

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



DISTINTAS TEORIZACIONES ACERCA DE LA ANGUSTIA:

FOBIAS Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Informe final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S: 143/89

Alumnas: Beretta Patricia Susana
Mat. 4387 /98
DNI. 14.318.376

Canales Rosana Marcela
Mat. 3560 / 95
DNI. 20.725.808

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-pgB	Posx
	N° INVENTARIO:
	1492

Cátedra de radicación: Introducción a la Teoría Psicoanalítica

Supervisor: Cosimi Alfredo Salvador

Septiembre de 2006

INODORO PEREYRA

"EL RENEGAU"
poema telúrico
de Fontanarrosa

Eulogia... ¿Cómo se hace pa ponerle azúcar impalpable a una torta?

Agarra un puñado y la espolvorea

¡Si no la puede tocar, Eulogia!



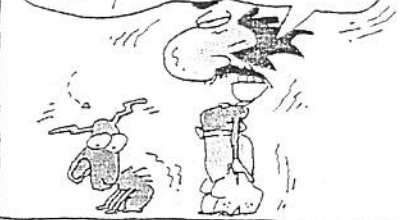
¡Si Tata Dios dijo que era impalpable es porque no se puede palpar! ¡No haga encolar a la Naturaleza!

¿Cómo cuando usted quema pan duro pa ahuyentar los mosquitos y aumenta el Efecto Invernadero?



Don Inodoro... Se mueve el piso...

¿Sabe cuántos envidiosos de mi fama han querido moverme el piso? Martín Fierro, Juan Moreyra, Jaime Torres...



¡Parece un movimiento telúrico!

¡A mí me debe respetar! Yo soy un defensor de lo telúrico, de lo folclórico!



¿Es un terremoto?

¿No le digo? Esto es por los que no firman el Protocolo de Colo!

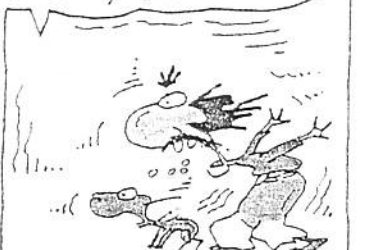
El Protocolo de Kyoto



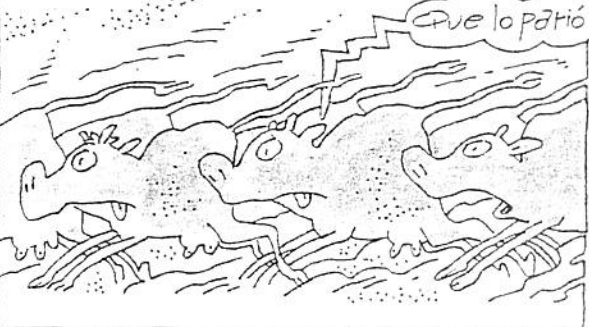
¡Huelo a vaca, don Inodoro!

¿Está? ¡Usted siempre huele a zorrino!

¡Digo que siento olor a vaca! ¡Esto es una...

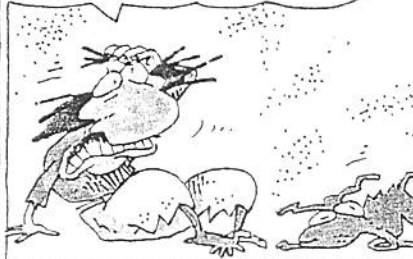


TUKUTRUNTUKUTRUM



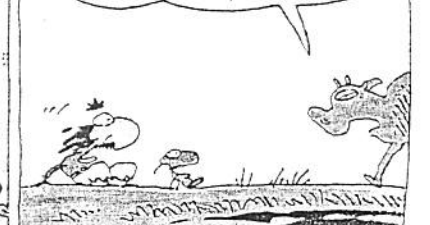
¡Eso fue una estampida, don Inodoro!

Y... No va a ser la Matación Anual del Ganado Vacuno



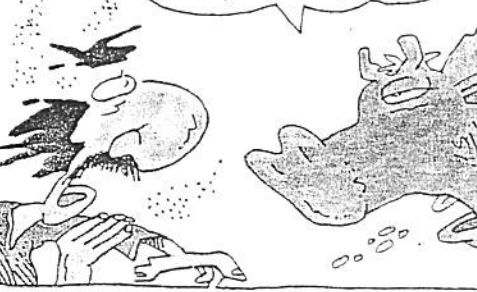
Esta vaca viene retrasada, Mendieta...

Es que el veterinario me dijo que no cotta. Que trote. Estoy preñada



¿Qué las asustó? ¿Un puma? ¿Una vibora?

No, Pereyra... Ataque de pánico



¿Y a las 3000 vacas les pasó lo mismo?

¿Y por qué cree que hacemos terapia de grupo?



Antes, las vacas, eran carne de exportación, Mendieta...

Hoy son carne de diván, don Inodoro



Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Beretta Patricia Susana Y Canales Rosana Marcela, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en todo o en sus partes, o resumirse, sin previo consentimiento por escrito de los autores.”

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Beretta, Patricia Susana. Mat. N° 4387 / 98 DNI. 14.318.376 y Canales Rosana Marcela. Mat. N° 3560 / 95 DNI. 20.725.808, conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de su contenido a los¹⁸ (...) días del mes de Septiembre del año 2006”




Firma del Supervisor

INFORME DE EVALUACIÓN

Como podrá leerse en el trabajo final las autoras cumplieron con los objetivos propuestos en el plan de trabajo.

Su labor fue minuciosa, denotando el tiempo de estudio y elaboración de los temas. La tesis no es una mera recopilación de información sino que avanza en conclusiones que demuestran estar fundamentadas a lo largo de los diversos capítulos de la misma.


Lic. MSc. Cosimi
Sept 106

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha, se procede a dar aprobación al trabajo de investigación presentado por las alumnas Beretta, Patricia Susana Mat. N° 4387 / 98 y Canales, Rosana Marcela Mat. N° 3560 / 95"

Firma
Miembro Integrante
de la Comisión Asesora

Firma
Miembro Integrante
de la Comisión Asesora

Firma
Miembro Integrante
de la Comisión Asesora

Fecha de aprobación:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

Requisito curricular del Plan de Estudios 1989 O. C. S. 143 / 89

Alumnas: Beretta Patricia Susana
Mat. 4387 /98
DNI. 14.318.376

Canales Rosana Marcela
Mat. 3560 / 95
DNI. 20.725.808

Cátedra de radicación: Introducción a la Teoría Psicoanalítica

Supervisor: Cosimi Alfredo Salvador

Este proyecto no forma parte de uno mayor en desarrollo

Título del proyecto: Distintas teorizaciones acerca de la angustia: Fobias o trastornos de ansiedad.

Descripción resumida:

Este estudio comparativo es teórico y clínico, con énfasis diagnóstico. Desde el psicoanálisis, a partir de Freud ubicaremos los diferentes tipos de fobias descriptos, se detallarán las distintas conceptualizaciones sobre la misma y se constatará estos estudios con los propios materiales clínico freudianos. De psicoanalistas posteriores examinaremos los desarrollos teóricos y clínicos sobre la validez y los problemas de las teorizaciones

freudianas. También sus nuevos aportes sobre el tema, con énfasis en registros clínicos actuales de pacientes con fobias.

El análisis teórico del DSM IV implicará ubicar y presentar las características de los trastornos de ansiedad para luego analizar sus supuestos teóricos implícitos, sus alcances y sus límites. El segundo enfoque, clínico, estudiará los efectos que el diagnóstico de trastornos de ansiedad tiene en el tipo de cura propuesta. Se revisará material clínico con este tipo de diagnóstico, analizando en que clase de curas psicoterapéuticas de la Psicología Clínica aparece.

Finalmente se contrastarán los resultados de estos análisis a fin de establecer puntos de acuerdo y desacuerdo, posibilidades y límites de dichas categorías psicodiagnósticas.

Palabras claves:

Psicoanálisis – Fobias – Trastornos de Ansiedad – DSM IV –
Psicología Clínica

Descripción detallada:

Motivos y Antecedentes

Freud (1895) establece una delimitación en el campo de las fobias al distinguirla de la obsesión. La fobia ocupará un lugar dentro de las Psiconeurosis de defensa, conceptualizándola como Neurosis de Angustia. Luego (1909) modifica su teorización, para pensar la fobia como una Histeria de Angustia, ejemplificada en el caso del pequeño Hans. Finalmente (1923) establecerá una diferenciación entre la fobia como estructura específica y los síntomas fóbicos presentes en otras neurosis, comparando este caso con otro de sus casos paradigmáticos: El hombre de los lobos.

Entre los desarrollos de Lacan, se encuentra su interpretación de la fobia del pequeño Hans (1955), su teorización de la angustia y el deseo del Otro (1962 – 63) o la idea de la fobia como “placa giratoria”, para mencionar

algunos. Otros autores contemporáneos como por ejemplo Levin (1981), retoma algunas teorizaciones de Freud. Así, estudia a la fobia como una pequeña puerta de entrada a la neurosis, es decir un momento constitutivo de la estructura neurótica, por el cual todo sujeto neurótico transita. Bush y Cosimi (1994) establecen desde el psicoanálisis, la importancia de las asociaciones libres del paciente en las crisis de angustia o fobias a fin de detectar que tipo de fobias está operando. Plantean además que existen dos tipos de fobias relacionadas diferentemente con el deseo inconsciente. Cosimi (1997a) retoma el tema de la intervención de un psicoanalista en situaciones de crisis (trastorno de ansiedad, por ejemplo) lo cual permitiría precisar el diagnóstico a través de la detección del fantasma inconsciente en juego, (que es diferente en cada tipo de neurosis) y no solamente la mera descripción conductual (Cosimi 1997b).

Con respecto al DSM IV, Laurent (2000) es uno de los autores que desde el psicoanálisis teoriza sobre las dificultades de su utilización para el diagnóstico, si se tiene interés en preservar una clínica que respete la singularidad y el simbolismo presente en el psiquismo humano. Dentro de las psicoterapias que utilizan el DSM para la elaboración del diagnóstico, se encuentra la Terapia Cognitiva, iniciada por Beck (1962), basada en un modelo que postula que los trastornos tendrían su origen en distorsiones cognitivas. Este modelo coincide con el concepto de mediación cognitiva propuesto por Ellis (1956), quien desarrolla la Terapia Racional Emotiva, basada fundamentalmente en la modificación del sistema de creencias; para el tratamiento de los trastornos de ansiedad entre otros.

Cazabat (2004) presenta dentro de la terapia sistémica, casos clínicos diagnosticados sobre la base del DSM IV y tratados siguiendo los lineamientos de la Terapia del Campo del Pensamiento y de la Terapia Breve Estratégica.

Objetivos generales

- Comparar teórica y clínicamente la Histeria de Angustia y Trastornos de Angustia.

