

DE LOS ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA AL DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO CONTEMPORANEO*

Psic. ALEJANDRO RADCHIK**

El término diagnóstico se refiere al conocimiento de los síntomas de una enfermedad. Incluye el proceso y arte de utilizar el método científico para elucidar la colección de todos los hechos necesarios y evaluaciones críticas de cada parte de evidencia recolectada de cualesquiera y todos los recursos del modo que resulte más conveniente. A partir de posibles hipótesis se podrá llegar a obtener el acomodo más adecuado de los datos obtenidos (diagnóstico, 1973).

Si bien es cierto que los criterios de salud o enfermedad mental pueden ser sometidos a discusión y que la normalidad no es un concepto analítico (Mc. Dougall, 1980), el psicodiagnóstico tiene como fin integrar, comprender e interpretar psicodinámicamente el material proporcionado por el paciente para poder determinar, de acuerdo con las características de cada individuo y de sus demandas, el tratamiento que pueda acercarlo más al alivio de su sufrimiento y le ayude a desarrollar o rescatar aquellas potencialidades que, por su conflictiva interna y en la interacción con el medio ambiente, se hayan visto afectadas.

De las entrevistas con el paciente, el contenido y la forma en que relata su vida, la percepción que tiene de los demás y de sí mismo, su patrón repetitivo de conducta (Espinosa de los Monteros, 1985), el tipo de discurso que utiliza, el manejo de los afectos y el cuidado de su persona, se obtendrá información

que el psicoanalista abordará desde cinco puntos de vista: Genético, económico, estructural, dinámico y adaptativo. Se tomará en cuenta el tipo de relaciones objetales del paciente (Greenberg y Mitchell, 1933), el manejo de su sexualidad, la edad y el momento del desarrollo en que se encuentra, la identidad individual y grupal, el proceso del pensar predominante y las áreas libres de conflicto.

A veces nos encontramos con que distintas escuelas utilizan los mismos términos para referirse a padecimientos diferentes, o bien, aplican un nombre distinto para designar el mismo cuadro. Por ello, lo importante no es el nombre que se le dé a determinada patología sino la explicación global de la psique del paciente.

El punto de vista genético se ocupa de estudiar el origen de las entidades clínicas. Hasta el momento se desconoce mucho acerca de la información que contienen los genes que influyen en la conducta del individuo. Lo que sí ha descubierto el psicoanálisis es la relación causa-efecto de las experiencias que vive el sujeto en sus primeros años y la elaboración de un tipo específico de respuesta ante las mismas.

En *Tres ensayos sobre una teoría se-*

***Psicólogo, Psicoanalista Miembro de la Sociedad Psicoanalítica de México, A.C. Profesor de la Universidad Iberoamericana y de la Sociedad de Psicoanálisis y Psicoterapia, S.C.*

*Trabajo leído en el 7º Congreso de la Sociedad Psicoanalítica de México, A.C., efectuado el 23 y 24 de Septiembre de 1989, en la Ciudad de México, D.F. en conmemoración del 50 Aniversario de la muerte de Sigmund Freud.

xual, Freud (1905) explica que los niños tienen sexualidad y ésta se reprime. En *Tótem y Tabú* (1913), menciona que una característica infantil se revela en la vida mental de los neuróticos. El niño primero se enamora de una figura incestuosa; el impulso instintivo se reprime y se manda al inconsciente y, por la represión, aparece la amnesia infantil. En la neurosis se presenta un grado de infantilismo psicológico pues el individuo no pudo librarse de la condición psicosexual de su infancia o ésta retornó. En 1918 agregó que las escenas infantiles que aparecen en análisis no son reproducciones exactas de ocurrencias sino producto de la imaginación, convirtiéndose en representaciones simbólicas de deseos e intereses reales. La influencia de la niñez juega un papel decisivo en determinar si y en qué punto el individuo fracasará para superar los problemas de la vida.

Para ese entonces, Freud descubrió que el ver o no la escena primaria no es tan importante como las fantasías que haga el niño al respecto. En otras palabras, si bien es cierto que la conducta que tengan los objetos primarios influye grandemente en la formación de la personalidad, ésta se constituirá por las vivencias de sus experiencias de acuerdo con los elementos de su mundo interno y la utilización de los aparatos yóicos que posea.

