

La Neurosis: Un Estudio Desde La Subjetividad

José Manuel García Arroyo

Médico Psiquiatra. Profesor Contratado Doctor Acreditado del Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla

doi: 10.19044/esj.2016.v12n3p53 URL:<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n3p53>

Abstract

The disappearance of the neurosis of current psychiatric nosography has caused at least two effects: a) the dispersion of psychiatric clinical categories, as can be seen in modern classifications b) the disappearance of the subject in our discipline. This article aims not only to recover the neurosis as a diagnostic category, but understand it as a "structure" and, on this basis, obtain the keys to the "neurotic subjectivity." To achieve this, we use a method that simultaneously allows the study of the "inner" and make it a scientific matter.

Although it is considered, in the neurotic person the existence of a right "reality testing", it can not avoid considering the outside world in part, according to personal expectations. We have called this "objective collapse" and it realizes that there is no "objectivity" as believed in these patients. Hence, is there a neurotic way of knowing in which easily a confusion between "subjectivity", "subjective" and "objective" occurs.

Keywords: Psychiatric Clinic. Neurosis. Subjectivity. Reality testing. Objectivity. Objective collapse

Resumen

La desaparición de la neurosis de la nosografía psiquiátrica actual ha ocasionado al menos dos efectos: a) la dispersión de los cuadros clínicos, como puede verse en las modernas clasificaciones y b) la desaparición del sujeto en nuestra especialidad. En este artículo se pretende no solo recuperar a la neurosis como categoría diagnóstica, sino entenderla como una "estructura" y, sobre esta base, abordar las claves de la "subjetividad neurótica". Para lograrlo, nos apoyamos en un método que permite el abordaje de la "interioridad" y hace de ella materia científica.

Aunque se considere en el neurótico la existencia de un "juicio de realidad" correcto, éste no puede evitar la contemplación del mundo exterior de manera parcial, de acuerdo con sus expectativas. A esto lo hemos denominado "colapso objetivo" y da cuenta de que no existe la pretendida

“objetividad” en estos pacientes. De ahí que se de un modo conocer neurótico, en el que fácilmente se produce una confusión entre “subjetividad”, “subjetivo” y “objetivo”.

Palabras clave: Clínica psiquiátrica. Neurosis. Subjetividad. Juicio de realidad. Objetividad. Colapso objetivo

Introducción

En el año 1777 aparece por primera vez el término “neurosis”, concretamente en un texto del médico escocés W. Cullen titulado *First Lines of the Practice of Physic* (1). En él su autor presenta una definición “negativa”: la neurosis consiste en aquella afección que se da en ausencia de alteraciones o lesiones en el organismo (fiebre, inflamación, heridas, etc). Estamos ante una versión que se sigue manteniendo aún hoy en día, perteneciendo al “diagnóstico por exclusión”, es decir que si el paciente “no tiene nada” entonces es un “neurótico”.

La vertiente “positiva” se inicia con Charcot, al referirse a una supuesta “lesión dinámica” y, después, sigue encontrándose en el intento de localizarla en distintos órganos, hablándose propiamente de: neurosis cardiaca, gástrica, etc; son las llamadas “neurosis de órgano” u “organoneurosis”. Siempre ha sido más fácil atenerse a lo observable del cuerpo que a lo “inobservable” del psiquismo.

La culminación de la versión “positiva” la hallamos en Freud quién, con el instrumento psicoanalítico usado como método de investigación, la define por su etiología y por sus síntomas. Desde la primera, la entiende como una afección “psicógena”, quiere decir que sus manifestaciones pueden explicarse por una etiología inconsciente y, respecto a los segundos, la asocia a la angustia y las correspondientes medidas que se adoptan para protegerse de ella. También es mérito del médico vienés ir reuniendo bajo la rúbrica de “neurosis” diferentes síntomas dispersos hasta ese momento, como son: obsesiones, preocupaciones por la salud, fobias, manifestaciones pseudoneurológicas, etc. Estamos ante una agrupación que ha llegado intacta hasta nuestros días y, tanto es así, que conforma el mayor contingente de la clínica psiquiátrica (2).