- Estudiar la clínica que se deriva de las concepciones psicopatológicas de Psicoanálisis y la clínica que se organiza a partir de las especificaciones del DSM IV.

Objetivos particulares

- Delimitar y desarrollar en la obra freudiana, el recorrido realizado en la teorización sobre la Histeria de Angustia.
- Estudiar los conceptos principales teorizados por Freud, en la etiología de la Histeria de Angustia, represión, regresión, Complejo de Edipo, identificación y especialmente el concepto de angustia, como punto central del síntoma fóbico.
- Detectar en dicha teorización aquellas conceptualizaciones problemáticas o no desarrolladas.
- Verificar la actualidad de los los conceptos freudianos sobre la fobia, en casos clínicos actuales.
- Identificar en autores contemporáneos las teorizaciones que hayan sido retomadas y criticadas en la obra de Freud, así como sus aportes novedosos sobre la cuestión.
- Aislar y desarrollar la estructura común y las variaciones de los trastornos de ansiedad en el DSM IV.
- Analizar las características de la categoría de los trastornos de ansiedad a fin de detectar los supuestos teóricos de los diferentes desarrollos de la Psicología Clínica y la Psiquiatría.
- Detectar en dicha teorización aquellas conceptualizaciones problemáticas o no desarrolladas.
- Estudiar materiales clínicos en donde se utilice la categoría trastornos de ansiedad a fin de esclarecer la forma en que determina o no el tipo de cura psicoterapéutico propuesto.
- Comparar teórica y clínicamente ambas categorías para esclarecer alcances, límites y consecuencias teóricas de la misma.

Método y técnicas a emplear

Método

El presente plan de trabajo, consiste en un modelo exploratorio de investigación, fundado en el estudio de la bibliografía teórica y clínica preseleccionada y de la que pudiera surgir en el curso de la investigación.

Metodológicamente se seguirán las siguientes acciones:

- Descripción de los conceptos teóricos sujetos a estudio (fobia y trastornos de ansiedad).
- Comparación contrastadora de ambos conceptos, como así también del diagnóstico y de los tipos de terapia psíquica que de ellos se desprende.
- Análisis de los supuestos teóricos que subyacen en ambas conceptualizaciones.
- Análisis de casos clínicos de ambas concepciones teóricas.

Técnicas

- Recolección bibliográfica de datos a través de los textos consultados.
- Recolección de datos a través de Internet.
- Lectura de la bibliografía, estableciendo un orden de razones (conceptos, hipótesis, axiomas), y su influencia en la práctica clínica.
- Análisis de los conceptos sujetos al trabajo de investigación.
- Análisis de su implicancia en la clínica actual.

Cronograma de actividades

- I. Estudio de textos teóricos
- II. Estudio de casos clínicos
- III. Información a través de Internet, con la finalidad de estudiar avances teóricos – clínico que surjan.
- IV. Análisis y discusiones sobre el tema con el Director.
- V. Construcción y escritura de síntesis teórico – clínica

- VI. Elaboración de conclusiones
- VII. Confección del informe final.

TAREA	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8
I	X	X	X	X	X			
II	X	X	X	X	X			
III	X	X	X	X	X			
IV	X	X	X	X	X	X	X	
V			X	X	X	X		
VI						X		
VII								X

Bibliografía

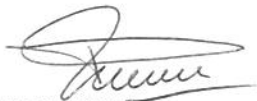
- Beck, Aaron; Freedman Arthur. (1995). Psicología Cognitiva de los Trastornos de personalidad. Paidós.
- Beretta, Patricia (2000a) Dos caminos hacia las fobias. Comité de Investigación – Sección Núcleos Problemáticos. Facultad de Psicología UndMdP.
- Beretta, Patricia (2000b) Dos caminos hacia las fobias (Ampliación) Comunicación anual Jornadas Grupo de Investigación Teorías y Prácticas Psicoanalíticas, Facultad de Psicologías. UndMdP.
- Berges, Jean. (1999). Cuando Freud habla de las fobias. Revista de la Asociación Freudiana Internacional.
- Braunstein, Néstor.(1982) Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis. Siglo veintiuno editores. 2ª Edición. Buenos Aires.
- Busch Jorge y Cosimi Alfredo. (1994). Neurosis y toro. Comunicaciones anuales II Jornadas del Grupo de Investigación Teorías y Prácticas Psicoanalíticas, Facultad de Psicología UndMdP.

- Cosentino, Juan Carlos. (1998). Angustia, Fobia, Despertar. Eudeba. Bs. As.
- Cosimi Alfredo. (1997a). El analista, la urgencia y el control de la sugestión. Estudios psicoanalíticos en la Universidad, Homo Sapiens Ediciones. Rosario.
- Cosimi Alfredo. (1997b). Neurosis, fantasmas y conductas. Estudios Psicoanalíticos en la universidad, Homo Sapiens Ediciones, Rosario.
- DSM IV (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, American Psychiatric Association de Washington.
- Ellis, Albert. (1998) Cómo controlar la ansiedad antes que controle a Ud., Paidós.
- Freud, Sigmund. (1986). Obras Completas. Amorrortu editores. Bs.As.
- Junger, Victor. (1994). Fobia o neurosis de angustia. Ficha c-1000/70. Escuela Freudiana de Bs. As. Jornadas de la E.F.B.A. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1955 / 56). Seminario IV, "Las relaciones de objeto". Paidós, Buenos Aires.
- Lacan, J. (1962 / 63). Seminario X, "La Angustia", Versión no autorizada.
- Lacan, J. (1968 / 69). Seminario XVI, "De otro al otro". Versión no autorizada.
- Laurent, Eric. (2000). Psicoanálisis y Salud Mental, Editorial Tres Haches, Buenos Aires.
- Levin, Mario. (1981). Fobia: la entrada a la neurosis. En Conjetural, Revista Psicoanalítica. N° 23. Editorial Sitio, Buenos Aires.
- Martínez, Horacio. (1998). El recurso a la escena para la comprensión de ciertos episodios de angustia. En revista Psicoanalítica y el Hospital N° 13. Ediciones de Seminario, Buenos Aires.
- Ruiz, J.J. (1994). Fundamentos de psicoterapia cognitiva. A Demanda
- Ruiz, J.J.; Imbemón J.J. (1999). Psicoterapia Cognitiva de Urgencia. ESMD
- Ubeda. 1° Edición.
- Vallon, Serge. (1998). El espacio y la Fobia. Ediciones del Serbal, Barcelona.

- Vallon, Serge. (1998). Diario de una análisis. Ediciones del Serbal, Barcelona.
- www.geocities.com/cetrapsis/panico.
- www.campodepsicologia.com
- www.escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Psiquiatria/AngustiaPanico
- Zeig, Jeffrey y Giligan, Stephen. Compiladores. (1994). Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas. Amorrortu editores.



Firma del Supervisor



Firma del alumno
Beretta Patricia Susana
DNI. 14.318.376



Firma del Alumno
Canales Rosana Marcela
DNI. 20.725.808

Resultado de la evaluación (aprobado / rehacer):

Aprobado

Fecha:

17 de Agosto de 2005

Dr. Héctor López

Observaciones: Aunque no se pide modificar el plan, se sugiere tener en cuenta lo siguiente:

- 1) Darle lugar a la FOBI4 como "etapa" fase o "momento" estructural (independiente del cuadro psicopatológico) y al momento del encuentro con la Casbseón.
- 2) Redefinir el ítem "TÉCNICAS" en cuanto a procedimientos o "instrumentos" con los cuales el alumno debe las "lecturas" o "análisis" que se hacen.

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I <i>Teoría freudiana de las patologías de la angustia</i>	2
Primera teorizaciones sobre las fobias	3
Neurosis de angustia	4
Etiología de la neurosis de angustia	6
Histeria de angustia	9
Conclusiones	12
CAPITULO II <i>Conceptos principales teorizados por Freud en la etiología de la Histeria de Angustia</i>	14
Pulsión y Represión	15
Regresión	18
Complejo de Edipo e Identificación	19
Angustia	22
El caso Hans según los conceptos descriptos.	26
Conclusiones	28
CAPITULO III <i>Vigencia de las teorizaciones freudianas en autores contemporáneos.</i>	29
Fobia constitutiva	30
Goce, pulsión y angustia.	31
Neurosis de Angustia, metonimia y padre real	
Tipos de fobias, el cuerpo y el deseo de la madre.	33
Conclusiones	35
CAPITULO IV <i>Casos Clínicos</i>	37
"El hombre del panic attack" (Fulco, 1999)	38
"El hombre que se curó con una fobia" (Mauas, 1990)	39
Sr. Abel (Cazabat, E.)	42
Sra. Alba (Cazabat, E)	43
Conclusiones	45

<i>CAPITULO V Los trastornos de ansiedad en el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).</i>	46
La operación diagnóstica	47
Sección Trastorno de Ansiedad	48
Conclusiones	56
<i>CAPITULO. VI Psicología Clínica y Psiquiatría</i>	58
Psicología Clínica	59
Terapia Sistémica	68
Psiquiatría	75
Conclusiones	79
CONCLUSIONES FINALES	82

INTRODUCCION

Como señalamos en el Plan de trabajo compararemos la nosografía freudiana, con las categorías clínicas del DSM IV respecto a las patologías de la angustia o ansiedad. Será un estudio teórico cuyo énfasis diagnóstico intentará explicitar los supuestos conceptuales implícitos en ambas clasificaciones, detallará sus diferencias, sus entrecruzamientos y coincidencias y, además, tratará de describir sus efectos en las diferentes formas de conducir las curas de estas patologías.



CAPITULO 1

Teoría freudiana de las patologías de la angustia

En este trabajo denominamos patologías de la angustia a las diversas entidades clínicas en donde la angustia es el síntoma principal. Encontramos así *fobias, histeria de angustia y neurosis de angustia*. No examinaremos en lo que sigue la angustia en su posible relación con las neurosis narcisistas, o psicosis. en el texto freudiano.

Primeras teorizaciones sobre las fobias

Freud teoriza por primera vez el concepto de fobia, en 1894 en "Las psiconeurosis de defensa", diferenciándolo un año más tarde de las obsesiones, no sin presentar en ese momento según él mismo expone, algunos puntos oscuros en su teorización. En la obsesión hay una idea que se impone al enfermo y un estado emotivo asociado.

En la fobia ese estado emotivo es siempre la angustia. Distingue dos grupos caracterizados por el objeto del miedo: 1) fobias comunes: miedo exagerado a las cosas que todo el mundo teme, como por ejemplo la noche, la soledad, la muerte, las enfermedades, los peligros en general, las serpientes. 2) las fobias ocasionales: miedo a condiciones especiales que no inspiran por lo general temor del hombre sano, por ejemplo la agorafobia. A diferencia de las obsesiones, en las fobias el mecanismo no es la sustitución; no existe una idea inconciliable sustituida, sino el recuerdo de un ataque de angustia. Corresponde, señala Freud, establecer para estos casos una neurosis especial, la Neurosis de Angustia, cuyo síntoma principal sería ese estado emotivo.

