

## INFORMACION PSICOANALITICA (CICLO DE CONFERENCIAS)

Por el Dr. JOSE REMUS ARAICO\*  
Analista Didáctico y Secretario de la Asociación Psicoanalítica Mexicana

### SEXTA CONFERENCIA (Resumen)

#### LAS SERIES COMPLEMENTARIAS. LA HISTERIA DE ANGUSTIA, LA HISTERIA DE CONVERSION. LA NEUROSIS OBSESIVO-COMPULSIVA.

Para poder entender el porqué una persona en un estado de aparente normalidad psíquica sufre la brusca invasión de un cuadro psiconeurótico o psicótico, es importante explicar las series complementarias. En la anamnesis minuciosa de las primeras entrevistas de un paciente con un cuadro mental, encontraremos siempre uno o varios incidentes en su vida real, que aparecen como responsables inmediatos de la aparición de los síntomas. Pero lo que más nos extraña es que el grado de respuesta patológica sea tan excesivo para la intensidad de estos estímulos. (A dichos estímulos inmediatos a los síntomas, o con un breve tiempo la latencia, los llamamos el trauma actual.) Dada la estructura individual de cada sujeto, por su propio desarrollo psicosexual hasta el momento de su padecimiento actual, los sucesos de la vida exterior pueden conmocionar sus defensas. Cuando por la intensidad del estímulo exterior o interior -como en el caso de la pubertad- el Yo no puede hacer frente de manera adecuada y realista a los estímulos, entra en un proceso de índole regresiva. Después de un breve período de latencia, en el cual se pueden observar fenómenos de angustia flotante, o de síntomas psiconeuróticos vagos, el Yo del paciente, que se ha derrumbado, retrocede a antiguas maneras de reaccionar o, sea, regresa. Este proceso de regresiones es defensivo, pues el Yo busca así controlar la angustia, mediante maneras y defensas que una vez le fueron útiles ante una situación similar. Retrocede, caminando a un ritmo muy rápido en sentido inverso, el proceso de su desarrollo psicosexual, hasta llegar a aquellos puntos de fijación, traumáticos en donde su Yo sufrió alteraciones estructurales y “aprendió” a dominar la angustia.

Precisamente, por el fenómeno de la regresión, se reactivan no solamente antiguas modalidades de defensa, sino también antiguas maneras de relacionarse con las gentes y objetos, y así como también arcaicas fantasías que ya se habían reprimido. Los síntomas clínicos de los cuadros mentales no son sino los productos transaccionales de esta regresión. La sensación de extrañeza y “enajenación” que le deja al psiquiatra un cuadro severo, proviene de la regresión, o sea de la aparición en el presente de elementos del pasado (infantiles).

Solamente entendiendo la existencia de una estructura previa a los traumas actuales, que es conmocionada por estos últimos, se comprendería que, con la regresión, aparezcan antiguas maneras de reaccionar. *El concepto de las series complementarias postula que esta estructura es la síntesis resultante del conflicto entre lo interno y congénito y lo externo como ambiente de los primeros años de vida. A su vez, un cuadro clínico es el producto transaccional de esta estructura que reaparece por la agresión ante el impacto de los traumas actuales.* Sólo un fenómeno de sumación explicaría, por ejemplo, que ante una pérdida económica sin importancia, el paciente, aparentemente normal, se derrumbe hasta hacer un

---

\* Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

cuadro melancólico, en el que se llena de autorreproches por su fracaso intrascendente en el presente.

Hay que distinguir, sin embargo, que los traumas actuales no hacen sino conmover lo que el sujeto tiene en su pasado, no solamente lo genético --que en la psiconeurosis adquiere una menor importancia-- sino sobre todo lo que ha adquirido en su desarrollo psicosexual. Sobre todo, se refiere esto a la reactivación de los conflictos en los puntos o zonas de fijación de su desarrollo.

Todo esto debe ser comprendido con un sentido altamente dinámico que, resumido, sería el siguiente: desarrollo psicosexual con individuales puntos de fijación; represión, más o menos exitosa, de aquellos conflictos; traumas actuales que conmocionan al Yo; regresión con reactivación de antiguas relaciones de objeto, mecanismos de defensa y fantasías para llegar al final, al producto transaccional que consiste en los síntomas clínicos como fachada del cuadro morboso.

Dentro de los límites del presente programa, no podemos referirnos exhaustivamente a todos los cuadros que el psicoanálisis ha ayudado a desentrañar y tratar, por lo tanto, solamente nos referiremos, desde el punto de vista de una psiquiatría dinámica, a ciertos ejemplos a manera de información.

Tenemos que advertir que los cuadros psiconeuróticos y psicóticos rara vez se presentan en su forma pura. Así, podemos observar, al lado de síntomas de histeria de conversión, ciertos síntomas obsesivos y aun aspectos delirantes. De la misma manera, en las fases de entrada y salida de una reacción esquizofrénica veremos síntomas psiconeuróticos agregados.