Llegados a este punto de sistematización se produce un movimiento involutivo, protagonizado por la psiquiatría estadounidense, que liquida la unidad lograda con gran esfuerzo y elimina el término “neurosis” de la nosografía; esto sucede en 1980, con el DSM-III. Se vuelve entonces al estado anterior de dispersión y a realizar diagnósticos aislados, sin cohesión alguna y de acuerdo con el síntoma predominante (t. fóbico, t. ansiedad generalizada, TOC, t. de conversión,...), conformando una especie de catálogo interminable y disperso.

Con esta modificación, aparece un importante problema en la psiquiatría contemporánea: la desobjetivación del enfermo, lo que significa ser excluido como persona y reducido a mero órgano cerebral. Un aspecto que se torna ambivalente para muchos especialistas pues pretenden, al tiempo que lo diagnostican, apoyarlo psicológicamente, y para eso hace falta reconocer que es un sujeto.

La pretensión que nos guía en este artículo consiste en aproximarnos al funcionamiento de la subjetividad neurótica, intentando definir sus características más sobresalientes pero, para conseguirlo, hemos de pensar la neurosis como una “estructura”, en la que el síntoma es un componente más de la organización funcional y no necesariamente el más importante. Lo expuesto en las páginas que siguen es un producto de la escucha atenta de quiénes nos consultan y de la reflexión posterior sobre el material verbal obtenido, según el método que hemos presentado para estudiar las producciones psicológicas (3,4).

En los encuentros con los pacientes se pone de manifiesto, además, la demanda que el neurótico hace a la medicina actual, a saber: que el médico le reconozca como persona y pueda ayudarlo a vencer el sufrimiento que le aqueja, escuchando lo que tenga que decir. Que nuestra especialidad tenga o no mala prensa entre la población depende directamente de si se respetan estas dos premisas, que quiénes nos consultan tienen bastante claras.

Supuestos previos

La neurosis como “estructura”. Afortunadamente, los clínicos contamos hoy en día con una corriente paralela al pensamiento atomista planteado en las clasificaciones de trastornos mentales. Se trata de una pretensión inaugurada por Lacan (5), de la que vamos a dar cuenta seguidamente.

Tanto la definición freudiana, como la psiquiátrica (anterior a 1980), se aproximan al modelo de una “neurosis clínica”, montada sobre uno o varios síntomas, muy en sintonía con el saber médico. Pero, parece que el campo de la neurosis resulta bastante más extenso que las manifestaciones puramente sintomáticas, pues hallamos neuróticos que quedarían fuera al no presentar una clínica tan definida. Son aquellos que muestran cualquiera de las siguientes características: inseguros, dramáticos, dubitativos, dependientes, timoratos, retraídos, hipersensibles, intolerantes a la frustración, inhibidos, bloqueados, miedosos, etc, y que las clasificaciones al uso incluyen en los “t. de la personalidad” (6, 7). Algunos autores, como Reich y Glover, hablaron de “neurosis de carácter” en estos casos.

Sobre esta base, Lacan (5) vuelve a la unificación y levanta un edificio imponente, que es el relativo a las “estructuras clínicas”, sustentado en la “estrategia estructural”. Esta última pulveriza la idea de la existencia de

datos sueltos y busca las leyes que gobiernan la reunión de elementos aparentemente dispersos entre sí. Dichas leyes no son objetos de la experiencia inmediata, al no ser observables directamente, sino que hay que realizar un esfuerzo intelectual para poder captarlas. El rasgo más sobresaliente del análisis estructural, al decir de Lévi-Strauss (8), consiste en el descubrimiento de relaciones fijas que persisten sean cuales sean los elementos ubicados en las posiciones especificadas por una estructura dada. Cualquier componente no interactúa con los demás sobre la base de sus propiedades intrínsecas, sino en virtud de la posición que ocupa en la estructura.

Este original pensamiento obtuvo la recompensa de definir en nuestro terreno las tres grandes estructuras clínicas: “neurótica”, “psicótica” y “perversa” (9, 10) que, volvemos a repetir, no hay que entenderlas como meras colecciones sintomáticas.

Aproximación a la “subjetividad”. Cuando se explora al neurótico en la entrevista clínica se intenta dirimir su estado mental, en cuyo caso se presupone la existencia de una “interioridad”, escenario de sus experiencias. Ortega decía que: “el hombre vive también una “vida interna” suya, en la que siente, piensa y se plantea todos los problemas de conocimiento, tanto los del mundo exterior como los de sí mismo”. Precisamente por eso, Wukmir (11) llama a la psicología “endoantropología”, por considerarla la rama de la antropología que se ocupa del *intus*.

