

Tabla de Contenido:

Nociones Básicas de psicopatología:	1
La Realidad:	1
Acerca de las causas o determinantes:	1
La Normalidad:	3
Definiciones Preliminares:	4
Los cuadros delimitados fundamentalmente por la psiquiatría:	6
Las Psicosis:	6
Las Neurosis	7
Las Perversiones:.....	9
Algunas Palabras finales	11
Glosario:	12
cura.	12
Desoxirribonucleico, Ácido.	12
Estructura,	12
clínica.	13
patología.	13
psicopatología.....	13
síntoma.	13
Algunas Breves Biografías:.....	14

Nociones Básicas de psicopatología:

La Realidad:

Quisiera Retomar en este corto escrito las cuestiones fundamentales vertidas a lo largo de estas clases de práctica en vuestro colegio Reconquista. Empezamos abordando la psicopatología desde el estudio de la realidad. Extrajimos que habría un tipo de realidad que podría llamarse Realidad Social en la que cierto acuerdo o consenso sería fundamental. Habría otro tipo de realidad que sería la forma en que cada uno de nosotros vemos esa realidad, esta sería la Realidad Psíquica.

Es decir que la realidad terminaría constituyéndose o construyéndose en cada uno de nosotros. Consideramos que esto era importante puesto que muchas veces se toma como punto de partida la realidad construida por cada uno de nosotros para determinar en la psicopatología quien estaría “fuera de la realidad”. El punto importante aquí sería quien garantiza que la realidad psíquica de uno es la realidad psíquica de todos. Durante mucho tiempo hubo muchas personas que se consideraban a si mismos como “garantes” de la realidad y por lo tanto estaban en condiciones de determinar quién está dentro y quién esta fuera de la realidad, que cosas están bien y que cosas están mal. Aún hoy muchos terapeutas médicos o psicólogos se encuentran en esta posición considerando que son ellos los que saben cuál es la realidad verdadera y que cosas deben o no deben hacerse.

A partir de la enseñanza de Jacques Lacan, psicoanalista Francés, esta cuestión de la realidad y de los garantes de la realidad se comienza a poner en cuestión, se comienza a criticar. Un antecedente importante en esto dentro del psicoanálisis fue Melanie Klein quien comenzó a interesarse por la realidad de los sujetos por más chiquitos que fueran.

En el Psicoanálisis que se guía por las enseñanzas de este psicoanalista francés se critica duramente la concepción de que lo que funcionaría como referencia para determinar la psicopatología, la enfermedad sería la realidad, justamente por dar importancia como nunca antes al concepto de Realidad Psíquica construido por Sigmund Freud. En adelante en este escrito se tomarán en cuenta los elementos de esta línea de psicoanálisis que permiten una aproximación a la cuestión de la psicopatología, no sin antes aclarar que esta es una línea entre otras, línea a la que adhiero por considerar muy útiles estos elementos para trabajar en la clínica, en la cura, en el cuidado de los pacientes.

Entonces, no se determina que alguien está ”loco”, podríamos decir, en base a que esté fuera o dentro de la realidad social, que esté de acuerdo o no con lo que supuestamente sería la realidad social de todos nosotros.

Acerca de las causas o determinantes:

Cuando hablaba de esto en la clase, algunos de ustedes me preguntaron acerca de si no era eso lo que se usaba para determinar la locura, entonces cómo era que se determinaba. Esta es una pregunta muy difícil de contestar, que en la facultad, en la carrera de psicología de la UBA, en la materia Psicopatología estamos un año entero para intentar transmitir algunas cuestiones que sirvan para determinar esto.

De todas maneras intentaré dar alguna respuesta que desde luego les parecerá insuficiente a ustedes con su espíritu investigador. Podríamos pensar que cada uno de nosotros ha sido “pensado” de determinada manera por nuestra madre o padre, el lugar que tenemos para ellos, aún antes de nacer es muy importante para la ubicación de cada uno de nosotros en la vida. Lamentablemente no hay reglas o formas que podríamos decir determinen de antemano como vamos a ser nosotros en la vida. Si no hay este lugar de ser pensados de determinada manera indefectiblemente morimos. Se ha observado esto en lo que se conoce como el “hospitalismo”, esto es que hay bebés que han sido abandonados luego del nacimiento por su madre y a pesar de haberseles brindado todos los cuidados “médicos” esperables para que no se desnutran o sufran un enfriamiento y sin embargo nada de ello es suficiente si esta pequeña criatura no es capturada en el pensamiento de alguien de alguna manera.

La principal dificultad estriba en que, en tanto seguimos viviendo, ha habido algún tipo de captura de este tipo, la forma de la misma va a determinar la forma en que nos situamos en el mundo humano, aunque no es lo único determinante, y muchas veces solo puede pensarse esto a posteriori, es decir que no es posible hacer de esto una profilaxis, es decir una especie de prevención o previsión de antemano sobre la forma en que uno va a quedar capturado. Esto implica que no puede decirse que si alguien ha sido “pensado” de tal manera o querido demasiado o querido demasiado poco va a situarse de tal o cual manera, en general esto solo puede pensarse luego, en una visión hacia atrás podríamos decir, no hacia adelante. Hay sin embargo determinadas cuestiones teóricas que nos permiten pensar algo de esto, para las que lamentablemente no tenemos tiempo suficiente en estas pocas clases para tratar. El psicoanálisis tiene una respuesta tentativa acerca de cuales podrían ser los determinantes de una psicosis, una neurosis o una perversión.

Otra de las preguntas que se encuentra en estrecha relación con esta última es la que algunos de ustedes hicieron en el momento en que escucharon en el vídeo a ese enfermero decir que la esquizofrenia venía escrita en el ADN, término que ni siquiera el pobre sabía pronunciar. La pregunta fue si lo que determinaba la esquizofrenia era algo genético.

De hecho hay muchas personas que piensan esto e incluso prestigiosos científicos, pero lamentablemente hasta el momento no hay descubrimientos, por lo menos de mi conocimiento, que permitan detectar cuál sería el gen de la Esquizofrenia. De hecho les decía en la clase que la esquizofrenia no es actualmente un cuadro clínico bien delimitado en la psiquiatría contemporánea, puesto que se llama esquizofrenia a gran cantidad de cuadros sin discriminar demasiado las diferencias entre ellos. (Cuadro clínico es un conjunto de síntomas a los que se le supone unas causas más o menos específicas y un desarrollo o evolución en el tiempo similar.)

