

Oswaldo Bodni

Psicopatología General

PSIKOLIBRO
<http://psikolibro.blogspot.com>

Parte I

INTRODUCCION GENERAL

DEFINICION

Definiremos la psicopatología como **la ciencia que estudia la vida psíquica anormal.**

Etimológicamente deriva de las palabras griegas "psique": alma; "pathos": sufrimiento, enfermedad y "logos": conocimiento.

A partir de aquí proponemos analizar esta definición en tres sentidos:

- Qué clase de ciencia es la psicopatología y cómo se relaciona con otras áreas del conocimiento científico.
- Cómo estudia sus objetos de conocimiento: con qué métodos trabaja.
- La vida psíquica anormal: qué significa este concepto.

MM LA PSICOPATOLOGÍA ES UNA CIENCIA ESPECULATIVA ESENCIALMENTE TEÓRICA, CUYO PROPÓSITO ES SÓLO EL CONOCIMIENTO DEL PSIQUISMO ANORMAL. NO SE OCUPA DE LA CURACIÓN NI DE LA PREVENCIÓN, QUE PERTENECEN A OTROS DOMINIOS.

HISTORIA

Históricamente, así como la psicología aparece como una parte del quehacer filosófico, la psicopatología tiene sus raíces en la psiquiatría.

La integración de las perturbaciones mentales a lo general del conocimiento médico tuvo un breve prefacio entre los griegos y los romanos, *precursores del naturalismo*. Hipócrates, por ejemplo, atribuyó la histeria al derrame de humores del útero y Areteo de Capadocia fue el primero en hablar de "causas morales" de la enfermedad. Por lo demás, para el mundo antiguo estas *afecciones* pertenecieron al territorio de la mitología y el hechizo.

Durante el medioevo la influencia fundamental fue del pensamiento místico que jerarquizó por siglos nociones basadas en el pecado y la posesión por el diablo. Muchísimos alienados signados por la demonofobia hallaron en la hoguera el final de su padecimiento. Donde y cuando hubo médicos, éstos procuraron mantenerse alejados cuidadosamente de las sospechosas enfermedades del espíritu, parientes cercanas de la herejía y patrimonio más legítimo de beatos y curanderos.

El intento de una comprensión de las perturbaciones del psiquismo desde las ciencias naturales comenzó de nuevo en el Renacimiento pero con timidez y resistencia. Lo que fue estímulo para las artes y las letras, en otros campos fue severa persecución.

Para la psiquiatría el renacimiento recién sobrevino con la Revolución Francesa, con Pinel y Esquirol. El primero liberó a los alienados de sus cadenas en un gesto simbólico que pasó a la historia. Hasta entonces el más leve de sus suplicios era ser expuestos al público en espectáculos circenses al lado de deformados físicos.

Recién en los albores del siglo XIX el estudio de las enfermedades humanas abarca las perturbaciones mentales, inaugurando la psiquiatría científica con el propósito de un trato médico para el perturbado.

En nuestro territorio las cosas no fueron demasiado distintas, las supercherías europeas importadas por la conquista se superpusieron con las leyendas indígenas. Los autos de fe se inauguraron en la gobernación de Tucumán, en el siglo XVI. Ramírez de Velasco informa al rey en 1586 cómo hizo quemar vivos a cuarenta brujos y hechiceros: la historia de este tipo de sucesos muestra cómo el terror místico despertaba verdaderas epidemias de introspección satánica.

Por citar una superstición sostenida hasta hace poco entre nuestros gauchos, se atribuía la histeria a la mirada del "basilisco", viborita de un sólo ojo que nacía de los huevos de gallina vieja y se metía en los ranchos. El tratamiento consistía en mantener la mirada fija en la nidada a través de un espejo: un evidente mecanismo hipnótico.

Son innumerables las leyendas como la de este ejemplo. Cualquier investigador curioso de la psiquiatría folklórica puede constatar las formas actuales de vigencia de viejos y nuevos mitos en escuelas espiritistas, centros de meditación, curanderos y aun profesionales que suelen popularizarse cada tanto con recursos que oscilan entre el misticismo abierto y la utilización pueril de nociones tomadas de la divulgación de conceptos científicos.

El 9 de octubre de 1822 tiene lugar en la Sala de Representantes un debate que sería el primero en nuestro país sobre Salud Mental. Lo motiva el asunto de la monja Sor Vicenta Alvarez, recluida en el convento de las Catalinas *"y víctima de una convulsión histérica, o sea frenesí"*... *"como había sido castigada con cepo y calabozo se promueve una investigación"* y se concluye lo siguiente:... *"En una época en donde se han hecho tantas y tan bellas aplicaciones de la metafísica a la medicina, y en que las enfermedades del espíritu se han estudiado filosóficamente, casi del mismo modo que las del cuerpo, es por demás decir que la razón y la experiencia conspiran a señalar que el único tratamiento capaz de curar a la enferma de que se trata: tal es el tratamiento moral..."* *"Satisfacer sus deseos deberá ser la primera indicación, la exclaustración"*. El 21 de octubre la monja salió del monasterio y fue entregada a su madre.

El primer trabajo de psiquiatría escrito y publicado en el país fue la tesis sobre manía aguda de Diego Alcorta, en 1827. Discípulo de Cosme Argerich, y con el clima de progreso de la época de Rivadavia, ganó pronto una cátedra preocupándose por enseñar una psicología científica, de corte fisiológico.

Cuando la psiquiatría se convirtió en ciencia lo hizo bajo líneas positivistas: durante todo el siglo pasado enfermedad fue organicidad. El postulado dominante, de Griessinger, fue: las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro.

El estudio de los pacientes se hizo sobre el modelo semiológico de la medicina general. De un modo aislado, se estudiaron las funciones del cerebro que pueden perturbarse por separado o asociadamente, según su localización en el órgano y la extensión de la lesión.

Los síntomas decían de la falla del órgano como en un enfermo del hígado, por ejemplo, perdiéndose totalmente la personalidad del paciente en la atomización. Lo esencial del trabajo científico consistía en localizar la lesión, como lo intentaron Meynert y más tarde Wernicke o Kleist.

Este lineamiento fisiológico daba también su sentido a la psicología de esta época, imperando en ella el estudio de las funciones aisladas y sobre todo la medida de su rendimiento.

Una historia clínica típica consignaba por separado los antecedentes de la enfermedad y luego datos sobre el estado de la conciencia, atención, percepción, pensamiento, juicio, inteligencia, memoria, etc.

Kraepelin, quizá el más grande de los psiquiatras taxonómicos, cuyas nosografías se usan todavía, fundaba su trabajo en la agrupación de signos y síntomas en grandes grupos de síndromes para la búsqueda de su lesión específica. Aunque tuvo que señalar que le era cada vez más difícil relacionar cada cuadro con la alteración orgánica correspondiente.

En la epícrisis de Isabel de R., escribía Freud: *"... a mí mismo me causa singular impresión el comprobar que mis historiales clínicos carecen por decirlo así, del severo sello científico y presentan más bien un aspecto literario, pero me consuelo pensando que este resultado depende por completo de la naturaleza del objeto y no de mis preferencias personales. El diagnóstico local y las reacciones eléctricas carecen de toda eficacia en la histeria, mientras que una detallada exposición de los procesos psíquicos, tal y como estamos acostumbrados a hallarla en la literatura me permite llegar, por medio de contadas fórmulas psicológicas, a cierto conocimiento del origen de una histeria"*.

El análisis psicológico de la persona, como lo entendemos hoy en día, pertenecía al campo de la literatura. La investigación de la motivación de la conducta humana no tenía cuerpo científico. La comprensión del sujeto de la vida psíquica, fuera esta normal o anormal, había sido encarada más profundamente por escritores como Cervantes, Shakespeare o Dostoievsky que por psiquiatra alguno.

El pensamiento médico estaba dominado por un determinismo basado en lo constitucional, y se extendía en el estudio de tipologías hereditarias del carácter, ancladas en lo biológico.

Las investigaciones buscaban en el físico los estigmas degenerativos para explicar las anormalidades del carácter: las ideas de Lombroso, por ejemplo, impregnaron la criminología. En psiquiatría Kretschmer aseguraba haber hallado los modelos de correspondencia entre el tipo físico y la enfermedad mental: la esquizofrenia y la

psicosis maníaco depresiva y formas atenuadas como personalidad se desarrollan respectivamente en leptosómicos (altos, delgados) y en pícnicos (anchos). Su tesis encontró gran aceptación.

Entre nosotros Ramos Mejía llegó a estudiar cerca de ochenta retratos de Rosas y afirmó que su ángulo facial y su estrechez frontal son estigmas de su "locura moral" y "ferocidad occipital". En Alemania, las tesis sobre lo hereditario fueron oficiales durante el nazismo, que practicó experiencias "eugenésicas", acusando a naciones enteras de presentar estigmas raciales de una degeneración intelectual.

Entendiendo que el conocimiento de la organicidad era necesario pero insuficiente, se fue haciendo imprescindible fundar una psicopatología, como ciencia que reconociera a un hombre-persona. Alguien que más allá del síntoma-lesión, fuera visto en la totalidad de su realidad anímica: un sujeto de deseos y frustraciones, éxitos y fracasos, con relaciones interpersonales, vida cotidiana y una historia.

RELACION CON OTRAS CIENCIAS

La psicopatología guarda estrecha relación con ciencias conexas o alejadas con las que mantiene un permanente intercambio. Tomando ejemplos tan distintos como la neurología y la antropología cultural, podemos ver como el desarrollo de esta última influyó en la modificación de modelos genéticos de la primera.

La psiquiatría es eminentemente práctica, a diferencia de la psicopatología. Etimológicamente deriva del griego "iatros", curar, y su misión es la aplicación del conocimiento con finalidades concretas: es la rama de la medicina que se ocupa de la curación de las enfermedades mentales.

Pero el psiquiatra es y se convierte en psicopatólogo en la medida en que debe comprender los fenómenos y las leyes que constituyen sus objetos de trabajo. Este conocimiento precede y fundamenta toda técnica curativa.

Lo que el psiquiatra toma de la psicopatología lo devuelve a ésta en forma de verificaciones y rectificaciones. El intento de comprender la enfermedad va siempre por el mismo camino que la necesidad de curar, y los tratamientos aplican o desestiman las teorías psicopatológicas.

En cuanto a la psicología, fue tentador presentarla como una base, al modo de la fisiología, pero en realidad, las psicopatologías de Jaspers y de Freud se nutrieron de sí mismas y desde la patología extendieron sus descubrimientos a la psicología general: valga por ejemplo la sexualidad infantil.

Otra tentación es que una ciencia se ocupe de lo sano y otra de lo enfermo, pero ¿qué es lo sano?. Pensamos que ambas ciencias se relacionan en un cuerpo conceptual cada vez más unitario.

No abundaremos en extensión respecto de la medicina, la neurología, la lingüística o la antropología cultural. Sólo señalaremos con énfasis que la psicopatología exige una vasta información en numerosos campos.

ALGUNAS CUESTIONES EPISTEMOLOGICAS

El psicopatólogo no puede ser verdaderamente científico sin una sólida base epistemológica. No podría diferenciar nunca una teoría de un disparate, o por el contrario, llegaría a desconfiar de sus descubrimientos como observaciones sin valor.

La epistemología es la ciencia que estudia la producción del conocimiento científico. Al investigar las leyes que rigen la ciencia, regula las diferencias entre ésta y los saberes precientíficos.

La ciencia es trabajo porque para aprehender su objeto debe ejercer sobre él determinada energía, cierto esfuerzo que tiende a producir una transformación en lo desconocido. Este esfuerzo será tanto mayor cuanto mayor sea la resistencia (complejidad) del objeto de estudio.

así como la resistencia de los objetos físicos obligó a la humanidad a desarrollar aparatos y técnicas de observación capaces de multiplicar la eficacia limitada de los órganos sensoriales, y debió hacerlo de formas específicas para cada objeto de estudio; así también la investigación psicopatológica hubo de crear sus propios

instrumentos para el estudio del hombre psíquicamente enfermo. A esta resistencia de los objetos al conocimiento científico se la denomina **obstáculo epistemológico**.

Pero el obstáculo tiene una segunda forma, epistemofílica, determinada por la naturaleza social del conocimiento, tanto o más importante que la primera: **la resistencia de todo conocimiento anterior a ser desplazado por uno nuevo**.

Tipos de resistencia pueden ser las ideologías, el llamado "sentido común" y los prejuicios. Por ejemplo, tras la tesis sobre la etiología sexual de las neurosis, Freud fue objeto de un gran vacío por parte del ámbito científico. Dolorido, recordaba que esas ideas en realidad no le pertenecían de un modo tan original, que famosos maestros y colegas afirmaban lo mismo, pero en forma de chistes, como opiniones familiares de sentido común que no debían ser tomadas en cuenta con seriedad científica.

Para pasar de una opinión natural a un concepto científico, a una verdadera hipótesis a generalizarse, es necesario un salto del pensamiento por sobre sus resistencias.

Como vemos, la tarea del psicopatólogo sólo puede concretizarse tras la superación de numerosas dificultades.

Comienza en la observación minuciosa de los fenómenos, cuyos datos registra, describe, clasifica y correlaciona. Pero el científico siempre entiende por realidad algo que está más allá de lo accesible a la percepción inmediata, de la que desconfía, ya que sólo evidencia efectos. Su trabajo fundamental es **el conocimiento de las leyes que determinan los efectos**.

En cuanto al fenómeno, siempre da cuenta de lo que su apariencia encubre. De este modo trabaja también el psicoanalista, con fenómenos empíricos como el sueño, por ejemplo: lo manifiesto disfraza, distorsiona, encubre lo latente, pero también contiene los datos que permiten conjeturarlo. La actividad científica implica cierta desnaturalización de lo inmediato, una ruptura con la evidencia aparente sin la cual no existiría el conocimiento.

Castilla del Pino descompone el discurso psicopatológico en cuatro niveles:

- a) Observacional
- b) De los procesos psicopatológicos
- c) De las teorías explicativas
- d) Metateorético

A) Nivel Observacional

Es el nivel descriptivo, son su objeto todos los actos que constituyen la "conducta". Castilla es firme partidario de utilizar esta palabra (del latín *conduire*, conducir) para designar aquellos actos provistos de un sentido. Pero en seguida plantea el problema de si algunos actos son conducta y otros no, según se les pueda investigar intencionalidad interrelacional: automatismos como el bostezo, por ejemplo, desde el momento en que pueden expresar algo, (como aburrimiento) también son conducta.

El conductismo llama conducta a todo comportamiento de un organismo como respuesta a un estímulo, la actividad animal, por ej. El psicoanálisis, en un sentido inverso, en toda actividad humana puede investigar conducta, en el significado de motivación latente. Por ejemplo estudiar el deseo inconsciente subyacente a distintas enfermedades orgánicas. Hay dos cosas indudables: 1) la subjetividad del propio sujeto en cuanto a lo casual y sin sentido de algunos de sus actos no es confiable; como se deduce de la observación de equivocaciones (fallidos), puede desconocer su motivación; 2) cualquier actividad de un sujeto (enfermarse por ejemplo) puede afectar a otros, que tienden a interpretar una motivación.

Más allá de esta cuestión acerca de si existen actos aconductales queda una reflexión: ¿se han de observar todos los actos o sólo los anormales?.

Aún si fuera posible esta tajante diferenciación, que es arena movediza, hacerla sería tarea del psicopatólogo. ¿Cómo podría entonces discriminar lo anormal sin estudiar la totalidad, desprovisto de apriorismos?. Hoy no existe una psicopatología pura de "lo patológico", como no existe una psicología pura de "lo sano".

B) Nivel Procesal

Normalmente observamos a un sujeto de un modo familiar. Inferimos la intencionalidad de sus actos en un momento intuitivo, de percepción totalizante. Un comensal se sienta a la mesa de un restaurante y "sabemos" que va a comer. En relación con el resto del contexto el significante es claro y no requiere un desciframiento trabajoso: lo comprendemos por identificación pues hace lo mismo que nosotros cuando vamos a comer.

Pero esto no es razón suficiente para que sea verdad, en realidad no lo sabemos, conjeturamos que va a comer, podría estar allí por alguna otra razón. Tal como en las películas de espionaje, podría tener una motivación oculta para nosotros, que desconocemos el contexto. Por ejemplo un encuentro.

Hay entonces actos objetivos que podemos observar, y otros, internos, de pensamiento, que no. Por supuesto, esto vale desde nuestro lugar externo:

1) el señor conoce el sentido de su presencia en ese sitio, o

2) podría conocer más de un motivo a través de una introspección, o

3) además de los que conoce tiene otros motivos totalmente inconcientes que ignora. Un investigador sólo podría intentar su interpretación.

Este es el que llama nivel procesal, el de la conjetura acerca de lo no observable de la conducta: su proceso interno.

C) Nivel Teórico

Para Castilla el objeto de la psicopatología es el acto de conducta, entendido por tal un acto de relación, significante para el otro. En él se distinguen dos partes diferenciadas:

1. Lo observable.

2. Lo no observable, pero inferible.

Este segundo segmento es el del proceso interno y contiene la motivación o sentido del acto. Mientras el primero es susceptible de verificación, en el segundo sólo cabe la aproximación **conjetural**.

Castilla restringe la categoría "explicativas" a las teorías descriptivas que se ocupan de lo objetivo y a las del campo de lo no observable, como las psicoanalíticas, las denomina "**interpretativas**". Son probabilísticas y su misión es ofrecer la mejor interpretación posible dentro de las conjeturas supuestas.

D) Nivel Metateórico

Se ocupa de la lógica de las operaciones teóricas en juego. Su estatus depende del cumplimiento de condiciones generales de la epistemología:

1.- de lenguaje. Deben poseer un discurso comunicable.

2.- de verificación. Que no se pruebe lo contrario.

3.- de coherencia interna. Los enunciados no deben ser contradictorios.

El psicoanálisis ha creado problemas nuevos a la epistemología. Debe verse en dos perspectivas:

1° - Desde el método terapéutico y la psicopatología: **su objeto es la investigación de la intencionalidad de la conducta** (para su eventual transformación). Lo hace interpretando los fenómenos sintomáticos como efectos del inconciente. De ese modo se remite a sus descubrimientos conceptuales: la regresión, el inconciente, sus leyes, etc.

2° - Desde la psicología: **su objeto es el inconciente** y las leyes que lo determinan.

DE LOS MODOS DE APROXIMACION AL OBJETO

EMPIRISMO

Es el tipo de pensamiento para el cual el conocimiento está basado en la experiencia y en ella radica la validez del mismo.

En sentido aristotélico, la experiencia es todo conjunto de datos originado en la percepción de algo particular. En el medioevo va adquiriendo el significado de la percepción inmediata de procesos internos, como la fe: ya alude a una experiencia psicológica. En ésta se basan evidencias místicas de carácter sobrenatural.

Cuando Bergson se refiere a los datos inmediatos de la conciencia, alude a la intuición, como la experiencia subjetiva de lo inmediatamente dado. También para Husserl la experiencia fenomenológica es primaria, anterior a la del mundo natural.

Lo esencial de esta corriente es el privilegio de la experiencia sobre la abstracción. Las teorías y los conceptos no son rechazados, pero su aceptación es desconfiada, sobre todo si se trata de universales.

El empirismo polemiza con el racionalismo especialmente acerca de los contextos de verificación de hipótesis. Sólo se considera verdaderamente empírico lo que se manifiesta como fenómeno **directamente** aprehensible; en una postura extrema, el empirismo inglés (Berkeley) había cuestionado la existencia misma del mundo físico. Aquello que no es viable captar de modo directo, aunque se verifique a través de sus manifestaciones, no tiene presencia empírica y es rechazado como objeto "real", es una creación "racional" (el concepto) destinada a explicar lo sí directo y manifiesto. Sucede así por ej. con el inconciente: no es un fenómeno empírico porque no es accesible a la percepción directa del observador; es un objeto conceptual, teórico, de orden racional, con el que se explican fenómenos empíricos del psiquismo.

Así dice Jaspers: "... Los procesos extraconcientes cuando no son procesos corporales que podamos percibir, no se pueden demostrar nunca" ... "son por tanto imágenes teóricas de pensamiento, sobre cuya conveniencia y falta de contradicción se puede disputar, pero cuya realidad no puede o no debe ser demostrada en absoluto".

Sobre la base de la existencia de distintos tipos de experiencia, Dilthey separa las ciencias de lo "físico natural" de las "espirituales", afirmando que deben utilizar métodos distintos para aproximarse a sus objetos. Jaspers dice que "no pueden aplicarse a la res cogitans los métodos de la res extensa".

Pero su rechazo a la atomización funcional de base anatómica se expresa como rechazo al método científico corriente; esto marca, como veremos, una diferencia importante con Freud.

Así repudian el determinismo de tipo físico en las ciencias psicológicas, no aceptando comprender los fenómenos por leyes de causa-efecto. Por el contrario, afirman que sólo se pueden verificar correlaciones empíricas del tipo motivo-reacción para convertir en objeto de estudio la intencionalidad del acto psíquico y hacer presente al sujeto.

Dilthey fue el primero en llamar "comprensión" y "explicación" respectivamente, a las formas de conocimiento que corresponden a lo psicológico y a lo físico-natural.

Desde estas posturas se desarrollaron la psicología comprensiva y la psicopatología fenomenológica, cuyo enfoque con técnicas peculiares, se caracteriza por su extremado rigor en la observación, el análisis minucioso y la descripción de lo esencial de los fenómenos empíricos subjetivos tal como se dan **en la conciencia**.

El empirismo moderno no polemiza sólo con el racionalismo científico, sino también con el empirismo "ingenuo" de herencia positivista de la psiquiatría clásica, que clasifica en grandes conjuntos los signos y síntomas y los correlaciona con los datos anatómicos, haciendo taxonomías y formulando leyes empíricas.

Desde el empirismo ingenuo, por ejemplo, se caracterizaron como síntomas de la enfermedad y se explicaron por los rasgos de conducta de los internados crónicos que en realidad se originan en su prolongado hospitalismo.

RACIONALISMO

Se caracteriza por desconfiar de la experiencia sensible. Esta ofrece una verdad aparente y engañosa que sólo el método puede penetrar y en última instancia conocer a través de la razón. La realidad de los objetos no está entonces en su apariencia sino en su conocimiento racional, fruto del trabajo hecho con su representación conceptual.

El racionalismo tuvo mucha importancia en la filosofía griega, con Parménides y Platón. En el medioevo apareció muchas veces en paralelo al intuicionismo, que tomaba la razón perfecta como una intuición completa. En el siglo XVIII se convirtió en una actitud filosófica tendiente a integrar la experiencia con normas morales y sociales.

En el siglo XIX se amplió en los intentos de convalidar explicaciones teóricas de la evolución del hombre y su historia.

Como sucede con el empirismo, el racionalismo engloba numerosas líneas de pensamiento. En lo esencial privilegia la creencia en el poder de la razón y en la capacidad de la ciencia para abarcar lo universal y dar respuestas.

Nada ocurre "porque sí"; a todo fenómeno le corresponde una causa que lo provoca que puede determinarse, cuantificarse y explicarse en virtud de una ley de necesidad. Así lo no conocido puede llegarse a conocer y las teorías tienen verdadero estatus de conocimiento.

Una de las formas importantes del racionalismo es la dialéctica. En la antigüedad, Heráclito vio las relaciones matemáticas como estáticas señalando que la inteligencia debe reflejar una realidad dinámica, un devenir y un movimiento: "...las cosas son una y todas". "Nadie se baña dos veces en el mismo río". "La razón es lo único que puede abarcar el movimiento a la vez afirmándolo y negándolo".

Los tres momentos de la dialéctica moderna fueron enunciados por Própulo, amigo de San Agustín: tesis, antítesis y síntesis. En 1807 Hegel publicó la "Fenomenología del Espíritu", señalando que: "La dialéctica es la naturaleza misma del pensamiento" y que "No hay posibilidad alguna, salvo la ideología, de pensamiento no dialéctico" (ideológico alude a la falsa conciencia o conciencia enajenada en lo aparente). La tríada hegeliana es la siguiente:

Tesis: percepción

Antítesis: entendimiento

Síntesis: conciencia (objetivación racional del conocimiento)

El análisis del despliegue dialéctico de la razón permite encarar de modos nuevos el problema del determinismo. A diferencia del mecanicista, el dialéctico se basa en principios de movimiento y contradicción. Este momento filosófico permite entender mejor la psicopatología moderna, en la que el concepto de conflicto dinámico sustituye al de lesión.

Por ejemplo: si un objeto, A, actúa empujando a otro B, decimos que el primero es causa, efector, y que el segundo ha sido afectado. En este modelo, B sufre una transformación por causa de A.

A -----_ B

Pero si tenemos en cuenta que B necesariamente ofrece alguna resistencia a ser empujado, deducimos que A desgastó parte de su energía cinética para hacerlo. De modo que a causa de la resistencia de B, el objeto A también sufrió una transformación.

A _-----_ B

En este segundo modelo ambos objetos, el "causante" y el "causado", son afectados: están coimplicados en la interacción.

El primer modelo intenta ser una grosera simplificación del determinismo mecanicista y el segundo del dialéctico. Esto se aclara más aún con el modelo informacional: el estudio de los mensajes que emite un sujeto debe integrar las respuestas de los receptores y cómo éstas los afectan: no existe un emisor en estado puro.

ENFOQUE TAXONÓMICO

Es el de la psiquiatría llamada clásica o fenoménica. Se ocupa fundamentalmente de describir y clasificar fenómenos psicopatológicos empíricos objetivos, aquello que se pone en evidencia de modo manifiesto en la observación clínica del paciente, sin tener en cuenta la vivencia.

Esta forma de aproximación al objeto se ubica en el empirismo positivista. Establece correlaciones siguiendo los métodos clásicos de la medicina y así agrupa los síntomas en conjuntos que reciben el nombre de síndromes o enfermedades según su complejidad, y que relaciona con los sustratos anatomopatológicos y neurofisiológicos para establecer diagnósticos clínicos.

Por ejemplo, a fines del siglo pasado con la era pasteuriana, la búsqueda de los agentes infecciosos dominó todos los campos de la medicina, incluida la psiquiatría. Una de las enfermedades predominantes en la población manicomial era una demencia, hoy poco frecuente, llamada Parálisis General Progresiva (PGP). Pronto se descubrió que la etiología era la sífilis, convirtiéndose la PGP en un modelo de estudio de las enfermedades mentales.

Pero esta generalización fracasó y las más exhaustivas investigaciones en el cerebro de enfermos graves, como delirantes crónicos, maníacos y melancólicos, no encontraron huella de lesión alguna. Por eso la psiquiatría clásica denomina "endógenas" (desde dentro de la psique) a las enfermedades psicóticas sin lesión, y la palabra "exógenas" define a todas aquellas en las que existe una lesión orgánica cerebral conocida. Esta clasificación es aún de uso corriente.

El origen de la palabra "neurosis" nos evidencia cómo se pensaba que estas perturbaciones tan frecuentes, en la que no se encontraban lesiones, eran productos degenerativos. El sufijo "osis" significa degeneración, en este caso referida a las propiedades de la inervación.

La psiquiatría taxonómica constituye el primer jalón científico importante de la psicopatología. Se le deben minuciosas descripciones semiológicas y las primeras clasificaciones de la enfermedad mental.

PSICOPATOLOGÍA FENOMENOLÓGICA

Para referirnos a este enfoque, marcaremos una fecha: la publicación de la "Psicopatología General" de Karl Jaspers, en el año 1911.

La psicopatología fenomenológica se ubica en las corrientes del empirismo moderno, a diferencia de la anterior, ubicada en el empirismo ingenuo, familiar o fenoménico.

Persigue la aprehensión de las vivencias, de lo subjetivo de la vida psíquica anormal. Toma al enfermo como sujeto de su enfermedad; y da a su conducta un sentido que puede inteligirse.

Una cosa es describir objetivamente los modos de manifestarse de un síntoma, aun explicarlo con una teoría satisfactoria, y otra investigar el proceso psíquico subjetivo de ese sujeto durante el síntoma. Esto se hace mediante la "comprensión" fenomenológica intersubjetiva; es un método intuitivo.

Según Jaspers, la fenomenología "... tiene la misión de presentarnos intuitivamente los estados psíquicos que experimentan realmente los enfermos, de considerarlos según sus condiciones de afinidad y de distinguirlos lo más estrictamente posible y de aplicarles términos precisos". Aclara que la palabra fenomenología la usa para el conocimiento de la vivencia psíquica individual dada en la conciencia. Es un sentido más estrecho, señala, que el que le había dado Hegel para la totalidad de las manifestaciones del espíritu. Es compatible, agrega, con la interpretación dada por Husserl al principio, para designar la psicología descriptiva de las manifestaciones de la conciencia.

Lo que pretende Jaspers, es procurarse un modo particular de aproximación al hombre enfermo, distinto de otros objetos científicos. Siguiendo a Dilthey, delimita dos campos científicos: el de las ciencias físico-naturales y el de las espirituales. A las primeras adjudica los modelos que se basan en la explicación causal de los fenómenos, aplicando a las segundas la comprensión. En éstas la relación no es ya causa-efecto sino motivo-reacción. Esta formulación lleva implícita la idea de libertad que predomina en el territorio de las ciencias espirituales.

Lo importante para el fenomenólogo es la vivencia del paciente, su estado subjetivo: el miedo común se diferencia de la fobia, por ejemplo, porque en ésta el paciente siente que su miedo es infundado y absurdo. La conducta no es distinta en un nivel observacional.

La comprensión fenomenológica consiste en la captación de los estados psíquicos subjetivos a través de un encuentro intersubjetivo, que Jaspers llamó **covivenciar**. Es lo que normalmente sentimos en la relación con cualquier otro con quien podamos compartir alguna **identificación**.

Este covivenciar es la base de la comprensión pero no puede aplicarse a todos los fenómenos psicopatológicos. Con algunos de ellos, **los psicóticos**, es imposible toda identificación, "no hablamos el mismo idioma", no existe afinidad empática: éstos van a denominarse **incomprensibles**. Surge así la primera clasificación de las enfermedades mentales desde el punto de vista fenomenológico, dividiéndolas en comprensibles e incomprensibles.

Estos fenómenos incomprensibles, también para Freud constituían una barrera peculiar al análisis. Los consideraba no analizables por su vinculación transferencial, narcisista, que los diferencia marcadamente de los observables en las neurosis de transferencia, que si son analizables.

PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA

A diferencia del anterior, éste enfoque se propuso formular teorías explicativas de los hechos psíquicos, desde lo psíquico.

Como fecha de referencia citamos el año 1895, de la primera publicación de "Estudios sobre la histeria" de Breuer y Freud, como iniciación de la corriente psicoanalítica. En ese mismo año, en el "Proyecto de una psicología para neurólogos", escribía Freud: "*la finalidad de este proyecto es la de estructurar una psicología que sea una ciencia natural...*".

El psicopatólogo psicoanalista utiliza una técnica especial, la **regla fundamental**: enseña al paciente a colaborar en la investigación asociando libremente, verbalizando sin ninguna crítica sus pensamientos tal como se van encadenando en su conciencia por banales o absurdos que le parezcan. Esto va a constituir **el material**, como lo denominaba Freud, que el psicoanalista interpreta.

Con este método descubrió Freud la etiología sexual de las neurosis, los fenómenos de transferencia, los de resistencia y otros conceptos fundamentales.

Para la psiquiatría clásica, causalidad es causa externa, orgánica en el sentido de **lesión**. En cambio para el psicoanálisis, se manifiesta como contradicción intrapsíquica: el concepto de **conflicto**.

La psicopatología psicoanalítica comenzó fundándose en las series teóricas correspondientes al trauma, la defensa, y el retorno de lo reprimido. Con la complejización de la teoría podemos señalar cuatro problemas clínicos fundamentales que Freud estudió en todas las organizaciones psicopatológicas:

- a) la teoría de las **fijaciones**.
- b) la teoría de los **complejos de Edipo, de Castración**
y la trama identificatoria.
- c) la teoría de las **defensas**.
- d) la teoría de las **formaciones sustitutivas**.

SINOPSIS

Ú
3
Empirismo 3 Ú
3 Taxonomía 3 Explicación 3 Organicidad
Ingenuo 3 À 3 À

Ú Ú Organicidad
3 Ú Lo Explicable 3 À Causa - Efecto
Empirismo 3 Fenomenología 3
Moderno 3 Ú Comprensión
3 À Lo Comprensible 3 À Motivo - Reacción
À

Ú Ú
3 3
Raciona- 3 Psicopatología 3 Ú Conflicto
3 Explicación 3
lismo 3 Dinámica 3 À Intrapsíquico
3 À

FENOMENOLOGIA

Estudiar la aplicación de la fenomenología a la psicopatología, exige siempre un esfuerzo determinado por la estirpe filosófica de la técnica. En esta tarea no es posible prescindir de la filosofía, sin embargo, es necesario señalar una separación de caminos respecto de los que sigue ésta en relación a los que recorre la psicopatología.

Los primeros pasos hacia una sistematización fenomenológica en psicología los dio Husserl, precedido por Brentano y Lipp. En este sentido el método no se satisface con "comprender" como mera experiencia ingenua, sino que necesita promoverse al nivel de conocimiento comunicable, investigando y argumentando con rigor.

Los métodos para realizar un análisis fenomenológico son, para Jaspers, de tres clases:

- 1) Observación de los gestos, la conducta, y los movimientos expresivos del paciente.
- 2) Exploración de sus experiencias mediante preguntas directas y por el relato espontáneo.
- 3) Autodescripciones escritas, frecuentemente valiosas.

Acercándose así a la vida psíquica del paciente, la primera impresión es confusa, de fenómenos constantemente cambiantes. El primer objetivo será captar y delimitar algunos ítems particulares para una descripción clara que permita aislar, hacer abstracciones de observaciones relacionales, y presentar como realidades sólo los datos mismos sin intentar entender cómo han surgido: un enfoque precientífico que sólo quiere ver bien, no explicar.

Jaspers clasifica tres grupos de fenómenos empíricos subjetivos:

a) Fenómenos comprensibles

Compartidos por todos, a partir de la propia experiencia. Por ejemplo falsificaciones de la memoria, emociones, ideas fijas, etc.

b) Fenómenos de transición

Son las exageraciones y distorsiones de fenómenos normales. Por ejemplo el éxtasis de algunas psicosis agudas, las pseudoalucinaciones, los impulsos perversos.

c) Fenómenos incomprensibles

Se distinguen por su inaccesibilidad a la comprensión. Por ejemplo la alucinación o el delirio.

FORMA Y CONTENIDO

PATOGENIA Y PATOPLASTIA

Para los fenomenólogos la esencia de la conciencia es su intencionalidad. El objeto de la fenomenología es la forma de la intencionalidad misma, el tema es accesorio.

La fenomenología estudia la forma de la vivencia. Lo esencial de un delirio místico, por ejemplo, no es su tema religioso, sino la modalidad peculiar de asociar "sin motivo comprensible". O, en una obsesión, lo principal es el modo inoportuno de imponerse una idea considerada absurda.

Para Kurt Schneider, la forma de la vivencia es lo **patogénico** e invariable mientras que el contenido temático es lo **patoplástico** y variable.

CUALIDAD Y CANTIDAD

Al separar netamente los fenómenos psicopatológicos en comprensibles e incomprensibles, se marca una diferencia tajante, un salto empírico de orden **cualitativo** entre las neurosis y las psicosis.

Lo **cuantitativo** y gradual está presente sólo en lo comprensible, es decir, las neurosis y desarrollos en general. Estos fenómenos son variedades cuantitativamente anormales del modo de ser y no constituyen verdaderas enfermedades. Alguien que ha perdido un ser querido y se encuentra con una gravísima depresión tiene una **reacción vivencial anormal** pero no es una psicosis. Es comprensible aunque desmesurado.

Si el fenómeno psicopatológico de que se trata, es en cambio, un delirio y lo que nos evidencia el paciente es el intenso sentimiento de que va a ser objeto de un atentado porque observó que todos lo miran; nos dice que no puede pensar, que todo le es dictado por los demás, que le imponen sus pensamientos; que cuando quiere tener un pensamiento propio se lo roban y adivinan lo que tiene en la cabeza; que además él no está enfermo sino que esto es algo que le hacen, que ya no es dueño de sí mismo sino una especie de autómatas.

Entonces el psicopatólogo siente una barrera. Describe un fenómeno psicopatológico incomprensible que sólo puede explicar. Si el modelo es organicista, hablará de lesión y si es psicoanalítico, de regresión y conflicto inconciente.

LAS FORMAS DE EVOLUCION

CRÓNICAS: PROCESOS Y DESARROLLOS

PROCESOS

La historia normal de un individuo es una línea sin cortes en el sentido de su continuidad psicológica.

Cuando una enfermedad mental irrumpe bruscamente en la vida del sujeto, produce en determinado momento un corte, que para Jaspers es el comienzo del "proceso", llamado así por la comparación con un proceso de enfermedad corporal crónica. Es el **curso crónico** de una enfermedad mental de tipo incomprensible y a partir de su comienzo el sujeto sufre un **cambio** cualitativo, no es el mismo. Evolucionan por episodios agudos denominados fases y brotes.

La enfermedad cerebral falta, pero "es como si estuviera". En estos casos se habla de enfermedades **endógenas** y su etiología se atribuye a un proceso "morboso" desconocido. Si el proceso cerebral se conoce se las denomina enfermedades **exógenas**.

DESARROLLO

Designación del curso clínico caracterizado por una evolución gradual. Se diferencia del proceso en que la historicidad no registra una interrupción y por el contrario muestra una continuidad comprensible.

Alude a un estilo o modo de ser que Schneider llamó personalidad psicopática. Debe subrayarse que ésta es una denominación genérica que no se corresponde al concepto de psicópata como sociópata, de otras clasificaciones.

Ejemplos comunes son las neurosis, y las anomalías del carácter. Como excepción la paranoia es un tipo de psicosis de evolución paulatina.

AGUDAS: REACCIONES, FASES Y BROTES

REACCIÓN

Es **la respuesta comprensible a un motivo**. Por ejemplo, la huida frente a un peligro, o el dolor por una pérdida.

En realidad se habla más comúnmente de reacción vivencial, que es normal cuando es inmediata y adecuada, y anormal en caso contrario. Para K. Schneider, que discute el concepto de neurosis, las reacciones son las manifestaciones de los modos de ser, o sea, de los desarrollos.

Las enfermedades mentales no tienen un curso regular. Evolucionan por episodios de mayor gravedad que se denominan **brotos** y **fases**.

BROTES

Se denomina así a aquellos episodios caracterizados por su malignidad que dejan como secuela un deterioro psíquico llamado **defecto**.

Esta forma de evolución es característica de la esquizofrenia, que es una psicosis endógena maligna progresiva que deja deterioros irreversibles en la personalidad.

FASES

Estos episodios son benignos en el sentido de que curan espontáneamente sin dejar secuelas. Aunque tienden a la repetición, el sujeto está aparentemente normal en los períodos interfásicos. Esta forma se observa en la psicosis maníaco depresiva, endógena benigna.

El concepto de malignidad alude al deterioro progresivo, no a la gravedad de los episodios en sí. El brote en sí puede ser leve, pero a través de sucesivos brotes el paciente se deteriora hasta terminar en una pseudodemencia. Una fase depresiva puede llegar a ser muy grave y con elevadísimo riesgo de suicidio pero el paciente se normaliza totalmente cuando cesa el episodio.

SINOPSIS DE LAS FORMAS DE EVOLUCIÓN

Ú
3

3 Desarrollos: Son anomalías; comprensibles en relación a la historia.

3
3

Crónica

3

3 Procesos: Son enfermedades; irrumpen bruscamente en la historia del sujeto y modifican su desarrollo.

3
3
À

---/

Ú

3 Reacciones: Son respuestas comprensibles a motivos; coherentes con la historia previa.

3
3

---_---_---_---

3 Fases: Son bruscos cambios incomprensibles que curan totalmente sin defecto.

3
3

---_---_---

Agudas

3

3 Brotes: Son bruscos cambios incomprensibles que no curan totalmente. Dejan un defecto.

3
3

3
À

Ú Ú Ú Ú
 3 3 3 3
 3 3 3 3
Desarrollos 3 Anormalidad 3 Disposiciones
 3 Comprensibles 3 Psicógeno del
 3 3 3 3
 À 3 Lo cuantitativo 3 Carácter
 À 3 À

Ú Ú
 3 3
 3 3
 3 3
 3 3
Procesos 3 Enfermedad 3 Probable
 3 Incomprensibles 3 À
 3 3 Lo cualitativo 3
 À 3 Ú
 3 3 Organicidad
 3 Exógeno
 3 3 Comprobada
 À À

Ú
 3 Neurosis
 3
 3 Reacciones Vivenciales Anormales
 3
Desarrollos 3 Personalidades Psicopáticas
 3
 3 Oligofrenias
 3
 3 Paranoias
 À

Ú Ú Ú Esquizofrenia
 3 3 3
 3 3 3
 3 3 3
 3 3 3
 3 3 3
Procesos 3 Ú
 3 3 3 Demencias (P.G.P., Tóxicas, Metabólicas, etc.)
 3 3 3
 3 3 3 Exógenos 3 Reacciones Exógenas Agudas
 3 3 3 3
 3 3 3 Síndromes Psicoorgánicos
 À À

SALUD Y ENFERMEDAD

DEFINICION DE LA O.M.S.

Salud es un estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad.

CRITERIO ESTADÍSTICO

Estadísticamente lo normal es el término medio, anormal es lo que se aleja de éste.

Todos los autores coinciden en señalar la indiscutible vulnerabilidad de este criterio: si la salud es término medio y la mayoría de una población sufre determinadas enfermedades, ¿son más sanos quienes las padecen o no?.

Es clásico el ejemplo de las caries, la mayoría de las personas tiene alguna y estadísticamente una boca con todas sus piezas dentales sanas es anormal, ¿sería entonces más enferma?.

Estas argumentaciones parecen demoler el criterio estadístico, sin embargo su vigencia es real y significativa. Esto es lo que trataremos de explicar.

Ser distinto por el elevado nivel intelectual, la originalidad creativa o la perfección de la dentadura no es enfermedad. Pero la historia de la humanidad demuestra que no fueron siempre anomalías "inofensivas": desde el altar de los sacrificios para las jóvenes más hermosas hasta el martirio en la hoguera de tantos originales pensadores; sobran ejemplos de que es posible aquello de "ser más sano es ser más enfermo" si esto acerca al sujeto al término medio.

CRITERIO NORMATIVO

Normal es quien se corresponde a un modelo convencional de hombre sano y anormal quien se aleja de él.

La vulnerabilidad de este criterio se basa en sus cualidades subjetivas: los modelos dependen de sus autores.

Las críticas fundamentales parten del culturalismo. Cada cultura tiene sus normas y patrones de conducta. Introducir la cultura en el marco referencial implica incluir situaciones y momentos históricos. Lo que para un grupo social en determinada época es sano o enfermo en otro grupo o en otro tiempo puede ser todo lo contrario.

Esta afirmación del culturalismo es totalmente válida, salud y enfermedad son relativas a quien las define, el concepto ya implica una ideología.

CRITERIO SUBJETIVO

Es la forma de manifestar la ideología de cada sujeto respecto al concepto de salud. Su expresión sería "sanos son los que se parecen a mí". No creemos superfluo señalar la peligrosa iatrogenia de la subjetividad en la relación psicopatólogo-paciente. A modo de ilustración transcribimos un fragmento de discurso de una paciente:

X: (textual) Mi papá a cuanta persona no le gustaba le decía **rayada** ... yo no podía abrir la boca para decir algo mío que ya era una **loca** ... mi marido es igual: de I. dice que es una **loca** porque estudia, a mí no me dice nada porque no abro la boca ... llegué a crearme que soy **loca** ... no se cómo tengo que ser!.

En este ejemplo vemos como alguien no es feliz porque se significa a si mismo como enfermo.

CRITERIO ADAPTATIVO

Etimológicamente la palabra "salud" proviene del latín "salus": salvación. De la raíz "sanitas", verdadero vocablo aplicado al buen equilibrio del organismo nos quedan el adjetivo "sano" o el verbo "sanar". Saludar es de otra raíz "salutare".