La subjetividad hay que entenderla como una localidad psíquica sin dimensiones físicas, que se corresponde con la impresión de “interioridad”. Contiene un material de carácter representacional (ideas, pensamientos, imágenes, sueños, recuerdos, etc) que permite la interacción con el medio social (intersubjetividad) y organizar cualquier sentido posible sobre uno mismo o sobre el mundo.

Ahora bien, si la subjetividad resulta ser algo tan evidente ¿cómo es posible que no sea considerada en las disciplinas “psi” (psicología, psiquiatría, psicoterapia, psicopedagogía, psicopatología,...)? La respuesta que suele darse es que “no se trata de algo objetivable” y, en consecuencia, lo más fácil es desentenderse de ella. Creemos que esta postura parte, fundamentalmente, de la confusión existente entre “subjetividad” y “subjetivismo”. Como se aprecia en la Figura 1, este último se asimila al “perspectivismo”, es decir a tratar un problema desde un punto de vista particular, según valores y creencias personales y que se expresa mediante opiniones.

A partir de ahí, afirmamos que un estudio sobre la subjetividad no tiene por qué ser “subjetivo”, de ahí que nos hayamos esforzado en elaborar una serie de pasos metodológicos para captar adecuadamente el material psíquico evitando cualquier interferencia de quién realiza la investigación

(4). Con estos supuestos estamos ya en condiciones de definir la subjetividad en la neurosis.

La organización de la subjetividad neurótica.

El precio de la inserción en la cultura. El neurótico se incluye en las directrices que prescribe la cultura a la que pertenece y se conduce según lo establecido por ellas; de esta manera, y a diferencia de otras estructuras clínicas, se interesa por el trabajo, crear una familia, desarrollar una profesión, formar pareja, etc. Debido al empeño que pone en cada uno de estos terrenos sufre, a veces en extremo, por distintas razones: no poder desempeñar bien las tareas, buscar el reconocimiento por lo realizado, que no se produzcan obstáculos en su camino, exagerar estos últimos si se presentan, necesitar cariño, que todo transcurra a la perfección, temer el abandono, etc. Al no contar con la misma forma de integración cultural, los representantes de otras estructuras (psicópatas, parafílicos, esquizofrénicos, bipolares, etc) no muestran esas mismas pretensiones/preocupaciones.

Al ser la cultura algo producido por el hombre crea los principios y directrices que rigen los comportamientos en sociedad. Estos impiden la libre fluencia de las tendencias naturales que, en calidad de ser viviente, lleva consigo. Por el contrario, el animal no se atiene a principio alguno desarrollando dichas tendencias sin trabas (p. ej. si tiene delante un rival lo amenaza, y si no desaparece, lo mata; si precisa alimento, se lo procura; etc). Freud habló, en este sentido, del “malestar en la cultura”(12).

Por tanto, al humano se le va indicando, desde el comienzo de su historia, los cauces por los que introducir sus necesidades y tendencias. Queda especificado cómo tiene que solucionar las eventualidades que se le presentan (p. ej. trabajar, procurarse alimento, aparearse, etc) y todo aquello que parece natural, en realidad no lo es porque se halla mediatizado por prescripciones artificiales (p. ej. saciar el hambre es básico para subsistir, pero no es lo mismo comer en una hamburguesería que hacerlo en un restaurante de cuatro tenedores, aunque el proceso digestivo sea idéntico).

El síntoma neurótico es el precio a pagar por el sometimiento a las directrices culturales y resulta de una “composición interna” entre la adecuación a las mismas y la respuesta individual. Tales preceptos vienen ya dados, están impresos en forma de lenguaje y van a formar parte de lo que Lacan llama la “Ley” (5).

Por el contrario, la medicina considera que los síntomas (neuróticos) tienen su causa en el organismo, o sea, que los entiende como “índices” en el sentido de Peirce (13), algo del orden natural (p. ej. el humo asociado al fuego o las ampollas en la piel a la varicela). Entendemos ahora que el síntoma se produce como un ardid subjetivo, que salva de la presión que

supone satisfacer fuerzas opuestas: una que proviene del medio (cultural) y otra de la propia naturaleza.