La Normalidad:

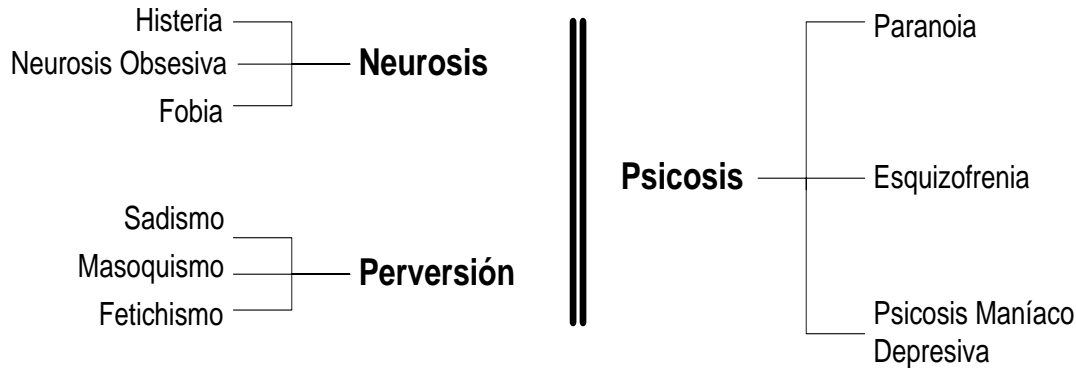
En el psicoanálisis la diferenciación entre Normalidad y Patología sufre una especie de disolución. Prácticamente se pierde la diferenciación entre Normal/Patológico. Esto se debe a que teóricamente podemos ubicar a cualquier persona dentro de lo que se denomina las tres “estructuras subjetivas”. Estas son Neurosis y Perversiones por un lado y Psicosis por el otro. Es decir que cualquier persona estaría incluida en una de estas tres “estructuras”. El término estructura es bastante complejo, pero no me voy a dedicar detallar su significado puesto que excede el alcance de estas líneas. –Además no vayan a creerse que todas las personas que hablan de estructura en la facultad saben lo que están diciendo, así que por el momento dejamos esto como una pregunta- En general podemos hablar de estructura como aquello que se encuentra por debajo de la superficie, aquello que no se ve a simple vista pero que sin embargo determina la forma de lo que sí se ve. Un uso común de estructura es el que utiliza la arquitectura para nombrar lo que se encuentra por debajo de la construcción de un edificio. Lo importante por ahora es que esta concepción psicoanalítica de estructura debe además barrer con el prejuicio dentro de la psicología y de algunas tendencias del psicoanálisis según el cual habría una gradación, una especie de orden de gravedad de la siguiente manera:

Normalidad → Neurosis → Perversión → Psicosis

En donde la Normalidad sería el trastorno menos grave de la personalidad y luego de ella podríamos encontrar según un orden de gravedad creciente a las demás “patologías”, “afecciones” o “dolencias”, siendo la psicosis la afección más grave de todas. Este es un prejuicio muy extendido y que debe dejarse de lado para poder pensar el concepto de estructura y poder trabajar de manera más adecuada en la clínica de acuerdo a la línea iniciada por Jacques Lacan.

Entonces, en esta línea del psicoanálisis no se puede pensar esta especie de escalera de gravedad para pensar las tres estructuras que nombramos. Podríamos pensar que se trata de estructuras o “patologías” **diferentes** pero que no necesariamente una es “más grave que la otra”.

Sin embargo vamos a centrar lo que sigue de la clase en las delimitaciones que nos ha brindado la psiquiatría para describir los cuadros que agrupamos dentro de las tres estructuras. Para pensar un poco los cuadros clínicos que han sido aislados y definidos por la psiquiatría y ver como se distribuyen en las diferentes estructuras de las que habla el psicoanálisis puede ser de utilidad el siguiente esquema:



La forma de delimitar una u otra estructura es bastante compleja y necesitaríamos más tiempo que seis clases para poder pensar un poco esto.

Para hablar de los síntomas que caracterizan a los cuadros delimitados por la psiquiatría será preciso definir antes algunos términos. En esta definición podrá verse el acento que sí pone la psiquiatría en la realidad pensada como única y compartida.

Definiciones Preliminares:

Angustia: la angustia es un tema teórico complejo, pero para los objetivos de esta clase podemos pensar a ésta como una sensación de malestar (ansiedad) determinado que produce sufrimiento en la persona que la padece

Delirio: Comúnmente se llama delirio a ciertas ideas que pueden o no tener coherencia o lógica y que se encuentran de alguna u otra manera alejadas de la definición social de la realidad. Para el psicoanálisis en el caso de las psicosis, el delirio es el elemento con el que el paciente puede volver a armar su realidad si por algún motivo su idea de la realidad y el mundo se vio alterado por lo que se considera una descompensación o brote. En otros casos como en la paranoia puede haber un delirio muy armado sin que en ningún momento el paciente se haya visto descompensado o “brotado”. Pero es importante destacar que en las neurosis o en las perversiones puede haber también este tipo de ideas y pasar más o menos desapercibidas.

Podemos decir que gran parte de los delirios de todos nosotros son lo que nos permite hacer convivir una realidad compartida y otra privada en la que creemos o pensamos ciertas cosas que no coinciden con la realidad compartida. La diferencia entre estos delirios y los delirios que aparecen en las psicosis es que en los delirios que aparecen en las psicosis la convicción o convencimiento de estas ideas es mucho mayor y más estable, es decir en la paranoia por ejemplo, la convicción o el convencimiento de su delirio puede acompañar al paciente durante toda su vida sin tener prácticamente alteraciones de fondo.

En las neurosis los delirios suelen permanecer por un tiempo y ante determinadas situaciones pueden variar o tornarse muy móviles, especialmente en la Neurosis Obsesiva. Delirios de todo tipo escucharán ustedes cuándo hablan con las personas que los rodean. Podríamos considerar como delirios todas aquellas ideas de las cuales nos hablan -y hablamos- muchas personas totalmente convencidos de su veracidad y en base a los cuales emiten -y emitimos- opiniones y creen -y creemos- saber de lo que en verdad se trata. Tampoco podemos considerar que todo lo que hablamos y decimos es simplemente delirio y no capta parte de los hechos de la realidad, pero podríamos pensar que captamos una parte de ésta, cuestión que se nos hace evidente ni bien entablamos una discusión con alguien acerca de determinada cuestión, pero eso es otra historia....

