

Estructuras neuroticas.

Por J.P. Chartier.

A.- Puntos de vista etiológico.

- La primera fase corresponde a la asimilación de las enfermedades mentales en las enfermedades orgánicas y la microbiología.
- La segunda fase correspondió a la individualización de la neurosis.
- La tercera fase en donde aparecen los métodos físicos y químicos con la utilización del electrochoque y de los neurolépticos.

B.- Punto de vista clínico.

Se realizara una primera aproximación desde la perspectiva de dilema que plantean las exigencias de las pulsiones y las de la realidad, diciendo que la neurosis elimina como puede a las primeras por el mecanismo de represión mientras que la psicosis niega las segundas.

Así, pues el psicótico ya se sienta perseguido o todopoderoso, niega el mundo y vive en un universo inaccesible del que nace ese sentimiento de extrañeza que experimentamos frente a él.

En la neurosis, hay que superar la primera concepción de Freud referida a la represión: la ausencia de angustia.

La represión del inconsciente de las representaciones libidiales inconfesables es el funcionamiento más conocido pero, no hay que olvidar que la represión, poniendo límites al inconsciente, es un verdadero organizador psíquico que libera de la incesante actividad pulsional en provecho del funcionamiento asociativo de la vida psíquica.

Sea como fuese el modo de entrada a una descompensación neurótica: angustias, depresión, la debilitación del equilibrio psíquico producida por la neurosis es un momento más bien favorable para la puesta en marcha o la recuperación de los procesos de elaboración psíquica.

En la neurosis, lo imaginario deforma ciertos aspectos de la realidad exterior mientras que la psicosis precisamente por la ausencia de represión, hay importantes porciones de la realidad que permanecen intacta.

II .- Estructura neurótica.

En primer punto a precisar de esta entrada es la naturaleza sexual del conflicto neurótico. El elemento fundamental de la sexualidad neurótica es su carácter genital; es decir en una posición relacional dentro del conflicto edípico.

La ninfomanía esconde una desvalorización narcisista considerable, lo que no es un verdadero problema sexual. En el aspecto masculino, la desvalorización, recae sobre órgano sexual demasiado pequeño y es más una herida de la identidad narcisista que un conflicto sexual.

El conflicto sexual de la neurosis se sitúa pues a nivel genital del Edipo, incluso si las actitudes defensivas conducen a utilizar la vida de las regresiones pregenitales (anales u orales). El conflicto en el muchacho deriva de la rivalidad edípica con el padre en el proyecto de conquista de la madre. Este proyecto es abandonado en función a la vez de los sentimientos de cariño existentes con el padre y el temor a las

represalias de este último y que toma la forma de lo que se conoce por angustia de castración.

La prohibición del padre es interiorizada; también se dice que el Superyo es el heredero del complejo de Edipo. La masturbación infantil, especie de participación alucinatoria en la escena primitiva, cesa frecuentemente con la instauración del Superyo. Su revivencia en la adolescencia se encuentra bajo peso de una culpabilidad considerable: temor con la destrucción o a la enfermedad de los órganos genitales, en la relación con la masturbación, es la expresión más evidente de la angustia de castración. En la niña, la posición no es exactamente conforme por razón del cambio del objeto y de la castración anatómica.

Las identificaciones edípicas.

En el niño la identificación con el padre pone en cuestión el Edipo invertido, es decir, la posición femenina del niño frente al padre.

En la niña, la identificación con la madre edípica no es tampoco sencilla ya que a su sombra se perfila la imagen de la madre fálica preedípica.

Existe una tercera salida, como una especie de atajo de considerable importancia, se trata de la identificación con el padre del sexo opuesto.

Castración Edípica.

Este temor a la medida mutilatoria no debe hacer olvidar en contexto de la maduración edípica ni las repercusiones que conlleva la castración en la organización psíquica ni la naturaleza que se desprende de ella. Podemos reconstruir esta maduración, a través de los secretos de la represión, con una renuncia a la superioridad infantil de posesión incestuosa, al menos en parte, en provecho de la adquisición de un Superyo.

