

ASPECTOS CLINICOS DE LA ANGUSTIA

Por los Doctores:

ARTURO LIZARAZO B. *
GUSTAVO ANGEL V. **
JOSE A MARQUEZ C. *
HUMBERTO ROSSELLI Q. (*) (**)
HENRY GARCIA E. *
ROBERTO DE ZUBIRIA C.
ALFONSO MARTINEZ R. (*) (**)
MARIO GONZALEZ V. *
ALVARO VILLAR G. (*) (**)

Miembros de la Asociación Psicoanalítica
Colombiana.

Ponencia oficial presentada al V Congreso de Psiquiatría de Colombia.

Barranquilla, noviembre 23-27 de 1965

I—GENESIS DE LA ANGUSTIA

Disposición para la angustia. Los accesos emocionales, entre ellos la angustia, tienen su asiento, según Fenichel (9), en factores biológicos y filogenéticos. Entendemos por el enunciado anterior la existencia de estructuras glandulares y nerviosas, de funcionamientos anclados sobre reacciones neurohormonales y bioquímicas, y de predisposiciones congénitamente adquiridas. Sobre lo anatómico y funcional nada podemos decir aquí; ese campo corresponde a la neurofisiología. En cuanto a la filogénesis,

aun reconociendo las dificultades que existen para la comprobación genética, no desestimamos las vivencias ancestrales (19) ni las construcciones teóricas amparadas por la experimentación psicológica. A estos factores se agregan las contingencias de la psicología evolutiva, tan general y constante de acuerdo con los postulados básicos, pero tan cambiante según la psico-biología individual y la versatilidad de ambientes y culturas determinantes.

Angustia y peligro. El instinto de conservación es de aceptación general. Obviamente, tiene a su cargo la protección de la integridad personal. Cada vez que ésta se halla amenazada por la percepción de un peligro real, se siente angustia real. Su finalidad, de acuerdo con la concepción freudiana (14), es defensiva, y mueve al sujeto a huir del peligro o a encararlo. Mientras el peligro es objetivo, y su percepción consciente, todo parece lógico. Pero en psicopatología es frecuente, que nada real exterior amenace la integridad del ser. En tales casos el peligro no deja de existir; no se le reconoce en las capas conscientes del yo y su realidad es psicológica, pero no por eso menos eficaz. El afecto angustioso es sufrido por el yo, pero desligado de su auténtica motivación, por lo que se le conceptúa irracional. Es entonces cuando el problema de la significación (34), registrada ahora inconscientemente, adquiere más alta validez.

* Miembros del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.

** Profesores de la Universidad Nacional de Colombia.

Autoestima y peligro. Correlativa con la integridad física está la psicológica. Esta última se la describe como autoestima; asienta en el yo y da sentimiento de seguridad. Depende de los suministros exteriores cuanto más precoz es la etapa evolutiva que el niño vive o que el adulto no pudo superar. Ante toda situación que incrementa las tensiones de necesidad, socave los sentimientos de seguridad y deteriore la sensación de poder y prestigio interior, el yo siente una herida narcisista, estado afectivo doloroso, cuyo componente más constante es la angustia. Esta herida está presente a todo lo largo de la psicología evolutiva: en el embarazo, el nacimiento, las frustraciones orales, la pérdida de sustancia en la defecación, el peligro castratorio, las interminables coartaciones educativas y las frecuentes pérdidas afectivas del niño y del adulto.

El nacimiento. El suceso emocional primario más significativo es el acto de nacer. Implica siempre sufrimiento fetal. En estas circunstancias ocurre el invariable llanto del recién nacido. Estamos en presencia del primer acceso emocional, tan definible clínicamente como angustia, que obligó a reconocerlo como raíz somato-psíquica y prototipo de las angustias posteriores.

Angustia traumática. El yo tiene una función básica de control o de manejo. Consiste en el tratamiento que da a las tensiones que producen dentro del aparato psíquico los diversos estímulos. Por acción del yo, la constante de excitación, traspasada por la actividad perturbadora del estímulo, vuelve a su nivel normal y con ello se restaura el equilibrio psíquico. Ocurre a veces, sin embargo, que los estímulos sean superiores a la capacidad de manejo del yo, a su aptitud homeostática, según el momento evolutivo o dinámico de la organización yóica. De ello resulta un estado llamado "traumático". Diversos acontecimientos, que desencadenan una excitación abrumadora en la unidad de tiempo, colocan

al yo en estado de "anegamiento" e insuficiencia para la descarga y para la gratificación. La situación constituye un peligro para la integridad del yo, que Jones llamó "afánisis" (25) y que es sufrido pasiva y automáticamente y se experimenta en forma de angustia, tan intensa que puede llegar al pánico.

Angustias de la etapa oral. Se describen:

a) Después del nacimiento aparecen las alternativas de hambre y saciedad. La tensión de necesidad se liga a los objetos que se constituyen en suministros alimenticios y del chupeteo. La privación, inevitable, eleva la tensión de necesidad a grados traumáticos. Para Fenichel (9), la privación desencadena un afecto abrumador, automático, que describe como "aniquilación" y al que denomina "angustia primaria";

b) Como consecuencia de la elevada tensión de necesidad propia de la época, la avidez por el objeto se carga con pulsiones hostiles que pretenden la destrucción material del seno materno o sus sustitutos. Por la ley del talión, automática, que rige muchos procesos psíquicos y por la forma animista del pensamiento a esa edad, según la cual, lo que rodea al sujeto tiene fines instintivos iguales a los suyos, lo cierto es que el sujeto teme despertar con su agresión, la del objeto. A partir de este momento el seno, convertido en agresor, puede atacar al sujeto de diversas maneras, entre ellas, devorándolo. A la retaliación atribuida al objeto se la llama "persecutoria" en la terminología kleiniana, y a la angustia que surge frente a tal peligro, "ansiedad persecutoria" (28, 20). Dentro de la misma concepción, la voracidad destructiva con que el objeto es atacado determina luego la sensación subjetiva de que el objeto ha desaparecido. Su ausencia, determinada por procesos intrapsíquicos ajenos básicamente a la ausencia real del objeto, pero a nuestro juicio agravada por ella, da un dolor de

pérdida, seguramente tanto más agudo cuanto mayor necesidad se tiene del objeto. A este sufrimiento, parecido a la pérdida objetal que inicia un proceso de duelo, se le llama "ansiedad depresiva" (28, 20).

Angustia instintiva. Con frecuencia la presión instintiva es tal, que se torna abrumadora para las aptitudes de manejo de que el yo disponga en un momento dado. Esto ocurre, biológicamente, en la pubertad, donde "lo que angustia al yo es ante todo la cantidad de la fuerza instintiva" (11). También, psicológicamente, cuando las pulsiones instintivas se incrementan en virtud de tentaciones particularmente poderosas; por ejemplo, el "pánico homosexual", derivado de alguna circunstancia que determina viva atracción homosexual, aunque ésta no llegue a la conciencia. Por otro lado, la historia individual confirma repetidamente que las satisfacciones del instinto, a veces las solas manifestaciones de éste, van seguidas de experiencias dolorosas: suele sobrevenir la negativa frustradora del objeto, y la censura o desestimación del ambiente, cuando no la violencia punitiva. Así, el peligro queda asociado al instinto, de suerte que ante cada una de sus expresiones puede despertarse la angustiada vivencia del peligro.

Neurosis de angustia. Cuando una elevada excitación sexual no sigue su curso, crónicamente, hasta la descarga fisiológica, por ejemplo en la práctica del "coitus interruptus" o en el sobreestímulo erótico de algunos noviazgos, se repite el "anegamiento" por la excitación y una nueva variedad de angustia traumática. Como en todas las psiconeurosis hay un impedimento intrapsíquico, de mayor o menor grado, para la libre y completa descarga instintiva, el estancamiento consecuente desempeñará un papel en la angustia que suele acompañar a la mayoría de los conflictos neuróticos.