La neurosis de angustia es de origen sexual. Su etiología específica es la acumulación de una tensión genésica provocada por la abstinencia o la

irritación genésica frustránea, como puede ser el coito interrumpido, la impotencia relativa del marido o la abstinencia forzada. Las fobias serían entonces una manifestación psíquica de la neurosis de angustia.

Neurosis de Angustia

Freud denomina Neurosis de Angustia, a un conjunto de síntomas que se pueden agrupar alrededor del síntoma principal, que es la angustia; cada uno de ellos posee una determinada relación con la angustia:

- III 93
- 1- *Irritabilidad general*: En el caso de la Neurosis de Angustia, es de ocurrencia constante. Esta irritabilidad acrecentada indica siempre una acumulación de excitación o su incapacidad para tolerarla.
 - 2- *Expectativa angustiada*: es el síntoma nuclear de las neurosis. Existe un quantum de angustia flotante que ante una determinada expectativa, se conecta con las representaciones que le sirven para acrecentarla.
 - 3- *Ataque de angustia*: El ataque puede consistir en el sentimiento de angustia sin ninguna representación asociada, o asociarse a interpretaciones como amenaza de enloquecer, o morir, o aún conectarse con la sensación de angustia por una perturbación de varias funciones corporales como la respiración, la actividad cardíaca, actividad glandular.

De la unión de algunos de estos factores, resultan las distintas formas de ataques de angustia:

- a) Ataques de angustia acompañado por perturbaciones de la actividad cardíaca, palpitations, taquicardia

persistente, pueden llegar incluso a que sea difícil su diferenciación de las afecciones cardíacas orgánicas.

- b) Ataques por perturbaciones de la respiración, pueden parecer semejantes al asma.
- c) Ataques de oleada de sudor.
- d) Temblores y estremecimientos.
- e) Ataques de hambre insaciable.
- f) Diarreas que sobreviene como ataques.
- g) Ataques de vértigo.

4- El terror nocturno, por lo común acompañado de angustia, sudor, disnea, no es sino una variedad del ataque de angustia.

5- El vértigo es uno de los principales síntomas de las neurosis de angustia, que va desde formas más leves (mareo) hasta las más graves (ataques de vértigo); esté o no acompañado de angustia es uno de los síntomas más serios de las neurosis. El vértigo de la neurosis de angustia es un vértigo locomotor o de coordinación; está acompañado de sensaciones de que el piso oscila, las piernas no resisten el peso del cuerpo, es imposible mantenerse en pie. Cabe aclarar que estas son sensaciones, pues este vértigo nunca conduce a una caída.

Sobre la base del estado de angustia crónica por un lado, y de los ataques de angustia con vértigo por el otro, se desarrollan dos grupos de fobias típicas:

- a) Amenazas fisiológicas comunes, como angustia ante serpientes, ante la tormenta, la oscuridad; la angustia

disponible no hace sino reforzar las aversiones instintivamente incorporadas por el ser humano. Esta angustia disponible, se encuentra en personas con expectativa angustiada.

b) Agorafobias: referidas a la locomoción.

Etiología de la neurosis de angustia

Según Freud, la Neurosis de Angustia, tiene una etiología sexual. En las mujeres sobreviene en los siguientes casos:

- 1- Angustia virginal o angustia de las adolescentes: Pueden ocurrir en una primera aproximación con la problemática sexual (ya sea por una visión de un acto sexual, por una comunicación, o por lecturas), ocasionando en adolescentes una neurosis de angustia, combinada casi de manera general con una histeria.
- 2- Angustia de las recién casadas: Mujeres que en sus primeras relaciones sexuales han permanecido anestésicas, y que luego de recuperar la sensibilidad normal, la angustia desaparece.
- 3- Mujeres cuyos maridos presentan eyaculación precoz, potencia sexual disminuida o coitus interruptus
- 4- Mujeres viudas o de abstinencia voluntaria, a menudo combinadas con representaciones obsesivas.
- 5- Angustia del climaterio, durante el gran acrecentamiento final de la necesidad sexual.

En los varones:

- 1- Abstinentes voluntarios.
- 2- Hombres con excitación luego frustrada, o que se conforman sólo con tocar o mirar a una mujer.
- 3- Coitus interruptus: Cuando el hombre por atender a la satisfacción en la mujer, pospone la eyaculación. En el caso de la mujer, ésta enferma cuando el coito se interrumpe sin ella haber logrado su satisfacción. Por eso en parejas en donde se practica esta forma de comercio sexual siempre enferma uno de los cónyuges.

Freud señala por último dos casos que se sostienen para ambos sexos:

- Los neurasténicos que como consecuencia de la masturbación padecen Neurosis de Angustia cuando abandonan ese tipo de satisfacción, ya que no pueden tolerar la abstinencia.
- Una Neurosis de Angustia que se diferencia de las anteriores, porque no parece tener a simple vista naturaleza sexual: la del trabajo excesivo, la de alguna tarea que provoca agotamiento.

Luego de explicitar los principales síntomas y la etiología de las Neurosis de Angustia, Freud resume de alguna manera lo que podría considerarse su mecanismo.

- 1- Realiza una conjetura sobre la posibilidad de que se trate de una acumulación de excitación.

2- La angustia que está en la base de esta neurosis, no admite ninguna derivación psíquica, es decir que para el surgimiento de la angustia no existe un antecedente en un terror justificado, que proporcionaría la fuente para el surgimiento de la angustia.

En los casos de terror repentino, se puede contraer una histeria o una neurosis traumática pero nunca una neurosis de angustia. Por lo tanto Freud sostiene que la excitación acumulada que provoca angustia, es de origen somático y de naturaleza sexual, y trae aparejada una merma de la participación psíquica en los procesos sexuales. El mecanismo de la Neurosis de Angustia es entonces una desviación de la excitación sexual somática, por lo que recibe un empleo anormal. Para la descripción de este mecanismo, se basa en la observación de lo que para él ocuparía un primer lugar en las causas de la Neurosis de Angustia: el coitus interruptus. Primero sostuvo que la angustia se situaba en el miedo de que la técnica fallara y se provocara la concepción. Pero pudo descubrir que en algunos casos, mujeres desinteresadas de las consecuencias de una posible concepción, estaban expuestas en igual medida a la Neurosis de Angustia. El cónyuge que la contrae es aquel que ha sido despojado de su satisfacción sexual.

También en este momento, Freud diferencia la Neurosis de Angustia de la Neurastenia. Dice que ésta última ocurre cuando la acción adecuada es sustituida por una menos adecuada, es decir el coito normal es reemplazado por masturbación y polución espontánea. En cambio a la Neurosis de Angustia

conducen todos los factores que entorpecen el procesamiento psíquico de la excitación sexual somática. No obstante en la neurastenia puede aparecer una inclinación a la angustia (1894, p.111)

Histeria de angustia

Freud retoma su teorización sobre las fobias, luego de trabajar en uno de sus conocidos casos: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años". El pequeño Hans fue hijo único hasta los tres años de un familia muy culta de Viena, cuya madre era una antigua paciente de Freud y su padre un seguidor del psicoanálisis. La importancia de este caso es que es la primera vez que analiza a un niño y hace una homología entre Histeria de angustia = Fobia. Hay que recordar que estamos en 1909 donde Freud está trabajando la primera teoría de la angustia, donde aparece la represión, siempre de deseos incestuosos y como producto de aquella aparece la angustia.

Quien llevó el tratamiento no fue Freud, sino el propio padre de Hans, Freud ve al niño solo una vez. El papá del niño le relata a Freud por medio de cartas la vida cotidiana del pequeño, éste era un niño muy inquieto e inteligente muy preocupado por su cosita de hacer pipi (Wiwinacher). A esta cosita la empieza a ver por todos lados, atribuyéndosela a las cosas animadas e inanimadas.

Momentos del Historial:

1-Niño normal (etapa fálica), los primeros informes del padre son cuando el pequeño tenía tres años y medio y aquí nace su hermana Ana .

2-Enero de 1908 Hans tenía cuatro años y medio; desencadenamiento, lo que marca fundamentalmente es la angustia.

3-Neurosis propiamente dicha, que va a tener que ver con la fobia infantil.

Hay dos cuestiones a tener en cuenta:

Hans tiene un sueño del cual se despierta muy angustiado y relata que su mamá se había ido y ya no estaba para que le hiciera mimos. La segunda cuestión era que el niño era muy salidor, pero llega un día que no quiere salir más a la calle porque cuando lo hace se angustia. Hans dice que “el caballo lo morderá” y luego dice “que si sale el caballo puede entrar en su habitación”. Tenemos aquí la fobia.

El trabajo analítico que realiza Freud con su pequeño paciente, revela que la fobia es un intento de solucionar un conflicto de ambivalencia, el amor y el odio dirigidos hacia el padre. Esta moción pulsional reprimida sufre un desplazamiento del padre al caballo. Esto es lo que origina la fobia, el conflicto de ambivalencia no se tramita en la persona misma, sino que se desplaza hacia otro objeto como sustitutivo.

No obstante estas observaciones, Freud toma nota de que hay algunos puntos que presentan dificultades: el niño no desarrolla como síntoma principal hostilidad frente al caballo, sino angustia.

La angustia, sostiene Freud ya en este punto, es angustia de castración, el niño resigna la agresión hacia el padre, y la angustia producida por la expectativa de que el caballo lo muerda, podría completarse como angustia de que el caballo le arranque de un mordisco sus genitales. El motor de la

represión es la angustia de castración. Esta angustia del yo frente a las exigencias de la libido, impulsa a la represión.

En este momento de su teorización, Freud decide situar a las fobias, en una misma serie con la histeria de conversión, denominándola Histeria de Angustia. El análisis del pequeño Hans le permite a Freud, señalar la similitud estructural de la histeria de angustia con la de conversión. La especificidad de la histeria como patología general se busca en el predominio de ciertos mecanismos (especialmente la represión) y en el afloramiento del conflicto edípico. En ambos tipos de histerias la acción de la represión tiende a separar el afecto de la representación. Pero habría una diferencia esencial: en la histeria de angustia, la libido que la represión ha separado del material patógeno no es convertida, sino liberada en forma de angustia. La formación de los síntomas fóbicos, tiene su origen en un trabajo psíquico que se ejerce con la finalidad de ligar psíquicamente la angustia que ha quedado libre. Por otro lado en la histeria de conversión, no hay angustia alguna, mientras que en la histeria de angustia, éste es su síntoma central, y no está asociado a la conversión.

Luego de realizar la descripción de la neurosis de angustia y de la histeria de angustia, repasemos sus parecidos y diferencias. Desde el comienzo, Freud se ve confrontado al problema de la angustia. En el primer tiempo aísla este fenómeno como una neurosis independiente, a la que denomina Neurosis de Angustia, ubicándola como una neurosis actual, debido a que es provocada por

un desorden de la sexualidad actual. Su mecanismo es el de una acumulación de excitación somática de naturaleza sexual.

