PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Neurosis de Ey, H., Bernard, P., y Brisset, Ch. (1979). Tratado de psiquiatría.

En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resúmenes
- Tutorías

¡Clases particulares de esta materia!

Prepará parciales y exámenes

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes

Resúmen de Neurosis de Ey, H., Bernard, P., y Brisset, Ch. (1979). Tratado de psiquiatría.

Bibliografía

Ey, H., Bernard, P., y Brisset, Ch. (1979). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson

- **Capítulo II: La personalidad neurótica (pág. 374 del libro)**
- **Capítulo III: Neurosis de angustia (pág. 396 del libro)**
- **Capítulo IV: Neurosis fóbica (pág. 407 del libro)**
- **Capítulo V: Histeria (pág. 418 del libro)**
- **Capítulo VI: Neurosis obsesiva (pág. 434 del libro)**

Índice

Capítulo II. Las neurosis (La personalidad neurótica)..... 2
Estudio clínico de las conductas neuróticas.....3
Los “mecanismos de defensa” neuróticos.....4
Las características del Yo neurótico.....5
Clasificación de las neurosis.....6
Capítulo III. Neurosis de angustia..... 7
Descripción clínica..... 7
El estado permanente de ansiedad.....8
La constitución ansiosa.....8
Capítulo IV. Neurosis fobica.....9
Estudio clínico de las fobias.....9
Las situaciones fóbicas..... 9
Los temas fóbicos..... 9
Las conductas fóbicas.....10
Capítulo V. La histeria.....12
Estudio clínico de los síntomas histéricos.....12
Los estados crepusculares y los estados “segundos”.....13
Los síndromes funcionales duraderos..... 14
Las parálisis..... 14
El carácter histérico y la persona del histérico.....15
Capítulo VI. La neurosis obsesiva.....17
Los síntomas.....17
El pensamiento compulsivo. La idea obsesiva.....18
La actividad compulsiva. La obsesión-impulsión..... 18
Los ritmos obsesivos. El pensamiento mágico del obseso..... 19
El fondo psicasténico..... 20
El carácter y la personalidad del obseso.....20
El caracter sadicoanal del obseso.....21

Capítulo II. Las neurosis (La personalidad neurótica)

Definición: las neurosis son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. Producen una perturbación del equilibrio interior del neurótico.
Las reacciones neuropáticas constituyen las formas de enfermedades mentales crónicas "menores", es decir, que desestructuran menos profundamente que la psicosis el sistema del Yo en sus relaciones con la realidad.

Las neurosis vienen caracterizadas por:

a) **Síntomas neuróticos:** son trastornos de conducta, sentimientos o ideas que manifiestan una defensa contra la angustia y que constituyen, en relación con este conflicto interno, un compromiso del que el sujeto obtiene, desde su posición neurótica, un cierto provecho (beneficios secundarios de la neurosis).
b) **El carácter neurótico del Yo:** este, a través de la identificación consigo mismo, no puede encontrar buenas relaciones con el prójimo ni un equilibrio interior satisfactorio.

Implica tres ideas esenciales:

1) Enfermedad mental "menor" (en relación con las psicosis)
2) Preponderancia de trastornos subjetivos
3) Armazón de procedimientos defensivos, más o menos artificiales e inconscientes, contra la angustia

Estas formas de existencia patológica son vividas como un malestar interior desbordante de angustia. Por lo menos, así sucede mientras las "técnicas" inconscientes de defensa contra la angustia, que constituyen el trasfondo de los síntomas, no han conseguido plenamente su efecto, lo cual es relativamente raro. Sin embargo, la neurosis consigue tan eficazmente neutralizar la angustia, convirtiéndola en un accidente somático tranquilizador (por ejemplo, en la histeria) o invirtiendo su sentido en un sistema de castigo merecido o conjurado (obsesión), que el conflicto interior no vuelve a aparecer. Sin embargo, no por eso deja este de seguir existiendo, constituye el núcleo mismo de la neurosis.

El neurótico no puede considerarse un sujeto pasivo de síntomas, sino más bien, sus síntomas, él los hace, los fabrica, y esto es lo que confiere a la neurosis su estructura artificial.

Estudio clínico de las conductas neuróticas

Anomalías de la actividad sexual: los trastornos de la sexualidad son constantes en los neuróticos.

- **Masturbación:** no puede ser considerada patológica más que cuando es preferida a la satisfacción sexual. Asimismo, su ausencia es también un signo de neurosis, ya que un adulto sin tendencia a la satisfacción sexual, incluso masturbatoria, indica un temor particularmente masivo de las pulsiones sexuales. En ese sentido, **la abstinencia sistemática** constituye a menudo un signo de neurosis.
- **Impotencia:** puede manifestarse de muchas maneras. La abstinencia total (falta de erección), es rara. Más frecuentemente se manifiesta por periodos y de manera incompleta. Se incluyen acá también los trastornos de la eyaculación (precoz, retardada, ausente) y la impotencia orgásmica frecuente y a menudo ignorada por el sujeto.
- **Frigidez en la mujer:** es comparable a la impotencia del hombre pero su frecuencia es infinitamente mayor. Se define por la ausencia de sensación en la relación sexual. A veces es total, otras parcial. Su intensidad es variable: el placer puede ser débil o estar ausente; puede ser intenso en las caricias preliminares y cesar bruscamente en el momento del coito completo.

Las manifestaciones inconscientes de la agresividad: el neurótico es un ser que tiene "dificultad para vivir": este aspecto del comportamiento del neurótico es el más sorprendente para los que le rodean. Su humor es inestable, intolerante, contradictorio; tiene "mal carácter". Los problemas de agresividad ocupan el primer rango en el estudio clínico. Tienden a las conductas agresivas complicadas y disimuladas, ya que tienen miedo de su propia violencia.

A menudo, la agresividad permanece inconsciente, está inhibida, y se manifiesta fácilmente por medio de conductas de ironía, sarcasmos, terquedad, o bien queda implicada en conductas de indiferencia, astenia, ociosidad, etc.

La agresividad no puede ser vivida como tal sin angustia, y los procedimientos de la neurosis tenderán a **desplazarlo** (por ejemplo, del hermano a los hombres de su edad; de la madre a todas las mujeres); **a invertirla** (se sentirá miedo en vez de agresividad); **o volverla contra uno mismo** (autopunición en lugar de heteroagresividad).

La agresividad retenida en el inconsciente se combina con la inhibición de la sexualidad en múltiples trabas neuróticas de la acción: indecisión, incapacidad, torpeza, tendencia a los contratiempos y a los actos frustrados; miedo de mandar, de satisfacer una ambición, de ganar dinero; de salir, de ir al cine, de escribir, etc.