Angustia superyoica. Es la que experimenta el yo frente a la entidad moral

interna. Suele padecerse en forma de sentimientos de culpa. En la medida que las censuras y castigos implican rechazo y desafecto, primero procedentes de los padres, se puede decir que el superyo, heredero de aquéllos, abandona al yo y que éste sufre una pérdida objetal, o cuando menos que corre el peligro angustiante de sufrirla, cada vez que pretenda ceder a la satisfacción de las pulsiones inconscientemente censuradas. Primitivamente, antes de que ocurra la acción moralizante propiamente dicha, a nivel oral, empiezan a cristalizar las formaciones superyoicas, y no en sus aspectos más benignos sino en los más sádicos y crueles. Creemos que muchas veces las cosas ocurren como si tales experiencias, y varias otras, se convirtiesen en ley que incrustada en el superyo, siguiera exigiendo, en función de nuevos sucesos, la repetición de lo pretérito, con parecidas vivencias angustiadas. Además, por las necesidades de incorporación, también el objeto perseguidor llega a hacer parte de la estructura mental, y precisamente de la superyoica; desde allí, aunque atenuado por las diversas defensas yoicas, sigue poniendo en peligro, angustiosamente, la seguridad del yo. Lo que experimenta éste, correlativo a las situaciones persecutorias activa y pasiva, es descrito como "culpa persecutoria" (20). Y al sentimiento de sufrir la desaparición objetal, por haberla determinado activamente, se le llama "culpa depresiva" (20), la cual moviliza las tendencias reparatorias.

Desplazamiento, proyección y angustia. Las angustias no siempre se siguen sufriendo frente a los objetos o situaciones originales. Mas comúnmente, y debido a los recursos defensivos del yo, a sus mecanismos de adaptación, las angustias se viven por motivos aparentemente distintos. En ocasiones se utiliza el mecanismo proyectivo, o mejor de "identificación proyectiva".

Angustia como señal de alarma. Muchas veces el yo, movido por las expe-

riencias de abrumadora angustia, en las que ha padecido "aniquilaciones", desencadena angustia activamente, una angustia atenuada, anticipatoria, que es como la señal de graves peligros y que induce al mismo yo a movilizar sus mecanismos de defensa, entre ellos, la respiración (14). A veces la señal de alarma puede fallar y caerse en el pánico de la angustia primaria. Kubie (29) conceptúa que "la ansiedad es la reacción a una señal condicionada de que la tensión está en aumento. A su vez, la ansiedad misma es la señal condicionada del estado de alarma". Para él, "la ansiedad, en la vida del individuo, surge como un puente entre el tipo de alarma y el comienzo de todo proceso de pensamiento".

Angustia social. El temor al criterio del medio en que se vive depende en parte del juicio de realidad, y en parte de la proyección a la sociedad de los variados aspectos del superyo individual. Esta angustia, adecuada cuando no sobrepasa cierto umbral (9), es utilísima pues permite la relación constructiva dentro de la convivencia. Si se incrementa, produce parte de la patología del sentimiento de culpa y si decrece hace caer en los problemas de la desadaptación social.

Angustia existencial. Finalmente, en contraste con las causales analíticas a que se ha pasado revista, el existencialismo estatuye que "la angustia la produce la nada, que viene de ninguna parte, que es ilocalizable, impalpable, sin consistencia... Ningún hombre, ninguna cosa nos angustia; lo que nos angustia, pues, es esa referencia en vacío que es nuestra propia existencia" (32).

II—LA ANGUSTIA EN EL NIÑO

Es importante distinguir en el niño la angustia del miedo y la angustia normal de la neurótica.

En el adulto el miedo tiene un objeto conocido que lo motiva y produce reac-

ciones de defensa que son aptas para enfrentar el peligro. El pequeño que no distingue la realidad interna de la externa y cuya debilidad e inexperiencia no le permite defenderse en forma adecuada, siente miedos que son muy vecinos de la angustia. El medio ambiente generalmente dice que el niño tiene miedo, cuando un examen más profundo nos demuestra que es angustia. La angustia es un fenómeno normal en la infancia, puesto que en la práctica todos hacemos una neurosis infantil.

El niño busca siempre atribuir su angustia a algún "objeto", cuando ya puede expresarse, colocando la amenaza en algo del mundo exterior. Podemos decir que tanto más maduro es un niño cuanto mayor capacidad tiene para reconocer la angustia que le provoca su mundo interno y cuanto mejor reconoce su existencia. Un niño que siempre proyecta sus ansiedades o que las niega tiene una debilidad en su yo. Entre los objetos a los cuales atribuye su angustia se encuentran los animales: perros, ratas, aves, insectos, serpientes, etc.; seres humanos: salvajes, bandidos, ladrones, "el viejo"; seres sobrehumanos fantaseados: ogros, hadas, diablos, brujas, Superman, Tarzán, etc. (7). La muerte o lo que pueda producirla, como los cuchillos, objetos puntiagudos, etc.; o lo que evoca la muerte como esqueletos, tumbas, cementerios, entierros. También diversas situaciones como la oscuridad, la noche, etc. La angustia puede aparecer cuando el niño percibe estos objetos, cuando se mencionan en su presencia, o por crisis. En este último caso se ve claramente el surgir brutal de la angustia y la aparición de la fobia como defensa. La defensa también puede adquirir un carácter obsesivo.

Terrores nocturnos. El niño despierta sobresaltado, grita víctima de una gran angustia; los ojos intensamente abiertos, las pupilas dilatadas, la taquicardia, la disnea y el sudor indican hasta dónde la imagen interna lo amenaza. A veces la

enuresis y la encopresis acompañan el cuadro o lo reemplazan. Pasada la crisis las palabras tranquilizadoras y la presencia de la madre logran que el niño vuelva a dormirse.

Miedo a la oscuridad. El niño tiene miedo a la oscuridad porque en ella los objetos externos con la percepción de los cuales se defiende de sus proyecciones internas, sadomasoquistas, no son captados claramente. Lo que lo rodea en la obscuridad se vuelve perseguidor. Lo mismo ocurre con la penumbra y con los temores tan frecuentes a los rincones o espacios vacíos que están situados detrás de las cortinas, los muebles y las puertas. Allí se reflejan por así decirlo las fantasías persecutorias.

La neurosis de angustia en el niño. El carácter primitivo de la neurosis de angustia se manifiesta también en el hecho de que esta neurosis es la típica de la infancia. En cierta medida, sus síntomas parecen ser incidentes comunes en el desarrollo normal de todos los niños, por lo menos en las condiciones actuales de cultura. Difícilmente se encontrará un niño que alguna vez no haya tenido miedo de estar solo, o miedo de la oscuridad o de los animales. El temor a la oscuridad puede ser reducido al temor de estar solo. El quedar solo constituye un peligro real para el niño, que es indefenso. Pero el niño no teme, en realidad, los peligros objetivos, que no está en condiciones de juzgar. (Muchas preocupaciones se ahorrarían en la crianza del niño, si éstos fueran capaces de juzgar adecuadamente los peligros reales). Lo que el niño teme y mucho más, es la posibilidad de una "situación traumática", de ser arrollado por la excitación. Lo que crea la angustia del niño no es su desvalimiento objetivo, sino el desvalimiento frente a sus impulsos, que no puede descargar sin la ayuda de otras personas. Además, la desaparición de una persona querida impide a la vez toda expresión de su amor, creando así un estado de bloqueo (9).

La relación de la angustia con los conflictos instintivos es más evidente en las fobias a los animales. El niño no tiene la fuerza de la persona adulta, que trata de creer en la existencia de una diferencia fundamental entre los seres humanos y los animales. El padre representado en forma de animal significa el padre excitado sexualmente. Expresa la percepción del padre como semejante a un animal, es decir, como un ser apasionado, sexual, o agresivamente. Este aspecto atemorizante del padre puede expresar a veces su fuerza punitiva (castradora), y otras veces los aspectos atemorizantes de las exigencias dirigidas a él (10).