Cuando el psicoanálisis desentrañó el origen psicogénico de los cuadros mentales que someramente vamos a ver, explicó también cómo, precisamente por una concepción dinámica en el aparato psíquico, estos cuadros no podían ser puros sino muy rara vez.

El primer padecimiento estudiado y tratado por el psicoanálisis, fue la llamada histeria de conversión, que llamó la atención por lo explosivo de sus manifestaciones, y sobre todo por su accesibilidad terapéutica al psicoanálisis.

Ejemplifiquemos esto con un caso clínico muy esquemáticamente: una joven que está aparentemente normal y que ha sufrido una serie de pequeños incidentes, tales como una pasajera taquicardia a causa de una emoción despertada en una película, después de algunos días de cierta angustia flotante. No perfectamente atribuida a algo, aparece con su primer síntoma conversivo. Se queja entonces de una anestesia en una parte de su abdomen a la que pellizca insensiblemente. Empieza a preocuparse por esta anestesia y teme que otras partes de su cuerpo puedan sufrir lo mismo. Pocos días después aparece un segundo síntoma consistente en una paresia del brazo izquierdo. Ulteriormente, una sensación de hormigueo en la mitad izquierda de la cara, hace que, junto con los demás síntomas, la lleven a consultar a un neurólogo. El neurólogo después de un examen minucioso, diagnostica una histeria de conversión. Su diagnóstico, ha sido tanto indirecto como directo. Explorando la sensibilidad y la motilidad de las partes afectadas, encuentro que la zona anestésica y el miembro patético no tienen una conexión lógica con vías nerviosas centrales o periféricas. La paciente puede relatar espontáneamente, pesadilla y otras manifestaciones de angustia, que junto con los datos de exploración neurológica, llevarían a un diagnóstico de histeria de conversión. A la exploración psicoanalítica de esta paciente, lo que al mismo tiempo es el tratamiento de su cuadro morboso, encontraremos las causas de síntomas como los que presentaba.

Poco a poco, en el curso de su análisis, junto con las ganancias secundarias de los cuidados que obtiene de los familiares y de su medio ambiente a causa de sus síntomas, que considera graves e incurables y atribuibles a una lesión orgánica, irá saliendo después de levantarse las represiones, material sexual de épocas de su vida. En un caso como este de histeria de conversión, el Yo de los pacientes utiliza fundamentalmente los mecanismos de defensa de la regresión y de la expresión simbólica del conflicto instintivo. Al prolongarse el análisis se encontrarán muchos recuerdos de fantasías o realidades de traumas sexuales en su infancia y pubertad que, reprimidas, llevaron a la paciente a un estado de aparente salud. Cuando, por un incidente pasajero del presente tal como la escena de la película, su psiquismo se conmovió levantando la represión de los traumas ya olvidados, la paciente desarrolló una histeria. Su Yo regresó a aquella etapa del desarrollo libidinoso que llamamos fálica. En el clímax de su complejo edípico se masturbaba frotando con placer la parte inferior de su vientre con su mano izquierda, zonas afectadas por la conversión con el significado simbólico de placer y castigo. El recuerdo con sus afectos correspondientes, y la exploración en relación con el analista de todos estos sucesos, trajo la cesación de sus síntomas psiconeuróticos conversivos. La escena de la película que la paciente contempló, no hizo sino estimular y remover desde la represión aquella época olvidada de su masturbación infantil plagada de fantasías y ahora simbolizada en el síntoma.

La histeria de conversión es una de las psiconeurosis que tiene más "ganancias secundarias". Entendemos por ganancia primaria de un síntoma psiconeurótico, la que se obtiene al evitar la llegada a la conciencia y a la motilidad impulsos prohibidos que estaban reprimidos. En cambio, la ganancia secundaria es la utilización que el paciente hace de sus síntomas para obtener gratificaciones del medio ambiente. En las llamadas neurosis de renta, se observa la existencia de estas ganancias secundarias a un grado extremo. En esas neurosis, el paciente no quiere ser ayudado en su invalidez, precisamente por las ventajas que le trae la exhibición de las mismas.

La histeria de angustia, o fobia, fue otro de los primeros padecimientos que trató el psicoanálisis. Veamos un ejemplo: un hombre joven aparentemente normal, presenta sin causa manifiesta una angustia en un ascensor. Puede atribuirla a que poco tiempo antes se quedó atrapado en el elevador de un edificio y tardaron en rescatarlo. A partir de esta primera crisis de angustia ya localizada en el ascensor, el paciente tratará de evitar todos aquellos lugares en los que tenga que hacer uso de aquél. Cada vez que tenga forzosamente que entrar en uno de ellos, sufrirá una crisis de angustia. Contémplese como, el miedo al ascensor, fobia, permitirá el control de la angustia. Mientras el paciente evite entrar a uno evitará así el ataque de angustia. La angustia al ascensor también podrá desplazarse después, siguiendo nuestro ejemplo, a la fobia a los aviones, fobia a toda clase de vehículos, fobia a los espacios abiertos, fobia a ciertas zonas de la ciudad; y así podremos contemplar que el mundo del paciente fóbico se ha ido restringiendo. Construirá al lado de todos sus síntomas un amplio sistema de racionalización para evitar darse cuenta de que él tiene miedo al ascensor y a los vehículos, así como a los espacios abiertos. Todo esto permitirá una cierta tranquilidad y las crisis de angustia serán entonces controladas por el sujeto.