Ya en esta época aproxima esta neurosis a la histeria, no en el plano de la etiología, sino por una serie de concordancias en la sintomatología, que le hacen pensar que la neurosis de angustia, puede aparecer como la otra vertiente somática de la histeria. En el origen de los fenómenos somáticos de la histeria, supone una insuficiencia psíquica asociada a una acumulación de excitación que conduce a su derivación en lo somático. La diferencia esencial sería, que en la neurosis de angustia la excitación sería puramente somática, mientras que en la histeria estaría provocada por un conflicto psíquico.

Entre estas primeras teorizaciones y la observación de Hans, Freud descubrirá la función del fantasma histérico, y podrá entonces afirmar que todos los síntomas de angustia (fobias) están derivados de fantasmas. Va a conceptualizar a la fobia como una neurosis de defensa, sustituyendo el término neurosis de angustia por el de histeria de angustia. La diferencia entre histeria e histeria de angustia se sitúa en el plano del síntoma. La fobia será entonces, un síndrome en el interior de una neurosis, que en el caso de Hans, es la histeria.

Conclusiones

De todo lo anteriormente mencionado, podemos observar la importancia de determinar la etiología de estos cuadros, lo que es tomada en cuenta en el DSM, de un modo diferente. Es decir que en Freud, una misma manifestación fenoménica puede implicar dos estructuras distintas, Neurosis de Angustia e

Histeria de Angustia (incluso tres si incluimos la Neurastenia), dos etiologías (o tres), dos tipos diferentes de enfoques terapéuticos. En donde el DSM unifica, totaliza, borra las diferencias (Trastornos de Ansiedad), el psicoanálisis distingue y propone diferencias en la estructura de los síntomas y, también, en la dirección de la cura. Más adelante desarrollaremos la manera en que el DSM retoma la etiología y, a su vez, establece otras distinciones dentro de los Trastornos de ansiedad. Serán, entonces, *dos maneras diferentes de clasificar los síntomas*.

CAPITULO II

Conceptos principales teorizados por Freud en la etiología de la Histeria de Angustia

Pulsión y Represión

Recordemos que las pulsiones son para Freud los representantes anímicos de las demandas del cuerpo. Elementos fronterizos originados en procesos de fijación permiten distinguir una fuente, una meta, un objeto y un factor cuantitativo que, combinados, determinan la especificidad de cada pulsión. La meta de las pulsiones, dentro del marco de la última teoría pulsional de 1920, es la satisfacción, que en las pulsiones sexuales se liga al principio del placer en tanto que en las pulsiones de muerte ligadas a la agresión, externa o interna, puede implicar procesos que van más allá del principio del placer. Ambas clases de pulsión actúan siempre mezcladas, en diferentes tipos de proporción.

La represión es uno de los destinos de las pulsiones. Proceso psíquico que se cumple sobre representaciones de las pulsiones en la frontera preconsciente e inconsciente. La represión es fallida por naturaleza y es el proceso fundante del aparato psíquico. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de una pulsión (susceptible procurar por sí misma placer) ofrece peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

“La teoría de la represión es la piedra angular sobre la que reposa todo el edificio del psicoanálisis” (Freud, 1914, p.54). La represión se impuso como hecho clínico desde los primeros tratamientos de histéricos, en los que Freud constata que los pacientes no tienen a su disposición recuerdos que, no obstante, conservan toda su vivacidad cuando son evocados de nuevo: “se trataba de cosas que el enfermo quería olvidar y que intencionadamente

mantenía, rechazaba, reprimía, fuera de su pensamiento consciente".(Freud,1893, p.89)

La noción de represión, captada aquí en su origen aparece desde un principio como correlativa de la de inconsciente (la palabra reprimido será por mucho tiempo para Freud, hasta concebir la idea de defensas inconscientes del yo, sinónimo de inconsciente). Durante los años 1911 – 1915; Freud se dedicó a exponer una teoría articulada del proceso de la represión, distinguiendo en él diferentes tiempos

En su artículo La represión (Die Verdrängung, 1915) Freud distingue en la represión tres tiempos. El primer tiempo sería "*represión primordial o primaria*", consiste en que la agencia representante de la pulsión se le deniega el acceso a la conciencia, estableciéndose así una fijación en lo inconsciente. Y a partir de ese momento la agencia representante de la pulsión (ARP) permanece inmutable y la pulsión sigue ligada a ella. El segundo tiempo "*represión propiamente dicha o secundaria*" recae sobre los retoños (representaciones sustitutivas que están preconscientes y se asocian a investiduras inconscientes, de la ARP reprimidas). Tales representaciones experimentan el mismo destino de lo reprimido primordial; en este sentido la represión es un esfuerzo de energía, puesto que lo reprimido primordial atrae todo aquello que es repelido de la conciencia. La represión secundaria actúa por sustracción de investidura. Por último el tercer tiempo, es el "*retorno de lo reprimido*" .en forma de sueños, síntomas, actos fallidos, etc., es decir los retoños de lo inconsciente; esto se produce por desplazamiento, conversión, etc. Proceso en virtud del cual los elementos reprimidos, al no ser nunca

aniquilados por la represión tienden a reaparecer y lo hacen de un modo deformado, en forma de transacción.

La represión tiene lugar en las tres neurosis de transferencia, en la frontera de los sistemas preconscious e inconsciente; consiste en una retirada de investidura preconscious y es asegurada por un tipo de conrainvestidura.

En la histeria de angustia, que es un mero intento de huida, la conrainvestidura es la representación sustitutiva, especialmente en la tercera fase sobre el entorno de la misma para domeñar el desprendimiento de displacer, como "alerta" y "atención". El objetivo de la represión en las tres fases de la histeria de angustia, es reemplazar el verdadero objeto, hay una sustitución por desplazamiento.

Primera fase: la angustia surge sin que se perciba a qué. Dentro del inconsciente existía una moción pulsional que demanda pasar al preconscious, pero la investidura de este sistema se retira al modo de un intento de huida y la investidura libidinal inconsciente es descargada como angustia.

Segunda fase: la investidura preconscious fugada, se volcó a una representación sustitutiva (angustia) y es ahora para el preconscious una conrainvestidura, ya que no permite que la moción salga del inconsciente.

Tercera fase. El objetivo es inhibir el desarrollo de la angustia que parte del sustituto. Así para alcanzar su meta, se llega a la huida (fobia), evitación destinada a excluir el desprendimiento de angustia. Es decir, que en la formación de la fobia, el éxito alcanza su finalidad con la inhibición del afecto de displacer por medio de una renuncia, de un intento de huida. El propósito de la represión es siempre la evitación de un displacer.

Regresión

La regresión se efectúa a lo largo de una sucesión de sistemas psíquicos que la excitación recorre normalmente según una dirección determinada.

En *La interpretación de los sueños* (1900) Freud introduce el concepto de regresión para explicar un carácter esencial del sueño. En el capítulo VII se lee: “El proceso onírico emprende entonces el camino de la regresión, (...) obedece a la atracción que sobre él ejercen grupos anímicos que en parte existen sólo como investiduras visuales, no como traducción a los signos de los sistemas que vienen después”;(1900, p.554); los pensamientos del sueño se presentan principalmente, en forma de imágenes sensoriales que se imponen al sujeto en forma casi alucinatoria.

En los *Tres ensayos sobre la teoría sexual* (1905), si bien no aparece el término regresión, se encuentran indicaciones referentes a la posibilidad de un retorno de la libido a vías laterales de satisfacción y a objetos anteriores. Fue necesario que se descubriera progresivamente (durante los años 1910 – 1912) las fases del desarrollo psicosexual infantil, que se suceden en un determinado orden, para poder establecer el concepto de una regresión temporal. Así por ejemplo, en *la predisposición a la neurosis obsesiva* (1913), Freud distingue los casos en los que “(...) la organización sexual en la que reside la predisposición a la neurosis obsesiva no ha sido nunca completamente superada una vez establecida... (Y los casos en los que)... dicha fase fue propiamente reemplazada por la fase siguiente de organización, y más tarde reactivada por regresión a partir de esta última”

Detrás de la regresión se ocultan los problemas de la fijación y de la predisposición. Se puede decir en general que la regresión remite al pasado hasta un lugar de fijación bien en el desarrollo del yo, bien en el desarrollo de la libido; ese lugar representa la predisposición. Es este, por tanto el factor más determinante, aquel que proporciona la decisión en la elección de la neurosis.

Los síntomas crean sustitutos para la satisfacción frustrada y lo hacen por medio de una regresión de la libido a épocas anteriores del desarrollo en la elección del objeto o en la organización. El neurótico quedó adherido a algún punto de su pasado, así el síntoma repite de algún modo aquella modalidad de satisfacción de su temprana infancia, desfigurada por la censura que nace del conflicto psíquico.

Freud observa que "(...) en la histeria hay ciertamente una regresión de la libido a los objetos sexuales incestuosos primarios, lo cual se comprueba con regularidad, mientras que no existe una regresión a una fase anterior de la organización sexual" (1915, p.355).

Freud insistió a menudo en el hecho de que el pasado infantil del individuo persiste siempre en nosotros: "Los estados primitivos pueden siempre volver a instaurarse. El psiquismo primitivo es, en sentido pleno, imperecedero".(1915, p.337). El resurgimiento del pasado en el presente se caracteriza además por la noción de compulsión a la repetición.

Complejo de Edipo e identificación

Freud estudió en el niño la estructuración del complejo de Edipo y su represión como consecuencia del complejo de castración, lo que da lugar, a

través de la identificación con el padre, a la formación del superyó. En el caso de la niña observa igualmente la formación del superyó y el período de latencia que le sucede. También le atribuye a la niña un complejo de castración y una organización fálica de la libido aunque, en función de la diferencia sexual anatómica y su interpretación de la misma se manifiesta de una manera diferente que en el niño

El complejo de Edipo es un conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada positiva, el complejo se presenta como en la historia de Edipo Rey; deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. En su forma negativa, se presenta a la inversa; amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. Estas dos formas se encuentran, en diferentes grados, en la forma llamada completa del complejo de Edipo.

La identificación es un proceso en el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. Dicho proceso ha adquirido en la obra de Freud el valor central que, más que un mecanismo psicológico entre otros, hace de él la operación en virtud de la cual se constituye el sujeto humano. Esta evolución cursa paralelamente al hecho de situar en primer plano el complejo de Edipo en sus efectos estructurales, así como a la modificación aportada por la segunda teoría del aparato psíquico, en la cual las instancias que se diferencian a partir del ello son definidas por las identificaciones de las cuales derivan. Los efectos

del complejo de Edipo en la estructuración del psiquismo se describe en términos de identificación: las catexis sobre los padres son abandonadas y sustituidas por identificaciones. En el Edipo, Freud muestra que estas identificaciones forman una estructura compleja, en la medida que el padre y la madre son, a la vez objeto de amor y de rivalidad.