Sin embargo, en español utilizamos como significante de salud esta palabra que en su origen era **salvación** y que pasa a un modo activo como **saludar**. El saludo romano era "salve". Pensamos que este emparentamiento de significantes no es casual.

Un saludo generalizado en las tradiciones militares es la "salva" de disparos que señala al amigo que las armas están descargadas, que está a salvo de una agresión. Igual sentido tiene el saludo con la mano abierta que demuestra que no está armada. El saludo sugiere que la demostración de amistad es evidenciarse "no agresor", es desearle al otro que esté a "salvo" de peligros o dificultades, de la pérdida o disminución de un valor.

La palabra enfermedad remite a "in-firmus": pérdida de firmeza. La universalidad del saludo como expresión del deseo de "no perder firmeza" alude a la idea general de que la enfermedad no es tanto una contingencia accidental de la vida como una permanente acechanza, que siempre persigue y está presente en la contradicción del ser con la naturaleza.

Saludar es así "ser salvo", ausencia de ataques, plagas, epidemias, pérdidas, dolores y sufrimientos. De todo lo que significa privación o amenaza de ella. En sentido positivo "estar a salvo de" alude a la presencia de paz (otro saludo tradicional) estado de equilibrio, de satisfacción de las necesidades.

Con estos elementos vamos perfilando una definición de salud como posibilidad de satisfacción de necesidades o de ausencia de obstáculos a la misma.

La tensión de las necesidades implica el despliegue en todo organismo de una trama de operaciones estratégicas destinadas a su satisfacción. En las especies biológicas más evolucionadas la trama es más compleja que en las inferiores, alcanzando su máximo con la conciencia humana. El organismo-medio se convierte en hombre-circunstancia. Los instintos son insuficientes para englobar la experiencia de la especie y ésta debe transmitirse de los más viejos a los más jóvenes a través de la cultura.

La estrategia de satisfacción exige por un lado:

- 1) conocimiento de las necesidades y discriminación de las circunstancias, regulación del impulso, capacidad de postergación y tolerancia a la frustración.
- 2) capacidad de operar sobre las circunstancias y modificarlas.

Visto de este modo el problema, no podemos definir a la salud como un estado, en el sentido de los distintos estados absolutos de la materia. Nos inclinamos a definirla como posibilidad.

Posibilidad, remite a la existencia de **grados**, tanto de posibilidad de adaptación activa del sujeto a su circunstancia, como de enfermedad, es decir de adaptación pasiva e ineficaz.

La inflamación que rodea a un pequeño traumatismo, por ejemplo una espina clavada, es la forma activa de reacción del ser vivo destinada a eliminar un objeto extraño para mantener su equilibrio general. Si se trata de una pequeña lesión habitualmente diremos que es un hombre sano, si es mayor y requiere un tratamiento diremos que está enfermo.

CRITERIO CLÍNICO

Es un criterio práctico, (clinus:cama): enfermo es el que tiene una incapacidad manifiesta para la satisfacción de sus necesidades, el que demanda ayuda, ya sea por lo subjetivo de su sufrimiento o por las manifestaciones objetivas de su alteración.

Para G. Deshaies es clínicamente necesario diferenciar entre el ser, el estar y el sentirse enfermo. "Ser enfermo" alude a un estado habitual; el sujeto está instalado en la categoría de un modo permanente. El "estar" remite a lo contingente. En ambos casos el sujeto puede saberlo o no (un análisis puede demostrar una anomalía hasta ese momento desconocida). La expresión "sentirse enfermo" ya delimita el proceso interno de sufrimiento. Un ejemplo llamativo, por la paradoja, es el de los enfermos maníacos, que a pesar de padecer una desorganización psíquica severísima, se sienten mejor que nunca, siendo su característica la euforia y el optimismo patológicos.

Estas ideas no invalidan que entendamos la salud como un valor de posibilidad que implica el equilibrio (homeostasis) de un sistema complejo integrado por la totalidad del sujeto y su circunstancia social: su capacidad de adaptación activa va a ser facilitada o amenazada por todo lo que ocurre en el sistema. Sujeto y circunstancia se influyen mutuamente en una interdependencia dialéctica; **los sujetos tienen la salud que su medio les permite, y el medio tiene la patogeneidad que sus sujetos le permiten.**

La salud no es entonces un estado sino una tendencia posible, vinculada al autoconocimiento del ser individual y social. Conocimiento es mayor posibilidad de operación eficaz para la defensa y satisfacción del sujeto en una situación dada.

En todo sujeto interactúan permanente y conflictivamente tendencias al equilibrio y obstáculos al mismo. Vale decir siempre hay algo sano en la enfermedad y algo enfermo en la salud.

Un sujeto comatoso puede vivir gracias a sus restos orgánicos "sanos", un amputado puede ser sano en todo el resto de sus disponibilidades. Un delincuente puede relacionarse con vínculos "sanos" dentro de su grupo "enfermo" y será un enfermo en grupos no delincuenciales.

CRITERIOS DINÁMICOS

La concepción psicoanalítica es gradualista. La salud o la enfermedad dependen policausalmente de tres series que se complementan:

- constitución biológica
- predisposición adquirida en la infancia
- circunstancias actuales

De su interacción depende que el sujeto haga uso o no de la totalidad de sus posibilidades. La salud se correlaciona en forma cuantitativa con cierta **fortaleza del Yo racional a expensas del Ello** en función de la satisfacción.

Entre salud y enfermedad no existe solución de continuidad. Una de las afirmaciones básicas del psicoanálisis es precisamente que tanto los fenómenos psíquicos patológicos como los que no lo son, obedecen a los mismos mecanismos y son de igual naturaleza.

Lo llamativo del fenómeno psicopatológico es más que nada su **redundancia** como estereotipo en una **repetición** indiscriminada.

CRITERIO FENOMENOLÓGICO

Para Kurt Schneider es necesario establecer una diferencia entre enfermedad y anormalidad. Así, el primer término es aplicable sólo a los procesos, a las perturbaciones psíquicas de base somática probada (exógenas) o probable (endógenas); en las que desde este punto de vista existe un cambio cualitativo en la naturaleza del psiquismo.

Por el contrario, señala que en los desarrollos (neurosis, psicopatías, etc.) existe un tránsito gradual, cuantitativo, entre lo normal y lo anormal.

Su clasificación es: Salud - Anormalidad - Enfermedad. Mientras lo "anormal" es psicopatológicamente comprensible, la "enfermedad" debe explicarse.

EL PROBLEMA AXIOLÓGICO

Lo primero que nos llama la atención cuando hablamos de la falta de salud de alguien, es cierta diferencia de esa persona respecto de otros a quienes consideramos sanos, pero esta diferencia es en relación al sitio donde se toma la muestra. Si en un hipotético lugar todos fueran enfermos, un hombre muy sano con una conducta distinta sería considerado patológico.

La concepción axiológica ve la posibilidad de llegar a alguna clase de conceptualización acerca de la salud, justamente a partir de la teoría de los valores. En filosofía los valores son una serie de entes, diferentes a otros

conceptos. Tienen la peculiaridad de que circulan en el discurso, no se puede "ser" un valor; el valor se "tiene", se puede perder, y hay una escala de jerarquías.

El tener o no un valor se relaciona con el Complejo de Castración: el falo es un circulante que nunca se "es", pero sí se puede tener o perder. Se sostiene a partir de los significantes fálicos, de aquellos símbolos que representan la posesión del falo y la seguridad de mantenerlo.

La salud es un ejemplo de lo que se tiene o se puede dejar de tener, como el falo. Este, para algunas personas, es el pene, para otras la belleza, el dinero, la inteligencia.

En la teoría freudiana hay un momento crucial en el que el pene está investido de máximo valor fálico, después hay una evolución hacia lo simbólico.

Si lo pensamos, por ejemplo en términos de adaptación, tendrá que ser en términos de adaptación **activa**: lo importante en la salud mental es la capacidad de operar sobre las circunstancias.

SINTOMA, SINDROME Y ENFERMEDAD

La psiquiatría es una rama de la medicina que se ocupa de la **curación** de enfermedades mentales. Utiliza los métodos y aproximaciones clínicas de la medicina. La vertiente que interpreta las manifestaciones para comprenderlas y diagnosticar es la **semiología**.

Semiología es también la vertiente de la lingüística que investiga los signos. Estudia el significante como signo y sus referentes. En psicopatología, de igual modo, la semiología ahonda en los elementos observables que remiten a enfermedad.

Los médicos están acostumbrados a encontrar dos tipos de manifestaciones clínicas: unas son las que el paciente refiere desde lo **subjetivo**, por ejemplo "doctor, siento dolor". Estas expresiones se denominan **síntomas**.

En cambio, las manifestaciones clínicas observables **objetivamente** son **signos**, por ejemplo, la piel enrojecida, un aumento de temperatura, una postura antiálgica, un cambio en el color de la piel.

Síntomas y signos pueden agruparse, en una organización que adquiere sentido clínico. Esto constituye un **síndrome**, que no implica todavía un diagnóstico de enfermedad, la función diagnóstica continúa porque un síndrome febril, por ejemplo, puede obedecer a distintas enfermedades.

Veamos otro ejemplo, esta vez de la psicopatología. Una persona es observada por sus familiares: permanece en cama, presenta una expresión de dolor, y llora (signos). Cuando viene el médico, le dice: "Doctor, tengo una profunda tristeza"(síntoma). Este es un síndrome depresivo; la causa que lo origina puede ser una neurosis, una melancolía, un tumor cerebral, o una contingencia de la vida. Si bien buscamos una **enfermedad** como causa del síndrome, éste también puede deberse a un **proceso normal** de elaboración de duelo, por ejemplo, una pérdida dolorosa.

Una **enfermedad** es una entidad clínica conocida que tiene una causa, un comienzo, una evolución y un pronóstico. En cambio el síndrome puede deberse a distintas enfermedades.

EGOSINTONÍA Y EGODISTONÍA

Estos conceptos se refieren al grado de conciencia de enfermedad del paciente.

Un paciente es **egosintónico**, cuando está bien "sintonizado" con sus síntomas. Hay enfermos a quienes vemos con conductas excéntricas que no se dan cuenta de lo extraño de sus actitudes, no las percibe como algo propio que lo perturban. Esto no significa que no se queje, pero si lo hace es de algo no propio, por ejemplo de ser molestado por otras personas.

Un delirante puede quejarse de los insultos que le hacen escuchar. Estas voces son alucinaciones, pero él es incapaz de sentir que está enfermo y que su mente produce un fenómeno patológico. Se queja de que alguien, con un aparato, le hace escuchar las voces.

Un persecutorio actúa del mismo modo: "me persiguen, me miran", - ¿pero quién? "los otros". "Yo no tengo un síntoma molesto, me hacen cosas". Su conflicto no es con su Yo porque lo proyecta.

Cuanto mayor es la pérdida de realidad, más difícil es que el paciente tenga conciencia de enfermedad.

Esto es distinto de lo que observamos en otro paciente que **consulta voluntariamente** y dice "Por favor, necesito ayuda, porque tengo ideas absurdas". Este paciente no es un psicótico, está perturbado por su síntoma y se siente enfermo, puede ser un obsesivo, es **egodistónico**. En general los neuróticos sufren por el conflicto que les provoca su sintomatología.

En cambio, las organizaciones patológicas de la personalidad, los caracterópatas, son **egosintónicos**. Se trata de personas muy enfermas, que provocan un marcado sufrimiento a quienes los rodean, ya sea por su egoísmo o por su transgresión a las normas, pero ellos se sienten bien.

CONCEPTOS DE DIAGNOSTICO, PRONOSTICO, PREVENCIÓN Y CURACIÓN

El **diagnóstico** es el acto médico de precisar una entidad clínica que tiene su lugar en alguna clasificación. Una enfermedad puede así estudiarse en cuanto a sus causas, su desarrollo, su evolución, su pronóstico, su terminación y sus correspondientes estrategias terapéuticas.

El **pronóstico** se relaciona con el conocimiento que tenemos acerca de la evolución de una determinada entidad clínica, es nuestra posibilidad de aventurar alguna clase de anticipación acerca del curso de una enfermedad.

Es indiscutible que la psicopatología aporta elementos de información importantes acerca de las estrategias que puede seguir el profesional para el tratamiento de un paciente. A partir del diagnóstico, del conocimiento de cómo esa enfermedad comienza, cuáles son sus causas y qué evolución puede tener, ponemos en juego recursos de curación.

Pero esto no es lo único que puede aportar la investigación. El conocimiento de las causas nos da la posibilidad de intervenir antes de que se produzca la enfermedad. Entonces el desarrollo de la psicopatología, posibilita la **prevención**.

Hay diferentes tipos de prevención. La **primaria** se dirige hacia personas o grupos sanos, por ejemplo, con medidas educativas destinadas a evitar el enfermar que se ponen en juego **antes** de que exista señal alguna de enfermedad.

Hoy conocemos las causas de muchas enfermedades, por ejemplo, las gracias a los descubrimientos de Pasteur. Desde entonces se previenen con la higiene.

En salud mental pasa algo similar. Es necesario subrayar determinados hechos en la población: que es bueno el diálogo con los hijos o la importancia de la estimulación de los bebés, por ejemplo, con el mismo énfasis que la forma de evitar infecciones o la necesidad de la aplicación de vacunas.

La **prevención secundaria** en cambio, es la que se pone en juego cuando hay señal de patología, no demasiado manifiesta todavía, pero ya con pertenencia a un grupo de riesgo. Esto es lo que hace que a una maestra le llame la atención un niño y lo envíe al gabinete, donde van a intentar evitar una enfermedad mental.

Una campaña de difusión contra el SIDA es prevención primaria, pero si se realiza en un grupo de drogadictos, considerado de alto riesgo, se trata de prevención secundaria.

La **prevención terciaria** intenta evitar la recurrencia. Cuando un paciente cura y lo controlamos periódicamente para que no vuelva a padecer la misma enfermedad.

El enfoque que queremos enfatizar es que no existe una sola causa para la enfermedad. A esto se lo llama **policausalidad**, el comprender que las patologías surgen por diferentes razones. Lo que nosotros hacemos es concentrarnos sobre algunos de los factores que las producen.

Por ejemplo, nuestra materia no incluye el estudio profundo de factores socio-económicos que tienen incidencia en la salud mental, aunque debemos conocerlos.

En este sentido, la idea policausal, es compartir la tesis freudiana de las **series complementarias**.

CLINICA - OBSERVACION - EXPERIMENTACION - INTERPRETACION

Cuando hablamos de clínica nos referimos a una psicopatología que tiene su origen en **lo que realmente presentan** los pacientes. Ya sabemos como la ciencia se contagia de la tendencia humana a percibir lo que se piensa; en general la percepción está al servicio del pensamiento, no es al revés.

Es mucho más difícil contradecir una deducción que una percepción. Si nosotros tomamos como punto de partida psicopatológico el estudio escolástico de una determinada teorización, vamos a terminar observándola en nuestros pacientes.

Esto es lo que procuramos evitar cuando hacemos una advertencia en el sentido de que la clínica es madre del conocimiento psicopatológico. Lo importante es observar qué es lo que el paciente tiene, no lo que una teoría dice que tiene que tener.

A partir de la objetividad, más o menos posible, vamos a procurar una aproximación a la clínica, a lo que realmente es fenómeno observable.

EXAMEN PSICOPATOLÓGICO

LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica comienza con las primeras entrevistas en las que ya se ponen en juego la observación y la escucha. Deben adecuarse con flexibilidad a los variables cuadros clínicos que acuden a la consulta. Los modelos clásicos descriptos son:

a) **Entrevista libre:** tiene la ventaja de escuchar al paciente sin influir su discurso, pues éste elige el tema inicial, y estructura el campo desde su elección. No puede practicarse en todos los casos. Siempre se la continúa con una entrevista dirigida para completar datos.

b) **Entrevista dirigida:** el entrevistador pauta los temas a través de las consignas y el interrogatorio. Es el complemento necesario de la entrevista libre, pero en muchos pacientes es la única posible. Por ejemplo en casos de psicosis, pasividad e inhibiciones.

c) **Entrevista con familiares:** está destinada a recoger datos importantes que el paciente no puede aportar o a corroborarlos cuando se desconfía de ellos.

A veces debe desconfiarse de la información familiar si no está documentada cuando el diagnóstico puede servir de base a procesos judiciales (por ejemplo, juicio de insania) o a internaciones interesadas, como ocurre a veces con ancianos.

En la atención de incapaces, niños y adolescentes, las entrevistas previas con familiares son de regla general.

EXÁMEN PSÍQUICO

Lo primero que observamos es la actitud general, el porte y la indumentaria que muchas veces nos ponen en la pista de una insinuación diagnóstica.

Algunos pacientes presentan una actitud **pasiva** que revela una actividad mental elemental o empobrecida, como los débiles mentales o los dementes. En otros la actitud es **activa** denotando una intensa actividad como es el caso de los maníacos y los delirantes excitados.

En muchos son ostensibles conductas, actitudes o indumentarias descontextuadas, que se denominan **actitudes bizarras** y son comunes en las psicosis.

En sus indumentarias algunos enfermos llaman la atención con extravagancias. Los vemos cubiertos de flores, medallas, adornos o símbolos místicos, lo cual insinúa psicosis delirantes.

Algunos están tratando de destacarse con actitudes payasescas y extrovertidas. Son los hipomaníacos y maníacos.

Cuando se los observa vestidos sin tener en cuenta el clima puede tratarse de la indiferencia esquizofrénica o de profundos deterioros generales de la personalidad.

A veces algunos pacientes están exageradamente esmerados, pulcros y limpios, con expresión autosuficiente y de superioridad; se los puede sospechar paranoicos.

Otros aparecen sucios, faltos de higiene personal, desordenados, son los débiles mentales, los dementes y algunos cuadros confusionales.

A grandes rasgos, una clasificación didáctica de la expresión personal, podría ser:

1) Excitados: en lo psicomotriz, presentando inquietud y logorrea. A veces iracundos y agresivos. Son en general los síndromes de excitación psicomotriz, se los puede observar en diversos cuadros clínicos que van desde los delirios hasta las intoxicaciones alcohólicas comunes.

2) Deprimidos graves: con una típica expresión de tristeza, que se denomina "omega melancólica" (entrecejo elevado y fruncido) formando una máscara de sufrimiento moral. Ensimismados presentan una actividad motriz prácticamente nula, facies de angustia y preocupación. Corresponden en general a los síndromes distímicos displacenteros.

3) Confusos: corresponden a las alteraciones de conciencia por causas exógenas, cuadros febriles, intoxicaciones, etc. Su estado general clínico es habitualmente grave.

4) Indiferentes: su expresión es de total desinterés por el entorno. Abúlicos, impasibles, son ejemplos el autismo o los negativismos esquizofrénicos.

5) Hipoexpresivos: la falta de mímica junto con la rigidez muscular, es un síntoma extrapiramidal característico de la impregnación con neurolépticos. Estos psicofármacos son de alto poder antipsicótico y en algunos tratamientos se los administra en dosis elevadas.

EXÁMEN DE LA ORIENTACIÓN

Orientación Autopsíquica: se investiga con preguntas destinadas a verificar la información del paciente respecto de sí mismo.

Su nombre y apellido, edad, fecha de nacimiento, estado civil, familiares directos, son datos de tal importancia que sólo desaparecen en patologías graves. Su olvido remite a fallas profundas de la memoria como en las demencias avanzadas o estados de grave deterioro psíquico de distinta naturaleza. En las confusiones profundas no pueden proporcionar datos por la falta de conexión con el entrevistador. Un débil mental profundo puede ignorar estos datos autorreferenciales.

Orientación Alopsíquica: se trata de precisar la ubicación del paciente en el tiempo y el espacio. Se lo interroga sobre el año, el mes, el día y la hora aproximada. También su domicilio, de dónde viene y el sitio en que se encuentra.

Se procurará verificar su conocimiento de las personas que lo rodean. Los confusos suelen hacer falsos reconocimientos, identificando a un familiar en la figura del personal que lo asiste.

Se investigará la **conciencia de situación:** qué le sucede, por qué está allí, y la conciencia de enfermedad, vale decir, la impresión que tiene de su estado actual. Los delirantes muy graves, por ejemplo, se mantienen lúcidos pero sin conciencia de enfermedad.

EL INTERROGATORIO

Se comenzará recabando información sobre la enfermedad actual, consignando el motivo de consulta, la fecha de comienzo, su evolución, episodios anteriores, y todo dato que pueda considerarse de interés.

Se describirán minuciosamente los síntomas y signos fundamentales, prestando atención al relato que de ellos hacen el paciente y/o sus familiares.

Se consignará la historia del paciente desde su nacimiento hasta la enfermedad actual. Sus enfermedades infantiles, con o sin compromiso psíquico (p.ej. meningitis, accidentes), deambulación, locuela, carácter infantil, escolaridad, etc. Es importante el registro de los antecedentes biográficos, ambientales y familiares, la conformación de su grupo primario, su ambiente social, infancia, pubertad, amor, noviazgo, matrimonio, hijos. Vida sexual, masturbación, iniciación sexual, potencia, orgasmo, etc.

A grandes rasgos se consignarán alteraciones en la vida pulsional tanto del paciente, como de su ambiente familiar cercano:

Pulsiones de autoconservación: intentos de suicidio, anorexias y bulimias, hábitos alimenticios extraños, adicciones, etc.

Pulsiones sexuales: homosexualidad, fetichismo, incesto, exhibicionismo, sadomasoquismo, etc.

Normas sociales: compulsión transgresora, impulsos delictivos, fugas, etc.

Parte II

PSICOPATOLOGIA DE FUNCIONES

El psiquismo es una unidad funcional cuya estructura está totalmente integrada. Su estudio requiere, sin embargo, una separación en funciones con fines didácticos, que no debe confundirse con una postura "elementalista" que definía al psiquismo como una suma de elementos separables.

SISTEMA PERCEPCION CONCIENCIA

INTRODUCCION

Etimológicamente conciencia deriva de *cum-scientia* y *conscientiam*: con conocimiento y conocimiento compartido, respectivamente. En nuestro idioma, la misma palabra designa distintos usos habituales:

Como conciencia **moral**, alude a un conocimiento del bien y del mal, por ejemplo: "la voz de la conciencia" o los autorreproches de la neurosis obsesiva.

Como conocimiento de la **realidad**, en el sentido de lo mediato o de las consecuencias de actos propios. Por ejemplo: tener "conciencia del peligro"; alguien "es un inconciente"; los pacientes psicóticos carecen de "conciencia de enfermedad"; los caracteres narcisistas tienen poca "conciencia de sus límites", etc.

Como conocimiento de la **sensorialidad** inmediata: corresponde al sistema Percepción-Conciencia. En este sentido tradicional se habla de **lucidez de la conciencia** o del sensorio como función psíquica en psiquiatría. El paciente lúcido reconoce las personas, se orienta en el aquí y el ahora y puede prestar atención a distintos estímulos ambientales. En caso contrario se presentan diversos grados de confusión y otras perturbaciones. En una suspensión completa, aunque sea transitoria, se dice indistintamente "inconciencia", "pérdida de la conciencia", o "pérdida del conocimiento". Por el contrario, en un esquizofrénico, por ejemplo, observamos lucidez de conciencia, en este sentido, a pesar del delirio y las alucinaciones que padece.

La palabra alemana *bewusst* es una raíz semántica que sirve para designar la conciencia en distintos sentidos. *Das bewusste* significa la conciencia como sustantivo. Freud la utilizó como instancia en su primera tópica, diferenciándola del preconciente y del inconciente. En este modelo del aparato psíquico aquello que posea la cualidad de conciente era simultáneamente perteneciente al lugar conciencia.

Por ejemplo "*...el fin de la cura es hacer conciente lo inconciente.*" En esta cita la conciencia es una cualidad que se procura sea adquirida por un contenido psíquico reprimido, es decir inconciente. Pero al hacerlo dicho contenido cambia de lugar tópico, deja de pertenecer a un sistema, el inconciente, y pasa a través del preconciente a un tercero, la conciencia. En cada lugar rigen distintas leyes, de modo tal que la representación es tratada según lógicas diferentes.

Inconciente: Proceso primario

Preconciente: Sistema de transformaciones. Lo susceptible de conciencia

Conciencia: Proceso secundario

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA TEÓRICO

El estudio más extenso de la conciencia es sin duda el realizado por los fenomenólogos. Limitados por su aferramiento a la experiencia sensible y desconfiados de construcciones teóricas como la del inconciente, se dedicaron a un estudio exhaustivo de la conciencia.

Algunos de ellos consideraron la conciencia como la totalidad de la vida psíquica, definición inaceptable que excluye del psiquismo al inconciente. Otros, como Jaspers, estudiaron los fenómenos empíricos extraconcientes. Henry Ey aceptó la teoría de un inconciente.

Ambos autores definieron la conciencia como una **totalidad de experiencia**. Esto alude sólo a la parte del psiquismo experienciable, a lo empíricamente accesible a la introspección.

EL PROBLEMA DE LA TEMPORALIDAD

Para los fenomenólogos la introspección, (conciencia reflexiva), constituye el instrumento de investigación por excelencia de la conciencia. Al dirigir la atención sobre el proceso conciente observan la movilidad permanente de los contenidos psíquicos.

Así señalan que la experiencia de introspección parece ejercer una especie de corte puntual en el sucederse temporal de las representaciones. Este punto debe ser fijado por la memoria como objeto de la experiencia dado que la movilidad de los contenidos es constitutiva de la temporalidad.

Para Henry Ey el tiempo interviene en la conciencia de lo vivido y da lugar a la experiencia de identidad; cuando un sujeto sabe que él, con toda su historia, es el que es conciente de algo en un presente que incluye un proyecto. En cada momento se imbrican la historia como recuerdo presente, la sensorialidad como percepción presente, y el futuro como proyecto presente. En la conciencia se articulan, dice Heidegger, los tres éxtasis del tiempo.

Para Freud la conciencia del tiempo se debe, primero, a una investidura de atención que es periódicamente dirigida al entorno en función de las pulsiones de autoconservación y luego, a la impresión del sucederse las representaciones.

En la teoría psicoanalítica, la historicidad acompaña a la vivencia también como una representación inconciente, que se manifiesta en la transferencia o en el síntoma con un principio de anacronismo, que se superpone a los ejes sincrónico y diacrónico de la conciencia.

LA VIVENCIA

En cada hipotético momento de la secuencia de contenidos de conciencia es posible reconocer un registro simultáneo de conjunto, que abarca contenidos sensoriales o ideativos y estados del aparato psíquico (desarrollos de afecto y descarga motriz). Este conjunto de registros, sensorial, anímico y corporal, constituye la vivencia.

³Percepción o Representación
Vivencia Desarrollo de afecto
³Descarga motriz

Un ejemplo es la vivencia de satisfacción, estudiada por Freud en 1895. Implica la simultánea percepción del pecho, del cese de la tensión de hambre y del placer.

El concepto de vivencia presupone una idea de totalidad e intersección que siempre implica al sujeto, su historia y su circunstancia. Los fenomenólogos subrayaron su carácter puntual de "momento" funcional para la experiencia. Su continuidad es el vivenciar.

Un concepto ligado a éste es el de **Reacción Vivencial**. Como veremos, ésta es la reacción inmediata y emotiva a un estímulo.

DEFINICION DE CONCIENCIA (JASPERS)

Es la totalidad de la experiencia momentánea insertada en la corriente continua del vivenciar. Su esencia es la intencionalidad.

LA CONCEPCIÓN DE HENRY EY

Para este autor la conciencia se estructura como un campo basal que jamás se pierde y que contiene la experiencia vivida. Es el sustrato de la propia identidad y define a cada ser conciente a partir de un saber acerca de sí mismo y su circunstancia.

Si esa conciencia se desestructura se pierden los límites del Yo - No Yo y se produce la irrupción del inconciente, por ejemplo en la psicosis. Normalmente esto ocurre durante el sueño.

La esencia de la conciencia es su intencionalidad, siempre es conciencia de algo y tiene un sentido, no existe como campo vacío.

Permanentemente se entrecruzan un eje **sincrónico**, el aquí y ahora, y otro **diacrónico** que significa la historia, coagulando lo vivido, lo actual, y el proyecto de cada ser conciente.

Evolutivamente para EY la conciencia implica una conquista paulatina de **libertad**:

- ³ a) de discriminar entre el Yo y el No Yo.
- ³ Su pérdida corresponde a la psicosis.
- ³ b) de discriminar los medios para actuar.
- ³ Su pérdida corresponde a las psicopatías.
- ³ c) de proyectar sus metas.
- ³ Su pérdida corresponde a las neurosis.

LUCIDEZ DE CONCIENCIA

ESTADO DE LUCIDEZ EN EL SUJETO NORMAL SEGÚN JASPERS

- 1) Los contenidos presentan claridad y nitidez.
- 2) El curso del vivenciar es ordenado e intencional.
- 3) Puede concentrarse y fijar la atención.
- 4) Puede evocar y fijar vivencias y aprendizajes.
- 5) Puede comprender los objetos del mundo.
- 6) Puede reflexionar sobre contenidos de orden objetivo y subjetivo.
- 7) Presenta correcta orientación auto y alopsíquica.

TEORÍA PSICOANALÍTICA

En la obra de Freud la investigación sistemática de los problemas de la percepción y la conciencia comienza en el Proyecto de 1895. En el cual, la conciencia es una cualidad, concepto al que vuelve en la tesis definitiva de 1923 del "Yo y el Ello", conocida como segunda tópica. En el interín, en la tópica de 1900, conceptualizó a la conciencia como instancia, separada del Preconciente y del Inconciente.

Como es sabido, el psicoanálisis se opone a las tesis de la psicología clásica que asimilan psiquismo a conciencia, siendo su descubrimiento, justamente, la actividad mental inconciente.

Pero al mismo tiempo subraya la importancia de la conciencia y está lejos de adjudicarle un papel accesorio en el aparato psíquico. En efecto, la conciencia acompaña a la percepción y es la función que convierte al estímulo percibido como magnitud de excitación en una cualidad psíquica. Por tanto es una función distinta pero inseparable de la percepción. Ambas constituyen el sistema percepción-conciencia.

Para Freud el origen de la conciencia es uno de los problemas más trascendentes de la investigación científica. Supone que una conciencia inicial debe tener por contenido primordial los estados anímicos siendo la primera impresión un displacentero aumento de tensión. El cese de este incremento es voluptuoso y, conjugado con la percepción del pecho, da lugar a la mítica vivencia de satisfacción.

En un comienzo para el aparato psíquico lo importante son los **afectos**; más tarde las **percepciones** conquistan progresivamente mayor **atención**. La eficacia de un proceso psíquico va a depender de esta **investidura de atención**.

El Yo debe realizar un **aprendizaje** destinado a investir las impresiones sensoriales y adjudicarles cualidad de conciencia. Esto implica una paulatina **inhibición** de los afectos y del alucinar, dado que si la voluptuosidad es demasiado elevada no hay lugar para la percepción y lo mismo ocurre si es nula, como en la indiferencia.

Para que haya conciencia se deben articular dos elementos:

1) un **estímulo** perceptible que impresione al sistema nervioso

2) que ese estímulo esté **invertido** por la pulsión

La teoría pulsional es, para Freud, el contexto explicativo de la intencionalidad del fenómeno conciencia. La percepción en sí es sólo el sistema sensorial, puede existir sin conciencia como en la ceguera histérica, siendo entonces ineficaz. Sin la cualidad de conciencia no se produce la huella mnémica.

En cuanto a los procesos psíquicos internos (desarrollos de afecto y pensamientos), se hacen concientes por dos mecanismos:

1) Por proyección. Cuando predomina el Yo Placer, son ligados a una percepción, en posición de exterioridad.

2) Por su conexión con representaciones - palabra. Constituido el preconiente, cuando predomina el Yo de Realidad Definitivo.

EL PROBLEMA DE LA CANTIDAD Y LA CUALIDAD. ANTECEDENTES

El Proyecto de 1895 es una obra capital, no publicada por Freud, que marca un tránsito del pensamiento neurológico a la teoría del aparato psíquico. Trabaja con conceptos económicos: cantidad, cualidad y desplazamiento de energía.

En ese modelo Freud propone una tónica neuronal, representante del aparato psíquico, en la que las neuronas alcanzan a procesar información como unidades irreductibles del sistema.

Las investigaciones actuales que procuran describir el funcionamiento cerebral con modelos de la informática, tienen asombrosos paralelismos con el Proyecto de 1895, si cambiamos neuronas por chips.

La información está compuesta sólo de magnitudes, cantidades de excitación insusceptibles de conciencia si no es a partir de algún proceso de cualificación. Esto crea a Freud un problema teórico, pues considera al fenómeno de la conciencia muy difícil de explicar sólo cuantitativamente.

Polo sensible -----_ neurona -----_ Polo motor
 (carga) (descarga)

El modelo de aparato elemental comienza imitando la neurona con dos polos, uno sensible por donde ingresan los estímulos cargando el sistema, y otro motor por donde se produce la descarga.

La postergación de la descarga implica un almacenamiento de información en estado de carga que produce sensaciones de displacer y la descarga de placer. Estas sensaciones son ya cualidades, que requieren para ser registradas algún sistema distinto al sensorial.

El sensorio sólo puede captar **cantidades** de estímulos pues los órganos sensoriales actúan como filtros dejando pasar sólo pequeñas magnitudes aptas para la operatividad del sistema. Para que estos estímulos puedan ser reconocidos y clasificados como percepciones es necesario un registro de **cualidades**, si no, no puede hablarse de conciencia.

Por ejemplo, la percepción de diferentes magnitudes de longitud de onda de estímulos luminosos, se transforma en la impresión sensorial "color" que es reconocible y clasificable en una serie determinada. O una cierta magnitud vibratoria del aire es clasificada como determinado sonido.

La cualidad de conciencia de la pulsión se adquiere primero como afecto, segundo como sensorialidad, luego como representación y por último como pensamiento.

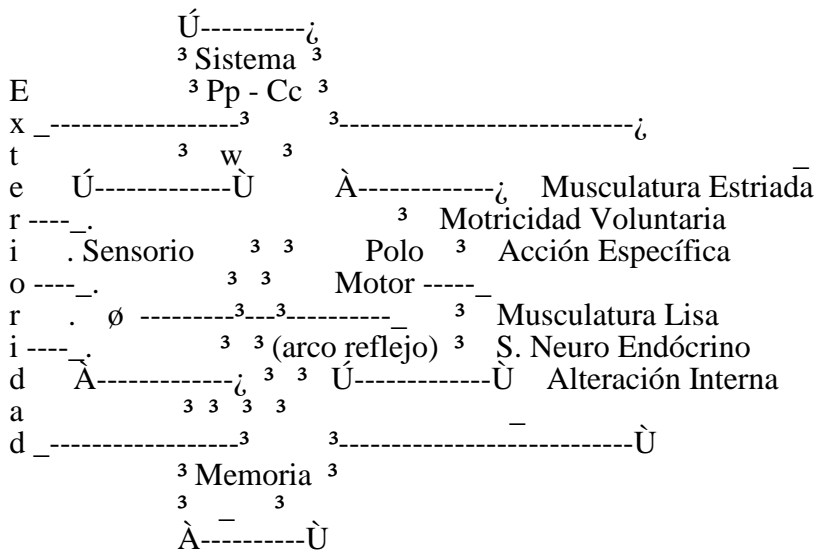
Ú
 31) Afectos
Cualidad 32) Sensorialidad
de Conciencia 33) Representación
 34) Pensamiento
 À

Freud se pregunta cómo se producen estos signos de cualidad y supone que se deben al registro de **períodos discretos** de magnitudes, con lo que entra a jugar el factor temporal en combinatoria con la diferenciación de los órganos de los sentidos. Tal como una melodía, por ejemplo, articula tono, timbre y tiempos.

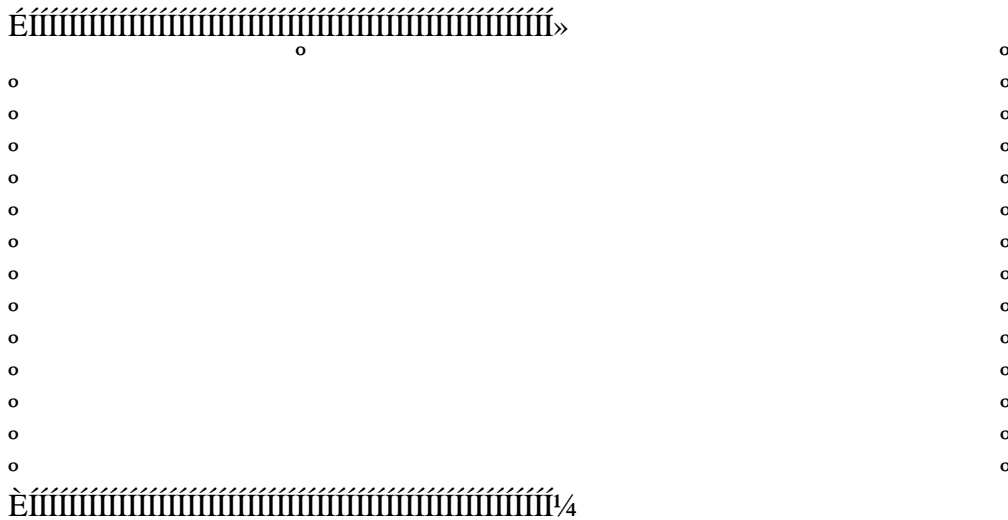
La captación de los períodos como algo distinto a las magnitudes, debe atribuirse a un sistema especial, responsable de la cualidad de conciencia de lo sensorial y simultáneamente de las sensaciones de **placer-displacer** con que cualifica la información sobre estados de descarga o carga del aparato.

A diferencia de la percepción sensorial la conciencia está abierta al registro de dos clases de exterioridades: una es verdaderamente externa, la realidad empírica. La segunda es interna y está constituida por los estados anímicos, de origen corporal. Ambas se conjugan en la vivencia.

INTERPRETACIÓN DEL APARATO PSÍQUICO DEL PROYECTO DE 1895



ESQUEMA DEL "EL YO Y EL ELLO" - 1923



En 1923 Freud retoma su vieja tesis de que inconciente o conciencia son cualidades que pueden adscribirse a distintos contenidos psíquicos.

PLACER - DISPLACER

Citamos: ...*"hasta aquí hemos descrito de manera incompleta el contenido de la conciencia; además de las series de las cualidades sensibles muestra otra serie, muy diferente de aquella: la de las sensaciones de Placer y Displacer, que ahora demanda interpretación ... entonces **displacer sería la sensación frente a un acrecentamiento de cantidad ... Placer sería la sensación de descarga**".*

"...Con la sensación de placer y displacer desaparece la aptitud para percibir cualidades sensibles, que se sitúan, por así decir, en la zona de indiferencia entre placer y displacer".

Placer +++ Í Desinversión del sistema

(bloqueo por voluptuosidad)

Investidura Media Í Posibilidad de Sensopercepción

Displacer +++ Í Saturación del sistema
(bloqueo por trauma)

Es decir, que las sensaciones cualificadas en magnitud muy intensa, orgásmica o traumática, bloquean la percepción. Veremos más adelante cómo esta afirmación se articula con la clínica de los estados crepusculares y de algunas conversiones histéricas sensoriales. Pero además, sin llegar a estos extremos clínicos, se hace aquí comprensible dinámicamente el fenómeno de los errores sensoriales por efecto de presiones emocionales.

PERCEPCION Y MEMORIA

En la concepción de Freud son dos funciones incompatibles, dado que la percepción exige un órgano sensorial intacto, permeable e inalterable, restituído al cero después de cada estímulo para poder recibir uno nuevo. Un ejemplo es el encandilamiento, que no permite ver porque falla el retorno a cero, quedando una alteración. La memoria del estímulo luminoso anterior permanece tan intensa que bloquea la percepción.

El sector sensorial debe ser, entonces, permeable y sin memoria, ya que de lo contrario estaría limitando la capacidad de percepción futura. Para ello, utiliza un dispositivo, la **barrera antiestímulo**, a fin de evitar que los estímulos demasiado intensos produzcan una huella saturante.

La memoria, en cambio, tiene como condición dejarse producir las huellas, alteraciones permanentes. La teoría de Freud es que el soporte de la memoria es un sistema distinto, impermeable, con resistencias al paso de los estímulos. Cuando la intensidad de alguno llega a cierta magnitud produce una "facilitación" o "huella", luego este camino abierto sería recorrido por aquellos estímulos que guardan una analogía con el primero, mecanismo llamado **asociación**.

En este sistema se genera entonces el almacenamiento de las huellas mnémicas, entre las que se produce un movimiento constante de la energía psíquica que es base del pensar.

Pero parte de los estímulos en movimiento se propagan a un tercer sistema, P-Cc, permeable, responsable de la **calidad conciente** de los procesos sensoriales y anímicos. La permeabilidad del sistema hace que la calidad conciente sea **fugaz**.

Huella mnémica y percepción son contenidos que se excluyen mutuamente. Si la investidura del recuerdo activa la magnitud de energía original se presenta como **alucinación**. **Para la conciencia primordial recordar es alucinar**.

Es necesario que el Yo produzca una inhibición de la carga del recuerdo para distinguirlo de la conciencia-percepción, requisito de la diferenciación normal entre imagen sensorial y representación.

REPRESENTACION

Las representaciones son producto de la actividad de la memoria; se construyen a partir de la **condensación y sobreinvestidura de las huellas mnémicas** que quedan como resto de las vivencias.

Freud señala dos tipos: las representaciones-cosa, constitutivas del inconciente y las representaciones-palabra, constitutivas del preconciente.

La representación juega un doble papel en relación a las defensas, pues es representante de la pulsión frente al Yo oficial y de la realidad frente al Yo de Placer. Las defensas intervienen en la apertura, condicionamiento o denegación del acceso a la conciencia.

CONTENIDOS DE LA CONCIENCIA

Un modelo habitual para estudiar la función conciencia es presentarla como una pantalla en la que permanentemente se proyectan sus contenidos, sin lo que no existiría pues la constituyen. No existe una conciencia vacía.

Los contenidos pueden agruparse en dos series y cuatro conjuntos:

Ú
Serie del placer - displacer ´ 1) Desarrollos de afecto
À

Ú
Serie de las cualidades sensibles ´ 2) Imágenes sensoriales
3) Representaciones
3 4) Pensamientos
À

Para Freud los desarrollos de afecto y los pensamientos constituyen actos puramente psíquicos, internos, a diferencia de la percepción o la motricidad. Se hacen susceptibles de conciencia primero por proyección y luego por su conexión con representaciones-palabra.

RESUMIENDO :

1) En su origen el modelo es un sistema reflejo al modo de la neurona, que descarga por el polo motor toda la excitación que recibe por el sensorial. La postergación de la descarga da lugar a un estado de carga con almacenaje de información.

2) El aparato tiene además un sistema cualificador que forma una imagen, un "cuadro" o **representación** de lo percibido. Este es el fenómeno conciencia. Estas representaciones son las que graban huellas en la memoria.

3) Cuando se activa la memoria se reproduce la imagen percibida en el pasado, por ejemplo, el pecho. El proceso primario descarga la tensión activando huellas mnémicas; recordar es lo mismo que alimentarse. Es el predominio de la **actividad alucinatoria**.

4) El proceso primario tiende a establecer una **identidad de percepción** y su finalidad es la **realización de deseos**.

5) La finalidad de la descarga motriz es **eliminar el estímulo**. Por ejemplo, si una luz intensa impresiona la retina, la pupila se estrecha como descarga refleja. Girando la cabeza, como en la fuga, también puede eliminarse el estímulo.

6) Los estímulos pueden ser también internos, como el hambre, pero en este caso el reflejo y la fuga no son eficaces, el dolor no cesa a pesar de la alucinación y el alivio depende de la intervención auxiliar.

7) Si los mecanismos reflejos de descarga fueran suficientes no existiría desarrollo psíquico. Tampoco lo habría si no registrara frustración alguna.

PERCEPCION

Es una función psíquica compleja cuya finalidad es la aprehensión de información. La estructura de la relación entre el hombre y el mundo circundante es un par dialéctico en el que el sujeto reacciona de un modo operativo frente a la realidad, en función de los estímulos que de ésta le llegan.

A medida que el sistema nervioso evoluciona filogenéticamente y se va dando una mayor complejidad del mismo, surgen estructuras diferenciadas que funcionalmente se adaptan mejor a unos estímulos que a otros, organizándose de modo específico aparatos sensoriales.