Los trastornos del sueño: aparecen con gran frecuencia. La dificultad puede ser la conciliación del sueño; a la continuidad del sueño (tiene que ver con la calidad del sueño, el miedo al sueño).

La astenia neurótica: los estados de fatiga constituyen un fondo común a todos los estados neuróticos. La fatiga es el más corriente de los síntomas. Consiste en un estado

psicosomático de agotamiento, lasitud y desaliento. Comporta un conjunto de factores somáticos y psicológicos. Estar fatigado es a la vez experimentar una incapacidad y abandonarse a ella. Deben distinguirse:

- La fatiga del histérico: brusca y susceptible de oscilaciones
- La fatiga del obsesivo: a menudo expresión única de su angustia y de su lucha agotadora

La fatiga neurótica comporta elementos comunes: desproporción con las causas alegadas, fracaso del reposo, contexto de ansiedad.

- **Neurastenia:** se habla de ella cuando la fatiga neurótica constituye el síntoma prevalente.
- **Neurosis hipocondríaca:** no puede disociarse, en muchos enfermos, la fatiga neurótica de la neurosis hipocondríaca, en la cual la perpetua preocupación por la salud da lugar a una continua búsqueda de dolores y de sensaciones anormales, en algunas o todas las partes del cuerpo.

Los "estigmas" o trastornos funcionales neuróticos

Pueden encontrarse entre estos, la enuresis, la tartamudez, los tics y el enrojecimiento.

Los "mecanismos de defensa" neuróticos

Está coraza neurótica está arraigada en el carácter neurótico.

Todos los fenómenos neuróticos se basan en una insuficiencia del aparato normal de control. Se les puede comprender como descargas involuntarias de urgencia que ocupan el lugar de las descargas normales. La insuficiencia del aparato de control puede producirse de dos maneras:

1) **Por situaciones traumáticas:** por el aumento del aflujo de estímulos, donde el aparato psíquico está invadido por demasiadas excitaciones en la unidad de tiempo y es incapaz de dominarlas
2) **Por bloqueo de descargas:** donde antiguos bloqueos o disminuciones de las cargas han establecido en el organismo una barrera contra las tensiones, de modo que las tensiones normales actúan ahora como si fueran traumáticas. Es este el que corresponde a los síntomas neuróticos y a sus mecanismos de defensa. Todos estos mecanismos neuróticos tienen como finalidad el disminuir la tensión interior experimentada como angustia o culpabilidad, evitando el reconocerla y manteniéndola fuera del campo de la conciencia.

Estas defensas son esencialmente inconscientes, y si bien todos las tenemos en nuestra vida cotidiana, para el Yo neurótico estas se convierten en la ley misma de su organización.

- **La represión:** mecanismo inconsciente que consiste en rechazar y mantener en el inconsciente las representaciones ligadas a una pulsión
- **El desplazamiento**

- **La proyección:** operación por la cual el sujeto expulsa de sí y sitúa en el otro, persona o cosa, cualidades, sentimientos, deseos, que desconoce y rechaza en el
- **La identificación:** proceso psicológico por el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad o atributo del otro, y se transforma total o parcialmente según el modelo de este.
- **La introyección:** indica el movimiento por el cual el sujeto hace pasar, de una forma fantasmagórica, de lo exterior a lo interior, objetos y cualidades inherentes a tales objetos.
- **Formaciones reactivas:** son conductas manifiestas inversas a los afectos latentes.

Es importante tener en cuenta que los mecanismos neuróticos no logran descargar la tensión del organismo, sino que, por el contrario, llegan solamente a enmascararla, a rehusar el tomar conciencia (lo que da cuenta de la angustia)

Las características del Yo neurótico

Se caracteriza por la lucha que se impone contra sus pulsiones, por los mecanismos de defensa que forman los síntomas de la neurosis o los rasgos de carácter neurótico.

Se trata de un Yo débil, obligado a defenderse contra un terrible peligro interior, imaginario e inconsciente, a fin de transformar por la misma neurosis y sus síntomas, el drama de su ser incompleto en existencia soportable. Así, el neurótico es un enfermo cuya enfermedad compensa parcialmente sus propios tormentos.
Aspectos clínicos del carácter neurótico:

- **El carácter “narcisista fálico”:** se caracteriza por una conducta de afirmación, impulsiva, la búsqueda a cualquier precio del éxito y del prestigio, la imposibilidad de tolerar los fracasos o las críticas. Pueden encontrarse elementos de tipo en los caracteres llamados “paranoicos”
- **El carácter “oral”:** avidez, deseo de satisfacción inmediata, pero también pasividad y dependencia. Se encuentra en los histéricos
- **El caracter “anal”:** actitud de rebelion que corresponde a un comportamietno de suciedad, desorden, despilfarro y de irresponsabilidad. Puede conducir a una limpieza meticulosa, a un orden rígido, al asco y al miedo ante la suciedad y sus imágenes.
- **El carácter “sadomasoquista”:** los neuróticos de este tipo suelen ser a la vez crueles, formalistas y duros, por una parte, y buscan el fracaso, la sumisión y el envilecimiento por la otra.

Clasificación de las neurosis

Se describe generalmente una forma básica: la neurosis de angustia, donde los mecanismos de defensa son relativamente simples y la angustia, por consecuencia, más directa, menos neutralizada y compensada.

Hay también neurosis fuertemente “estructuradas”:

- La neurosis fóbica (histeria de angustia): donde la angustia está comprometida en un sistema ideoafectivo simbólico (agorafobia, fobia a los cuchillos, etc.)
- La neurosis histérica: donde la angustia se neutraliza por sus enmascaramiento en expresiones psicosomáticas artificiales
- La neurosis obsesiva: en la cual la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o de pensamientos mágicos forzados

Pueden entonces clasificarse como:

Neurosis indiferenciada	Neurosis de angustia
Neurosis grandemente diferenciadas	Neurosis fobica Neurosis histérica Neurosis obsesiva

Diagnóstico

Los síntomas neuróticos serán reconocidos como tales por los caracteres siguientes: manifiestan un malestar interior y a menudo una gran angustia, más o menos disimulada. Dan al observador la impresión de un artificio, de una complicación y de una práctica activamente buscada. Estan en evidente relación con las situaciones y las emociones presentes o pasadas. Se manifiestan en sujetos desequilibrados. Estan también en evidente relación con los complejos o fantasmas inconscientes.

En su diagnóstico diferencial, se tendrá en cuenta un hecho capital, y es la posibilidad que tiene el neurótico, bajo la máscara de su neurosis, de entrar en contacto con los demás, en un mundo común y real. En efecto, a pesar de las extravagancias de su conducta, a pesar de su técnica de lo imaginario y del simulacro, el neurótico permanece adaptado o de acuerdo con la realidad.

Capítulo III. Neurosis de angustia.