Una vez entrados en el Edipo nunca salimos de él ya que la neurosis se va adaptando.

El conflicto entre el Superyo y las pulsiones sexuales no es más que la trama más evidente sobre la que se construye la neurosis. La represión que es su primera consecuencia, a menudo separada por los acontecimientos, que da lugar al síntoma, esa formación de compromiso entre la pulsión y la defensa.

III Formas Seudoneuróticas en Patología mental.

Todo lo que no sea neurosis se etiquetaba de psicosis de forma abusiva. Tendremos que eliminar sucesivamente:

• La neurosis de angustia:

- **clínica de la angustia:** la angustia aguda tiene de particular que es sin causa, súbita y a menudo paroxística. Se puede distinguir de la angustia de la ansiedad relativa a una dificultad real de la vida, particularmente intensa en el período precedente a una prueba; de la angustia aparecida al contacto de ciertos objetos o en ciertas situaciones, cuyo valor simbólico basta para producir el desencadenamiento, sin que haya causa real, evidente, se habla entonces de una angustia fóbica. La angustia neurótica se acompaña de multitud de sudores, disnea, palpitaciones y dolores.
- **Significado de la angustia:** La angustia es un tipo de relación totalmente insostenible; no puede organizarse sin arreglos importantes que le hacen perder su carácter de crisis aguda.

La crisis de angustia puede ser muy bien la puerta de entrada para la esquizofrenia.

El acceso a la angustia es considerado como un fracaso de la represión y de la elaboración de los síntomas.

La angustia neurótica, su disposición a través de los diferentes mecanismos de defensa neuróticas.

La angustia esquizofrenia esta hecha de sentimientos de transformación interna y externa con pérdida de los límites del Yo; de aquí la denominación de angustia de disociación.

En posición intermedia existe un tercer tipo de angustia. Con desencadenamiento a veces brusco, pudiendo parecer una enfermedad orgánica, o bien instalada en primer plano de un contexto depresivo, se trata esencialmente de una angustia de falta de ser, en la que la menor pérdida de objeto afectivo es vivida como desastrosa.

- **Depresión conocida como neurótica.**

- Las ideas depresivas no tienen un carácter delirante, pues predisponen al sujeto a considerar como insalvables dificultades de la vida. Subestima sus capacidades u sobrestima el esfuerzo. Esta desvalorización le permite, escapar de la lucha y, por tanto, de la angustia.
- La fatiga y el cortejo neurasténico que le acompaña, en forma de anorexia, impotencia o frigidez, hipotensión arterial, raquialgias, se asocian en proporción variada con las ideas depresivas.
- La depresión conocida por neurótica es el insomnio. Síntoma clave, sucede como si la angustia, anulada de día por la catexia psíquica de la depresión y física de la

Astenia, surgiría de noche provocando pesadillas e insomnios, aumentado así la fatiga matinal y creando un verdadero círculo vicioso, del que resulta difícil salir para el enfermo.

La depresión se puede desencadenar por distintos motivos uno de ellos es la depresión en ocasiones por duelo o de un fracaso de la vida sentimental o profesional; y un segundo motivo es cuando se produce un derrumbe de la vida psíquica, vivida, por otra parte como una pérdida de la energía vital. Todo el pensamiento esta centrado en el cuerpo y es muy difícil hacerlo salir de ahí.