Alucinación: La psiquiatría reconoce como alucinación a una “percepción sin objeto”, es decir, considera que una alucinación es cuando un paciente dice ver un objeto que no existe en la realidad o cuando escucha voces inexistentes o cuando tiene sensaciones corporales sin una justificación en la realidad. Alucinaciones también se denomina a las percepciones que pueden aparecer ante una intoxicación con algún alucinógeno o con el alcohol. Las alucinaciones provocadas por intoxicaciones de cualquier tipo suelen desaparecer cuando el organismo logra eliminar el tóxico del cuerpo. En los libros escritos por el antropólogo Carlos Castaneda luego de su encuentro con Don Juan se detalla gran parte de este tipo de alucinaciones vivenciadas en su entrenamiento para guerrero. A diferencia de la psiquiatría, para Don Juan, estas alucinaciones no están totalmente desconectadas de la realidad sino que se trata de diferentes realidades, diferentes realidades que pueden ser percibidas por un brujo o guerrero. Para Don Juan el Peyote, que es un cactus alucinógeno que es posible hallar en la zona mexicana, puede ayudar a un brujo o guerrero a percibir la realidad en sus diferentes vertientes -no es imprescindible- pero eso también es otra historia.

Deterioro Psíquico: Se denomina así a cierta alteración o disminución de las facultades intelectuales -pensamiento, razonamiento, atención, memoria, etc...- que aparece usualmente en la esquizofrenia y en menor medida en la paranoia. Junto con esta disminución pueden aparecer conductas extrañas o “inmorales” que suelen acompañar al agravamiento de un cuadro esquizofrénico. En el vídeo han podido escuchar a un médico que hablaba de “defectos esquizofrénicos” o “restos esquizofrénicos” para referirse de una manera bastante inadecuada a ciertos pacientes que han sufrido gran cantidad de brotes, internaciones y efectos medicamentosos que los han dejado en un estado de gran deterioro psíquico tal como lo habrán podido observar. La psiquiatría considera que cuanto más “brotes” ha sufrido un paciente mayor es el deterioro que esto le produce.

Brotos (esquizofrénicos): Se conoce así vulgarmente a los períodos en que un paciente, generalmente psicótico pero no necesariamente, se encuentra muy descompensado y en donde es víctima de gran angustia y sufrimiento. En la esquizofrenia, estos períodos, suelen coincidir con una gran proliferación de alucinaciones que dejan al paciente totalmente perplejo y sufriente ante los fenómenos que se le suceden alrededor. Los brotes actualmente suelen retroceder o atemperarse más o menos fácilmente con la ayuda de la medicación “neuroléptica” que se indica a los pacientes cuando se encuentran en estos períodos.

Compensación: Se conoce con este término a los períodos en que un paciente puede vivir más o menos tranquilamente su vida. Puede suceder que luego de un “brote” un paciente logre compensarse y retomar normalmente su vida luego de una internación o un episodio agudo (período muy grave y corto de vivencias patológicas o no compensadas). Las posibilidades de compensación pueden variar mucho de un cuadro a otro y tener características diferentes en cada uno. También puede suceder que una persona psicótica viva compensada sin que aparezcan períodos de descompensación en absoluto.

Los cuadros delimitados fundamentalmente por la psiquiatría:

Algunos síntomas característicos de estos cuadros clínicos a partir de los cuales la psiquiatría los delimitan son los siguientes:

Las Psicosis:

Los cuadros psiquiátricos que pueden incluirse dentro de las psicosis han sido delimitados muy finamente por los grandes psiquiatras clásicos y poco ha agregado la psiquiatría contemporánea a sus majestuosas descripciones. La psiquiatría contemporánea más que sacar nueva luz sobre los mismos ha contribuido a enturbiar o disolver sus diferencias bajo el gran grupo de las esquizofrenias. A continuación solo les hablaré muy brevemente de tres de los principales cuadros.

Paranoia:

En la paranoia es posible encontrar un delirio más o menos armado y coherente. Este delirio puede aparecer muy tardíamente en la vida del paciente o acompañarlo desde bastante temprano sin interferir con sus relaciones con la realidad. Un paciente paranoico bien puede estar toda su vida “compensado” y sin siquiera dar cuenta de su delirio o también el delirio puede ser inexistente. Es posible que un paranoico construya a lo largo de toda su vida un delirio que permanece intocado o estable y con mayores o menores relaciones con la realidad. Para uno de los más importantes psiquiatras clásicos, Emil Kraepelin, en la paranoia no hay alucinaciones o si las hay no tienen un papel principal. Otros psiquiatras también piensan que es posible que las haya pero en todo caso no tienen un papel principal sino que son totalmente secundarias a accesorias. Un dato muy importante es que en la paranoia puede no darse un deterioro psíquico en absoluto o ser muy leve a lo largo de los años. Las posibilidades de compensación son bastante altas en un paciente paranoico, de hecho puede ser que ni siquiera consulte y realice logros muy importantes en su vida. Es posible pensar por testimonios y datos recogidos acerca de la vida de algunos matemáticos, lógicos o artistas que han sido paranoicos y que esto no les ha impedido trascender por la importancia de sus logros o descubrimientos. (En la una de las clases hablamos por ejemplo de Juana de Arco, que tuvo un papel determinante en la guerra de los cien años). El desencadenamiento o primer brote de la paranoia puede ser bastante tardío, alrededor de la cuarta o quinta década de vida. También puede suceder que un delirio vaya armándose muy despacio y progresivamente a lo largo de toda la vida del paciente sin que sea claramente detectable ningún corte abrupto como el que implica el brote en la esquizofrenia.