Sin embargo, la identificación fue utilizada anteriormente por Freud, sobre todo en relación con los síntomas histéricos. Los hechos llamados de imitación, de contagio mental, los explica por la existencia de un elemento inconsciente común a las personas entre las que se produce el fenómeno: "(...) la identificación no es una simple imitación, sino una apropiación basada en la presunción de una etiología común; expresa un "como si" y se refiere a un elemento común que existe en el inconsciente".(1900, p.155-156). Por último, Freud observa que pueden coexistir varias identificaciones: "(...) el hecho de la identificación autoriza quizás a un empleo literal de la expresión; pluralidad de las personas psíquicas". (1902, p.211).

Posteriormente la noción de identificación se enriqueció con diversas aportaciones. Si nos detenemos en aquellas que tienen que ver con la estructura del síntoma anotaremos que en "Duelo y melancolía" (1917) Freud muestra especialmente su función en la melancolía, en el cual el sujeto se identifica según un modo oral con el objeto perdido, por regresión a la relación objetual típica de la fase oral.

La exposición más completa del concepto de identificación se encuentra en el capítulo VII de Psicología de las masas y análisis del yo (1921), donde

distingue tres modos de identificaciones: Especialmente las dos últimas interesan a la formación de síntoma:

1. *Forma originaria del lazo afectivo con el objeto.* Se trata de una identificación preedípica, marcada por la relación canibalística, que desde un principio es ambivalente;
2. *Sustitutivo regresivo* de una elección objetal abandonada;
3. *Querer o poder ponerse en la misma situación:* en ausencia de toda catexis sexual del otro, el sujeto puede, no obstante, identificarse a éste en la medida en que tienen un elemento en común.

Angustia

Asimilada a “algo sentido” del orden del displacer, es para Freud un afecto provocado por un aumento de excitación que tendería a aliviarse a través de una acción de descarga. Es una experiencia psíquica con manifestaciones somáticas concomitantes. Un estado en el que el sujeto detecta la presencia de un peligro no identificable, ni referible a un objeto de la percepción.

La angustia fue señalada por Freud en sus primeros escritos teóricos como la causa de los trastornos neuróticos. Así, en una carta a W. Fliess de junio de 1894 (Los orígenes de psicoanálisis 1950). Freud imputa a la angustia de sus neuróticos en gran parte a la sexualidad: “Al principio, me empeñaba

por falsos caminos. Me parecía que la angustia que sufrían los enfermos no era sino la continuación de la angustia experimentada durante el acto sexual, por lo tanto, de hecho, un síntoma histérico”.

En esa carta dedicada a “¿Cómo se genera la angustia?” se afirma que “la angustia surge de la transformación de tensión acumulada”, y esta tensión puede ser de naturaleza física o psíquica. Dice, “en la histeria, una excitación psíquica forma un mal camino y conduce a reacciones somáticas”, mientras que “una tensión física que no puede descargarse psíquicamente” operaría en la neurosis de angustia (1950, p.234). Esta primera teoría está enmarcada dentro de las neurosis actuales, donde la angustia representa una manifestación psíquica de un evento somático; es la energía sexual somática no descargada que se transforma en angustia. Por tanto, la angustia es la manifestación de la libido acumulada a causa de la represión. Con lo cual esa libido estancada lograría una cierta salida y el sujeto un determinado alivio, a través de la angustia.

Después, en 1926, en "Inhibición, síntoma y angustia", escribe: “Antes yo consideraba la angustia como una reacción general del yo sometido a condiciones de displacer”. Y vuelve sobre esta concepción señalando estos dos límites: a) establece entre la angustia y la libido sexual una relación particularmente íntima; b) considera al yo como sólo y único lugar de la angustia. Desemboca en una nueva definición de la angustia, en la que distingue dos niveles: en el primero, “es una afecto entre sensación y sentimiento, una reacción a una pérdida, a una separación” (Ibíd.). Es esta parte de la angustia que Freud califica de “originaria”, la que sería producida

por el estado de desamparo psíquico del lactante separado de la madre, “que satisface todas sus necesidades sin demora” (Ibíd.). En el segundo nivel, la angustia es un afecto señal, como reacción al peligro de la castración, tiempo “en que el yo del sujeto intenta sustraerse de la hostilidad de su superyó” (Ibíd.). Se trata aquí, para Freud de la angustia que sobreviene en un sujeto “en el momento de la fase fálica” (Ibíd.)

La angustia aparece ante una situación de peligro que se refiere a una separación una pérdida o una ausencia. Ahora tiene un contenido, una representación psíquica. El contenido está relacionado con los deseos incestuosos y con la prohibición paterna: amenaza de castración. La angustia hace a la estructuración psicológica del sujeto.

Vemos que a partir de 1926 hay un cambio, que no implica un abandono absoluto de la teoría anterior; esa angustia que ahora aparece en el yo está ligada a los mecanismos de defensa; es la llamada angustia señal que pone en guardia al yo y hace que este reaccione frente a un peligro real o fantaseado. Aparece la angustia como causa de la represión, es decir, es la angustia la que pone en marcha los mecanismos psíquicos destinados a que el sujeto desconozca aquellos deseos que suscitarían un peligro.

La primera teoría de la angustia está ligada a la primera tópica del aparato psíquico, consciente, preconsciente, inconsciente; en cambio la segunda teoría está ligada a la segunda tópica y al punto de vista estructural, o sea, al reconocimiento de tres instancia psíquica; ello, yo, superyó.

Relacionando los término angustia y síntoma, sin duda es la fobia la que explica mejor las relaciones entre la angustia y el síntoma, en cuanto este

último, si realiza la transacción satisfactoria entre la reivindicación pulsional y la organización yoica, contribuye a ligar toda la energía libidinal, con lo cual vuelve innecesaria la manifestación de angustia. Y además en el caso privilegiado de la fobia, el síntoma incluye aún la inhibición: bajo el efecto de la censura, consiste entonces en un desplazamiento del afecto ligado a la representación reprimida sobre otra representación más anodina que, a su vez, ve vedado su acceso a la conciencia por la acción de un proceso inhibitor. Así por ejemplo, en el caso de Hans, publicado por Freud en 1909, la incomprendible angustia ante el caballo es el síntoma, y la incapacidad de caminar en la calle, el fenómeno de inhibición que Freud define como “una limitación que el yo se impone para no despertar el síntoma de angustia”.

La angustia más que remitir a una cantidad de libido, sin empleo, continuará indicando la proximidad de un peligro exterior del que el sujeto (el yo) trata a partir de esa indicación, de preservarse, reprimiendo las mociones pulsionales (las mociones del ello). Tal es, la conclusión de Freud al continuar con el análisis de la fobia. Siguiendo con el caso Hans, se trata de un verdadero peligro exterior, y la angustia se revela bien real; si el pequeño suspende a tal punto las exigencias de su libido, y en particular el amor que siente por la madre (lo que da lugar a una angustia neurótica), es porque ese estado de tensión interna evoca otro peligro por el cual el niño se cree amenazado si sigue ligado de esa manera a la madre: el peligro de castración, de la pérdida del pene. La importancia de este caso es que es la primera vez que analiza a un niño y hace una homología entre Histeria de angustia = fobia.

El caso Hans según los conceptos descriptos

De la descripción realizada de los conceptos principales teorizados por Freud en la etiología de la histeria de angustia y luego del análisis del caso Juanito arribamos al siguiente balance. Juanito se niega a salir a la calle porque le dan miedo los caballos, este miedo al caballo sería el síntoma, y a la incapacidad de salir a la calle, un fenómeno de inhibición, una restricción que el yo se impone para no despertar el síntoma de *angustia*.

Luego de que Freud realiza una observación más precisa describe que no se trata de un miedo indefinido de Juanito a los caballos, sino de un temor angustioso a que un caballo lo muerda. El pequeño dominado por el *complejo de Edipo*, se encuentra en una situación de celos y hostilidad con respecto a su padre, al que, sin embargo, quiere entrañablemente. Nos encontramos ante un conflicto de ambivalencia: amor y odio hacia una misma persona. Podríamos suponer que la *identificación*, ser como el padre, podría estar en el amor. Por lo tanto su fobia tiene que ser una tentativa de solución de este conflicto. En el caso de Juanito el impulso que sucumbe a la represión es un impulso hostil (*pulsión*) contra el padre. El análisis le aporta a Freud la prueba correspondiente al investigar el origen de la idea del caballo agresor. El pequeño había visto una vez caerse un caballo y en otra ocasión, caerse y herirse a uno de sus amigos que jugaba a los caballos. Deseo de que su padre se cayera y se hiriese como el caballo y su amiguito. Circunstancia enlazada con un viaje del padre, hace sospechar un deseo de desaparición de éste, es decir, al impulso asesino del complejo de Edipo.

Al pequeño se le atribuye una neurosis por la reacción de sustitución del padre por el caballo. Este desplazamiento es lo que puede calificarse de síntoma y lo que constituye el otro mecanismo, que permite la solución del conflicto por ambivalencia sin el auxilio de la formación reactiva.

El impulso instintivo reprimido en Juanito es un impulso hostil contra el padre, que queda reprimido por el proceso de transformación en su contrario. En lugar de la agresión contra el padre surge la agresión del padre contra la persona del sujeto. Como la fase sádica de la libido integra de por sí tal agresión no precisa ya esta última, sino de un cierto descenso al grado oral, que en Juanito aparece indicado por el temor a ser mordido (*regresión*). Pero el análisis le permite fijar que simultáneamente ha sucumbido a la *represión* otro distinto impulso pulsional de sentido contrario: el amoroso pasivo hacia el padre; impulso que había alcanzado ya el nivel de la organización genital (fálica) de la libido.

Freud reconoce que la formación de la fobia de Juanito ha suprimido también la carga de libido correspondiente a la madre como objeto amoroso (identificación con el padre). Se trata de un proceso de represión que recae sobre casi todos los componentes del complejo de Edipo, es decir, sobre el impulso hostil y el amoroso hacia el padre y el amoroso hacia la madre.

El motivo de la represión se ve confirmada por su actuación por el curso que toma en el niño. Este desarrollo es el miedo a una inminente castración, por la cual el pequeño abandona la agresión contra el padre. Su miedo a que un caballo iba a morderle, se completa afirmando que era miedo a que un caballo le mordiese en los genitales, arrancándoselos, es decir, castrándole.

Este miedo a la castración es el motivo de la represión. Las ideas angustiosas de ser mordido por un caballo es sustitutivo de ser castrado por el padre, idea que es la que ha experimentado la represión. Es la expresión de una reacción que transformo el impulso agresivo en lo contrario. Pero el afecto angustioso de la fobia, que constituye la esencia de la misma no procede del proceso de represión ni de las carga de la libido de los impulsos reprimidos, sino de la instancia represora misma

Conclusiones

Entonces pulsiones, represión, regresión, angustia, Complejo de Edipo e identificaciones permiten especificar que entiende el psicoanálisis por síntoma y en este caso por Histeria de Angustia y Fobias. También permite relacionar y distinguir a estas respecto de la Neurosis de Angustia y Neurastenia.

