

DESARROLLO TEÓRICO DE LAS NEUROSIS Y PRÁCTICA CLÍNICA ACTUAL, CON BASE EN UN MODELO PSICODINÁMICO.

Universidad de Almería. Salón de Grados.
Almería, 9 de mayo de 2014

Carmen Ferrer Román.

1. La neurosis
2. Neurosis Histérica, rasgos y funcionamiento.
3. Neurosis Obsesiva. Rasgos y funcionamiento.
4. Manifestaciones que presentan en la actualidad.

Se suele pensar que una patología se define por sus síntomas. .

Por ejemplo, delirios y alucinaciones en la psicosis o conversiones histéricas, rituales obsesivos o comportamientos fóbicos en las neurosis, pero resulta que todos estos síntomas pueden aparecer en cualquier sujeto.

El síntoma es algo que habla. Sigmund Freud inventó el psicoanálisis en su encuentro con el síntoma. Un síntoma del que supo ver que hablaba. Y supo escuchar que expresaba varias cuestiones, por lo cual no dio de él una sola definición, sino varias. Dijo que era un símbolo mnémico del trauma, un cumplimiento de deseo, la realización de una fantasía, una satisfacción sustitutiva, una forma de protección contra la angustia y también, una formación de compromiso.

Por lo cual el síntoma debe ser considerado como un valor relativo, relacional y económico. La cuestión es poder ver en que funcionamiento psíquico se está desarrollando ese síntoma, en qué estructura psíquica.

Todos los sujetos tenemos una estructura –u organización psíquica- y cuando enfermamos lo hacemos de acuerdo a esa estructura. Clásicamente se han determinado 3 estructuras: -neurótica, - psicótica y -perversa a las que se puede añadir una cuarta organización, identificada posteriormente: -los cuadros o estados fronterizos.

Formación de la estructura psíquica

La estructura psíquica se forma poco a poco, desde el nacimiento (y aún antes) en función de algunos factores hereditarios y de cosas transmitidas, pero, sobre todo, en la relación con los padres desde los primeros momentos de la vida; las frustraciones, los traumatismos, los conflictos encontrados y las defensas organizadas por el yo para resistir a las demandas internas **de las pulsiones del ello** y externas **de la realidad**. Con todos estos elementos,

lentamente se va organizando el psiquismo individual que “cristaliza” como si se tratara de un cristal mineral con unas líneas de clivaje determinadas.

El término **enfermedad psíquica** se emplea para designar un estado de descompensación visible al que ha llegado una estructura debido a una inadaptación de la organización profunda y fija del sujeto a circunstancias nuevas, ya sean exteriores o interiores, las cuales son más potentes que los medios defensivos de los que se dispone. El tipo de enfermedad que se hará estará determinado por la “ruptura” que acaece en la estructura individual.

Si un sujeto no se ve sometido a situaciones desorganizadoras demasiado fuertes –traumatismos afectivos, frustraciones, conflictos demasiados intensos- no se convertirá en un “enfermo” y funcionará con su estructura de manera poco problemática. Pero si enferma, siempre lo hará de acuerdo a las líneas de fuerza y de ruptura de su estructura, lo cual quiere decir que una estructura neurótica solo podrá hacer una neurosis y una estructura psicótica una psicosis.

La estabilidad de las estructuras definitivas implica la imposibilidad de pasar de una estructura a otra a partir del momento en que el Yo específico está organizado en un sentido u otro.

Características de las estructuras neurótica y psicótica:

Neurótica

- El elemento inmutable es la organización del Yo alrededor de lo genital y del Edipo.
- El conflicto se sitúa entre el Yo y las pulsiones.
- La libido –interés y afectos- se orienta hacia los objetos (personas, cosas).
- Se conserva la noción de la realidad –proceso secundario-.
- El mecanismo de defensa prioritario es a represión de las pulsiones.

Psicótica

- Hay un rechazo sobre toda una parte de la realidad.
- La libido es de tipo narcisista, se orienta hacia el propio sujeto, por tanto, hay gran desinterés hacia los objetos.
- Domina el proceso primario –búsqueda del placer imperiosa, inmediata y automática-
- Defensas arcaicas: escisión, proyección, negación, despersonalización.

La investigación de la estructura del sujeto nos proporcionará una mejor comprensión de los procesos psíquicos del paciente que determinan su actitud real hacia sí mismo y hacia los demás, a la vez que su relación con el terapeuta: la transferencia.