En las psicosis se pueden observar conductas voraces, dependencia, delirios, incompreensión del mundo, fantasías destructivas, predominio del proceso primario del pensar, fallas en el juicio de realidad, igual que ocurre muy probablemente y como proceso normal durante el primer año de vida. La neurosis obsesivo-compulsiva repetirá y representará por medio de los rituales, puntualidad e interés por la limpieza, el período de entrenamiento de control de esfínteres. Las fobias a las alturas, a espacios cerrados y abiertos, tendrán

sus raíces en el proceso de individuación-separación (A. González, 1967; Mahler, 1967) cuando el chico aprende a caminar, así como la histeria escénica las fantasías edípicas, temor a la castración y pérdida del amor del objeto, que se observan en los niños de tres a cinco años.

Puesto que el individuo atraviesa durante su crecimiento por todas las fases del desarrollo es muy probable que aparezcan elementos de todas las etapas (Rossi, 1986), aunque puedan predominar los mecanismos de alguna de ellas.

El punto de vista económico se refiere a la manera en que se distribuyen las catexis (Freud, 1938), quantum de energía mental libidinal y agresiva que enviste los procesos psíquicos. El aparato mental busca que se gaste la menor cantidad de catexis posible (Freud, 1926). En los chistes, por ejemplo, se dicen varias cosas con una sola palabra por economía; el placer del chiste corresponde a la energía psíquica ahorrada haciendo un "corto circuito" (Freud, 1905 a).

Si existen conflictos en el individuo, quedará menos energía mental para realizar otras actividades. Podemos observar por ejemplo que cuando un paciente inicia tratamiento analítico, al poco tiempo puede llegar a descubrir habilidades para desarrollar una serie de actividades que anteriormente no se le habían ocurrido. Naturalmente, si disminuye su angustia, cuenta con más catexis que puede emplear en otros procesos.

Será importante determinar si el sujeto ha logrado ligar sus catexis a objetos específicos o si éstas permanecen libres. Si ocurre lo segundo, nos veremos enfrentados ante personas que se relacionan indiscriminadamente con los demás únicamente por la función que los objetos desempeñan, sin poder

establecer con ellos ninguna liga emocional. Aquellos que no pueden desligar catexis de objetos abandonadores ya sea porque han muerto, que por alguna razón se alejaron o porque no cumplen adecuadamente con sus funciones, no podrán llegar a la fase de aceptación del proceso de duelo. Si las catexis libidinales y agresivas están vueltas contra el propio sujeto, éste será narcisista y no podrá establecer relaciones de objeto (González, et-al, 1980).

El punto de vista estructural considera que existen tres instancias psíquicas denominadas ello, yo y superyó.

El ello es inconsciente, se rige por el principio del placer, utiliza el proceso primario del pensar y es depositario de los impulsos instintivos.

El yo es el encargado de establecer contacto con el mundo externo y mediar la salida de los impulsos instintivos del ello y las prohibiciones del superyó. Se rige por el proceso secundario del pensar. Cuenta con aparatos que le permiten al individuo realizar funciones, entre las que destacan la memoria, simbolización, demora, atención, pensamiento, etc. (Hartmann, 1960). El yo cuenta con la capacidad de generar angustia, la cuál es una señal de alarma equivalente al dolor físico. Puede ser de muerte, de separación o de castración.

Los mecanismos de defensa pertenecen al yo y son inconscientes (Anna Freud, 1968).

El superyó es la instancia que representa los estándares éticos de la humanidad (Freud, 1925), conciencia, imagos de sí mismo y de los demás (Baranger, 1976), el ideal del yo, los objetos persecutorios y el sentimiento de culpa. Si en la persona predomina el temor de ser castigado por pensar o actuar en el mundo interno o externo algo que considera prohibido, se puede

hablar de objetos persecutorios; cuando su sensación es de haber hecho un daño y se preocupa por encontrar la manera de reparar al objeto lastimado, la persona experimenta sentimiento de culpa (Grinberg, 1982, Ochoa y Radchik, 1987).

El punto de vista dinámico se refiere a la manera en que interactúan, se combinan, se ayudan o inhiben, o entran en compromiso las fuerzas psíquicas (Freud, 1926). Los traumas pasan rápidamente al ello por represión (Freud, 1937). Se reprimen los procesos instintivos porque puede resultar amenazante para el individuo actuarlos.