Cuando Jaspers (14) se refiere al síntoma neurótico, habla de un material “comprensible” e indica que podemos entenderlo con tal de esperar a que la subjetividad se revele ante el médico y ponga de manifiesto sus claves, lo que él denomina “conexiones de sentido”. El acto de la comprensión solo es posible si paciente y médico tienen la misma “lógica”, que es la que se desprende de la inserción de ambos en los mismos procesos semióticos promovidos por la cultura. Geertz (15) definió esta última como “redes de significación tejidas por los seres humanos”; son éstas redes las que posibilitan el acceso a un sentido compartido por los miembros de una comunidad.

Las claves que aportan el sentido (al síntoma, a un comportamiento) solo pueden hallarse si se conoce el plano subjetivo del paciente y la manera de lograrlo es hacer que se exprese y explique sus razones, que son propias e intransferibles. Pero, resulta curioso comprobar cómo estas claves se ejecutan de manera automática, prescindiendo prácticamente de la dimensión consciente.

Por el “efecto subjetividad” ningún síntoma neurótico posee un sentido universal, puesto que es el producto de la historia singular de alguien. A pesar de las aparentes semejanzas entre las manifestaciones clínicas, el sentido de los síntomas es específico de una organización psíquica concreta. Entonces surge una pregunta: ¿cómo es posible que existiendo un sentido compartido se produzcan diferentes significaciones subjetivas de los síntomas neuróticos, a pesar de la monotonía que presentan en la clínica? Intentaremos responderla después.

La asíntota del autoconocimiento.

El neurótico muestra una individualidad dentro de las claves culturales que le envuelven, existiendo variaciones personales al abordar un mismo asunto. Solo así es posible comprender la diversidad dentro de un mismo medio y negar la equivalencia entre “subjetividad” y “medio social”, una confusión bastante frecuente, que se halla implícita en el uso de la expresión “psicosocial”.

Pues bien, ciertos productos de la subjetividad pueden ser conocidos por uno mismo (p. ej. evocar un recuerdo y recrearse en él) o por los demás, a partir de ciertas manifestaciones externas (lenguaje, mímica, motricidad, etc). Mas, este conocimiento es parcial en ambos sentidos, ya que existen “zonas oscuras” que no son evidentes. Esto se debe, básicamente, a que la misma organización social propicia una manera superficial de comportarse que favorece el desconocimiento propio. En este sentido, se tiende a que todos los individuos hagan lo mismo y queden clavados en una imagen a la

que aspirar. Esta se halla compuesta de elementos baladíes (vestimenta, consumo, posesiones, dinero, etc). Se trata de “encantamientos” que prometen la felicidad y que se asumen sin elaboración alguna. El resorte que mueve a congraciarse con la *imago* social es la aceptación por parte del grupo, temiéndose la exclusión. Evidentemente, mientras más acentuado se encuentre este temor, mayores serán los intentos de adecuación a la imagen.

Dentro de esta última no encajan ciertos aspectos personales que quedan sepultados bajo el enorme peso de la imagen y esta es, justamente, la mejor forma de quedar atrapado en el autodesconocimiento. Ello es debido, como decimos, a que se excluyen del teatro social algunos componentes subjetivos cuya expresión provocarían el (supuesto) rechazo.

Aquí también hay que reconocer una conflictiva particular del neurótico consistente en que, por un lado, quiere formar parte del grupo y no ser un “bicho raro” pero, por otro, desea ser “único”, ya que ser amado implica serlo en exclusiva; dicho de otra forma: la demanda de amor (propio o ajeno) implica la particularidad. La aporía está servida: al recubrir de imagen lo que se es, se actúa como los demás aún buscando exclusividad pero, si se muestra más conforme a lo propio, podría alcanzar el estado al que se aspira a costa de la exclusión. Estamos en un enclave en el que no se muestra, sino que se actúa por apariencia.

La subjetividad alienada.

Aunque el neurótico crea (y afirme) que se ha hecho a sí mismo, que sus ideas y actuaciones son originales y que nada las ha determinado, se encuentra en un error. En realidad, ese mundo interno que cree suyo no le pertenece, tratándose de una subjetividad alienada que se siente propia.

Detrás de las producciones subjetivas se descubren los mensajes del Otro que le han constituido como sujeto y su aportación, en tanto proveedor de símbolos, se encuentra más allá del control consciente, viene de “otro lugar” fuera de la conciencia.