- **Las neurosis fóbica**

- La historia de la noción de fobia. El primer autor que utilizo el termino fobia fue Westphal en 1871, en la descripción e la agorafobia. A fines del siglo XIX antes de Freud, se recopilo en una descripción minuciosa todas las fobias imaginables y posibles constituyendo más de 200 fobias por ejemplo la acrofobia, la eritrofobia, la fobia de impulsión, siderodromofobia, zoofobia.
- **Freud y la histeria de angustia.** 1909 con el análisis de un caso de fobia en un niño de 5 años, para que Freud revise su postura, no hable mas de neurosis actual y distingue la angustia fóbica propiamente dicha, siempre en relación con la proximidad de un objeto o situación muy precisa; además justificara este término histeria para mostrar la similitud de los mecanismos psíquicos entre fobia y histeria de conversión en que ambas son justamente ante todo lo sexual.

- **La neurosis hipocondríaca** .Corresponde a la creencia de padecer una enfermedad orgánica en relación a un simple aumento de las sensaciones cenestésicas, que son sentidas entonces de forma dolorosa.

- **La hipocondríaca psicótica.** Gran parte de las hipocondríacas pueden ser situadas a nivel de las estructuras psicóticas claras o al menos prepsicóticas

La certeza de su enfermedad es clara y casi delirante, pero los nuevos exámenes que se realizan no les satisfacen para nada.

- **Hipocondríaca depresiva.** Se trata de una persona que presenta accesos de angustia, un estado psicasténico con el cortejo más o menos variado de trastornos neurasténicos diversos, todo ello sobre un fondo depresivo mas o menos intenso.

- ♦ **Las neurosis de carácter** este tipo de neurosis es sin síntomas, latentes, mudas, de tal modo confundidas con las exigencias de la vida moderna que cuando la descompensación aparece, se produce con la sorpresa general.
- ♦ **La personalidad de carácter.** Se trata de personalidades hipernormales, activas, sólidas, protectoras de su entorno, en las cuales la única discordancia consiste en una tendencia a la invasión que los padres y amigos toleran cada vez menos.
- ♦ **La economía.** Esta definida por una actividad y una voluntad que se dice consciente. Esta conciencia, segura de ella misma, constituye una sólida muralla edificada a nivel del yo. La vida libidinal no se manifiesta más que es apariencia de formación reactiva, es decir, el hipermoralismo.

II Clínica.

Los accidentes paroxísticos. La gran crisis descrita por Charcot se trata de una crisis de agitación espectacular cuyo contenido sexual esta a menudo presente y que puede tomar toda especie de formas, desde el acceso de sonambulismo en pleno día hasta la imitación de las crisis epilépticas

Trastornos de aspecto neurológico la parálisis son los trastornos mas frecuentes y desde el punto de vista clínico poco bien constituido y con mucha frecuencia parecen raros desde el primer examen; no hay trastornos de reflejo. Pueden lesionarse los dos miembros inferiores, un miembro, las cuerdas vocales.

Los síntomas psíquicos y el carácter histérico: no existe solución de continuidad, pues estos síntomas psíquicos son esencialmente movimientos del cuerpo que escapan a sus autores y deben también ser considerados como verdaderas conversiones somáticas.

La seducción y avidez afectiva. Esta manera de ser histérico ha sido descrita de multiples formas: deseo de llamar la atención sobre él, egocentrismo, dependencia afectiva, falta de control emocional, coquetería, provocación, erotización de la relación.

- ♦ **La fuga o la amnesia definen.** Si la actitud de retirada del histérico puede ser tener a veces el aspecto de fugar verdaderas, lo más frecuente es que se manifieste de una forma más sutil: es la amnesia histórica, que se trata simplemente del olvido de un acontecimiento que esta muy enraizado con sus afectos y con todo lo que representa. Las relaciones sexuales son mucho mas frecuente de lo que se cree en general, y la frigidez. El histérico tiene necesidad de pantalla que lo separe de sus objetos de amor y esto le permite olvidar la realidad que encierra.
- ♦ **El carácter histérico.** El conjunto de esa actitud corresponde, pues, a un doble movimiento seducción– retirada que marca esta doble ambivalencia a nivel del cuerpo, que es el signo distintivo de la histeria.

III Economía.