Los mecanismos de defensa permiten mantener el equilibrio psíquico en la medida en que falsifican la percepción interna y dan una imagen parcial y distorsionada del ello, lo cual dá por resultado que el yo se paralice por sus restricciones o se ciegue con sus errores y, entonces, citando a Freud, "es como caminar sin buenas piernas en tierra desconocida" (Freud, 1937 b).

El yo a veces paga un precio alto por los servicios que brindan los mecanismos de defensa. El gasto dinámico necesario para mantenerlos y las restricciones que debe tener el yo no son recompensados después de haber funcionado durante los años difíciles del desarrollo. Pueden volver infantil la conducta del sujeto apareciendo como las "instituciones que en alguna época fueron útiles pero posteriormente se convirtieron en obsoletas" (Freud, 1937).

Los neuróticos se angustian cuando sus recuerdos se hallan bajo la influencia de la memoria reprimida (Freud, 1937 a). El punto de vista dinámico estudia el inconsciente cuando ejerce una acción permanente, que obliga a que una fuerza contraria, así mismo permanente, le impida el acceso a la consciencia (Laplanche, Pontalis,

1968). En los desórdenes mentales se puede observar que hay oposición de las instancias psíquicas entre sí y con el mundo externo.

El punto de vista adaptativo se ocupa de describir la manera que el individuo escoge para expresar su conflictiva en el medio ambiente.

Los aparatos de autonomía primaria del yo, es decir, las potencialidades que tiene el individuo desde que nace y los de autonomía secundaria, que primero fueron conflictivos y luego se convierten en estructuras por sí mismos, permiten que el individuo se logre adaptar a su medio ambiente.

El caso Juanito (Freud, 1909), ilustra que el conflicto psíquico de un niño fue expresado por medio de la fobia a los caballos. Estudios posteriores sobre el historial clínico señalan que los padres del chico llevaban una mala relación y se iban a divorciar; aún a pesar de que el síntoma de Juanito era muy aparatoso, presentaba emergencias que en su fantasía diferían la separación de sus objetos primarios; ambos padres, permanecerían a su lado para auxiliario en su neurosis.

En ocasiones se puede recurrir a un cuadro determinado para expresar conflictiva proveniente de otra patología. Una paciente que presentaba fobia a los perros temía que éstos la contagiaran de rabia y se paralizaba no sólo ante la presencia de estos animales sino con el simple hecho de saber que alguna persona había estado cerca de un perro. El temor a ser invadida por un microorganismo, en este caso la rabia, es indicador de paranoia manejada en términos fóbicos.

Es importante también tener en cuenta las áreas libres de conflicto; es decir, aquel conjunto de funciones que en un momento determinado tienen efecto fuera de los conflictos mentales (Hartmann, 1960).

Las entidades clínicas pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

Psicosis.—esquizofrenia, manía-melancolía, paranoia;

Neurosis.—obsesivo compulsiva, histeria.

Trastornos de carácter.

Trastornos fronterizos de la personalidad.

Los rasgos principales de la esquizofrenia son: Uso de escisión como mecanismo de defensa, aplanamiento afectivo, alucinaciones, aislamiento de los demás, posesión de un ideal del yo muy distante de la realidad, temor a desintegrarse, síntoma del espejo, dificultad para entender el medio ambiente y comunicarse. Los esquizofrénicos se quiebran ante los cambios.

La manía tiene como característica hipertrofia del mecanismo de negación, afecto de elación, conductas arriesgadas sin medición de peligro, megalomanía, relación con muchas personas pero de manera parcial.

En la melancolía el afecto predominante es la tristeza, añoranza. Se utiliza el mecanismo de introyección, autorreproches dirigidos a partes de sí mismos con las que no logran identificarse, conductas masoquistas, pobreza de relaciones con los demás pues no pueden desligar catexis de los objetos perdidos. Se quiebran ante pérdidas significativas.

La paranoia utiliza los mecanismos de proyección y racionalización. Idealización de los objetos primarios (A. González, 1989) e hipertrofia de la capacidad para detectar la agresión de los demás. Los objetos con quienes se relacionan se convierten en víctimas de sus proyecciones y si éstos se alejan, los paranoicos se angustian y los tratan de vigilar pues los viven como enemigos potenciales. Es común que las personas que sufren de este trastorno manifiesten delirios estructurados.