1. Noción de neurosis

El término **Neurosis** fue acuñado por un químico y médico escocés -William Cullen- (siglo XVIII) en su tratado de medicina aparecido en 1777. Con ese término designó las enfermedades nerviosas que entrañan un trastorno de personalidad.

A partir de 1893, Sigmund Freud lo utilizó como concepto técnico aplicándolo a un amplio abanico de padecimientos nerviosos y apoyándose en él fue desarrollando su teoría psicoanalítica. Se preocupó, sobre todo, por poner en evidencia el mecanismo psicógeno de estas afecciones, cuyo factor determinante es el conflicto psíquico.

En un principio el término abarcaba no solo las neurosis auténticas sino también otras afecciones diferentes y más graves que después se fueron deslindando y recibiendo otros nombres, como la psicosis a las que se llamaba, por esa época, neurosis narcisistas.

El factor primordial de la neurosis es la existencia de una angustia *inmotivada*. Hay una exageración de las dificultades reales, como si la persona negase sus posibilidades y se rindiera ante cualquier tipo de obstáculo. Estos sujetos es como si no viesen una parte de la realidad, se consideran enfermos y sufrientes y, muy frecuentemente, buscan ayuda y remedio a su padecer.

«La fisonomía clínica de las neurosis se caracteriza:»

a) Por los *síntomas neuróticos*. Se trata de trastornos de la conducta, de los sentimientos o de las ideas que *manifiestan* una defensa contra la angustia y constituyen, en relación con este conflicto interno, una transacción de la cual el sujeto obtiene, en su posición neurótica, cierto beneficio (beneficio secundario de la neurosis).

b) Por el *carácter neurótico del Yo*. Éste no encuentra, en la identificación con su propio personaje, buenas relaciones con los demás y un equilibrio interior satisfactorio».

Causa profunda de la neurosis

El conflicto neurótico es de naturaleza sexual y los síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto.

En un principio, su etiología se basó en un trauma sexual infantil real. Freud mismo partió de esta concepción a propósito de algunos casos de histeria, pero progresivamente tuvo que reconsiderar esa hipótesis para concluir que el trauma sexual se situaba más al nivel de la fantasía que de la realidad. El trauma sexual puede haber ocurrido o no, pero la persona no lo consideró así cuando ocurrió, es después, cuando a través de la fantasía se resignifica y se convierte en traumático.

Ej. una paciente de Freud llamada Emma.

“Desarrolló una fobia consistente en no poder entrar sola en los almacenes. De niña había sufrido abusos por parte de un viejo comerciante (sin tener miedo a ello ya que volvió más de una vez al almacén). Más tarde en su adolescencia, entró en otro almacén del que marchó rápidamente al ver a dos dependientes que reían entre ellos. Las risas las interpretó como burlas de ella, tanto por los abusos sufridos hacia tiempo como por sus deseos sexuales actuales despertados por los chicos, propios de la adolescencia. Ese hecho

reactualizó la escena infantil, el recuerdo se volvió traumático y desencadenó la conducta fóbica”.

Decir que la neurosis se sitúa a nivel de una problemática sexual no es referirlo a una anécdota de la sexualidad infantil, sino a las circunstancias de la evolución sexual del sujeto y de los deseos y conflictividad edípicos.

Para entenderlo mejor hemos de detenernos un poco en la exposición del transcurso de la constitución sexual, que se centra en la **Etapa Edípica**.

De forma general, todos los sujetos tienen sexualidad desde el comienzo de su existencia: Al principio, todos –niños y niñas- adoptan como objeto de amor -persona amada- a la madre elección que se apoya en la satisfacción de la principal necesidad vital –la comida-. El hecho de comer se transforma en un placer sexual localizado en la boca; de este periodo queda fijada la misma como uno de las zonas eróticas primordiales.

Los problemas empiezan con un tema básico y es que durante algún tiempo el niño cree que todos somos iguales, no percibe la diferencia de los sexos.

Más tarde, se da cuenta de que hay una diferencia esencial, y entonces los niños van creando algunas teorías sexuales:

- Los varones creen que si las niñas no tienen pene es porque lo han perdido, o sea han sido castradas.
- Otra teoría es que aún no les ha crecido, teoría que suelen compartir las niñas.

Mientras tanto, el varón sigue quedándose con la madre como objeto sexual mientras que la niña –decepcionada de la madre que la ha creado castrada como ella misma- hace un cambio de objeto y se vuelve hacia el padre con la esperanza de que este la dote de ese preciado órgano. Este enamoramiento del padre o de la madre, según el caso es a lo que se llama el Edipo positivo.