Estado de ansiedad crónica o constitucional. La personalidad ansiosa.

Se entiende bajo este nombre los comportamientos neuróticos, en los que los síntomas neuróticos más destacados estan constituidos por las manifestaciones de una angustia permanente.

Estas conductas estan compuestas por todos los síntomas de una ansiedad caracterizada por un “terreno ansioso” y, más desde el punto de vista psicopatológico, por un perpetuo estado de alerta y de miedo.

Todo estado neurótico, bien revista la forma neta y definida de la histeria o bien la de la neurosis obsesiva, implica este fondo de angustia. La neurosis de angustia constituye, por lo tanto, como una especie de tronco común de la organización neurótica en marcha hacía conductas neuróticas más estables y más estructuradas.

Descripción clínica

La neurosis de angustia comporta crisis sobre un fondo constitucional de inestabilidad emocional.

Las crisis de angustia: este cuadro clínico se descompone en elementos somáticos y psíquicos con gran prevalencia de la angustia física.

1) **Los elementos somáticos de la crisis:** generalmente son puestos en primer plano por el paciente. **Síntomas respiratorios** como la disnea, asma, tos, crisis disfonicas o afónicas. **Síntomas cardiovasculares**, que a veces son dolorosos, donde se incluyen palpitaciones, taquicardia e incluso arritmia, dolores como quemaduras, hinchazones, punzadas, etc. **Síntomas digestivos** como espasmos gástricos o intestinales, náuseas, vómitos o diarrea, sequedad en la boca, etc. También hay **síntomas urinarios, neuromusculares, sensitivosensoriales y cutáneos.**
2) **Los elementos psíquicos de la crisis:**

- **Peyoracion imaginaria de la existencia:** la angustia crea y mantiene una serie de sentimientos paralizadores y pesimistas. Es vivida como una pesadilla obsesionante, irreal; al sujeto le parece que proviene de un drama interior.
- **La espera de un peligro:** inquietud, aprensión, perplejidad, duda, desaliento, temor, miedo o terror, miedo del pasado, del presente y del futuro.
- **Desarrollo:** la rebelión del sujeto ante este peligro vago e inminente conduce a una desorganización de su capacidad de ordenar sus perspectivas. El ansioso no solo se encuentra amenazado, sino que experimenta, en relación al peligro, una oscura solicitud, una atracción cruel. Existe una especie de **ambivalencia** de la situación vivida como amenazadora y como una amenaza deseada. El ansioso se encuentra apresado por su vértigo, desposeído de sus facultades de análisis y de control. No puede ni quiere ser convencido.

El estado permanente de ansiedad

Cuando la angustia se establece como un estado crónico, las perturbaciones anteriores sufren modificaciones debido a su duración.

Las alteraciones psíquicas estan disminuidas, en relación a las de las crisis de angustia. Pero su sentido sigue siendo el mismo; la espera del peligro, la perspectiva peyorativa de los acontecimientos y del porvenir, el trastorno del ser, los sentimientos de inquietud, son vividos simplemente en un grado menor.

Los trastornos psicosomáticos:

a) **Trastornos del sueño:** dificultad en conciliar el sueño (por rumiación mental) o fragilidad del sueño (despertares frecuentes, pesadillas). Más raramente el sueño es excesivo sin que proporcione reposo. El ansioso tiene miedo de abandonar su vigilancia, tiene miedo de dormir.
b) **Inestabilidad, subagitacion e irritabilidad:** el sujeto no permanece quieto ni un instante. Hiperemotivo, reacciona a todos los estímulos, con excesivos signos de emoción.
c) **Trastornos funcionales:** urinarios o graves de la sexualidad: el deseo sexual está disminuido o suprimido.
d) **Hipertonía muscular e hiperreflexiva:** músculos crispados, siendoles imposible una completa relajación.

La constitución ansiosa

La neurosis de angustia se presenta, en forma de crisis, más o menos brutales, que inciden en una personalidad alterada en su desarrollo caracterial.

La ansiedad crónica se organiza a semejanza de una neurosis caracterológica. Constituye una posición sistemática ante la existencia, como una constitución basada sobre la angustia. Visto desde el exterior, el sujeto ha manifestado desde la infancia una tendencia a la inquietud, y ha pedido sin cesar protección. Los familiares, maestros, jefes, se convierten en los soportes necesarios para su seguridad.

Su vida entera está instalada en la ansiedad. Estas personalidades, que no han podido jamás constituir un Yo verdaderamente independiente, se comportan ante los “traumatismos” (fracasos, decepciones, muertes, etc.) de su existencia. Puede decirse que, verdaderamente, el ansioso los “espera”, no solo considerándolos pruebas terribles, sino también como pruebas suplementarias de su permanente aflicción. Los traumatismos son a la vez muy fáciles de provocar y muy variables en sus efectos para cada persona.

Los factores de predisposición

Estos enfermos parecen estar abocados a la angustia por la misma organización de su personalidad.

Capítulo IV. Neurosis fobica

Está caracterizada por la sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en el objeto de un terror paralizador.

La fobia puede entenderse desde acá como el síntoma constituido debido al desplazamiento. En tanto que síntoma, la fobia es un medio específico intenso, cuyo estímulo es proyectado al exterior para disminuir la angustia.

En está forma de neurosis la fobia es el síntoma prevalente. Aquí la conducta neurótica no se limita a la expresión de una angustia específica, sino que se complica con medios de defensa y síntomas. Estos síntomas y estos medios de defensa constituyen la estructura complicada de está neurosis, que tiende a reemplazar la angustia de un peligro interno por el miedo de un peligro externo.

Estudio clínico de las fobias

Las situaciones fóbicas

La fobia, en tanto que manifestación esencial de neurosis, apenas puede definirse por un fenómeno aislado: el objeto fóbico y el terror que engendra en el sujeto. Sino que más bien al simbolismo del objeto de la fobia se mezcla un complejo afectivo particular del sujeto. Estas situaciones patógenas se reducen a un número pequeño de temas y de conductas tabús.

Los temas fóbicos

El tema más frecuente se refiere a la **fobia del espacio:** se manifiesta en el miedo de salir o angustia de las calles: en el miedo a los espacios descubiertos (agorafobia); en el miedo a los espacios cerrados (claustrofobia).

Otra categoría de fobia se refiere esencialmente al **medio social;** es decir son las relaciones individuales o colectivas con el prójimo las que constituyen el objeto de una angustia pavorosa. La fobia al enrojecimiento (eritrofobia), la fobia al contacto humano, a mirar a tal persona, a hablarle a un policía, etc.