ALI

les
dor
cas
tifi

ha
tel
ins
ler
co
orc
ser
él
Su
eq
se
y
mu
to:

afe
ide
pu
de
su
Pu
o
ci
la

ai
pc
ro
fe
es
qu
te

es
si
p

les, celos, hipocondriasis, deseos de dominar a los demás, conductas sádicas. Se quiebran ante un ataque injustificado.

La neurosis obsesivo-compulsiva hace uso del aislamiento afectivo, intelectualización, desplazamiento a lo insignificante, anulación, ambivalencia, formación reactiva y rituales compulsivos. Preocupación por el orden, puntualidad y limpieza. Presenta sentimiento de culpa y fracaso ante el éxito. Los obsesivos consideran que el mundo no puede girar sin ellos. Suelen vivir su sexualidad como sucia, equiparando a nivel inconsciente las secreciones corporales con las heces y contabilizando el número de parejas y coitos. Se desorganizan cuando el mundo externo los obliga a realizar actos que repudia su superyó.

La histeria se caracteriza por un afecto exagerado y represión de la idea. Los temores aparecen cuando puede llegar a la consciencia la idea de la sexualidad incestuosa por lo que suelen brincar de un objeto a otro. Pueden aparecer conversiones, fobias o angustia flotante, conductas exhibicionistas, voyeuristas, inhibiciones de la sexualidad.

Las patologías casi nunca aparecen aisladas. Un cuadro de histeria puede, por ejemplo, encubrir psicosis; la neurosis obsesiva a veces sirve como defensa ante la paranoia, o bien, como estructura de apoyo para la frágil psique del esquizofrénico, por sus características de orden y rutina.

En ocasiones un cuadro neurótico es usado como defensa ante la psicosis e incluso esta última llega a servir para evitar matar o morir.

Los trastornos de carácter son egosin-

tónicos. Quienes los padecen consideran que ellos así son y será problema del mundo externo aceptarlos. Son narcisistas por lo que se aprecia gran pobreza en sus relaciones de objeto.

Los trastornos fronterizos de la personalidad se caracterizan por el hecho de que los sujetos brincan con facilidad de un cuadro a otro. Sus umbrales para perder juicio de realidad son más bajos que los del neurótico pero más altos que los del psicótico (Kernberg, 1984). Utilizan la identificación proyectiva, tienden a actuar y su identidad es difusa (Paz, 1976). Algunos autores opinan que es difícil situar a los fronterizos en una determinada psicosis o neurosis pues usan mecanismos de todas ellas, ya que presentan labilidad para apelar a sintomatología de todos los cuadros. Probablemente provienen de un ambiente desestructurado donde resulta adaptativo usar todos los mecanismos.

En muchas ocasiones existe el riesgo de diagnosticar a un individuo como fronterizo sin que lo sea si carecemos de la información suficiente para saber cuál es su conflictiva nodular y cómo la maneja.

El psicodiagnóstico es un punto de partida, contiene diversos elementos que se espera se vayan modificando a lo largo del análisis. Freud señaló (1937) que en el proceso analítico la tarea del terapeuta es reconstruir, con inferencias de fragmentos de memoria, asociaciones libres y por el comportamiento del sujeto, aquello que fue olvidado por el paciente.

Los *Estudios sobre la histeria* (Breuer-Freud, 1893) han sido considerados como el punto de partida del psicoanálisis. Los descubrimientos de Freud hacen camino al andar...