Puede decirse que si bien el histérico olvida siempre, lo hace para defender de una rememoración constante contra la cual lucha, relacionándose con las fantasías referentes a los objetos sexuales incestuosos. El incesto es deseado y temido como imagen de lo imposible y la castración es siempre anticipada por la huida pavorosa que evita la medida mutilante

IV. Histeria y psicosis.

Se trata ya sea de síntomas histéricos de conversión mayores que , en el adulto fuera toda situación coercitiva, es eminentemente sospechoso de no ser mas que una fachada defensiva

que enmascara mal una estructura psicótica, o de síntomas especialmente iterativos, rígidos y hábiles, como vestigios inoperantes que se sitúan de hecho a un nivel de registro esquizofrénico.

I Clínica.

La sintomatología de la histeria de angustia se completa por el papel del objeto contrafóbico. Si Emma no puede entrar sola en un almacén, la presencia de un tercero conocido se lo permite, con una desaparición casi total de la angustia.

II Economía.

El desplazamiento fóbico es, en cierto modo, un mecanismo simple, pero inacabado intermediario, como dijo Gree, de las otras neurosis; la represión es incompleta y la angustia no está más que desplazada.

Neurosis obsesiva.

El aislamiento es el primer síntoma, llama la atención es la esterilización de la afectividad, pues en el obsesivo el pensamiento se sustituye por los actos hasta el punto de que hay una desaparición casi total de la espontaneidad.

Este aislamiento permite colocarse a distancia de toda proximidad afectiva, esto se puede ver en frialdad de sus gestos a la ausencia de emotividad. Su sexualidad es pobre y no se manifiesta frecuentemente.

- ◊ **El control obsesivo.** Su carácter obsesivo de sus preocupaciones, los temas en orden, de precisión, de manía coleccionista, que se halla mezclada con todo tipo de compulsiones de verificación.
- ◊ **El carácter obsesivo.** El control incesante desempeña un papel importante desde las adquisiciones escolares del niño durante la fase de latencia hasta el nacimiento de un sistema económico industrial, pasando por todos los tipos de manías coleccionistas, como libros sellos, muebles antiguos, cuadros y otros objetos de arte. La meticulosidad, la limpieza, la parsimonia y la testarudez.
 - Superficialmente, la respuesta inmediata al abandono del control obsesivo es una reacción brusca, incluso destructora, para sus mismos objetos de amor.
 - El ritual obsesivo. Se trata de encender y apagar tres veces seguidas la luz antes de acostarse, repetir una cifra antes de atravesar una calle, etc.; Si se puede observar, se nota que es un producto de la condensación de dos síntomas precedentes: aislamiento por el carácter aritmético y artificial de estas impulsiones y control obsesivo por el deseo de repetición que ellas comportan; y el último factor es el de omnipotencia del pensamiento o pensamiento mágico.

III Economía.

- ◊ La representación, esta reducción del acto del pensamiento es un mecanismo particular que es la represión. La representación amputada del deseo es modificada de este modo para resultar aceptable al Superyo; los pensamientos pueden adquirir una temática sexual, pero sin deseo subsiguiente.
- ◊ En cuanto a los efectos, sufren nunca regresión sobre las representaciones anales, es decir que hay una verdadera regresión del Yo, desplazándose el interés genital hacia el interés anal.

- ◇ La pulsión anal. La pulsión anal real, satisfacción y manipulación de las heces, ha sido totalmente imbricada a la regresión. La brusquedad de esta pulsión anal ha consagrado la denominación sádicoanal. El control obsesivo no está nunca libre de una posible tempestad pulsional y de las medidas mutiladora consecuentes, la castración es la espada de Damocles del obsesivo.

El erotismo anal es el conjunto de manifestaciones de retención y de pulsión que se encuentra en todos los comportamiento sexuales y sociales.

IV Neurosis obsesivas, estados límites.