También existen en el adulto fobias que son consideradas como restos directos de experiencias infantiles:

- aquellas que conciernen a los grandes animales (caballo, perro, león, etc), donde estos son imaginados en actitudes amenazadoras de devoracion o persecución

- o aquellas que conciernen a los animales pequeños (ratones, insectos), cuya amenaza es sentida como un atentado a la integridad corporal y conlleva una horrible repulsion

Observemos, por último, la particular importancia de la visión en la situación fóbica: todos los síntomas estan en relación con situaciones visuales. En este tipo de fobias donde el peligro está más específicamente definido, estos objetos fóbicos son buscados, descubiertos, a veces “sospechados” y casi “alucinados”, para justificar la evitación y tranquilizarse.

Cada una de las situaciones fóbicas (sea la calle, el caballo o un insecto) si bien parecen todas muy diversas, en realidad son bastante parecidas. Cada una aparece como una fantasía nueva, como una invención personal, siendo la posición neurótica siempre la misma: desplazar la angustia con un pretexto.

Las conductas fóbicas

Las conductas de evitación: para evitar tener una gran crisis de angustia, el sujeto se comporta de manera de evitar el objeto tabú, lo que conduce a conductas de fuga muy diversas, según la forma y la intensidad de la angustia subyacente.

Las conductas de tranquilización: lo más frecuente es la presencia de un personaje, a veces escogido, a veces anónimo: se trata sobre todo de no estar solo. También a menudo es una habitación o un objeto, evocadores de la protección, los que cumplen está función aseguradora.

El carácter fóbico: el carácter fóbico puede definirse como un conjunto de rasgos de comportamiento que constituyen el armazón caracterial del neurótico fóbico, que puede portar los síntomas anteriores, pero que también pueden encontrarse sin síntomas, estos últimos definidos como una “neurosis latente". Dos de sus aspectos fundamentales son:

1) **El constante estado de alerta:** si bien este estado de alerta puede compararse con el del histérico, el del neurótico fóbico es más especializado, más electivo. El fóbico se alarma ante todo lo que surge de sí mismo. El fóbico manifiesta horror ante estas situaciones mal definidas y mal percibidas, en las que presiente la cercanía de un peligro interno. Pero es del mundo exterior de lo que tiene miedo, y de ningún modo de sí mismo. Su pensamiento, su mundo interior le parecen, por el contrario, sencillos y límpidos. Tiende a **proyectar fuera de sí el** drama que vive, y va hasta una verdadera negación del mundo imaginario del cual es prisionero. Se defiende contra sus pulsiones, negándolas.
2) **La actitud de huida:** puede traducirse de dos maneras opuestas:

a) **La actitud pasiva:** conduce a exposiciones de inhibicion que pueden ser parciales (cieras inhibiciones sexuales, timidez con el otro sexo) o totales (rechazo del contacto con los otros)
b) **La negación de la pasividad,** la cual constituye un comportamiento de desafío. Está actitud es inversa a la de pasividad, pero está inversión expresa, en el fondo, el mismo temor ante las realidades de la vida. Es una “huida hacía delante”. Un caso

particular consiste en el comportamiento de superocupaciones, que en ciertos sujetos constituye un verdadero rasgo de carácter. No pueden permanecer desocupados un minuto.

Hay que añadir, finalmente, que la vida sexual del fóbico está siempre alterada en el sentido de una intensa inhibición. Cuando el deseo sexual es sentido como un peligro de destrucción, la angustia que esto provoca evita el acercamiento.

Evolución

La evolución habitual: es raro el no encontrar en el pasado de los sujetos, un periodo bastante largo de fobias de la infancia. También ocurre a menudo que los síntomas de la angustia, incluso aunque sean muy molestos, permanezcan camuflados a los ojos de los demás durante meses o incluso años, hasta que eventualmente el sujeto puede llegar a hundirse en una crisis depresiva.

Puede ocurrir que la neurosis se estabilice, incluso con síntomas molestos, si las conductas de evitación y tranquilización son suficientemente eficaces.

Diagnóstico

Se trata, especialmente, de distinguir la neurosis fóbica de los aspectos fóbicos de la neurosis de angustia, de la histeria, de la neurosis obsesiva y de la melancolía.

Neurosis de angustia. Hipocondría: en está neurosis es frecuente que aparezcan una o varias fobias: son ensayos de defensa contra la angustia, y no obtienen éxito. Se aprecia entonces el carácter pasajero de la fijación a un objeto fobogeno. El sujeto ensaya así varias fijaciones. No obstante, si encuentra una que consiga sacarle de su angustia, se instala en ella, y se constituye la neurosis fóbica.

Capítulo V. La histeria

Es una neurosis caracterizada por la hiperexpresividad somática de las ideas, de las imágenes y de los afectos inconscientes. Sus síntomas constituyen las manifestaciones psicomotrices, sensoriales o vegetativas de está “conversión somática”.

El histérico además, debe ser definido en relación a la estructura de su persona, caracterizada por la psicoplasticidad, la sugestibilidad y la formación imaginaria de su personaje.

Así son necesarios dos elementos para definir la histeria:
- La conversión somática
- La estructura inconsciente e imaginaria del personaje del histérico

Estudio clínico de los síntomas histéricos

Puede considerarse una ordenación en tres grupos de los síntomas de la histeria:
1) Los paroxismos: las crisis neuropáticas
2) Las manifestaciones duraderas por inhibición de las funciones psicomotrices del SN
3) Los trastornos viscerales o tisulares: “trastornos funcionales”

Paroxismos, crisis, manifestaciones agudas

Todos estos accidentes histéricos se centran en la crisis histérica, rara en su forma completa, pero que es necesario describir, ya que las otras manifestaciones paroxísticas son fragmentos o derivados, que pueden ser observados cotidianamente.

Los grandes ataques de histeria: comprende 5 periodos:
1. Prodromos (aura histérica): dolores ovaricos, palpitaciones, trastornos visuales.
2. Periodo epileptoide: fase tónica, con paro respiratorio e inmovilización tetánica de todo el cuerpo, comenzando por pequeñas sacudidas y por muecas, hasta terminar en grandes sacudidas generalizadas
3. Periodo de contorsiones (clownismo): comenzaban entonces movimientos variados, acompañados de gritos, semejando una lucha contra un ser imaginario
4. Periodo de trance o de actitudes pasionales, en el cual la enferma imita escenas violentas o eróticas. Se encuentra entonces en pleno sueño, viviendo sus imaginaciones
5. Período terminal o verbal en el curso del cual la enferma, en medio de “visiones alucinatorias”, de contracturas residuales, volvía más o menos rápidamente a la conciencia, pronunciando palabras inspiradas en el tema delirante vivido anteriormente

Formas menores: también se observan crisis degradadas o camufladas: son las crisis de nervios, en las que la agitación, la burda similitud con la epilepsia, el carácter expresivo de

la descarga emocional, la sedacion consecutiva al brote erotico o agresivo, conservan todos los rasgos esenciales de la histeria