Ahora bien, ¿cómo es posible que el neurótico crea en su autodeterminación? Hemos de indicar que es el “yo” el agente que sostiene esta ilusión, que parece completamente verosímil; su papel es producir autoengaños. Veamos un ejemplo:

* Caso nº 1. Uno de nuestros pacientes creía que era militar porque así lo había decidido en un momento concreto de su vida, “olvidando” que su padre lo posicionó subjetivamente con sus mensajes cuando le dijo: “Tú vas a ser militar”. El descubrimiento de éstos le produjo una gran sorpresa.

De ahí que, en el neurótico, la subjetividad tiene un origen externo, que el “yo” intenta borrar haciendo caer en el autoengaño del “yo soy yo”, “yo me he hecho a mí mismo” o “yo tengo absoluta independencia”. En

consecuencia, lo que en realidad determina al sujeto no es una supuesta esencia, sino el conjunto de símbolos que provienen del Otro. Estos le llevan a crear un “Esquema Mental de Vida” (EMV) con el que establece pautas de desarrollo personal dentro de su medio y de acuerdo con los márgenes que este le permite. Así las cosas, va a ocupar dentro de su medio un “lugar”, que es simbólico y no físico (como el sillón en que se sienta), esto es, determinado por el lenguaje (ej. ser abogado del Estado, inspector de educación, profesor de secundaria, militar, etc).

Lo que afirmamos es completamente lógico: el sujeto no puede determinarse a sí mismo, ni tampoco otorgarse el sitio que va a ocupar en el seno de la organización social. De ahí que, podamos decir que el sujeto es producto de la estructura y no al revés, pues no posee una esencia que lo determine.

Debido a tener que ejecutar lo que se le dijo, el sujeto se halla en continua “división”: entre lo que quiere y lo que desean los demás, lo que dice y lo que hace, piensa lo mejor pero hace lo peor, el sacrificio frente a su deseo, se encuentra bien pero llora, cree que puede con todo pero desfallece, ama y odia a la vez, etc. No lo hace queriendo, sino que es el resultado de la *spaltung* subjetiva, denominación moderna de aquello que los existencialistas llamaban el “tributo a la condición humana”.

Ahora bien, los mensajes del Otro no son entendidos tal y como se produjeron, porque no puede conocerse con absoluta seguridad qué quería decir. Esto provoca un malentendido que podemos ilustrar con el siguiente ejemplo:

** Caso nº 2. Mujer de 30 años, con un problema importante en relación con el papel femenino; es la única hembra de una fratria compuesta por cinco hermanos. En una de las sesiones recuerda dolorosamente cómo su madre le decía: “tú siempre tienes que atender a tus hermanos” y, en el momento en que llegaban a casa, tenía que ponerles la comida, recoger la mesa, lavar sus platos, etc. Creía que, cuando su progenitora decía aquello, era porque pensaba que “los hombres eran superiores a las mujeres”. En la consulta se le instó a que hablara con la madre y comprobara si eso era así realmente. Una vez preguntada ésta, le respondió a la paciente algo que la dejó perpleja, pues reflejaba lo contrario de lo que ella creía: “los hombres son débiles y las mujeres somos fuertes, por eso hay que estar tan pendiente de ellos”.*

Podemos ver en este ejemplo que la paciente recibió un mensaje (“atender a los hermanos”) y aportó un significado propio (“quiere decir que las mujeres somos inferiores a los hombres”). La opacidad del Otro se subsana aportando un significado que completa el sentido, que seguramente no coincide con la intención que se le atribuye.

El mundo “objetivo”

Estamos acostumbrados a escuchar que el neurótico se encuentra en la “realidad”, mientras que el psicótico no. Se dice, al mismo tiempo, que existe una realidad “consensuada” y con ello se da a entender que la realidad es “lo que vemos” (ej. si miro un árbol o a la luna, sé que existen porque los percibo).

Pero, esta concepción “perceptiva” de la realidad es un tanto ingenua porque atiende a algo demasiado obvio, cuando las relaciones humanas son bastante complejas. Más allá de eso, cabe entender la realidad como un “principio” (“principio de realidad”) y con ello entendemos que se trata de un producto mental, una construcción propia, y no el simple *percipi*.