Esquizofrenia:

Muchos de los cuadros que hoy se agrupan bajo este término han sido caracterizados y descriptos al detalle por Emil Kraepelin bajo el grupo de la por él denominada Demencia Precoz. En la esquizofrenia suele ser rara la existencia de un delirio armado lógico y coherente como sí puede suceder en la paranoia. Es más frecuente encontrar ideas delirantes disgregadas y sin una línea de coherencia determinada. Son muy frecuentes las alucinaciones y pueden generar un sufrimiento terrible en el paciente que no puede sino padecer todos estos fenómenos que los rodean y atormentan (pero no dejan de ser accesorias, es decir que no es necesario que se den). El paciente puede oír voces que lo insultan, ver cosas horripilantes que se le aparecen, sentir que su cuerpo es movido o dirigido desde otro lado o con aparatos extraños, puede sentir que su cuerpo se despedaza o que le retiran y le vuelven a colocar sus vísceras. La gran variedad de formas que pueden tomar estos cuadros no permiten aislar a la esquizofrenia como un cuadro bien delimitado tal como sí puede hacerse con la paranoia. El desencadenamiento o primer brote suele ocurrir bastante más temprano que en la paranoia. Las posibilidades de compensación varían bastante de un caso a otro, pero en líneas generales la compensación es más difícil en estos cuadros que en el caso de la paranoia. También puede suceder que en un paciente no ocurra nunca un brote y el paciente viva compensado de alguna manera toda su vida. Determinada situación complicada puede en un paciente de estas características haber provocado el primer brote. Un dato importante a tener en cuenta es que en este cuadro es mucho más frecuente encontrar un deterioro psíquico a medida que se van sucediendo los brotes.

Psicosis Maníaco Depresiva:

Este cuadro se caracteriza fundamentalmente por oscilaciones entre un estado de agitación generalizada y un estado depresivo muy pronunciado. Estos pacientes suelen pasar toda su vida oscilando de un estado a otro. Este cuadro tiene importantes implicancias sociales y económicas puesto que en los estados maníacos emprenden empresas grandiosas o se endeudan o endeudan a toda su familia por supuestos negocios grandiosos que nunca pueden concretarse. O bien en un estado de gran optimismo despilfarran su dinero quedando completamente en quiebra y cayendo en pozos depresivos o de grandes bajones en que no tienen ganas de hacer nada y se encuentran muy tristes y angustiados. No es necesario que se de una alternancia entre períodos maníacos y depresivos en ese orden. Hay casos en los que se encuentran períodos maníacos alternando con períodos sin ninguna particularidad (ni maníaca ni depresiva) denominados “meseta”, o de períodos depresivos alternando con períodos meseta, etc. Lo que si generalmente ocurre, es que en una persona suelen darse en general siempre en el mismo orden a lo largo de toda la vida.

Las Neurosis

La delimitación clara de las neurosis como conjunto que abarca cosas tan diferentes como la histeria, la neurosis obsesiva y las fobias se la debemos principalmente al trabajo de Sigmund Freud para delimitarlas y agruparlas. Puede pensarse que muchas personas pueden ubicarse dentro de estos cuadros. Por supuesto no es la misma la gravedad que puede presentarse de un caso a otro. Pueden aparecer casos de histeria muy graves que hasta lleguen a tener alucinaciones, ataques y desmayos como cuadros más leves en los que la persona puede vivir perfectamente acompañada por sus síntomas e incluso sacar provecho de los mismos. Lo mismo ocurre en la Neurosis obsesiva y en determinadas fobias.

Histeria:

Este cuadro es característico de las mujeres pero también puede aparecer en hombres. Histeria es un nombre que proviene del vocablo griego que refiere a útero o matriz. Antiguamente se pensaba que el útero era como una especie de animalito que habitaba en el interior del vientre de la mujer y que ante determinadas circunstancias se movía o comenzaba a hacer cosas raras que producían lo que se conocía como ataques de este tipo de afección. La histeria tiene la particularidad de adaptarse a las enfermedades de cada época, esto es que copia la sintomatología de las enfermedades más de moda. Los psiquiatras consideran a la histeria como una especie de simulación de las enfermedades. Por ejemplo el ataque de histeria es muy parecido a los ataques epilépticos y es necesario estar atento para determinar de que tipo de ataque se trata. Actualmente no son tan frecuentes, salvo en ámbitos muy específicos, los grandes ataques histéricos tal como aparecían en la época en que un neurólogo francés, Charcot, provocaba estos ataques en sus enfermas en presencia de otros médicos en formación, en lo que eran sus famosas presentaciones de histéricas.

Una característica fundamental de la histeria es que produce gran cantidad de síntomas en el cuerpo, desde pequeñas parálisis locales, anestias hasta dolores de cabeza, dificultades respiratorias, tos, contracturas. La sintomatología producida por la histeria puede ser muy variada y a veces es difícil diferenciarla de una sintomatología de completo origen orgánico. En cuadros histéricos más moderados pueden aparecer síntomas leves como ser contracturas sensaciones corporales determinadas, asco, desmayos, una queja constante respecto de malestares corporales u otros. Por ejemplo es posible encontrar mujeres que se quejan de sus enfermedades y recorren gran cantidad de médicos y especialistas que no pueden encontrar el origen de sus dolencias, que en determinado momento encuentran uno que es como una especie de Dios que le va a solucionar su problema y de golpe.... lo cambian por otro porque ese tampoco pudo decirle lo que le pasa.

Salvo situaciones excepcionales en la histeria es posible hallar una ausencia total de angustia o sufrimiento respecto de los síntomas.