En el tratamiento analítico se descubrirá que la primera crisis de angustia fue precedida por fantasías de una seducción sexual que consideraba intolerable para su conciencia moral (Super-Yo); también se descubrirá que el movimiento del elevador la asociaba al placer de la pérdida de control que se experimenta en el orgasmo. Recordará nuestro paciente experiencias sexuales de su infancia en las cuales tenía fantasías con objetos prohibidos de su mundo infantil. Pondrá todos los obstáculos en su tratamiento para evitar enfrentar las zonas de peligro, siendo ésta la época máxima de su racionalización. Se le podrá ir

mostrando la relación de todos estos miedos con su sexualidad infantil reprimida, proyectada y simbolizada en el miedo al ascensor.

Elaborado todo esto podrá atreverse entonces a enfrentar el temido ascensor hasta reducir totalmente su fobia. Muchas fobias no son sino exageraciones patológicas de miedos normales, pero existe una distancia importante entre la aprehensión normal, común y pasajera del despegue o aterrizaje de un avión, y la fobia al mismo, en el cual el sujeto se encuentra en una tremenda crisis de angustia, inundado de sudor con taquicardia y otras manifestaciones somáticas.

La neurosis obsesiva fue la tercera enfermedad que el psicoanálisis abordó. Pongamos un ejemplo: una paciente se sorprende a si misma teniendo la, obligación de contar de uno hasta cien sin detenerse. Se extraña al principio de esta conducta, relacionándola con un suceso intrascendente, tal como el haber perdido algunos pesos. Pero con sorpresa, se encuentra con que, cuando desea parar de contar le sobreviene una crisis de angustia y de igual manera irán apareciendo sucesivamente otros síntomas obsesivos. A la compulsión de contar hasta cien, podrá seguir como en nuestro ejemplo, el pensamiento obsesivo de que, si no lo hace un ser querido puede morir. Comenzará a desafiar al destino tratando de no contar para ver si sucede la muerte, y se encuentra con una nueva obsesión más, la de que el desea dejar de contar para que el ser querido sufra un accidente. Así sucesivamente, se encuentra asaltado durante largas horas del día por ideas obsesivas que debe contrarrestar mediante los llamados rituales y ceremoniales obsesivos. El dar la vuelta a una hoja de un libro ha de llevarse a cabo con determinado ritual. Si no lo hace así tendrá que volver a comenzar el acto. Cuando sale de una habitación, o de su casa, tiene la idea de haber dejado la puerta abierta y teme la entrada de ladrones, se regresará a cerrarla, pero una vez dada vuelta a la llave, dudará volviendo a abrirla y cerrarla varias veces.

Cualquier pensamiento o idea que considera como "mala" su severo Super Yo, le hará sufrir interminablemente. Pero al mismo tiempo tenderá a desafiar su conciencia moral mediante pequeños actos compulsivos que él considera inmorales.

En el análisis de nuestro sujeto, encontraríamos que en la etapa sádico anal de su desarrollo, ha sufrido una coerción excesiva e innecesaria por parte de sus padres y educadores para su control esfinteriano, y fue entonces cuando se creo en él la necesidad de desafiar y de probar al destino. En su tratamiento hará lo posible por evitar toda manifestación hostil y tenderá a anular un acto con otro. Imaginará que el terapeuta está enojado a causa de cualquier manifestación que él supone agresiva; tenderá entonces humillantemente a conformarlo, a seducirle y a darle muestras de que estima y aprecia sus esfuerzos, pero olvidará pagarle su cuenta, con una pérdida de su libreta de cheques.

En la neurosis obsesiva es en donde el Yo utiliza más aquellos mecanismos de defensa de aislamiento, transformación en lo contrario, anulación y desplazamiento. La abreacción o descarga de afectos, acompañada de conciencia en el curso de su tratamiento, aliviará y cambiará los requerimientos superyoicos tan severos que tuvieron su origen en la educación esfinteriana.

## RESUMEN

En esta conferencia se desarrolló el tema de los conceptos psicoanalíticos sobre: las series complementarias, la histeria de angustia, la histeria de conversión y la neurosis obsesivo-compulsiva.

## S U M M A R Y

In this lecture were examined the psychoanalytic concepts over: the complementary series, the fear and conversion hysterias and compulsive neurosis

## R É S u M É

Dans cette conférence on a développé le theme des conceptions psychoanalytiques sur: les séries complémentaires, l'hystérie de l'angoisse, l'hystérie de la conversion et la neurose obséssivo-compulsive.

Dr. José Remus Araico  
Paseo del Río # 111, Casa 20  
Fortín Chimalistac  
Coyoacán 04319  
México, D. F.  
Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50