Pero los niños saben que ese deseo no está permitido y que el padre prohíbe el incesto bajo la amenaza de un terrible castigo. Este es interpretado por el varón como la amenaza de castración, lo que produce en él la llamada “angustia de castración” y por la niña como “complejo de castración” que se traduce en el miedo de perder el amor de los padres.

Esta fase dura hasta los 6 años, aproximadamente. Por entonces, el niño no ha tenido más remedio que aceptar la prohibición del incesto y finalmente se identifica con el padre interdictor. Esa prohibición es la fuente de todas las normas y prohibiciones que el sujeto adoptará para sí mismo. De la aceptación del mandato paterno surgirá una nueva instancia psíquica que es el SuperYó (conciencia moral, ética, etc).

Pero el hecho de que se haya aceptado la ley que impone el padre no significa que el deseo haya desaparecido, se reprime pero sigue vivo en estado inconsciente. Según como cada sujeto haya podido llevar a cabo la resolución de su Complejo de Edipo ese deseo incestuoso –la pulsión- intentará retornar, bajo diversas formas, para conseguir la satisfacción y el superyó le hará de freno para evitar el castigo.

Semejante lucha es lo que da lugar a los conflictos que constituyen la neurosis.

El conflicto en el niño deriva de la rivalidad edípica con el padre en el proyecto de conquistar a la madre. Tal proyecto es abandonado por dos causas.

1. Por los sentimientos de cariño hacia el padre.

2. Por el miedo a las represalias de este, que toma la forma que ya hemos dicho: "angustia de castración".

En la niña, ocurre de manera algo diferente por dos razones:

1. Hay un cambio de objeto, de la madre que es el primer objeto de amor pasa a la búsqueda del amor del padre.
2. De la diferencia anatómica, que hace que no sufra angustia de castración, pero si "complejo de castración", el cual intenta compensar buscando continuamente conseguir y conservar el amor de sus objetos.

Pero tanto en un caso como en el otro, la castración se vivirá simbólicamente, como la expresión de todo lo que no se tiene, lo que no se puede conseguir o se puede perder.

- La trama sobre la que se construyen las neurosis es el conflicto entre el superyo y las pulsiones sexuales. La primera consecuencia de ese enfrentamiento es la represión que muchas veces queda desbordada surgiendo entonces los síntomas como solución de compromiso.
- El síntoma simboliza la satisfacción del deseo incestuoso. Y a la vez la prohibición del mismo y el castigo por la culpa que produce ese deseo.
- La actitud ante el síntoma engloba esos dos aspectos, por un lado se busca ayuda para solucionarlo y, por otro, suele haber una fuerte resistencia durante el tratamiento.

Itinerario en la formación de las neurosis

La fobia sería la vía de entrada a las neurosis; la fobia es hacia el objeto que castra, al cual el sujeto le busca un sustituto que se convierte en el objeto fobogeno.

La fobia neurótica sería la primera de las neurosis, llamada: **Neurosis de Angustia**

Básicamente, hay 3 tipos de fobias auténticas:

- *De locomoción*: ir en coche, tren, metro, avión, que se conecta con la claustrofobia ya que es un lugar del que no se puede escapar.
- *De situación*: agorafobia, claustrofobia. El espacio representa el padre castrador con el que no se puede estar porque es peligroso.
- *Zoofobias*: a distintos animales. Se proyecta sobre el animal lo impredecible, es peligroso como la figura paterna que puede aparecer de pronto y efectuar la castración.
- Las otras fobias no son tales, se trata más bien de inhibiciones, como la fobia social, etc.

Todas las fobias producen una profunda angustia y se ha de evitar todo lo posible estar en esa situación o entrar en contacto con esos objetos porque la vivencia inconsciente es el riesgo de ser castigado por el padre ante la intención de satisfacer la pulsión edípica.

Los mecanismos de defensa de esta neurosis son: la evitación, la huida o el objeto contrafóbico.

El fóbico busca poner distancia porque no tiene espacio, está agobiado por el otro paterno que no le da tiempo ni espacio, es un otro persecutorio.

La intencionalidad en todas las neurosis es, por un lado, satisfacer el deseo edípico y, por otro, eludir el castigo por ello evitando al padre castrador. Esta defensa se realiza con el mecanismo específico de cada neurosis:

- En la histeria, seduciendo y después abandonando que es un modo de controlar el objeto que representa al padre castrador.
- En la N. obsesiva, con el control.