Hablar de Percepción-Conciencia dentro de la psicología, implica un sistema nervioso sumamente diferenciado, en el que además de los receptores sensoriales existe un aparato psíquico que decodifica los estímulos como significantes. Los estímulos configuran imágenes inteligibles en la conciencia, dan lugar a una vivencia de percepción, un acto de reconocimiento, crítica y valoración de lo percibido que es base del sistema. El soporte de este proceso en el adulto es el lenguaje.

Examinando clínicamente a un enfermo inconciente, con una serie de estímulos, podemos provocar reacciones en él, que denominamos reflejos. Sin embargo, no podemos hablar de percepción aunque ha existido una recepción del estímulo por parte del sistema nervioso demostrada a través del reflejo, dado que éstos pueden impresionar el sistema nervioso a niveles inferiores sin informar a la conciencia, de modo tal que reacción no implica percepción. Es necesario que el psiquismo registre una información a partir de su investidura pulsional. Otro ejemplo es la ceguera histérica, en la que está desinvertida la percepción.

Para el asociacionismo elementalista el acto perceptual se presentaba como una sumatoria de "sensaciones", elementos últimos y aislados de la percepción. Hoy se acepta la percepción como un acto global, único y totalizante, que integra de un modo simultáneo distintos niveles de función, culminando en el reconocimiento del objeto.

Percepción es la vista del objeto; el constituirse la imagen de ese objeto en la conciencia, y el saber sobre ese objeto en un todo abarcativo como función de conjunto. No percibimos formas sino objetos que tienen un significado. Como cuando leemos un texto no percibimos tipos de imprenta, sino el contenido; los objetos de la realidad son leídos como significantes.

Imaginemos percibir las informaciones por fragmentos, teniendo que sumar sensaciones parciales, reflexionarlas y después llegar a la conclusión del significado de lo percibido: toda percepción sería nueva, como un jeroglífico a descifrar, implicando un esfuerzo antieconómico, lento y penoso. Así procede el paciente confuso.

Normalmente percibimos de un modo totalizante, en el sentido de que vemos sólo una parte del objeto, pero esa perspectiva sugiere el todo: la presencia del objeto y su contexto de existencia. No percibimos el objeto aislado, sino además, una circunstancia o situación. Nos llega la significación con la percepción, por eso Freud habla del sistema Percepción-Conciencia.

Así, en una función económica en la que interviene la memoria, la experiencia anterior es automáticamente reactualizada e integrada, completando y decodificando la imagen sensorial en un acto intuitivo y totalizante, en el que intervienen la transferencia y la proyección.

El estudio de la percepción nos muestra que debe descomponerse para su análisis en tres niveles esenciales:

- Ú
- ³1) La aferencia centrípeta de estímulos sensoriales al psiquismo.
 - ³ La sensorialidad.
 - ³
 - ³2) La configuración de la imagen sensorial y la representación en la conciencia.
 - ³
 - ³3) La articulación significativa de la imagen en un sistema conceptual.
- À

LA SENSORIALIDAD

Este nivel implica la integridad fisiológica de los órganos sensoriales y sus vías de conducción para la adecuada recepción y transmisión de la información.

El sentido más diferenciado en la especie humana es la vista. Recibe información a distancia aún a través del vacío; es sensible a la intensidad de la luz, a su longitud de onda (color), y discrimina información estereoscópica (profundidad y distancia) con amplia definición.

El oído también recoge información a distancia, con buena discriminación. Dado que su sustrato fisiológico es una sensibilidad de tipo vibratorio, requiere la intermediación de un medio elástico: aire, agua, etc.

Los otros sentidos requieren contacto con el objeto. El olfato posee receptores químicos para la detección de gases en el aire, los cuales orientan hacia la fuente de la que emanan. En la especie humana requiere concentraciones elevadas y la discriminación de la información es pobre. El gusto también es de tipo químico con receptores distribuidos en la lengua y paladar.

La sensibilidad táctil es mecánica y recoge informaciones de textura superficial, presión y peso. La sensibilidad termoestésica es responsable de la temperatura.

Los sentidos internos son sensibles a estímulos originados en el propio cuerpo. Cenestesia es la información corporal en sentido amplio desde estados generales poco discriminados hasta informaciones más específicas de órgano: hambre, sed, tensión sexual, disnea, etc.

Cinestesia es la información específica de posición y movimiento de las partes del cuerpo. La orientación respecto de la vertical, responsable del equilibrio, depende del órgano específico situado en el oído medio que emite información sobre desplazamientos de líquido.

Desde los órganos sensoriales las vías de conducción transmiten los estímulos a los centros corticales correspondientes, alrededor de los cuales se producen importantes procesos de almacenamiento mnémico.

Para la Psicopatología el interés de este nivel está dado en función de eventuales diagnósticos diferenciales. Es un nivel fisiológico y de pertinencia neurológica, no psicológica, en el que pueden producirse fenómenos sensoriales de tipo alucinatorio. Por ejemplo acúfenos en lesiones de la audición.

LA IMAGEN SENSORIAL Y LA REPRESENTACION

El estudio de la percepción sólo puede en rigor empezar aquí, cuando el estímulo adquiere la cualidad de contenido de la conciencia, pasando de acto fisiológico a psíquico.

El fenómeno de la conciencia para Freud está también ligado al **sentimiento de convicción en lo percibido**. Se fue creando una instancia, originada en las frustraciones, destinada a investigar a qué dar crédito y a qué no. Es el **juicio de realidad**.

El crédito en la conciencia corresponde a un acto de investidura: si está guiado por el principio de placer sobreinvierte al recuerdo y éste aparece como **alucinación**. Así es en principio pues para el bebé toda imagen merece crédito, pero cuando se decepciona inhibe las huellas mnémicas y entonces aparecen discriminables de la percepción.

La renuncia a la voluptuosidad alucinatoria se origina en la amenaza de la decepción traumática. **El Yo debe aprender a aceptar el displacer para evitar un displacer mayor.**

En numerosas patologías se regresa a mecanismos arcaicos de placer dando más crédito al recuerdo, al error o a la ilusión que a la realidad.

FENOMENOLOGÍA DE LA PERCEPCIÓN Y LA REPRESENTACIÓN

La observación de los contenidos de la conciencia permite diferenciar dos tipos fundamentales de fenómenos: 1) la imagen sensorial, de percepción y 2) la representación.

E >	
° Imagen sensorial	° Representación
° 1) Dibujo neto. Corporeidad	° 1) Falta de contornos
° 2) Colores vivos. Frescura sensorial	° 2) Pérdida de nitidez
° 3) Fijeza temporal	° 3) Inconstancia
° 4) Es involuntaria	° 4) Es voluntaria
° Carácter de pasividad	° Actividad
° 5) Carácter de exterioridad	° 5) Interioridad
° 6) Juicio de existencia confirmatorio	° 6) Juicio de existencia negativo
E ¼	

Las primeras son caracterizadas por su corporeidad objetiva, como indudablemente surgidas de la presencia de algo exterior que estimula nuestros sentidos.

Las segundas son aquellas a las que de inmediato dotamos de interioridad y reconocemos como representaciones psíquicas sin presencia exterior ni actual.

Ambos tipos de contenido coexisten y se complican pero normalmente discriminamos sus diferencias. Mientras la imagen sensorial tiene un carácter de corporeidad real la representación carece de tal.

Si observamos un objeto, su imagen es independiente de nuestra voluntad; no podemos ver un libro azul si tiene tapas rojas. en cambio la imaginación sí nos permite pasar a voluntad de una a otra representación de objeto: hacemos la imagen que queremos.

La imagen percibida tiene constancia y permanece invariable a menos que varíe el objeto; por el contrario si cerramos los ojos e intentamos retenerla, poco a poco se volatiliza y empieza a variar.

La forma percibida es neta y definida, la representación es fluída, desdibujada. Los elementos de la primera tienen verdadera frescura sensorial, los de la segunda no. Es como comparar los colores de un cuadro a al vista y en el recuerdo.

ALUCINACIÓN

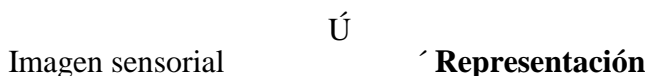
Si una representación aparece en la conciencia como una imagen, con los efectos fenomenológicos de lo sensorial, se produce el fenómeno alucinatorio. Para entenderlo claramente tenemos que hacer un cruce entre los distintos atributos y la imagen correspondiente, que nos da por resultado una diagonal.

DEFINICIONES

La clásica definición de Ball dice que la alucinación es una percepción sin objeto. Nosotros preferimos modificarla en base a que en realidad no existe percepción sin un estímulo sensorial.

1) **Percepción sin objeto.**

2) **Representación con los caracteres fenomenológicos de la percepción.**



		À
1) Dibujo neto. Corporeidad	¿ 3	1) Falta de contornos
2) Colores vivos. Frescura sensorial	3	2) Pérdida de nitidez
3) Fijeza temporal	3 Ã	3) Inconstancia
4) Es involuntaria. Carácter de pasividad.	3 3	4) Es voluntaria. Actividad.
5) Carácter de exterioridad	3 3	5) Interioridad
6) Juicio de existencia confirmatorio.	3 3	6) Juicio de existencia negativo.
		Û

Como vemos en el cuadro, la alucinación es un fenómeno psicopatológico que tiene la apariencia de una percepción sin serlo, tal es así que en una verdadera alucinación, el paciente está bajo las características del engaño sensorial; cree que realmente existe algo, que lo estimula en lo sensorial y da lugar a esa imagen.

Por ejemplo, un esquizofrénico que escucha voces que lo insultan. Se queja de que alguien tenga la perseverancia de hacerle daño de una manera tan persistente, situaciones que no pone en duda. Si le preguntamos por dónde escucha estas voces, nos contesta: "-y, por el oído, ¿por dónde las voy a escuchar?".- ¿Y cómo le pueden hacer esto si yo no lo oigo? - "Y, mire, doctor, usan algún aparato para que sólo lo oiga yo " - y cómo será ese aparato? -" Y, no lo sé, doctor, será alguna clase de altavoz, una radio,... algo será porque yo lo oigo con claridad, la voz me dice:..."

Entonces nos cuenta qué escucha. Pueden ser insultos, diálogos, voces que hablan de él en tercera persona o que describen sus movimientos. Un paciente se quejaba de que las voces iban describiendo todo lo que él hacía: "... ahora camina, ahora se detiene, mirálo, ahora va a sentarse... no, se interrumpió el movimiento y no se sienta, vuelve a caminar ...".

La alucinación en un delirante no deja resquicio a la duda, pues justamente el aparato psíquico está ubicado en una posición de absoluta certeza. Es autorreferencial. Generalmente, las mejorías comienzan por el juicio de realidad, y el paciente continúa alucinando pero descrece.

TIPOS DE ALUCINACIONES

Las alucinaciones **simples** son aquellas en las que el paciente cree percibir un estímulo aislado sin forma significativa, por ejemplo, un silbido, ruidos, colores. Son comunes en el aura de ataques epilépticos, en las que el paciente se queja por ejemplo, de sentir zumbidos, campanas, ver colores o las cosas teñidas de un color, sentir olores extraños.

Las alucinaciones **complejas** son aquellas que tienen cualidad significativa, entonces nos refieren ya no un ruido aislado, sino palabras que modulan un insulto o un diálogo, o lo que ve no es sólo un color sino una figura mística que baja del cielo. Son frecuentes en delirantes.

Las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia, después, casi con la misma frecuencia, aparecen las alucinaciones **cenestésicas**, de lo corporal. Son sensaciones que provienen del cuerpo: pinchazos, instrumentos que entran y salen de distintos lugares del cuerpo, sensaciones eléctricas que atribuyen a que les electrifican el piso al caminar, por ejemplo. Una forma grave es la de los delirios hipocondríacos.

Pueden tener también alucinaciones **olfatorias o gustativas**, que a veces inducen delirios de ser envenenados con gases o con los alimentos. La **autorreferencia** es de regla, siempre las atribuyen a algo que les hacen.

Las alucinaciones **visuales** son infrecuentes en las esquizofrenias, apareciendo en las epilepsias y otros cuadros con factores orgánicos.

Se describen alucinaciones denominadas **negativas**, que se caracterizan por dejar de percibir algo que existe. Pacientes que dejan de ver partes de su cuerpo y dicen: " Si yo no tengo sombra, si yo no tengo imagen en el espejo, si yo no tengo corazón" (delirio de Cottard).

Otro tipo de alucinaciones son las llamadas **extracampiles**: los pacientes trastocan la ubicación de los órganos sensoriales y su función. Puede ser que refieran ver cosas con la parte de atrás de la cabeza, escuchar o tener olfato con un dedo, por ejemplo. Se presentan en esquizofrénicos.

Como podemos ver, estamos hablando de alucinaciones que reúnen los aspectos formales de la percepción, por eso son verdaderas alucinaciones, generan **sentimiento de convicción**. El paciente psicótico las cree aún con conciencia lúcida.

TEORÍA DE LA ALUCINACIÓN

Para Freud la alucinación es el primer instrumento de que se puede valer el aparato psíquico para la satisfacción de deseos. Empieza describiendo una vivencia de satisfacción; el bebé siente una necesidad: el hambre. Este provoca un displacentero incremento de tensión en el aparato y como consecuencia el llanto, que es el prototipo de una descarga automática. Cuando se le da el pecho, aparece un brusco **descenso de la tensión** registrado como **placentero**, quedando fijada la imagen de esta experiencia como la **vivencia de satisfacción** original.

La tendencia del aparato psíquico desde ese momento es repetir esta vivencia, originando **el deseo**. El camino más corto para revivirla es la alucinación, pero es un mecanismo pobre que si bien implica la posibilidad de registrar placer por reactivación de huella, no anula la necesidad. El estímulo endógeno del hambre sigue cargando el aparato, que experimenta una contradicción.

Para terminar con el estímulo-hambre y resolver la contradicción necesita comer, pero no puede hacerlo en tanto la alucinación hace "como si" lo alimentara; de tal manera que debe inhibir la potencia de este alucinar.

Esta es una función yoica: inhibir las representaciones evitando el engaño del Yo. Si cada recuerdo regresara al polo de la percepción y la imagen apareciera con la viveza de la alucinación despertaría convicción, y no provocaría la **acción específica**: esa operación sobre el entorno para satisfacer la necesidad. Por ejemplo, si el Yo alucina el pecho ¿para qué va a llorar?

La inhibición de la representación se hace mediante un proceso de difusión, que conecta lo registrado en el Yo con otras representaciones abriendo caminos. Este es también el modelo para explicar cómo se produce la trama de asociaciones.

En el sueño se debilita el Yo y por ende, el mecanismo de la inhibición, entonces las representaciones son proyectadas con toda vivacidad hacia el polo perceptual como alucinaciones. Es una regresión normal.

Alucinar es una **regresión** a este mecanismo primitivo de **proyección**. La alucinación primero, luego la fantasía y el pensamiento son los instrumentos de espera que protegen al aparato psíquico permitiendo la **postergación de la descarga** motriz hasta el encuentro con el objeto.

Sentido común: para Bion la percepción articula distintas sensorialidades y esta pluralidad sería la base del juicio de realidad. La alucinación es monocanal.

PERCEPCIÓN DELIRANTE

La alucinación es un trastorno de la percepción, es una imagen con caracteres perceptuales sin serlo: el mecanismo es la proyección.

Un delirio es un **falso juicio**. Por ejemplo, si un paciente afirma que nuestro grabador es un artefacto de espionaje y que debemos tener cuidado, eso no es alucinar sino producir una falsa cognición a través de un proceso deductivo patológico.

En la percepción delirante el objeto está presente pero cargado con una significación tendenciosa; ésto no invalida el hecho de que en las patologías con alucinaciones los delirios se fundamentan en ellas.

PSEUDOALUCINACIONES

Cuando hablamos de representación tenemos que pensar en una imagen de contornos inhibidos, dado que si se observa con las características de lo sensorial, estamos en el territorio de lo fenomenológicamente incomprensible. Ahora vamos a estudiar unos fenómenos **de transición** entre lo comprensible y lo no comprensible, es decir, entre los fenómenos no psicóticos y psicóticos.

Lo esencial de las pseudoalucinaciones es que cruzan algunos caracteres de la imagen sensorial y de la representación. Recordemos que la alucinación verdadera es una representación con todos los caracteres de la percepción, en cambio, la pseudoalucinación sólo tiene algunos. Hay tres tipos:

Primer Tipo: Pseudoalucinaciones verdaderas

Tienen la fuerza, la fijeza sensorial y la independencia de la voluntad de las alucinaciones, diferenciándose por la aparición del juicio crítico: -"esto no puede ser, no existe". Se observan en las histerias, pacientes que consultan y dicen: -"estoy enfermo, estoy escuchando disparates".

También son frecuentes en intensas alteraciones emocionales, como los duelos patológicos en los que hay una pérdida real que se expresa en ese momento reteniendo el objeto bajo la forma de alucinación. Por ejemplo, ante la muerte de un hijo, la madre sigue oyéndolo llorar por la noche y dice -" ¿qué me pasa?, estoy mal, lo oigo llorar pero se que no puede ser."

La capacidad de criticar la alucinación es función de la **segunda censura**, como en la frase: "esto es nada más que un sueño". En la verdadera alucinación el sentimiento de convicción debe explicarse por una falla en esta censura además de la proyección.

Alucinación Histérica

Es la pseudoalucinación verdadera descrita anteriormente. De este tipo es la alucinación del caso Catalina, de Freud. La paciente consultaba porque un rostro aparecía en la noche en su cuarto, ella sabía que no era real. Del mismo tipo era la del olor a harina quemada, de Miss Lucy.

Segundo Tipo: Intrapsíquicas

Son una especie de alucinación interna y tienen como característica la falta de espacialidad, conservando el lugar de la representación. Presentan la contradicción de poseer los caracteres de la percepción inclusive con juicio de realidad afirmativo, pero el sujeto las ubica en su espacio interior, en el campo de lo imaginario.

Se ven en psicosis graves. Un esquizofrénico empieza comúnmente con pseudoalucinaciones de este tipo. Dice que escucha voces, y si es interrogado afirma que no las escucha por el oído sino que le hablan directamente dentro, a lo que generalmente da una explicación delirante. Por ejemplo: -"Seguramente, a mí me operaron de noche y me metieron un parlante dentro del cerebro, porque a mí me transmiten ".

Como lo describe el paciente, tiene los caracteres de una imagen perceptual pero en el territorio de lo imaginario. Esto es lo que le da a esta pseudoalucinación su carácter de fenómeno de transición.

Menos frecuentes son las visuales, sobre todo en pacientes místicos que dicen que les transmiten imágenes. Siempre saben que no perciben una exterioridad.

Tercer Tipo: Voces Interiores y Representaciones Fijas

Son de la neurosis obsesiva. Como en toda neurosis, el juicio de realidad funciona y sabe que él es autor de las voces, que son de su Yo, pero no puede detenerlas y por eso aparecen como pseudoalucinaciones. Lo refieren también como una compulsión a pensar con exagerada viveza de las representaciones.

ALUCINOSIS

Son las peculiares alucinaciones de tipo onírico que se producen como consecuencia de alteraciones cerebrales, es decir, estados de confusión mental o delirios agudos; provocados por intoxicaciones, con drogas o alcohol, delirios metabólicos o febriles, o sobredosis medicamentosa. Acompañan al delirio agudo y son habitualmente criticadas con conciencia de enfermedad cuando mejora el paciente. Son indicio de gravedad, y señalan la urgencia de la intervención médica. Siendo siempre de causa exógena curan al desaparecer ésta, por lo que su tratamiento es el de la enfermedad que las origina.

El sueño normal es equivalente a un estado de confusión mental en virtud del predominio del proceso primario y se diferencia de los estados de alucinación patológicos por la inhibición motriz. En cambio, en la alucinosis, aunque dificultosamente, se produce una descarga motriz, y se actúan las situaciones ya que la alteración de conciencia, su patología de base, no necesariamente produce un estado de sopor como el del dormir. Los pacientes confusos mantienen un fragmento de actividad conciente en lucha por conectarse y recuperar la percepción.

El paciente alucinótico recuerda al sonámbulo, el delirio es agudo y onírico con imágenes y acciones relacionadas con el soñar. Se diferencia claramente de las verdaderas alucinaciones con conciencia lúcida, como las que presenta el esquizofrénico.

Si preguntamos a un esquizofrénico la fecha, en qué lugar está, quienes somos, nos dirá que escucha voces pero no va a desconocernos y se mostrará orientado. En cambio en los sueños y las alucinosis hay producción onírica, desplazamientos y condensaciones: el proceso secundario puede ser totalmente invadido por el primario.

La alucinosis es una especie de sueño vivencial, potenciado, como el borracho que mata a alguien porque no lo reconoce y cree que es un atacante peligroso. O el caso de la alcohólica que soñó que se incendiaba la casa, y tiró su hijo por la ventana para salvarlo de las llamas. En su delirio agudo no podía criticar sus alucinaciones.

Alucinosis es el cuadro que presentan los **delirium tremens** (tembloroso), el delirio agudo de los alcoholistas, sobre todo en la abstinencia. Estos pacientes padecen microzoopsias, ven y sienten insectos o animales pequeños de los que tratan de escapar.

ILUSIÓN

Es una imagen sensorial parcial o totalmente errónea, producida a partir de la percepción de un objeto real.

La percepción requiere un objeto exterior, origen de los estímulos que llegan a la conciencia. Pero esta presencia no alcanza a explicar todos los caracteres fenomenológicos de la imagen perceptual, en especial su carácter giestáltico.

Cuando leemos un texto, por ejemplo, lo hacemos con una rapidez y visión abarcativa que demuestra que saltamos palabras, tampoco "leemos" los errores de imprenta; lo que ocurre es que en nuestra conciencia la

imagen tiende a ser completa y perfecta, a pesar de que el objeto real no lo es. Este fenómeno constituye la "ley de la buena forma" en la guesalt. (El psicoanálisis la explica desde la teoría de la **transferencia** y la **proyección**).

La imagen sensorial está constituida por la percepción del objeto como fundamento más los completamientos que aporta el sujeto. Algo interior, subjetivo, que se proyecta sobre lo sensorial y lo completa. Por eso un corrector de imprenta (por ejemplo podría haber escrito imprnta) debe entrenarse para el desprendimiento de ese factor personal y percibir los errores.

Este fenómeno de deformación de la realidad percibida para la configuración de una imagen más completa y adecuada a su función significativa, es ya lo que llamamos ilusión y forma parte normalmente de nuestro funcionamiento psíquico. Permite a la imagen cierta independencia del objeto como en el ejemplo de la lectura del texto.

Desde este punto de vista, el "error" perceptual cumple una importante función economizadora de energía. En las neurosis obsesivas existe una verdadera disminución de esta capacidad y los pacientes, de modo involuntario, suelen desgastarse en un trabajoso esfuerzo de percepción prolija y minuciosa.

En general esta ilusión "eficaz" suele pasar inadvertida, sólo prestamos atención al error cuando impone una rectificación. El caso más común es el de las patologías emocionales que sobrecargan su percepción con subjetividad en mayor medida que la habitual. Estas ilusiones se llaman **catatímicas**, son accesibles a la crítica y al análisis de sus motivaciones latentes.

En las psicosis delirantes las ilusiones son sumamente frecuentes, irreductibles a la corrección del error, y material de interpretación delirante de la realidad. Conllevan un fuerte sentimiento de convicción.

En muchos casos es difícil establecer cuándo estamos en presencia de una alucinación (imagen perceptual en ausencia de estímulo sensorial) y cuándo se trata de la deformación de un estímulo sensorial existente; por ejemplo, cuando las voces persecutorias tienen el trasfondo de un murmullo ambiental. En rigor, es una distinción de poca importancia.

Desde el punto de vista fenomenológico, la imagen de una ilusión es idéntica a una percepción. El aporte de la proyección no se distingue del verdadero estímulo sensorial hasta producida la rectificación.

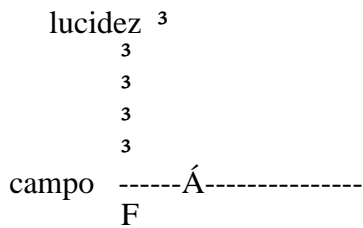
	Ú	
Ú	³ Psicosis	
³ Verdaderas:	´	
³	³ Procesos endógenos	
³	À	
³		
³	Ú	
³	³ Verdaderas	
Alucinaciones	´ Pseudoalucinaciones:	´ Intrapsíquicas
³	³ Voces interiores	
³	À	
³		
³	Ú	
³ Alucinosis:	³ Procesos exógenos	
À	À	

	Ú	
	³ Percepción normal	
Ilusiones	´ Aumentada en estados emocionales	
	³ Aumentada en psicosis (no las corrige)	
	À	

	Ú	
	³ Psicosis en general	
Percepción delirante	´	
	³ Vivencia delirante primaria	
	À	

ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

Esquemáticamente, el estudio de la conciencia se representa con un modelo de coordenadas.



En la intersección, el punto F representa el foco de la atención. El grado de claridad vivencial de un objeto percibido dependerá de ambas coordenadas.

1º) Nivel de lucidez

Claridad Vivencial

2º) Ubicación en el campo

La psicopatología de la conciencia debe estudiarse en ambos sentidos. La dimensión vertical alude a la claridad con que es enfocado el objeto, su nivel de iluminación. La horizontal se refiere a su ubicación: 1) cerca del foco o alejado de éste o 2) a la organización general de los contenidos del campo.

En la mayor parte de los casos las alteraciones corresponden a enfermedades orgánicas del cerebro que, en virtud de su gravedad, son lo primero en que debe pensarse al examinar un paciente. Estas causas se denominan **exógenas**.

- Ú
³ Fatiga
³ Tóxicas
³ Metabólicas
Causas ´ Infecciosas
³ Traumáticas
³ Tumorales
³ Psicológicas
À

ALTERACIONES DE LA LUCIDEZ

ENTURBIAMIENTO SIMPLE

La alteración presenta grados que van desde una supuesta conciencia hipervigil o hiperlucidez hasta el estado de coma.

El eje vertical de la conciencia se ve comprometido por todas las causas mencionadas, especialmente las orgánicas; aunque se describen también estados de somnolencia histéricos.

La **hiperlucidez**, atribuída vulgarmente al efecto de distintas drogas, es negada por todos los autores. En realidad sólo se produce un estrechamiento del campo, disminuyendo la conciencia de límites y de los estados corporales. Así actúan, por ejemplo, la cocaína y las anfetaminas. La fatiga es un estado endotóxico normal del sistema que requiere recuperación metabólica; la droga no es defatigante ni productora de mayor lucidez, sólo actúa bloqueando la percepción del estado de fatiga.

En la **somnolencia** el paciente puede recuperar la lucidez con un estímulo adecuado.

En el **sopor** está inconciente pero puede mostrar reacciones débiles a estímulos intensos.

En el estado de **coma** no presenta reacción alguna y disminuyen los reflejos, que desaparecen totalmente en el coma más profundo. Librado a su propia evolución este estado conduce a la muerte.



3	Lucidez	¿	Ú Lucidez	3
3		3		3
3	Somnolencia	´	Ã Obnubilación	3
3		3		3
3	Sopor	´	Ã Confusión	3
3		3		3
3		3	Ã Confusión Onírica Agitada	3
3		3		3
3	Coma	Ù	À Coma	3
3				3
	À-----Ù			

ALTERACIONES DE LA LUCIDEZ Y LA ORGANIZACIÓN DE CONTENIDOS

Con plenitud de lucidez, un paciente debe encontrarse perfectamente orientado en el tiempo, en el espacio y en el reconocimiento de sí mismo, las personas y los objetos (orientación auto y alopsíquica).

Habitualmente, los trastornos se manifiestan con diferentes grados de desorganización de los contenidos que implican una confusión de mayor o menor profundidad. El cuadro más leve se denomina **obnubilación**, aludiendo a una mínima dificultad en la función sensorial con fallas en la orientación.

LOS SINÓNIMOS Y LAS NOSOGRAFÍAS

Cabe señalar que según las clasificaciones estos cuadros clínicos se denominan de distinta manera: obnubilación, síndrome de confusión mental aguda, delirio agudo, delirium, síndrome de Korsakoff agudo, reacción exógena aguda, CODDA. Estas denominaciones ponen de relieve el enfoque teórico, el síntoma que consideran más importante, o simplemente, una tradición.

Obnubilación mental: se pone el acento en el enturbiamiento de la función sensorial, al que se agrega la desorganización. En nuestro medio generalmente sugiere una confusión mental leve, como síntoma de comienzo del cuadro clínico.

Confusión mental aguda: se acentúa la desorganización psíquica y la incoherencia del pensamiento.

Confusión onírica aguda: pone de relieve la actividad delirante alucinatoria, siempre oniroide.

Agudo: es frecuentemente utilizado para estos trastornos. Alude a su comienzo y terminación, no necesariamente bruscos, relacionados con su causa. Las enfermedades mentales agudas generalmente no son patrimonio de la psiquiatría; curan cuando cesa la causa orgánica que las provoca.

Delirio Agudo: remite a una clasificación en agudos y crónicos. Los crónicos son habitualmente endógenos y primarios, excepto los correspondientes a demencias, que son de causa exógena crónica. Los agudos son secundarios, y de causa exógena.

	Ú-----¿	
3	Ú	3
3	3 ENDOGENOS	3
3	Ú CRONICOS ´	3
3	3 3 PRIMARIOS	3
3	3 À	3
3	DELIRIOS ´	3
3	3 Ú	3
3	3 3 EXOGENOS	3
3	À AGUDOS ´	3
3	3 3 SECUNDARIOS	3
3	À	3
	À-----Ù	

Ideas Deliriosas: denominación de los conjuntos ideativo-alucinóticos característicos de la confusión mental aguda. Se diferencian de las ideas deliroides y delirantes.

Delirium: denominación de la psiquiatría alemana de los delirios agudos.

Síndrome de Korsakoff agudo: la enfermedad de Korsakoff en realidad es una demencia, de alcohólicos crónicos, en la que se produce una confusión de la temporalidad con desorganización de los recuerdos. El concepto de síndrome de Korsakoff agudo es una analogía semiológica muy utilizada en la escuela alemana.

Reacción exógena aguda: este concepto es del psiquiatra alemán Bonhoeffer, de fines del siglo pasado. Señaló que la particular reacción psíquica a una causa orgánica no dependía tanto de su diagnóstico sino de la historia previa de cada sujeto. Además afirmó que un mismo paciente tendía a repetir la misma reacción por causas distintas.

CODDA: es una regla de objetivos didácticos.

C - Confusión

O - Onirismo

D - Disminución de claridad

D - Desorientación

A - Agitación psicomotriz

EL CUADRO CLÍNICO DE LA CONFUSIÓN

Al investigar un cuadro clínico en el que existe un proceso exógeno (tóxico, infeccioso, traumático, anóxico, metabólico o tumoral) que afecta al cerebro, se observan generalmente trastornos de la lucidez de conciencia. Previamente, pueden observarse otros síntomas relacionados con la causa orgánica (depresiones, trastornos de conducta, llanto o risa inmotivados, etc).

Habíamos asimilado conciencia a conocimiento, a información organizada del mundo interno y del mundo externo. La confusión alude a la pérdida de esa organización cognitiva; los contenidos de la conciencia no se discriminan y el paciente presenta desorientación auto y alopsíquica.

Se desorienta respecto del tiempo y del espacio. Padece amnesias lacunares, no sabe dónde está ni qué está sucediendo a su alrededor. Pregunta qué le sucedió, ignora por qué está internado, si tuvo un accidente no lo recuerda y está desubicado respecto del día y la hora y si es más grave el cuadro, del mes y la época del año.

En cuanto a la orientación autopsíquica puede desconocer familiares y tener falsos reconocimientos: en el intento de reconectarse confunde las personas. Es decir, procura reinformarse apelando a un capital mnémico que en ese momento está indiscriminado entre recuerdos antiguos y recientes. Cuando esta forma es predominante ha sido denominada también confusión fabulatoria o **Korsakoff agudo** por analogía con el cuadro demencial crónico que lleva ese nombre.

Desde la teoría psicoanalítica podría decirse que no puede organizar sus representaciones palabra en el preconciente y el aparato psíquico queda inundado por el proceso primario.

Este cuadro es agudo, vale decir que va a curar al desaparecer la causa que lo provoca. En cambio, en el síndrome de Korsakoff crónico, las lesiones cerebrales son irreversibles. **Las verdaderas demencias siempre son orgánicas, globales, crónicas y progresivas.**

En cuanto al onirismo es una de las principales características de los delirios agudos. Un **delirium** se manifiesta siempre como un trastorno grave de ruptura con la realidad, con alteraciones de la percepción, indiscriminación, y desorganización de las imágenes.

El paciente habla de manera incoherente sobre contenidos psíquicos incomprensibles. Sueña, pero mientras que normalmente el Yo de un soñante no accede a la motricidad, el confuso puede ser protagonista activo de su sueño. Puede arrojarse por una ventana, atacar al personal, destrozarse una sala médica en un raptó de furor. Es decir, vive como realidades sustanciales sus alucinaciones por la **falla de la segunda censura**, entre Preconciente y Conciencia.

Los delirium pueden presentar también alucinaciones más simples, con escasa productividad onírica: un paciente veía que los objetos se movían y giraban al tiempo que oía un ruido intenso de campanas, otro veía llamaradas y las caras deformadas.

En la mayoría de los pacientes confusos, en algún momento, aparece la **agitación** como expresión 1) de la necesidad de reconectarse con la realidad que se ha hecho incomprensible y 2) de luchar contra el estado de alteración interna que produce una tensión insostenible para el aparato psíquico.

Delirio Ocupacional

El paciente cree estar haciendo sus tareas habituales. Una enferma trataba de hacer una costura imaginaria. Otro paciente, albañil, tenía los ojos abiertos con la mirada perdida y hacía el gesto de acomodar ladrillos.

Delirium Tremens

Quiere decir delirio tembloroso y es una variedad de onirismo alucinótico. Se produce en alcoholistas graves, generalmente en abstinencia, después de intoxicaciones muy severas. Suelen padecer sensaciones dérmicas por avitaminosis, sobre cuya base alucinan microzoopsias en la piel.

Aclaración sobre la conciencia lúcida en los delirios crónicos

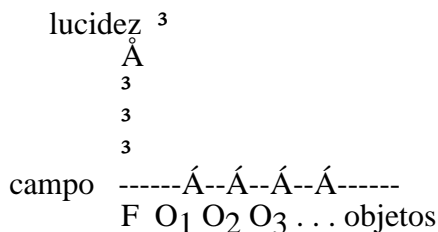
Clásicamente se describe a estos pacientes como lúcidos, sin alteraciones de la conciencia. En efecto, generalmente, lo trastocado son determinados conjuntos de juicios, no afectando al sensorio. La orientación y la percepción del aquí y ahora no están perturbadas, y aún alucinando pueden discriminar entre el entorno y las alucinaciones.

ESTRECHAMIENTOS DEL CAMPO

LOS ESTADOS CREPUSCULARES

La claridad de la conciencia se puede comparar a una intensidad luminosa, el objeto se verá con mayor lucidez según la carga con que lo invista el aparato, va a ser entonces tanto más nítido, definido y discriminado.

Pero la claridad de la percepción no depende sólo de la lucidez de la conciencia, sino también del lugar que un contenido psíquico ocupa en el campo de objetos. No es percibido de la misma manera un objeto foco de la atención que uno marginal.



El máximo de discriminación de un contenido psíquico se produce cuando ocupa el centro del campo, bajo el foco (F) de la atención, en la intersección del haz de claridad, donde se enfoca la atención dirigida. Este es el punto de la máxima discriminación, y a medida que los objetos se alejan son menos nítidos.

La ubicación del objeto en el campo de la conciencia depende también del interjuego del deseo y las defensas. Es imposible trabajar este tema sin una teoría del interés psíquico que de cuenta de la motivación. Aquí interviene la **teoría pulsional**.

Normalmente el campo es tan amplio como para mantener una estructura cognitiva relacionada con la conciencia vigilante, más allá de la investidura de objeto. Existen investiduras libres, flotantes, que se dirigen hacia el entorno permanentemente en función de las pulsiones de autoconservación.

Esto hace que podamos, normalmente, percibir los murmullos ambientales y atender a un cambio alarmante en el entorno, a pesar de estar concentrados en un determinado objeto. Cuando un interés (pulsiones de autoconservación) o un deseo (libidinal u hostil) es muy intenso, la conciencia vigilante disminuye y en ciertos casos se observan fenómenos patológicos como los estrechamientos del campo de la conciencia o estados crepusculares.

Se describen también estrechamientos del campo no patológicos, que dependen del monto de investidura de atención puesto en juego en la sublimación. La concentración intelectual implica una sobreinvestidura del foco

que permite hacer abstracción de otras percepciones. Este trabajo está sujeto a variables, como la fatigabilidad, que determina una dificultad para mantenerse en el foco y una tendencia a la difusión de los contenidos del campo.

ATENCIÓN

Esta función designa la capacidad del sistema Percepción-Conciencia de dirigirse a sus objetos. Habitualmente se clasifica en dos formas:

Atención espontánea: depende de la actividad de la conciencia vigilante.

Atención voluntaria o dirigida: da cuenta de la capacidad de concentración en un foco.

Para Freud se pueden clasificar dos tipos de atención: la reflectoria, de carácter más neurológico, y la psíquica, dirigida.

Cuantitativamente la función normal es denominada **normoprosexia**. Al aumento se lo denomina **hiperprosexia** y a la disminución **hipoprosexia**; pueden producirse tanto en la atención espontánea como en la dirigida.

En los enfermos maníacos, por ejemplo, existe hiperprosexia espontánea, atienden a todos los estímulos ambientales y no pueden mantener su concentración. Un ejemplo de hiperprosexia dirigida son los estados compulsivos.

CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN

Normalmente, la conciencia vigilante funciona alternando con la atención dirigida. En estados de hiperconcentración con estrechamiento del campo, esta facultad disminuye y la actividad se automatiza, quedando secundarizada la conciencia marginal. Estos cuadros fueron estudiados por Pierre Janet, que los denominó **estados segundos** por su teoría de una conciencia segunda, producto de un desdoblamiento del Yo.

Los estados crepusculares fueron clasificados en cuatro grados según la profundidad de su sintomatología.

GRADO I

Se ven en las **compulsiones**, estados de deseo, concientes, de elevada intensidad, en los que el sujeto tiene claridad de su objeto y motivación. Un ejemplo típico es la cleptomanía.

Las compulsiones se presentan sobre todo en pacientes perversos, pero también en neurosis obsesivas, psicosis y algunos otros cuadros. Los sujetos rechazan cualquier contenido psíquico distinto a la realización de su deseo y hasta que no ejecutan su acto no se tranquilizan. Por esto los perversos típicos, frotteurs, voyeurs o exhibicionistas, son fácilmente atrapados. Los cleptómanos también pierden la conciencia de ser observados.

En este grado I el estado crepuscular es leve, el campo de objetos está bien organizado y el sujeto actúa con claridad.

GRADO II

Es más grave y corresponde en general a actos automáticos complejos como los que ejecutan los epilépticos.

Epilepsia Psicomotriz

Las epilepsias son el conjunto de patologías relacionadas con alteraciones en la conductividad eléctrica de la corteza cerebral. Existen dos tipos: las generalizadas, habitualmente congénitas, y las focales. Estas últimas se deben a la existencia de una lesión, que opera como punto irritativo en algún sector del cerebro, desde donde las descargas se difunden a la totalidad de la corteza.

En estas epilepsias que tienen un foco irritativo, los ataques comienzan con síntomas variables que dependen de su localización. Luego de que la transmisión eléctrica se difunde, el sujeto pierde totalmente la conciencia, y hace un cuadro característico de convulsiones tónico-clónicas.

El comienzo sintomático se denomina **aura o prodromo**; hay prodromos muy simples como ser alucinatorios: ver colores, escuchar zumbidos, sentir olores peculiares. A veces sin la etapa de las convulsiones, el aura es todo el ataque.

Cuando el foco está en el lóbulo temporal los prodromos pueden ser del tipo psicomotor; es decir, del área conducta. En ese caso el ataque epiléptico tiene como manifestación un comportamiento patológico.

Este comportamiento es automático, dando lugar a una conciencia crepuscular con amnesia de lo sucedido. Los actos pueden variar desde conductas muy simples, hasta comportamientos complejos como la fuga.

En la **fuga epiléptica**, el paciente que hasta el ataque estaba, por ejemplo, entregado a sus tareas habituales, de pronto toma un transporte, paga el pasaje, se dirige a una estación de tren y se sorprende de hallarse ahí. Luego no tiene claro cómo llegó a ese lugar, y tiene recuerdos muy vagos.

En estos estados crepusculares pueden aparecer también ataques de **furor epiléptico**, en los que llevan a cabo actos muy graves, tales como matar o incendiar, con una ferocidad característica.

El paciente, en estas circunstancias, no puede decirse que está inconciente, porque pudo percibir y ejecutar actos complejos; sin embargo presenta desorientación auto y alopsíquica.

GRADO III

El sujeto ya no puede ejecutar actos más o menos organizados, como viajes por ejemplo, pues alcanza un severo grado de desorganización de contenidos.

GRADO IV

Implica desorganización de contenidos más actividad alucinatoria aguda. Puede corresponderse a la amnesia de Meynert, confusión alucinatoria aguda de deseo, estudiada por Freud.

Los estados crepusculares pueden deberse también a causas psicológicas, observándose en histerias, con un estado de confusión histérica aguda o **histeria crepuscular**. En estos casos la conversión puede llegar a una pseudoepilepsia, cuadro que Charcot llamó **histeroepilepsia**.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Ú

³ Automatismos sin control. En el furor desconoce
³ la consecuencia de sus actos

³

³ Inimputable

³

³ Caída en cualquier lugar

Epilepsia

³ Pueden lastimarse o quemarse al caer

³

³ Convulsiones violentas, pueden cortarse la lengua

³

³ Amnesia del ataque

À

Ú

³ Conducta más calculada

³

³ Furor más controlado conciente de las consecuencias de sus actos

³

³ Punible

Histeria

³ Caída con mayor precaución, jamás sobre el fuego

³

³ Convulsiones menos violentas, no se lastiman

³

³ Recuerdan el ataque, pueden quejarse de la atención recibida

À

En las histerias crepusculares no es raro observar conductas ostensiblemente regresivas, adultas que lloran y balbucean como niñas pequeñas, bizarrería, pararrespuestas y amnesias.

Un ejemplo de estrechamiento de conciencia o estado crepuscular grado II que se da con frecuencia, es el de los boxeadores. En este deporte se procura producir lesiones en el cerebro del adversario, o sea llevarlo a una conmoción cerebral con su correspondiente estado de coma transitorio que se denomina knock-out. Pero a veces el K.O. no consiste en que el boxeador caiga totalmente inconciente a la lona sino en un estado de perturbación en el que deja de percibir la situación. Padece un grado de estrechamiento de conciencia que le permite ejecutar automáticamente los movimientos, hasta que el juez lo declara vencido por su grave estado neurológico.

Accidentados graves, cuando son socorridos, continúan aferrados al volante, mirando el vacío; prosiguen "conduciendo" y "mirando la ruta". Es común que a partir de este estado los pacientes se mantengan por un tiempo en una postura rígida, automática, concentrados en las últimas maniobras que hicieron para evitar el accidente. Se han observado quemados severos, excitados y ayudando a otros heridos, con una marcada anestesia determinada por la intensidad de la situación traumática.

Estos estados, de shock psíquico, son frecuentes después de grandes catástrofes, como neurosis traumáticas colectivas; las personas están desorientadas, con estrechamiento de conciencia, y sin lesiones cerebrales. En ellas se produjo una intensa concentración de la energía psíquica dirigida a la autoconservación. En situaciones análogas se describen también estados de **desrealización**, en que los pacientes dicen haber vivenciado la situación como un sueño.

La Conciencia en Neurosis Traumáticas

Recordemos que las barreras antiestímulo deben proteger al aparato psíquico de la excitación que no puede procesar. Para Freud los traumas implican una inundación del aparato, que es superado por la irrupción de la magnitud traumática. El Yo reacciona con una **defensa activa**, escindiendo la conciencia y procurando dejar el suceso fuera de ella. El concepto de defensa activa diferencia marcadamente freudiana de las de Janet y Breuer.