Los objetos no se captan de manera aislada, sino en un conjunto de relaciones y en conexión con quién los percibe. Así las cosas, hablar de la “realidad” supone, más que referirnos a objetos aislados, la captación que hace alguien de su mundo y especialmente del “lugar” que ocupa en el entramado social (ej. soy carpintero, tengo una hipoteca, estoy casado, tengo cuatro hijos, tengo una novia en Chile, etc). De ello se desprende la intelección de las ventajas/inconvenientes que me otorga mi posición, cómo esta se aleja o acerca a mi EMV y de la captación de las posibilidades de evolución/estancamiento en la posición que ocupo, la cuál es fuente para mí de restricciones.

Es la interiorización del lazo social, su subjetivación, lo que me hace estar en la realidad. Un proceso de creación que se realiza a lo largo del desarrollo y que puede ser fuente de conflictos (p. ej. entre lo que soy y lo que me gustaría ser).

El escape mediante la fantasía.

Vivir en una comunidad implica limitaciones y estas se asocian al sitio que se ocupa y a los inconvenientes que se desprenden de esa inclusión, junto con los que se producen en el contacto con los demás. Ante tales limitaciones el neurótico tiene una forma de escapar: mediante la fantasía. Con ella organiza mentalmente mundos posibles, por fuera de las restricciones que le produce la posición que ocupa en su medio.

Mediante la fantasía el neurótico, no solo escapa a las cortapisas, sino que intenta alcanzar un estado de completud que su propia realidad jamás puede ofrecerle. Lo dicho resulta obvio, dado que en la realidad siempre falta “algo” para realizar el deseo; en cambio, en la fantasía se cumple plenamente.

Al mismo tiempo, el neurótico construye una (auto)biografía que no resulta conforme a los hechos acaecidos, sino que se trata de un ordenamiento subjetivo de aquellos y de una lectura propia de los mismos. De ahí que en la biografía el imaginario tenga un papel muy

destacado. También aquí la fantasía completa aquello que falta y crea explicaciones, a veces inverosímiles, de por qué sucedieron las cosas de tal forma (ej. “soy débil porque mi padre me pegaba mucho”, “siempre estoy cansada porque soy como mi madre”). Se constituye, entonces, una narrativa que singulariza a la persona y la coagula en un relato que insiste y se repite hasta la saciedad porque contiene una serie de convencimientos que explican ideas y actuaciones.

El “Colapso objetivo” del neurótico.

La fantasía en la neurosis no es tan solo un recurso para escapar al dolor de pertenecer a un medio (social) que controla sus acciones y frustra, sino que llega a superponerse a la realidad contaminándola con sus producciones (16,17). Ello ocasiona importantísimas desviaciones en la captación de la realidad, recibíéndose un producto más conforme con lo deseado.

Para conseguirlo, el “yo” se vale de artimañas para hacer un puente con la realidad misma, eliminando ciertos elementos contrarios a lo anhelado, añadiendo otros nuevos, interpretando sucesos según guiones subjetivos, buscando situaciones que confirman, etc. La ilusión es perfecta.

De ahí se sigue que no hay “objetividad” en la neurosis, sino solo la aspiración a lograrla. Creer en la objetividad aquí es aproximarse a un “ideal” imposible de lograr; esto se produce incluso en aquellos casos en que el paciente piensa que es “realista”, como le ocurre al obsesivo. Veamos un ejemplo:

* Caso nº 3. Varón de 46 años. Tiene la idea de que es “muy realista” y, sin embargo, cuando se explica en la consulta se observa que no es tan objetivo como él cree. Por el contrario, es una persona bastante pesimista que busca aquellas circunstancias que confirman que la vida es “terrible”. Se descubre que: no celebra los éxitos y ni siquiera los reconoce, desaparece de aquellas reuniones en las que podría disfrutar, conduce sus pensamientos y su discurso hacia los sucesos desagradables que ha vivido, etc.

Este efecto de la subjetividad neurótica podemos denominarlo “colapso objetivo”, debido a que sus producciones (imaginarias) contaminan el medio que le rodea y, en consecuencia, selecciona, deforma e interpreta cuanto está a su alrededor de una forma particular, propia de él. Con el título de “colapso objetivo” intentamos indicar que el deseo propio triunfa, impidiéndole la objetividad o creyendo que el propio material subjetivo está de acuerdo con la realidad.

El tratamiento psicológico de estas personas les ayuda a desarrollar sus capacidades y a realizar una evolución en su propia línea, pero también a aceptar sus limitaciones y a reescribir su historia. La consecuencia favorable

consistirá en poner ciertas cortapisas al “colapso objetivo” que es característico de su estructura.