Existen, además, otras crisis menores más atípicas y difíciles de diagnosticar:

- **La crisis "sincopal":** el sujeto se siente mal, palidece, expresa en unos segundos su angustia y se desploma. El desvanecimiento dura algunos minutos, va seguido de una fase de fatiga sin amnesia del episodio.
- **La crisis con sintomatología de tipo extrapiramidal:** incluye manifestaciones motrices variadas, como: acceso de hipo, de bostezos, de estornudos; crisis de risa o de lloro incoercibles; temblores, sacudidas musculares, tics o grandes movimientos de tipo coreico

Los estados crepusculares y los estados "segundos"

El estado crepuscular histérico consiste en una debilitación de la conciencia vigil de comienzo y terminación bruscos, que comporta una experiencia semiconsciente de despersonalización y de extrañeza generalmente centrada sobre una idea fija. Una forma particular de estos estados es el **síndrome de Ganser:** se trata de un desconocimiento sistemático de la realidad ambiental, donde el sujeto no tiene en cuenta el ambiente que le rodea, sus actos y sus palabras se dirigen a una situación soñada.

En tales estados se habla de conciencia "hipnoide" o de reducción del campo de la conciencia en los histéricos. Se trata de un estado de hipnosis de la conciencia. El enfermo vive una experiencia de semilucidez.

Otros estados crepusculares llamados **estados segundos,** nos muestran la producción onírica bajo la forma habitual de los sueños, con una rica producción de imágenes, sobre todo visuales. Son estados de trance, fragmentos aislados, y más o menos desarrollados de la gran crisis.

Las amnesias paroxísticas: los estados que acabamos de describir comportan por lo general trastornos de la memoria más o menos profundos o paradójicos, pero la amnesia también puede presentarse como el único síntoma que, posteriormente, permite suponer la existencia de un estado crepuscular.

Lo que caracteriza a la crisis de amnesia histérica es su carácter sistemático. Lo más frecuente es la amnesia lacunar, consistente en el olvido de un acontecimiento penoso, de una situación (guerra, boda). A veces, la amnesia es general y el histérico es como un "viajero sin maletas". Son característicos de las amnesias paroxísticas la reversibilidad, las paradojas de evocación, de recaída, los elementos de sugestión.

Las personalidades múltiples constituyen un caso particular de amnesia, evolucionando en ciclos periódicos, con sistematización de recuerdos que son propios a una u otra de las personalidades alternantes. Estos estados segundos de personalidades "múltiples", se tratan de hechos excepcionales, en los cuales la tendencia a reemplazar la experiencia real por una experiencia soñada se amplifica y se extiende al máximo, hasta el punto de hacer

alternar una segunda personalidad (la del sueño histérico) con la personalidad primera (la del estado normal).

Los ataques catalépticos: este estado no comporta todos los signos clínicos ni eléctricos del sueño. El sujeto está inerte, con los ojos cerrados o abiertos. El tono muscular es variable. Pueden observarse anestesias y a veces sacudidas musculares. Este estado no es completamente inconsciente ni amnésico. Puede durar algunas horas o algunos días. En caso de ser duradero, se observa un enlentecimiento de las funciones vegetativas como hipotermia, hipotensión, disminución a veces extrema del metabolismo.

Los síndromes funcionales duraderos

Son generalmente inhibiciones funcionales que pueden referirse a todos los aspectos de la vida de relación.

Las parálisis

- **Funcionales:** son parálisis de un movimiento o de un grupo de movimientos coordinados por una misma significación funcional. Es la manifestación histérica más frecuente.
- **Localizadas:** son parálisis de un miembro. No se acompañan de los trastornos de los reflejos o del tono, por el contrario, son caprichosas, paradójicas, y dan la impresión, a la observación minuciosa del clínico, de depender más de una posición, de una intencionalidad, de una inhibición emocional o de una sugestión, que de trastornos “reales”.

Las contracturas y los espasmos: también constituyen una especie de parálisis activas cuya sistematización es paradójica y variable: contracturas de los miembros y del cuello (tortícolis), del tronco; también manifestaciones tónicas o espasmódicas como hipo, vómitos, etc.

Las anestesias: los sujetos a veces realizan una especie de esquemas funcionales imaginarios que excluyen de las percepciones táctiles, dolorosas, térmicas, etc., ciertos segmentos corporales, como que han sido “recordados” por la fantasía (anestesias parciales). Las hay también totales. Puede observarse también fenómenos totalmente raros e inexplicables como la aloquiria (sensibilidad transferida de un lado al otro del cuerpo) y algias sinestésicas (dolores provocados ante la vista de un objeto, etc.).

Los trastornos sensoriales: son las alteraciones de una función sensorial o de una parte de está función. La ceguera histérica es la más notable de estas manifestaciones.

Las manifestaciones viscerales

Las principales manifestaciones histeroorganicas son:

- **Espasmos:** los más frecuentes son digestivos: imposibilidad de tragar, náuseas, vómitos. También existen espasmos urinarios (retención) y genitales (vaginismo, dispareunia).
- **Algias:** todas las localizaciones y todos los tipos de dolor pueden ser sintomáticos de la histeria. Muy a menudo, su naturaleza será sospechada, apenas presentado el enfermo, por el aire dramático que confiere a la expresión del síntoma.

A modo de primeras conclusiones sobre este inventario de síntomas, podemos subrayar que el contenido manifiesto de la histeria constituye una exageración patológica de ciertos modos normales de expresión. A cualquiera de nosotros el miedo “nos quita la voz o nos paraliza las piernas”; la atención concentrada nos vuelve “insensibles al dolor”, o ante ciertas percepciones, “olvidamos” ciertas realidades que nos molestan; la alegría, el miedo a la cólera “nos hacen” bailar, gritar, enrojecer o palidecer; el asco nos produce náuseas, etc. Son manifestaciones no verbales de la emoción. El histérico habla este lenguaje de los órganos con una especial elocuencia. Vive las metáforas en vez de hablarlas, y es esto lo esencial del fenómeno de conversión somática.

El carácter histérico y la persona del histérico

La estructura de la personalidad histérica contiene virtualmente, en forma latente, todas las manifestaciones histéricas que emergen en el cuerpo y se hacen patentes en las conductas expresivas del sujeto.

Tres son los aspectos fundamentales del carácter histérico:

1) **Sugestibilidad:** es un individuo “plástico”, influenciable e inconsistente, ya que su persona no consigue fijarse en la autenticidad de una identidad personal firmemente establecida.
2) **Mitomanía:** por sus comedias, sus mentiras y sus fabulaciones, no cesa de falsificar sus relaciones con los demás. Se ofrece siempre al espectáculo, ya que su existencia es a sus propios ojos una serie discontinua de escenas y de aventuras imaginarias.
3) **Alteraciones sexuales:** es lo que da nombre a está neurosis, ya que histérico significa simplemente que su sexualidad está profundamente alterada. En este campo más que en los otros, las expresiones emocionales y pasionales tienen algo teatral, excesivo, que contrasta con fuertes inhibiciones sexuales. Así el “donjuanismo” masculino o el “mesalinismo” femenino de los histéricos ocultan siempre la impotencia, la frigidez o perversiones.