Neurosis Obsesiva:

A diferencia de la anterior que puede presentarse como una enfermedad esencialmente del cuerpo. La neurosis obsesiva, más característica de los hombres, aparece esencialmente como una enfermedad del pensamiento. Algunos Neuróticos Obsesivos no pueden dejar de pensar, cavilar, dar vueltas y vueltas alrededor de algo y pasarse años sin decidir nada al respecto de alguna situación. La duda es característica de este cuadro. También es muy común encontrar lo que se denominan síntomas en dos tiempos, esto es que los pacientes sienten de golpe un impulso a hacer algo y luego, inmediatamente no pueden evitar hacer lo contrario. En estos pacientes hay determinados pensamientos que pueden ocupar gran parte de su vida y que no pueden sacárselos de la cabeza. Esto es lo que se denominan “representaciones obsesivas”. Son muy comunes ciertos rituales y medidas precautorias del tipo “...si hago tal cosa entonces a pasar tal otra...” o “... si no hago eso entonces va a pasar tal otra cosa...”. En un paciente obsesivo muy grave es posible que los actos más simples y comunes de la vida se transformen en grandes y tediosos rituales que no puede dejar de hacer sin ser presa de una gran angustia -por ejemplo al acostarse, o al estudiar, o al bañarse o al hacer cualquier otra cosa-. Muchas veces los síntomas obsesivos pueden tomar la forma de medidas de higiene o cuidado demasiado exageradas. Muchas veces estos síntomas son tomados por la persona como características dignas del tipo “ Ah.. yo soy muy ordenado, si no tengo tal y tal cosa así o así no puedo hacer tal otra “ “ Cuando me voy a dormir yo tengo que tener esto y lo otro porque sin eso no puedo acostarme “ En estos casos el síntoma pasa a formar parte de lo que el paciente considera como características de si mismo y no aparece como tal.

En líneas generales las características más comunes de este cuadro son la duda, la imposibilidad de decidir entre situaciones generalmente dicotómicas (opuestas) (en donde el paciente es incapaz de tomar partido por una de las oposiciones que llevaría necesariamente a la pérdida de la otra), la compulsión a pensar y el armado de estos rituales y medidas precautorias con las que el obsesivo llena su vida.

Fobias:

Las fobias constituyen un cuadro problemático que a veces resulta difícil ubicar en las estructuras clínicas. En general una fobia cuando se construye como tal aparece como miedo frente a determinado objeto o situación como puede ser un animal o insecto determinado (cucarachas, caballos, ratones, sapos). Pueden aparecer pacientes con fobias más generalizadas como ser miedo a los espacios abiertos o a los espacios cerrados, miedo a salir a la calle. A medida que avanza la construcción de estas fobias el paciente poco a poco se ve limitado a hacer determinadas cosas, como ser que no puede salir a la calle sin que alguien lo acompañe, o tratar de evitar lo más posible el objeto temido, lo que le provoca un horror que le impide ir por determinados lugares. La fobia suele tomar rápidamente la forma de cierta distribución espacial en donde los movimientos del paciente quedan delimitados por ciertas zonas permitidas y ciertas prohibidas. La dificultad suele aparecer cuando comienzan a incrementarse las zonas prohibidas y a limitarse aún más la zona permitida en la que el paciente puede moverse con tranquilidad. Muchas veces los pacientes quedan confinados al ámbito de su casa y no pueden salir de allí sin estar acompañado por alguien o por determinado objeto.

Las Perversiones:

Estos cuadros aparecen muchas veces bajo la forma de “aberraciones sexuales” que suelen estar muy descalificadas socialmente. Muchas veces los relatos de este tipo de pacientes producen angustia en quien los escucha. Puede pensarse que este tipo de pacientes tienen una particular forma de encontrar los puntos en que la persona que tienen enfrente puede angustiarse. Por esta última característica, en el hospital, estos pacientes suelen ser denominados por los psiquiatras como “psicopatones”. Desde luego la variedad de estos cuadros hace que no sea esta la única forma en que se presentan “en sociedad” este tipo de sujetos. Es bastante común incluso encontrar a sujetos perversos muy íntimamente relacionados con la ley, la confección y la transgresión de las leyes, más o menos adaptados al sistema. Lamentablemente solo voy a describir algunos de los cuadros principales pero éstos no son las únicas formas en que puede presentarse un sujeto perverso. No son muy abundantes los casos de perversiones que consultan a un psicólogo o psiquiatra puesto que es difícil que en estos pacientes aparezca la angustia que en otros casos lleva a consultar. Les recuerdo que si bien los cuadros descriptos a continuación refieren casi exclusivamente a prácticas sexuales no es simplemente bajo formas extrañas de prácticas sexuales como puede presentarse un sujeto perverso. Podría pensarse que en general los sujetos perversos disfrutan de provocar angustia en el otro. Esto desde luego es una afirmación muy general y no puede aplicarse a todos los casos indiscriminadamente. Además no es raro encontrar determinados componentes que aparecen exacerbados o aumentados en las descripciones siguientes en cualquier práctica sexual “normal”.

A continuación se describen algunas de estas prácticas que para Sigmund Freud, pueden encontrarse en sujetos perversos con el carácter de exclusividad y fijación. Exclusividad quiere decir que son la única o la principal práctica sexual de la que el sujeto obtiene placer. Fijación implica que el sujeto no puede dejar de desempeñar esa práctica sexual en toda oportunidad en que desea obtener placer.

Sadismo:

El término sadismo proviene de una persona conocida como el Marqués de Sade que ha escrito gran cantidad de libros sobre su particular forma de concebir al placer. Gran cantidad de estos libros han sido escritos en períodos en que se encontraba preso justamente por sus prácticas sexuales. Generalmente puede decirse que sadismo se denomina a la práctica sexual que obtiene placer de producir dolor en el otro. Si leen cualquiera de los libros que ha escrito esto salta a la vista inmediatamente. A veces cuenta determinadas cosas que hacen realmente difícil proseguir la lectura. No se sabe exactamente cuánto de realidad o fantasía hay en las prácticas que cuenta. Lo más importante a destacar que se caracteriza al sadismo por este placer en impartir dolor.

Masoquismo:

El masoquismo también debe su denominación a una persona: Leopold von Sacher-Masoch, quien en sus novelas describía ciertos personajes que disfrutaban al ser humillados o al hacerse provocar dolor. Generalmente el término masoquismo refiere a una práctica sexual en la que se extrae placer del dolor provocado en el cuerpo propio por el otro. De alguna manera podría pensarse al masoquismo como la inversión del sadismo, como la forma pasiva del sadismo.