Durante la etapa edípica del niño, para disminuir esa dimensión imaginaria del padre castrador que provoca estos conflictos, basta con que el padre real cumpla su función: desee a la madre y ejerza la sexualidad con ella y cuide y proteja a los hijos. De esta forma se convierte en figura de identificación separando bien al hijo de la madre y alentándolo para hacer y conseguir cosas. Con la promesa de que más adelante él también podrá tener una mujer, distinta de la madre, con la que ejercer la sexualidad.

Lo que hace que el hijo se identifique con el padre es el amor hacia él.

Pero si el padre no puede sostener esa situación, ya sea porque sea muy débil, esté deprimido o sea muy colérico, la castración imaginaria aumenta mucho y, por tanto, los conflictos.

El NEUROTICO se pelea continuamente con el padre, no puede acabar de identificarse con él porque falla el amor para con él, no se lo puede amar porque es débil o porque es muy temible.

- **En la histeria**, el padre se vive como que entra en la seducción. Es atractivo porque está con la madre, la histeria desea lo que tiene la otra mujer, no tiene un deseo propio porque tenerlo presupone aceptar la castración. Todas las seducciones y abandonos que realiza están representando la seducción del padre. Si lo seduce lo deja sin autoridad y ya no puede castrar. El deseo de la histeria es un deseo que ha de permanecer insatisfecho.
- **En la n. obsesiva**, la fantasía es mirar la escena primitiva de carácter sádico, en la que un padre tiránico poseería sádicamente a la madre en actitud masoquista. El sujeto se queda prisionero de esa escena en la duda de identificarse con uno o con la otra, cosa que no quiere hacer con ninguno de los dos. El rasgo de carácter es la identificación con el padre colérico, caprichoso, dominante, impositivo. El deseo del obsesivo es imposible, siempre quiere otra cosa.

2. Neurosis Histórica, rasgos y funcionamiento

El término histeria proviene del griego hystera que significa útero en griego, ya que se creía que era una enfermedad exclusivamente femenina ligada a su aparato reproductor. Pero la cuestión es que no tiene relación con el útero aunque sí con la sexualidad y se da tanto en hombres como en mujeres.

Freud fue quien la estudió de manera más detallada a raíz de los tratamientos de una serie de pacientes femeninas que le eran enviadas por los colegas que no sabían qué hacer con ellas.

Rasgos de la Histeria

La histeria de conversión, es llamada así porque en ella pueden aparecer una serie de perturbaciones físicas –sin causa fisiológica ni lesión de órgano- que son la expresión de los conflictos psíquicos, la conversión es de lo psíquico a lo físico.

Esta histeria ha sido considerada por muchos como una actitud de simulación o como un deseo de llamar la atención por su apariencia teatral y exagerada.

Los síntomas que presenta suelen ser:

- **Síntomas somáticos**, que aunque son los que han determinado el nombre de la enfermedad no son las manifestaciones más frecuentes:

1. La gran crisis, descrita por Charcot, se trata de una crisis de agitación espectacular que puede tomar diversas formas, desde el sonambulismo en pleno día hasta la imitación de la crisis epiléptica, pero sin algunos de los componentes de la auténtica crisis (incontinencia urinaria, mordedura de lengua). El electroencefalograma y, sobre todo, el contexto teatral, extravagante y lábil, confirmarán el diagnóstico.

2. Trastornos de aspecto neurológico, los más frecuentes son las parálisis pero de aspecto extraño y sin trastorno de los reflejos. Suelen afectar a las piernas, un brazo, las cuerdas vocales. Podemos añadir la ceguera histérica, las anestias y edemas localizados llamados “estigmas histéricos” y las manifestaciones dolorosas, muy problemáticas de determinar en cuanto a su causa, aunque el primer signo es la ausencia de organicidad.

- **Síntomas psíquicos**, estos son más frecuentes que los síntomas físicos, pudiendo coexistir ambos, lo que da seguridad al diagnóstico.

1. **Sedución y afección**, es el primer síntoma en cuanto a la presentación. Esta manera de ser podemos describirla como deseo de atraer la atención, egocentrismo, dependencia afectiva, falta de control emocional, coquetería, provocación, erotización de la relación, etc. Es una ofrenda afectiva inmediata que tiende a acortar la distancia con el otro. Sin embargo, es una falsificación porque no puede durar mucho tiempo, en cuanto obtiene respuesta a esta “oferta y demanda” la ruptura es inmediata seguida de la huida violenta.