SUSPENSIÓN DE LA CONCIENCIA

Es un fenómeno caracterizado por la pérdida total de las percepciones. El sujeto inconciente al recuperarse, no tiene memoria de lo sucedido, padece **amnesia total** sobre el episodio. La suspensión más importante es la **epilepsia**.

EPILEPSIAS

Para hablar de suspensión de la conciencia no es suficiente el prodromo, es necesario el ataque consumado. La pérdida de conocimiento habitualmente va acompañada de convulsiones.

El ataque puede durar desde unos pocos minutos hasta una forma muy grave denominada **estado de mal epiléptico**, en el que no cesa y puede conducir a la muerte.

Cuando la suspensión de la conciencia es brusca, puede acaecer en cualquier circunstancia imprevisible: manejando un automóvil, cruzando la calle, etc. A esta forma se la denomina Grand Mal, para diferenciarla de la llamada Petit Mal, que no tiene pérdidas del conocimiento ni convulsiones, sino ataques leves de muy corta duración, repetidos con frecuencia a lo largo del día.

Si bien la suspensión de la conciencia es total, dura pocos segundos y no alcanza a interrumpir el automatismo motriz, los pacientes no caen al suelo. Sólo suspenden por un instante su actividad mirando al vacío y luego la continúan ignorando la interrupción. La amnesia es total y no saben lo que les ocurre a menos que se lo refieran. A estos ataques se los denomina **ausencias**. Es característico de los niños, y aquellos que las padecen tienen importantes dificultades para su concentración. Esta patología es hoy dominada con una serie de fármacos muy eficaces.

INTERCEPTACIONES

La ausencia del Petit Mal requiere un diagnóstico diferencial con otro tipo de suspensiones de la conciencia, las interceptaciones, características de los esquizofrénicos.

Estas tienen la particularidad de que la conciencia reflexiva queda conservada. El sujeto pierde la conciencia de objeto, queda como en blanco pero conciente de lo que le sucede. Se angustia por lo que le ocurre y lo recuerda después.

La denominación del fenómeno es una palabra de los mismos pacientes: también hablan de **barrido** de los pensamientos. Los esquizofrénicos suelen hacer un **delirio del robo de pensamiento**: argumentan que tal sustracción es para conocerlos y que después se los devuelven. Se quejan de que los contenidos retornan desorganizados, impidiéndoles reconstruir lo que estaban pensando.

Este fenómeno es tan característico de la esquizofrenia que algunos autores lo consideran de primer orden, patognomónico de la misma. De un modo claro el síntoma se relaciona con la teoría freudiana, que en las esquizofrenias se produce una retirada de la libido de los objetos, que inunda al Yo como narcisismo secundario y después retorna a los objetos restitutivamente, produciéndose los delirios como intentos de reconexión con el mundo objetal.

	Ú	
	³	Suspensión total
	3	
	³	En niños
	3	
Ú	³	Epilepsias
³		Ausencias
3	³	Alteraciones electroencefalográficas
3	3	
3	³	Amnesia de los episodios
3	3	
3	³	Evolución buena
3	À	
Diagnóstico ³		
	Ú	
Diferencial ³	³	Suspensión parcial
3	3	
3	³	Adultos
3	3	
3	³	Esquizofrenias
3	3	
³	Interceptaciones	Electroencefalograma normal
À	3	
	³	Perplejidad por los episodios
	3	
	³	Interpretación delirante
	3	
	³	Evolución grave
	À	

CONCIENCIA DEL YO

Las categorías de la Conciencia del Yo son característicamente descriptas por la fenomenología. Su patología constituye una regresión a formas primitivas del Yo y son las siguientes:

CONCIENCIA DE IDENTIDAD DEL YO

Alude a la conciencia que tiene el sujeto acerca de su historicidad y de ser el mismo a lo largo de su historia. Es crítica normalmente en la adolescencia, cuando termina de consolidarse. Es patológica en los esquizofrénicos que no se reconocen a sí mismos, insisten en que han sido cambiados y hasta llegan a hacerse mutilaciones en el rostro buscando reconocerse. Esto se denomina **síntoma del espejo**. Algunos se cambian el nombre, dicen que han muerto y que su cuerpo ha sido ocupado por otro.

CONCIENCIA DE UNIDAD DEL YO

El sujeto sabe normalmente que el conjunto de sus sentimientos, pensamientos y acciones son producidos por la misma persona. Los esquizofrénicos en cambio se presentan fragmentados. A veces una parte de su personalidad les habla desde fuera como alucinación, o desde dentro como diálogos internos. La ambivalencia es característica de esta enfermedad. Bleuler la llamó por esto esquizofrenia, que significa mente dividida.

CONCIENCIA DE ACTIVIDAD DEL YO

Normalmente el individuo se reconoce autor de sus acciones. El esquizofrénico puede sentirse poseído por otro que gobierna sus actos. Un paciente que hacía movimientos estereotipados con el brazo decía "... es mi brazo el que hace lo que quiere ... no yo".

CONCIENCIA DE LA FRONTERA YO - NO YO

También se fractura en las esquizofrenias, el paciente puede creer que es comandado desde fuera, que adivinan o influyen sus pensamientos, que es interceptado. Otras veces supone que determina las acciones de los demás, como si fueran una extensión de sí mismo.

PSICOPATOLOGIA DEL PENSAMIENTO

INTRODUCCION

Comenzamos el estudio del pensamiento atendiendo a su finalidad: como **organización de experiencia**. Esta idea acentúa dos aspectos:

- a) Lo organizativo, como articulación lógica de sistemas simbólicos.
- b) los sistemas simbólicos como representaciones internas de e experiencia, es decir, de contactos con la realidad.

Los sistemas simbólicos están integrados por representaciones especulares y configuraciones imaginarias, un juicio de realidad que permite discriminar entre realidad empírica e interna, un curso temporal y una disponibilidad de la experiencia para la resolución de conflictos futuros. Las representaciones pueden articularse de acuerdo a distintas lógicas. Para su organización la importancia del intercambio con el medio es fundamental.

La intencionalidad del pensamiento es anticipatoria y su función es económica. Imaginemos un viaje a un sitio determinado y lo que significaría buscar el lugar explorando en distintas direcciones, tener que localizarlo en viajes múltiples. Ahora bien, precisamente esto es lo que hacemos al buscar en un mapa, una conducta internalizada, un viaje simbólico que nos permite explorar áreas extensas con un mínimo gasto de energía.

Los que realmente exploraron fueron otros y nos dejaron un lenguaje de símbolos que nos transmite información sobre un aspecto de lo real. La organización de las experiencias propias y heredadas de la cultura, permite preveer, anticiparse a situaciones, elegir la conducta más adecuada para satisfacer cada necesidad.

El pensamiento posee un área de fantasía lúdica, normal y conciente, donde se da el juego de la imaginación, que es desorganizado, no sujeto a la lógica formal, con un intenso movimiento de representación en representación. Sobre éste se va organizando la posibilidad anticipatoria, una acción experimental con pequeña carga de energía; de la fantasía se pasa al pensamiento de carácter anticipatorio, primero ambiguo y luego más concreto.

La anticipación requiere la significación de cierto futuro posible. Una atrofia del futuro es manifiesta en la vejez, cuando el hombre debe aceptar que va a morir con fantasías irrealizadas. Puede renunciar a ellas con una depresión o, por el contrario, regresar a las mismas de un modo pueril, con un pensamiento lúdico.

El pensamiento del melancólico, lento y torpe, muestra la ausencia de futuro y el peso del pasado que se impone. Usa tiempos verbales potenciales y habla de lo que tendría que haber hecho y no hizo. El proyecto sólo se organiza para la expiación o el suicidio.

El maníaco, en cambio, tiene el futuro a su alcance, está convencido de su impostergable satisfacción y sus necesidades no le sugieren preocupación alguna. La excitación psíquica se traduce en un pensamiento acelerado y presentizado que encadena siempre las experiencias más inmediatas.

En el psicópata el pensamiento parece dominado por un sin sentido, salvo para planear su descarga más o menos inmediata. Como si se viera a sí mismo con un destino ineludible, por el que no vale pena proyectar o postergar.

Las primeras experiencias infantiles son sincréticas, es decir, sin distancia entre el símbolo y lo simbolizado. Nosotros podemos, por ejemplo, hablar de exámenes sin sentirnos en situación de examen.

Alguien que se siente en una determinada situación sólo por nombrarla, hace una regresión a un momento mágico de la vida, de omnipotencia de la palabra y de concretización. Este es el caso de quien no puede "ni hablar" de algo porque le reactiva una emoción intensa, falla la cualidad de distancia y **la palabra es la situación misma**.

Esto acontece de forma manifiesta en el pensamiento del neurótico frente a determinados "temas" que lo desorganizan: existen áreas de objeto sobre las que no puede pensar tranquilo ni capitalizar experiencia, por ejemplo la vida sexual, la conducta ligada a ella se estereotipa y los errores no pueden repensarse.

La distancia puede ser también defensiva y patológica. En estos casos la abstracción no indica madurez y no puede concretizar por un bloqueo patológico de la acción, como en la duda obsesiva que tiende a una indefinida postergación del acto.

Originalmente las primitivas relaciones objetales implican la falta de distinción entre Yo (mente-cuerpo) y No-Yo (cosas-gente). El predominio es de la confusión.

Las primeras experiencias son orales, y de **gratificación** (objetos que satisfacen y se incorporan al Yo) o **frustración** (objetos expulsados con el modelo del escupir). Para este Yo, que es el de Placer Purificado, coinciden los Juicios de atribución y de existencia: si es placentero es mío, existe.

Las primeras lógicas causales son egocéntricas. Son la matriz narcisista sobre la que más tarde se desarrollan abstracciones causales más complejas.

Los objetos están afectivizados por la atribución en forma animista, por desplazamiento, como partes de la madre y del Yo. En esto interviene la lógica de analogía, que identifica entre sí aquellos objetos que comparten un predicado.

El primitivo lenguaje gestual infantil es interpretable en la relación con un otro interpretante que lo convierte en mensaje. Este es el papel de la madre en el modelo de Freud del 95'. *El llanto se convierte en la fuente de todas las motivaciones morales*. Para ésto la madre debe poseer una capacidad interpretativa y emocional. Si se angustia por las necesidades del niño y lo trata mal va a dar lugar a un aprendizaje distorsionado, y éste creerá que las situaciones de conflicto son inmanejables.

El primer período es de gestos mágicos, el niño hace algo (el grito, la descarga automática) y aparece algo, alguien que lo calma. La descarga motriz se va puliendo y se transforma en señal. Entre la madre y el hijo aparece un grito señal, un mensaje simbólico, y la lógica de la alteración interna es sustituida por la acción específica.

El lenguaje queda impregnado de lo que precedió a su estructuración y detrás de cada palabra hay algo de los primeros vínculos. La representación inconciente que acompaña a toda actividad simbólica.

Del período de los gestos mágicos pasa al de omnipotencia de la palabra. La gratificación y la frustración van señalando los símbolos y los sistemas lógicos más adecuados para un fin.

La aparición del lenguaje es un salto cualitativo en el desarrollo del pensar. Las experiencias se organizan tomando distancia entre los elementos posibilitando la internalización de la conducta. Con el desarrollo el pensamiento será capaz de sintetizar, generalizar, abstraer y simbolizar.

El pensamiento adulto se rige por las leyes de la lógica formal: la legalidad interna, la no contradicción, el curso temporal y la finalidad que caracterizan al proceso secundario.

El pensamiento tiene un **sujeto**: el Yo enunciante; un **sustrato** anatómico: el cerebro y una finalidad u **objeto**. El objeto del pensar puede ser el propio proceso de pensamiento como en la conciencia reflexiva.

Existen formas del pensar previas al pensamiento verbal, como el pensar en imágenes y el pensar en acto que se manifiesta en los actos fallidos. Esto se relaciona con la estructuración del preconciente que en su desarrollo es sucesivamente visual, motriz y verbal.

Todos los sistemas simbólicos y sus articulaciones lógicas pueden convertirse en sistemas de escape de la realidad, si han servido fundamentalmente para huir de lo displacentero. Al concretizar y revertirse sobre los objetos aparece angustia.

Si el aprendizaje se hizo sobre una matriz de resolución de conflictos, sin magnitudes traumáticas elevadas, el pensamiento abstracto tendrá posibilidades de concretización. El pensar inconciente preparatorio no tendrá el carácter de huida sino de integración de situaciones, de preparación para la acción.

Si las representaciones están viciadas en la relación con partes del cuerpo, por ejemplo los genitales, se producen áreas que implican dejar de pensar, con represión y síntoma. Es decir, puntos de simbolización en los que el pensamiento adquiere un carácter displacentero e impone un escape. En este caso la fantasía deja de ser un campo de juego tranquilo al amparo de la madre que protege, para convertirse en la marca de un ilícito, como una concretización brusca.

Otras veces la fantasía no alcanza a desplegarse por fallas en las primeras proyecciones, no defensivas, desde lo corporal. Esto da lugar a las estructuras psicósomáticas, con su característico pensar operatorio carente de fantasía.

En toda distancia patológica lo lejano está, en realidad, demasiado cercano. El desprendimiento de los símbolos verbales de los objetos requiere relaciones objetales armónicas. A su amparo se desarrolla el Yo de Realidad Definitivo aceptando pérdidas de objeto, y el juicio de existencia se separa del juicio de atribución.

El pensamiento verbal constituye la más importante posibilidad de adaptación a la realidad, sintetizando Económicamente una gran cantidad de experiencia. Su desarrollo exige riqueza del lenguaje. Imaginemos como ejemplo un pensamiento sin preposiciones de renegación: continuando con nuestro mapa tomaríamos el camino

más corto porque eso es lo aprendido. Pero si éste fuera un mal camino, y el pavimento fuera más largo y conveniente, necesitaríamos palabras que permitan integrar alternativas. "El mejor camino es el más corto, **pero** si es malo no, conviene el pavimento **aunque** sea más largo". Sin estas preposiciones no pueden pensarse transacciones entre contradictorios.

Las mismas partículas lingüísticas nos permiten ilustrar otro ejemplo: el uso **perverso** de las preposiciones en la clínica. El "**sí pero...**", en este caso el **sí** es la admisión de la realidad y de sus límites, pero su energía está puesta en el **pero**, desmentida de lo anterior: "Se que es inútil **pero** lo hago", "esto es falso **pero aún así** lo creo".

Para Freud el pensamiento conciente tiene siempre su correlato en el inconciente. El proceso de pensar es producto del desplazamiento de investiduras pulsionales entre representaciones.

Los contenidos del Inconciente, representaciones cosa y pensamientos inconcientes, buscan el acceso a la Conciencia. Para ello deben ligarse a representaciones palabra en el Preconciente. Las defensas del Yo son las que lo permitirán o, si no, los obligarán a expresarse transformados en formaciones sustitutivas, proceso totalmente inconciente que se realiza en el Preconciente.

Ú

Inconciente ³ Cualidad de inconciente.

³ Representaciones Cosa.

³ Pensamientos inconcientes.

³ Modo de pensar: desplazamiento de investiduras representaciones cosa.

³ entre

À

Ú

Preconciente ³ Cualidad de inconciente.

³ Representaciones Palabra.

³ Transformaciones para el acceso a la Conciencia y a la ³ motricidad.

³ Modo de pensar: desplazamiento de investiduras entre ³ representaciones palabra

À

Ú

- Conciencia** ³ Cualidad de conciencia.
³ Pensamiento lógico formal.
³ Apertura a la introspección.
³ Apertura a la motricidad.
³ Modo de pensar: proceso secundario articulando
³ representaciones palabra.

À

El proceso de pensar se va convirtiendo en eficaz a partir de la complejización paulatina del aparato psíquico. En principio predomina el Ello. Para Freud el Ello, antes de producirse registro alguno de experiencia vivencial, es ya portador de la experiencia filogenética. En la teoría freudiana esto es el instinto, un saber heredado de la especie (fantasías primordiales), a diferencia de la pulsión.

Lo heredado (instinto) y lo vivencial (pulsión) constituyen dos series complementarias fundamentales, que deben articularse en un desarrollo armónico. Desde lo instintivo el aparato psíquico va a estar preparado en cada fase para el encuentro con sus experiencias vivenciales correspondientes. Si éstas no son adecuadas podrá generarse una "falla" en la identificación, finalidad en ese momento del pensar. Para el Yo de Realidad Primitivo, sensible a lo cuantitativo, por ejemplo, cabe suponer que identifica ritmos con los que puede establecer o no una identificación "en fase".

Para el psicoanálisis el pensamiento es un proceso de movimiento de cargas de energía entre representaciones. El preconciente presta sus representaciones palabra a las cosa para que llegue a la conciencia un pensamiento verbal. Las representaciones cosa se originan en las huellas mnémicas del Sistema P-Cc., que fueron **vivencia**, es decir, que fueron registradas con su carga afectiva. Jamás son idénticas al mundo percibido pues su presentación psíquica es definida a partir de su investidura. Recordemos que la representación es el representante psíquico del objeto de la pulsión.

ORIGEN DEL PENSAR

En la carta 52, Freud dice que en el aparato psíquico se dan tres registros, primero el de simultaneidad, después el de analogía y luego el de causalidad.

En el registro de simultaneidad se articulan, mediante facilitaciones, los elementos percibidos: hambre, pecho, pasaje del alimento por el tubo digestivo, alivio del hambre y placer.

Este registro simultáneo es la Vivencia de Satisfacción. Esta inscribe una huella mnémica y abre una zona erógena, fuente pulsional, originando el deseo que va a ser el de la reproducción de esta percepción simultánea, vale decir, buscar una percepción que pueda identificar con la recordada. Esto se denomina **identidad de percepción**.

Las sucesivas experiencias de satisfacción no pueden repetir especularmente la primera, es imposible la copia; queda entonces siempre un residuo irrepetible imposible de satisfacer pero al que permanentemente se tiende: es el **deseo**.

La apertura de la zona erógena en el primer tiempo es la oral. La boca es fuente de la pulsión y ésta tendrá como objeto la reproducción de la percepción que es compleja, como vemos, pues implica la simultaneidad de sus elementos asociados.

El Yo busca reencontrar la misma experiencia, pero a esta altura no está desarrollado, no tiene aún dispositivos para atenuar las investiduras del recuerdo, y éste aparece en el aparato psíquico con la misma potencia que las percepciones. El bebé encuentra la identidad de percepción en la alucinación.

La alucinación es un intento de descarga de la energía pulsional, pero infructuoso porque el estímulo endógeno del hambre no cesa con ella. Por lo tanto sólo permite al aparato psíquico atenuar lo traumático de la espera, mientras llega el auxilio real.

De tal modo, se hace imprescindible para el aparato crear algún dispositivo que le permita diferenciar entre recuerdo y percepción, algo que le permita a un Yo atenuar la energía con que carga el recuerdo, para que la imagen tenga las características de una representación y se pueda distinguir de la percepción.

Un juicio de realidad tiene que decidir a qué dar crédito en la conciencia. Esta es la función del incipiente Yo de Realidad: distinguir entre representación y percepción para proteger al aparato psíquico de una confusión en aras de la autoconservación.

Si alucinara que come en vez de comer, moriría; por eso tiene que realizar la acción específica destinada a obtener el alimento real: llorar exigiendo su auxilio.

En esta etapa lógica, bajo el imperio de la identidad de percepción, el deseo es del tipo que Freud llamó **anhelo**. Es un deseo fundamentalmente de repetir una imagen. Pero de todos modos la presencia del objeto es imprescindible como soporte de la proyección, y en caso contrario sobreviene el trauma. La proyección es aún el único mecanismo para hacer concientes los procesos internos.

EL PENSAMIENTO Y LA FACILITACIÓN

Como hemos señalado, Freud dice en 1895 que las huellas mnémicas se producen porque determinados sectores del aparato son alterados de un modo permanente por la percepción. En cambio otros no sufren alteración alguna, permaneciendo permeables para recibir nuevos estímulos. Cuanto más cerca de la sensorialidad esté un sector menos impresiones sufre, en cambio los más alejados quedan marcados con las "huellas" que constituyen el recuerdo.

En la memoria los estímulos sensoriales componentes de una percepción se relacionan entre sí. Las neuronas involucradas tienen entre ellas una "facilitación", una apertura entre sus barreras de contacto, a partir de la cual cualquier percepción similar a una anterior tiende a recorrer el camino preformado.

Supongamos que en la experiencia de satisfacción tres estímulos: hambre, pecho y placer oral, impresionan tres neuronas: A, B y C. Cuando se repite uno de estos estímulos, el hambre, tiende a cargar la célula A porque está facilitado el camino. El hambre busca su huella y desde ella activa las células impresionadas por simultaneidad: B y C, correspondientes al pecho y el placer.

Así se activa el grupo y se lo anhela en conjunto. La repetición de los estímulos asociados va produciendo, por condensación y sobreinvestidura de huellas, las representaciones.

A esta primera lógica de inscripción, que es de simultaneidad, la siguen la analogía y la causalidad. El criterio de analogía abre asociaciones entre percepciones semejantes a partir de sus predicados y el de causalidad lo hace entre aquellas que tienen una relación de secuencia temporal.

De la complejización de estos registros, matrices del pensar, surgen los primeros sistemas de clasificaciones. El pensamiento se desarrolla por la amenaza de la decepción traumática, preparando el camino de la acción específica.

TRASTORNOS DEL CURSO

Clásicamente la psiquiatría estudia la patología del pensamiento según afecte su curso o su contenido. El primero alude a la estructura formal del pensamiento, independientemente de su contenido ideativo, y su estudio comienza por el **ritmo** de las asociaciones.

Ritmo acelerado o Taquipsiquia: Se produce en distintos estados de excitación psicomotriz, a veces como expresión de alteraciones psicopatológicas, pero también de reacciones emotivas normales.

La más grave forma de taquipsiquia es la "fuga de ideas" o "pensamiento saltigrado". Este cuadro está típicamente presente en la **manía**, acompañando una especial exaltación alegre del estado de ánimo. En esta enfermedad el paciente habla rápidamente con fluidez sobre una enorme cantidad de ideas diversas, no pudiendo concentrarse en tema alguno. Su intensa distraibilidad se relaciona con su hiperprosexia espontánea pues cualquier estímulo atrae su atención y determina un nuevo giro ideatorio. También asocia por consonancia de palabras, por contraste y por contigüidad. Su discurso por lo general es inteligible y puede seguirse con atención a pesar de la fugacidad de las asociaciones. Pero si la aceleración es demasiado intensa, el lenguaje puede atrasarse en relación al pensamiento y presentar figuras elípticas por omisiones verbales.

Ritmo enlentecido o Bradipsiquia: Es lo inverso del cuadro anterior, se observa en todo cuadro de fatiga y depresión, en la debilidad mental, en la confusión y en el hipotiroidismo.

En su forma más grave el paciente padece inhibición, torpeza y lentitud. Se observa especialmente en los melancólicos, y existen grados hasta la total inhibición con fenómenos estuporosos. En estos casos muestran escasa o nula respuesta a los estímulos del ambiente.

Coherencia: en el pensamiento normal es posible distinguir una dirección intencional, un hilo temático conductor como carril del discurso reflexivo, que se denomina idea directriz y que pone de manifiesto la coherencia del pensamiento.

Carlos Pereyra define al pensamiento incoherente "cuando las palabras, ordenadas o no, constituyen frases incomprensibles, sin que esta incomprensión dependa del interlocutor (tema extraño, idioma desconocido, falta de antecedentes, etc.)".

Se observa en el pensamiento confuso, propio de las alteraciones de la conciencia. Pacientes exógenos intoxicados, traumatizados, febriles, muestran desorganización del pensamiento; son los llamados **delirios oníricos** o cuadros deliriosos. En cuanto a los cuadros crónicos También es incoherente el pensamiento de los dementes.

Disgregación: se conoce con este nombre a la especial incoherencia del esquizofrénico, en la que el paciente, a pesar de tener total lucidez de la conciencia, no deja entrever una finalidad de pensamiento. Las asociaciones no muestran su objetivo o lo hacen insuficientemente, pueden ser incomprensibles y sin embargo escucharse un discurso natural y tranquilo. La disgregación es extremada cuando el paciente produce la llamada "ensalada de palabras" o jergafasia.

Interceptación: este trastorno, cuyo nombre le fue dado por los mismos pacientes (también barraje, barrido), se caracteriza por un brusco vacío de los contenidos del pensamiento. Es típico, y para algunos patognomónico de la esquizofrenia.

Si el paciente está sosteniendo un diálogo, se observará una detención en su discurso y una expresión de perplejidad. Tras un instante intentará retomar el hilo con dificultad.

Subjetivamente fue conciente de lo sucedido. Esta conciencia de la interceptación la diferencia de la ausencia epiléptica. En ésta la conciencia claudica totalmente y el paciente ignora lo ocurrido, si sabe del suceso es porque se lo refiere un tercero.

En la interceptación sí sabe lo que le ocurre y lo refiere con preocupación: -"se me escapan los pensamientos". Le cuesta retomarlos y la interpretación delirante lo lleva a decir que "le roban los pensamientos", para imponerle otros ajenos. A este fenómeno se lo conoce como "el robo del pensamiento". En los esquizofrénicos la pregunta -"¿qué me pasa?" cambia por -"¿qué me hacen?", pues sienten su mente manejada desde el exterior.

Rigidez del Pensamiento: se denomina así la peculiar tenacidad en el sostenimiento de una idea, en un sujeto que no puede separarse de un plan preestablecido y que se somete al mismo pese a elementos de juicio adversos. Esta peculiar terquedad se manifiesta en la conducta del paciente, que no acepta disuasión alguna por absurdo que sea su objetivo. La rigidez del pensamiento es llamativa en los delirantes.

Viscosidad, Prolijidad, Minuciosidad: suele llamarse así a un conjunto de fenómenos característicos del pensamiento de algunos epilépticos. Suele ser un curso lento, detallista, fatigoso y repetitivo con palabras rebuscadas. En general se acompaña de una actitud tan viscosa como el discurso; ceremoniosamente nos toma de la ropa mientras nos habla o del brazo si nos movemos para que no nos alejemos. Al saludar no termina de despedirse. También los débiles mentales, por la incapacidad de hacer síntesis, son prolijos y minuciosos en detalle. Esto puede observarse también en pacientes seniles.

Perseveración: las perseveraciones tienen el carácter de ideas que se repiten en el discurso, sin formar parte necesaria del objetivo final de éste, pero relacionadas con su totalidad. Operarían como apoyo, con una intención de "darse tiempo". Son frecuentes en los confusos, por ejemplo, un paciente con un trastorno de conciencia poco profundo a cada momento decía "...pero hoy es jueves...".

Estereotipias y verbigeraciones: también son expresiones que se repiten; están menos integradas al discurso que las anteriores y parecen "muletillas". En general se observan en esquizofrénicos y acompañan a estereotipias de la conducta, como gestos y muecas. Se repiten palabras o frases, intercaladas con cualquier fragmento del discurso y sin tener nada que ver con él.

Las verbigeraciones suelen distinguirse de las estereotipias por su elevada carga emocional imperativa. Con frecuencia son palabras asociadas por consonancia, por ejemplo: salgo, vengo, mato. Son frecuentes en las formas ansiosas de melancolía, donde aluden con intensidad a la muerte.

Fusiones, desplazamientos y neologismos: en los esquizofrénicos es frecuente la aparición de neologismos, a veces producto de la fusión de términos. Un paciente hablaba de las "lapichicas" para referirse a las alumnas, con sus lapiceras y apuntes. Otro que deliraba con un gran complot extragaláctico y terrestre, etc., resumía el tema en una palabra inventada por él que designaba todo lo que tenía algo que ver con el asunto. Otras veces palabras comunes son utilizadas en sentidos nuevos, desplazados del habitual.

Pararrespuestas: este fenómeno también se observa en psicóticos. Interrogados sobre algo dan una respuesta tangencial, aunque demostrando comprensión de la pregunta. Por ejemplo, pregunta: -"¿cómo se llama Ud.?", respuesta: -"los nombres de los hombres son cosas del Señor".

TRASTORNOS DEL CONTENIDO

Se describen cuatro tipos de ideas patológicas:

1) **Ideas sobrevaloradas:** se denominan así los **conceptos** y prejuicios, provenientes de la cultura, anclados en lo afectivo, y difíciles de modificar con una información. Se diferencian del error, que se modifica cuando nuevos datos lo corrigen. El reconocimiento de las ideas sobrevaloradas permite el diagnóstico diferencial con cuadros delirantes.

El exceso de celo en la defensa de las ideas sobrevaloradas pone de manifiesto el carácter patológico de las personalidades fanáticas. El fanatismo no es un delirio, por supuesto, pero en toda estructura delirante se defienden ideas sobrevaloradas con exagerada intensidad.

2) **Ideas Fijas:** son aquellas que, montadas en lo afectivo, se reiteran de una manera repetida y determinan cierta rigidez en lo que hace al contenido del pensamiento. Son ideas fijas por ejemplo, las típicas de la elaboración de un duelo, cuando el paciente se queja de pensar constantemente en el objeto perdido.

En general, presentan una coherencia comprensible. Las ideas fijas no se rechazan como absurdas, no son un disparate y se las justifica aunque sean ingratas.

3) **Idea Obsesiva:** en este caso la idea es **anormal**, como una compulsión a pensar en cosas absurdas. El paciente se queja de estos pensamientos que no maneja y se le imponen con insistencia.

Por ejemplo, un paciente no podía alzar a su hijo por el temor de dejarlo caer. Para hacerlo debió elaborar una serie de conductas rituales. El aislamiento entre representación y afecto, permite que el obsesivo considere absurda su idea, ignorando que, en realidad, ésta se monta sobre deseos sádicos inconcientes. El paciente no admitiría que el temor a tirar a su hijo obedece a una pulsión agresiva reprimida.

La idea obsesiva **paradojal** es una de las que más atormentan a los pacientes: sufren permanentemente la compulsión a pensar algo que es justamente contrario a lo que más quieren o valoran, como en el ejemplo anterior. Otro, muy religioso, no podía por largo tiempo entrar al templo por las ideas blasfemas que se le imponían, las que además debía anular santiguándose.

Las ideas obsesivas son ideas **absurdas** que el paciente rechaza y se dirigen esencialmente al miedo que tiene de sí mismo. A veces lo absurdo está proyectado y el paciente teme a objetos del mundo exterior; ese es el tipo fóbico. En una verdadera fobia el paciente sabe que su miedo es absurdo. A veces el tema se dirige al propio cuerpo desarrollando ideas hipocondríacas.

4) **Idea delirante:** Kraepelin, fundador de la psiquiatría clásica, la definía como una **idea errónea e irreductible que condiciona la conducta**.

Fenomenológicamente **la esencia del delirio es asociar sin motivo comprensible**. Hoy en día la definición de Kraepelin es poco sostenible. Una idea puede ser delirante por su forma, lo que es independiente de la veracidad o error de su contenido. Un delirante celoso no deja de serlo porque sea realmente engañado. La incorregibilidad tampoco puede sostenerse, sobre todo teniendo en cuenta la modificación que producen los recursos terapéuticos actuales.

Definimos el delirio como una **transformación en la valoración y significación de las vivencias, por transgresiones lógicas y juicios desviados de la legalidad consensual**.

DELIRIOS

Clasificación de Jaspers

* **Delirios Primarios:** son delirios desde el comienzo empezando con una vivencia delirante primaria, y no derivándose de otra patología original. Tienen las siguientes características:

Ú

³ 1) Presentan lucidez de conciencia

- ³ 2) Son incorregibles
- ³ 3) Presentan marcado sentimiento de convicción
- [^] 4) Pueden ser verosímiles, inverosímiles y hasta absurdos
- ³ 5) Son fenomenológicamente incomprensibles
- ³ 6) Son autorreferenciales
- ³ 7) Son crónicos
- ³ 8) Pueden sistematizarse

À

* **Vivencia delirante primaria:** es la forma de comienzo de los delirios primarios y comprende los siguientes elementos:

1) **temple delirante:** consiste en un sentimiento patológico de cambio y extrañeza de sí mismo y del ambiente. Despersonalización y desrealización, pánico, desasosiego y perplejidad determinan un intenso sufrimiento al paciente.

2) **percepción delirante:** implica una significación patológica, anormal y autorreferencial para las percepciones.

3) **ocurrencia delirante:** carece del momento de percepción previo. Los pacientes aparecen como iluminados, con nuevos sentimientos y cogniciones.

* **Delirios secundarios:** estos delirios se clasifican en dos grupos según su causa; pueden deberse a psicosis afectivas como el delirio melancólico, o a perturbaciones de la conciencia. En el primer caso se habla de ideas deliroides y en el segundo de ideas deliriosas.

Deliroides: conjunto de ideaciones patológicas características de la melancolía.

- 1) Son de presentación fásica.
- 2) No se sistematizan.
- 3) Su contenido temático es típico, de ruina o autoreproche.
- 4) Inducen al suicidio.

Deliriosas: de los cuadros exógenos.

- 1) Aparecen con trastornos en la lucidez de la conciencia.
- 2) Nunca se sistematizan.
- 3) Cesan cuando cura el proceso exógeno que los originó.
- 4) Son criticados por el enfermo.
- 5) Su presentación es aguda o fásica.

* **Paranoia:** es el más tardío de los delirios primarios apareciendo generalmente en la madurez de la vida. Interpreta tendenciosamente la realidad y sus impulsos vengativos pueden ser de gran intensidad. Sus características habituales son las siguientes:

- 1) Es un desarrollo insidioso de la personalidad, no se registra un comienzo brusco como en los procesos.
- 2) Es sistematizado y habitualmente con un sólo núcleo temático. Puede ser político, místico, celotípico, hipocondríaco, etc.
- 3) Presenta lucidez de conciencia.
- 4) Puede ser muy verosímil.
- 5) Su mecanismo es interpretativo .
- 6) Nunca se dementizan ni disgregan.
- 7) Es incorregible.
- 8) Pueden ser peligrosos.

* **Parafrenias:** este tipo de delirio es de un comienzo más temprano que el anterior. Tienen varios núcleos delirantes con escasa sistematización y al contrario de la paranoia crean una realidad fantástica que no puede engañar al observador.

Habitualmente entran y salen con facilidad de su delirio, sosteniendo un fragmento yoico bien conectado con la realidad. Establecen buenas relaciones, acatan normas y pueden trabajar. No obstante sus iniciativas pueden ser riesgosas por desmedidas y fantasiosas. Su pronóstico es discutido y la mayoría de los autores señala muy poco deterioro.

Se describen las siguientes formas:

1) Sistematizada: esta forma es similar a la paranoia pero se diferencia por la presencia de alucinaciones. Estas habitualmente son auditivas, menos se observan las cenestésicas y más raramente las visuales.

2) Forma expansiva: ésta es una de las más frecuentes, con episodios de depresión alternando con excitación psicomotriz, presentando delirios místicos y eróticos. Es más común en mujeres.

3) Forma fabulatoria: con delirios imaginativos y tendencia a la invención. Los temas pueden ser fantásticos con marcada megalomanía.

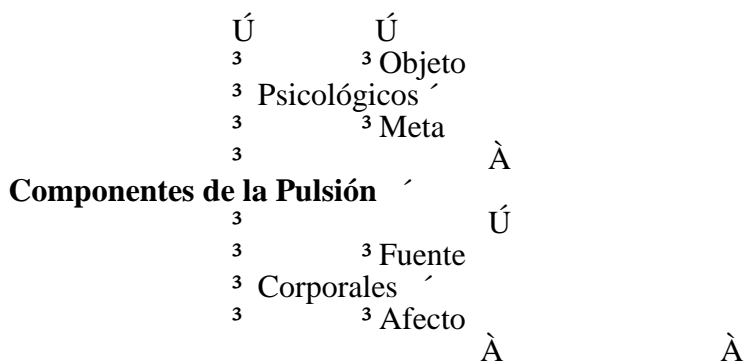
* **Delirio de la esquizofrenia paranoide:** es el más temprano de los delirios primarios, sobreviniendo en adultos jóvenes. Es un delirio mal sistematizado, que si bien empieza con algún vigor interpretativo, se va empobreciendo con la evolución. Sigue el destino de las esquizofrenias disgregándose hasta el deterioro final pseudodemencial.

PSICOPATOLOGIA DE LA AFECTIVIDAD

INTRODUCCION

El concepto de afecto es en principio descriptivo. Por definición es un estado del yo (estar "afectado"), conciente, que se manifiesta siempre a través de una alteración corporal. Es clásica la afirmación de James "*no lloramos porque estamos tristes; estamos tristes porque lloramos*". Esto implica que el llanto, alteración corporal, es previo a la tristeza. Desde este punto de vista es comprensible que Freud también, en 1915, haya acentuado el carácter siempre conciente de los afectos.

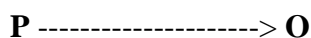
Freud estudia el afecto en primer lugar como elemento pulsional, en tal sentido es **el componente energético de la pulsión**.



A partir de la acción de la defensa los elementos psicológicos se separan del afecto, abriéndose a distintos destinos. El afecto no puede ser reprimido y se desplaza a otras representaciones o inervaciones corporales. Una de las posibilidades supuestas por Freud para el afecto es la sofocación o supresión, pero no la represión, que sólo puede recaer sobre los componentes representativos, la meta y el objeto.

DESARROLLOS DE AFECTO

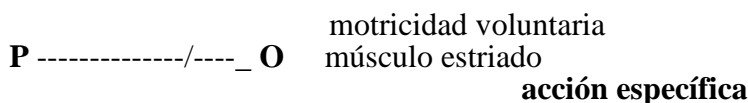
Supongamos esquemáticamente una pulsión:



Por definición buscará su descarga motriz en el objeto O. La descarga se efectúa atravesando el Prec., **vía Cc.**, a través de la musculatura estriada, agente de la **motricidad voluntaria**.

Ahora supongamos que la descarga no puede realizarse, sea porque el objeto no está disponible o porque el Superyo no lo permite. En tal caso la carga excesiva desequilibraría el aparato, a menos que le fuera posible una descarga sustitutiva. Esta se realiza directamente, **sin mediatización de la Cc.**, en la musculatura lisa correspondiente al sistema neurovegetativo y mediante **neurotransmisores**.

Esta descarga se realiza **vía motricidad involuntaria**, produciendo una alteración corporal que es percibida secundariamente por la conciencia, como **desarrollo de afecto**. Ya Freud había supuesto la secreción de sustancias químicas en su formación.



$$\begin{array}{l}
 \text{motricidad involuntaria} \\
 \text{músculo liso} \\
 \text{sistema neurovegetativo} \\
 \text{emoción}
 \end{array}$$

COMPONENTES

Para Freud el desarrollo de afecto se compone de tres elementos:

- 1) **Descarga**
- 2) **Percepción de la descarga**
- 3) **Matiz afectivo** (este último sería responsable de la capacidad del sujeto de discriminar sus afectos)

Además, la descarga puede analizarse cuantitativamente:

- a) **intensidad**
- b) **duración**

CLASIFICACIÓN FENOMENOLÓGICA DE LOS AFECTOS

Scheller y Lersch los dividen en :

- 1) **Sensoriales:** el prototipo es el dolor. Se caracterizan por estados corporales muy definidos que no pueden reproducirse totalmente por evocación. Para reproducir el dolor sería necesario recrear la experiencia algógena.
- 2) **Vitales:** remiten a la teoría de un tono afectivo básico, de orden corporal, que tiene relación con ritmos anímicos cambiantes. Se podría comparar con una cantidad básica de energía circulante por el sistema. Su psicopatología comprende las distimias endógenas: melancolía y manía.
- 3) **Del Yo:** son los estados desiderativos concientes del yo en la relación con sus objetos. Su patología comprende los estados depresivos por pérdida de objeto.
- 4) **Sentimientos Trascendentes:** se refieren a experiencias de orden transitivo, como el éxtasis religioso, en las que se producen vivencias de fusión del yo.

REACCIÓN VIVENCIAL ANORMAL

En la descripción de Schneider este fenómeno se caracteriza por una **reacción afectiva desproporcionada en su intensidad y/o duración respecto del estímulo que la provoca**. Se produce en patologías del carácter.

LA DEPRESIÓN NORMAL

La depresión simple por pérdida de objeto fue estudiada por Freud en 1917, en "Duelo y Melancolía". Señalaba que si bien la sintomatología refleja la desligadura libidinal del objeto, como ésta no puede producirse bruscamente el sujeto queda ligado al mismo en la fantasía.

Trabajo de duelo: Freud denomina así al proceso de retención identificatoria del objeto destinado a dar tiempo al Yo para el encuentro de objetos sustitutivos con los cuales ligar la libido. Del trabajo de duelo queda siempre un residuo objetal en el Yo, y el carácter se convierte en depositario de las resignaciones.

DESARROLLO DEL DUELO NORMAL

Se produce en varias etapas:

- 1) **Desmentida:** en un primer momento el choque de la información sume al sujeto en un estado de cierta confusión y perplejidad. En pérdidas graves el Yo intenta forzar la segunda censura produciendo un juicio que descalifique la percepción: "No puede ser ! Es una pesadilla !"
- 2) **Dolor y Protesta:** la confirmación de la pérdida produce una descarga libidinal en vacío, con las clásicas alteraciones corporales descritas como sufrimiento intenso, debilidad, inhibiciones del apetito y la actividad, insomnio, y pérdida de intereses vitales en general.

Otras veces predomina un período de lucha con ansiedad, agitación psicomotriz, ataques de ira, gemidos y llanto. Estos mecanismos se explican como la regresión a formas infantiles de acción y protesta.

3) **Retención identificatoria del objeto:** corresponde a un tiempo de adaptación a la pérdida, con sobrevaloración del objeto. Las ideas fijas son predominantes.

Se planifican formas de "mantener vivo" el recuerdo del objeto. A veces la identificación adquiere formas patológicas llegando a conversiones sintomáticas al modo histérico. Aparecen sentimientos de culpa y actuaciones reparatorias.

4) **Etapas de sustitución del objeto:** corresponde a la posibilidad de ligar la libido a nuevas relaciones objetales. Se realizan acciones de "rehacer la vida", se retoman actividades. Es común apelar a viejas destrezas abandonadas buscando caminos de sublimación.

LAS DEPRESIONES PATOLÓGICAS

1) LAS DEFENSAS MANÍACAS: se describen bajo esta denominación un conjunto de mecanismos estudiados por Klein.

1 : **Negación** (desmentida): "No he perdido nada !".

2 : **Desprecio del objeto:** "No he perdido nada valioso !"

3 : **Omnipotencia:** "No lo necesito !".

Estos mecanismos pueden producir reacciones anormales muy llamativas que ocupan el lugar del trabajo de duelo. Cuando su intensidad y duración son mayores constituyen motivo de alarma. En tal caso presentan crisis de euforia con hiperactividad física, mental y sexual que ponen en peligro sus roles sociales y familiares.

Pueden ser consecuencia de duelos complicados por vínculos patológicos y expresión de trastornos del carácter. A veces son correlato de presiones sociales intensas o de prohibiciones culturales para la expresión del duelo normal.

2) MELANCOLÍA : llamada también **depresión mayor** es considerada por esencia una psicosis afectiva. Su nombre se remonta a Hipócrates (450 A.C.) que la suponía debida al derrame de bilis negra (melanos).

Para Kraepelin, forma parte de su clasificación junto a la manía, como enfermedad maníaco depresiva.

Desde el punto de vista de la fenomenología clínica, evoluciona por **fases**, es decir, episodios agudos de enfermedad que no dejan defecto psíquico y que están separados por intervalos sanos.

Se considera una enfermedad con alta carga genética describiéndose frecuentemente en familias.

Las investigaciones sobre etiología cerebral han sido particularmente fructíferas en esta enfermedad. Es atribuida al **disbalance de neurotransmisores** que se consideran responsables del mantenimiento del estado anímico, especialmente la noradrenalina.

En 1917 Freud señala que la melancolía se debe a la pérdida de un objeto peculiar, investido de libido narcisista. Este objeto es incorporado por **introyección**, identificándose el Yo con él. A partir de esta identificación un intenso sentimiento de odio hacia el objeto abandonante, se desplaza al Yo identificado con el mismo que es ferozmente atacado. El afecto dominante es la desesperación.