Del mismo modo, los animales pequeños, como los insectos, arañas, moscas, etc., temidos a menudo en las fobias, no representan al padre. Una araña puede significar a veces "la madre cruel", pero más a menudo las criaturas de esa índole son símbolos de genitales o de heces, o bien niños (hermanos y hermanas) y en general contenidos fantaseados del cuerpo de la madre (27).

Los mecanismos de defensa que emplea el yo del niño para defenderse de las ansiedades de la posición esquizo-paranoide, esbozada hasta aquí, son:

disociación,
proyección,
idealización,
negación,
omnipotencia,

y ellos explican los cuadros clínicos habituales en la más temprana infancia, o en edades posteriores cuando la elaboración de esta posición no se pudo hacer satisfactoriamente.

El otro gran grupo de las ansiedades infantiles corresponde a la posición depresiva, en la cual el niño experimenta una fuerte tensión intrapsíquica, con profundo malestar, depresión, presagio de una catástrofe y en la conducta la búsqueda del castigo. La angustia de los sentimientos de culpa inconsciente se traduce en la conducta del pequeño, por mal humor, irritabilidad, apatía, trastornos psicósomáticos y una marcada

inhibición de las tendencias hostiles (20).

Algunas neurosis de angustia tempranas se curan espontáneamente. Es como si desaparecieran con el crecimiento. Otras no tienen este desenlace favorable y constituyen la base de posteriores neurosis en la vida adulta. La mejoría se consigue gracias a dos circunstancias:

1. El yo del niño se halla aún en desarrollo. Cuando el yo se hace más fuerte se hace más capaz de dominar su excitación con la ayuda de su acrecentado control de la motilidad.

2. Donde la razón del rechazo de ciertos impulsos era el temor a la pérdida de amor, la experiencia y confianza, pueden convencer al niño de que el peligro no existe y por lo tanto puede renunciar a la angustia.

III—LA ANGUSTIA EN EL ADOLESCENTE

Con la maduración de los órganos sexuales en la pubertad, las necesidades instintivas, tanto las sexuales como las agresivas vuelven a ocupar el primer plano (37).

Las ansiedades puberales solamente pueden ser comprendidas teniendo en cuenta el desarrollo de los instintos desde el nacimiento hasta la solución del conflicto de Edipo. En la pubertad, con la reactivación del instinto sexual, también los conflictos y ansiedades de la última fase edípica, que habían permanecido más o menos ocultos en el período de latencia, despiertan nuevamente (17). El yo, que se ha desarrollado entre tanto, reacciona de una manera que ya no es la de antes y que depende, por otra parte, de la experiencia previa. Todos los fenómenos psíquicos característicos de la pubertad pueden ser considerados como tentativas de controlar la ansiedad inherente a la perturbación del aparente equilibrio que se había logrado durante el período de latencia (9).

Si bien las mismas exigencias instintivas, durante el período de latencia, no

han variado mucho, sí ha habido un cambio radical en el yo. Este ha creado normas definidas de reacción a las exigencias externas e internas. De esta manera el yo entra en conflicto en la adolescencia, con los impulsos instintivos; la situación es diferente de como fue en la infancia. Afloran entonces actitudes de carácter contradictorio. Simultáneamente o en inmediata sucesión, se ven aparecer los impulsos heterosexuales genitales, formas de comportamiento sexual infantil de todo género y actitudes de ascetismo extremo, que no solamente buscan la eliminación de toda sexualidad sino también de todo lo que sea placentero, en un intento de evitar la angustia (11). Un tipo análogo de conducta contradictoria caracteriza también la psicología de la pubertad en otros aspectos que no pertenecen estrictamente a la esfera de lo sexual. Egoísmo y altruismo, mezquindad y generosidad, sociabilidad y soledad, alegría y tristeza, tonta jocosidad y seriedad excesivas, amores intensos y abandono súbito de estos amores, sumisión y rebeldía, materialismo e idealismo, rudeza y tierna consideración, todo ello es típico de este período. El psicoanálisis ha descubierto el origen de estas conductas contradictorias en los conflictos entre las pulsiones instintivas recientemente vigorizadas y las ansiedades y las tendencias defensivas (19).

Estos conflictos entre pulsiones y ansiedades son principalmente sentidos, de manera consciente por el adolescente, en forma de conflictos acerca de la masturbación. Únicamente cuando la represión de la masturbación infantil ha sido muy intensa no es reiniciada la masturbación en la pubertad. Por lo común el adolescente ha olvidado todo cuanto se relaciona con la masturbación infantil y en este momento vive esa tentación como una experiencia nueva (27). Mas los sentimientos de culpa originados en el deseo de masturbarse, pertenecen aún a la antigua fase en la cual debía suprimirse la masturbación a causa de las fan-

tasías incestuosas acompañantes. Recuérdense las amenazas sufridas en la primera infancia a la par que los sentimientos de culpa que originariamente se hallan vinculados a la fantasía edípica acompañante (12). Los adolescentes reaccionan de diversa manera a estos temores y sentimientos de culpa. O se colocan del lado del impulso y tratan de combatir la ansiedad, o del lado de sus padres como representantes de la prohibición, o bien, se colocan del lado de la ansiedad y de los padres y tratan de combatir las tentaciones instintivas y las tendencias rebeldes. Frecuentemente buscan las dos cosas, sucesivamente o en forma simultánea (9).

Con el renacimiento de los restos del conflicto edípico el cambio de objeto amoroso tórnase urgente en la pubertad, y su primer signo puede verse en la rebelión más o menos franca contra la autoridad paterna. Cuanto más fuerte haya sido la fijación a los padres, tanto más intenso y ruidoso será el afán de independizarse del hogar. El adolescente cree que en esta pugna le sirve de ayuda la degradación de las imágenes parentales, tanto en la fantasía como en la realidad. Esta es la razón por la cual los adolescentes quieren demostrar que ellos, la joven generación, son mucho más inteligentes y enérgicos que sus padres, que la vieja generación (17). La lucha contra los antiguos lazos emocionales que unen al niño con sus padres, se debilita, también a causa de la nueva elección de objeto en la pubertad. Frecuentemente el primer objeto de amor del adolescente es un objeto homosexual. Lo cual es un resto de la fase edípica y se debe en las niñas a su viejo deseo instintivo dirigido hacia la madre, y en los varones a su actitud pasiva y femenina y a su admiración por el padre (12).

Algunos adolescentes luchan contra su ansiedad demostrándose a sí mismos que no son peores que otros. Para esto, se reúnen sobre una base narcisística y homosexual, para intercambiar relaciones

de tema sexual o incluso para dar expresión conjunta de sus instintos tanto sexuales como agresivos. Esta suele ser la base psicológica que se juega en la formación de las pandillas de delincuentes juveniles (17). Otros adolescentes se retraen, ocultando enteramente sus instintos y se sienten excluidos y solitarios, incapaces de participar en las reuniones y grupos antes descritos.

La angustia produce frecuentemente, en la adolescencia, regresiones parciales. Esto explica la conducta contradictoria de los adolescentes con los objetos. A esta edad, muchas relaciones presentan identificaciones sobre una base narcisista (identificaciones proyectivas) más que auténtico amor y en muchos aspectos los objetos son usados como meros instrumentos para el alivio de tensiones internas, como buenos o malos ejemplos, o como prueba de las propias aptitudes o bien como reaseguramiento. La rudeza y agresividad que a veces muestran los adolescentes son un intento de sobrecompensar su ansiedad e inseguridad internas. El intimidar a los demás con su agresividad le sirve para no hacer consciente su propia intimidación interna. Los objetos suelen ser fácilmente abandonados una vez que pierden su significado de reaseguramiento (9).