2. **Fuga o amnesia**, si la huida del histérico muchas veces es verdadera, lo más frecuente es que se manifieste en forma de amnesia histérica, se trata de olvidos de acontecimientos en los que el sujeto está involucrado con sus afectos y lo que representan.

También el comportamiento sexual tiene ese halo amnésico, no se ha de haber previsto y hay que olvidarlo rápidamente.

Estos personajes necesitan separaciones de sus objetos de amor lo que se traduce en una colección de objetos abandonados uno después de otro.

3. **Carácter histérico**, las actitudes descritas corresponden a un doble movimiento *seducción-retirada* que marca la ambivalencia a nivel del cuerpo, que es el signo distintivo de la histeria. Igual ocurre con otros comportamientos típicos como las fabulaciones, conductas mitomanías, tentativas de suicidio –que es una especie de fuga también- cuya actuación repentina es también una especie de provocación.

El histérico lleva así una doble vida (de ahí el sentimiento de desdoblamiento de la personalidad):

- La una, la de los síntomas tanto físicos como psíquicos parecen darle una soltura, una indiferencia envidiable, es la indiferencia del histérico. La conversión ha disfrazado la angustia que ha quedado totalmente reprimida.
- La otra, al fondo del cuadro, es la que paga la automitificación de la precedente, pues la verdadera víctima del histérico no es tanto el objeto rechazado como él mismo, de ahí el sentimiento de abandono, de impotencia y de fracaso que puede resucitar la angustia dormida. Pero si esta hace su aparición, es siempre lábil, presta a desaparecer de nuevo o tan desproporcionada que se la debe considerar como un síntoma más.

Funcionamiento económico

La función del olvido en el histérico tiene como objetivo defenderse de una rememoración constante de las fantasías incestuosas, contra las que lucha. El SuperYó obliga a escindir las pulsiones sexuales incestuosas que no deben expresarse.

- Estas *representaciones* (ideas) son reprimidas por lo que son expulsadas del sistema consciente y se vuelven inconscientes. Se trata de una represión conseguida por lo que la amnesia es total. Ello produce ese efecto de “gran indiferencia” y lo que puede quedar de las representaciones se convierte en su contrario: *el deseo sexual se transforma en repugnancia sexual*.
- Por otro lado, *los afectos* (vivencias) se convierten en conversiones somáticas, ya que por el efecto de la total represión no pueden convertirse en contenidos mentales, que serían síntomas, sufrimiento psíquico. Esos síntomas físicos son un desplazamiento con un simbolismo que expresa los deseos sexuales reprimidos.
- El síntoma es ambivalente, provocativo y con la intención inconsciente de atraer la atención. Expresa una relación sexual genital, pero bajo el signo de la bisexualidad, con una identificación predominante con el padre, al que se ama mucho.
- Hay una regresión parcial, con elementos de tipo oral y una fuerte demanda afectiva, una especie de glotonería pero de la que no puede guardar nada, es como una incontinencia psíquica.
- La “inhibición intelectual” de la que se habla en los histéricos no es más que el mismo mecanismo con el que se trata a los objetos afectivos, aplicado al material intelectual; o sea, los “desagua”.

Toda esta descripción la podemos aplicar, esencialmente a la mujer, pero también el hombre puede ser histérico, de una forma algo diferente.

La histeria masculina

La vida sexual del histérico es una paradoja, y esta paradoja es la expresión dolorosa de un fantasma inconsciente. Para el neurótico, la femineidad que él rechazaba con horror, la femineidad encarnada por la imagen de una mujer castrada y humillada, se transforma en su propia femineidad, en lo que podríamos llamar la parte femenina del hombre. El hombre llamado a ocupar el lugar del padre debe reconocer su parte femenina, porque quien reconoce con dolor su parte femenina tiene más posibilidades de asumir el difícil papel de

padre. El sufrimiento neurótico se debe a que el angustiado rechaza su femineidad, rechaza entregarse al Otro, por temor de que abuse de él, lo penetre o lo viole. Para el neurótico su femineidad es sinónimo de sumisión de pasividad. Para él ser mujer es vivir lo que vive la mujer de sus fantasmas, la idea que se forma al respecto es enteramente producto de sus fantasmas angustiantes de castración, y esta idea no tiene nada que ver con la concepción psicoanalítica de la femineidad, ya que no se puede asimilar el fantasma neurótico con la teoría psicoanalítica. La mujer fantasmaticada es un ser castrado sometido y siempre expuesto a la acción perversa de otro; para ser más exactos, a la acción de un padre perverso y tiránico.