Fetichismo:

Esta curiosa práctica sexual tiene la particularidad de extraer algún elemento o parte del objeto deseado para a partir de ella obtener un goce sexual. A este elemento o parte se lo suele denominar Fetiche. Fetiche aduce a un objeto o ídolo con poderes extraños o sobrenaturales ocultos y ha sido adaptado su uso para denominar a un cuadro en el que una persona obtiene una plena satisfacción sexual a partir de un objeto que tiene cierta relación con la persona objeto del deseo sexual. El fetiche puede ser un objeto determinado como ser una prenda íntima, un pie, un zapato, o bien puede hacer referencia a alguna característica que debe tener el objeto sexual para ser apetecible como ser cierto “brillo en la nariz”, determinadas curvas o determinado color de ojos. Algo de fetichismo se encuentra siempre presente como condición de la relación sexual pero en el caso del fetichismo, el sujeto puede llegar a obtener una satisfacción completa a partir de determinado objeto tal como les decía anteriormente. La práctica sexual del sujeto puede llegar a limitarse a la relación con tal objeto. Esta práctica sexual le resulta bastante cómoda y a la persona que la realiza y es bastante difícil que un paciente de estas características vaya a consultar por esta práctica sexual. Esta práctica sexual puede desde luego aparecer acompañada por otras más “normales”.

Voyeurismo:

Se denomina de esta manera a la práctica sexual en que un sujeto obtiene placer de mirar a otro. Ya sea trate en sus desempeños sexuales u otros como ser los desempeños excretorios.

Exhibicionismo:

Esta práctica sexual consiste en que una persona obtiene placer de mostrar a otros. Es el ilustrativo caso del hombre que va con su sobretodo cerrado sobre su cuerpo desnudo y lo abre de pronto mostrando sus genitales a la señorita desprevenida.

Algunas Palabras finales

Bueno, para finalizar quisiera despedirme de ustedes y agradecerles muy especialmente por haberme escuchado y que se hayan interesado por el tema que intenté brindarles de la mejor manera que me fue posible dentro de las limitaciones de tiempo que tuvimos que afrontar. El tema de la psicopatología es un tema que me apasiona y al que estudio con mucho amor. Ha sido realmente una suerte que las inquietudes de ustedes se inclinaron de tal manera a este tema y que me hayan permitido afrontar el desafío que implicó para mí trabajar este tema complejo para ustedes en un tiempo tan reducido. Si algunos de ustedes se interesan por algunas de las cuestiones que hemos trabajado no duden en preguntarle a su profesora Mercedes a quien también agradezco por haberme cedido tan gentilmente este espacio. Espero que la gran cantidad de cuestiones que hemos trabajado les sirva a ustedes para algo, aunque más no sea para satisfacer en parte la curiosidad que por estos temas han demostrado. Nuevamente Muchas Gracias y espero que todo esto les haya servido de algo. Realmente me sentí muy cómodo trabajando con ustedes en estas pocas clases. Mucha suerte!!!

Lic.Mariano Acciardi
Colegio Reconquista
Práctica profesorado año 2000

Glosario:

cura.

Del lat. cura, cuidado, solicitud.

1. fr. Poder curarse. Referido a los enfermos y a las enfermedades. Este parálítico aún TIENE CURA.

Desoxirribonucleico, Ácido.

(ADN), material genético de todos los organismos celulares y casi todos los virus. El ADN lleva la información necesaria para dirigir la *síntesis de proteínas* y la *replicación*. Se llama *síntesis de proteínas* a la producción de las proteínas que necesita la célula o el virus para realizar sus actividades y desarrollarse. La *replicación* es el conjunto de reacciones por medio de las cuales el ADN se copia a sí mismo cada vez que una célula o un virus se reproduce y transmite a la descendencia la información de *síntesis de proteínas* que contiene. En casi todos los organismos celulares el ADN está organizado en forma de cromosomas, situados en el núcleo de la célula.¹

Estructura,

conjunto de elementos lingüísticos, relacionados entre sí mediante unas reglas determinadas y que se organizan en planos formando un sistema.

En *lingüística* estructura es sinónimo de construcción. El estudio de la lengua se realiza aislando unidades de distintos niveles para analizarlas y relacionarlas con todo el conjunto; por eso, se señalan en ella los planos o niveles: fónico, morfológico, sintáctico y léxico.

Noam Chomsky, en *Aspectos de la teoría de la sintaxis*, distingue entre lo que se piensa, estructura profunda de la oración, y lo que se dice, estructura superficial. La estructura profunda y la superficial pueden ser idénticas, pero a veces una estructura profunda puede presentar varias estructuras superficiales. Señala que todas las lenguas coinciden en su estructura profunda, es decir tienen una "gramática universal" pero difieren en su estructura superficial, la maneras de expresar la estructura profunda, acorde con el sistema propio de cada una de ellas.²

¹"Desoxirribonucleico, Ácido", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98* © 1993-1997 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

²"Estructura", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98* © 1993-1997 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

clínica.

Del gr. *klinikḗ*, t. f. de *-kōj*, clínico.

1. f. Parte práctica de la enseñanza de la medicina.
2. Departamento de los hospitales destinado a dar esta enseñanza.
3. Hospital privado, más comúnmente quirúrgico.

patología.

Del gr. *páthoj*, afección, dolencia, y *-logía*.

1. f. Parte de la medicina que estudia las enfermedades.

psicopatología.

De psico- y *patología*.

1. f. Med. Estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

síntoma.

Del lat. *symptoma*, y este del gr. *śýmptwma*.

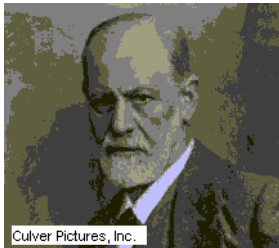
1. m. Med. Fenómeno revelador de una enfermedad.
2. fig. Señal, indicio de una cosa que está sucediendo o va a suceder.

NOTA: Salvo los casos en que se aclara la fuente las definiciones del glosario han sido extraídas del **Diccionario de la Real Academia Española, Edición electrónica, Versión 21.1.0**. En los demás casos las definiciones han sido extraídas de donde se aclara en la referencia.