Finalmente cuanto más adecuado haya sido el período de la sexualidad infantil tanto más cortos y tranquilos serán los conflictos puberales.

IV—LA ANGUSTIA EN EL ADULTO Y SU MANEJO

La angustia es en las neurosis el sentimiento crucial alrededor del cual se estructura el cuadro nosológico. En la dinámica del trastorno neurótico la angustia ha dejado de ser la señal de alarma que utiliza el yo para prevenirse contra cargas desmesuradas de excitación provenientes de peligros internos o externos que amenazan la integridad de la personalidad. La angustia misma, por

su intensidad, extensión y duración, se convierte en un síntoma o en parte o la totalidad del peligro que el yo trata de eludir con la defensa neurótica.

Los síntomas de las neurosis se presentan entonces acompañados de una inundación inespecífica de angustia, cual sucede en las reacciones de angustia, o como resultado de los diferentes mecanismos que utiliza el yo para defenderse de la excesiva carga de ansiedad. El yo puede convertir la angustia y el conflicto que ella señala en síntomas físicos como sucede en las reacciones de conversión; o desplazarla y simbolizarla en diferentes objetos o situaciones externas (reacciones fóbicas), o disociar su propia integridad para mantener la angustia neurótica fuera del campo de la consciencia (reacción disociativa), o vivir el conflicto en el plano de la pérdida objetal como un mal menor ante la angustia (reacción depresiva), o intelectualizarlo para decapitar la angustia por los sistemas del aislamiento y la anulación cual acontece en las reacciones obsesivo-compulsivas. De todas maneras, en los casos de manejo neurótico de la angustia, los esfuerzos del yo por controlarla, desviarla y neutralizarla suelen ser fallidos, pues la amenaza de irrupción persiste manteniendo al yo en el equilibrio inestable de la defensa conflictiva. Esta defensa a su vez se ve perturbada por las continuas acometidas del "retorno de lo reprimido", porque la evidencia que el yo obtiene de su limitación o de su mutilación al tener que restringir sus funciones en aquellas zonas en que mantiene la defensa constituyen otro motivo de angustia, y porque el conflicto que mantiene la angustia a su vez va impregnando de ansiedad las defensas que contra él se han erigido obligando cada vez más a ampliar estas defensas con los recortes progresivos a las funciones del yo que ello significa.

El manejo terapéutico de la angustia neurótica puede incluir dos conductas: en una se buscaría reforzar las funciones defensivas del yo para mantenerlo rela-

tivamente libre de angustia por el empleo de medidas de apoyo, psicofármacos ansiolíticos, etc. Buscan estas medidas restaurar un equilibrio roto por la emergencia de la angustia e impedir que el yo continúe, como si se dijera, dando tumbos ciegos en la lucha desesperada contra la ansiedad. Los aspectos positivos de tal conducta estarían en que, al verse librado el yo, por el influjo psicoterápico de la excesiva carga de angustia pueda reagrupar sus defensas, reconquistar el campo perdido en la lucha neurótica, para retomar la adaptación previa, relativamente libre de síntomas. El peligro de la misma está en que esa adaptación previa, en la mayor parte de los casos, no representa un equilibrio estable sino solamente una curación en falso de un conflicto profundo no resuelto o mal resuelto, que continúa por dentro, sin cicatrizar adecuadamente y por lo tanto puede irrumpir de nuevo en cualquier momento bajo la forma clínica del mismo o de diferente cuadro neurótico o psicótico. Esto explica muchas veces por qué los pacientes así tratados se convierten en crónicos que necesitan permanentemente el reaseguramiento que el contacto con el terapeuta les representa o que el uso de la droga les signifique, para mantenerse aparentemente libres de conflictos, cambiando en esta forma un tipo de dependencia por otro: dependencia de la angustia por dependencia del tratamiento.

El otro tipo de conducta busca actuar desde la profundidad de la persona para referir la angustia a sus verdaderos motivos inconscientes y de esta manera tratar de que el yo, al revivir el conflicto o conflictos originales, pueda ir reduciendo la angustia a su exacta proporción defensiva y no tenga necesidad de seguir utilizando contra ella las cargas desmesuradas de energía que pone en sus defensas neuróticas. Es lo que trata de hacer la psicoterapia profunda analítica. Dado que el conflicto que ocasiona la angustia originalmente se ha creado por las dificultades interpersonales del

paciente (aunque posteriormente tales dificultades tengan poco o nada que ver conscientemente en la irrupción de la angustia por haber sido reprimida su relación original), la terapéutica utiliza de nuevo la interrelación personal como arma curativa. Esto es lo que se pretende por el empleo de la transferencia ampliamente usada en la psicoterapia profunda.

Cuando la angustia está flotante y libre en el paciente neurótico se busca que esa angustia se ligue a una situación interpersonal por medio de la transferencia. Al lograrse esto el yo puede expandirse mejor y participar activamente en la labor curativa, al ir disminuyendo sus defensas contra la ansiedad va integrándose paulatinamente. Lo demás es la laboriosa tarea de referir la angustia a las situaciones primitivas que la originaron y de ir corrigiendo los antiguos patrones neuróticos por medio de procesos tales como la "experiencia emocional correctiva" y la "elaboración interpretativa".

En los casos en que la angustia ha sido total o parcialmente controlada por los mecanismos neuróticos de la disociación, la conversión, el desplazamiento, el aislamiento, la anulación, etc., el proceso psicoterapéutico puede ser más laborioso en el sentido de reducir dichos mecanismos para que el paciente pueda vivir cantidades soportables de la angustia que tanto teme, luego conectar las cargas de angustia liberadas a la situación transferencial y entonces sí referirlas, siempre por intermedio de la transferencia, a las situaciones originales que, mal resueltas han quedado en el inconsciente, para amenazar a lo largo de la vida del neurótico su integridad psicológica si no se las retoma y elabora por medio del tratamiento.

Claro que estas descripciones, por lo obvias, son demasiado simplistas y esquemáticas y solamente sirven para dar una idea general del proceso. Por ejemplo el análisis de las defensas, el de la transferencia y el de la situación infan-

til, no son pasos sucesivos en la técnica psicoanalítica sino que van estrechamente unidos y simultáneos desde el comienzo del tratamiento.

En todo caso, lo interesante desde el punto de vista que se viene siguiendo, es que la angustia en el proceso analítico no trata de suprimirse o de controlarse desde el principio como lo buscaría la conducta de apoyo mencionada atrás, sino que se utiliza y sirve de motor importantísimo al progreso de la terapia. Allí vuelven en cierta manera a su papel fundamental de señal de emergencia y alerta para los peligros, las situaciones traumáticas, las amenazas al yo y los puntos débiles del desarrollo e integración de la personalidad que se quiere reconstruir. Ello no quiere decir tampoco que en el análisis no se va a hacer nada por aliviar desde un principio al yo fuertemente inundado de angustia o que al derrumbar defensas neuróticas se vaya a exponer ese yo a la irrupción de cargas de angustia insoportables y que no vaya a poder manejar ni tolerar. El solo hecho de establecer una relación transferencial adecuada va a permitir al paciente librarse del exceso de angustia caótica y perjudicial, la comprensión del psicoterapeuta y su apoyo al yo agobiado, expresados por medio de interpretaciones adecuadas y por otro lado la desculpabilización, van a obrar en el mismo sentido. Más bien de lo que se trata es de mantener en el análisis un nivel óptimo de angustia, que no sea ni tan intensa que inunde al yo y le impida progresar ni tan escasa que el paciente al disfrutar de las ganancias secundarias del tratamiento tampoco progrese. Este nivel óptimo se logra en la transferencia por un grado adecuado de frustración, por la imparcialidad comprensiva del analista y, en fin, por toda la serie de medidas técnicas que el tratamiento adecuado implica.