Eso diferencia a estas estructuras clínicas de los Trastornos de Ansiedad del DSM, que como se verá, entienden de otra manera al síntoma. *Hay en el Psicoanálisis y el DSM, sostenemos, dos estructuras del síntoma diferentes.* Las satisfacciones pulsionales especialmente, los tipos de represión, la clase de regresión, las diversas fijaciones, permitirán precisar la estructura del síntoma en psicoanálisis. Como se verá, para definir el síntoma en el DSM serán otros los criterios. Y especialmente extraño a dicho sistema será la idea del síntoma como ligado a una satisfacción pulsional.

CAPITULO III

Vigencia de las teorizaciones freudianas en autores contemporáneos

Tomaremos un pequeño desvío que permita mostrar de que manera siguen vigentes en el Psicoanálisis actual los esclarecimientos freudianos y también algunos de los problemas abiertos por los mismos. Pero ese desvío no será extraño a los objetivos de esta investigación. Permitirá mostrar otros aspectos de las fobias y de la angustia que interesan a dichos objetivos.

Fobia constitutiva

Freud sostiene luego de su análisis de la fobia del pequeño Hans, que las fobias se encuentran en la infancia como un *desarrollo casi necesario*, para constituir la estructura neurótica. Reiteremos que en "Inhibición, Síntoma y Angustia" al definir el síntoma fóbico, da la fórmula mínima por la que el sujeto se precipita en la neurosis: "...un solo y único rasgo hace una neurosis, la sustitución del padre por el caballo". Habría un desplazamiento y una regresión de lo fálico a lo oral. Se trata de una sustitución de un significante por otro, que cambia la configuración imaginaria del peligro de ser castrado, lo que introduce al sujeto en la neurosis a través de una fobia. Otros autores contemporáneos, como Mario Levin, (1981) retoman este punto y sostienen más enfáticamente que la *fobia muestra un momento o fase por la que todo neurótico atraviesa*, donde el lenguaje simboliza, algo de la sexualidad; la fobia como una operación significativa causada por la angustia de castración, que anuda los tres registros de la estructura subjetiva: "... la incidencia en lo imaginario de lo real de la angustia, resulta por la operación simbólica de sustitución". Recuerda Levin que Lacan, caracteriza este momento de la estructura como una "placa giratoria", que si bien no puede ser aislada desde el punto de vista clínico, es

una “figura clínicamente ilustrada, sin duda evidente, aunque en contextos infinitamente diversos”. (Levin,1981, p.10).

Goce, pulsión y angustia

Jean Berges, (1999) realiza un recorrido minucioso por las teorizaciones de Freud, con respecto a la fobia. Y luego se detiene en uno de los problemas que plantea el texto freudiano. En “Inhibición, síntoma y angustia”, señala Berges, Freud va a decir que la mayoría de las fobias remiten a una angustia del yo: es esta posición del Yo, la que constituye el elemento primario, y empuja la represión. Recuerda que Freud escribe allí, en el capítulo IV, que “La angustia no nace jamás de la libido reprimida” pero luego vuelve a dudar. A partir de otro caso clínico allí citado, el *Gingerbreadmen*, el hombre de pan de gengibre, donde aparece el goce de ser devorado, Bergés se detiene a discutir formulaciones freudianas sobre la angustia, que la ubican del lado de la pulsión y, a la vez, del castigo de la pulsión. Intenta recuperar esta ambigüedad y especialmente esa idea de que la angustia representa a lo pulsional, como la primer teoría de la angustia, a partir de la noción de goce en relación al cuerpo imaginario, planteando que la angustia tiene que ver con quedar reducido a ser solo ese cuerpo imaginario.

Neurosis de angustia, metonimia y padre real

Víctor lunger plantea con respecto a las fobias, la conveniencia de usar la categoría neurosis de angustia, para calificar a lo que habitualmente se suele denominar estructura fóbica, dejando a un lado la cuestión de si se trata o no

de una estructura equivalente a la neurosis obsesiva, histeria o fobia. Neurosis de angustia, debido a que lo dominante es la angustia como síntoma, como eje central, y cuya presencia no es sólo una cuestión fenomenológica, sino que delata algo del orden de la estructura. Esta angustia sólo a veces culmina en síntoma fóbico. Pero esto también ocurre en otras estructuras. Por otro lado, la presencia de la angustia es una presencia errante, es decir pasa de objeto a objeto, no pudiendo el sujeto suprimirla, fracasando una y otra vez. En segundo lugar, intenta diferenciar la estructura del síntoma fóbico, ya sea en la fobia, que insiste denominar neurosis de angustia, o en las otras estructuras, y sostiene que dicha estructura no es igual a la del síntoma histérico u obsesivo: no es metafórica. Partiendo de desarrollos de Lacan plantea que en la fobia existe una sustitución, pero es una sustitución metonímica. Es decir, no se producen los efectos que la metáfora produce, ni en la subjetividad ni a nivel de la retórica del Otro que habita al sujeto. No existe el plus de sentido, con lo que habitualmente el neurótico logra resolver muchas cuestiones.

El tercer planteo es en relación a la función del padre. Sostiene que existe una falla fundamental de la función del padre real como agente de la castración. Los enunciados de prohibición de este padre real, quedan reducidos a una dimensión puramente simbólica, hay una falla a nivel del acto, de la enunciación en relación a la ley. Esto tiene consecuencias directas en la clínica, tanto en relación al manejo de la angustia y la fobia en la transferencia, como en el papel de la interpretación y la función suplente del padre en la transferencia. La interpretación por sí misma, en su dimensión metafórica, no es suficiente para manejar ni la angustia ni el síntoma fóbico: hace falta algo

del orden del corte, de la dimensión de lo real de la presencia del analista, de lo real del padre en la operación analítica, De lo contrario, no es posible manejar en la transferencia la angustia, ya sea porque se precipita a las modalidades de pasaje al acto, o porque se sigue sosteniendo. La interpretación, sostiene lunger, muchas veces no es posible, lo importante es la operación de corte, una operación de corte que puede ser una frase que no es interpretativa en sentido estricto, sino en sentido bien restringido, efecto metafórico, también de corte.

Tipos de fobias, el cuerpo y el deseo de la madre

Otros autores, entre ellos Virginia Pezatti, además de considerar a la fobia como instituyente de la estructura neurótica, trabajan con dos tipos de formas de presentación de la fobia, en la clínica. Una, es el cuadro que se presenta donde la angustia es lo que prevalece, donde no hay casi posibilidades de que se constituya un síntoma con una construcción significativa. Esta sería la fobia como estructura, fobias graves como la agorafobia, donde aparece un objeto muy poco determinado. Se podría incluir dentro de la categoría freudiana de Neurosis de Angustia. La otra forma clínica serían los síntomas fóbicos, presentes en cualquier neurosis, (Hans).

En las fobias graves, encuentra como característica principal, el hecho de que la angustia no funciona como señal, en las crisis de angustia, (ataques de pánico) en donde se produciría un encuentro del sujeto con lo real, con pocas posibilidades de mediatización imaginaria simbólica. Lacan señala en el seminario "De un otro al Otro", "La fobia es una conjunción de la imagen del

cuerpo y el objeto a". Lo que parecería cuestionado en la fobia, sería esta imagen del cuerpo, este *Unwelt*. El cuerpo está constituido por el organismo, real que se completa con una imagen especular que va a organizar el narcisismo y a hacer que el cuerpo se sostenga. El espejo, es el lugar inaugural donde el niño sabe que tiene un cuerpo, ya que en ese momento del estadio del espejo, el niño recibe del campo del Otro, una imagen que le da la idea de que su cuerpo es uno. Esta experiencia del espejo, trata del investimento de la imagen especular que constituye el yo en yo ideal., tiempo fundamental de la relación imaginaria. Pero, no todo el investimento libidinal pasa a la imagen especular. Hay un resto. Ese resto es el falo, dado que en todo lo que es localización imaginaria, el falo se presenta como falta, (menos phi). En este mismo momento constitutivo, Lacan señala la emergencia del objeto "a". La angustia sería el momento en que, amenazando la estructura que mantenía separados al "a" y al "fi", aparece el "a" ocupando el lugar del "fi", cuya falta se vería impedida.

Señala Pezatti, que Lacan trabaja el fenómeno de la angustia, a partir de lo siniestro, porque el efecto de lo siniestro es un buen ejemplo de la aparición del "a" en el lugar del "fi". En este momento el sujeto se queda sin recurso imaginario, sin esa pantalla de narcisismo, sobre la cual busca enganchar su relación con el otro. La imagen no se sostiene, se pierde el amarre por el lado de la imagen.

Contrariamente, con lo que sucede en la estructura llamada normal, donde el registro de lo Imaginario aseguraría consistencia, en la fobia, este registro

aparece con muy poca consistencia, presentando una relación muy particular con lo Real.

Podría pensarse que en los sujetos fóbicos el deseo materno, no se ha mostrado suficientemente velado. En la relación originaria del niño con su madre, el adulto es el que renuncia al juego erótico con respecto al niño. Si esta abstinencia no reproduce, es probable que se tome al niño como objeto de goce. Lo que el Otro no posibilitaría es que se constituya esa reserva libidinal, aquella que no aparece en la imagen especular, esa reserva libidinal del sujeto, que indica que no es objeto de goce. Se puede suponer que el Otro del sujeto fóbico, dificulta la producción de esa falta, ese "fi", que autentifica la imagen como imagen.

Si comparamos lo teorizado por Lunger y por Pezatti, podemos establecer la relación entre lo que plantea uno y otro, con respecto a la función fallida de corte, con respecto al padre, y la ubicación del niño como objeto de goce, por parte de la madre.

Conclusiones

A modo de síntesis podríamos establecer, que en las teorizaciones de los distintos autores, hay ciertos conceptos fundamentales a destacar:

- 1- La fobia como fase de entrada en la neurosis, es decir como necesaria para la constitución de la estructura neurótica. (Levin)
- 2- Diversas relaciones entre fobia, goce y cuerpo. (Berges, Pezatti)

- 3- La falla fundamental de la función del padre como agente de la castración, falla que lunguer sitúa a nivel del acto, de la enunciación en relación a la ley del corte.(lunguer, Pezatti)

Lo desarrollado creemos que muestra lo fructífero de las concepciones freudianas, su vigencia. Nos muestra además que subsiste discusión sobre la nosología, como en lunguer y Pezatti, sobre la forma de entender la neurosis de angustia y las fobias en el teorizar y en la clínica actual.

Ahora bien, para esta tesis el énfasis del texto de Levín *hace aparecer la noción de fobia como estructura constitutiva, como momento de construcción de la subjetividad, es decir, algo más que un síntoma o estado patológico.* Encontramos aquí otro punto para comparar con los trastornos de ansiedad. Volveremos sobre este punto.