Constituye una regresión a la fase O2, Oral devoradora, del desarrollo psicosexual. En esta etapa narcisista el objeto no es distinguible del Yo y sirve de modelo a partir de sus rasgos afectivos "*La sombra del objeto cae sobre el Yo*".

Presentación Clínica :

El paciente suele presentar la sintomatología descrita para los cuadros de duelo pero con las siguientes peculiaridades:

a) puede ser llamativa la profundidad del cuadro, con la facies de omega melancólica, bradipsiquia, inhibición motriz, negativismo, anorexia e insomnio extremos.

b) la pérdida objetivamente puede ser inhallable o de una trascendencia ínfima.

c) las **ideas deliroides**: se denomina así un conjunto de constelaciones ideativas pesimistas e intensamente dolorosas que impregnan el pensamiento del paciente. Está convencido del fracaso de todos sus proyectos y acciones y obra en consecuencia.

Un paciente comerciante malvendía sus mercaderías diciendo que lo hacía porque: "La venta está paralizada, vamos a la ruina y no quiero dejar problemas a mis hijos !". Esto era totalmente inexacto.

El cognitivismo atribuye lo esencial de la enfermedad a estos errores perceptuales y del autoconcepto.

d) **los autoreproches**: son característicos. El paciente se martiriza con autoacusaciones crueles y despiadadas. El tema parece ligado a las pulsiones de autoconservación, referido generalmente a la **inutilidad** del sujeto, "no sirvo para nada", a diferencia de los reproches del obsesivo que se acusa de pulsiones perversas.

e) **tendencias suicidas**: son muy intensas y peligrosas. Freud las atribuyó a una inversión de los mandatos pulsionales de autoconservación en el Superyó, constituyendo una fuerte resistencia a la cura además de un gravísimo riesgo real. A veces arrastran al suicidio a otras personas o matan a seres queridos para "librarlos del sufrimiento de la vida, del destino de fracaso", etc.

3) **MANÍA**: esta enfermedad, entendida como fase de la psicosis maníaco depresiva, puede presentarse pura pero con menos frecuencia que las melancolías.

El paciente está sumamente acelerado y eufórico. La taquipsiquia es extrema llegando al estado conocido como **fuga de ideas** o **pensamiento saltigrado**. Presenta una marcada distraibilidad con atención espontánea acentuada.

Es predominante el estado de ánimo eufórico en el que, presa de una alegría patológica, el paciente está presentizado y omnipotente, suponiendo que sus deseos están en vías de una absoluta realización. Pueden, por ejemplo, despilfarrar su fortuna en corto tiempo.

OTROS DESARROLLOS DE AFECTO

1) **ASCO**: formación reactiva descrita por Freud en 1905 como uno de los diques de la sexualidad oral. En la **histeria**, expresa la regresión oral del Yo, que acompaña a la regresión fálica de la libido.

El asco es expresión de la incapacidad de la paciente para producir la fascinación estética, **gustar**, con la que espera seducir al varón y obtener su completamiento narcisista.

2) **EL SENTIMIENTO DE INJUSTICIA**: es característico de la neurosis obsesiva, y expresa la caída del sistema simétrico de valores que esta neurosis esgrime defensivamente como virtud. La fijación es Anal 2.

3) **ABURRIMIENTO**: es frecuente en las estructuras narcisistas del tipo de acción, con fijación Anal 1. Salen del tedio con la descarga de la pulsión sádica tendiente a producir humillación y vergüenza a otro.

4) **HUMILLACIÓN**: fijación Anal 1. Descarga hostil en posición masoquista. El Yo, despreciado, se ofrenda al ataque de un perverso proyectado.

5) **VERGÜENZA**: fijación Anal 1. También en posición masoquista, expresa la exposición del Yo, pasivo, a la mirada del otro, activo. Descrita como uno de los diques de la pulsión exhibicionista, implica el predominio de la preocupación por la imagen.

6) **DESESPERACIÓN**: mezcla de angustia y dolor psíquico propia de las fijaciones Oral 2 correspondientes a las melancolías. Antes de la separación de la imagen y el objeto, la ausencia de éste implica el sentimiento de angustia por caída de la identificación primaria. En esta etapa los sentimientos arrasan con el Yo si no pueden proyectarse.

7) **PÁNICO**: es una forma de angustia psicótica que consiste en la fragmentación del Yo tal como se presenta en los brotes esquizofrénicos. En "Psicología de las Masas", Freud describe el pánico como el desbande de las tropas tras la caída de su referente identificatorio. En la regresión a la fijación Oral 1 se produce una caída en la anarquía prenarcisista, el autoerotismo, en el que las zonas erógenas recobran una autonomía incontrolable.

Cognitivamente la fragmentación sensorial impide la función de la segunda censura, siendo indistinguibles los productos de la imaginación y de la sensorialidad.

8) **TERROR**: es otra forma de angustia psicótica. El referente identificatorio ha caído de su posición idealizada siendo sustituido por su ejecutor. Cambiado de signo, el "**doble siniestro**", mensajero de la muerte, produce fascinación y parálisis motriz.

9) **ANGUSTIA HIPOCONDRÍACA**: se presenta en las esquizofrenias y es expresión de la retracción de la libido en el Yo y de la pérdida de discriminación cenestésica.

Parte III **PSICOPATOLOGIA PSICOANALITICA**

ESQUEMA GENERAL

Nuestra intención en esta sección es estudiar los fenómenos psicopatológicos teniendo en cuenta las matrices teóricas desarrolladas por Freud desde las primeras intelecciones del conflicto psíquico en adelante, comenzando con la tesis de 1894 en "Las Neuropsicosis de Defensa" hasta su relación con las formulaciones de la segunda teoría de la angustia en "Inhibición, Síntoma y Angustia", de 1926.

1894 <small>3</small>	Trauma <small>3</small>	Defensa	Retorno
1926	Angustia	Inhibición	Síntoma

En el estudio de las estructuras psicopatológicas las líneas de análisis pueden sistematizarse en:

1) LA TEORÍA DE LA REGRESIÓN Y LAS FIJACIONES

a) DE LAS FUENTES PULSIONALES

- 1) Erotismo Oral
- 2) Erotismo Anal
- 3) Erotismo Fálico

b) DEL YO

- 1) Yo de Realidad Primitivo
- 2) Yo de Placer Purificado
- 3) Yo de Realidad Definitivo

c) DE LAS RELACIONES OBJETALES

- 1) Autoerotismo
- 2) Narcisismo
- 3) De objeto homosexual
- 4) De objeto heterosexual

d) DE LA META PULSIONAL

- 1) Pasividad
- 2) Actividad
- 3) Ambivalencia

2) LA TEORÍA DE LOS COMPLEJOS NUCLEARES Y DE LA IDENTIFICACIÓN.

- a) Complejo de Edipo Positivo
- b) Complejo de Edipo Negativo
- c) Complejo de Castración
- d) Posicionamientos y salidas identificatorias

3) LA TEORÍA DE LAS DEFENSAS

Comenzará esta parte con un estudio de los desarrollos de afecto que ponen en marcha las defensas, y cuya emergencia éstas procuran evitar.

La teoría fue en un principio un estudio de las defensas frente a la realidad, la representación traumática y la teoría de la seducción. Después privilegió la investigación de la pulsión y de las defensas frente a ésta, retomando recién años más tarde el tema inicial.

En el artículo de 1924 "Neurosis y Psicosis" Freud desarrolla una teoría psicopatológica basada en las defensas del Yo frente a sus tres servidumbres: el Ello, el Superyó y la Realidad.

Se estudiarán, en primer lugar las defensas frente a la pulsión anteriores y posteriores a la represión. Luego las defensas frente a la realidad y por último, frente al Superyó.

4) LA TEORÍA DE LAS FORMACIONES SUSTITUTIVAS

Es base de la teoría de formación del síntoma. Para Freud distinguen los diferentes cuadros clínicos dentro de las **estructuras psicopatológicas**.

Son de dos tipos: a) **de defensa**: producciones del Yo destinadas a sostenerla, y b) **de retorno**: formaciones de compromiso que expresan el fracaso de la defensa.

INTRODUCCION

1) CONFLICTO

El concepto de **conflicto** es capital en la psicopatología psicoanalítica. La enfermedad se produce como un producto transaccional, tras la lucha entre tendencias de signo opuesto. Este producto conforma los síntomas.

Idea	Prohibición
Síntoma	

En la correspondencia con Fliess, el "Proyecto" de 1895 y los primeros trabajos psicoanalíticos se estructura la teoría que Jones llamó **Psicopatología Primitiva**. En la misma los polos del conflicto son el **recuerdo** de una situación traumática sexual y la **defensa** que pugna por olvidarlo.

La tesis de Freud afirma **la imposibilidad del olvido**. En su lugar la defensa produce una escisión de la conciencia rechazando la representación que no tolera. Esta se vuelve inconciente, como si hubiera sido olvidada, pero en realidad continúa siendo activa intentando retornar a su posición conciente. Lo consigue a medias pues es deformada por la defensa presentándose entonces como formación sustitutiva o síntoma.

Trauma ----- Defensa ----- Retorno

2) SOBRE LA TEORÍA SEXUAL

Freud se interesó tempranamente por la influencia de la vida sexual en la etiología de las neurosis a las que separó en dos grupos :

a) **Neurosis actuales:** llamó así a dos tipos fundamentales, la neurastenia y la neurosis de angustia, que consideró originadas en fallas de la actividad sexual contemporáneas de la enfermedad.

Freud obtenía estos datos con un minucioso interrogatorio clínico de estilo clásico. Recordemos que en Europa a fines de siglo se encontraba en su apogeo la teoría de las endo y exotoxinas como causa de enfermedades. Así se prescribían toda clase de curas catárticas (depurativas) a base de aguas, enemas o purgantes.

No es de extrañar que Freud pensara en el modelo de la libido con una sustancialidad capaz de enfermar por estancamiento. La toxicidad era entonces la directa consecuencia de una incorrecta o insuficiente descarga de la libido.

Esta teoría tóxica es también llamada **primera teoría de la angustia** y fue sostenida hasta 1926, cuando desarrolla la conocida como segunda.

El concepto de neurosis actual, de desarrollo teórico inacabado, ha sido reflatado en la actualidad siendo la base de los modelos explicativos de las enfermedades psicosomáticas.

b) **Las neuropsicosis de defensa:** comprenden aquellas en las que la patología se produce como una transacción resultante del conflicto entre la idea o deseo (de origen traumático) y la defensa.

El tratamiento descubierto, primero hipnótico y luego de asociación libre, había devenido en un excelente método de investigación.

En un principio, con Breuer, habían supuesto que los síntomas histéricos eran el *"...efecto persistente de traumas psíquicos; ...particulares condiciones impidieron la elaboración conciente de las masas de afecto que les correspondían y por eso se facilitaron una vía anormal en la inervación corporal"*. Las expresiones *"afecto estrangulado"*, *"conversión"* y *"abreacción"* resumen las notas distintivas de esta concepción.

Pero la profundización en la investigación de los síntomas llevaba cada vez más lejos, a vivencias traumáticas concernientes a la vida sexual del paciente pero pertenecientes a su historia infantil.

3) SOBRE LA TEORÍA TRAUMÁTICA

El concepto de trauma se origina en el concepto médico de lesión. Un traumatismo es una ruptura de tejidos, una desorganización anatómica. En sentido psicológico es un estímulo hiperintenso que desborda y desorganiza el aparato psíquico.

Como es sabido primero con el método hipnótico de Breuer y más tarde con la asociación libre la investigación de las histerias conducía al recuerdo traumático que las originaba.

Así aparecía frecuentemente un abuso sexual real, sufrido en la infancia y cometido por un adulto, generalmente allegado a la familia. A veces la responsabilidad recaía en los padres. Este trauma originaba en primer lugar un temprano despertar sexual, y luego una defensa destinada a expulsar de la conciencia el insoportable recuerdo de la seducción.

Esta teoría resultaba poco sostenible y Freud fue sospechando que el recuerdo era sólo **fantasía**. Así, en 1897 le escribe a Fliess "*mis histéricas me mienten*".

Lejos de considerar este descubrimiento como un derrumbe de la teoría sexual de la neurosis, Freud afirmó que la fantasía tenía **realidad psíquica**. A partir de este momento comenzó a investigar una causa general para esta fantasía de seducción que encontraba universal.

Este desarrollo culminó en la explicación a partir de la teoría pulsional y de la sexualidad infantil. Descubrió que ésta es propia de la infancia, per se, no requiriendo de la seducción traumática por parte de un perverso.

La teoría traumática se separa así de la fantasía de seducción y de ahí en más se articulará con el concepto de herida narcisista y el Complejo de Castración. En 1926 se vincula definitivamente con la **segunda teoría de la angustia**. Esta sería una reedición del trauma de nacimiento reactivado primero en cada caída de la identificación primaria y luego en la amenaza de castración.

4) LA FORMACIÓN DEL SÍNTOMA EN DOS TIEMPOS

Freud descubrió que el conflicto psíquico se establece **a posteriori** del trauma. Esta peculiaridad, el "tiempo de incubación", es explicada por el concepto de **resignificación**.

En el caso Catalina, por ejemplo, la paciente de niña había vivido dos situaciones relacionadas con su tío que no tenían para ella significación sexual. Pero años después, en su adolescencia, al descubrir al tío en una actitud comprometida con una muchacha, resignificó sus vivencias anteriores y comprendió bruscamente su contenido sexual.

Por un efecto retroactivo algo vivido anteriormente adquiere la cualidad de traumático al ser resignificado.

La importancia de este sistema teórico estriba en que implica una peculiar conceptualización de la temporalidad. Se trata de la **sobredeterminación** por una sucesión de escenas vividas en la pregenitalidad que han dejado su huella en la memoria, y que se convierten en patógenas por su significación a posteriori, en la pubertad.

Resumiendo:

- 1) Una escena actual da **significación** sexual a otras vividas anteriormente.
- 2) Bruscamente este conjunto de representaciones es reactivado y pasa a producir displacer en el Yo originando un **conflicto**.
- 3) La **defensa** expulsa de la conciencia a este grupo de representaciones separando la idea y el afecto.
- 4) Se produce el retorno de lo reprimido convertido en síntoma.

5) FANTASÍA

La teoría de la libido trastocó la anterior teoría de la seducción. En "Tres ensayos" (1905) las vicisitudes pulsionales perverso polimorfas de la infancia producen una matriz fantasmática. Esta se manifiesta primero como ensueños diurnos y más tarde, tras su represión, como **fantasía inconciente**.

La idea esencial de la obra es que los sueños tienen "un sentido" (deutung) interpretable, como realización de deseos.

En síntesis:

- 1) Como efecto de la represión, los deseos han quedado registrados en el inconciente.
- 2) Al dormir se produce un relajamiento de la censura.
- 3) El contenido manifiesto del sueño es un producto transaccional, una formación sustitutiva.
- 4) En la "elaboración onírica" el contenido manifiesto se produce por condensación y desplazamiento de restos diurnos a los que se transfirió la carga del deseo sexual reprimido. Constituye un disfraz que permite el retorno de lo reprimido.
- 5) **La teoría psicopatológica:** de un modo similar los síntomas se explican como realizaciones sustitutivas de deseo, sorteando la represión.

Camino progresivo: Resto diurno ___ Elab. Secund. ___ Cont. Manifiesto

Camino regresivo: Factor Actual ___ Reactivación Deseo Infantil

Ú

³ **Tópica** : Al inconciente reprimido

³

REGRESIÓN ³ **Temporal** : A los recuerdos más tempranos

³ **Formal** : A la forma alucinatoria

A

Los sueños y los fenómenos de la vida cotidiana como los lapsus y los actos fallidos están conectados con el **síntoma** a partir de su sentido interpretable. Este da cuenta:

- a) De la existencia del inconciente.
- b) Desde la teoría económica, del problema de las magnitudes de excitación que no consiguen una descarga eficaz. El síntoma es, entonces, una **descarga sustitutiva**. Es una teoría similar a la del sueño. Si el proceso inconciente accediera a la conciencia el síntoma desaparecería.
- 6) En el sueño el cierre del acceso a la descarga motriz impulsa a un camino **regresivo**.

En la neurosis también hay un impedimento a la descarga, por el conflicto con el Yo. La represión es condición de la producción de síntomas y la **regresión** se dirige a la sexualidad infantil, perversa y polimorfa.

En consecuencia son reactivadas las fijaciones, como organizaciones sexuales infantiles correspondientes a cogniciones claves a partir de situaciones tanto erotizadas como frustrantes, que significaron magnitudes de excitación intensas, imposibles de procesar. La regresión neurótica se dirige a los objetos incestuosos, las organizaciones sexuales y las pulsiones parciales que marcan los hitos de la historia libidinal del Sujeto.

COMENTARIO A "LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA"
(1894)

Podemos decir que con este trabajo, Freud funda la psicopatología psicoanalítica. Son antecedentes de él Breuer y Janet. Coincidieron en la investigación de la conciencia en las histerias, en las que planteaban que se producía una disociación que explicaban como **conciencia escindida**. Observaban fenómenos alternantes: unos de contacto con la realidad y otros ajenos al control consciente.

EL ESTRECHAMIENTO DE LA CONCIENCIA

Janet estudió las histerias, observando los estados **crepusculares**, de confusión, que se producen cuando la paciente sufre una perturbación psíquica, generalmente a consecuencia de una situación traumática. Estos estados también se describen en las epilepsias, en los cuadros neuróticos compulsivos y en algunos "transgresores" como los cleptómanos. La conciencia se estrecha alrededor del acto automático o de la situación traumática.

Para Janet la conciencia es un campo de objetos, que consiste en todo lo que es posible percibir en un momento dado. El campo está iluminado por la atención y en el centro está el foco. El afirma que en determinadas circunstancias, el campo se estrecha.

Conciencia Segunda

Estrechamiento de Conciencia

Al producirse el estrechamiento, quedan fuera de la conciencia normal ciertos objetos y se genera la **conciencia segunda o estado segundo**.

Según Janet estos fenómenos se producen por situaciones extremas, pero se los observa también ante causas menos graves, **si la coherencia constitucional de la conciencia está debilitada congénitamente**. Ciertas personas tienen una mayor facilidad para escindir la conciencia y producir estos estados cada vez que su Yo se ve superado.

Los objetos que quedan fuera del campo forman el **subconciente**. Para Janet la base genética es una endeblez innata, del tipo de una **lesión** en la coherencia de la conciencia, que no puede abarcar todos sus contenidos.

En cuanto a Breuer, utilizaba la hipnosis. En ese momento ésta estaba poco prestigiada, a excepción de algunos centros como el de Bernheim en Nancy. Se sabía que las personas que recibían una orden post hipnótica, la cumplían más tarde sin recordar el porqué y daban una explicación banal. ¿En qué lugar había quedado la orden, si no la recordaban?. Evidentemente no en la conciencia, pero, ¿en qué otro lugar?. La orden, desde este "otro lugar" producía efectos, esto significaba que se producía una **segunda conciencia eficaz**.

ESTADOS HIPNOIDES

Breuer pensó que si una orden post hipnótica es eficaz, de un modo similar, pueden serlo percepciones o mandatos que quedan fuera de la conciencia provocando síntomas. Esto estaría originado por un estado hipnoide, en el que el acontecimiento habría sido expulsado del sensorio, como cuando se olvida la orden del hipnotizador.

Para la cura, entonces, deberían ligarse los fragmentos escindidos a fin de que la conciencia lúcida pudiera abarcar los contenidos de la segunda. Mediante un acto hipnótico, provocando la abreacción, se reproduciría la conexión perdida. Para que la paciente pudiera recordar en lugar de producir un síntoma, era necesario rehipnotizarla.

Breuer expuso a Freud su experiencia. Este asistió luego en Francia a la sala de Charcot, y a su regreso comenzaron a trabajar en colaboración. De este modo surgieron su "Comunicación Preliminar" así como "Estudios sobre la Histeria".

Para Freud también se produce una escisión, pero expone una teoría diferente a la de la conciencia segunda o hipnoide. Supone la producción de algo distinto a la conciencia misma; una instancia psíquica hasta entonces desconocida que denominó Inconciente.

Señala que las **neurosis traumáticas** pueden tener un tiempo de incubación. La histeria puede ser traumática, pero alejada en el tiempo del momento en que se originó. En las verdaderamente traumáticas hay una inmediatez causal.

En la histeria el trauma no se recuerda, por eso Freud propone investigarlo. La enfermedad se relaciona con algo olvidado que pertenece a un tiempo muy anterior, y que ha sido resignificado a posteriori.

Tanto Janet como Breuer en sus desarrollos teóricos ponen énfasis en lo constitucional, afirmando estrechamientos de la conciencia el primero y estados hipnoides el segundo, en los que a consecuencia de la intensidad traumática la conciencia se disocia.

LA DEFENSA ACTIVA

Freud en cambio investiga un mecanismo de defensa activo frente a un contenido traumático de la conciencia.

Quien pone en juego esta defensa activa es el Yo, por lo tanto Freud se ve en la obligación de proponer la existencia de un **aparato psíquico** para las líneas de fuerza que componen el conflicto. El Yo debe tener algún lugar al que enviar los contenidos intolerables. Este va a ser **el Inconciente**.

Pero aquello de lo que se defendió el Yo, continúa siendo permanentemente **eficaz** procurando retornar a la Conciencia. Para poder hacerlo y sortear las defensas, es deformado por ellas mismas como transacción. Esta es la formación sustitutiva, un compromiso entre el contenido inconciente y la defensa. Una de sus formas es el síntoma.

Así, en el caso de los deseos sexuales en conflicto con la conciencia moral, el Yo impide su acceso a la Conciencia. A diferencia de las teorías de Janet y Breuer, Freud postula:

- 1) una **defensa activa** frente al trauma.
- 2) la formación de un grupo psíquico separado, **el inconciente**, con leyes propias de funcionamiento.
- 3) **el retorno de lo reprimido** como causa inmediata de la enfermedad.

SEXUALIDAD INFANTIL

El concepto de trauma sexual le significó a Freud numerosos problemas. Sus pacientes histéricas relataban haber sido expuestas a abusos durante su niñez. Después de un tiempo, Freud advirtió que "sus histéricas le mentían", que estas historias formaban parte sólo de su **realidad psíquica**. Pudo comprobar que ellas habían sentido deseos sexuales hacia sus padres, sin que éstos las hubieran seducido.

La teoría de la seducción se continúa con la **Teoría pulsional**, ya en 1905. Para esto Freud rompe los conceptos vulgares de sexualidad que la asocian con genitalidad y produce ideas totalmente nuevas como **la libido como energía sexual psíquica** y la **teoría de la organización sexual infantil**.

Freud adscribió entonces a los deseos sexuales infantiles el determinismo que anteriormente había adjudicado a la seducción. En la complejización teórica del psicoanálisis, el trauma sexual es reemplazado por lo edípico, por los **complejos nucleares**.

Estos son de **necesidad psíquica**, lo cual significa que no son contingentes, y que aunque varíe la historia individual se producirán siempre, es decir, son universales.

En cuanto al lugar teórico del trauma, sobre todo al introducir la teoría del narcisismo, también se complejiza. La amenaza de castración implica el riesgo de la reproducción de un dolor original insoportable y para evitarlo se produce la defensa. **El trauma es estructurante del aparato psíquico**, como veremos más adelante.

"TRES ENSAYOS PARA UNA TEORIA SEXUAL"

Comentario

Esta obra fue publicada en 1905 con el fin de demostrar la existencia de una sexualidad infantil universal. Posteriormente, en otras ediciones, Freud adicionó agregados y notas al pie de página que mantuvieron su actualidad.

Como sabemos, en los medios científicos de Viena en los que se movía Freud, la teoría traumática sexual de la histeria había provocado rechazos. Estos fueron tanto o más intensos con la teoría sexual infantil.

Cuando Freud investiga la sexualidad infantil señala que ésta se rige exclusivamente por el principio del placer, a diferencia de la adulta más orientada hacia la reproducción.

Comienza con las diferencias entre la sexualidad de los niños y la adulta. Investiga, describe y estudia las fases de la evolución psicosexual y encuentra en las perversiones un modelo adulto para el conocimiento de la sexualidad infantil, a la que describe como perverso polimorfa.

La principal innovación para la psicopatología es señalar que las neurosis implican la **regresión** a alguna fase de la evolución psicosexual en la que quedaron **fijaciones**. Afirma que las neurosis son **el negativo de la perversión**.

PULSIONES PARCIALES

Freud comienza a estudiar las perversiones afirmando que son resabios de la sexualidad infantil (regresiones) que se manifiestan como impulsos al acto, sin represión.

Señala que tanto en la perversión como en la neurosis el deseo es el mismo. La diferencia es que en la primera no funciona la represión, y aparece manifiestamente el deseo perverso, que en la neurosis se oculta tras el síntoma.

Freud habla de pulsiones parciales porque éstas se satisfacen primero en sus propias fuentes, es decir, en las zonas erógenas mismas, aisladas entre sí (autoerotismo). Posteriormente, arribada la unificación narcisista, una pulsión predominante implicará un resto de voluptuosidad sustraída a la totalidad.

Más tarde estas pulsiones parciales van a ser integradas a la pulsión genital totalizadora, en calidad de placer preliminar. Son pulsiones que en su descarga no producen el equilibrio del aparato psíquico sino que lo van tensionando, preparando una descarga final.

El beso, por ejemplo, pulsión parcial oral, forma parte del placer sexual preliminar, y su descarga carga el sistema exigiendo la meta genital. Las pulsiones parciales aluden a fragmentación y su actividad sexual es el autoerotismo. Constituyen puntos de fijación.

Al hablar de autoerotismo, tenemos que retomar el concepto de pulsión. Sabemos que ésta tiene una fuente, un fin y un objeto. En el autoerotismo la fuente (zona erógena) y el objeto coinciden pues la pulsión se satisface en sí misma "... *los labios que se besan a sí mismos*".

Las pulsiones sexuales se apuntalan en las de autoconservación. En 1895 Freud señala cómo el llanto del bebé es al principio una descarga automática, que al ser interpretada por el auxiliar, se convierte en llamado. **El automatismo pasa a convertirse en acción específica.**

Cuando el bebé aprende que su llanto provoca un auxilio, esa descarga se convierte en un lenguaje, una demanda. De estos hechos queda una huella mnémica, que Freud explica como facilitación entre representaciones.

Esta facilitación es el camino para repetir la primera vivencia. Una vez que cesó el hambre porque el pecho lo alivió, la huella queda instalada.

En realidad, antes de la acción específica va a utilizar otros mecanismos para repetir la vivencia de satisfacción: en primer lugar alucinarla. Este es el camino más corto para el deseo.

Pero **el hambre no cesa con la alucinación** y, por el contrario, la decepción es traumática. Necesita el pecho real y por esto se va produciendo un **Yo de Realidad** capaz de distinguir entre la imagen del recuerdo y la de la percepción.

Es interesante señalar que el sistema freudiano contradice la filosofía clásica, en el sentido de que **la satisfacción es anterior al deseo**, y es causa del mismo.

FRUSTRACIÓN

El concepto de frustración implica siempre una decepción respecto de la expectativa de satisfacción del deseo, pues éste demanda la reproducción del placer conocido.

APERTURA DE LAS ZONAS ERÓGENAS

Su instalación es concomitante a la aparición del deseo. Con respecto a su fundación, Freud dice que existen en el organismo dos periferias: una interna y otra externa.

La interna está constituida por los bordes de órgano y la externa por la piel. En determinados lugares existe una comunicación a través de orificios entre ambas periferias, estos puntos están revestidos por mucosas.

Recordemos que el aparato psíquico tiene un equilibrio inestable con una permanente circulación de energía y que cuando ésta aumenta debe descargarse, pues la tensión se hace intolerable. El aumento de tensión se debe a que en los órganos internos se producen estímulos como el hambre, que cargan dolorosamente con perentoriedad, al aparato.

Freud explica que el aparato psíquico tiene un polo sensorial y otro motriz. Por el primero se va cargando produciéndose una tensión displacentera que exige la descarga, y ésta se acompaña de una sensación voluptuosa en la conciencia. El principio de placer comienza en realidad con la evitación del displacer.

El aparato psíquico tiende a la respuesta refleja de huida frente al dolor. Por ejemplo ante una luz que lo encandila cierra los ojos. Pero esto es válido frente a los estímulos externos. De los internos, como el hambre, no puede escapar porque son constantes, y su alivio depende de un suministro auxiliar, en este caso el pecho.

Esta posibilidad o imposibilidad de huida es lo que va a permitirle al Yo de Realidad Primitivo una primera diferenciación entre una **interioridad** que le resulta displacentera y una **exterioridad** que le es indiferente.

El estímulo endógeno, interno, es constante y displacentero. Sólo se alivia cuando aparece desde afuera la acción del auxiliar: la leche, el pecho. El estímulo se convierte en específico y el hambre se **proyecta** hacia la boca, donde aparece el elemento exterior agente del alivio.

Allí donde se dan los encuentros repetidos entre el estímulo interno y el externo, en los puntos de confluencia, se produce la proyección constitutiva de la **zona erógena**.

Esto es válido para todas aquellas partes del cuerpo donde se repiten cuidados y en las que existe contacto entre interioridad y exterioridad. Como sucede en la boca, el ano, y los genitales, el auxilio corporal cumple una **función de seducción** necesaria y fundante de la erogeneidad.

CONCEPTO DE FIJACIÓN

La teoría de la fijación psicosexual es el complemento indispensable de la teoría de la regresión. Las fijaciones se producen por factores ambientales y constitucionales.

Ambientales: Excesiva frustración (abandono, violencia, desamor).
Excesiva gratificación (trauma de seducción, sexualización precoz).

Constitucionales: Adhesividad de la libido.

En el camino progresivo del desarrollo psicosexual estos factores se articulan para producir la fijación correspondiente a las distintas organizaciones sexuales.

PROYECCIÓN INICIAL Y LIBIDO DE ÓRGANO

La producción de la zona erógena implica la proyección del órgano hacia el encuentro con los estímulos externos. Estas proyecciones de dolores, pequeñas molestias corporales y cenestesias cotidianas van construyendo una representación del cuerpo en el aparato psíquico. Las primeras proyecciones no son defensivas, sino fundantes de la exterioridad.

Fallas en ellas pueden dar lugar a puntos de fijación de la libido de órgano, anteriores a la apertura de las zonas erógenas. Esta es una de las teorías actuales de la enfermedad psicósomática como la imposibilidad de metaforizar el cuerpo.

Por ejemplo, el bronquio se estrecha y el asmático siente asfixia, algo no pensable se transforma en lesión. La fantasía no puede dar cuenta de las partes del cuerpo convertidas en puntos de meiotragia (disposición a la enfermedad).

EROTISMO ORAL

En 1905 Freud señaló que la función nutricia despertaba una gratificación sexual primaria vinculada a la succión, y que la actividad autoerótica tendía a la repetición de dicha gratificación.

Atribuyó a un factor constitucional la existencia de un fuerte erotismo oral aún en otras etapas de la vida como se observa en quienes *"se inclinan por besos perversos"...* o *"tienen motivo poderoso para beber y fumar"*.

La importancia de la oralidad consiste también en que al llegar al período de latencia estas pulsiones proveen la energía para:

a) los sentimientos sociales.

b) la creación de diques sexuales como el asco a través de la represión y formaciones reactivas.

En 1915 Freud agrega que en la fase oral el fin de la pulsión es *"incorporar el objeto"*, un prototipo de la identificación.

En "Pulsiones y sus destinos" señala para el amor oral la meta ambivalente de destruir el objeto.

En "El Yo y el Ello" dice que la **identificación** *"representa una regresión al mecanismo de la etapa oral"* que contribuye de modo importante a la formación del carácter y del Superyó.

En "El Problema Económico del Masoquismo" señala que *"el temor de ser comido por el animal totémico (el padre) es atribuido al masoquismo erógeno en su fusión con los impulsos libidinales de la etapa oral"*.

El erotismo oral además interviene en las teorías sexuales infantiles potencialmente patógenas relacionadas con **fobias**. El temor a los animales que muerden implica pulsiones no orales que se expresan regresivamente en *"el lenguaje pulsional oral"*.

ORAL 1

Corresponde cognitivamente todavía a la indiscriminación Yo-no Yo. Recién se está produciendo una representación cuerpo que aún debe conquistarse como propia. (El esquizofrénico cree que él es la alucinación de otro, que su cuerpo es pensado y proyectado por otro).

No habiendo surgido aún el principio de realidad las imágenes sensoriales no son discriminables de la alucinación y esta última decepciona traumáticamente al Yo. Este es **sujeto** de las pulsiones de autoconservación, pero está posicionado como **objeto** en el vínculo con el otro indistinguible de sí.

Podemos suponer por tanto que las frustraciones actúan cambiando el signo del **doble**, modelo identificatorio, que asociado al dolor se convierte en "umheimlich", (**siniestro**). Este es incapaz de sostener la identificación primaria y de soportar la proyección de los desarrollos de afecto.

El Yo se desintegra fácilmente pues está oscilando entre un principio de organización y la fragmentación. La regresión a esta fijación se relaciona con esquizoidías y esquizofrenias.

El Yo predominante es el de Realidad Primitivo, modelo radial del autoerotismo, al que la realidad le es **indiferente**.

El Yo de Placer Purificado está en proceso de desarrollo a partir de la aparición de una intersticialidad tegumentaria entre las zonas erógenas. Esta se producirá con el predominio de la oralidad y abrirá camino al pase del autoerotismo al narcisismo.

ORAL 2

Corresponde a un desarrollo más complejo en el que parecen predominar los estados afectivos. La realidad ya no es indiferente en la medida en que es fuente de placer.

En la cognición del sí mismo se constituye la percepción del cuerpo articulando impresiones sensoriales distintas. Este ensamble sensorial es base del **sentido común** que permitirá discriminar entre alucinación y percepción.

La identificación se sostendrá en base a **rasgos afectivos**. Requiere la presencia del otro como continente afectivo. Esta fase sigue el modelo de la **devoración**, es decir, la incorporación masiva del objeto en el Yo. Las regresiones a esta fijación se relacionan con los caracteres depresivos y las melancolías.

PSICOPATOLOGÍA

Freud señaló que las histerias presentaban una fijación, fálica de la libido, pero oral del Yo. En el caso Dora vinculó la tos nerviosa, como síntoma, con fantasías de gratificaciones sexuales por vía oral. Refirió también que pacientes vomitadoras, con constricción en la garganta, anorexias, etc., sufren como consecuencia de actividades infantiles de succión reprimidas.

En "El Hombre de los Lobos" sus trastornos alimenticios daban cuenta de una regresión a tendencias homosexuales pasivas. La fantasía de ser comido por el lobo implicaba fijaciones orales con su meta en la devoración.

Freud y Abraham comparten el descubrimiento de vincular la melancolía al erotismo oral. El primero agregó que la regresión puede llegar a una introyección e identificación narcisista muy grave con negativismo en la alimentación, siendo este caso una "*regresión a la fase oral narcisista de la libido*". (Duelo y Melancolía, 1917).

EROTISMO ANAL

El erotismo anal se menciona por primera vez en la correspondencia de 1897: "*Un día leí que el oro que el diablo daba a sus víctimas se convertía generalmente en excrementos*" y más tarde en otra carta se refirió a un erotismo de la zona anal que daba lugar a formaciones reactivas especialmente asco a los olores y agregó:

"... las zonas que dejan de librar sexualidad en los seres humanos normales y maduros deben ser el ano, la boca y la garganta ... en los animales conservan su poder pero en los seres humanos lo que resulta son perversiones".

En "Tres Ensayos..." dice "los niños que hacen uso de la excitabilidad erógena anal se traicionan al retener sus heces hasta que su acumulación provoca contracciones musculares violentas y su paso por el ano produce una estimulación intensa de la mucosa. Al hacerlo no sólo provoca dolor sino sensaciones placenteras."

Este erotismo implica la defecación, los excrementos, la masturbación anal y la inversión. En "El Carácter y el Erotismo Anal" lo vincula con el **orden**, la **avaricia** y la **obstinación**.

Dice Freud "los impulsos sádicos y anales llegan a ocupar indudablemente un primer plano en una etapa que se conecta con la aparición de los dientes, el fortalecimiento del aparato muscular y el control de la función de los esfínteres"

Y agrega, siguiendo a Abraham: "... en esta fase pueden diferenciarse dos etapas. La primera está dominada por tendencias destructivas de exterminio y pérdida, la última por tendencias amistosas de conservación y posesión de **objeto**. En la mitad de esta etapa aparece por primera vez la consideración por el objeto como precursora de una carga erótica posterior". (Conf. 1933).

Los fines pulsionales se describen como antítesis "entre las tendencias con un **fin activo** (sádico) y con un **fin pasivo** (masoquista) que corresponden respectivamente a la masculinidad y la femineidad. Esto es lo que Bleuler describe con el término certero de **ambivalencia**."

En "El Hombre de los Lobos" ya había señalado la ecuación simbólica **heces-niño-pene** diciendo "... el amor de una persona a su propio pene, que en otros aspectos es narcisista, no está despojado de un elemento de erotismo anal. El excremento, el niño y el pene forman así una unidad, un concepto inconciente, de algo pequeño que puede separarse del cuerpo".

De la misma serie de investigaciones deduce Freud que el primer significado que el niño asigna a las heces se acerca más al de **regalo** que al de oro o dinero.

Uno de los más importantes esfuerzos de la latencia es la lucha contra la tentación de masturbarse y señala Freud que "esta lucha produce síntomas ... en los diferentes individuos con carácter de ceremonial ... la sublimación de los componentes erótico anales desempeña un importantísimo papel" (1926).

En "El Malestar en la Cultura" dice que la compulsión a la limpieza se origina en la urgencia de librarse de excrementos "éstos no provocan disgusto a los niños, les son valiosos, como partes de su propio cuerpo que se han desprendido de él" y agrega:

"La diferencia que separa lo normal de lo anormal puede residir únicamente en la fuerza relativa de los componentes individuales del instinto sexual y en el uso que se les da en el curso del desarrollo".

ANAL 1

En lo esencial corresponde al predominio de la actividad muscular. El otro es **espejo** de este desarrollo de las destrezas motrices. Se relaciona entonces con el pasaje de lo pasivo a lo activo. En esta etapa se produce la contradicción entre la erogeneidad pasiva de la ampolla rectal y la activa de la musculatura.

En el juego del carretel el niño hace activamente lo que sufrió pasivamente. En su trabajo sobre la homosexualidad femenina Freud estudia estas actuaciones como "afán de venganza".

Cognitivamente se organiza la **imagen**, como soporte identificatorio complejo. La imagen puede separarse del objeto, ser su representante en ausencia, camino al simbolismo y seguir un destino distinto y hasta contrario.

En "El Hombre de los Lobos" explica Freud el "**punto de vista de la pulsión**". En aquel caso la regresión estaba destinada al borramiento de diferencias, lo que puede lograrse operando con imágenes o sobre rasgos aislados como en el uso de fetiches.

El Yo predominante es el de Placer Purificado, aliado de la pulsión y en conflicto con la realidad.

La fijación a la fase Anal 1 se relaciona con las caracteropatías impulsivas, con predominio de la acción sádica o masoquista, las perversiones en general y, por proyección, con las paranoias.

ANAL 2

Se caracteriza también por el predominio de la musculatura, pero en función retentiva y controladora del objeto. La percepción del control sobre las heces es organizadora de una primera **relación objetal**. Puede reconocer la existencia de un otro distinto que tiene su propia autonomía, al que necesita mantener bajo control.

El Yo predominante es el de Realidad Definitivo, ya capaz de oponerse con eficacia a la pulsión. Las fijaciones se relacionan con la **neurosis obsesiva**.

EROTISMO FALICO

En "Tres Ensayos..." Freud señaló la zona erógena fálica como la de mayor importancia para el futuro. En la niña el clítoris es la zona erógena correspondiente por lo que su sexualidad es de tipo masculino *"las actividades autoeróticas son las mismas en ambos sexos"*.

Y agrega que los niños *"suponen que todos los seres humanos tienen el mismo genital"*. Al descubrir la diferencia sexual anatómica se producen dos reacciones distintas: en el varón el **Complejo de Castración** y en la niña la **envidia al pene**.

En "La Organización Genital Infantil" de 1923, ubica al erotismo fálico como posterior dentro de la secuencia conocida oral y anal, señalando: *"para ambos sexos cuenta un sólo genital, el masculino. En consecuencia, lo que existe no es una primacía de los genitales, sino una primacía del falo"*.

En cuanto a los fines pulsionales dice que *"las excitaciones están vinculadas a impulsos que el niño no puede explicarse ... urgencias de hacer algo violento ... romper o abrir un agujero en alguna parte ... sus deseos culminan en la intención de tener ... o procrear un niño"*.

Para Freud entonces los fines no pasan sólo por la penetración sino por **fantasías de engendrar**. Pueden manifestarse en formas activas o pasivas. Estas últimas son en el varón la base del Complejo de Edipo negativo. Una ofrenda a la penetración del padre como así también tendencias a ser masturbado por otras personas.

En las niñas no es distinto. Agrega Freud que sus fantasías se centran en la **"madre fálica"** es decir, la madre dotada de pene. Si bien se arrima a la femineidad al acercarse al padre, la vagina sustituye al clítoris sólo en la pubertad. Como sucesor de su deseo de pene, se instituye fuertemente el deseo de un bebé.

Los objetos del erotismo fálico son los del Complejo de Edipo y la masturbación sensu estricto no es totalmente autoerótica por las fantasías edípicas que la acompañan.

Esta fase es reemplazada por el período de latencia tras la desintegración del Complejo, que Freud atribuye fundamentalmente al Complejo de Castración en el varón.

Al erotismo fálico se asocian otras pulsiones parciales como el exhibicionismo y la escopofilia. Esta fase se acompaña de una intensa curiosidad sexual.

Las fijaciones se relacionan con las **histerias**, de conversión y de angustia. Para esta última Freud describió una subfase **fálicouretral**, relacionada con pulsiones de ambición, y cognitivamente con la lógica de contigüidad.

COMENTARIO A "RECUERDO, REPETICION Y ELABORACION"

En este trabajo, de 1914, Freud menciona por primera vez el concepto de **compulsión de repetición**. Este es de gran importancia para la psicopatología. Tiene un antecedente en el epílogo del caso Dora -1905 - cuando señala como *"toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado sino como vínculo actual con la persona del médico"*.

Con este concepto Freud define un **impulso a la actuación** de contenidos mnémicos que no pueden convertirse en recuerdo conciente. Las actuaciones son por lo tanto actos de retorno de lo reprimido que el analista puede descifrar.

En 1920 retoma el problema de la repetición señalando que ésta "*devuelve también vivencias pasadas que no contienen posibilidad alguna de placer*". Sobre todo le llama la atención la tendencia a repetir experiencias displacenteras tras neurosis traumáticas.

La repetición es conceptualizada como pulsión de muerte, a la que adscribe también la agresión, el masoquismo primario y la tendencia a la defusión pulsional. Sus descargas las regula el principio de inercia.

En oposición, las pulsiones sexuales, reguladas por el principio de placer, y las de autoconservación, por el de constancia, forman parte de Eros. Pulsión de vida y tendencia a la fusión pulsional.

En este trabajo las actuaciones repetitivas parecen formar parte de aquellos fenómenos que Freud estudió como **producciones de la memoria sustitutivas del recuerdo**: síntomas, sueños, actos fallidos, transferencias, recuerdos encubridores y retornos de lo reprimido en general.

Desde sus primeros trabajos tendió a categorizarlos como formaciones de compromiso, es decir, como productos mnémicos transaccionales insusceptibles de cognición hasta su traducción a recuerdo verbal conciente. La sustitución del recuerdo se debía a su carácter traumático y su cualidad displacentera para el Yo moral.

La palabra **recuerdo** aparentemente fue usada por Freud, a veces como sinónimo de memoria o de contenidos de la misma. En rigor, de una lectura cuidadosa parece surgir que el concepto de recuerdo es menos genérico y más complejo, implicando un acto de memoria elaborado por el proceso secundario a partir de ligaduras entre las huellas mnémicas y las correspondientes representaciones verbales preconcientes en estado de aceptación de investiduras. Constituye el más elevado producto de la memoria y su reconstrucción es el objeto de la cura. Es la forma en que la memoria accede cognitivamente a la conciencia, superada la represión.