Discusión y conclusion

Del término “neurosis” propuesto por Cullen, retomado después por Pinel y popularizado por Charcot, poco queda ya. Su desaparición, como por arte de magia de la nosografía, ha supuesto un retroceso debido a que volvemos a la dispersión más que a la unificación, una directriz esta última que tiene una larga historia en nuestra especialidad. Basta con recordar el esfuerzo de Emil Kraepelin, al introducir en la “demencia precoz” cuadros clínicos hasta entonces separados, o el de Freud en el terreno de la neurosis.

La consecuencia se deja sentir, pues aparecen clasificaciones interminables en las que el síntoma, separado de cualquier organización subjetiva, se convierte en el *leit motiv* y lo demás no interesa. Se sigue así una forma de pensar atomista que pretende ser científica y que nos lleva directamente a una pregunta: ¿cómo es posible hacer pasar como científica una disciplina que desprecia la mayor parte del objeto observado? No hay excusa posible para eliminar una parte tan importante de la realidad psíquica. Si la observamos bien, se trata de una actitud que se parece bastante a la que da en el mismo neurótico: “lo que no me interesa o no me cuadra, no existe para mí”.

Sin embargo, aquí hemos seguido el camino inverso, que comienza retomando la “neurosis”, para después entenderla como una “estructura”. De este modo, se superan dos escollos: a) la separación entre neurosis “con síntomas” y “sin síntomas” (rasgos neuróticos) y b) la eliminación del sujeto. La base se encuentra en la “estrategia estructural” que rechaza la existencia de datos directamente observables, esto es, aislados del contexto en el que se dan; una forma de pensar que se opone al empirismo exagerado que colecciona datos y aplica estadísticas, soporte de las clasificaciones al uso (6).

Lo aquí propuesto no está exento de riesgos, ya que navega a contracorriente respecto a las directrices científicas que dominan las ciencias “psi” (desprecio hacia la subjetividad por no ser observable, rechazo de la estructura a favor de los datos sueltos cómodamente coleccionables, etc). Posiblemente vayamos en contra de los planteamientos actuales, sí, pero a favor de los pacientes quienes solicitan una y otra vez su reconocimiento como personas por parte de los médicos. Esto únicamente puede conseguirse con la escucha y no estando tan pendientes de colocarles una etiqueta.

Aquello que diferencia al humano como especie es precisamente su capacidad para crear una cultura y, en consecuencia, ningún pueblo vive en estado de “naturaleza”, como demostró el antropólogo Lévi-Strauss (8). Ello plantea el problema de qué hacer con las tendencias naturales, pues tienen

que ser canalizadas de modo artificial (p. ej. la comida ha de conseguirse previo pago, existen reglas de unión sexual). Para el neurótico las directrices culturales son ineludibles y ha de someterse a una Ley simbólica que tiene una sintaxis lógica propia. El síntoma neurótico deviene de cómo se integran subjetivamente los preceptos y qué se hace con las tendencias naturales. Los requerimientos al neurótico, al mismo tiempo, implican exigencias cuyo cumplimiento se acompaña de reconocimiento, entonces puede temer no realizarlas bien, dudar qué hacer, no sentirse capaz de ciertos logros, etc; que así sea aporta al síntoma neurótico una nota de “comprensibilidad” jaspersiana (14).

De todas formas, la comprensibilidad está del lado del médico, dado que el paciente desconoce la mayor parte de sus claves subjetivas. Queda claro, además, que existe un autodesconocimiento propiciado por el “yo”, debido a que ciertas producciones subjetivas pueden desalojarlo de la “peana” en que se coloca. Recordemos que el “yo” tiende a la complacencia y a la autoestima; Lacan (17) identificó al yo, siguiendo a Freud (18), como el componente narcisista por excelencia del aparato psíquico. Basta con pensar en toda esa cadencia que sigue a la palabra *ego*: egoísmo, egolatría, egocentrismo, egotismo,... y que ha confundido a muchos clínicos que han hecho de él el centro del aparato mental. Se han llegado incluso a acuñar términos desviados del papel que realmente le corresponde (egostasis, egosíntesis, yo sano, función diacrítica del yo,...).