Al final, si el tratamiento es exitoso, además de la supresión de los síntomas, de la eliminación de innecesarios mecanismos neuróticos de defensa y de una

mejor integración de la personalidad total, el paciente va a ser capaz de obtener una experiencia más humana y más adecuada frente a la angustia. No se trata de "que ya no se angustie por nada" como muchas veces se cree; lo que pasa es que, eliminada la angustia excesiva, la angustia neurótica, irracional, improductiva y paralizante, el yo va a poder experimentar la angustia real, adaptativa, útil y productiva, inherente a todos los seres humanos y que es quizás uno de los mecanismos más finos, sutiles y delicados, con que la biología lo ha dotado.

V—LA ANGUSTIA EN LAS NEUROSIS TRAUMATICAS

La neurosis traumática es un estado causado por un trauma, es decir, por el choque de estímulos externos, tan grandes, por una situación tan crítica y tan urgente, que el sujeto se encuentra en la imposibilidad de gobernar o de manejar y la descarga no es posible (1, 2, 9, 14, 18, 24, 31, 30, 36, 40, 45). La incidencia de una situación demasiado intensa para una determinada unidad de tiempo, representa el caso más sencillo de ruptura del equilibrio psicofisiológico y su correspondiente emergencia. Cada individuo, de acuerdo con su constitución psicobiológica y sus experiencias previas tiene una capacidad de control respecto a los estímulos de los cuales es objeto (1, 9, 14, 19, 23, 40, 45). El trauma patógeno provoca una pérdida de todo control efectivo de una situación, que ocasiona un daño perdurable a la capacidad adaptativa del yo del individuo, a sus aptitudes perceptivas, de coordinación, que le inculca una sensación de desvalimiento (1, 30, 44). Toda perturbación en el desarrollo emocional causa una vulnerabilidad específica a las tensiones tanto internas como externas, una disminución de la adaptabilidad madura con francas tendencias a formas regresivas de adaptación (18, 24).

Siempre hay una causa precipitante en todo tipo de neurosis traumática, y en ella hay que tener en cuenta los siguientes componentes:

- a) la amenaza a la integridad psicobiológica que puede ser la muerte o la deformidad física o mental;
- b) la presencia ante una situación no elaborable por el yo (trauma);
- c) una gratificación masoquista;
- ch) experiencias traumáticas anteriores (31).

Una situación de peligro para el yo, tiene lugar sólo cuando las defensas se sienten inadecuadas respecto a la situación que el individuo tiene que afrontar. Muchos factores contribuyen al desarrollo de una neurosis traumática: el miedo, la represión anormal de las emociones hostiles, las actitudes derrotistas, los períodos de inactividad forzada, la soledad que estimula la angustia de desamparo y abandono, las pérdidas, desnutrición, hambres, frío, exposición al calor, accidentes, catástrofes y sentimientos de culpa (1, 2, 9, 18, 31, 36, 42, 44).

La respuesta individual al trauma comprende el cortejo de síntomas, defensas y combinaciones de éstos; manifestaciones somáticas o emocionales, manifestaciones directas o indirectas de ansiedad o de los efectos de la misma (2, 24, 31).

El problema medular en estas neurosis es la angustia que proviene:

- a) de la presión de la situación sobre las funciones integradoras del yo;
- b) de la sensación individual de desvalidez;
- c) de la percepción de la hostilidad y de su manejo;
- ch) de la liberación de las respuestas primitivas (1).

Según esto, puede apreciarse que la angustia generada en el yo y estimulada por la realidad exterior, la realidad interior de los impulsos instintivos propios del individuo y por las acciones propias

de su superyo, juega un gran papel en cuanto a la resolución de la situación traumática y puede aseverarse sin mayor error que cuando la situación de peligro se convierte en traumática, es la angustia misma la que impide al yo actuar adecuadamente (1, 40, 45).

Una de las formas más evidentes de angustia traumática en las neurosis de combate es la de superación; este tipo nos habla de la incapacidad del individuo para soportarla con base en la dificultad anterior para superar la dependencia infantil. Esta inmadurez emocional puede llevar al individuo, cuando se enfrenta a una situación de peligro, desde un estado leve de ansiedad controlable hasta una desintegración del yo en forma transitoria o permanente, bien de orden neurótico o psicótico (8).

La angustia que surge ante una situación traumática puede tener muchos significados: puede aparecer como señal para anunciar que existe la posibilidad de que surja una situación de desvalimiento. Puede no sólo ser la expectativa de una situación traumática, sino también su repetición en forma modificada y más manejable. La angustia de espera se relaciona con la situación peligrosa, la de reproducción se relaciona con la situación traumática de impotencia. En ambos casos la angustia viene a ser la reacción general al peligro y se reproducirá automáticamente, en situaciones análogas a las de su origen, como reacción inadecuada, después de haberlo sido en la primera situación de peligro. O bien el yo adquirirá poder sobre este afecto y lo reproducirá sirviéndose de él como aviso ante el peligro y como medio de provocar la intervención del mecanismo de placer-displacer. En este sentido la neurosis traumática es esencialmente un estado de angustia en el cual el yo hace repetidos intentos por conseguir un estado de adaptación (1, 4, 9, 13, 14, 45). Por otro lado, si la angustia es la reacción del yo ante el peligro, no es arriesgado considerar la neurosis traumática, subsiguiente tantas veces a

una amenaza de muerte, como una consecuencia directa del miedo a perder la vida (14).

De todas maneras cuando una situación de peligro no ha podido ser elaborada por el yo, se convierte en traumática y las diferentes formas que adopta para desembarazarse de la situación son las más llamativas por su carácter dramático. Estas formas inadecuadas que constituyen medios de adaptación son los síntomas, que si bien cumplen una función positiva ante la emergencia, no por ello dejan de coartar al yo en su libertad. Las funciones del yo se alteran y aparecen entonces síntomas tales como: constante preocupación cargada de ansiedad, por y en la situación traumática misma, que lleva al individuo al desasosiego y a la impotencia para enfrentar adecuadamente sus tareas sociales, laborales, amorosas, sexuales y agresivas. Los síntomas que aparecen son:

a) Bloqueo o disminución de las funciones del yo.

b) Accesos emocionales incontrolables, especialmente de ansiedad o equivalentes de la misma como episodios de hostilidad, ataques convulsivos, insomnio, trastornos somáticos de órganos inervados por el sistema cerebroespinal o inervados por el sistema neurovegetativo.

c) Pesadillas en las cuales se repite el trauma, que pueden ocurrir durante el reposo, o en la vigilia, en forma de sueños diurnos.

ch) Pueden también aparecer a la larga como complicaciones, síntomas francamente neuróticos o psicóticos de las entidades neuróticas o psicóticas clásicas (9, 13, 14, 45).

No hay ningún intervalo específico de tiempo entre la exposición a la tensión y el desarrollo de los síntomas. Ello depende en definitiva de la constitución psicobiológica de la persona, de su habitual estado físico y emocional, de la clase, cantidad y duración de las presio-

nes peligrosas y traumáticas y de las perspectivas para el futuro (1, 45).

Finalmente, podría decirse que los síntomas vistos son creados para evitar el desarrollo de angustia, pero más en profundidad hay que aceptar que son creados por el yo para evitar la situación peligrosa, señalada por el desarrollo de la misma angustia (4, 14, 45).

VI—LA ANGUSTIA EN LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

A) *Problemática de la angustia.* Al estudiar las angustias concomitantes con trastornos orgánicos, se abordan ansiedades que han de considerarse como elementos adaptativos, lo mismo que puede serlo el dolor. Y es bien cierto, como se verá más adelante, que dolor y angustia corren paralelos. El dolor desarrolla angustia y la angustia exagera el dolor. Las sensaciones dolorosas y térmicas funcionan con mecanismos de umbral, de acuerdo con el principio de placer-displacer. Dentro de determinada gama de intensidad la sensación se percibe agradablemente. Si aumenta la intensidad aparecen manifestaciones displacenteras, que obligan a efectuar un término del estímulo.