FIJACIONES DEL YO

El estudio del Yo en la obra freudiana está más fragmentado que el de la pulsión debiendo atravesarse varios textos. Lo que ocurre es que aplicó al mismo diferentes teorías en distintos contextos:

Pentágono del Yo

Atravesando estas vertientes teóricas, estudiaremos distintas organizaciones "Yo" que Freud describió evolutivamente sucesivas y a las que existen fijaciones y regresiones.

En general para Freud la regresión del Yo es paralela a la psicosexual con una sola excepción: la histeria. En esta neurosis la libido hace una regresión a la etapa Fálica y el Yo a la Oral.

AUTOEROTISMO

Freud tiene dos teorías al respecto. Primero, como **función**, es la actividad sexual característica del narcisismo, cuando la fuente pulsional coincide con el objeto.

Segundo, como **momento evolutivo**. Se trata del período inmediatamente anterior al narcisismo, preobjetal, previo a la unificación de las zonas erógenas. Implica una satisfacción anárquica de las pulsiones parciales.

NARCISISMO

En el sentido que nos interesa para la teoría del Yo, recordamos que en 1914 Freud afirma que para formarse un Yo es necesario un "*nuevo acto psíquico*". Esta teoría supone el pasaje desde el autoerotismo, desorganizado y fragmentado, a una organización unitaria de las zonas erógenas.

La organización pulsional que da lugar al Yo del narcisismo es el "*nuevo acto psíquico*", cuyo soporte es un tipo de pensamiento inconsciente que Freud llama **identificación primaria**.

Se produce entonces un cambio en la teoría pulsional, la actividad autoerótica que antes se satisfacía en sus fuentes lo hace ahora sobre un objeto. Hay un "si mismo", una representación de si. El Yo se ofrenda como objeto de amor de las pulsiones parciales.

Sintetizando, el narcisismo implica la aparición del objeto para la descarga pulsional, un objeto de amor diferente a la fuente misma. Este primer objeto es el Yo. Este y su funcionamiento tienen gran importancia cuando estudiamos sus regresiones y abordamos la clínica de las patologías narcisistas.

En el narcisismo el placer de una determinada zona erógena ya tiene que ver con el bienestar de todo el Yo. En realidad hay amor por objetos exteriores, que todavía no son distinguibles del Yo, y sólo existen como tales para un observador externo.

Freud estudia en primer lugar el **Yo de Realidad Primitivo**, del autoerotismo, en segundo el de **Placer Purificado** que es el del narcisismo, y en tercero el **Yo de Realidad Definitivo**, que ocupa el lugar de Yo oficial.(1915)

YO DE REALIDAD PRIMITIVO

Es capaz de distinguir con bastante objetividad entre los estímulos internos que le resultan displacenteros y el mundo exterior que le es **indiferente**.

Este Yo percibe cantidades y ritmos. Freud afirma que la **cantidad** se percibe mucho antes que la **cualidad**. Una expresión de la cantidad pura es la repetición, regulada por el **principio de inercia**, inherente a la pulsión de muerte. Por eso dice que la pulsión de muerte es primordialmente anterior a la pulsión de vida, al Eros.

Recordemos que para que aparezca el deseo es necesario pasar por la experiencia de satisfacción, y luego de ésta se tiende a la repetición de la vivencia placentera. Esta búsqueda de una repetición es anterior a que exista "algo" que repetir, la repetición misma es un principio del aparato psíquico.

Otro punto es que este Yo es sujeto de las pulsiones de autoconservación y de los **automatismos** biológicos. Lo primero que ocurre, aún antes de la vivencia de satisfacción, es el grito, que es una pura descarga cuantitativa, no cualificada.

Este Yo se relaciona con las fallas de las proyecciones primordiales y la fijación a la libido de órgano que mencionamos en la disposición a las enfermedades psicósomáticas.

Resumiendo: el Yo de Realidad Primitivo tiene la función de fundar una exterioridad, a partir del mecanismo de fuga. Mediante la descarga motriz discrimina un adentro y un afuera. La realidad le es indiferente.

ESQ Yo RP

El modelo es radial. En el material clínico de pacientes esquizoides se observa la referencia a puntos espaciales por los que deben pasar para reorganizarse, del mismo modo que en el pensamiento deben remitirse a estereotipias o vervigeraciones que cumplen dicha función en el decir o el hacer.

YO DE PLACER PURIFICADO

Aparece a partir de la unificación narcisista. El mundo exterior ya no es indiferente, sino hostil en tanto fuente de displacer, o incorporado en tanto de placer. Esto es característico del narcisismo. Lo único importante para el Yo de Placer Purificado es la satisfacción del deseo. Y la va a realizar por el camino más corto y fácil: si puede alucinar, lo hace. Sólo busca sentir placer.

Este Yo sólo acepta aquello que distingue como beneficioso, bueno y placentero. Cuando no atribuye esta cualidad produce un **rechazo a la percepción**. Lo bueno es declarado existente, y lo malo inexistente. Es expulsado del campo de la percepción.

Para el Yo de Placer coinciden el juicio de atribución y el juicio de existencia.

Este Yo es aliado de la pulsión, y sus defensas se orientan hacia la realidad, porque ésta pone límites a la satisfacción pulsional. Freud usa para entenderlo el modelo del escupir del bebé: lo que le gusta lo traga, lo que no lo escupe, lo **proyecta**. Esta es ya una **proyección defensiva**.

Ahora bien, para realizar esta función es necesario que este Yo pueda cualificar a la percepción. Debe probar el bocado para saber si le gusta o no. Es decir, un **juicio de atribución** debe decidir el carácter placentero o displacentero de la percepción. Este responde a dos tipos de pulsiones: si se trata de las sexuales el juicio va a ser **bueno o malo**, (placentero o displacentero), si se trata de las de autoconservación el juicio va a ser **útil o perjudicial**.

Este juicio hace que el Yo le de vía libre a la percepción, en caso de ser placentera, para ser juzgada como existente. Y en caso contrario, rechazarla.

Poder aceptar una realidad, aunque sea desagradable, es una conquista del desarrollo psíquico. El aparato tiene que ganar evolutivamente la posibilidad de tolerar una verdad dolorosa. Al principio sólo se acepta lo agradable, lo placentero.

Este Yo es el del narcisismo: importante, grandioso, omnipotente e idealizado, poderoso, capaz de eliminar un displacer con sólo rechazar la percepción.

El Yo de Placer Purificado es más complejo que el anterior que sólo percibía ritmos y cantidades. La cualificación se hace efectiva mediante el juicio de atribución. Como correlato clínico, en un paciente narcisista, podemos observar que de lo displacentero siempre culpa a alguien, mientras que si le sucede algo bueno cree que es porque lo merece. No conoce el agradecimiento a un otro.

Este Yo de Placer Purificado exige constantemente ser atendido, y reclama perentoriamente que se satisfaga la pulsión. No puede frenarla porque es su aliado. Esto no significa que deje de ponerle límites, pero no se originan en sentimientos de culpa, sino en maniobras del Yo destinadas a evitar el dolor por castigo social o frustración. Estas estrategias son defensas muy distintas a la represión, porque implican consumación del deseo, aún a costa del si mismo.

Es decir, el reclamo de placer implicará defensas mediante ajustes a la realidad, pero que todavía no son represivas porque no existe un Yo capaz de oponerse a las pulsiones.

En esta etapa se privilegia defenderse de las percepciones antes que de las pulsiones. Por eso estas fijaciones no dan lugar a neurosis, sino a organizaciones patológicas narcisistas, con el predominio de errores cognitivos graves.

Por ejemplo, en las perversiones, el Yo de Placer no acepta la percepción de la diferencia sexual anatómica porque la falta de pene en la mujer hace creíble el peligro de la propia castración.

Vemos entonces que el Yo de Placer usa de un modo privilegiado defensas frente a la realidad. Dado que todo aquello de lo que el Yo se defiende, en algún momento tiende a retornar, no sólo hay retorno de lo reprimido, sino también de aquellas impresiones sensoriales tempranas que fueron rechazadas por displacenteras.

Entonces se reconoce el sentido tardíamente para una percepción que tempranamente se desestimó. El Yo de Placer Purificado **desestima** una percepción y años después la **resignifica** cuando retorna, por ejemplo, en forma de **alucinación**.

Las desestimaciones son normales en determinados momentos de la vida, forman parte de la evolución del Yo. Pero, si son utilizadas en otras etapas del desarrollo, implican patologías graves.

Este es el caso del Hombre de los Lobos. En cierto momento, amenazado con la castración, desestimó la frase. Siendo más grande, tuvo una alucinación: creyó haberse amputado un dedo con una navaja mientras jugaba con ésta. Luego advirtió que sólo lo había imaginado. Esta alucinación, señaló Freud, fue el retorno de lo desestimado.

La desestimación es uno de los mecanismos utilizados por el Yo de Placer Purificado en la psicosis para atacar al Yo de Realidad Definitivo, soporte de la percepción.

Para que el Yo de Placer desestime una percepción tiene en primer lugar que percibirla, luego atribuirle cualidad displacentera, y por fin, rechazarla. A pesar de esto queda un registro, una inscripción que retorna y se resignifica en un momento posterior.

Para cerrar el tema, digamos que las regresiones a los puntos de fijación del Yo de Placer Purificado dan lugar a distintas patologías narcisistas que complican la relación del Yo con la realidad. Los juicios de atribución sufren graves alteraciones. A veces, los correspondientes a las pulsiones sexuales entran en conflicto con los de autoconservación.

En algunas patologías el juicio de atribución determina que algo es placentero cuando en realidad es perjudicial. Esto es prototípico de los trastornos tóxicos o de la alimentación, por ejemplo, del drogadicto, del fumador, de la anorexia nerviosa, de las bulimias.

Es importante tener en cuenta que la supervivencia de todas las especies biológicas está garantizada por un sistema nervioso que regula sus defensas de modo tal que aquello potencialmente perjudicial resulte displacentero y lo útil sea placentero. así el Principio de Placer está al servicio de la vida. Es patológico cuando esto se invierte.

Recordemos también que este Yo incorpora lo placentero a través de la **identificación** y desestima lo displacentero. Este mecanismo es el que Freud llama **verwerfung**, **desestimación**, que Lacan estudió como **forclusión**; y es una defensa característica de las estructuras narcisísticas psicóticas.

El Yo de Placer Purificado es el del narcisismo, de la identificación primaria, es el que en muchos trabajos vamos a encontrar con el nombre de Yo Ideal. Su destino al desarrollarse el Yo de Realidad Definitivo es ser precursor del Ideal del Yo y del Superyó de cuya estructura va a formar parte.

ESQ Yo de P.P.

En el Yo de Placer el tegumento conforma un intersticio unificante. En el modelo, grafica también un límite dentro del que pueden incorporarse o no las percepciones.

YO DE REALIDAD DEFINITIVO

La posibilidad de aceptar como real lo displacentero, implica el pasaje al Yo de Realidad Definitivo. Se podría decir que los psicóticos atacan a este Yo desde el Yo de Placer Purificado.

Su principal función es el **juicio de existencia**, comparando la representación psíquica con la representación empírica sensorial. Separado del de atribución, consiste en determinar si algo existe o no en la realidad empírica, a diferencia de la presencia ilusoria. Por supuesto, implica una puesta de límites a la irrestricta satisfacción pulsional.

Por ejemplo, aceptar la existencia de la diferencia sexual anatómica por parte de este Yo recién hace creíble la amenaza de castración. Es por lo tanto, condición para:

Ú

³¹⁾ la formación del Superyó,

²⁾ la angustia de castración,

³³⁾ la represión.

À

Aceptar la existencia de algo aunque displacentero es una conquista del Yo de Realidad Definitivo y un importante paso adelante en la complejización del aparato psíquico.

El Yo de Realidad Definitivo es potente, en el sentido de poder oponerse a la pulsión. No existe posibilidad alguna de reprimir las pulsiones mientras no haya un Yo capaz de oponerse a ellas.

COMPLEJO DE EDIPO

El Complejo de Edipo fue considerado por Freud uno de los conceptos fundamentales de la psicopatología psicoanalítica. Fue denominado así recién en 1910, pero ya hablaba de él en cartas a Fliess de 1897. Lo llamaba "**complejo nuclear**".

Constituye fundamentalmente un **sistema de identificaciones**. En "El Hombre de las Ratas" se describe la dramática vivencia de un hombre que debe elegir entre una mujer adinerada impuesta por la elección familiar y su amada. Freud descubre que esta disyuntiva es en realidad la repetición de la historia del padre recientemente fallecido.

Si se casa con la mujer adinerada, repitiendo la historia paterna, está aceptando una identificación: el padre sigue vivo en él. Si elige en cambio a su amada rechaza la identificación: es la verdadera muerte del padre. En este historial quedan definitivamente articulados el complejo nuclear y los sistemas identificatorios.

En los "Artículos de Enciclopedia" de 1923 y en "La Disolución del Complejo de Edipo" de 1924 dice "*en los primeros años de la infancia (aproximadamente entre los dos y los cinco años) se produce una convergencia de los impulsos sexuales que en el caso de los niños, tienen por objeto a la madre. Esta elección de objeto, junto con la actitud correspondiente de rivalidad y hostilidad hacia el padre, forman el contenido de lo que se conoce como el "Complejo de Edipo" que en todos los seres humanos tiene una gran importancia para la determinación de la modalidad final de su vida erótica. Se ha comprobado que una característica de los individuos normales es que aprenden a controlar su Complejo de Edipo mientras que el sujeto neurótico continúa involucrado en él.*"

"... Hacia el final del quinto año este período temprano de vida sexual llega normalmente a un fin". "La etapa fálica, que es contemporánea del Complejo de Edipo, no evoluciona hacia una organización genital definitiva, sino que se sumerge y es sucedida por el período de latencia". "En el período siguiente de "pubertad" el Complejo de Edipo es revivido en el inconciente ..."

Agregando en "El Yo y el Ello": "*El niño pequeño desarrolla una investidura de objeto por su madre, que se relaciona originariamente con el pecho de ésta y es el prototipo de una elección objetual sobre el modelo anaclítico. El niño se relaciona con el padre identificándose con él". Es decir, lo toma como su ideal. "Durante un tiempo ambas relaciones subsisten y se desarrollan paralelamente hasta que la intensificación de los deseos sexuales que el niño experimenta por su madre y la percepción de que su padre es un obstáculo para la concreción de éstos, hace que surja el Complejo de Edipo".*

Queda así descripto el Complejo de Edipo simple positivo. La identificación con el padre se transforma en hostilidad para sustituirlo junto a la madre. Desde ese momento tendrá con él una relación ambivalente.

"Además del Complejo de Edipo simple positivo que hemos descripto anteriormente, el niño, como consecuencia del importante papel que la bisexualidad desempeña en el Complejo de Edipo, se conduce también como una niña y manifiesta una actitud femenina afectiva hacia su padre además de los celos y hostilidad correspondientes hacia su madre".

Tanto el Complejo de Edipo positivo como el negativo constituyen amenazas para su pene. En efecto, en el primer caso por la amenaza de castración y en el segundo, por la pérdida de la masculinidad implícita en la actitud femenina. Dice: "*si la satisfacción debe costarle esta pérdida entran en contradicción el interés narcisista y la libido de objeto*".

En la fase fálica el pene está investido con el máximo valor narcisístico.

Las cargas de objeto son sustituidas entonces por **identificaciones** con ambos progenitores. "*Las pulsiones son desexualizadas y sublimadas en parte y también inhibidas y convertidas en impulsos afectivos*".

Esto lleva como salida a la **formación del Superyó**. "*La autoridad del padre o de los padres es introyectada en el Yo donde forma el núcleo del Superyó*".

El sepultamiento del Complejo de Edipo se produce según Freud por dos factores: por la **amenaza de castración**, y por **necesariedad psíquica**. "*...ha llegado el momento de su desintegración, como la caída de los dientes de leche*" y agrega "*El resultado general de la fase sexual dominada por el Complejo de Edipo puede en consecuencia ser tomado como el elemento constituyente de un residuo en el Yo, compuesto por esas dos identificaciones unidas, de alguna manera la una con la otra. Esta modificación ... enfrenta los otros contenidos del Yo como un Superyó*".

COMPLEJO DE EDIPO FEMENINO

Durante mucho tiempo Freud sostuvo la idea de que el Complejo de Edipo en la mujer era como el masculino. A partir de 1924 comienza a hacer una discriminación que culmina en 1931. Afirma como diferencias:

1) Que el Complejo de Edipo *"en los varones es destruido por la castración, en las niñas es posibilitado y dirigido por ésta"*.

2) La niña no sólo está obligada a cambiar de objeto sexual sino de zona erógena dominante, del clítoris a la vagina. *"La mujer alcanza la situación edípica positiva normal sólo después de haber superado un período anterior dominado por el complejo negativo"... "la vida sexual de la mujer se divide regularmente en dos fases: la primera tiene un carácter masculino mientras que la segunda es específicamente femenina"*.

En síntesis, en la mujer el Complejo de Castración inaugura el Complejo de Edipo en lugar de disolverlo y además su salida es más compleja pues implica un cambio tanto del objeto, como del sexo de éste.

La resolución edípica es en la mujer más difícil, señalando Freud tres salidas posibles:

- 1) Un rechazo general de la sexualidad.
- 2) Un refuerzo de la masculinidad amenazada.
- 3) La actitud femenina normal.

Agrega que en la formación del Superyó femenino se observa otra diferencia, en el sentido de que tiene parámetros menos rígidos y severos.

LOS LUGARES PSIQUICOS

En 1921, en "Psicología de las Masas" Freud afirma que en todo vínculo humano, el otro representa siempre un modelo, un objeto, un auxiliar o un enemigo.

La posición sujeto no está explicitada, pero se infiere a partir de la de objeto. Freud se refiere a la posición del sujeto cuando estudia la identificación, y dice que puede ser con el sujeto o el objeto del Yo.

MODELO _

El vínculo con el modelo es de **identificación**, que es la primera forma de relación de objeto. Dice Freud en el capítulo VII de Psicología de las Masas, que es el único tipo de ligazón al que puede apelar el temprano aparato psíquico del bebé. Sus deseos son de **"ser"** y sólo más tarde el desarrollo le permitirá aspirar al **"hacer"** y al **"tener"**.

Esta identificación es con el sujeto del Yo. Pero además señala la necesidad del bebé de sentirse identificado por el sujeto significativo, la madre. Cuando ésta lo identifica, con su deseo, sostiene el sentimiento de sí del bebé. Ahí la identificación cae sobre el objeto del Yo, no sobre el sujeto.

Freud dice que esta identificación con el modelo, en la medida en que se es reconocido por éste, determina el sentimiento de sí. Este es muy importante, porque su pérdida ocasiona el trauma, y produce un desarrollo de afecto insoportable (pánico, desesperación). Es decir, una alteración corporal por descarga pulsional, percibida por la conciencia.

Normalmente, en bienestar, un sujeto no se cuestiona sus afectos. Este "sentirse bien" corresponde a un sentimiento de **integración**, que Freud llama **sentimiento de sí (selbstgefuehl)**. Cuando este sentimiento entra en crisis, la vivencia es traumática.

El desarrollo de afecto correspondiente a la ausencia del modelo para el bebé, es la **desesperación**, mezcla de angustia y dolor psíquico relacionada con una forma peculiar de deseo que Freud denominó **anhelo**. Este afecto es característico de las melancolías.

A diferencia del deseo de un objeto, el anhelo significa el deseo de la presencia de una representación. Presente ésta, se produce la descarga pulsional y la gratificación correspondiente. La representación puede producirse por **percepción del objeto o por alucinación**.

Es característico de las estructuras narcisistas la emergencia de desarrollos de afecto muy dolorosos relacionados con la pérdida del sentimiento de sí. Tienen que verse reconocidos para no sentir desesperación, no tener vergüenza, o no fragmentarse.

En estas estructuras la necesidad del modelo de identificación, otorgando un reconocimiento es vigente, no pertenece a la historia, es algo no resuelto. Cuando falta este reconocimiento, emerge lo traumático y desesperan o enloquecen. En este sentido el modelo es un **doble**, como veremos. Son personas que, a pesar de ser adultos, viven pendientes del reconocimiento de los demás, de su importancia, de la mirada del otro. Esto a veces se traduce en un sentimiento de inautenticidad, de estar fingiendo siempre para los demás. Son las características estructuras "**falso self**".

Recordemos que las zonas erógenas coexisten aisladas entre sí hasta que alguna de ellas comienza a tener un comando, generalmente alrededor de la etapa Oral 2, período que implica el surgimiento del Yo de Placer Purificado. Este se relaciona con el **objeto en posición modelo**. La identificación es primaria, con la producción de un doble.

La identificación primaria es un vínculo de dos vías: una identificación especular, donde el bebé se mira en la madre como en un espejo conociéndose al reconocerla; y un camino centrípeto donde la madre al reconocerlo, hace de soporte a la unificación yoica, a este acto psíquico, que - dice Freud - es sustrato del sentimiento de sí.

A partir de esta etapa se produce la investidura de objeto que Freud llamó **anhelo**. Aquel, en realidad aún no es objeto para el Yo. No es algo externo, diferenciado o distinguible del mismo. Lo anhelado es la representación en la conciencia.

El pensamiento identificatorio, con el modelo, es unificador de las zonas erógenas. Si algo falla en esta función, éstas vuelven a tener autonomía, generando una regresión, a la fragmentación tipo **pánico**, un desarrollo de afecto distinto de la desesperación, característico de los esquizofrénicos.

La unificación narcisista implica ser reconocido por el modelo. Esta es una posición pasiva, masoquista, porque **se ofrenda para ser investido como objeto por un sujeto de quien depende**. Su deseo es ser él deseado como objeto de amor del otro.

Esto también les pasa a personas adultas que se colocan en posición masoquista por el deseo de ser reconocidos. "Son" si los invisten, aunque sea con hostilidad. Este tema fue estudiado por Freud en "Pegan a un Niño" (1919).

Cuando el bebé llega a la etapa Anal 1 aparece la motricidad, es decir, la posibilidad de una destreza relativamente eficaz, que implica el paso de la pasividad a la actividad, del masoquismo al sadismo.

_ EL DOBLE

Freud trata el tema en "Lo Ominoso": *"Como también lo ominoso del **doble** es de este género, será interesante averiguar el efecto que nos produce toparnos con la imagen de nuestra propia persona sin haberla evocado e insospechadamente. Mach comunica dos de tales observaciones. Una vez se espantó no poco al advertir que el rostro que veía era el suyo propio y otra vez pronunció un juicio harto negativo sobre alguien en quien creyó ver un extraño que subió al ómnibus donde se encontraba él: 'Vaya que está decrepito el maestro de escuela que sube ahí'. Yo puedo referir una aventura parecida: me encontraba sólo en mi camarote cuando un sacudón algo más violento del tren hizo que se abriera la puerta de comunicación con el toilette y apareció ante mí un anciano señor en ropa de cama y que llevaba puesto un gorro de viaje. Supuse que al salir del baño situado entre dos camarotes había equivocado la dirección y por error se había introducido en el mío. Me puse de pie para decírselo pero me quedé atónito al darme cuenta de que el intruso era mi propia imagen proyectada en el espejo sobre la puerta de comunicación. Aún recuerdo el profundo disgusto que la aparición me produjo. Por tanto en vez de aterrorizarnos ante el doble, ambos - Mach y yo - simplemente no lo reconocimos. Y el disgusto no sería un resto de aquella reacción arcaica que siente al doble como algo siniestro ?"*

En distintos párrafos de "Lo Ominoso" Freud continúa trabajando el tema del doble, trae a colación así el libro de Otto Rank y dice: *"El carácter de lo ominoso sólo puede estribar en que el doble es una formación oriunda de las épocas primordiales del alma ya superadas que en aquel tiempo poseyó sin duda un sentido más benigno. El doble ha devenido una figura terrorífica del mismo modo como los dioses: tras la ruina de su religión se convierten en demonios"*.

Vemos que Freud habla de los dobles como figuras especulares idealizadas, que posteriormente sufren un proceso de cambio en figuras de signo negativo.

Lo contrario del Dios omnipotente es otro doble, también omnipotente, pero mensajero del mal. Los dioses se convierten en demonios, y estos no son impotentes o castrados, sino poderosos. Son los asesinos de Dios.

Dice: *"la presencia de dobles en todas sus gradaciones y plasmaciones, vale decir, la aparición de personas que por su idéntico aspecto deben considerarse idénticas, el acrecentamiento de esta circunstancia por el salto de procesos anímicos de una de estas personas a la otra, lo que llamaríamos telepatía, de suerte que una es co-poseedora del saber, el sentir y el vivenciar de la otra, la identificación con otra persona hasta el punto de equivocarse sobre el propio Yo o situar el Yo ajeno en el lugar del propio, o sea, duplicación, división, permutación del Yo, el permanente retorno de lo igual, la repetición de los mismos rasgos faciales, caracteres, destinos, hechos criminales y hasta de los nombres a lo largo de varias generaciones sucesivas"*.

Esto es muy frecuente en la clínica de las psicosis y otras estructuras narcisistas. Agrega Freud: *"Se indagan los vínculos del doble con la propia imagen vista en el espejo, con la sombra, el espíritu tutelar, la doctrina del alma y el miedo a la muerte, pero también se arroja viva luz sobre la sorprendente historia genética de ese motivo ..."*

"...En efecto, el doble fue en su origen una seguridad contra el sepultamiento del Yo, una enérgica desmentida del poder de la muerte y es probable que el alma inmortal fuera el primer doble del cuerpo".

*"...Estas representaciones han nacido sobre el terreno del irrestricto amor por sí mismo, el **narcisismo primario** que gobierna la vida anímica tanto del niño como del primitivo. Con la superación de esta fase cambia el signo del doble: de un seguro de supervivencia pasa a ser el ominoso anunciador de la muerte"*.

El desarrollo de Freud sigue luego una línea destinada a señalar que el doble es antecedente de una instancia crítica responsable de la observación de sí, que va a constituir el Superyó. Líneas teóricas del doble aparecen en los trabajos de numerosos autores post freudianos, entre ellos Winnicott y Spitz.

En los desarrollos teóricos de Maldavsky, la desmentida los crea como formación sustitutiva. El Yo de Placer para sostenerse en posición narcisista, desmiente la realidad y produce su propio doble. Lo hace por **proyección e identificación**.

Distintos dobles se relacionan con la clínica de las estructuras narcisistas, ocupando la posición modelo de la identificación primaria. La posición narcisista exige mantenerse identificado con un doble poderoso y protector, pero éste puede cambiar de signo y convertirse en siniestro.

EL AUXILIAR

La transformación de lo pasivo en activo requiere la ayuda de un objeto auxiliar. No existe todavía un objeto de amor distinguible del Yo, pero ya se ha producido una posición psíquica nueva como la del juego del carretel.

En éste el niño, identificado con la madre, hace activamente al carretel aquello que padeció pasivamente, satisfaciendo de este modo una **pulsión hostil**. El carretel es el **auxiliar** de su descarga pulsional.

Esta transformación de lo pasivo en activo, implica un pasaje de la posición objeto, la primera en que se coloca para ser amado por el modelo, a la posición sujeto respecto de un objeto auxiliar al que maltrata, descargando la pulsión que Freud llamó "afán de venganza".

Este es uno de los mecanismos destinados a la elaboración del trauma: hacer en un lugar lo padecido en otro. El sufrimiento se transfiere al auxiliar y éste es matriz del objeto, el primer **objeto No Yo**. Por lo tanto, éste no es objeto de amor sino de hostilidad.

Este posicionamiento como objeto o sujeto en **relaciones sado-masoquistas**, es característico de las estructuras narcisistas que utilizan defensas pre represivas frente a la pulsión.

En una **estructura narcisista** las pulsiones hostiles no son inconcientes sino preconcientes. El analista no las interpreta levantando represiones pues en general son material de una "confesión" introspectiva. El intento de reparar el dolor del trauma haciendo padecer a otro lo sufrido, es típico de las estructuras sado-masoquistas.

Esto se observa también en neuróticos, pero en ellos la corriente psíquica hostil está reprimida y retorna como síntoma por fracaso de la represión. La corriente defensiva se convierte en formación reactiva.

Cuando la hostilidad del niño recae sobre otro, que se resiste, fracasa la función auxiliar y se instala el lugar del rival.

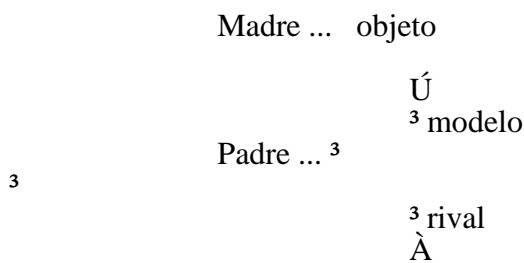
RIVAL

Es el lugar que más tarde ocupará el padre en la serie edípica, en el Complejo de Edipo positivo masculino. Señala el límite impuesto por la realidad.

Esta posición implica el concepto de necesidad psíquica, es decir, de herencia filogenética. Por ejemplo, el **complejo fraterno** es independiente de tener o no hermanos en la realidad. Con este concepto se explican también los celos primordiales anteriores a la triangulación edípica, por el amor del modelo. Lo que está en juego es el riesgo de perder el sentimiento de sí porque el modelo ame a otro.

En resumen:

1. **Modelo - Sujeto:** es el primer tipo de vínculo. El sujeto es auxiliar del modelo y su posición pasiva.
2. **Modelo - Sujeto - Auxiliar:** la posición del sujeto pasa a ser activa, intenta dominar el trauma haciendo al doble-auxiliar lo sufrido pasivamente.
3. **Sujeto - Rival:** este fue anteriormente su auxiliar, ahora supone en él su propio anhelo y siente peligrar su sentimiento de sí. El rival resiste su omnipotencia pues puede ser dominado pero no aniquilado.
4. **Objeto:** este lugar, la madre, corresponde a la representación cosa en la fase fálica, el objeto pertenece a otro, el padre, que es simultáneamente modelo y rival.



Cuando algunos objetos son irreductibles a la identificación se los reconoce como distintos. Con esto entramos en el reconocimiento de la diferencia sexual anatómica, la fase fálica, el Complejo de Edipo, y el desarrollo que implica la salida del mismo.

En este momento aparece el Complejo de Castración. Recordemos que para que la amenaza sea eficaz, debe ser creíble. La convicción se basa en la percepción de la diferencia sexual anatómica.

El Yo de Placer Purificado tiene mecanismos para desmentir la amenaza de castración. Cuando estos son eficaces no se consolida el Superyó y la salida del Complejo de Edipo es patológica.

Con la amenaza de castración se produce el conflicto entre ser, tener y hacer y entre la libido narcisista y la objetal. Esto conduce a la desintegración del Complejo de Edipo.

La identificación con el padre se produce de un modo contradictorio e inconciliable: quiere tener el pene como falo, núcleo de su narcisismo, y al mismo tiempo hacerle un hijo a la madre.

A partir de la amenaza de castración elige salvar su sentimiento de sí renunciando al objeto. La disolución del Complejo de Edipo es un privilegio de la libido narcisista sobre la objetal. El vínculo con la madre, que da el ser desde su deseo, se conserva como modelo.

LA ANGUSTIA

Recordemos que en "Neurosis y Psicosis" Freud señala que:

- las **psicosis** implican un conflicto entre el Yo y la realidad,
- las **neurosis** entre el Yo y el Ello y
- las **neurosis narcisistas o melancolías** entre el Yo y el Superyó.

Los conflictos son presiones que cada una de estas instancias ejercen sobre el Yo. Este percibe estas situaciones conflictivas desde su alteración, como **sede de los afectos**. Para Freud éstos son concientes, no se reprimen.

Fenomenológicamente, la conciencia tiene tres tipos de contenidos: **los afectos, las representaciones sensorio-perceptivas y los pensamientos, expresados en palabras**. Para Freud, los primeros tienen tres componentes: la **descarga**, que siempre es somática (no motriz, ya que a mayor descarga motriz menor desarrollo de afecto); la **percepción de la descarga**, y el **matiz o tonalidad afectiva**. Este último da la posibilidad de discriminar los estados afectivos, el cansancio de la rabia y la tristeza, por ejemplo.

Los afectos se relacionan con la forma en que se tramitan los conflictos. En última instancia, **la acción defensiva del Yo sólo tiene el sentido de evitar un afecto insoportable**.

El desarrollo de afecto es una descarga somática determinada por la falta de descarga motriz de la pulsión. Es **libido convertida**, lo que Freud había definido como "ataque histérico universal".

No obstante el aparato dispone de posibilidades de defensa de estos estados corporales: la desmentida puede actuar sobre juicios del Yo referidos a los afectos. Por ejemplo, ante la tristeza por una pérdida objetual, el Yo puede desmentir la percepción convirtiéndola en otros desarrollos de afecto, como en las defensas maníacas.

El concepto de **angustia** es un importante referente de la teoría psicoanalítica, pues es **promotora de la defensa**. Para Freud la angustia difiere en los distintos cuadros clínicos.

En la matriz teórica inicial, Trauma-Defensa-Retorno, la defensa se produce frente al trauma de seducción.

Con la teoría pulsional el trauma pasa a ser antecedente de los desarrollos de afecto. Forma parte de la misma serie teórica, siendo en última instancia, un afecto que inunda y desborda al aparato cuando este todavía no puede evitarlo.

Su registro se produce en las primeras huellas mnémicas. Para Freud el primordial es el **trauma de nacimiento** (1926) que combina dos elementos: **el dolor** como alteración irrupiente por la apertura de los alveolos pulmonares en la primera respiración, y **la separación** de la madre. Suponemos traumática la pérdida de la temperatura y el ritmo anterior.

Este dolor original se reproduce, de un modo mitigado pero insoportable, en la angustia, desarrollo de afecto que consiste en una sensación constrictiva a nivel torácico (angs:angostura). Es decir, una especie de "recuerdo somático" del trauma.

Económicamente, la angustia se repite toda vez que la emergencia de la pulsión carga el aparato sin posibilidad de una descarga eficaz.

El bebé se vincula con el pecho cuando todavía no distingue el Yo - No Yo, su deseo no es objetual sino de un objeto que es parte de sí mismo. Es el propio ser el que está en juego.

El sentimiento de sí es sostenido por la percepción del modelo de identificación primaria: la madre. Desde la sensorialidad se apuntala la sensualidad, y desde la necesidad, la percepción sensorial.

Cuando la percepción y el deseo no coinciden se produce angustia combinada con dolor psíquico: este desarrollo de afecto es la **desesperación**.

El juego de taparse y destaparse la cara es un entrenamiento del duelo y la elaboración del trauma. Hay una desaparición sensorial y el consecuente dolor, pero como rápidamente reaparece la imagen no sobreviene angustia. Esta queda separada del dolor psíquico mediante el aprendizaje.

La desesperación es correlato del anhelo y antecedente del desarrollo de afecto característico de las melancolías. En estas se produce una regresión a la fase oral devoradora, se introyecta el objeto perdido y se lo ataca en el Yo.

ANGUSTIA PSICÓTICA

La introversión libidinal impregna la corporalidad en el narcisismo secundario con un peculiar matiz constitutivo de la angustia **hipocondríaca**.

El **pánico**, descrito en 1921, es el desarrollo de afecto correspondiente a **la angustia psicótica**, del **Yo fragmentado**. Pánico se produce cuando en una masa desaparece el líder que la cohesiona, perdiendo su aglutinación libidinal. En el ejemplo de la tropa la consecuencia es la huida desarticulada.

Esta pérdida de la organización se traduce en una fragmentación del Yo, es una metáfora del desmembramiento esquizofrénico en el que se desarticula el acto psíquico fundador del narcisismo. Se aíslan las zonas erógenas y la regresión llega al anárquico autoerotismo inicial.

La contrapartida del pánico se produce cuando el líder ocupa el lugar del Ideal del Yo. Si el líder es eliminado la idealización se traspasa a su ejecutor, en un efecto de fascinación por el exterminador. Esto no produce huida, sino **parálisis, terror** al **doble siniestro** que aniquiló al doble protector.

Así son los pacientes catatónicos, con sus típicos trastornos motrices. Contrapartida de su inmovilidad son paroxismos de furor alternantes con la parálisis.

ANGUSTIA REALISTA

Son los desarrollos de **miedo**, relacionados con una amenaza empírica proveniente de un verdadero peligro exterior.

ANGUSTIA NEURÓTICA

Es la que se produce frente a algo que en sí no es peligroso, pero que se ha convertido en símbolo de amenaza. Este es el **objeto fóbigeno**, construido por lógicas de analogía y contigüidad. Por ejemplo, la fobia de Juanito a los caballos simbolizaba su angustia de castración.

La fobia permite un eficaz control de la angustia precisamente a partir del **desplazamiento** de la amenaza a un objeto evitable.

ANGUSTIA DE CASTRACIÓN

Este es uno de los conceptos psicoanalíticos más importantes. Según Freud, en última instancia, toda angustia es de castración. Hay una especie de camino teórico que va enlazando la angustia automática, de nacimiento, con la libido narcisista y a partir de allí con la pérdida del sentimiento de sí, del ser.

Constituido el narcisismo el sentimiento de sí dependerá de tener o no aquello que metafóricamente marque al sujeto como completo. **La marca narcisista fundamental es el falo.**

Reconocer la posesión de una marca es saberse perteneciente a una categoría. La angustia de castración es la amenaza de perder la marca fálica, y constituye el castigo por excelencia a la pulsión incestuosa del Complejo de Edipo.

Con el pánico y la desesperación estudiamos los **desarrollos de afecto preobjetales**. La angustia de castración es un **desarrollo de afecto objetal**.

ANGUSTIA SEÑAL

La angustia de castración puede ser inhibida y mantenerse sofocada en un amago que sirve como señal. Cuando ésta comienza el Yo pone en marcha la represión, suprimiendo el desarrollo de afecto. Lo reprimido queda en el inconciente como representación, pugnando por retornar.

En las neurosis la represión evita el desarrollo de angustia. Cuando lo reprimido intenta retornar, la amenaza de castración, convertida en angustia señal, lo impide. A través de las identificaciones, la amenaza no proviene ya de la realidad, sino del Superyó.

Se separan el afecto y la representación. La representación cosa queda sin palabra, bloqueada en el inconciente, sin traducción posible al preconciente. La defensa ha desinvertido las representaciones palabra correspondientes, desplazando la investidura a otras. La represión evita la angustia actuando sobre representaciones de la pulsión a diferencia de la desmentida que actúa sobre representaciones de la realidad.

DEFENSAS

La teoría de las defensas es primordial y alrededor de ella ha girado la psicopatología psicoanalítica desde 1894.

Son un patrón para entender la estructura de cualquier cuadro clínico. Las neurosis utilizan la **represión** y **defensas posteriores** a la misma. Esto recién es posible cuando el Yo se opone a la pulsión, es decir al Ello. En cambio en las patologías narcisistas, las defensas son del Yo de Placer y se ponen en juego frente a la realidad favoreciendo a la pulsión.

Las defensas exigen una sustitución del contenido psíquico que evitan. El retorno de lo reprimido se produce mediante formaciones sustitutivas, de acceso libre a la conciencia.

- Los síntomas pueden deberse tanto a la defensa como al retorno de lo reprimido.
- Los rituales y las inhibiciones, por ejemplo, son síntomas de defensa para que no se produzca el retorno.
- La idea obsesiva y la somatización histérica son típicos síntomas de retorno.
- En una organización clínica podrán estudiarse momentos de éxito, de transacción y de fracaso de las defensas.

En "Neurosis y Psicosis" Freud desarrolla una psicopatología articulada sobre las tres servidumbres del Yo: el Ello, el Superyó y la Realidad. Son como tres amos, ninguno de los cuales paga bien y de los que hay que defenderse.

Las distintas estructuras psicopatológicas van a diferenciarse entonces según el predominio de defensas frente a cada una de estas instancias.

Frente a la Realidad actúa el Yo de Placer Purificado atacando los juicios del Yo de Realidad para sostenerse en una posición omnipotente sin límite ni amenaza. Su predominio es característico de las estructuras narcisistas. Si en cambio la Realidad es aceptada, y el Yo de Realidad admite la castración, se forma un Superyó sólido aliado de la represión.

El Superyó es una instancia compleja con sectores vinculados al Ello y otros a la Realidad. Otorga certeza a los juicios del Yo de Realidad Definitivo. Cuando la fortaleza del Ello impide la represión, el Superyó no se consolida y las defensas frente a la pulsión son primitivas. Constituyen los posicionamientos estudiados como defensas pre represivas.

DEFENSAS FRENTE A LA PULSION

PRE REPRESIVAS

Las defensas pre represivas son tempranas, predominantes en las estructuras narcisistas. El conflicto esencial es entre el Yo y la Realidad, mientras que en las neurosis es entre el Yo y la pulsión.

Las posiciones del Yo de Placer Purificado en sus vínculos constituyen las defensas frente a la pulsión. Una característica de estas defensas tempranas es ser antieconómicas implicando sufrimiento, porque no les es posible evitar la descarga pulsional como sucede con la represión.

INHIBICIÓN EN EL FIN

Cuando el niño aprendió que el auxiliar no es un carretel sino otro niño que va a contestar su violencia, puede defenderse de ello mediante la inhibición de la agresión.

TRANSFORMACIÓN EN LO CONTRARIO

Es la conversión directa del amor en odio, y un ejemplo es la actitud con el objeto abandonante en la melancolía.

VUELTA SOBRE SI MISMO

Consiste en la mutación del sadismo en masoquismo, de lo activo en pasivo como forma de procesar la pulsión. La descarga hostil se realiza a costa de ofrendar el Yo como objeto. Se observa este mecanismo, masoquismo secundario, en numerosos cuadros narcisistas siendo notable en las adicciones, las bulimias o la traumatofilia.

LA REPRESION

Insertar esquema

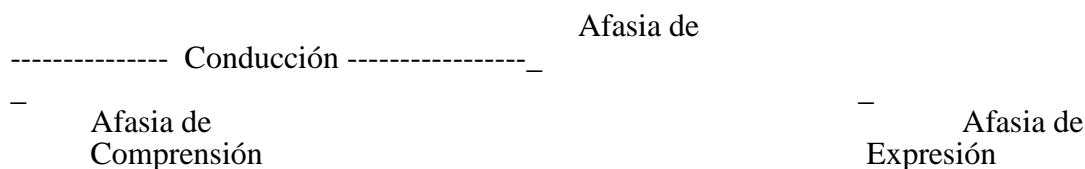
Esquema de "Las Afasias", trabajo de Freud de 1891, prepsicoanalítico. Más allá de la historia puede leerse como apertura al trabajo psicoanalítico y permite seguir el descubrimiento de varios conceptos.

Esboza algunas teorías que utilizará después. Cita en él a antecesores y maestros, como Meynert, quien sostenía que determinadas huellas imprimían neuronas que quedaban de esta manera "ocupadas". Para ello Meynert utilizaba la palabra "besetzung", que tomada por Freud, es traducida como "catexia" por Strachey y como "investidura" por Etcheverry. Otra teoría de este autor es la **proyección** del cuerpo en representaciones neuronales.

Como es sabido las afasias suelen sobrevenir como consecuencia de una lesión, las más de las veces vásculo - encefálica, que produce en general una hemiplejía contralateral. Cuando el hemisferio cerebral dañado es el izquierdo, dominante en los diestros, son afectados los centros del lenguaje. La lesión en ellos produce alteraciones en la función del habla, presentando entonces el cuadro común de hemiplejía derecha con afasia.

¿En qué sentido este libro es un antecedente para el psicoanálisis?. En la época en que Freud hacía neurología existía un predominio teórico localizacionista de las lesiones cerebrales, procurando descubrir las correspondientes a distintas enfermedades.

Uno de los neurólogos más importantes de la época, Wernicke, describió los tipos esenciales de afasias. Freud reprodujo su esquema en el que las representa.



Afasias de comprensión: al paciente le cuesta entender una orden o una frase cualquiera. Reconoce objetos.

Afasias de expresión: no obstante tener el concepto de lo que quiere expresar, no puede hallar las palabras para hacerlo.

Afasias de conducción: se producen por una lesión que interfiere la conexión entre los centros respectivos de la comprensión de las ideas y de la expresión de las mismas.