Rasgos

- Son excelentes actores, mintiendo descaradamente y seduciendo a cuanta mujer se les pone por delante.
- Los histéricos son inseguros y miedosos, porque seducen y luego abandonan sin importarles los sentimientos de sus víctimas.
- Suelen ser muy atractivos, simpáticos y amables, hasta que de pronto, cuando se dan cuenta que la persona que cayó en sus redes desea que la relación crezca, se enfrían, y desaparecen sin decir nada.
- También el hombre histérico es renuente a entregarse sexualmente igual que la histérica.
- Son ambiguos, con actitud amistosa pero sin definirse del todo, como si se tuvieran que dejar una puerta abierta para salir corriendo.
- Son narcisistas que no maduran nunca, hacen cualquier cosa para que la mujer caiga en sus redes con el objeto de sentirse irresistible. Simulan para obtener esas pequeñas satisfacciones que afianzan su hombría.
- En consonancia con el mecanismo de defensa de la histeria que es la represión sexual, estos hombres no se caracterizan por una gran potencia ni actividad sexual, prometen mucho pero cumplen poco; más bien lo que quieren es exhibirse con mujeres atractivas para que todos los envidien, pero es solo una máscara.
- La figura del Don Juan encaja bastante bien en la histeria, saben seducir pero sin ningún propósito de continuidad, acabando el idilio de forma abrupta y sin razón alguna.

3. Neurosis Obsesiva. Rasgos y funcionamiento

A principios del siglo XIX la N. obsesiva se consideraba como parte de la locura. Avanzando el siglo, otros autores convinieron en que tenía un origen emocional y, finalmente, fue con Freud que se la empieza a considerar una neurosis a partir de la distinción entre los respectivos destinos de la representación y del afecto.

Rasgos de la Neurosis obsesiva

Los rasgos característicos del N. obsesivo son la duda y la procrastinación.

- *La duda*, El obsesivo duda continuamente, no sabe qué es lo mejor para elegir. La duda se genera en la indecisión sobre la alternativa de identificarse con el padre al que vive violento y tiránico o con la madre a la que vive dominada y humillada.
- *La procrastinación*, es el hecho de aplazar las decisiones y las acciones que tiene que llevar a cabo.

Los mecanismos defensivos que utiliza son:

- El *aislamiento* es el primer síntoma de esta neurosis, la esterilización de la afectividad. En el obsesivo hay una desaparición casi total de la espontaneidad. Su manera de comportarse es retirarse y tomar distancia, piensa y mira –carácter esquizoide-..

Tiene una sexualidad pobre, desafectivizada y con características sadomasoquistas.

Por el contrario, tiene un lenguaje amplio y minucioso y una lógica extraordinaria.

- El *control obsesivo* es la 2ª vertiente de la sintomatología: el obsesivo necesita controlarlo todo, de ahí el carácter obsesivo de sus preocupaciones, el orden, la precisión, la manía coleccionista y la compulsión de verificación, así como la manipulación del dinero.
- Las obsesiones no son de temática sexual sino temas de orden que es una manera de luchar contra las pulsiones libidinales.
- El *carácter obsesivo*, es el contrario que el de la histeria. Si el histérico no está nunca donde se creó que está, el obsesivo puede aparecer inesperadamente en el momento y el lugar donde no se lo esperaba, además tiene una excelente memoria. Los rasgos de carácter más frecuentes son: la meticulosidad, la limpieza, la parsimonia y la testarudez.
- Lo que más teme es el imprevisto, ya que rompe la distancia puesta con los objetos afectivos y pone en duda la omnipotencia del pensamiento, que cree haber logrado con su control.
- La reacción superficial es brusca, destructora para sus objetos de amor que puede ir desde el desbordamiento verbal hasta la agresión imprevisible con posibilidad de sadismo.

El efecto profundo es que la angustia latente que nunca está totalmente reprimida, como en la histeria, reaparece de forma masiva y puede deprimirse intensamente, incluso con un intento de suicidio callado y metódico que suele conseguir.

- Los *rituales obsesivos*, no son los síntomas más frecuentes y se pueden considerar como un síntoma de gravedad.