En relación con la angustia parecen existir las mismas situaciones de umbral. Ante experiencias manejables, se desarrolla una actitud placentera. Si la situación de amenaza se incrementa, aquélla se vuelve cada vez más displacentera.

La medicina del siglo pasado tenía una concepción demasiado curativa de las defensas. La terapéutica se proponía aumentarlas. La medicina actual observa que muchas veces la defensa exagerada es nociva para el organismo. El estado de "shock", los exudados inflamatorios, los espasmos musculares, en muchas ocasiones acarrear serias consecuencias. De ahí la necesidad terapéutica de reducir las defensas. En la fiebre reumática, por ejemplo, es la reacción exagerada ante el estreptococo lo que produce la lesión de la válvula. Si el organismo no se de-

fendiese del germen, posiblemente no se produciría la enfermedad.

B) *Angustia en las endocrinopatías.*

1. *Hipertiroidismo.* Es quizás la enfermedad orgánica en la que se manifiesta más la angustia. A veces es difícil distinguir el hipertiroidismo de una neurosis de angustia. El paciente presenta sudor, temblor, taquicardia, etc. En casos extremos la perturbación puede catalogarse como "locura hipertiroidea", la cual toma a menudo la evolución de una psicosis maniacodepresiva.

La angustia, en estos casos, se debe al aumento en la circulación de sustancias adrenérgicas y catecolaminas.

2. *Feocromocitoma.* Produce comúnmente angustia y la mayoría de los casos semejan el cuadro de una neurosis de angustia; la patogenia es semejante a la del hipertiroidismo.

3. *Diabetes.* Las ansiedades en el diabético tienen un marco predominantemente oral. La limitación alimenticia es básica para la supervivencia del paciente. El diabético vive con hambre y con temor. Sólo se alimenta ávidamente y destruye todos los regímenes cuando aparece una tentativa de suicidio. La enfermedad es utilizada a veces como una huída de los conflictos psicológicos; la impotencia se atribuye a la enfermedad, los temores de muerte o de ceguera se consideran como muy reales, y en verdad en parte lo son.

4. *Enfermedad de Addison.* El hipocorticoidismo se acompaña de mínima capacidad adaptativa. Los menores estímulos desencadenan severas reacciones emocionales.

5. *Angustia y enfermedades respiratorias.*

a) *Por hipoxia.* La dificultad respiratoria se acompaña casi siempre de ansiedad, en especial si la alteración es de carácter agudo. La obstrucción brusca de las vías aéreas, las grandes condensaciones pulmonares o las colecciones lí-

quidas dentro de la pleura y el espasmo bronquial se acompañan de marcada ansiedad;

b) *Por hiperventilación pulmonar.* La hiperventilación pulmonar es consecuencia de la taquipnea producida por la angustia y a su vez la genera. La disminución rápida del CO₂ parece ser el elemento causal. Cuando se sospecha el síndrome, es muy conveniente hacer respirar unos minutos al paciente dentro de una bolsa de papel. Si el cuadro se debe a la hiperventilación, los síntomas desaparecerán rápidamente.

6. *Angustia y enfermedades digestivas.*

a) *Úlcera gastroduodenal.* Ocasionalmente la presencia de la úlcera se acompaña de gran ansiedad. Lo habitual es que la ansiedad se halle enmascarada y sólo aparezca manifiestamente, en el curso del tratamiento psicoanalítico. En las hematemesis se presenta con gran frecuencia angustia y sensación de muerte inminente.

b) *Colitis espasmódica. Colitis ulcerativa.* En ambos casos la ansiedad es bien manifiesta. Especialmente en la última, cuando la deposición es hemorrágica y muy frecuente.

c) *Angustia y enfermedades vesiculares.* El doctor Ignacio Mate Blanco, en conferencias dictadas en Bogotá, año de 1957, hablaba de la concomitancia de las enfermedades del hígado y la angustia. Hemos tenido oportunidad de estudiar un buen número de casos de disquinesia biliar hipotónica y encontramos la coexistencia con angustia. Es muy posible que la salida al duodeno de bilis hipercentrada al producir náuseas, vómitos o estado vertiginoso, sea la causante de la angustia.

7. *Angustia y enfermedades genitourinarias.* Las enfermedades localizadas sobre los órganos genitales, producen especialmente en el hombre angustia intensa. Y en las mujeres las perturbaciones mamarias.

8. *Angustia y dolor.* Casi todos los dolores producen angustia. Los somatistas lo interpretan como una difusión de los estímulos dolorosos en el hipotálamo, los cuales estimulan zonas generadoras de angustia. Psicoanalíticamente el dolor es una amenaza para el yo. Las cefaleas, en especial si son de cierta intensidad, se acompañan de ansiedad. Algunos cólicos viscerales, en especial los cólicos nefríticos o hepáticos están casi siempre asociados con esta sensación.

9. *Angustia y enfermedades cardiovasculares.* La enfermedad cardiovascular es vivida como un riesgo de muerte inminente. La amenaza para el yo es de gran severidad. En la psicodinamia intervienen varios factores: Las ideas psicológicas de muerte, las limitaciones físicas y las perturbaciones respiratorias.

El concepto de las patoneurosis. Según Fenichel (9) las patoneurosis son perturbaciones psicológicas desencadenadas por factores orgánicos. Y se producen, en especial cuando se afectan órganos de la economía narcisísticamente cargados, tales como la cabeza, los genitales, etc.

Síntesis somatodinámica.

1. La angustia puede presentarse en las enfermedades orgánicas por activación de las sustancias hormonales, que intervienen en el síndrome de ansiedad. Ejemplo: hipertiroidismo.

2. Puede ser debida a amenazas del yo por las noxas orgánicas. Debemos recordar que según Freud, el yo es ante todo corporal (13). En la afección del yo interviene la intensidad y duración del estímulo amenazante y la capacidad yoica para manejar las situaciones de peligro.

VII—LA ANGUSTIA EN LA ESQUIZOFRENIA

A medida que han pasado los años desde la clásica obra de Bleuler (6)

sobre las esquizofrenias, la angustia ha ido tomando un papel cada vez más preponderante en este grupo de psicosis. Para la mayoría de los psicoanalistas "ortodoxos" la angustia en la esquizofrenia tiene un origen principalmente psicógeno, y algunos de ellos como Klein (26) y Mahler (33) la consideran como el síntoma primario y el factor causal en la dinámica de la esquizofrenia de la niñez. Bender L. (3), la considera como el síntoma central en la esquizofrenia infantil, pero como resultante de la incapacidad de adaptación, debida al proceso psicótico, que ella considera como un proceso biológico determinado antes del nacimiento por factores genéticos y activado por crisis fisiológicas hasta producir el cuadro psicótico. Rado (40), Heath (21) y Hoch (22), basados en prolongados psicoanálisis de esquizofrénicos, principalmente del grupo llamado pseudoneurótico, han formulado la hipótesis de que la esquizofrenia es debida básicamente a dos factores genéticamente determinados: un defecto en la integración del placer y una función alterada de lo que Sherrington (43) llamó "el sistema propioceptivo". Para Rado y Heath, como para Bender, la angustia se produce principalmente como resultado de las tentativas fallidas de adaptación debidas a estos defectos, pero para los dos primeros también desempeña un papel muy importante como parte del mecanismo del "stress" en precipitar una descompensación psicótica en individuos genéticamente predispuestos.

La observación clínica de pacientes esquizofrénicos durante varios años, tanto de aquellos que padecen psicosis abiertas como de los que presentan formas pseudoneuróticas, tratados con psicoterapia analíticamente orientada a diferentes niveles de profundidad, ha llevado a los autores de este trabajo a distinguir tres fuentes principales de angustia en estos pacientes, que sintetizan las observaciones de los arriba mencionados.