Freud plantea algo relativamente nuevo en la teoría. Dice que en última instancia todas son de conducción, que siempre implican una dificultad en la conexión entre las ideas y las palabras que las expresan, y sostiene la hipótesis de las **afasias funcionales**.

Sin despojarlo de su rol biológico, Freud postula que el cerebro está mucho menos especializado de lo supuesto y que muchas funciones están repartidas difusamente en la totalidad del sistema. así, una lesión en una zona u otra, se difunde de maneras no conocidas produciendo alteraciones funcionales, por eso no siempre es posible describir la lesión correspondiente.

Afirma que la conducción siempre está alterada, se produzca una lesión mayor o menor. Para él los centros sólo son puntos de conducción concentrada, agregando que las alteraciones pueden explicarse también por **el efecto traumático de la lesión cerebral**.

Consideramos importante la teoría de las afasias funcionales. Proponemos que Freud la sostuvo concientemente o no, cuando conoció el caso de Ana O. Esta enfermó por no poder hablar de algo traumático, y bajo hipnosis mejoraba cuando encontraba las palabras para expresarlo.

Este "encontrar las palabras" se relaciona con su tesis sobre las afasias: la enferma al hallarlas mejoraba, se trataba entonces, de una afasia funcional determinada por una intensa alteración emocional.

Freud habla de **asociaciones de objeto** para el sistema de las ideas, formado por imágenes asociadas entre si llamadas también **huellas mnémicas**, que son visuales, táctiles, auditivas, etc.

Estas asociaciones están abiertas a nuevas posibilidades porque se forman por condensación de huellas sensoriales y siempre la percepción puede darse desde un ángulo distinto. Freud le dio particular jerarquía a la huella visual, diciendo que es la que comunica con la representación palabra.

La palabra fue excluída de la apertura asociativa. Para Freud, está más cerrada que la representación cosa. Se forma por restos acústicos, de la imagen motriz de la boca al hablar, y otros que se relacionan con la motricidad de la escritura y con la representación visual de la lectura.

De la representación palabra acentuó fundamentalmente la **imagen acústica**. El enlace normal articula la imagen acústica de la palabra con la imagen visual de las representaciones de objeto. Dicho enlace es el que se perturba tanto en lo funcional como por una lesión.

Freud retoma estos conceptos en 1915 y los transforma en **representación cosa (sachvorstellung) y representación palabra (wortvorstellung)**, integrados a la metapsicología.

Sintetizando, la teoría freudiana de las afasias señala una dificultad para el trámite que comunica los dos sistemas y que permite la expresión de la idea, concepto u objeto a través de la palabra.

Sabemos que la teoría del Inconciente no cayó en un vacío teórico previo. Como Freud señaló en 1894, si bien no se había formulado un inconciente en sus términos, otros autores sostenían teorías sobre fenómenos extraconcientes. Es decir, acerca de una comunicación entre representaciones, que se fractura en la enfermedad.

Lo fundamental de la teoría desarrollada posteriormente, es la hipótesis de que esa fractura es provocada por una **defensa activa**. Este es el modelo de la represión, una función activa del Yo, agente de las defensas. Es decir, que no es un proceso pasivo, como en las tesis de Janet y Breuer. En estas formulaciones teóricas la conciencia se fragmenta como una escisión del Yo, en cambio en Freud el Yo expulsa de la conciencia lo que lo perturba.

La represión es necesaria y económica para el aparato psíquico, enfrentándose al empuje pulsional del Ello. En comparación, las defensas pre represivas, que también actúan frente a la pulsión, tienen la desventaja de que la pulsión siempre se realiza, con sufrimiento. El Yo se ofrenda como objeto masoquista.

Freud en "La Represión" dice: *"la represión no es un mecanismo de defensa presente desde el origen; no puede engendrarse antes que se haya establecido una separación nítida entre actividad conciente y actividad inconciente, y su esencia consiste en rechazar algo de la conciencia y mantenerlo alejado de ella. Este modo de concebir la represión se complementarí con un supuesto, que antes de esa etapa de la organización, los otros destinos de la pulsión, como la mudanza hacia lo contrario y la vuelta hacia la persona propia, tenían a su exclusivo cargo la tarea de la defensa contra las mociones pulsionales"*. En este párrafo señala la naturaleza compleja de la defensa que requiere un aparato psíquico con cierto desarrollo y entre sus condiciones figura el advenimiento del lenguaje.

Para poner en juego la represión es necesario en primer lugar, un Yo capaz de oponerse a la pulsión pues el Yo de las defensas pre represivas es su aliado. En segundo lugar deben desarrollarse las representaciones palabra.

La defensa activa es un concepto básico del psicoanálisis. Freud comienza con la teoría traumática, con un concepto de defensa frente a un peligro exterior: un estímulo altamente cargado de excitaciones sobrepasa las barreras y produce una inundación traumática del aparato que la defensa trata de evitar.

Freud deja luego esta teoría entre paréntesis durante años mientras trabaja sobre el Ello, la pulsión y las defensas frente a ésta. Recién después, con la teoría ya muy complejizada, retoma la línea de las defensas frente a la realidad empírica.

La represión en principio fue una suerte de sinónimo del término defensa, de un modo muy abarcativo. En 1915 la define con una mayor especificidad, separada de las defensas pre represivas y también de otras subsidiarias que intervienen en la configuración de las formaciones sustitutivas.

La represión no es una defensa frente a percepciones traumáticas, sino frente al empuje originado en el Ello. Este se expresa en el aparato a través de un representante, **delegado pulsional**, según la traducción de Etcheverry, o **representante representativo** según la de López Ballesteros.

Este elemento representante de la pulsión es una representación o un pensamiento. La represión consiste en impedirle el acceso a la conciencia y por tanto a la motricidad. La finalidad es bloquear un objeto o impedir la descarga motriz.

El objeto y la meta de la pulsión son sus componentes psicológicos. La represión actúa sobre ellos mediante el Preconciente como sistema de transformaciones. En él están las representaciones palabra. La **traducción** de las representaciones o pensamientos a palabra es la llave de la conciencia y la motricidad. Pues para que un contenido inconciente llegue a la conciencia es necesario que se posicione como **exterior**, ligándose a la palabra.

En la carta 52, Freud dice que para pasar de un sistema a otro, hace falta una traducción. Los sistemas del aparato psíquico son como países gobernados por leyes distintas. Por ejemplo, cuando uno pasa la frontera de un país a otro "*tiene que acogerse a los fueros*" del país al que ingresa. La frontera es la represión.

EL YO AGENTE DE LA REPRESIÓN

Habíamos visto que el Yo de Placer Purificado se opone a la Realidad porque es aliado de la pulsión.

Un hecho de observación común: si un niño tira un juguete y la madre se lo alcanza, esto se repite sin cesar. Cuando finalmente la madre interrumpe el juego, el niño se posiciona como doble del juguete, tirándose, porque transforma las posiciones y no las pulsiones.

Esto es frecuente en las estructuras narcisistas, se hacen a sí mismos lo que la realidad les impide hacer a otros. Así aparecen lastimados, con **actuaciones masoquistas**, que son inversiones de la pulsión. Esta siempre va a consumarse porque el Yo de Placer es su aliado y el freno sólo viene desde afuera. Más tarde el Yo de Realidad Definitivo tendrá la capacidad de frenar la pulsión como antes lo hacía la realidad, vía representación palabra.

Los mecanismos de la represión son la contrainvestidura y la desinvestidura.

CONTRAINVESTIDURA

La represión necesita un lenguaje proferible para desinvertir las palabras que podrían expresar el deseo. Un niño puede tener registro de palabras pero éstas no son capaces de expresar el deseo, no sirven para la represión.

Para decir algo del orden del deseo es necesario un lenguaje complejo. Este se produce después del Complejo de Edipo con la entrada al mundo simbólico y no se completa en realidad hasta la pubertad.

En el primer momento de la represión no existe manera de denominar aquello que debe reprimirse y por tanto no es posible apelar a la desinvertidura. Este es el momento de la **represión primordial** que se realiza sólo por contracarga.

DESINVESTIDURA

La desinvertidura consiste en retirar las cargas que invisten las representaciones. En el esquema de "Las Afasias" aquellas conectarían las representaciones cosa con las representaciones palabra, desinvistiendo a estas últimas.

La carga se desplaza hacia otras representaciones, asociadas a la original, hasta encontrar una suficientemente alejada para no despertar angustia. Las invertiduras recorren un camino económico, que las lleva a detenerse cuando desaparece la angustia señal. El Preconciente trabaja por desplazamiento.

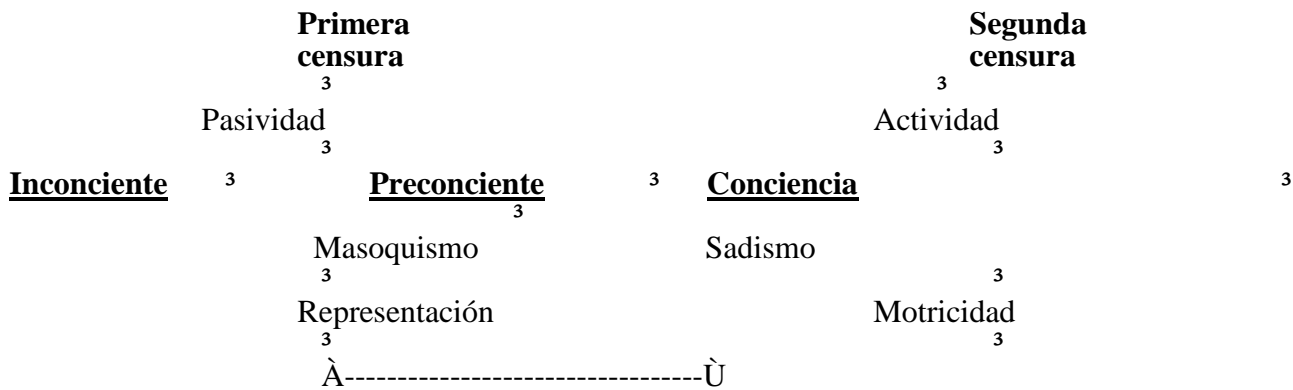
Esta nueva representación estará alejada de la original, pero no tanto. Será una transacción que contendrá de todos modos algo conectado con la representación reprimida.

En una histeria, por ejemplo, el analista invita al paciente a asociar. Este lo hace con palabras que son formaciones sustitutivas, producidas en el Preconciente. El tratamiento procura, mediante la interpretación, recorrer este camino a la inversa hallando la representación original. Pero ¿qué sucede si se intenta levantar esta palabra también?. Para Freud allí se encuentra una representación primordial anterior a la aparición de la palabra desinvertible.

A partir de las primeras represiones por contrainvertidura actúan los dos mecanismos. La desinvertidura se produce secundariamente por un efecto de "atrapamiento" de las representaciones, el "*esfuerzo de dar caza*" que parte desde lo primariamente reprimido.

REPRESIÓN PRIMORDIAL

Cuando el Yo de Realidad Definitivo acepta la diferencia sexual anatómica da crédito a la amenaza de castración. Esta disuelve el Complejo de Edipo inaugurando la represión, por contrainvertidura. Esta coexiste con la aparición del Superyó y el lenguaje.



En este sistema de transformaciones las representaciones palabra no están entremezcladas como algo homogéneo. El sistema limita con el Inconiente mediante la **primera censura**, que constituye la **represión propiamente dicha**.

Otro límite es la **segunda censura**, que se relaciona con otros mecanismos: la convicción en la percepción y la diferenciación entre alucinación y percepción. Esta censura limita con la Conciencia.

Cercano al Inconiente, los contenidos del Preconciente no son los mismos que cerca de la Conciencia y de la descarga motriz. Hay un pasaje de transformación que va de la pasividad a la actividad, del masoquismo al sadismo, de la representación a la descarga motriz. La fantasía que se forma en el borde de la primera censura es una **fantasía masoquista**.

Esto se desprende de dos trabajos: "Pegan a Un Niño" y "El Problema Económico del Masoquismo". Esta fantasía sufre luego una represión secundaria y hasta ella llega el levantamiento de las represiones. El delegado de la represión primaria es esta fantasía que toma la forma de un deseo de castigo.

La conrainvestidura es el único mecanismo que actúa en la represión primordial, mientras que la represión secundaria implica la desinvestidura de la representación palabra.

La fantasía masoquista se forma porque la represión primordial es inmediatamente posterior al uso de las defensas pre represivas. El residuo de estas defensas en el Preconciente es esta fantasía que representa la acción masoquista previa.

El Yo aliado de la pulsión, el de Placer Purificado, siempre consume la descarga pulsional pues no puede evitar que ésta se realice. Cuando la realidad le impide la descarga sólo puede defenderse de la pulsión invirtiendo la meta, como el niño que se arroja en vez del juguete.

Schreber tiene una pulsión homosexual: "Yo lo amo" que se transforma en "Yo lo odio" y luego en "El me odia", que son una transformación en lo contrario y luego un cambio de meta, de activa a pasiva. Es una trama Preconciente que sufre luego una represión secundaria.

No es lo mismo que el niño que se tira, no es algo que el paciente hace sino algo que fantasea, pero si falla la segunda censura y hay convicción puede producir un delirio. Cuando se forma el Preconciente verbal se dejan de utilizar las defensas pre represivas, se activa la represión, y la acción se transforma en fantasía. La represión primaria es entonces el momento de transición de la pre represión a la represión.

REPRESENTACIONES COSA

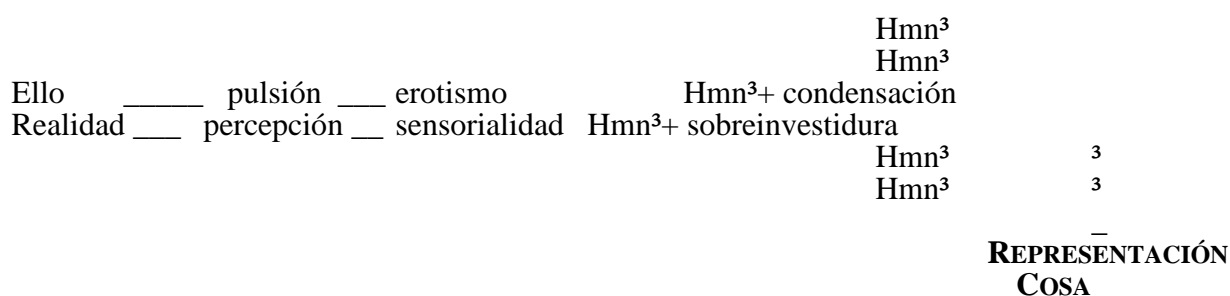
Están constituídas por **huellas mnémicas** táctiles, visuales, cenestésicas, auditivas, etc. que para transformarse en representaciones sufren un proceso de condensación y sobreinvestidura.

En las representaciones cosa se articulan la huella de la percepción y la del goce corporal concomitante. Su primer ejemplo sería la vivencia de satisfacción que Freud describe como una experiencia de registro simultáneo.

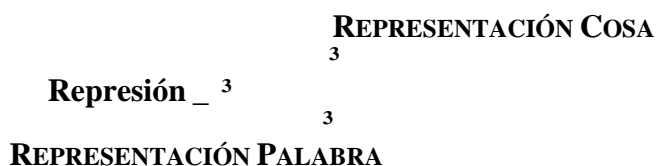
Para que pueda producirse la percepción es necesaria cierta disminución del goce, siempre hay un balance entre ambos. Una inundación de voluptuosidad opaca el aparato psíquico y también produce este efecto el trauma. La conciencia no funciona cuando el desarrollo de afecto la inunda.

Vamos a terminar con un esquema:

PRODUCCIÓN DE LA REPRESENTACIÓN COSA



La representación cosa con el advenimiento del lenguaje queda ligada a la representación palabra en el Preconciente. Sobre esta articulación actúa la represión.



LA NEGACIÓN

Freud la explica como una defensa frente a la pulsión, que permite expresar un deseo en tanto se le agregue el adverbio "no". Por ejemplo, un paciente dice: " esa señora que aparece en mi sueño, usted va a pensar que es mi madre, pero no lo es". Está en el orden de la represión.

Ese no en realidad sólo existe en el preconciente, para descalificar las representaciones palabra permitiendo expresar el deseo. Es una afirmación.

En muchos trabajos se dice negación en el sentido de los traductores ingleses, como negación de la realidad. Pero esto, según las traducciones de Freud que manejamos no es negación sino desmentida.

La negación es una defensa posrepresiva frente a la pulsión, en cambio, la reneación o desmentida es la defensa frente a los aspectos de la realidad que no se aceptan.

En un material clínico: un paciente tiene en determinado momento que hacer una operación inmobiliaria. Dice: "... conseguí un departamento grande por muy poco, usted tiene que ver que bien que discutí el precio", contando una descripción ilusoria. Cuando toma posesión del departamento, tiempo después, dice que se equivocó: "lo vi más con mi deseo que como realmente es". Este mecanismo **no es negación** sino **desmentida**, el paciente procesa la percepción según su deseo, distorsionando la realidad.

DEFENSAS FRENTE A LA REALIDAD

DESMENTIDA (VERLEUGNUNG)

La principal defensa frente a la realidad, presente en todas las estructuras narcisistas, es la que Freud llamó **verleugnung**, traducida como **desmentida** por Etcheverry y como **reneación** por López Ballesteros.

Ciertos conceptos freudianos fueron traducidos al español de distinta manera y algunos trabajos utilizan traducciones provenientes de otros idiomas. La palabra "verwerfung" por Etcheverry es **desestimación**, por L. Ballesteros **repudio**, y ha sido re trabajada como **forclusión** por Lacan. Verneunung es **negación**.

En "El Fetichismo" (1927) Freud estudia esta defensa, señalando la existencia de dos corrientes psíquicas paralelas, una de las cuales sostiene la realidad, mientras la otra se opone a la misma.

La oposición a la realidad tiene el fin de evitar una percepción dolorosa. Hay algo que no se soporta saber pero que tampoco se puede rechazar totalmente: por un lado se lo acepta y por otro no.

En "El fetichismo" Freud dice que **la castración es una amenaza real sólo cuando parece posible**. El Hombre de los Lobos fue amenazado de niño con la castración pero sólo más tarde lo comprendió, cuando frente a la visión de la diferencia sexual anatómica supo con **horror** qué clase de amenaza le habían proferido y comprendió su sentido. Sin el saber acerca de la diferencia sexual la amenaza de castración no tiene trascendencia alguna.

Sin el peligro de la castración, el sujeto se sostiene en la identificación primaria con el Ideal, sin límite para el despliegue del Yo omnipotente. No hay pérdida del Yo de Placer Purificado, que es lo mismo que decir del Yo Ideal.

El Yo de Placer Purificado se representa a sí mismo como un Yo poderoso, omnipotente y omnisciente. No corre peligro porque se sostiene identificado con el modelo Ideal, gozando sus atributos. Una posibilidad grave de pérdida de esta identificación es la caída del modelo de la posición Ideal.

Abandonar esta posición narcisista infantil exige un duelo, significa hacerle lugar a un conocimiento decepcionante del mundo, de sí mismo y del Ideal. Un saber nuevo, doloroso e insoportable, que el Yo de Placer intentará evitar.

En este trabajo Freud articula dos percepciones vinculadas a la caída de la identificación primaria, la falta de falo en la mujer y la muerte del padre. Son dos ejemplos de la utilización de la desmentida: en un caso destinada a borrar la castración femenina y en el otro la muerte paterna. En ambos casos se trata de **sostener el modelo : la madre fálica o el padre inmortal**.

En el caso de la muerte del padre, se trata del modelo omnipotente que está demostrando vulnerabilidad; si muere puede morir él también, son vulnerables los dos. Con la falta de pene, el mecanismo es similar, si la mujer es castrada puede sufrir el mismo destino.

La desmentida requiere como precondition la escisión del Yo. Este se divide y el sujeto funciona con dos corrientes psíquicas, como preconcientes paralelos: uno acorde con la realidad y otro que reniega de la misma. El mecanismo es una desinvertidura de la percepción insoportable y una sobreinvertidura, por **desplazamiento**, de un **objeto auxiliar** que se constituye en formación sustitutiva. Es el objeto **fetiche**.

Freud comienza a trabajar la constitución del fetiche en "Tres Ensayos ...". Allí estudia pacientes perversos cuya práctica consistía en sobreelevar e idealizar un objeto. Este, que podía ser inanimado, tenía la función de conferirle atractivo sexual a la mujer que lo poseía. Estos pacientes pueden tener relaciones sexuales con una mujer sólo con la condición de que posea determinado calzado, luzca un tipo de cabellera, use ciertas prendas, etc.

En la clínica se observan pacientes que, en su vida sexual exigen condiciones peculiares y apelan a artificios bizarros. Algunos se caracterizan por su masturbación solitaria pero con objetos que consiguen sustraer. Por ejemplo, prendas íntimas robadas y usadas.

Freud describe un paciente que se enamoraba de mujeres con cierto "*extraño brillo en la nariz*"; estudia también el "fetichismo del pie" y dice que éste es lo primero que el niño ve de abajo hacia arriba cuando realiza sus primeras exploraciones acerca de la sexualidad.

Las prácticas perversas además de ser restos de la sexualidad infantil sirven a estos pacientes para sostener ilusiones de omnipotencia narcisista, borrar la diferencia sexual anatómica y decidir que la castración no existe; desmienten el genital femenino que simboliza la castración y la posibilidad de ser castrado.

La palabra **renegación** alude a una negación negada: la mujer no tiene pene, el perverso afirma que **no es cierto que no tiene**. La palabra **perversión** quiere decir precisamente otra versión acerca de una percepción. El Yo del perverso no se defiende de los impulsos del inconciente, como sucede en las estructuras neuróticas, sino de la realidad, de la amenaza que le va a poner límites a la satisfacción. Desde el preconciente es omnipotente y puede satisfacerse pues no existe prohibición.

En "La Escisión del Yo" Freud dice que la desmentida está al servicio de sostener una actividad sexual pregenital, autoerótica. En la medida en que no existe amenaza de castración el sujeto mantiene la masturbación.

Freud enfatiza el papel de las formaciones sustitutivas diferenciando los cuadros clínicos: qué aparece en el lugar de aquello que se desmiente. En la posición que en la perversión ocupa el fetiche en la esquizofrenia se coloca la alucinación, pero para ello debe apelar también al uso de la desestimación.

ASPECTOS OPERATIVOS DE LA DESMENTIDA

La desmentida puede ser también una defensa operativa y útil para la economía del aparato psíquico. Freud utiliza el fetichismo como modelo para el estudio de esta defensa, no es que ésta sea privativa de las estructuras perversas.

En un interesante trabajo sobre este tema, Moses, psicoanalista israelí, estudió la eficacia de la desmentida en condiciones operativas. Por ejemplo, es la defensa que permite a los soldados desmentir el peligro para adaptarse a la situación de combate, ya que de lo contrario no podrían pensar ni combatir con eficacia.

Son muchas las situaciones de la vida en las que se utiliza. Una de las primeras reacciones en un duelo normal ante la noticia suele ser "no puede ser!", "no puedo creerlo!". En este caso la defensa está actuando operativamente, dándole tiempo al aparato psíquico para un apronte que le permita aceptar la realidad con mejor preparación, de tal manera que el dolor sea menos traumático.

La desmentida también permite operar contra el Superyó enfrentando represiones. En el ejemplo de la guerra, lo que tiene que desmentirse es el imperativo categórico del Superyó "no matarás". Si el soldado titubea porque el Superyó lo carga de culpa, perece. Otro ejemplo es la cirugía.

DESESTIMACIÓN

En el caso anterior, cuando el paciente utiliza el doble discurso paralelo de que la castración existe pero no existe, ya tiene planteado un problema sobre la misma. Pero hay una etapa todavía previa en la que el sujeto desestima totalmente la existencia del problema, lo **repudia**.

Para plantearse la temática de si existe o no la castración, es necesario por lo menos llegar hasta la fase fálica. Hasta entonces, este conflicto se resuelve desestimando, "**no ha lugar**" al problema. Esto es normal a cierta altura de la evolución psicosexual, pero es muy grave si perdura en la vida adulta.

LAS DEFENSAS EN EL HOMBRE DE LOS LOBOS

En "El Hombre de los Lobos" trabajo clínico de Freud de 1917, figura una cita muy gráfica, útil para entender estos mecanismos.

Dice: "*Nos ha devenido notoria la inicial toma de posición de nuestro paciente frente al problema de la castración. La desestimó y se atuvo al punto de vista del comercio por el ano*". Como vemos, alude a la desestimación de la percepción, ésta es repudiada, no existe la castración, y cree que las relaciones sexuales se hacen por el ano, es decir, por donde no hay diferencias sexuales anatómicas.

"*Cuando dije que la desestimó, el significado más inmediato de esta expresión es que no quiso saber nada de ella siguiendo el sentido de la represión (esfuerzo de desalojo)*...", es decir, rechaza una percepción en el mismo sentido en que con la represión se rechaza una representación de la pulsión.

"*Con ello, en verdad, no se había pronunciado ningún juicio sobre su existencia pero era como si ella no existiera*...". Acá hay algo importante: no emite ningún juicio acerca de la no existencia de algo, simplemente hace como que no existe, desestima el problema. Hablamos de un niño pequeño. "*Ahora bien, esta actitud no puede ser la definitiva, ni siquiera podía seguir siéndolo en los años de su neurosis infantil. Después se encuentran buenas pruebas de que él había reconocido la castración como un hecho... Al final subsistieron en él, lado a lado, dos corrientes opuestas, una de las cuales abominaba de la castración mientras que la otra estaba pronta a aceptarla y consolarse con la femineidad como sustituto. La tercera corriente, más antigua y profunda que simplemente había desestimado la castración con lo cual no estaba todavía en cuestión el juicio acerca de su realidad objetiva, seguía siendo sin duda activable*".

Esta última corriente es la de la psicosis, aquella que en la temprana infancia desestimo el problema de la castración.

¿ Qué pasa cuando este problema que ha sido desestimado se activa ? ¿ Cómo se activa ?

Citamos del Hombre de los Lobos: "*Tenía cinco años, jugaba en el jardín junto a mi niñera y trabajaba con mi navaja la corteza de uno de aquellos nogales que también desempeñaban un papel en mis sueños. De pronto noté con indecible terror que me había seccionado el dedo meñique de la mano (derecha o izquierda) de tal suerte que sólo colgaba la piel. No sentí ningún dolor pero sí una gran angustia. No me atreví a decir nada al aya, distante unos pocos pasos. Me desmoroné sobre el banco inmediato y permanecí allí sentado, incapaz de arrojar otra mirada al dedo. Al fin me tranquilicé, miré el dedo y entonces vi que estaba completamente intacto*".

Como vemos, supo de pronto de la castración, pero a través de alucinarla **como ya producida**, desplazándola a otro órgano del cuerpo. La amenaza en su momento desestimada, fue bruscamente aceptada cuando retornó como alucinación.

Desestimación es rechazo de lo nuevo. Para el aparato psíquico lo nuevo es siempre la percepción. Es importante recordar que el aparato sensorial no tiene memoria, estando preparado siempre para recibir estímulos nuevos.

DEFENSAS FRENTE AL SUPERYO

En "Neurosis y Psicosis" Freud señala la existencia de defensas frente al Superyó en las melancolías, a las que caracteriza como las únicas "**neurosis narcisísticas**". Agrega que considera abierta una investigación sobre el tema.

Entre nosotros, el estudio de esta defensa fue desarrollado por David Maldavsky que considera que en las melancolías existe una **desestimación** del Superyó. El fracaso de la defensa se traduce en su retorno como **autoreproche melancólico**, patente del sadismo superyoico.

El retorno alucinatorio de lo desestimado toma formas siniestras. En la desestimación del Superyó implica la inversión de las pulsiones de autoconservación que ordenan la muerte del Yo tras descalificarlo por inútil, en una gravísima compulsión al suicidio..

NEUROSIS

Habíamos señalado más arriba que al investigar la etiología de una organización clínica debían tenerse en cuenta tres series complementarias. El estudio particularizado de la disposición es sin duda el más elaborado por la teoría psicoanalítica, presuponiendo una constelación policausal que implica el abordaje simultáneo de varios problemas.

Recordemos que Freud estudió las fijaciones, la temática edípica articulada con la castración y las identificaciones, la teoría de las defensas y las formaciones sustitutivas, siendo éstas las que en última instancia hacen la clasificación de la enfermedad.

Como conceptos base para el estudio de las neurosis debemos subrayar los siguientes:

- las **formaciones sustitutivas** son características, diferencian unas neurosis de otras y les dan su especificidad clínica.
- se les atribuyen distintos puntos de **fijación**.
- la **represión** es la defensa fundamental en todas las estructuras neuróticas.
- se producen **defensas accesorias** que colaboran con ésta en cuanto falla y que sirven para la constitución de las formaciones sustitutivas.
- la represión es exigida por el Superyó, que amenaza al Yo con su castigo, produciendo la **angustia señal**.
- la defensa procura evitar este desarrollo de afecto, que en las estructuras neuróticas es **angustia de castración**.

En las tres **neurosis de transferencia: histeria de conversión, de angustia (fobia) y neurosis obsesiva**, el conflicto básico gira en torno del drama edípico, con el Complejo de Castración.

La defensa fundamental es la represión y ésta requiere una serie de condiciones como ser el Yo de Realidad Definitivo, un desenlace edípico con Superyó estructurado y el advenimiento del lenguaje con un sistema Prec. eficaz para las transformaciones.

En "Neurosis y Psicosis" Freud decía en términos de conflicto estructural que en las neurosis :

- 1º) **El Yo aliado al Superyó y a la realidad externa lucha contra el Ello, a diferencia de**
- 2º) **las psicosis, en las que el Yo se defiende frente a la realidad intolerable, y**
- 3º) **las melancolías, para Freud las únicas neurosis narcisistas, en la que el conflicto se establece entre el Yo y el Superyó.**

HISTERIA DE CONVERSIÓN

El área de expresión del conflicto es el cuerpo y fue bautizada con este nombre por Freud, al atribuir al síntoma corporal el carácter de formación psíquica "convertida".

Antes de Freud, del grupo de cuadros que estudiamos como neurosis de transferencia, sólo la histeria era considerada una neurosis, junto a la epilepsia y la neurastenia, en virtud de su presentación somática. Las clasificaciones reservaban un lugar distinto, por su presentación mental, a las obsesiones, compulsiones y fobias.

Históricamente las histerias se observaban con una amplia casuística hoy muy disminuída, y como es sabido, son las patologías con las que nació el método psicoanalítico. El desarrollo de la enfermedad comienza con:

- 1) un factor actual desencadenante que
- 2) activa por asociación los complejos reprimidos, potenciando la
- 3) regresión a las pulsiones parciales correspondientes a los puntos de fijación. La potenciación libidinal se expresa en una
- 4) falla de represión.
- 5) El Superyó amenaza entonces al Yo produciendo su anuncio como
- 6) angustia señal. Esta obliga al Yo al
- 7) refuerzo de la defensa derivando el exceso de afecto a la
- 8) conversión corporal.

La represión actúa sobre los componentes psicológicos de la pulsión disociándolos del afecto. Cada uno de ellos va a seguir un curso distinto. En la histeria si la representación o idea estaba en vías de devenir consciente no va a acceder a ello, y si estaba en la conciencia será desalojada quedando en su lugar una laguna mnémica.

El destino de la representación en conflicto será la represión en el inconsciente. En cambio el afecto, a través de la conversión, va a ser transformado en inervación somática. Los dos requisitos de la conversión son:

- a) la **facilitación somática**
- b) la **introversión de la libido**

En el síntoma histérico el cuerpo aparece metaforizando una frase reprimida expresada a través de un órgano o de una función (allí observamos una amplia gama de síntomas relativos al área motora, sensitiva, neurovegetativa, etc.).

En esta neurosis se juega una fijación pulsional a la etapa fálica pero Freud agrega que la facilitación somática se debe a la **regresión del Yo** a una fijación oral. Esto justifica también la presencia de un afecto típicamente oral como el asco.

Recordemos que el síntoma tiene un beneficio primario relacionado con la solución del conflicto y un beneficio secundario, que Freud señaló posteriormente como resistencia para la cura y que estudió dentro de las resistencias del Yo.

Entre los rasgos de carácter que se observan en una histeria de conversión se encuentran la ingenuidad, la sexualización de relaciones endogámicas y la desexualización exogámica en general.

En el síntoma se expresan el deseo y la defensa en una formación de compromiso que integra ambos elementos. En las neurosis obsesivas, en cambio, síntoma y deseo se juegan por separado. En la histeria el síntoma representa un fragmento de la vida sexual infantil, como un compromiso transaccional entre los dos elementos.

En la conversión se condensa económicamente un alto monto de **afecto**, por lo tanto, en el salto de lo psíquico a lo orgánico, éste parece desaparecer de la conciencia. Desde este ángulo **la represión es muy eficaz**. Es como si el síntoma orgánico absorbiera el afecto puesto en juego.

Esto determina otro rasgo de carácter, la **bella indiferencia**; una actitud displicente que le da la paciente a su síntoma aunque sea ostensible para el observador. Muchas creían firmemente después de un ataque de histeria que de haberlo querido lo hubieran evitado, asegurando a veces, haber fingido sus ataques de nervios.

Esto, creído por los médicos, dio lugar a la suposición de que este cuadro era sólo una ficción destinada a influenciar a los demás. Así se originaron tratamientos verdaderamente dolorosos, casi castigos, dirigidos a restarle beneficio a la enfermedad.

Otros rasgos de carácter son la **tendencia a la fantasía**, la credulidad y sugestionabilidad, el exhibicionismo, la conducta teatral, y rasgos fálicos que pueden manifestarse como conductas de dominio y de ambición. Se describen marcadas alteraciones en las funciones sexuales, como frigidez, inhibición, o impotencia.

Es habitual el deseo de producir una **fascinación estética** en otro. Se ha señalado la frecuente expresión de frases de promesa en su retórica, como complemento de una actitud esencialmente seductora. Aluden a un regalo que en realidad esperan recibir. Teóricamente la femineidad histérica expresa un "vacío" que el varón va a llenar con su ofrenda. La **"falta"** que motoriza el deseo del hijo.

HISTERIA DE ANGUSTIA

Freud conceptualizó a las fobias como histerias de angustia, porque este desarrollo de afecto era el síntoma predominante, aunque ligado a determinadas representaciones mentales de peligro, como en el caso Juanito. En cambio en las neurosis de angustia la motivación es inespecífica, habiéndolas clasificado como neurosis actuales, por efecto tóxico de estancamiento libidinal.

Al igual que la histeria de conversión fue clasificada primero como neuropsicosis de defensa diferenciándola de las neurosis actuales, y luego como neurosis de transferencia discriminándola de las narcisistas.

Como en la histeria de conversión, el Yo experimenta angustia señal frente a la representación asociada a los contenidos del Inconciente reprimido, y pone en marcha la represión.

La represión disocia la idea del afecto. El destino de la primera es también quedar reprimida en el inconciente, mientras que el afecto sufre una vicisitud diferente a la conversión. Se **desplaza y proyecta en el mundo exterior**, que es la escena donde se juega lo manifiesto y se enlaza a una **representación sustitutiva**.

En el caso Juanito, el miedo al caballo funciona como formación sustitutiva que impide que se haga conciente la idea reprimida, es decir, la amenaza de castración.

Así se produce el objeto fobígeno, temido pero también deseado, porque en él se articulan pulsiones hostiles y eróticas disfrazadas por la defensa. Por ello se manifiesta una particular actitud con el objeto y la situación fobígena.

La **fobia** se instala cuando el sujeto evita **compulsivamente** al objeto. Esta **evitación** rechaza lo que se ha proyectado al mundo exterior. El deseo y la amenaza quedan incluidos en la representación sustitutiva frente a la cual surge la crisis de angustia, y la aparición del síntoma queda condicionada a la proximidad del objeto fobígeno.

Estas estructuras psicopatológicas son en realidad tácticas defensivas para solucionar el conflicto frente a la angustia. Por lo tanto un peligro interno se convierte en una situación exterior que es posible evitar.

La amenaza de la fobia siempre es **pulsional**. No surge de la angustia realista como un peligro del cual huiría cualquiera. El paciente sabe que su miedo es absurdo y una información sobre lo inofensivo del objeto no corrige en absoluto una verdadera fobia.

Con respecto a los rasgos de carácter es común cierto estado de alerta tratando de evitar las situaciones temidas. Pueden padecer inhibiciones totales o parciales pudiendo un agorafóbico permanecer totalmente recluso. El objeto fobígeno se construye por lógicas de analogía, simultaneidad y contigüidad, extendiéndose a "áreas de peligro" cada vez mayores. Entonces le resulta intolerable estar lejos de edificaciones, cruzar plazas o pasar por determinadas situaciones. En Juanito el temor al caballo se desplazó a la calle en general.

A veces aparecen asociaciones claramente relacionadas con la sexualización. Por ejemplo, una paciente decía que en la calle había muchas tentaciones, su agorafobia estaba asociada a la excitación sexual que le provocaba el encuentro con hombres.

Son frecuentes la indecisión, el temor a lo extraño y el animismo. Son supersticiosos y utilizan refranes. Como en la histeria de conversión suelen padecer disfunciones sexuales. Estos síntomas determinan generalmente una caída de la autoestima que estos pacientes intentan desmentir con fantasías y frases de audacia.

NEUROSIS OBSESIVA

Fenomenológicamente la neurosis obsesiva se manifiesta como un conjunto de ideas, representaciones, impulsos o actos de origen intrapsíquico que se imponen al Yo contra su voluntad. Están fuera de control conciente y el paciente no puede dominarlos, aunque los considera absurdos.

El campo del conflicto es la propia mente, a diferencia de la histeria de conversión que compromete el cuerpo, o la fobia que se extiende al campo de objetos externos.

La lucha es entre las pulsiones eróticas y agresivas del Ello y el severo Superyó que las intenta controlar. El Yo se encuentra entre dos amos tiránicos en una posición masoquista.

Como toda neurosis implica la conflictiva edípica. Es importante recordar que aquí la fijación es en la etapa Anal 2 y que el límite entre neurosis y estructuras narcisistas pasa entre ésta y la Anal 1. Esta neurosis, entonces, está más cerca de las perversiones y las psicosis que las anteriores.

Con respecto a las ideas y actos que se le imponen, el obsesivo los reconoce como propios a diferencia de otros fenómenos impuestos, como los esquizofrénicos que dicen "me hacen hacer" o "me hacen pensar". Siempre es importante diferenciar a quién el paciente atribuye sus ideas o compulsiones. El neurótico obsesivo dice: "se que son mis propias ideas, pero no las puedo evitar", en cambio el esquizofrénico dice: "me dictan los pensamientos."

El conflicto es como en todas las neurosis, entre el Yo y el Ello. La regresión es distinta de la histérica, pero Freud dice que la neurosis obsesiva es un dialecto de la histeria. Es decir, que como neurosis habla el mismo idioma edípico, pero en un dialecto distinto, con otro lenguaje pulsional. Por lo tanto, los síntomas son traducciones a términos anales de la problemática edípica.

La puesta en marcha del cuadro, como en toda neurosis, se hace a través de la angustia señal y de la represión fallida. Se reactivan e incrementan las pulsiones sádicas y eróticas de la etapa anal, potenciando la ambivalencia y el sadismo, con hostilidad intensa. También se reactiva la bisexualidad con frecuentes fantasías homosexuales. Para Freud la regresión estimula la defusión pulsional, la pulsión de muerte desligada recarga al Superyó e incrementa su sadismo.

De esta manera se produce el conflicto. En los cuadros completos tiene elevado nivel de dramatismo y el sujeto lo vivencia con dolor. Son muy intensos los **autoreproches**, que generalmente aluden a la hostilidad y a la sexualidad, y diferenciándose de los autoreproches melancólicos más ligados a las pulsiones de autoconservación acusando al Yo de inutilidad.

Debido a la intensidad del sadismo se producen **formaciones reactivas**, de signo contrario. En este caso la pulsión hostil queda reprimida formándose en su lugar una sustitución opuesta: extrema bondad, por ejemplo, o una limpieza exagerada, indiscriminada, con meticulosidad y escrupulosidad compulsivas.

Para producir estas formaciones es necesario utilizar la misma energía que para mantener reprimida la pulsión, lo que implica un elevado desgaste para el aparato psíquico. Las formaciones reactivas son una defensa ante las pulsiones hostiles, básicamente de destruir, de ensuciar, típicas de la etapa anal, formando parte de las estructuras caracteropáticas como rasgo dominante.

Algunos pacientes presentan con frecuencia compulsiones de contenido mágico, casi supersticioso. Se trata de hacer algo que mágicamente va a producir un alivio de tensión, por ejemplo, volver a limpiar algo que ya se limpió. Así surgen los **ceremoniales**. Si aparece una idea obsesiva en mitad del ceremonial, puede interrumpir la limpieza y volver a comenzar.

Otras veces las compulsiones no son defensivas como las anteriores. Toman la forma de moderadas transgresiones al Superyó que le permiten una descarga sustitutiva al Ello. Por ejemplo, un paciente padecía compulsiones de rozar a pasajeros en los transportes, al hacerlo liberaba algo de su tendencia homosexual, pero luego se reprochaba obsesivamente la gratificación perversa.

Se describen distintas actuaciones como las anteriores, que no son del orden de la defensa sino de la pulsión. A veces estas descargas parciales son muy violentas, como las explosiones de ira en las cuales "se les escapa" la agresión que luego se reprochan.

En "Psicopatología de la Vida Cotidiana" Freud recoge numerosas anécdotas relacionadas con obsesivos en los que falla la defensa. En la perfección y extrema prolijidad de estas personas siempre aparece algún error que constituye el síntoma, el retorno de lo reprimido.

Muchas veces la idea obsesiva toma la forma de una representación fóbica, de temor a que algo ocurra. Por ejemplo una madre que nos dice: "Mi hijo se atrasa y yo estoy pensando que lo asaltaron". Lo que esta paciente ignora es que su odio por el atraso es el que está agrediendo a su hijo. La pulsión hostil adopta la forma de temor cuando en realidad es una transformación del castigo por la tardanza.

Muchas ideas obsesivas son deseos hostiles transformados. En otro material clínico, un adolescente, cuyo padre hacía arreglos caseros tenía crisis de angustia por miedo a que se cayera. Esto era significativo de la rivalidad edípica con el padre, que reactivada en la adolescencia, se transformaba en temor.

Según Freud para que se produzca la neurosis, tiene que haber **lucha con el síntoma**. Si el Yo se sintoniza con éste, no hay neurosis, sino **caracteropatía**. El carácter obsesivo **racionaliza** sus manifestaciones defensivas y las eleva al grado de **virtud**.

En el obsesivo caracterópata es fundamental la formación reactiva, con ideas obsesivas de las cuales se queja poco y que en general no toma en serio. En el análisis puede escucharse que el paciente tuvo estas ideas toda su vida, pero que no les daba trascendencia, por su disociación con el afecto.

En el discurso obsesivo encontramos manifiesto y claramente expresado lo que está reprimido en otros pacientes, pero **aislado** del afecto. Aparece como una idea absurda y no puede registrar que es un verdadero deseo, erótico u hostil.

La diferencia entre la neurosis y la caracteropatía está dada por la lucha contra el síntoma. En la primera hablamos de **egodistonía** y en la segunda de **egosintonía**.

El tratamiento psicoanalítico de las neurosis consiste en levantar represiones y hacer conciente lo inconciente. La motivación del paciente para la cura es que el síntoma lo perturba. En cambio el caracterópata consulta por síntomas secundarios, recién cuando entra en conflicto con distonía.

Por ejemplo, un paciente puede ser cuestionado en virtud de una problemática familiar o profesional, y acudir a una consulta por dicha razón. Se siente en conflicto con otras personas, no con sus síntomas. Un tratamiento en este caso debería plantearse una estrategia distinta, no se trata de levantar represiones ni hacer conciente lo inconciente. Primero debe señalársele que determinados rasgos de su carácter pueden relacionarse con su problema.

Es cierto que el caracterópata puede convertirse así en un neurótico. Pero es importante saber que si no se cuestiona como lo hace el neurótico, no accede a la cura. En tal caso podría continuar quejándose de los "defectos" de otros, esgrimiendo su carácter como "virtud".