Al neurótico el “yo” le produce la impresión de autodominio, cosa que no es cierta. Más allá de eso, la subjetividad se caracteriza por la alienación, algo que se intenta borrar para hacer pasar por mérito propio lo que, evidentemente, se ha recibido del Otro. Volvemos a encontrar en el “yo” al agente de la ilusión de autodeterminación. Hasta aquello que aquí hemos llamado EMV, esa brújula que nos dirige en el medio social dando lugar a prioridades de actuación, proviene de la determinación del mensaje del Otro.

La realidad no puede entenderse como la captación de un “objeto aislado” del entorno sino, en un sentido pragmático, como “situación vivida”. Esta se encuentra regulada por leyes simbólicas que otorgan a la persona un “sitial” también legislado, que puede alejarse más o menos del EMV. Pero, en el binomio sujeto/situación-sitial se producen muchos desencuentros que el neurótico procura restañar mediante la fantasía. Con ella se fabrican “mundos posibles”, aquellos de los que habló Leibniz; pero el gran filósofo se equivocó al afirmar que el mundo en el que vivimos es “el mejor de los posibles”. No es cierto, si no, que se lo pregunten al neurótico, quien piensa que el “mejor de los mundos” se halla en su fantasía porque rellena todas las posibles fisuras que la realidad (social) le plantea.

Lo que aquí hemos denominado “colapso objetivo” alude a que la vida del neurótico aparece modelada por la actividad fantástica y tanto es así que, incluso, se halla detrás de sus síntomas. Pero cuidado porque tenemos que hacer dos salvedades:

a) cuando hablamos de fantasía no siempre ésta tiene un talante triunfador, como cuando se dice “voy a conseguir todo lo que me proponga”, sino que puede ser “penosa”, como se reconoce en el “jamás tuve en mi vida un momento agradable”. En este segundo caso, también se trata de fantasías neuróticas, y

b) no hay que pensar que toda producción fantástica tiene un talante negativo y hay que cortarla de raíz, pues muchas veces la encontramos asociada al aspecto creador (16, 17).

En cualquier caso destacamos que, en la neurosis, la fantasía se superpone a la realidad haciendo que la aproximación a la misma sea subjetivista, dando lugar a un funcionamiento particular en esta estructura. Se trata de un papel en el que ya había reparado Anatole France, cuando dejó escrito que: “sin la fantasía, la humanidad moriría de desesperación o de aburrimiento”.

References:

- Alonso Fernández, F. (1979). Fundamentos de la psiquiatría actual (Vol. 2). Madrid: Paz-Montalvo.
- Vallejo Ruiloba, J. (2008). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría (6ª ed). Barcelona: Masson.
- García Arroyo, JM; Domínguez López, ML. (2010). ¿Por dónde seguir investigando en Psicopatología? *Informaciones Psiquiátricas*, 1(199): 39-56.
- García Arroyo, JM. Cáncer de mama (2): metodología de la subjetividad (2016). Punto Rojo (actualmente en prensa).
- Lacan, J. (1977). Escritos. Escritos. Madrid: Siglo XXI.
- APA. DSM-5. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Panamericana.
- OMS. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento. (1992). Madrid: Meditor.
- Lévi-Strauss, Cl. (1997). Antropología estructural. Mexico: Siglo XXI.
- García Arroyo, JM. (2004). Aportaciones del movimiento estructuralista a la psiquiatría actual (parte I). *Anales de Psiquiatría*, 5(20): 189-94.
- García Arroyo, JM. (2004). Aportaciones del movimiento estructuralista a la psiquiatría actual (parte II). *Anales de Psiquiatría*, 5(20): 222-32.
- Wukmir, VJ. (1960). Psicología de la orientación vital. Barcelona: Miracle.
- Freud, S. (1981). El malestar en la cultura. En Obras Completas (vol. 3). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Peirce, CS. (1974). La ciencia de la semiótica. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México: FCE.
- Geertz, C. (1988). *Interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa, 1988.
- García Arroyo, JM. (2013). Psicología y psicopatología de la fantasía (parte I). *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18(3); 175-86.
- García Arroyo, JM. (2013). Psicología y psicopatología de la fantasía (parte II). *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18(3); 187-200.
- Lacan, J. (1990). El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. El seminario, libro 2. Barcelona: Piados.
- Freud, S. (1981). Introducción al narcisismo. En *Obras Completas (Vol. 2)*. Madrid: Biblioteca Nueva.