La inconsistencia de la persona: el Yo del histérico es un Yo que no ha conseguido organizarse conforme a una identificación de su propia persona. En el histérico la máscara del personaje oculta completamente a su persona. Todo el conjunto de la persona del histérico refleja una “falsedad” y su sistema de organización se desarrolla construyendo un falso personaje que vive una falsa existencia.

Evolución. Complicaciones. Pronóstico

La neurosis histérica permanece durante más tiempo latente que manifiesta en el curso de la existencia. Pero tiene una particular tendencia a expresarse por una floración de síntomas diversos, en primer lugar a una cierta edad (adolescencia, pubertad) y a continuación tendencia a renovarse en ocasión de ciertas situaciones patógenas (emociones, matrimonio, maternidad, accidentes, etc.)

La evolución de las manifestaciones es generalmente de corta duración.

Evoluciona por brotes y tiende a menudo a estabilizarse en forma menor cuando el sujeto ha podido adquirir, a pesar de sus defensas, una madurez mayor o una neutralización de su angustia. Sin embargo, lo más frecuente es que se instale bajo la forma de una cristalización fija de los síntomas principales o de los rasgos de carácter.

Raramente la neurosis histérica “lleva mal camino” y los histéricos se disocian y caen en la disgregación esquizofrénica. Se trata generalmente de delirios de influencia, posesión, con experiencias delirantes de despersonalización y síndrome de automatismo mental.

Diagnóstico

Diagnóstico positivo: el análisis del carácter histérico es determinante. Se concederá una gran importancia a la exaltación imaginativa, a las tendencias miméticas, a la hiperexpresividad y a la aptitud para recibir sugestiones.

Diagnóstico diferencial con las psicosis: frente a la histeria, con su mentalidad y con sus accidentes característicos, la esquizofrenia permanece, por su organización autística, bastante diferente en cuanto a su estructura y a su evolución. En favor de la histeria se considerarán las tendencias mitomaniacas, la sugestibilidad, la teatralidad del comportamiento; el carácter superficial y variable de los síntomas. En favor de la esquizofrenia, las tendencias esquizoides, la importancia del delirio, la introversión, el desarrollo del autismo, los trastornos del pensamiento y la disociación progresiva.

Capítulo VI. La neurosis obsesiva

Se define por el carácter forzado (compulsivo) de los sentimientos, de las ideas o de las conductas, que se imponen al sujeto y que le llevan a una lucha inextinguible, sin que, no obstante, el mismo deje de considerar irrisorio este parasitismo incoercible.

De aquí los caracteres clásicos de las obsesiones: incoercibilidad, automatismo, lucha y conciencia de la enfermedad.

También se define por la estructura propia de la persona del obseso, enteramente sometida a las obligaciones que le prohíben ser el mismo.

La neurosis obsesiva se caracteriza clínicamente:

1. Por la emergencia de fenómenos obsesivos (obsesiones de limpieza, de lo infinito, de culpabilidad, de verificación, etc.) que se refieren a tal o cual idea, representación o situación, convertida en preocupación exclusiva.
2. Por los medios de defensa del obsesivo contra su propia obsesión, medios que a su vez se convierten en obsesivos . Por medios de defensa nos referimos no a los mecanismos inconscientes, sino a los trucos y estratagemas que usa conscientemente el obseso para luchar contra su obsesión.
3. Por una clase de trastornos intelectuales y afectivos (duda, abulia, perplejidad, sentimiento de irrealidad, extrañeza o artificio) que constituyen los estigmas psicasténicos del obseso.

Los síntomas

Los síntomas, tal como aparecen en el cuadro clínico, pueden ser agrupados en cuatro apartados:

1. El sujeto es invadido por ideas obsesivas que se le imponen a pesar de el: es el pensamiento compulsivo
2. Experimenta una tendencia a los actos agresivos, impulsivos, particularmente temidos o no deseados: es la actividad compulsiva
3. Se siente forzado a realizar actos repetitivos de carácter simbólico: son los ritos del pensamiento mágico
4. Está lucha agotadora es a la vez el efecto y la causa de una astenia psíquica (psicoastenia)

El conjunto de estos síntomas merece el nombre de obsesión, ya que el mismo enfermo se sitúa a sí mismo con sus propias defensas.

El pensamiento compulsivo. La idea obsesiva

La intrusión, en el campo de la conciencia, de un pensamiento no deseado, insistente, repetido, reconocido por el sujeto como suyo y, sin embargo, repudiado por molesto u odioso, es un fenómeno perfectamente conocido por todo el mundo, en especial en determinados estados de tensión o de fatiga. Así, los pensamientos obsesivos que todos podemos sentir nos dan un resumen del pensamiento compulsivo, pero la intensidad de este, sus exigencias exclusivas y su permanencia, transforman está diferencia de grado en una verdadera diferencia de naturaleza, ya que la obsesión no es entonces un solo fenómeno aislado inoportuno o espontáneo, sino que traduce un desquiciamiento del equilibrio instintivoafectivo de la vida psíquica.

El pensamiento intrusivo varía infinitamente según los sujetos. Sin embargo, en un mismo enfermo, en un periodo dado, no se diversifica más que dentro de un círculo restringido, verdadero tema obsesivo. Puede tratarse de una imagen, de ideas (dudas, temores, deseos, prohibiciones), a veces es un problema (oscilación intelectual, manías de presagio o de interrogación: ¿qué pasará si…?, etc.

Los escrúpulos constituyen una variedad frecuente de estas ideas; también puede tratarse de palabras o de cifras.

La **tendencia a la repetición** es inseparable de está intrusión parasitaria. Cada uno de los rasgos obsesivos se presenta en largas series como una manipulación ideoverbal con “idas y vueltas” incesantes, desencadenada por un mínimo incidente, un recuerdo o un gesto. A menudo el sujeto no se libra de está repetición de palabras, imágenes o ideas más que por consecuencia de algo que sucede simultáneamente.

Está modalidad compulsiva del pensamiento traduce la lucha del sujeto contra la intrusión. El obseso sufre a causa de su síntoma y generalmente se le ve concentrado, absorto, ansioso durante la crisis compulsiva. Pero su oposición es ambigua, ya que él tiene conciencia de su propia responsabilidad en cuanto al carácter forzado, pero artificial, de sus observaciones. No lo atribuye a una intervención externa, como haría un alucinado, sino que lo vive como el conflicto de sus propias tendencias. De este conflicto obtiene una cierta satisfacción oscura, que responde al deseo de martirizarse, de forzarse y de contenerse. Rechaza lo que le atrae, pero se abandona a lo que teme: tal es el juego compulsivo.