CAPÍTULO IV
Casos Clínicos

“El hombre del Panic Attack” (Fulco, 1999)

Un sujeto se presenta a la consulta con una serie de síntomas que él mismo caracteriza como “Panic Attack”: disnea, taquicardia, trastornos abdominales, mareos, cualquier dolor muscular, hipotensión. En el transcurso de las sesiones se hacen visibles ciertos elementos de su historia, que comienzan a relacionarse con los ataques de pánico. Posee una fuerte militancia católica; está casado, es poseedor de cierta seducción con las mujeres y además empujado por su deseo hacia ellas, incurre en faltas o infidelidades reales o fantaseadas, que lo precipitan a la confesión, en búsqueda de una penitencia para pagar por sus pecados; en estos casos se incrementan los ataques de pánico.

A lo largo de las sesiones relata el “pánico” que le tenía a su padre, que él representa como violento y mujeriego. Su madre vive un duelo interminable, por la muerte de su hermana, ocurrida cuando el paciente tenía dos años, y de la cual su padre lo señala como culpable y le anuncia su deseo de que él fuera el muerto. La hermana muere “ahogada” en brazos del padre, como consecuencia de un bronco espasmo. Justamente el ahogo es uno de los principales síntomas del paciente.

Cuando va desplegando en su decir las escenas de los ataques, se pone en juego un fantasma fálico. Los ataques suelen acompañarse cuando sobrevienen a la noche, de una erección.

La analista hipotetiza una identificación a la hermana muerta desde dos corrientes: porque es amada por el padre, y por la declaración del padre: “ojalá hubiera sido vos”. La identificación es por parte del sujeto, un voto de amor al

padre. En este caso esa identificación puede estar actuando en el sujeto, como posible, cuando se dirige hacia su deseo, o cuando éste es vivido como susceptible de condena. El sujeto sostiene al padre amado, en la medida en que realiza su voto. Cuadro clásico de lo que se describe como el amor de la histérica por el padre o por Dios. Luego de un año de tratamiento, el paciente ya casi no presenta síntomas.

El hecho de poder desplegar el síntoma, permite mostrar la singularidad propia del sujeto, su estructura neurótica en este caso, ya que los síntomas fóbicos pueden presentarse en otras estructuras. En este caso la autodenominación *Ataque de Pánico* facilita la represión de lo que el sujeto no quiere saber. Si se despliega análisis mediante, se comprueba la vigencia de los conceptos freudianos detallados en el capítulo II. También nos muestra como las manifestaciones del Ataque de Pánico corresponden a diferentes estructuras clínicas en psicoanálisis, en este caso a una fobia dentro de una histeria masculina. La categoría ataque de pánico, engloba a todos los sujetos sin distinción, se presenta de la misma manera y tiene un tratamiento basado en la desaparición del síntoma, sin tomar en cuenta sus causas ni su estructura, ni la historia del sujeto.

“El hombre que se curó con una fobia” (Mauas, 1990)

Este caso clínico fue presentado y comentado por un psicoanalista, Mauas, quien lo estudia del “British Journal of Psychiatry” de 1987 donde fue publicado como un caso de “asfixia masoquista con peligro de muerte”.

El paciente, un hombre de 35 años, casado y con dos hijos pequeños, pidió tratamiento cuando su mujer descubrió lo que él hacía: “tratar de asfixiarse tres veces por semana”. A la edad de 13 años, soñó que una serpiente lo tragaba y lo asfixiaba; el sueño se acompañó de excitación sexual y orgasmo. Trató entonces, de reproducir esa situación, colocándose el corsé de su madre y masturbándose. Como al contener la respiración aumentaba la intensidad orgásmica, comenzó a utilizar para tal fin, una bolsa de plástico con la que se cubría la cabeza. Cuando se decide a consultar, se vestía con ropas de mujer ajustadas, se colocaba una bolsa de plástico alrededor de la cabeza, que aseguraba con una media, y se ataba las muñecas con nudos corredizos. La excitación era mucho mayor ya que corría el riesgo de no poder quitarse la bolsa de plástico, lo que lo llevó más de una vez, al borde de la pérdida de conciencia. Tenía relaciones sexuales con su esposa, de escasa frecuencia, insatisfactorias y acompañadas por la fantasía de ser devorado. Las relaciones sexuales que mantenía con su amante, eran por el contrario, frecuentes, satisfactorias, y sin fantasías de ser devorado.

Desde un tratamiento conductual, se propone: estimular su funcionamiento heterosexual y ayudarlo a resistir sus impulsos de llevar al acto sus fantasías. El paciente y su mujer se mudan a un departamento familiar del hospital, y la relación con su amante es suspendida. Para ayudarlo a resistir sus impulsos de llevar al acto sus fantasías, se le sugiere una fantasía aversiva: como el paciente tenía una fobia a las avispas, una de las fantasías que se le sugiere es la de ser atacado por estos insectos en el trance de su masturbación. Otras por ejemplo, la de ser descubierto por sus hijos o por su

jefe. Otras estrategias fueron las de utilizar cassettes con las voces de enfermeras y médicos cuando el paciente se veía impulsado a actuar. A los siete meses de alta, luego de un período de tratamiento de seis semanas, tuvo una recaída y fue internado nuevamente. Luego de esto, las fantasías fueron disminuyendo hasta hacerse infrecuentes. Las relaciones sexuales con su esposa, aumentaron de frecuencia.

Este relato clínico nos interesa pese a no ser un Trastorno de Ansiedad, ya que muestra la vigencia de las teorizaciones freudianas sobre el síntoma aún en la cura conductista. También nos presenta este tipo de terapia que usa el DSM. Al modo de la terapia hipnótica, como cosmético, se tapa y se reprime el síntoma masturbación por medio de una fobia anterior, que funcionó como Superyó.

Como señala Mauas, al contrario de las hipótesis conductistas radicales, es decir más allá de la teoría que sostienen los propios terapeutas, se admite como necesario para el trabajo la presencia del fantasma, ya que se utilizan fantasías aversivas, en las cuales se observa: en una, su estructura edípica, ya que introduce al padre bajo la forma de ser descubierto por el patrón, o por los hijos, y en la otra se introduce un significante fóbico, las avispas. Según lo teoriza Lacan el significante fóbico, cumple la función de metaforizar el deseo de la madre, supliendo la función del Nombre del Padre. Las fantasías aversivas, son la mejor prueba de que nunca podría haberse sugerido cualquier cosa.

En cuanto al diagnóstico, a diferencia de los autores, Mauas argumenta la presencia de una neurosis.

Sr. Abel (Cazabat, E)

El Sr. Abel comenzó a sufrir de ataques de pánico poco después de cumplir 50 años. Este hecho sugiere a los terapeutas, una primera hipótesis de vinculación del síntoma con el ciclo de vida.

A partir de este momento, las crisis de pánico se volvieron contingentes con problemas laborales. De todas maneras, los ataques no afectaban la realización de sus actividades, lo que indica según los autores, que el síntoma no tiene una función sistémica de relevancia, y por lo tanto su remoción no provocará grandes alteraciones, ni grandes resistencias. Por último no parecía haber beneficio secundario aparente.

Desde un modelo sistémico las intervenciones fueron:

- 1- Psicoeducación, quitando de esta manera la carga emocional que el ataque de pánico conlleva (saber que, pese a "sentir que se muere" el paciente "sabe" que no se muere, le quita dramatismo a la escena, y por lo tanto el pánico deja de ser tal para convertirse en una molestia importante, pero molestia al fin)
- 2- Técnicas de manejo de Ansiedad (respiratoria, hipnosis y auto hipnosis) con el fin de disminuir intensidad de la respuesta fisiológica e interrumpir el circuito de retroalimentación.

3- TFT (Thought Field Therapy o Terapia de campo de pensamiento) para procesar el recuerdo traumático de los primeros ataques y manejar ansiedad anticipatoria frente a los próximos ataques.

No fue necesario intervenir con la familia directa o indirectamente, ya que no estaban involucrados en las “soluciones” que mantenían el síntoma. Con el curso del tiempo los ataques de pánico fueron disminuyendo en intensidad, duración y frecuencia hasta extinguirse casi naturalmente.

Sra. Alba (Cazabat,E)

Los ataques de pánico de Alba comenzaron cuando su matrimonio comenzó a andar mal, y a partir de allí continuaron de manera contingente con problemas matrimoniales. Esto nos indica una alta funcionalidad en el sistema familiar, y por lo tanto se puede anticipar una alta resistencia al cambio.

El síntoma altera totalmente su vida normal y la de su familia nuclear y extensa (suegra, por ejemplo se había involucrado totalmente en el tema, al punto de que la paciente no podía salir de su casa sin su compañía). El problema provocaba enfrentamientos con el marido. Estos son datos que apuntan en el sentido de la resistencia al cambio, desde el momento en que muchos actores se encuentran implicados en el circuito del ataque de pánico, en el que han ganado posiciones que difícilmente quieran abandonar voluntariamente.

El beneficio secundario era evidente, desde el momento en que, cualquier resolución de la crisis matrimonial quedaba aplazada por la “enfermedad” de la mujer, sintiéndose ella justificada de esta manera en su posición de

inmovilidad. Es decir, que todos los datos apuntaban a la dificultad de la resolución del caso. Por último, el marido se negaba a concurrir a cualquier forma de terapia, por lo que la maniobrabilidad del terapeuta se veía reducida a intervenir sólo sobre la paciente.

Las intervenciones desde un modelo sistémico fueron:

- 1- Psicoeducación sobre el mecanismo del ataque de pánico, para disminuir el temor intrínseco al ataque.
- 2- Aproximación más indirecta promoviendo autonomía, trabajando las desventajas del cambio (“si vos mejoras...qué pasará con el matrimonio?”).
- 3- Desafíos (“vos te estás sacrificando por la tranquilidad de tu marido, pues el sabe que, en medio de la crisis que atraviesan, siempre le vas a ser fiel,... pues acompañada por tu suegra no te queda otro remedio...”)
- 4- Ir despacio (frente a cada progreso, “no te apresures, te conviene ir despacio, pues las consecuencias de tus progresos pueden ser imprevisibles”). De esta manera se transformaba su progreso en algo voluntario, graduado a voluntad, y en consonancia con su deseo de preservar su matrimonio.

Todas las intervenciones estaban orientadas a promover su reacción en el sentido de atacar al síntoma y a su función sistémica. Poco a poco estas intervenciones fueron promoviendo la autonomía de la paciente (que por ejemplo, logró terminar una carrera universitaria que había abandonado hacia años), decreciendo los ataques de pánico, despejando de esta manera el

campo para enfrentar la crisis matrimonial desde una posición de paridad y de mayor fortaleza.

