahora. La única cosa de la que estamos seguros es que la libido -probablemente a consecuencia de un “desplazamiento” inadecuado de la libido genital, como el evocado respecto a la formación del símbolo- se adhiere a determinados órganos que, en condiciones habituales, sólo se utilizan para objetivos eróticos. Podemos hablar aquí pues, de un despertar del autoerotismo, ese antepasado de la libido narcisista que confiere a ciertos órganos un valor y una importancia excesivos, a expensas del organismo entero que se adhiere demasiado a la mínima lesión del órgano o los órganos en cuestión, y que por último conduce al enfermo a consagrar toda su atención a las parestesias, a las algias o a otras alteraciones más o menos importantes al nivel de este órgano. La hipocondría puede convertirse también en núcleo de una enfermedad psíquica. Algunas psicosis graves, como la esquizofrenia o la parálisis, pueden tener un primer síntoma en absurdos lamentos hipocondríacos. La hipocondría juega el mismo papel en la constitución de las neurosis traumáticas, de las psiconeurosis consecutivas a una lesión o a una mutilación corporal, y a menudo también en la enfermedad de los tics. Freud considera que se producen efectivamente alteraciones de la circulación, de las secreciones y de la nutrición de los tejidos en los órganos sensibilizados de los hipocondríacos, aunque escapen a nuestra percepción. En lo que concierne al tratamiento de la hipocondría, nuestra experiencia nos permite afirmar que el pronóstico es mejor en los casos en que sólo se ha adherido al cuerpo una parte de la libido, permaneciendo sana la restante, que en los casos en que la hipocondría se combina con una neurosis llamada de “transferencia” (histeria, o neurosis obsesiva).

La neurastenia, la neurosis de angustia y la hipocondría pueden atribuirse, como hemos visto, a una perturbación fisiológica de la sexualidad; contrariamente a las psiconeurosis, el psicoanálisis las reúne bajo el nombre colectivo de *neurosis actuales*, es decir en el marco de la noción.

.  
(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](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).