A) Una tendencia básica, probablemente relacionada con el defecto integrativo de placer de Rado, a vivir la mayoría de las experiencias como peligrosas, aun aquellas que intrínsecamente no deberían representar una amenaza para el sujeto, y por otra parte a aumentar desproporcionadamente el peligro y por lo tanto la angustia en aquellas situaciones que siendo peligrosas producirían una angustia menor en sujetos normales o en neuróticos. Es como si los esquizofrénicos estuvieran en permanente estado de alarma. Observaciones de Fries, citado por Hoch (22) indican que en la primera infancia existe ya una gran variabilidad en la reacción a los estímulos productores de miedo. Las observaciones de Bender en la obra citada arriba (3), aunque interpretadas por ella en forma diferente, indican ya en los primeros meses una exageración de reacciones angustiosas en niños que más tarde resultaron esquizofrénicos.

B) Angustia proveniente de conflictos similares a los que se observan en los psiconeuróticos, de los cuales el esquizofrénico no está inmune, y que son observables principalmente en las formas pseudoneuróticas, en las cuales las defensas del yo están mejor estructuradas, pero que existen en todos los esquizofrénicos en mayor o menor grado.

C) Angustia proveniente de la percepción consciente e inconsciente por el esquizofrénico de su defectuoso aparato integrador y como resultante sus intensas dificultades de adaptación. Esto se presenta principalmente en la esfera emocional, como dificultad en relacionarse con los objetos, especialmente la madre o su sustituto, y posteriormente con los hermanos, compañeros de escuela, maestros, etc. Cuando se intensifica la descompensación psicótica y aparecen las alteraciones en la esfera intelectual, la sensación de invalidez adaptativa del esquizofrénico se hace mucho más intensa. De ahí la profunda sensa-

ción de alienación de estos pacientes, de que son "diferentes", de que no se sienten que participan en un grupo.

Es importante en la terapia de los esquizofrénicos considerar la multiplicidad de las fuentes de angustia y por lo tanto tener un enfoque múltiple para su manejo. De ahí que es importante utilizar la psicoterapia analíticamente orientada, así como psicoterapia de apoyo, cambios en el ambiente, reducción de factores de maltrato y empleo de psicofármacos cuando sea necesario. Estamos de acuerdo con Heath en que la angustia opera como una especie de tóxico en el esquizofrénico y que su control es fundamental para efectuar una remisión, o para evitar una recaída. De ahí que la psicoterapia debe evitar el despertar cantidades de angustia peligrosas para el paciente.

VIII—LA AUSENCIA DE ANGUSTIA

La mayoría de los pacientes que llegan a la consulta del psiquiatra presentan una serie de síntomas y signos que hacen evidente su enfermedad. Muchos otros, sin embargo, rara vez llegan al psiquiatra a tiempo, o quizás nunca llegan a consulta, a causa de que no presentan quejas (no tienen síntomas) en el sentido usual del término; ni tampoco logra el examen de dichos pacientes descubrir signos aislados, concretos, de enfermedad en el sentido usual.

Todos los estados descritos en este estudio, han sido caracterizados por síntomas y signos, o por las dos cosas a la vez. Y la angustia, emoción de la cual nos ocupamos, subyace a los unos y a los otros, surge en mayor o menor grado y sirve como indicador a la persona de que algo anormal le sucede. En algunos casos los conflictos llegan a constituir una neurosis o una psicosis, entonces, el fenómeno de la angustia se manifiesta; pero existen otros casos donde ésta no se manifiesta. El enfermo es víctima de

conflictos relativamente intensos, que se traducen en formas de vida anómalas. El paciente ha realizado una alteración de la personalidad para eliminar la angustia y por tal motivo ésta no es apreciable clínicamente. A quienes acusan este tipo de perturbación se les clasifica dentro del grupo de las entidades mentales denominadas "trastornos de la personalidad" (American Psychiatric Association).

El desarrollo de los rasgos del carácter puede ser considerado como un modo de llegar a manejar la angustia. La ventaja de este medio está en que, como se trata de algo que puede ser definitivo, la adaptación a través de un rasgo de carácter es económica; es decir, no requiere mucho gasto continuo de energía, mientras que la formación de síntomas puede consumir una gran cantidad de ella. La desventaja está en que un rasgo del carácter, como es relativamente permanente, le da cierta rigidez a la personalidad y limita la libertad de acción (41).

El diagnóstico de un trastorno de la personalidad se hace solamente cuando la intensidad del conflicto es tal que da por resultado un estilo de vida claramente anómalo y las satisfacciones básicas se ven bloqueadas o son buscadas de manera que se desvía apreciablemente de lo normal (23).

El éxito del tratamiento en estos casos depende en gran parte de la posibilidad de transformar la "neurosis de carácter" (9) en neurosis sintomática, y las resistencias caracterológicas en resistencias de transferencia. Este paso suele acompañarse de manifestaciones de angustia, emoción contra la cual se luchaba. La aparición del fenómeno de la angustia es, entonces, de buen pronóstico y deseable para la cura. El tratamiento es más fácil de realizar en los pacientes que padecen trastornos de los rasgos de la personalidad, y más difícil en los disturbios del patrón y trastornos sociopáticos de la personalidad (36).

IX—LA ANGUSTIA EN LA CONTRATRANSFERENCIA

Desde cuando Freud en "El porvenir de la terapia analítica" (15), aceptó y definió, luégo de descubrirlo en él mismo en su quehacer clínico, este conjunto de sentimientos que experimenta el analista en relación con el paciente, es relativamente poco lo escrito al respecto sobre todo si se tiene en cuenta la importancia del tema. Si bien en un tiempo quiso centrarse el eje del tratamiento en los sentimientos del paciente, en su transferencia, el otro enfoque y sobre todo el que los reúna a ambos en una interacción permanente, ha aportado mucho menos a la literatura psicoanalítica, aun cuando su participación en el acontecer constante de la situación paciente-analista sea al menos tan decisiva como aquéllos (5, 38, 39).

Esto desde luego se opone a otros planteamientos muy anteriores como los formulados en los "consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico", del mismo autor (16), acerca de la posición del terapeuta como un espejo que ha de reflejar sólo lo que el paciente muestre, u otros semejantes, posición sostenida a la fuerza durante muchos años, seguramente con el propósito de no provocar heridas narcisistas pero siempre y por consiguiente de espaldas a la realidad.

La angustia, como uno de los elementos de la contratransferencia viene entonces a ser obstáculo o instrumento de trabajo, depende de cómo se la capte, se la maneje y se la utilice. Lo primero, especialmente importante en el candidato que se inicia, pero que a la vez tiene en su propia terapia la mejor vía para transformarla en uno de sus medios de trabajo, al reconocer sus orígenes, las maneras peculiares de manifestarse y las vías posibles de descarga o de superación. Esta situación, que ha sido vivida por todo analista durante su entrenamiento, en las diversas fases vividas con sus propios pacientes, se constituye entonces en un reactivo para conflictos re-

primidos y que con frecuencia sólo de esta manera se evidencian; y da lugar al descubrimiento de "puntos ciegos" que siempre corresponden a otros del material oscuro del paciente (16).

En términos generales, estas angustias están determinadas por conflictos no resueltos en los aspectos hétero u homosexual y en los temores al instinto agresivo propio o del paciente. Pero son sentidos bajo dos formas básicas descritas por Melanie Klein (26), la depresiva y la persecutoria, la primera de ellas experimentada con frecuencia asociada a la culpa y las tendencias a la reparación, con las subsiguientes repercusiones en la actitud, verbal o tácita, frente al enfermo. Claro está, es inexistente la diferencia, y mal podría serlo, entre esta angustia y la experimentada por el paciente, tal como ha sido descrito en capítulos anteriores y se presenta, desde luego, en diversos grados, desde sensaciones de tensión general hasta formas violentas que pueden bloquear toda acción terapéutica, siempre con los contenidos dichos, depresivos o paranoides. Las tensiones son frecuentemente consecuencia de la percepción de resistencias del paciente por parte del terapeuta, que pueden ser vividas como un obstáculo para su actuación. Pero puede también revelarse el peligro intrapsíquico constituido por el objeto propio, si llega a hacerlo víctima de su masoquismo o de sus contrarresistencias. La angustia interna puede también sobrevenir a consecuencia de la identificación del analista con sus objetos, fuertemente amenazados, o con partes del yo del paciente, disociados y captados por el terapeuta (39).