La actividad compulsiva. La obsesión-impulsión

El enfermo se queja de “no poder contenerse” más que con gran esfuerzo, para no dejarse llevar por una acción que no puede cometer, por ejemplo, una madre tiene miedo de matar a su hijo.

Bien sea un acto ridículo, odioso o criminal, es siempre un acto cargado de agresividad contra el sujeto o contra los demás, y es porque **no se debe hacer** por lo que el obseso se siente en la obligación de realizarlo.

Por otra parte, el paso al acto temido es excepcional. Sin embargo, puede ocurrir que sea realizado solo a título de esbozo casi simbólico, cuando la oposición a la tendencia impulsiva facilita un gesto frenado de amenaza: se levanta un brazo o se vocifera un insulto. Un grado más y la obsequiosa sumisión del obseso se invierte de golpe en una descarga impulsiva, con un torrente de insultos, amenazas grandilocuentes. A veces, el acto se realiza y el obseso queda aliviado. Ciertas cleptomanias constituyen “paso al acto” de naturaleza obsesiva, así como también algunas “exhibiciones”. Mucho más raros son los crímenes o suicidios del obseso.

Los ritmos obsesivos. El pensamiento mágico del obseso

Ante su problema insoluble, el obseso encuentra una solución de “compromiso” que constituye el sentido de su neurosis. Establece una especial forma de relación mágica con el mundo.

La ritualización de la vida es el punto final de la actividad obsesiva. Su día consiste, algunas veces, en una serie ininterrumpida de ritos grotescos, que envuelven y complican los contactos sociales, las comidas, el vestirse, etc.
El obseso tiende a alinearse en el rito para escapar de lo que aún le queda de libertad en el conflicto compulsivo. La actividad que aún resulta posible está ritualizada por completo; el trabajo, las distracciones, se convierten en conductas rígidas, en tiránicas reglamentaciones a las que el obseso se somete con cierta alegría de no ser libre, de ser esclavo de su implacable mecanismo interior.

Algunos de los comportamientos obsesivos frecuentes o típicos son:

1) **Locura de la duda:** ha estado siempre asociada con lo que se ha llamado el **delirio de contacto.** Estos obsesos son incapaces de tocar los pomos de las puertas; viven con el terror de los microbios; se entregan a complicados lavados. Les falta la certidumbre de la limpieza o la tranquilizadora creencia en una limpieza relativamente suficiente.
2) **Obsesión-impulsión de actos criminales:** representa una especie de tragicomedia de acciones criminales deseadas y temidas a la vez. Los tormentos del castigo merecido ante la sola posibilidad de la falta son vividos como una punición anticipada. Puede ocurrir que el sujeto pase a realizar la acción para aliviar su conciencia paradójicamente. De ahí el carácter de descanso que conlleva la ejecución del gesto criminal.
3) **Onomatomania:** las indefinidas series de números y de cálculos constituyen un objeto privilegiado, para la técnica de sabotaje de la acción por el pensamiento mágico. El obseso cuenta, suma, divide y multiplica hasta el infinito, es decir fragmenta hasta la nada todas las posibles formas de sus actos en el tiempo y en el espacio.

El fondo psicasténico

Las agitaciones psicomotrices (tics, actos estereotipados, gestos conjurativos), las agitaciones ideoverbales (rumiaciones, mentismo), constituyen un aspecto fundamental de este desorden en la vida psíquica del obseso, enteramente sometido a actividades de bajo nivel (automatismo psicológico).

En el plano de la afectividad, el obseso está consagrado igualmente a sentimientos depresivos que son testimonio de su debilidad psíquica (escrúpulos, dudas, sentimientos de influencia, de irrealidad, fatiga, confusión). Frecuentemente, es el "sentimiento de realidad" lo que está alterado en los obsesos, en la medida en que son incapaces de elevar sus acciones dentro de la jerarquía de las funciones de realidad. Las acciones de elevado nivel son imposibles (adaptación social, ejecución de actos dificiles, eficacia y precisión en las conductas) y solo les quedan como posibles las acciones vacías o incoordinadas. La ausencia de decisión, de resolución voluntaria, la falta de confianza y de atención, la incapacidad de experimentar un sentimiento exacto en relación con la situación presente, la retrogradacion hacía el pasado y hacía lo imaginario, constituyen las características principales de estos síntomas psicasténicos que ponen de manifiesto la debilidad psicológica del obseso.

El carácter y la personalidad del obseso

La neurosis obsesiva tiene por condición y como infraestructura una forma patológica de organización del Yo.

Recordemos además que, al igual que los otros caracteres neuróticos, los rasgos de carácter de la neurosis obsesiva pueden darse en forma a menudo atenuada, con ausencia de los síntomas antes descritos; el clínico se encuentra entonces ante un obseso en potencia, reducido al carácter preneurotico.

Los "estigmas psicasténicos[1]"

La neurosis obsesiva se desarrolla sobre anomalías del carácter. El carácter psicasténico aparece en este sentido como un fondo constitucional del obseso. Los rasgos esenciales del carácter obsesivo son:

1. La tendencia a los escrúpulos, a la abulia[2] y a la duda
2. La tendencia a las crisis morales de conciencia (especialmente en la infancia y adolescencia)
3. La timidez y la inhibición de los contactos sociales
4. La tendencia a la introspección y al autoanálisis de la vida interior
5. Los trastornos de la sexualidad (apragmatismo, impotencia, frigidez)
6. Los estigmas psicomotores (tartamudez, tics, etc.)

[1] Astenia: es el término médico para el cansancio crónico.
[2] Abulia: falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse.

Es desde la más temprana edad cuando el obseso manifiesta sus temores, sus tormentos éticos y su apuro en la vida social, la escuela o su familia. Enrojece fácilmente, se molesta y reacciona vivamente con cólera, lágrimas o con nerviosismo y disgusto.

En el obseso puede observarse, además, casi siempre, la manía por el orden y la meticulosidad. Son sujetos que sienten una necesidad de reglamentar todo, de contarlo todo y de someterse a imperativos o a prohibiciones rigurosas; son estrictos y avaros.

El caracter sadicoanal del obseso

El estudio psicoanalítico del carácter, en está neurosis, pone de manifiesto un mecanismo de defensa particularmente importante: la “formación reactiva” de rasgos de carácter que constituyen una especie de oposición sistemática a las pulsiones inconscientes.

El comportamiento afectivo del sujeto es simbólico en el sentido que mantiene, bajo disfraces aparentes, las conductas arcaicas del periodo sadicoanal.