La neurosis obsesivas, cuyos elementos psicasténicos o de carácter son frecuentes, aparecen desde entonces como estados límites cuya disposición neurótica resulta precaria.

Cuando los síntomas de los ritos obsesivos invaden la escena con mecanización del comportamiento y apragmatismo, o bien se las convicciones conjugatorias se tornan casi delirantes, se trata de estigmas neuróticos de defensa ante una estructura psicótica subyacente.

Estructuras neuróticas

Por P.Dubor.

La alienación de ciertamente se encuentra en la originalidad de la psicosis, y esta se refiere a la estructura misma del fenómeno mental, elaboración del pensamiento, se manifiesta en particular en la manera en que el sistema nervioso es sensible fisiológicamente a las diferencias perceptibles y esta anclada en la dimensión diferencial y en la percepción de las distancias, relacionales y estructura.

- ◇ A nivel de lo real y de lo imaginario. En la actividad perceptiva, cuyas diferencias formales están resentidas en el corte espacial sincrónico de la imagen
- ◇ A nivel de lo simbólico. Se vera integrado en una red de estructuras mas diferenciadas con un valor semántico creciente, las percepciones inherentes a la percepción de formas reales y a las catexias económicas que implican (generadoras de funcionamiento de la parte imaginaria del psiquismo), en provecho de una organización cada vez más simbólica, no dejando sustituir mas que las líneas de articulación esquemáticas estructurales, para retener sólo sus representaciones verbales.
- ◇ La palabra psicótica. La acción nos llevara a hablar del lenguaje psicótico como un no lenguaje y esto no hará más que expresar, fuera de la diferenciación signifiante verbal, su insuficiente apertura a toda alteración por inmadurez de la relación objetual funcional.

El abordaje del psicótico se realiza mucho mejor a nivel concreto de gestos: de mímicas, de las exclamaciones o de los gritos, de las connotaciones.

◆ Relación del objeto psicótico.

El lactante no lleva a cabo por así decir la separación entre objeto y su entorno y donde los intercambios no son percibidos como una simple expansión de su ser.

- **Las maneras de funcionamiento de estos sistemas.** La repetición sucesiva de los períodos de ausencia luego del retorno de la madre o de la persona que cuida al niño, pondrá en marcha sucesivamente períodos alucinatorios de deseo y su diferenciación de la satisfacción verdadera por la presencia real

del objeto exterior que el niño necesita. Las alteraciones de períodos de satisfacción o de necesidad corresponde a las manifestaciones alternadas de las pulsiones; particularmente la alimenticia, las sensaciones de plenitud y de vacío, de bienestar y de carencia no tardarán normalmente en organizar al sujeto como entidad funcional, como lugar de prueba y, por tanto, como sujeto..

· **Madre del psicótico.** Ocupa un lugar relevante en esta perspectiva, ya que puede, por sus actitudes profundas, mantener al lactante y, más tarde al paciente en una situación impropia para facilitar la aparición de manifestaciones personalizantes:

- Una madre sobreprotectora. Al estar siempre presente, no permite al niño acceder al registro del deseo.
- Una madre ausente. Que no permite al niño al vincular la penosa espera y las representaciones del objeto deseado en función del deseo.

La madre del psicótico no ha sabido dejar al niño instalarse en el esbozo de una relación personificadora, dirigida, como se ha visto, esencialmente por su propia necesidad patológica de exclusividad. Esta disposición alejará al niño de toda salida hacia el exterior y más especialmente hacia este otro, que representa habitualmente el padre del psicótico. No solo la omnipresencia materna hará imposible la insaturación de la relación entre el niño y el padre, sino que, además, en el plano imaginativo.

Organización del yo.

La organización del Yo la que no alcanza el estadio objetal y sus estratificaciones, organización que, en sus diferentes etapas, permite acceder progresivamente a los aspectos esenciales de la estructuración objetal.

El psicótico ha tenido durante su vida experiencias de la serie anal o genital; son las fases de estructuración anal o genital las que están mal definidas en él.