Algunas Breves Biografías:

Kraepelin, Emil (1856-1926), psiquiatra alemán, nacido en Neustrelitz, que desarrolló la primera clasificación universal de los **trastornos mentales**, estableciendo entre otras las nuevas categorías de psicosis maníaco-depresiva y la demencia precoz (hoy conocida como **esquizofrenia**). Kraepelin, que llegó a convertirse en el director del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas de **Munich** en 1922, destacó los probables orígenes fisiológicos de esos desórdenes, y la necesidad por tanto de estudiarlos a través de tests y procedimientos de medida bien definidos, es decir, válidos y fiables. Véase **Psiquiatría**.³

Charcot, Jean Martin (1825-1893), neurólogo francés considerado el padre de la neurología clínica. Nacido en París, estudió en la universidad de esta ciudad. En 1856 fue nombrado médico del Negociado Central de Hospitales. En 1860 fue nombrado catedrático de anatomía patológica en la Universidad de París. Dos años más tarde se incorporó al equipo del hospital de la Salpêtrière y abrió la clínica más prestigiosa de su época. Se especializó en el estudio de la **histeria**, la **ataxia** locomotriz, la **hipnosis** y la **afasia**. La esclerosis cerebroespinal recibe el nombre de *enfermedad de Charcot* en su honor. Tras conseguir fama internacional, se convirtió en miembro honorario de la American Neurological Association en 1881. Consiguió atraer a discípulos y científicos de todo el mundo, siendo el más famoso **Sigmund Freud**.⁴



Freud, Sigmund (1856-1939), médico y neurólogo austriaco, fundador del **psicoanálisis**.

Freud nació en Freiberg (actual Příbor, República Checa), el 6 de mayo de 1856 y se educó en la Universidad de Viena. Cuando apenas tenía tres años, su familia, huyendo de los disturbios antisemitas que entonces se producían en Freiberg, se trasladó a Leipzig. Poco tiempo después, la familia se instaló en Viena, donde Freud residió la mayor parte de su vida.

³"Kraepelin, Emil", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98* © 1993-1997 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

⁴"Charcot, Jean Martin", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98* © 1993-1997 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Aunque su ambición desde niño había sido dedicarse al ejercicio del derecho, Freud se decidió a estudiar medicina justo antes de entrar en la Universidad de Viena en 1873. Inspirado por las investigaciones científicas del poeta alemán Goethe, sintió un vehemente deseo de estudiar ciencias naturales y de resolver alguno de los retos que en aquel momento afrontaban los investigadores de su tiempo.

Ya durante el tercer curso, Freud comenzó a investigar sobre el **sistema nervioso central** de los invertebrados, en el laboratorio de fisiología que dirigía el médico alemán Ernst Wilhelm von Brücke. Estas investigaciones neurológicas fueron tan absorbentes que Freud descuidó sus obligaciones académicas, permaneciendo en la facultad tres años más de lo habitual antes de obtener su licenciatura en Medicina.

En 1881, después de cumplir un año de servicio militar obligatorio, finalizó su licenciatura. Sin embargo, no quiso abandonar el trabajo experimental y permaneció en la universidad como ayudante en el laboratorio de fisiología. En 1883, presionado por Brücke, se vio obligado a abandonar la investigación teórica.

Así, Freud estuvo tres años en el Hospital General de Viena, dedicándose sucesivamente a la **psiquiatría**, la dermatología y los trastornos nerviosos. En 1885, tras su designación como profesor adjunto de Neuropatología en la Universidad de Viena, dejó su trabajo en el hospital. A finales del mismo año, recibiría una beca del gobierno para estudiar en París diecinueve semanas junto al neurólogo **Jean Charcot**, que a la sazón trabajaba en el tratamiento de ciertos trastornos mentales mediante la hipnosis, en el manicomio de Salpêtrière del que era director. Los estudios de Freud con Charcot, centrados en la **histeria**, encauzarían definitivamente sus intereses hacia la psicopatología, el estudio científico de los **trastornos mentales**.

En 1886 Freud se estableció como médico privado en Viena, especializándose en los trastornos nerviosos. Sufrió una fuerte oposición de la clase médica vienesa por su defensa del punto de vista de Charcot sobre la histeria y el uso de la hipnosis, entonces considerados como enfoques poco ortodoxos. El enfrentamiento resultante retrasó la aceptación de sus hallazgos posteriores sobre el origen de las neurosis. ⁵

⁵"Freud, Sigmund", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98* © 1993-1997 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

Klein, Melanie (1882-1960), psicoanalista austriaca, creadora de técnicas terapéuticas en el campo de las psicopatologías infantiles que tendrían gran impacto en los métodos del cuidado y crianza de los niños, en la **psicología infantil** y en la **psicología evolutiva**. Nacida en Viena, recibió la influencia de Sándor Ferenczi y Karl Abraham, seguidores de **Sigmund Freud**. Fue después de la I Guerra Mundial cuando desarrolló sus terapias a través del juego, en las que ponía de manifiesto que el modo en que los niños emplean sus juguetes revela las fantasías y las ansiedades precoces, a una edad en la que el acercamiento a través de la palabra, como en el psicoanálisis tradicional, es imposible. En *El psicoanálisis de niños* (1932), mostró cómo estas ansiedades afectaban el desarrollo infantil del **yo**, del **superyó**, y de la sexualidad, pudiendo estar en la base de los trastornos emocionales posteriores. A través de sus métodos de **psicoanálisis** infantil, intentó liberar a los niños de los sentimientos de culpa incapacitantes, redirigiendo hacia el terapeuta los sentimientos agresivos y edípicos que no podían expresar ante sus padres.⁶

Lacan, Jacques (1901-1981), psicoanalista francés, nacido en París, doctorado en medicina antes de dedicarse a la psiquiatría y al psicoanálisis. En 1953 comenzó una serie de conferencias muy influyentes en la Universidad de París sobre la obra de Freud, cuya escuela en Francia dirigió de 1963 a 1980, fecha en que la disolvió, con el pretexto de que se había alejado demasiado de los principios de Freud.

Sus enseñanzas fueron expuestas principalmente de forma oral, por lo que sus *Escritos* (1977), obra de recopilaciones fragmentarias, es de estilo difícil, oscuro, de difícil comprensión, y sobre todo, difícil de trivializar. Sus tesis principales tienen que ver con la importancia del lenguaje, ya que adoptó ideas del estructuralismo lingüístico de **Ferdinand de Saussure** para sostener que el inconsciente opera con estructuras y reglas análogas a las del lenguaje, por lo que la adquisición de esta herramienta supondría la entrada del individuo, del niño, en la sociedad. Ambos sucesos representan una ausencia y diferencia, ya que se debe abandonar la relación imaginaria con la madre que hasta ese momento el niño percibe como una parte de él mismo. Sólo cuando se abandona esta ilusión narcisista, con frecuencia de modo traumático, se entra en el "orden simbólico", entramado de reglas que constituyen el lenguaje y el orden social.