BIBLIOGRAFIA

- Baranger, Willy. *Posición y objeto en la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1976.
- Diagnóstico*. Encyclopedía Británica, Edición 1973 pp. 684-96 Tomo V
- Espinosa de los Monteros, Ma. Antonieta. *María, un caso de investigación en psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Tesis de doctorado, Universidad Internacional, 1985.
- Freud, Anna. *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Paidós, 1968.
- Freud, Sigmund. (1893) *Estudios sobre la histeria*.
- _____. (1905) *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. Ob. Completas
- _____. (1905 a) *El chiste y su relación con el inconsciente*.
- _____. (1909) *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*.
- _____. (1913) *Tótem y Tabú*.
- _____. (1918) *De la historia de una neurosis infantil*.
- _____. (1925) *Un estudio autobiográfico*.
- _____. (1926) *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*
- _____. (1937) *Moisés y la religión mozoista*.
- _____. (1937 a) *Construcciones en el análisis*.
- _____. (1937 b) *Análisis terminable e interminable*.
- _____. (1938) *Algunas lecciones elementales sobre psicoanálisis*.
- González, Amapola. *Imagos paternas en la elección de patología*. en *Gradiva*, Vol. III No. 1. 1989.
- González, Avelino et-al. *La agresión en el narcisismo*. *Gradiva*. Vol. I No. 1, 1980.
- González, Avelino. *Urgencia de reunión como respuesta a la angustia de separación. Su papel en las fobias de espacio*. Cuadernos de psicoanálisis. México, Vol. III No. 1, 1967.
- Greenberg y Mitchell. *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. New York, Harvard Universities Press, 1983.
- Grinberg, León. (1971) *Culpa y depresión*. México, Alianza editorial, 1983.
- Hartmann, H. *El yo y el problema de la adaptación*. México, Pax, 1960.
- Klein, Melanie. (1952) *Envidia y Grati-tud*. Buenos Aires, Paidós. Obras completas, Tomo VI.
- Kernberg, Otto. *Transtornos graves de la personalidad*. México, Manual Moderno, 1984.
- Laplanche y Pontalis. *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, Labor, 1968.
- Mahler, Margaret. (1967) *Estudios 2, separación individuación*. Buenos Aires, Paidós, 1984.
- Mc. Dougall. *Plea for a Measure of Abnormality*. New York, Int. Univ. Press 1980.
- Ochoa, P. y Radchik, A. *Los aspectos principales del sentimiento de culpa en la depresión desde el punto de vista psicoanalítico*. Tesina Universidad Iberoamericana, 1987.
- Paz. *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1976.
- Rossi, Luisa. *Normalidad y patología en la fase anal sádica*. Relatoria de conferencias, DIF Zacatecas, 1986.

RESUMEN

El psicoanálisis hace uso del diagnóstico para integrar, entender e interpretar psicodinámicamente el material que proporciona el paciente para determinar el tratamiento más adecuado en cada caso. Para elaborarlo se clasifican los datos que proporciona el analizando en cinco puntos de vista:

Económico: Organización de catexis, energía mental.

Genético: Origen de la conducta actual del sujeto, y su psicopatología.

Estructural: Características de las instancias psíquicas ello, yo y superyó.

Dinámico: Organización e interacción de las fuerzas psíquicas.

Adaptativo: Manera que tiene el individuo para expresar su conflictiva en el mundo externo.

Los cuadros clínicos pueden clasificarse de la siguiente manera:

Psicosis:

Esquizofrenia: Presenta el aplanamiento afectivo, alucinaciones, síntoma del espejo, escisión.

Manía: Afecto de elación, megalomanía, uso de la negación.

Melancolía: Afecto de tristeza, mecanismo de introyección.

Paranoia: Proyección, racionalización, delirios estructurados.

Neurosis:

Obsesivo compulsiva: Mecanismos de intelectualización, aislamiento afectivo, desplazamiento a lo insignificante, formación reactiva. Sentimientos de culpa y fracaso ante el éxito.

Histeria: Reprime la idea, afecto flotante. Puede parecer angustia exagerada.

SUMMARY

Psychoanalysis uses diagnosis to integrate, understand and interpret psychodynamically the patient's material, in order to determinate the most adequate treatment in each case. It is made by classifying the person's data in five points of view:

Economic: Organization of mental energy.

Genetic: Origin of the actual individual's behavior and psychopathology.

Structural: Characteristics of the id, ego and superego.

Dynamic: Organization and interaction of psychic forces.

Adaptative: Way of expressing conflicts in the external world.

Clinical entities may be classified in the following way:

Psychosis:

Schizophrenia: Presents hallucinations, no affect response, mirror symptom, splitting.

Mania: Negation mechanism, elation, megalomania.

Melancholia: Sadness, introjection.

Paranoia: Projection, rationalization, structured delusions.

Neurosis:

Obsessive-compulsive. Intelectualization, affective isolation, displacement, reactive formation. Guilty feelings, sabotage when they succeed.

Hysteria: Idea is repressed, floating affects. Extreme anxiety, phobic states, conversions.

Character disorders:

Egosyntonic, Narcissistic personality

da, fobias o conversiones.
Trastornos de carácter:
Egosintónicos. Personalidad narcisista.
Trastornos fronterizos de la personalidad:
El sujeto brinca con facilidad de una entidad clínica a otra.

Borderline conditions:
Individuals jump easily from one clinical entity to another.