Así, puede realizarse una esquema donde pueden visualizarse, por un lado, los rasgos de caracter sadicoanal, que tienden al placer; y por otro, las formaciones secundarias, rasgos del carácter obsesivo, que luchan contra las tendencias al placer:

Caracter sadicoanal (tendencias al placer)	**Carácter obsesivo (lucha contra las tendencias al placer)**
Dificultades de abandonar los objetos. Obstinación. Terquedad. Coleccionismo Angustia ante la separación	Tendencias a los regalos. Resignación Sumisión. Prodigalidad[3]. Temeridad
Suciedad. Rechazo Crueldad contra los débiles Lucha contra la autoridad (ironías, sarcasmos)	Superlimpieza. Educación. Obsequiosidad Preocupación por la justicia. Bondad Defensa de los débiles Respeto de toda autoridad

Está esquematización no debe ser tomada al pie de la letra. Sino que lo que se pretende es mostrar los rasgos de carácter que pueden constituir al carácter obsesivo.

Al igual que el pensamiento o el acto compulsivos, los rasgos del carácter expresan la ambigüedad de las conductas, la ambivalencia de las situaciones.

Sea cual fuere el tipo de carácter obsesivo, se encontraran, en diversas proporciones, cuatro puntos cardinales:

A) 1) la tendencia a la suciedad, recubierta por su 2) formación reactiva de superlimpieza
B) 3) la tendencia a la retención de objetos, recubierta por el 4) comportamiento de prodigalidad[3].

[3] Gastarse la plata en regalos o en cosas para los demás en detrimento y sin consideración de sus propias condiciones económicas, y las de su familia

La obstinación no falta nunca, ya que ella da lugar a la vez a la inclinación a los objetos y a una manifestación de agresividad, pasiva pero eficaz. Puede revestir varias formas: autoritarismo en el caso de que el sujeto adopte una posición de fuerza, o reivindicación y ayuda a la justicia, en el caso de posición de debilidad.

La inclinación coleccionista hacía los objetos se pone de manifiesto por la acumulación: colecciones, “manías”, que pueden ser utilizados en sus carreras (acumulaciones de títulos, grados, ordenaciones) o terminar en pequeñas “manías” pintorescas. Está especial relación con las cosas confiere al **dinero** un valor simbólico que hallamos en todos los casos: el dinero permite a la vez la acumulación, la tranquilidad y la autoridad. El rasgo de avaricia aparece, por lo tanto, frecuentemente, pero el juego de la formación reactiva interviene para mezclar a menudo los rasgos de avaricia a los de prodigalidad.

Raramente se descubre la **suciedad** a primera vista. Sin embargo, el estado de las uñas o el de la ropa interior puede contrastar con la meticulosidad de ciertos lavados. Del mismo modo un vocabulario grosero puede emerger inopinadamente de entre un lenguaje habitualmente vigilado.

La **superlimpieza,** evidentemente responsable de los ritos de lavados entre los síntomas manifiestos, confiere al carácter rasgos de meticulosidad, de respeto escrupuloso de las reglas.

Obediencia y sumisión, conformismo y “buenos modales” dan lugar a rasgos de puntualidad, de método, de rigidez moral. El amor a la verdad puede ser llevado al más riguroso extremo, la severidad contra sí mismo puede ir hasta el ascetismo absurdo.

Estos rasgos estan siempre mezclados con otros: la supermoralidad podrá coexistir con pequeñas indecorosidades como por ejemplo hurtos simbólicos.

Además de estos rasgos principales puede señalarse aún el comportamiento en relación al tiempo. La puntualidad puede coexistir con retrasos, o bien el sujeto puede experimentar placeres específicos al realizar una serie de acciones al mismo tiempo. Por último, con respecto al **aspecto exterior** del sujeto: la contención de las emociones, la preocupación de la corrección, resultan en un aire rígido, circunspecto, afectado. Constituye una verdadera “coraza” de protección. La rigidez puede combinarse con actitudes de huida y con esbozos de rebelión, confiriendo entonces al porte unos rasgos de torpeza, de áspera brusquedad, que alternan con una timidez de niño. En toda su actitud, el sujeto parece querer interponer una armadura entre el mundo exterior y su persona: la cara, el paso, la rigidez, constituyen medios para mantener a distancia al eventual observador.

Evolución. Pronóstico

La neurosis obsesiva se constituye progresivamente, y con frecuencia en la adolescencia o en el momento en que se plantean importantes problemas existenciales.

El final de la existencia de los obsesos está caracterizado por una especie de estereotipia automática de los rituales, el tema obsesivo se fija y se repite con monotonía. En los casos más favorables, la neutralización de la angustia por medio de una profunda satisfacción

sadomasoquista ante el fracaso y el martirio, conduce a una paradójica tranquilidad tan solo obtenida gracias al precio de ceremoniales simbólicos, de una especie de organización burocrática y formalista de la existencia. En los casos más desfavorables, la angustia del obseso se hace cada vez más lancinante. Toda acción, e incluso toda sedación, se hace imposible y el martirio que sufre y que se inflige el obseso se convierte en trágico.

También ocurre, en los obsesos de la adolescencia y de la temprana edad, que los mecanismos neuróticos de defensa del Yo contra la angustia ceden, y el obseso evoluciona hacía el delirio de la esquizofrenia.

Diagnóstico

El diagnóstico se vuelve difícil cuando los sentimientos de extrañeza, la forma alucinatoria o pseudoalucinatoria de las obsesiones permanentes, los rituales cada vez más simbólicos, parecen acercarse más al delirio crónico y a las psicosis esquizofrénicas que a una neurosis. Los dos grandes problemas de diagnóstico y de pronóstico se plantean en dos casos:

1. **En relación a las psicosis esquizofrénicas:** para este diagnóstico diferencial se tendrá especialmente en cuenta, al igual que en la histeria, el carácter propio de la estructura de la persona del obseso, quien, a pesar de las manifestaciones tragicómicas de su neurosis, no cesa de estar en relación con los demás y cuyo sistema de realidad permanece intacto, a pesar de ciertas apariencias.
2. **En relación a las formas sintomáticas de las obsesiones:** se plantean especialmente problemáticos los síndromes neurológicos, pero un cuidadoso análisis clínico permite en general distinguir de la neurosis obsesiva los síndromes de desintegración de las funciones nerviosas basales.

PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Neurosis de Ey, H., Bernard, P., y Brisset, Ch. (1979). Tratado de psiquiatría.

En la web encontrarás:

- Bibliografía
- Evaluaciones
- Resúmenes
- Tutorías

¡Clases particulares de esta materia!

Prepará parciales y exámenes

@PsicoResúmenes

@Psico.Resúmenes