El problema del afecto en el obsesivo es que **se desplaza** a una idea irrelevante que se constituye en obsesiva. Por su investidura ésta cobra relevancia y por **aislamiento** se desconecta del resto.

También es manifiesta la desafectivización como desinversión de constelaciones ideativas de trascendencia. Por eso puede ser aceptada la idea obsesiva en la conciencia. El aislamiento implica, precisamente, una desconexión entre ideas, por lo cual quedan desarticuladas entre sí, del contexto, y del afecto. Efectúan racionalizaciones con marcada intelectualización pero no logran conectar ideas y afectos. Pueden hacer largos discursos con el afecto excluído, puesto en otra idea.

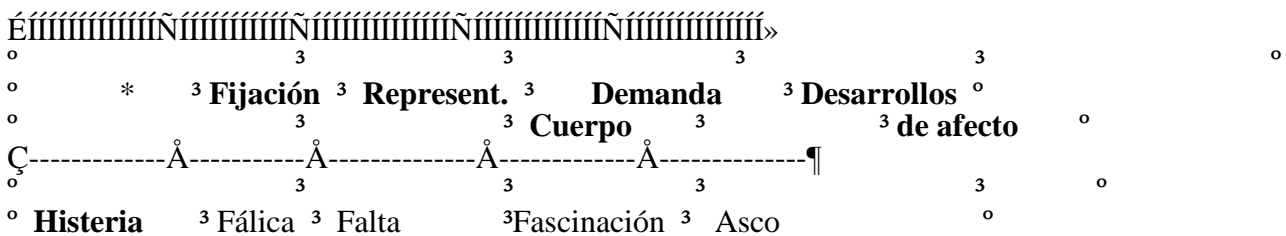
La **anulación** tiene también un papel importante. Significa deshacer lo hecho, no mitigar sino casi mágicamente borrar a través de unos actos otras acciones. Como el Hombre de las Ratas que observando una piedra en la calle pensó que en unas horas iba a pasar el coche de su amada y podía accidentarse. Sacó la piedra, pero comenzó una insoportable autocrítica por lo absurdo de su idea y la volvió a poner.

Estos actos llegan a constituir una verdadera religión privada. Los ritos y ceremoniales cobran sentidos particulares y secretos a los que no pueden renunciar. Un paciente pasaba horas frente a la capilla santiguándose constantemente para **anular** la idea blasfema que se le imponía en forma permanente. Hay una regresión de la acción al pensar y éste último se erotiza. La evitación del contacto se traslada al pensar cuidando que las ideas no se asocien.

Se describen característicos incrementos de la culpa, del autoreproche, del autocastigo y de la duda. Esta última está relacionada con la propia ambivalencia. Una paciente tras salir de su casa empezaba a tener ideas obsesivas acerca de objetos eléctricos mal enchufados con los que podría tropezar su madre electrocutándose. Debía entonces volver, a menudo repetidamente, a controlar cómo habían quedado los aparatos.

A veces la **duda** de su propia conducta es insoportable. Un internado preguntaba periódicamente a los médicos si no los había ofendido. Confundía sus deseos inconcientes hostiles con acciones y creía que podía haber agredido sin recordarlo. Debían tranquilizarlo aclarándole que no había sido así.

Del "Hombre de las Ratas": "... mi paciente se encontraba como disociado en tres personalidades: una inconciente y dos preconcientes entre las cuales podía oscilar su conciencia. Su inconciente integraba los impulsos violentos y perversos tempranamente reprimidos. En su estado normal era un hombre bondadoso, alegre, reflexivo, inteligente y despejado. Pero en una tercera organización psíquica rinde culto a la superstición y la ascesis de manera que podría entrañar dos convicciones y dos concepciones del Universo. Esta personalidad preconciente entrañaba sobre todo los productos de la reacción a sus deseos inconcientes reprimidos, y no me era difícil prever que - de haberse prolongado la enfermedad - hubiera acabado por devorar a la personalidad normal".





ESTRUCTURAS NARCISISTAS

Numerosos autores postfreudianos dedicaron extensas investigaciones a este tema, desde distintas vertientes teóricas. No siendo posible una síntesis, las estudiaremos siguiendo uno de estos desarrollos como matriz, utilizando para ello un cuadro sinóptico modificado de Maldavsky.

CUADRO ESTRUCTURAS NARC.PAG.53

Se trata de un cuadro de doble entrada en el que figuran estructuras clínicas y formaciones psíquicas. Las primeras están presentadas de a pares. Estos expresan que, sobre la base de la misma fijación predominante, pueden darse tanto organizaciones caracteropáticas como psicóticas.

En las estructuras narcisistas, la perversión y las caracteropatías pueden constituir transacciones con las psicosis, serían momentos exitosos de las defensas.

Caracteropatía: es una alteración del carácter sintónica, no criticada por el sujeto. Se diferencia de la neurosis donde hay conflicto entre el Yo y el síntoma neurótico. En la caracteropatía, en cambio, el sujeto no está en conflicto con sus síntomas, sino con otras personas a quienes hace padecer.

Vemos que en el cuadro aparecen juntas alteraciones del carácter y psicosis que tienen la misma fijación. Empezamos en la Anal 1 porque entre ésta y Anal 2 está el clivaje entre estructuras narcisistas y neuróticas.

En efecto, en la Anal 2 hay objeto, distinguible del Yo, investido con hostilidad. La pulsión es ambivalente. En cambio desde la Anal 1 hacia atrás estamos en pleno narcisismo, y la actividad sexual es autoerótica.

En la Anal 1 las fijaciones producen perversiones y paranoias. En la Oral 2 caracteres depresivos y melancolías. En la Oral 1 esquizoidías y esquizofrenias. Y en las fijaciones a la libido intrasomática, anterior a la apertura de las zonas erógenas, se producen los caracteres sobreadaptados y las enfermedades psicósomáticas.

El cuadro se compone también de una entrada para distintos dobles, es decir, las formaciones con las que el paciente sostiene su identificación primaria. El doble es una construcción psíquica que se hace por proyección e identificación, sobre el objeto modelo de la identificación primaria.

Suponemos que el erotismo de las fijaciones se origina en zonas del cuerpo privilegiadas, erógenas, que van a condicionar distintas representaciones. La organización cognitiva del cuerpo no se representa igual con una fijación anal que con una oral, por ejemplo.

En cuanto a los objetos voluptuosos son distintos tipos de auxiliares del autoerotismo.

En la columna del masoquismo erógeno se señalan los desarrollos de afecto producidos a consecuencia de la actividad sadomasoquista de cada fijación.

PERVERSIONES Y PARANOIAS

En la Anal 1 se produce el pasaje de la pasividad a la actividad. Es un tiempo en el que hay dos tipos fundamentales de erogeneidad: una pasiva en la ampolla rectal y una activa en la motricidad. La actividad motriz es en ese momento lo predominante de la representación corporal.

La fijación en este tiempo implica poca regresión, cerca de las neurosis obsesivas. Esta etapa es la más complejizada del aparato psíquico narcisista.

El niño en la Anal 1 está pendiente del desarrollo de las destrezas. Este es el tiempo en que Lacan subraya la imagen en el espejo unificadora y anticipatoria de la coordinación motriz. Acá a la teoría de la imagen especular queremos agregar "de rasgo motriz" porque es una imagen unificadora desde la motricidad.

En esta etapa la formación del Yo se da desde las destrezas y es con esta imagen con la que se identifica para construir la representación unificada de si mismo.

Así es como se ven a si mismos ciertos caracterópatas, como quienes con destrezas sostienen su identidad. Privilegian la imagen, su discurso prototipo sería algo así como "qué hábil que soy, que piola". Fueron llamados "personalidades de acción".

La desmentida utiliza fetiches para alimentar la imagen del Yo eliminando cualquier representación de la realidad que la limite. Tratará también de desmentir cualquier imagen del modelo que aparezca desmerecida.

Rechazará la castración de la mujer porque si existe, lo pueden castrar y convertir en mujer. También evitará aceptar la caída del padre, porque esto significa que éste es vulnerable y que identificado con él, puede caer del mismo modo. En éste último caso, los bienes materiales funcionan como objetos aseguradores.

La defensa apela a una formación que pondrá como sustituto de aquello que desmiente. Algo que puede ser un objeto o una imagen, pero que tiene siempre cierto sentido de completamiento, de soporte de esa imagen poderosa. Lo contrario implica el colapso narcisista.

La desmentida está 1º, al servicio de sostener la identificación primaria con un doble idealizado y 2º, para mantener la fusión con los objetos porque no hay discriminación entre Yo y No Yo.

Para el narcisismo no existe la posibilidad de permitirle a un otro que se discrimine. Los objetos tienen que ser parte de uno mismo, como uno mismo se siente parte de los objetos. El Yo de Placer desmentirá todo juicio acerca de la diferencia entre el objeto y el Yo. Así evita reconocer los límites Yo - No Yo apelando a los distintos dobles de la identificación primaria y al uso de objetos auxiliares.

Estos objetos pueden entenderse también como algo que el paciente puede envidiar en otro. Son voluptuosos, fetichizados, y auxiliares de la satisfacción autoerótica. Recordemos que para Freud, sostener la masturbación era otra finalidad de la desmentida. De hecho, pacientes con estructuras narcisistas se masturban hasta edades avanzadas.

En la perversión, como en otras estructuras narcisistas, las represiones son débiles. Los pacientes tienden a la transgresión y en su discurso se escuchan habitualmente temáticas relacionadas con los bienes materiales, el dinero, y los objetos de consumo.

Al estudiar por separado las estructuras psicóticas y no psicóticas se ignoran a veces los matices que las articulan como dos caras de la misma moneda. Por ejemplo, podríamos perder de vista que Schreber se cree perseguido por su propio fragmento perverso proyectado. Es decir, el narcisista perverso, que desea verse con una imagen que desmiente la amenaza de castración y que para ello humilla a los demás, en el paranoico es proyectado y desde el mundo ejerce su persecución sobre él.

Así Schreber nos cuenta como fue perseguido por su médico, Fleschig es el perverso proyectado, y en la fantasía de Schreber, se prestigia gracias a su sufrimiento. Esta fantasía integra con frecuencia el delirio paranoico, que alguien "hace imagen" a su costa.

La imagen es privilegiada en estos pacientes. El mirar y el ser mirado son formas de sostener la identificación primaria y la posición del poderío narcisístico. Cuando esto no es posible y la identificación claudica, apela a un segundo recurso, que es la proyección del perverso activo ubicándose en la posición pasiva. El sujeto es proyectado y él ofrenda el Yo posicionado en objeto del goce.

Este es un lugar de privilegio de la motricidad con dos posiciones: sujeto o víctima, según se ubique en posición activa o pasiva. Desde la posición activa se descargará la pulsión, y se le producirá al objeto humillación y vergüenza, los desarrollos de afecto predominantes en la Anal 1.

En la estructura perversa se procura mantener a salvo la propia imagen produciendo humillación y vergüenza a otro, auxiliar, a quien se tiene el poder de humillar. Para Freud esto implica también la realización del "afán de venganza".

Los desarrollos de afecto implican descarga pulsional. Si ésta se realiza en posiciones pasivas, cuando se ofrenda el Yo, se experimentan: en la Anal 1 humillación y vergüenza, en la Oral 2 desesperación, en la Oral 1 terror, y en la libido intraorgánica, dolor. En posición activa, la defensa consistirá en provocarle estos afectos al otro.

DEPRESIONES Y MELANCOLÍAS

Este par expresa una regresión más profunda, anterior. Es la fase oral secundaria en la que no existe todavía un privilegio del rasgo motriz y la imagen no es especular sino una semblanza afectiva. Recordemos que Freud no habla de la sombra sólo en "Lo Siniestro", sino también en su trabajo sobre melancolías donde dice *"la sombra del objeto cae sobre el Yo"*.

Como formación psíquica ésta semblanza es más elemental, y como toda sombra no puede desprenderse del objeto. La presencia de la madre es entonces la única posibilidad para el niño de proyectar y por lo tanto reconocer sus estados afectivos. El Yo de la Oral 2 todavía no tiene palabra para denominar estados afectivos y apela a la proyección para hacerlos concientes.

Antes de la aparición de la palabra la expresión de afectos no es posible para la conciencia. Procesarlos requiere que aparezcan proviniendo de la exterioridad, por ello necesita del otro, como espejo, para saber acerca de sus estados afectivos.

Este es el tiempo de las identificaciones proyectivas, en el decir de Klein, en el que se procura provocar afectos en el otro. Es el ejemplo clásico del niño que actúa para que se fijen en él, está enojado, pero no sabe decirlo y lo que procura es enojar a la madre.

Una sombra es inseparable del objeto que la produce, en cambio la imagen, como una fotografía, puede desprenderse del mismo. Un perverso típico es Dorian Gray, quien se había hecho pintar en un cuadro, gracias al cual podía desmentir el paso del tiempo y la muerte. En esta novela su doble envejecía en lugar del personaje. La imagen está relacionada con la motricidad. En cambio, en los depresivos, Oral 2, no se ha llegado todavía a la unificación motriz, sino afectiva, sobre la sombra.

En un carácterópata depresivo observamos habitualmente un equilibrio no melancólico sobre la base de provocarle afectos a otro que funciona como su sombra. Se sostienen en una identificación si hay otro que pueda soportar la sombra en vez de caer ésta sobre su Yo. En la clínica, se observa esta estructura relacional en ciertas familias patológicas en las que alguno funciona como "la sombra" de otro, a quien en realidad sostiene. O sea, tienen junto a ellos un objeto narcisista encargado de soportar sus estados afectivos. Su pérdida es insoportable, y si se produce se inicia el proceso melancólico.

En la melancolía el sujeto recibe los reproches como provenientes de su Superyó. Se queja de ser un inútil, de no servir para nada. Es distinto a lo que se suele observar en un obsesivo, con autoreproches cuyo tema son deseos prohibidos. El paciente se cuestiona la utilidad de su ser, en un juicio de atribución ligado a las pulsiones de autoconservación. Busca "alimento afectivo" y lo obtiene de quienes aceptan el contagio depresivo. Implica al otro en una relación de familiaridad, en la que trata de generar el sufrimiento que padece. Su deseo es provocar por identificación un sentimiento compasivo que lleve a otro a acogerlo familiarmente y brindarle su protección.

Cuando se produce el colapso de la defensa el paciente cede la posición sujeto al Superyó. El melancólico en vez de proyectar un perseguidor en el mundo, como lo haría un paranoico, lo ubica en su mundo interno, haciéndole reproches.

El dolor que produce esta persecución es insoportable, y combinado con angustia, produce la **desesperación**, desarrollo de afecto característico de la posición de desamparo. En ésta la ausencia es la de un semblante de rasgos afectivos y el tipo de deseo es el anhelo. La principal representación corporal es el cuerpo afectivo. Soporta sus afectos a partir de proyectarlos en otro, sino, son insoportables.

En cuanto al objeto auxiliar tratan de sostener una relación de familiaridad. Estos pacientes frecuentemente llaman fuera de hora, tratan de ubicar al profesional fuera del contexto clínico y quieren integrarse a su vida personal.

Resumiendo: las melancolías se producen cuando claudica la identificación primaria con el doble "sombra" en la fijación Oral 2. Caen en la desesperación, introyectan al objeto perdido y lo maltratan en el Yo, el

Superyó se posiciona en perseguidor. En el carácter depresivo la defensa ha sido exitosa, mientras que la melancolía expresa el fracaso de la misma.

ESQUIZOIDÍAS Y ESQUIZOFRENIAS

Este es un nivel más elemental de descomplejización del aparato psíquico. Se trata de la fijación a la fase Oral 1. Al igual que en otras fijaciones, el éxito en la defensa da lugar a la caracteropatía, mientras que su fracaso produce la esquizofrenia.

Los esquizofrénicos hablan del espíritu. En un material clínico el paciente dice que está muerto, que su cuerpo ha sido ocupado por espíritus que lo utilizan. Un adolescente decía que él era una alucinación de Dios, que quizás Dios estaba soñando y él era su sueño.

Los esquizofrénicos se preguntan siempre ¿Yo existo, estoy viviendo, es esto real, está sucediendo? Parecen aludir a la esencia guesáltica de la percepción que se les escapa, no encontrando respuesta. Su actitud es de llamativa distancia de la realidad concreta, Freud la compara a un filósofo.

Su sensorialidad parece fragmentada. La esencia de la percepción normal es una articulación entre impresiones sensoriales, que da lugar a una representación cosa dotada de sentido, el "**sentido común**", decía Bion. Recordemos que la representación es una articulación de huellas mnémicas por condensación y sobreinvestidura. La palabra queda desconectada de la representación cosa y privilegiado su significado literal.

La pérdida de esta articulación implica la fragmentación de la representación en una serie de improntas sensoriales aisladas carentes de sentido significativo. Se debilita además la segunda censura que permite discriminar sensorialidad e imaginación.

En la psicosis esquizofrénica quedan desarticuladas las representaciones cosa y desligadas de las representaciones palabra que siguen su propio camino sobreinvestidas y tratadas como cosa. Se producen fragmentaciones de la sensorialidad, secundariamente sobreinvestidas de tal modo que los elementos aislados aparecen desunidos del resto, tomando la forma de alucinaciones cenestésicas, gustativas, olfatorias, etc. La representación cuerpo expresa esta fragmentación, siendo manifiesta la angustia hipocondríaca que expresa la retracción libidinal.

Los esquizofrénicos presentan también **alucinaciones auditivas** que se deben a la sobreinvestidura de las representaciones palabra en el polo acústico.

Las fallas en la segunda censura impiden al paciente diferenciar entre experiencias sensoriales y alucinatorias, dándole a la totalidad de su mundo el carácter de la irrealidad y la despersonalización.

El desarrollo de afecto es el **terror** que se produce cuando se desarticulan las identificaciones que mantienen cohesionado al Yo, y se manifiesta como estados de negativismo motriz, especialmente en la catatonía.

Otras veces la inquietud y el desasosiego desembocan en un furor desorganizado comparable al **pánico** que Freud estudia en "Psicología de las Masas". El desbande de las tropas cuando caen los mandos que las cohesionan, es metáfora teórica de la desarticulación de las zonas erógenas cuando cae el comando identificatorio. En este sentido la regresión a Oral 1 equivale en las relaciones objetales a la anarquía del autoerotismo.

La referencia al líquido como objeto voluptuoso, remite al sentimiento oceánico, anhelo de una sustancia unificadora contrapartida de la fragmentación del Yo.

El Preconciente de los esquizofrénicos habitualmente parece poblado de aparatos. Se sienten manejados por éstos que a su vez son conducidos por una mente, un **espíritu** superior que los influencia. Pueden considerarse la alucinación del Otro, y su ser depende entonces, de que éste no despierte.

CARACTEROPATÍAS SOBREADAPTADAS Y ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

En estas estructuras las fijaciones son a una libido intrasomática anterior a la apertura de las zonas erógenas. La sobreadaptación, descrita por Liberman, implica una defensa exitosa. Es un rasgo de conducta llamativo por su excesivo sometimiento a las exigencias del medio. Se los ha llamado también "adictos al trabajo".

El fracaso de la defensa da lugar a la enfermedad psicósomática, como cierta "locura de órgano" o en la forma del discurso catártico que describe Maldavsky.

En este último caso, el paciente modifica su presentación adaptada y se queja de la exigencia, por ejemplo de sus familiares. Siempre hay alguien que podría enfermar o enloquecer si no fuera por su esfuerzo, alguien por quien se sostienen ocultamientos, para evitar su depresión. El tiene que vivir sobreadaptado para que otros no enloquezcan, la psicosis está proyectada en otro que "puede estallar".

El auxiliar que le va a permitir sostener una voluptuosidad sin freno ni límite, es el órgano corporal ofrendado y el desarrollo de afecto es el dolor orgánico.

El doble numérico, descrito por Maldivsky, señala la importancia identificatoria de números o ritmos puros en estos pacientes, sin simbolización. Ellos no asocian, no discriminan entre distintos estados afectivos, no perciben el cansancio y su pensamiento está al servicio de la realización de operaciones eficaces y suman rendimientos.

La representación cuerpo se basa en ritmos pulsionales. En vez de una investidura de cuerpo sensorial hay una fijación al cuerpo rítmico, preerógeno, anterior a la proyección de las periferias internas y de la constitución de las zonas erógenas.

Las adicciones expresan la regresión a la alteración interna como forma de procesar la pulsión. En este punto observamos ataques a las pulsiones de autoconservación.

TEORIA DE LAS PSICOSIS

SÍNTESIS CRONOLÓGICA

En el trabajo "Neurosis y Psicosis", ésta última figura en el campo de conflicto entre el Yo y la Realidad.

1º) La teoría psicoanalítica sobre la psicosis se superpone, al principio, con la teoría general de las neurosis. En 1894, Freud decía que las psicosis se producían por la defensa y el retorno.

En 1896, señala que en ese intento de defensa, el Yo "se arranca de un trozo de realidad". Usa la palabra "**desestimación**" y dice que junto a este aspecto doloroso de la realidad, arranca un fragmento mayor.

El mecanismo de **proyección** es ya señalado como responsable de la formación de alucinaciones, pero en la teoría aún no se habían diferenciado los tipos de defensas.

2º) En 1900, en "La Interpretación de los Sueños", ya trabaja con el aparato psíquico y trata de hacer un modelo comparable con otros sistemas fisiológicos. Discrimina entonces los elementos de la primera tópica: Inconciente, Preconciente y Conciencia y estudia el movimiento de cargas dentro de los sistemas. Formula las leyes de funcionamiento del proceso primario diferentes a las del secundario.

Entre el proceso primario del Inconciente y el secundario de la Conciencia, los contenidos psíquicos tienen que atravesar el Preconciente. Las psicosis consisten en la invasión del proceso secundario por parte del primario. Freud enuncia dos censuras:

* La primera entre el Inconciente reprimido y el Preconciente. Corresponde a la represión.

* La segunda entre el Preconciente y la Conciencia.

La segunda censura se manifiesta por la frase: "esto es sólo un sueño", una formación inconciente armada en el preconciente al borde de la conciencia, que manifiesta la capacidad del juicio de discriminar entre el sueño, como alucinación, y la sensorialidad. Se produce habitualmente al despertar.

Se describen alucinaciones con crítica, en las que la segunda censura discrimina y el sujeto sabe que "esto es sólo una alucinación". Por ejemplo, el dedo cortado en el caso del "Hombre de los Lobos", en el que se produjo un saber alucinatorio acerca de la castración. Pero el paciente corrigió la percepción.

Si bien algunas alucinaciones se presentan en la vida normal, la segunda censura las corrige, discriminándolas de lo realmente sensorial, en tal caso constituyen las llamadas pseudoalucinaciones verdaderas.

Si el proceso primario invade al secundario es por **fracaso de la segunda censura**, de acuerdo a la teoría general del aparato psíquico de la "Interpretación de los Sueños". Así sucede en la Amencia de Meynert.

3º) En "Tres Ensayos sobre una teoría Sexual" (1905) Freud estudia la teoría de las fijaciones a sucesivas etapas de la psicosexualidad. Las psicosis corresponden a **fijaciones tempranas**.

4º) Con el caso Schreber se inicia el período de la **teoría narcisista**, en 1911. Freud señala que en las psicosis se desinvisten los objetos del mundo exterior y se produce una **introversión de la libido**, que vuelve al Yo. El paciente experimenta sentimientos de extrañeza, hipocondría y megalomanía.

A continuación intenta recatectizar los objetos del mundo y en ese momento aparece el delirio como **restitución**. Freud sostiene que **el delirio es un intento de curación**. Cuando la libido se reconecta con los objetos lo hace como libido narcisista. Se pone en juego la pulsión homosexual y se activa el Complejo de Edipo negativo.

Para Freud, **la paranoia expresa una carga homosexual de objeto**. Esta, que se expresaría con la frase "**Yo lo amo**" sufre una transformación retórica en "**Yo lo odio**" y luego en "**El me odia**", con la cual desemboca en la paranoia. En la que se juegan fijaciones a la etapa Anal 1.

El paciente proyecta un perseguidor perverso a quien atribuye el deseo hostil, ofrendando el Yo en posición masoquista. Si en lugar de este cuadro se produce un delirio celotípico, el "**Yo lo amo**" se transforma en "**Ella lo ama**", y en una erotomanía en "**Ella me ama**".

5º) En la "Introducción del Narcisismo" desarrolla la diferenciación teórica entre el narcisismo secundario propio de la patología, y el primario como momento normal de evolución de la libido.

En las psicosis la elección del objeto es siempre narcisista y con ella se busca sostener la identificación primaria.

En este período teórico Freud explica la desinvestidura de los objetos señalando que la libido desinviste las representaciones cosa "al modo" en que se desinvisten las representaciones palabra en la represión.

El mecanismo de la represión es un desplazamiento de una representación palabra a otra, alejando la carga de la representación pulsional original. En las psicosis se produce la **desinvestidura de la representación cosa**.

En el delirio las representaciones palabra siguen su propio camino, desligadas de la cosa, sobreinvertidas y tratadas como representaciones cosa.

6º) En otro tiempo teórico Freud retoma las defensas frente a la realidad investigando la **desmentida** y la **desestimación**, a las que estudia como corrientes psíquicas.

Lo desestimado o repudiado en un cierto momento, va a ser aceptado por el aparato psíquico más tarde, a partir de una resignificación. Esta se acompaña de un **retorno alucinatorio** como en el caso del "Hombre de los Lobos".

En todas las estructuras narcisistas, se produce una escisión del Yo y una desmentida, siendo la diferencia entre ellas la formación sustitutiva: por ejemplo, el fetiche para la perversión y la alucinación para la esquizofrenia. La desmentida implica siempre dos corrientes psíquicas paralelas, un Preconciente que desvirtúa la realidad y otro que es acorde con ésta.

En las psicosis, **la corriente preconciente acorde con la realidad queda desestimada. El Yo de Placer Purificado ataca el juicio de existencia del Yo de Realidad y lo reemplaza por el de atribución**. Si la realidad es placentera la incorpora, existe, y si es dolorosa la declara inexistente.

Las desestimaciones son normales en la infancia, pero pueden reactivarse años después y ser entonces patogénicas. Una vez desarrollado el Yo de Realidad Definitivo, cuando puede aceptarse que algo existe aunque sea displacentero, la desestimación del juicio es grave porque se desarticula el Yo. Este punto ha sido trabajado por Lacan como forclusión.

7º) En 1937, en "Moisés y el Monoteísmo" Freud en una referencia al origen de la lógica señaló que el pasaje al pensamiento deductivo implica un saber que se es hijo de padre. El saber que se es hijo de madre se produce directamente a través de la percepción. En lo que podríamos entender como un último período teórico, enfatizó que **en todo delirio existe un grano de verdad histórica** que cabe reconstruir.

PERVERSIONES

La preocupación de Freud por este tema nace en la tesis de 1905, las neurosis son el negativo de la perversión. De acuerdo a la teoría de la sexualidad infantil, el niño es un **perverso polimorfo** y las perversiones son restos no domeñados de dicha sexualidad. De modo que implican el mecanismo de regresión a las pulsiones parciales pero sin la deformación producida por la represión.

A partir de 1914 con la teoría del narcisismo las perversiones ingresan en las reformulaciones teóricas correspondientes. La sexualidad infantil es narcisista y el papel del otro es ser modelo de la identificación primaria, o auxiliar de la satisfacción autoerótica.

En "El Fetichismo" el tema es retomado con mayor profundidad. En este trabajo Freud investiga la desmentida como defensa frente a la percepción de la diferencia sexual anatómica. Esta percepción es clave porque hace creíble la amenaza de castración y por ende obliga a la renuncia pulsional definitiva que conlleva la represión.

Pero además, como vimos en capítulos anteriores, la desmentida implica un ataque a la percepción en general, en lo que ésta tiene de realidad limitante y dolorosa como agente de una frustración inevitable.

Perversión significa "otra versión", una retórica que implica desconocimiento de la Ley limitante de la actividad sexual autoerótica. Perverso es igual a trasgresor, patente de un desafío omnipotente a la ley de la sexualidad adulta.

En síntesis las perversiones son pulsiones parciales, restos no reprimidos de la sexualidad infantil, que se presentan clínicamente en cuadros narcisistas diversos. Pero su presentación predominante y llamativa es más frecuente en las estructuras que describimos como de fijación Anal 1.

CARACTEROPATIAS ORGANIZACIONES FRONTERIZAS

En este trabajo utilizamos la palabra **caracteropatía** en el sentido de **una organización rígida del Yo, con tendencia al uso estereotipado de sus recursos defensivos de una manera predominantemente egosintónica.**

Otto Kernberg, que realizó una exhaustiva revisión de la bibliografía al respecto, propone denominar **organizaciones fronterizas** de la personalidad a un grupo de pacientes que presentan una patología estable y específica no psicótica, pero tampoco neurótica.

Destaca que estos pacientes suelen presentar lo que parece una típica sintomatología neurótica pero con ciertas peculiaridades, ninguna de las cuales es patognomónica. Es característico el problema del desorden narcisista como señalan Kohut y Bleichman.

La presencia de dos o tres de los siguientes síntomas es una fuerte presunción de organización fronteriza:

1º) Angustia flotante crónica

2º) Neurosis polisintomática, que se subdivide en:

- a) fobias múltiples.
- b) síntomas obsesivo compulsivos.
- c) síntomas de conversión elaborados o grotescos.
- d) reacciones del tipo "estado crepuscular" con estrechamiento de conciencia.
- e) hipocondría.
- f) tendencias paranoides.

3º) Tendencias sexuales perverso polimorfos

4º) Rasgos clásicos de personalidad pre-psicótica

- a) paranoide
- b) esquizoide
- c) hipomaníacos o ciclotímicos

5º) Neurosis impulsivas - adicciones

6º) Desórdenes caracterológicos del tipo de personalidad infantil, narcisística o antisocial.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

EL PROBLEMA NARCISISTA

1º) Se pone de manifiesto especialmente en las vicisitudes de su autovaloración, cuyo eje pasa frecuentemente por fuera de sí mismo, dependiendo entonces permanentemente del otro para sostener su autoestima.

Siempre están hablando de su inseguridad: "Yo soy un inseguro". Necesitan la aprobación de otros para saber que están funcionando correctamente o que su apariencia es aceptable. Dependen del elogio y de la aprobación externa.

2º) La utilización defensiva del refugio en una autoimagen sobrevalorada que Kohut denominó "**Yo grandioso**" y que pensamos corresponde al sistema **Yo Ideal - Yo de Placer Purificado** en sentido freudiano.

Cuando estudiamos las estructuras narcisistas, vimos un conjunto de pares donde estaban la caracteropatía y la psicosis correspondientes. El nivel superior era el de la regresión a la Etapa Anal 1, y allí la formación sustitutiva predominante era una **imagen**. Generalmente, en las neurosis de carácter están tratando de "hacer o recuperar imagen", mientras que los paranoicos se quejan de que les "sustraen imagen". El culto de la imagen es característico de la Etapa Anal 1. El Yo Grandioso es un constructo imaginario típico de estos pacientes.

3º) El sostenimiento predominante de una actividad sexual autoerótica en la que la pareja desempeña un papel auxiliar.

La actividad autoerótica es la característica sexual de las estructuras narcisistas. Puede ser masturbatoria pura, con el fetiche, o con una pareja.

4º) La utilización frente a la pulsión de defensas pre represivas, pues las represiones son débiles. La estructuración del Superyó no alcanza a provocar la angustia señal, generadora de la represión, pero esto no significa que no exista. Las corrientes psíquicas que funcionan represivamente son secundarias.

Esto se debe al mantenimiento privilegiado del Yo de Placer que es aliado de la pulsión, sobre el de Realidad. Las defensas principales son la **inhibición en el fin, la transformación en lo contrario y la vuelta sobre sí mismo**.

5º) Además, configurando juegos posicionales, sostienen el predominio del vínculo de "ser". Como decíamos de la imagen, lo más importante de la acción del narcisista es lo que ésta le reporta en el sentido del ser, de la cognición del sí mismo.

El vínculo no es de "tener" o de "hacer", como en las neurosis, en las que hay un reconocimiento de objetos distinguibles del Yo. Aquí se trata de sostener la identificación primaria y mantenerse en un lugar imaginario. Lo más importante es cómo se ve a sí mismo con lo que hace.

En 1921 Freud señalaba el lugar del otro como modelo, objeto, auxiliar y rival. En la identificación primaria el otro es percibido como un **modelo** ideal del que depende el ser. La investidura es de **anhelo**. El modelo garantiza la existencia del niño al investirlo determinando el sentimiento de sí.

El **auxiliar**, función del modelo, es el que con su investidura lo sostiene en su lugar. En un tiempo posterior, hace ocupar a otro el lugar de auxiliar. El modelo queda como lo que querría ser, y el auxiliar como lo que fue pasivamente, pasando de lo **pasivo** a lo **activo**.

En adelante, el retroceso a la pasividad será utilizado defensivamente, ofrendándose el Yo en posición de objeto respecto de un otro o de su propia pulsión.

6º) Frente a la realidad el Yo de Placer Purificado impone dos líneas de defensa:

a) La **desestimación** que se pone de manifiesto en el rechazo de la percepción de la diferencia sexual anatómica, sosteniendo las teorías sexuales infantiles durante un tiempo prolongado, y por su retorno en forma de saber alucinatorio acerca del horror de castración (El Hombre de los Lobos).

b) La **desmentida** a partir de la escisión del Yo en dos sistemas preconcientes paralelos, uno de los cuales reniega de lo que el otro admite, utilizando para ello el recurso del **doble**.

7º) Las fuertes defensas frente a la amenaza de castración dan lugar a un Superyó debilitado y lacunar que no alcanza a frenar el erotismo pregenital, en el cual las identificaciones con una madre fálica predominan sobre la palabra del padre. Esto no permite estructurar totalmente el Superyó y por ende dificulta el pasaje a la represión.

8º) Del desenlace edípico subyace un fuerte complejo negativo. Proyecciones de libido homosexual, producen en situaciones de tensión emocional, **episodios delirantes de corta duración**, en los que el enfermo se "ofrenda como perseguido a la mirada del otro".

Son episodios paranoides y se corresponden a las defensas pre represivas. El se ubica en posición pasiva de objeto y es perseguido por un perverso que está puesto afuera como sujeto.

En sus vínculos heterosexuales, el individuo establece un pacto en el que se posiciona como supuesto auxiliar de la mujer a cambio de obtener la valoración que nutre sus fantasías masturbatorias y sostener la ilusión de la posición objeto. Cuando alguna decepción lo hace caer aparecen los síntomas depresivos característicos que Bleichman llamó **Depresión Narcisística** por identificación con su constructo teórico "**negativo del Yo Ideal**".

Estos pacientes necesitan sostener el Yo Grandioso, cuando caen de ese lugar no son nada. Es decir, para Bleichman **caen en el negativo del Yo Ideal** y aparece un tipo de depresión especial donde el sujeto se acusa a sí mismo de no valer por no pertenecer al grupo sobrevalorado.

En el vínculo interpersonal los pacientes perversos ponen de manifiesto el **afán por corromper**. Por el predominio de la identificación primaria el otro es igual a él, no reconoce discrepancias. Si el otro no está castrado, la castración no existe y no tiene porqué asumirla.

En el análisis un goce perverso es corromper el tratamiento: que haya supuestos temas "intocables", con lo cual el análisis puede durar eternamente. Siempre en el goce hay algo del otro que es anulado, la cantidad o magnitud de esta sustracción sólo interesa como emblema fálico y lo anulado en realidad es la diferencia sexual. De este modo se vuelven a dar el encuentro narcisista y especular. Todo perverso, masoquista o sádico, sabe que su posición puede invertirse.

9º) En los pacientes del tipo "falso self" la adaptación es permanente y cambiante en función de las identificaciones secundarias. Son realmente fortuitos en cuanto a que su destino esta en manos del azar: "dependen de las buenas compañías" y son, según se espere de ellos.

Los proyectos de tratamiento de este grupo fracasan siempre que el terapeuta no acepta el rol de orientador. Estos pacientes no pueden prescindir de un "comando" externo que hallan mas allá de psicoterapias en el recurso vivencial de la pareja, las pertenencias grupales y comunitarias, etc.

Bibliografía

Ackernecht, E.H.: "Breve Historia de la Psiquiatría", EUDEBA, Bs.As., 1962.

American Psychiatric Association: "Diagnostic and Statistical Manual", Mental Disorders, ed.3. Trad."DSM III", Masson, Barcelona, 1987.

Aragónés, R.J.: "Estudio del vínculo narcisista ...", R. de Psic., APA, XXXIV, 2, 1977.

Arieti y Bemporad: "Psicodinámica de la Depresión" en "Psicoterapia de la Depresión", Paidós, Bs.As., 1981.

Arieti, S.: "La Cognición en Psicoanálisis", en M. y Freeman, "Cognición y psicoterapia", Paidós, Barcelona, 1988.

Avenburg, R.: "El Aparato Psíquico y la Realidad", N.Visión, 1987.

Bachelard, G.: "La Formación del Espíritu Científico" S.XXI, Bs.As., 1982.

Bandura, A.: "Modelo de Causalidad en la Teoría del Aprendizaje Social" M. y Freeman, op.cit.

Bastide, Levi Strauss, Lagache, Lefevre: "Sentido y Usos del Término Estructura", Paidós, 1982.

Bateson y Jackson: "Interacción Familiar", Paidós, Bs.As., 1982.

Binswanger, L.: "El Caso Ellen West", en "Existencia", G., Madrid, 1967.

Bion, W.: "Aprendiendo de la Experiencia", Paidós, Barcelona, 1980.

Bleichman, H.: "Introducción al estudio de las Perversiones", Helguero, Bs.As., 1976.

Bleichman, H.: "Un estudio sobre la depresión" Nueva Visión, Bs.As., 1980

Bodni, O.: "Valoración del momento biopsicofarmacológico en la secuencia

terapéutica comunitaria". Actas del I^a Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica, Bs.As., 1974.

Bodni, O.: "La Psicopatología", Ed. Cátedra, Bs.As., 1981.

Bodni, O.: "El Analista, su identidad y su entorno", Ed. Kargieman, 1985.

Bodni, O.: "El hombre manipulado", Bs.As., APA, Actas Congreso Psicoanálisis, 1986.

Bodni, O.: "Acerca de Recuerdo, Repetición y Elaboración" Revista Argentina de Psicoanálisis, APA, 1986.

Bodni, O., Chevnik, Chiozza, Fernandez y Zukerfeld: "El Fenómeno Psicossomático y su Investigación Teórica". XXII Congreso Interamericano de Psicología, Mesa R., Abstracts.

Camjalli, José: "Psicopatología General", P.M., Bs.As., 1979.

Castilla del Pino: "Introducción a la Psiquiatría", Alianza, Madrid, 1976.

Castilla del Pino: "Teoría de las Alucinaciones", Alianza, Madrid, 1984.

Ey, H.: "Tratado de Psiquiatría", Toray Masson, Bs.As., 1969.

Fava, Wise (eds.): "Research Paradigms in Psychosomatic Medicine" Ed. Karger, 1987.

Fenichel: "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis", Paidós, Bs.As.

Foucault, M.: "Enfermedad Mental y Personalidad", Paidós, 1984.

Foucault, M.: "El Nacimiento de la Clínica", Siglo XXI, Bs.As., 1985.

Freud, Ana: "El Yo y los Mecanismos de Defensa", Paidós, Bs.As., 1978.

Freud, Sigmund: 1890, "La Afasia", Nueva Visión, 1987.

Freud, Sigmund: "Obras Completas", Ed. Amorrortu, Trad. Etcheverry.

1894, "Las Neuropsicosis de Defensa"

1895, "Proyecto de Psicología"

1895, "Estudios sobre la histeria"

1896, "Nuevas Puntualizaciones sobre las Neuropsicosis de Defensa"

1900, "La interpretación de los Sueños"

1905, "Tres Ensayos de Teoría Sexual"

1909, "Análisis de la fobia ..." (caso Juanito)

1909, "... caso de neurosis obsesiva" (H. Ratas)

1911, "Un caso de paranoia..." (Schreber)

1914 "Recordar, repetir y reelaborar"

1914, "Introducción del Narcisismo"

1915, "Pulsiones y destinos ..."

1915, "La Represión"

1915, "Lo inconciente"

1917, "Conferencias de introd. al psicoanalisis"

1917, "Duelo y Melancolía"

1918, "Historia de una neurosis infantil...(H.Lobos)"

1919, "Lo ominoso"

1920, "Un caso de homosexualidad femenina"

1920, "Más allá del principio del placer"

1920, "Psicología de las masas y análisis del Yo"

1924, "El Yo y el Ello"

1925, "Neurosis y Psicosis"

1925, "La Negación"

1926, "Inhibición, Síntoma y Angustia"

1927, "Fetichismo"

1937, "Moisés y la religión monoteísta"

Green, A.: "Pasiones y destinos ...", R. de Psic., APA, XXXVIII, 3, 1981.

Ingenieros, José: "La Locura en la Argentina", Meridion, Bs.As., 1952.

Jaspers, K.: "Psicopatología General", Ed. Beta, Bs.As., 1967.

Kaplan y Sadock: "Compendio de Psiquiatría", Salvat, 1987.

Kernberg, O.: "Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico", Paidós, Bs.As., 1979.

Klein, M. y Riviere, J.: "Amor, Odio y Reparación", en O.C., Paidós, T.6.

Laplanche y Pontalis: "Diccionario de Psicoanálisis", Ed. Labor, Barcelona, 1977.

Lorenz, K.: "Fundamentos de la Etología", Paidós, Barcelona, 1986.

Maldavsky, D.: "El Complejo de Edipo Positivo. Constitución y Transformaciones", Ed. Amorrortu, Bs.As., 1980.

Maldavsky, D.: "Estr. narcisistas. Constitución y Transformaciones", Ed. Amorrortu, Bs.As., 1988.

- Maldavsky, D.:** "Psicosomática...y Ensambladura Defensiva", R. de Psicoanálisis, APA, XLV, 5, 1988.
- Maleval, J.C.:** "Locuras histéricas y psicosis disociativas", Paidós, 1987.
- Manoni, O.:** "Freud, el Descubrimiento del Inconciente", N. Visión, Bs.As., 1982.
- Marty y M'Uzan:** "El Pensamiento Operatorio", Rev.de Psicoanálisis, APA, XL, 4, 1983.
- Marty, P.:** "Les mouvements individuels de vie et de mort" Essai d'économie psychosomatique. Petit Bibliothèque Payot, París, 1976.
- Marty, P.:** "L'ordre psychosomatique", Payot, París, 1980.
- Mc Dougall, J.:** "Théâtres du corps", Gallimard, París, 1989.
- Moses, R.:** "La Desmentida en Adultos no Psicóticos...", R.de Psicoanálisis, APA, XLVI, 1, 1989.
- Pavlov, I.P.:** "Los Reflejos Condicionados Aplicados a la Psiquiatría y la Psicopatología", Ed. Nordus, Bs.As., 1954.
- Paz, R.:** "Psicopatología", Nva. Visión, Bs.As., 1984.
- Pereyra, C.:** "Psicopatología de los procesos de la esfera intelectual", Salerno, Bs.As., 1975.
- Pichón Riviere, E.:** "Del Psicoanálisis a la Psic. Social.", N.Vn., 1975.
- Pribram, K. y Gil, M.:** "El Proyecto de Freud", Marymar, 1977.
- Sami-Alí, M.:** "Cuerpo real, cuerpo imaginario", Paidós, 1989.
- Saurí, J.:** "Fobias", Nva. Visión, Bs.As., 1985.
- Saurí, J.:** "Histeria", Nva. Visión, Bs.As., 1985.
- Schatzman, M.:** "El Asesinato del Alma", Siglo XXI, Bs.As., 1988.
- Schneider, K.:** "Patopsicología Clínica", Paz Montalvo, Madrid, 1978.
- Schneider, K.:** "Personalidades Psicopáticas", Paz Montalvo, Madrid, 1980.
- Skinner:** "Aprendizaje y Comportamiento", Roca, Barcelona, 1978.
- Watzlawick, Beavin, Jackson :** "Teoría de la Comunicación Humana", T.Contemporáneo, Bs.As., 1971.
- Winnicott, D.W.:** "El proceso de maduración en el niño", Laia, Barc., 1979.