Sin embargo, este planteamiento, aun cuando sea cierto, no sirve en la práctica para el pronto y adecuado reconocimiento de situaciones ansiosas, que pueden ser acompañadas o precedidas de signos que se manifiestan en el terreno intrapsíquico o en el de la conducta del analista.

Algunos de estos indicadores de perturbación importante de los sentimientos contratransferenciales han sido descritos por Racker (39) y por Menninger (35), bajo la forma de incomprensión para algunos aspectos del material, sensaciones depresivas ligadas con horas de determinados pacientes, somnolencia durante ellas, el permitir o aun estimular las actuaciones externas, la presencia de impulsos repetidos a solicitar o a hacer favores al paciente, o cualquier otro tipo de actividad extraanalítica, aparición de éste en sueños o en fantasías diurnas, etc.

Otros se presentan en ocasiones al comienzo de un tratamiento, por ejemplo cuando existe el deseo de rechazar al paciente con base en racionalizaciones; o cuando, una vez iniciada la terapia, aparecen diferencias sutiles en la actitud frente a detalles como la cancelación de una cita, el modo y la ocasión de plantear un aumento de honorarios, el acceder con mayor o menor facilidad a un cambio en las horas, la tendencia a disminuir su número semanal o la duración de cada una, la aceptación o no de plazos mayores para la cancelación de los

honorarios, el suprimir ocasionalmente una hora para emplearla en otro interés, etc.

Todo esto normalmente puede presentarse en forma aislada y sólo se extiende o se repite en la medida en que se dilate la comprensión de la esencia del fenómeno y con base en ella se lo supere o utilice.

Claro está que la ocurrencia de la angustia es muy posible sin la presencia del signo premonitorio o acompañante. Pero la meditación, el autoanálisis, o inclusive la reiniciación de una terapia individual por un lapso más o menos breve, puede contribuir con frecuencia a que eso no ocurra, o al menos al reconocimiento precoz de una situación que se avecina y que puede convertirse en útil. Pues como bien lo dice Bleger "la contratransferencia deja de ser un elemento perturbador (dentro de ciertos límites), para pasar a constituirse en un elemento activo, operante, integrante de una actitud y participando indefectible e inevitablemente en la síntesis que es la interpretación" (5).

BIBLIOGRAFÍA

1. ALEXANDER, F., y ROSS, H.: *Psiquiatría dinámica*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1958.
2. American Psychiatric Association: *Mental hospital service, mental disorders, diagnostic, statistical and nomenclature manual*. Am Psychiat. 1955.
3. BENDER, L.: *Anxiety*. Grune and Stratton. New York, 1950.
4. BLAU, A.: *En apoyo del síndrome freudiano de neurosis de angustia*. Int. Jour of Psych. 1952. XXXIII. 363, 372.
5. BLEGER, J.: *Psicoanálisis y dialéctica materialista*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1958.
6. BLEULER, E.: *Dementia precox or the group of schizophrenias*. International Universities Press. New York, 1950.
7. BOUTONIER, J.: *L'angoisse*. Presses Universitaires de France. Paris, 1949.
8. FAIRBAIRN, D.; RONALD, W.: *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1962.
9. FENICHEL, O.: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Ed. Nova. Buenos Aires, 1957.
10. FINCH, S.: *Fundamentos de la psiquiatría infantil*. Ed Psique. Buenos Aires, 1962.
11. FREUD, A.: *El Yo y los mecanismos de defensa*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1948.
12. FREUD, S.: *Una teoría sexual y otros ensayos*. Obras Completas. Tomo II. Ed. Suramericana. Buenos Aires, 1943.
13. FREUD, S.: *Psicología de las masas y análisis del Yo*. Obras Completas. Tomo IX. Ed. Suramericana. Buenos Aires, 1943.
14. FREUD, S.: *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas. Tomo XI. Ed. Suramericana. Buenos Aires, 1943.
15. FREUD, S.: *El porvenir de la terapia analítica*. Obras Completas. Tomo XIV. Ed. Suramericana. Buenos Aires, 1943.
16. FREUD, S.: *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. Obras Completas.

- Tomo XIV. Ed. Suramericana. Buenos Aires, 1943.
17. FRIEDLANDER, K.: *Psicoanálisis de la delincuencia juvenil*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1961.
 18. GARLOW, L., y otros: *The arousal of anxiety. The concept of stress*. "Reading in the Psychology of adjustment". Mc. Graw Hill Book Company Inc. New York, 1959.
 19. GARMA, A.: *El psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1962.
 20. GRINBERG, L.: *Culpa y depresión*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1963.
 21. HEATH, R.: and Cols.: *Pharmacological and biological Psychotherapy*. Am. J. Psychiat. 1958. 114, 683.
 22. HOCH, P. and Cols.: *Anxiety*. Grune and Stratton. New York, 1950.
 23. HOFLING, K., Ch.: *Tratado de psiquiatría*. Ed. Interamericana. México, 1965.
 24. HOLLISTCHER, W.: *Introducción al psicoanálisis*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1960.
 25. JONES, E.: *Temor, culpa, odio*. Revista de Psicoanálisis. 1947. Tomo V. 628, 644.
 26. KLEIN, M.: *Contributions to psychoanalysis*. The Hogarth Press, Ltd. London, 1948.
 27. KLEIN, M.: *El psicoanálisis de niños*. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1948.
 28. KLEIN, M. y RIVIERE, J.: *Las emociones básicas del hombre*. Ed. Nova. Buenos Aires, 1960.
 29. KUBIE, S., L.: *La ontogenia de la ansiedad*. Revista de Psicoanálisis. 1948. Tomo VI. 179, 188.
 30. LAGACHE, D.: *El psicoanálisis*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1959.
 31. LAUGHLING, P. H.: *The neuroses in clinical practice*. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1958.
 32. LÓPEZ IBOR, J. J.: *La angustia vital*. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1950.
 33. MAHLER, M. and Cols.: *Clinical Studies in benign and malignant cases of childhood psychosis (Schizophrenie-like)*. Am. J. Orthopsychiat. 1949. 19, 295.
 34. MATTE BLANCO, I.: *Lo psíquico y la naturaleza humana*. Ed. de la Universidad de Chile, 1954.
 35. MENNINGER, K.: *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Ed. Pax México. México, 1960.
 36. NOYES, A. P., y KOLB, L. C.: *Psiquiatría clínica moderna*. La Prensa Médica Mexicana. México, 1961.
 37. NUNBERG, H.: *Teoría general de las neurosis, basada en el psicoanálisis*. Ed. Publ. Barcelona, 1950.
 38. PLATA MUJICA, C. y MELUK: *La situación analítica*. Rev. de Psicología. Vol X. Bogotá, 1965. 25, 35.
 39. RACKER, H.: *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1960.
 40. RADO, S.: *Psicoanálisis de la conducta*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1962.
 41. REICH, W.: *Análisis del carácter*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1957.
 42. SAÚL, L. J.: *Bases de la conducta humana*. Libros Básicos. Buenos Aires, 1958.
 43. SHERRINGTON, C.: *The integrative action of the nervous system*. Yale University Press. New Haven, 1947.
 44. STRECKER, A. E.: *Psiquiatría clínica moderna*. Ed. Horme. Buenos Aires, 1960.
 45. WEISS, E.: *Los fundamentos de la psicodinámica*. Ed. Psique. Buenos Aires, 1957.