Debido a su interés por lo simbólico y el lenguaje, su trabajo ha influido en la **lingüística**, así como en la teoría cinematográfica y en la **crítica literaria**. Su interés en el **psicoanálisis** fue inicialmente especulativo, y además parecía creer que en el conflicto entre el yo consciente y la parte de la mente inconsciente, el yo sólo podía ser analizado, nunca "curado", por lo que, de hecho, su terapéutica fue poco ortodoxa, polémica y en ocasiones excéntrica.⁷

⁶"Klein, Melanie", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98* © 1993-1997 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

⁷"Lacan, Jacques", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98* © 1993-1997 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.



Juana de Arco (1412-1431), llamada la 'Doncella de Orleans', heroína nacional y santa patrona de Francia. Unió a la nación en un momento crítico y dio un giro decisivo a la **guerra de los Cien Años**, en favor de Francia.

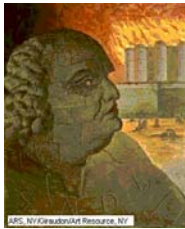
De familia campesina, nació en Domrémy (actual Domrémy-la-Pucelle). Cuando tenía trece años creyó que había oído la voz de Dios, que se repetía en numerosas ocasiones. Más tarde, confesó haber visto a san Miguel y a las primeras mártires santa Catalina de Alejandría y santa Margarita, cuyas voces la acompañarían durante el resto de su vida. A principios de 1429, en plena guerra de los Cien Años y cuando los ingleses estaban a punto de capturar Orleans, esas voces la exhortaron a ayudar al Delfín, más tarde el rey de Francia **Carlos VII**. Éste aún no había sido coronado rey debido tanto a las luchas internas como a la pretensión inglesa al trono de Francia. Juana pudo convencerle de que ella tenía la misión divina de salvar a Francia. Un grupo de teólogos aprobaron sus peticiones y se le concedieron tropas bajo su mando, con las que condujo al ejército francés a una victoria decisiva sobre los ingleses en Patay, al tiempo que liberaba Orleans.

Aunque Juana había unido a los franceses en torno al Rey y puesto fin a los sueños ingleses de imponer su hegemonía sobre Francia, Carlos VII se opuso a realizar campaña militar alguna contra Inglaterra. Tras ello Juana, sin el apoyo real, dirigió en el año 1430 una operación militar contra los ingleses en Compiègne, cerca de París. Fue capturada por soldados borgoñones que la entregaron a sus aliados ingleses. Éstos la condujeron ante un tribunal eclesiástico en Ruán que la juzgó de herejía y brujería. Tras catorce meses de interrogatorio fue acusada de maldad por vestir ropas masculinas y de herejía por su creencia de que era directamente responsable ante Dios y no ante la Iglesia católica. El tribunal la condenó a muerte, pero al confesar y arrepentirse de sus errores, la sentencia fue conmutada a cadena perpetua. Sin embargo, cuando regresó a la prisión volvió a usar vestidos de hombre por lo que de nuevo fue condenada, esta vez por un tribunal secular, y el 30 de mayo de 1431, enviada a la hoguera en la plaza del Mercado Viejo de Ruán por relapsa (herética reincidente).

Veinticinco años después de su muerte, la Iglesia revisó su caso y la declaró inocente. Fue canonizada en 1920 por el papa **Benedicto XV**. Su fiesta se celebra el 30 de mayo, día de su ejecución.

Juana de Arco ha sido ampliamente retratada en el arte y en la literatura. Ha sido tema de dramas como *La Doncella de Orleans*, (1801) de Johann von Schiller; *Santa Juana*, (1923) de George Bernard Shaw y *La alondra*, (1953) de Jean Anouilh. El compositor francés Arthur Honegger compuso basándose en ella su oratorio *Juana de Arco en la hoguera*, interpretado por vez primera en el año 1938. El escritor estadounidense Mark Twain escribió la biografía titulada *Recuerdos personales de Juana de Arco*, (1896) y Voltaire la homenajeó en su poema narrativo *La Doncella de Orleans*, (1756).

Juana de Arco fue también la heroína del drama español *La doncella de Orleans* de Antonio Zamora, escritor de principios del siglo XVIII. La vida de Juana de Arco ha sido llevada al cine: en 1928, el danés **Carl-Theodor Dreyer** realizó la primera película *La pasión de Juana de Arco* considerada su obra maestra. Posteriormente, en 1954, el italiano **Roberto Rossellini** dirigió *Juana en la hoguera*, y en 1963 el francés Robert Bresson realizó *El proceso de Juana de Arco*.⁸



Sade, Marqués de, nombre familiar de Donatien Alphonse François, marqués de Sade (1740-1814), escritor francés de novelas, obras de teatro y tratados filosóficos, más conocido por sus obras eróticas, prohibidas durante mucho tiempo. Nació en **París** y luchó con el Ejército francés en la **guerra de los Siete Años**. En 1772 fue juzgado y condenado a muerte por diversos delitos sexuales. Escapó a Italia pero regresó a París en 1777 y fue detenido y encarcelado en **Vincennes**. Tras seis años en esta prisión fue trasladado a la Bastilla y en 1789 al hospital psiquiátrico de Charenton. Abandonó el hospital en 1790 pero fue detenido de nuevo en 1801. Rodó de prisión en prisión y en 1803 ingresó otra vez en Charenton, donde murió.

⁸"Juana de Arco", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98* © 1993-1997 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

En muchos de sus escritos, como *Justina o los infortunios de la virtud* (1791), *Juliette o las prosperidades del vicio* (1796), *Los ciento veinte días de Sodoma* (publicada póstumamente) y *La filosofía en el tocador* (1795), Sade describe con gran detalle sus diversas prácticas sexuales. Así, el término *sadismo* se emplea en psiquiatría para designar el tipo de *neurosis* que consiste en obtener placer sexual infligiendo dolor a otros. Su filosofía considera naturales tanto los actos criminales como las desviaciones sexuales. Sus obras fueron calificadas de obscenas y hasta bien entrado el siglo XX estuvo prohibida su publicación.⁹

⁹"Sade, Marqués de", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 98* © 1993-1997 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.