Mecanismos prestados.

Encontramos en el psicótico mecanismo de defensa neuróticos o mecanismo mucho mas regresivos que implican cierto retorno al narcisismo primario y en los que toda la sintomatología tiene un valor de préstamo, representando para el paciente tentativa de solución de uno u otro género, sin que se trate de una organización estructural verdadera, y en particular sin la solidez que caracteriza a las verdaderas estructuras.

♦ Organización Clínica

Autismo.

El autismo esquizofrénico, cuya manifestación esencial reside, para huir del trama de una imposible relación buena con los objetos circundantes, en una fijación electiva y persistente a un movimiento de descatexia sistemática del mundo exterior y en el retorno fuera de representación y fuera de mentalización a una vivencia cercana a lo biológico.

Catatonía.

La catatonía es un fenómeno predominante es una contractura muscular casi total, con rigidez del tronco y de los miembros y cuya particularidad en el plano muscular consiste en una

contracción simultánea de agonista y antagonista, fijando curiosamente toda motricidad segmentaria y dando al paciente una apariencia de estatua (conservación de las actitudes).

Delirio paranoide.

Es la universo alucinatoria de la esquizofrenia paranoide, el objeto no puede separarse de la representación, los objetos vienen a ser parte del Yo del psicótico, pero puede separar lo malo que viene del exterior.

El universo psicótico del sujeto que presenta lo desplaza siempre al exterior. Este contexto en la psicosis no existe una imagen buena de sí mismo por eso la megalomanía acaba siendo una escudo de repuesto. El universo psicótico es independiente de represión y esta saturado de disgregaciones.

Los estados límite y sus organizaciones

Por J. Bergeret

Los estados límites se ven delimitados económicamente como organizaciones libres y diferentes, esto debido a que Freud con las definiciones de concepto como narcisismo la relevancia del papel ideal del Yo, la descripción del objeto anaclítico, todo esto fomenta la construcción de un modelo que no esta que creado completamente el Superyo.

Un punto de vista genético.

La fase primera de la etapa de la diferenciación del no Yo, el yo primaria del niño esta indiferenciado y sin estructura estable, en segunda instancia los conflictos las frustraciones las pulsiones, mecanismos de defensa y otros fomentarian la estructura legitima, y la ultima seria la estructuración auténtica.

Disposición Límite.

Hay una estructura neurótica y psicótica vacía, y una tipo intermedio entre estos muy poco definido son los estados límite.

Son sujetos en que la evolución edípica normal han soportaron bien han sufrido un traumatismo psíquico. Este traumatismo presenta un papel del primeramente desorganizador que obstaculizara la evolución libidinal en seguida luego la pseudolatencia, luego en la adolescencia, puede también ser en la adultez un periodo de hervor afectivo.

Organización económica.

Se precisa como una enfermedad del narcisismo, que el yo supera la desintegración pero no llega a establecer la relación de objeto genital acaso mas bien anaclítica del otro, se salvaguarda de la depresión, su angustia esta centra en la perdida de objeto, Freud dijo que el yo se deforma para no fragmentarse, la represión es menos inflexible que en las neurosis, el superyo no se forma de manera completa, el fracaso lo lleva a la depresión.

Evoluciones agudas.

Aunque son vacilantes por medio de mentiras hay algunos que logran conservarse toda la vida. A consecuencia de un segundo traumatismo desorganizador surge la neurosis de

angustia esto establece una crisis que estructura del yo, ya sea en la en la neurosis, psicosis o psicossomático.

Organización perversa.

A su vez que se reniega solo una parte de la realidad, una parte del yo la reconoce, este par coexiste toda la vida, su superyo no logra componerse, funciona con un ideal del yo, narcisista, maternal, femenino- fálico, su relación de objeto es dual a la madre fálica y la angustia se describe a la castración fálica.

Enfermos psicossomáticos.