Se presentan en forma de obsesión-impulsión, como producto de la irrupción de la duda en su orden interno que el sujeto considera una irrupción en desacuerdo con su yo consciente. Lucha contra esa duda con la intención de librarse de ella, mediante los rituales que, en el fondo, no son algo diferente de la manía del orden y de las verificaciones. Toman por tanto, un carácter conjuratorio.

Puede tratarse de diferentes comportamientos: apagar y encender la luz 3 veces antes de acostarse, repetir una cifra antes de cruzar la calle, no pisar las juntas de las

baldosas o tocar un determinado objeto: árboles, señales de circulación, etc. Son actos de valor casi mágico, cuya repetición es un verdadero rito.

Estos rituales son una condensación de dos síntomas precedentes: el aislamiento por el carácter artificial de estas impulsiones y el control obsesivo por el deseo de repetición. No obstante, esa condensación es inoperante porque la angustia se infiltra constantemente en el proceso y ello conduce a las repeticiones al infinito, cuyo sentimiento de insuficiencia pedirá nuevos ritos que conducirán a una complicada red compulsional diferente de la obsesión inicial. La consecuencia es que determinados ritos conjuratorios (por ej. tocar todos los árboles de un bosque) pueden llevar al sujeto a verdaderos estados de despersonalización.

Funcionamiento económico

- La representación –idea- está aislada, separada del deseo para que en esa modificación pueda ser aceptada por el SuperYó. Los pensamientos pueden tener una temática sexual pero sin deseo.
- Los afectos –deseos- sufren una regresión sobre representaciones anales. En la fase anal el niño tiene un papel activo, él decide si da o no su bolo fecal y así toma posesión de una potencia autónoma. Instalarse de nuevo ahí es lo que precipita esa necesidad de control a la vez que es el origen de la omnipotencia del pensamiento. El afán de conservación y de control de estos sujetos reposa en aquella posesión de sus heces y en el dominio que ejercían mediante su decisión de darlas o no. El comportamiento anal tiene un fuerte componente sádico, agresivo y dominante, con elementos de tacañería, mezquindad e ironía que puede rallar en lo hiriente.
- Es de señalar la relación del obsesivo con su madre. El obsesivo sería ese hijo preferido de una madre insatisfecha que decide poner toda su atención hacia ese descendiente varón, desde entonces viven los dos un mundo imaginario “una prisión amada” que provoca el aislamiento. En esa misma línea, el control obsesivo estaría construido sobre la identificación con el fantasma de la omnipotencia megalomaniaca de la madre.

4. Manifestaciones que presentan en la actualidad

●La N. Obsesiva, no varía a través del tiempo. Es un desequilibrio que lo podemos encontrar en personajes históricos y literarios inmutable a lo largo del tiempo. Puede aparecer con mayor o menor gravedad pero sus síntomas, presentación y dificultades son estables.

●La Histeria, en cambio, siempre se ha amoldado a los usos y costumbres, a los modos de pensamiento dominantes, a las preocupaciones del momento. Es una enfermedad que se desarrolla para crear inquietud y solicitud en consonancia con los últimos movimientos sociales.

En siglos pasados, los aquelarres de las brujas, las posesiones diabólicas, muchas levitaciones y estigmas religiosos no eran otra cosa que manifestaciones histéricas.

Igual que los desmayos de las damiselas o las conversiones del siglo XIX.

A finales del mismo siglo, Janet en su obra *El estado mental de las histéricas*, 1893, aborda la cuestión del desdoblamiento de personalidad y de personalidades

alternantes, para él la doble personalidad es la forma histérica de la depresión periódica y “la histeria es una forma de desagregación mental caracterizada por la tendencia al desdoblamiento histérico permanente y completo de la personalidad”. De ahí vienen los efectos de la hipnosis, que provoca un estado segundo que revela la verdadera personalidad, mientras que el estado de vigilia normal corresponde a la enfermedad.

Las enfermas con trastornos físicos funcionales que Charcot mostraba a sus alumnos en el hospital de la Salpêtrière de París, adonde Freud había ido a estudiar, eran histéricas.