Evolución de las ideas.

Las emociones y sentimientos tienen repercusiones sobre nuestros cuerpos, incluso en el origen de una enfermedad, esto es conocido como psicossomática que hoy en día es parte de la medicina pero viéndola holísticamente. En realidad ve el papel preponderante de los factores psicológicos en las enfermedades orgánicas.

Intento de definición; el hecho psicossomático.

Es muy delicado aclarar los límites de lo psicossomático. Los conflictos que tiene el individuo a nivel exterior, se hacen luego intrapsíquicos lo que provoca expresiones mentales o somáticas.

La organización psicossomática.

Estos disturbios se motivarían a partir de la historia de la relación del sujeto y su medio, quizás por privaciones afectivas prematuros, todo esto generado en la etapa en que el niño no se ha caracterizado con su madre por queda muy dependiente de su madre.

Histeria, hipocondría y enfermedades psicossomáticas.

En la histeria de conversión la investigación afecta la vida de relación pero sin una herida orgánica, en la neurosis los síntomas tienen una significación simbólica, en la hipocondría el sujeto refleja todo sus angustia a través del cuerpo en la creencia que tiene una lesión que no existe para los médicos, en lo enfermos psicossomáticos la patología perturba a la vida vegetativa, pero la neurosis de órgano no hay algo que quiera expresar, esta carente de sentido.

Diagnóstico Anna O.

Diagnóstico Estructural

La paciente se estructuró de forma neurótica primero porque presenta dudas inmediatamente de sus crisis a pesar de sufrir delirios, además intenta dar explicación a los dificultades que la agobian, es sensible en momentos de claridad de comenzar una relación con el otro, como lo hace con Breuer (por lo que el doctor tuvo que derivarla), como dije ante a pesar de sufrir delirios no habla desde la certeza en sus momentos de lucidez, dentro de su anamnesis dibujada al inicio de la sesión y señala que ella hacia poesía , se podría decir por su critica que ha ingresado al mundo simbólico. El diagnostico que se debería hacer es un diagnostico diferencia que va a demostrar neurosis de histeria.

Diagnóstico Positivo

La paciente presenta síntomas clínicos como los desmayos, estrabismo, sus crisis de angustia, tos, pasa por algunas etapas de la crisis histérica de Charcot cuando tiene transformaciones del carácter cuando se colocaba agresiva después de sus estados de ausencia, crisis de pérdida de conciencia y cuando cae a la cama aparecen síntomas constantes, parálisis, con trastornos de la sensibilidad, trastornos sensoriales luego de la muerte de su padre se disminuye su campo visual, asco a los alimentos, anemia, todo esto refleja claramente la histeria. Su conciencia se fue debilitando cuando tuvo dos estados a la vez y un desdoblamiento de la personalidad. Presenta disturbios de memoria y esto se refleja cuando comienza a hablar en distintos idiomas por ejemplo en inglés. Tiene una tendencia a caer en depresiva que surge luego de la muerte de su padre que la lleva a querer quitarse la vida.

Diagnóstico Diferencial

- ◊ **Neurosis fóbica:** cuando ella siente asco por los alimentos e incluso por el agua no se debiera considerar como neurosis fóbica, ya que la neurosis fóbica ante un objeto se refleja la angustia.
- ◊ **Neurosis de angustia:** no se puede presentar neurosis de angustia ya que la angustia esta comprimida en la muerte de su padre y en la neurosis de angustia se ve reflejada constantemente en distintos objetos o contextos
- ◊ **Esquizofrenia:** Pese a que sufre delirios, estos son con relación a la pérdida del padre, luego de sus crisis o delirios la Ana O tiene conciencia de ellos, y tiene sentido para ella y piensa además que se esta volviendo loca, eso hace que le de un significado a estos delirios, cosa que el esquizofrénico no lo hace por que para él sus delirios son la certeza.