Hoy en día, ha y un síndrome que se puede equiparar a las “epidemias” de posesiones en la Edad media, nos referimos al T.P.M. (Trastorno de personalidad múltiple) que hace estragos en el país mas poderoso de la tierra. Se ha creado un movimiento TPM que se extiende y se muestra como si de un espectáculo se tratara. Pero qué es un trastorno de Personalidad múltiple, no es algo moderno, hace mucho tiempo que hay casos descritos. La primera descripción médica la hizo Paracelso, en la primera mitad del siglo XVI, que describió el caso de una joven con dos personalidades muy distintas, la una le robaba el dinero a la otra.

En los siglos sucesivos, se van describiendo casos como el que explica Eberhard Gmelin (siglo XVIII), de una chica alemana que, impresionada ante el desfile de los aristócratas franceses se identificó con ellos apareciendo la personalidad total y coherente de una joven francesa que hablaba perfectamente francés y cuya aparición alternaba con la suya original que, incluso, había cogido acento francés.

Ya en el siglo XX, estaba tan extendido que se crearon con esa temática auténticas obras de arte, una de ellas es la extraordinaria película “Las tres caras de Eva” (1957) basada en un caso real de una enferma llamada Chris Sizemore, cuyo argumento cuenta el caso de un médico que trata el caso de una mujer con personalidad múltiple: Eva White –una sosa ama de casa-, Eva Black –descarada y provocativa- y Joan –que aparece durante el tratamiento y trata de ayudar al médico a desenmascarar a las otras dos-.

Otra manifestación histérica, más leve, pero muy extendida en toda la cultura occidental son los “Realitis Shows”, en los que las personas anónimas que acuden a contar y exponer sus vidas se convierten momentáneamente en protagonistas en toda regla, para ello no dudan en dejar de lado cualquier atisbo de decoro o intimidad, cuanto más crudo y escandaloso es lo que cuentan mejor resultado obtendrán, más llamarán la atención –que es de lo que se trata-.

En todos estos casos la proporción femenina es tan aplastante que cuando se trata de un hombre se lo nombra especialmente.

En cuanto a su situación actual,

Las neurosis han sufrido una desmembración llevada a cabo por la nueva clasificación psiquiátrica, especialmente el DSM-IV o el CIE-10, del que han desaparecido como tales.

En su lugar aparecen una serie de síndromes correspondientes a los diferentes síntomas que forman parte de cada una de ellas.

- La histeria, ha sido suplantada por dos grandes grupos de trastornos: los trastornos disociativos y los trastornos somatomorfos.
- Entre los trastornos somatoformes:
 - Trastorno de somatización
 - Trastorno somatomorfo indiferenciado.
 - “ de conversión.
 - “ por dolor.
 - “ dismorfico corporal
- Entre los trastornos disociativos, están:
 - Amnesia disociativa.
 - Fuga disociativa.
 - T. de identidad disociativo.
 - T. de despersonalización.
 - T. disociativo no especificado.
 - T. histriónico de la personalidad.

Como se puede discernir fácilmente, los T. disociativos corresponden a los síntomas psíquicos y los T. somatomorfos de la histeria clásica.

- Algo parecido ha ocurrido con la N. obsesiva, que se ha convertido en el T.O.C. (Trastorno obsesivo-compulsivo) y se describe puntuando los diferentes síntomas, su aparición, duración y nivel de interferencia en las actividades diarias.

Estas clasificaciones son descriptivas y no explican ni las causas de su aparición, ni su mecanismo psíquico. Son vistas como un trastorno de origen cerebral, que se pueden tratar con medicación y, en todo caso, inducir al paciente para erradicar los síntomas, pero sin tratar la causa que los está produciendo ni abordar el funcionamiento psíquico.

Esta psiquiatrización de la salud mental incrementa los procedimientos diagnósticos sobre la población en general y la consecuente aplicación de tratamientos —especialmente los farmacológicos—, por lo que podemos pensar que están orquestados, en buena medida por los laboratorios farmacológicos que son los que salen más beneficiados de esta nueva tendencia. También se alega que los tratamientos psicoterapéuticos, especialmente el psicoanálisis, son largos y caros, sin tener en cuenta que con el exclusivo tratamiento farmacológico el paciente queda atrapado en un mecanismo de puerta giratoria consistente en entrar y salir indefinidamente en la consumición de unos u otros psicofármacos que solo pueden, en el mejor de los casos, aliviar el síntoma sin resolverlo.

Por otro lado, tampoco se tiene en cuenta que estas sustancias, muchas veces, pierden eficacia conforme el paciente las toma porque el cuerpo se acostumbra a ellas, necesitándose cada vez más cantidad. En otros casos, son adictivas y ya no se puede prescindir de ellas.