Diagnostico del Señor de las ratas

Diagnóstico Estructural

El paciente se estructuró neurótico primero porque se encuentra aún en la incompletitud y necesita mantener una relación con un otro que le va a dar las herramientas para el ingreso al mundo social, además que se delibera acerca de si sus obsesiones y pensamientos que irrumpen en él son normales ya que las pone en duda, va desarrollando con Freud los significados de sus síntomas para poder lograr interpretar a su representación aspectos que luego Freud le revela desde su teoría lo que se manifiesta a su ingreso a lo simbólico, trata de explicar todos sus actos lo que es propio de un neurótico. Si distinguiéramos el diagnostico diferencial seria una neurosis obsesiva.

Diagnóstico Positivo

El paciente presenta conciencia de sus síntomas y el problema que le ocasionan, por lo mismo tiene una imagen desfavorable de sí mismo. Por ejemplo la sola idea de las ratas se puedan meter en el ano o la idea de la muerte de su padre; aquí el paciente presenta un automatismo del pensamiento, en donde los pensamientos, se encuentra en constante lucha interior entre los que penetran y la racionalización que hace de estos. No demuestra su carácter obsesivo en la primera sesión pero al transcurrir las sesiones se siente ajeno a él y va organizándose patológicamente su personalidad. Demuestra agotamiento psicológico producto de mucha actividad psíquica aguda por la lucha en contra de esos pensamientos que invaden en él, además que no son aceptados socialmente. La posibilidad en que se encuentra él en estas dos polos; es realmente el compromiso que debe tener con alguna por ejemplo cuando no esta con su dama siente que existe un amor pasional pero solo cuando esta ausente, cuando esta

presenta dice solo quererla. Manifiesta su cuadro compulsivo puede ver la agitación ideoverbal que se ve muy bien en sus rumiaciones, las fobias que sufren de impulsión , por ejemplo cuando quiere cortarse con la navaja de afeitar o en la niñez le disparo a su hermano chico con una pistola de juguete vuelven a aparecer sus miedos de volver a hacerlo. Esta compulsivo es va afiatado por esta duda de si desea comprometerse o no con esta mujer, de su megalomanía cada vez que hace un juramento siente la necesidad que debe cumplirlo, a su vez todas las respuestas son enfermizamente justificadas. A su vez presenta fijaciones anal cuando siente esos deseos de muerte para con los otros y se reflejan en formaciones reactivas como el amor que siente hacia su padre no es más que el odio que tiene hacia él. Mantiene ritos obsesivos como cuando viajaba con su amada en un barco y le vio la compulsión de contar hasta 40 entre rayo y rayo; estos ritos son elaborados para reducir la ansiedad. La sicopatología de este paciente refleja sentimientos negativos y positivos hacia su padre y amada. Este paciente trata de luchar constantemente para poder mantener un equilibrio dentro del principio de realidad; muestra una dificultad de compromiso que se refleja en su yo débil.

Diagnóstico Diferencial

- ◇ **Melancolía:** a pesar de que ambos pueden presentar depresión, no son iguales por que existe la diferencia que uno ya es de estructura neurótica. Diferencia también esta latente cuando los pensamientos de muerte a los que se enfrenta el paciente no son los mismos que el melancólico cuando ha pensado que nació para morir
- ◇ **Esquizofrenia Temprana:** en este caso el individuo trata de poder encantar sentido a lo que le esta ocurriendo o las cosas que le pasan a diferencia de esta. El esquizofrénico no trata de dar ningún sentido por que vive en la certeza.
- ◇ **Neurosis fóbica:** Las fobias de impulsión están muy seguidas de cuadros de obsesión ha diferenciándose de las fobias que son muy características de la neurosis fóbica.

Universidad de Viña del Mar.

Escuela de ciencias sociales.

Carrera de psicología.

Asignatura :Psicología anormal I.

Síntesis N° III

Viña del Mar; Jueves 20 de junio de 2000.