Conclusiones:

A modo de conclusión provisoria, podemos establecer que en todos los casos clínicos presentados, se trata de eliminar el síntoma, pero la diferencia está en como se realiza desde las diferentes teorías. El caso presentado por Mauas muestra que pese a las diferencias técnicas, la estructura psíquica real en juego es la misma. Desde el psicoanálisis, se parte desde el síntoma como una formación que está en relación con la vida actual y la historia del sujeto, con aspectos reprimidos de las mismas. Las terapias cognitivas también buscan la desaparición del síntoma, pero en este caso sin importar si existen o no factores inconscientes reprimidos. El matiz en el enfoque sistémico, está en que se interesan en lo actual del sujeto al considerar y operar sobre lo que llaman beneficio secundario o efecto sistémico. La vieja diferencia establecida por Freud en 1917 entre terapias sugestivas o hipnóticas y tratamiento psicoanalítico se muestra plenamente vigente.

Volveremos sobre este punto en las conclusiones, en tanto que retomaremos estos casos en los capítulos siguientes.

CAPITULO V

Los trastornos de Ansiedad en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

La operación diagnóstica.

El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en serie de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico.

En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. El clínico debe considerar que las personas con el mismo diagnóstico, son heterogéneas, incluso a los rasgos definitorios del diagnóstico. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. En el reconocimiento a la heterogeneidad de los casos clínicos, el DSM-IV incluye serie de criterios, en los cuales sólo se necesita presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general.

Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV. Algo de esto se observa en la diferencia de maniobras en el caso del Sr. Abel y en el de la Sra. Alba: que presentamos en el capítulo anterior al evaluar la existencia o no de la función sistémica, o lo que denominan beneficio secundario, (ausente en el Sr.

Abel y presente en la Sra. Alba) y que determina diferentes tácticas terapéuticas y una complicación mayor de la cura, en caso de estar presente.

La definición de trastorno mental que consta en el DSM-IV requiere que haya deterioro o malestar clínicamente significativos. Este criterio ayuda a establecer el umbral para diagnosticar un trastorno en casos donde su presentación sintomática (particularmente en sus formas más leves) no es inherentemente patológica y puede darse en individuos en quienes sería inapropiado un diagnóstico de "trastorno mental". Evaluar si este criterio se está cumpliendo, especialmente en términos de actividad, constituye un juicio clínico intrínsecamente difícil. Con frecuencia es preciso basarse en informaciones sobre la actividad del sujeto, recabadas de la familia y de terceras personas (además de las procedentes del individuo).

Sección Trastorno de ansiedad

En esta sección se describen los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo – compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo. Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado al principio de esta sección. Debido a que el trastorno de ansiedad de separación (que se

caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección “Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia”. La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección “Trastornos sexuales y de la identidad sexual”.

La crisis de angustia (panic attack): se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

La característica principal es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 min. o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Las crisis de angustia pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad (Ej.; trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo). Al determinar la importancia de la crisis de angustia en el diagnóstico diferencial de todos estos trastornos, es necesario considerar el contexto en que ésta aparece.

Existen tres tipos característicos de crisis de angustia, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales: crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), crisis de angustia situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales), y crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada.

El diagnóstico de trastorno de angustia (con o sin agorafobia) requiere la presencia de crisis de angustia inesperadas. Las crisis de angustia situacionales son más características de las fobias sociales y específicas. Las crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada son frecuentes en el trastorno de angustia, aunque también pueden aparecer en la fobia específica o social. El diagnóstico diferencial de las crisis de angustia resulta difícil si se tiene en cuenta que no siempre existe una relación exclusiva entre el diagnóstico y el tipo de crisis de angustia.

Los criterios para el diagnóstico son: aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso acompañado de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos;

- palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
- sudoración
- temblores o sacudidas
- sensación de ahogo o falta de aliento
- sensación de atragantarse
- opresión o malestar torácico

- náuseas o molestias abdominales
- inestabilidad, mareo o desmayo
- sensación de irrealidad o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- miedo a perder el control o volverse loco
- miedo a morir
- parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- escalofríos o sofocaciones

La agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o bien sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia. Esta ansiedad puede conducir a la evitación de múltiples situaciones específicas, como por ejemplo mezclarse con la gente, viajar, estar solo dentro o fuera de la casa, encontrarse en un ascensor.

El trastorno de angustia (panic disorder): se caracteriza por las crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. La frecuencia y la gravedad de las crisis varían ampliamente.

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia: se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin

antecedentes de crisis de angustia inesperadas. Existe el temor a la aparición de síntomas similares a la angustia o crisis con sintomatología limitada i o extremadamente embarazosas (pérdida del control de esfínteres urinario), pero nunca crisis de angustia completa.

La fobia específica: (antes fobia simple) se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad; esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Los adultos y adolescentes reconocen que este temor es excesivo e irracional, esto no sucede a veces con los niños.

La fobia social: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Los individuos experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (palpitaciones, temblores, sudoración, tensión muscular, enrojecimiento, confusión) en las situaciones sociales temidas, y, en los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios de crisis de angustia.

El trastorno obsesivo – compulsivo: se caracteriza por obsesiones y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad). Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad y malestar significativos. La compulsiones se definen como

comportamientos (lavado de manos, poner en orden objetos, comprobaciones) o actos mentales (rezar, cantar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es revertir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación.

El trastorno por estrés postraumático: se caracteriza por la re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debido al aumento de la activación (arousal) y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. El individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas, o bien el sujeto conoce a través de un familiar u otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas.

El trastorno por estrés agudo: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. Aparición de ansiedad, síntomas disociativos (sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de realidad que le rodea) y de otro tipo que tienen lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático. Al principio el acontecimiento traumático es revivido repetidamente mediante el recuerdo, sueño o pensamientos.

El trastorno de ansiedad generalizada: (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil). Se caracteriza por presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses, que se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultad

para controlar este estado de preocupación, la ansiedad y la preocupación es acompañada de inquietud, fatiga, dificultades para concentrarse tensión muscular y trastorno en el sueño.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental como el trastorno adaptativo con ansiedad, en el que el agente estresante está constituido por la propia enfermedad médica.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico. Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en que aparecen los síntomas (durante la intoxicación o la abstinencia) el trastorno puede incluir ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones y compulsiones.

El trastorno de ansiedad no especificado: se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder escoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno por ansiedad de separación: (que como dijimos se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las

figuras paternas) suele aparecer en la infancia. Se puede especificar trastorno de ansiedad por inicio temprano para indicar el inicio del trastorno antes de los 6 años.

Los síntomas y trastornos asociados son: los niños con este trastorno tienden a proceder de familias cuyos miembros están muy unidos, al alejarse de su hogar o de las personas con quien están más vinculados, pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultades para concentrarse en las tareas o el juego. En función de su edad, los sujetos pueden experimentar miedo hacia animales, monstruos, la oscuridad, ladrones, accidentes de automóviles y otras situaciones que son percibidas como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos. Los niños con este trastorno suelen ser descriptos como muy exigentes, intrusivos y precisando atención constante, algunas veces estos niños son descritos como cumplidores y dispuestos a agradar. Con frecuencia hay un estado de ánimo deprimido que puede persistir a los largo del tiempo, justificando un diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor. El trastorno puede preceder al desarrollo de un trastorno de angustia con agorafobia.

Los criterios para el diagnóstico son:

A- Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado.

B- La duración del trastorno es por lo menos 4 semanas.

C- El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D- La alteración provoca malestar clínicamente significativos o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes.

E- La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pos-psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Trastorno por aversión al sexo: El individuo sufre ansiedad, miedo o versión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo, algunos individuos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, incluso los besos y los contactos superficiales. La intensidad de la reacción del individuo al estímulo aversivo puede ir desde una ansiedad moderada y una ausencia de placer hasta un malestar psicológico externo.

Conclusiones

Se observa la clara utilización de criterios cuantitativos de gravedad para deslindar las diferencias entre trastornos y crisis (más o menos cantidad de síntomas, más o menos duración de los síntomas). Sin embargo esta división tiene algunos problemas. Por ejemplo ¿Por qué es más grave, y por lo tanto se acerca más al trastorno, tener palpitaciones y sensación de malestar torácico, que sólo tener palpitaciones aunque sean muy fuertes y muy rápidas, y por lo tanto más angustiantes, provocando más sufrimiento; por qué dos síntomas son más que uno?

Si tenemos en cuenta lo que suele aparecer en la clínica de la ansiedad o la angustia (Freud, 1894) no queda claro porqué, o con que criterios, otros síntomas se dejan fuera (por ejemplo: irritabilidad general, hipersensibilidad a los estímulos, ataques de hambre, diarreas).

Es decir, se observa una prolija diferenciación dentro de los trastornos, diferenciación que sin embargo nos oculta una lógica. ¿Por qué separar agorafobia de fobias, y, dentro de éstas, a la fobia específica y fobia social? ¿la agorafobia no es específica? Podríamos decir que lo que las diferencia es el tipo de objeto o estímulo que causa la ansiedad. Pero, entonces, ¿Por qué no multiplicar las categorías, perrofobia, gatofobia, aviónfobia, es decir un objeto, una fobia?

Creemos que como sostiene Eric Laurent (1989,95) en el DSM el empirismo a sustituido a la observación. Y respecto a este uso grueso de lo cuantitativo se puede suponer la lógica de lo que el mismo Laurent (1989, 114). denomina "clínica del medicamento".Volveremos en las conclusiones finales sobre esto.

CAPITULO VI

Psicología Clínica y Psiquiatría

Psicología Clínica.

Cognitivismo. Terapias del yo

El Cognitivismo se afianza fuertemente en el concepto de representación. Se llega a esta postura como consecuencia de la pugna entre el conductismo y la gestalt.

Los cognitivistas señalan que el problema básico está en la atribución que cada sujeto hace de una determinada percepción. Por ejemplo, cualquier persona puede tener una sensación física más o menos molesta en cualquier momento dado (palpitaciones, calambres, etc.) si bien la mayoría de los sujetos no conceden ningún tipo de significado a esta experiencia, otros interpretan esta sensación como una señal de alarma y una amenaza para su salud, lo que al ser percibido como un peligro provoca en el organismo una respuesta neurofisiológica con el consiguiente desencadenamiento de síntomas y signos propios de la ansiedad; de esta manera se cierra el círculo vicioso que desde el punto de vista cognitivo es capaz de perpetuar la angustia.

Las primeras publicaciones sobre psicoterapias cognitivas comenzaron a finales de los 50 y principios de los 60. Hay distintas formas de hacer terapia cognitiva, desde los primeros modelos de reestructuración cognitiva (A. Ellis y A. Beck), pasando por los cognitivos comportamentales y llegando a los más recientes, la propuesta construccionista (Bowlby, Mahoney y Guidano).

Tanto Beck como Ellis hacen hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque desde el inicio admitan que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento. Por otra parte

el pensamiento de un individuo refleja sus sistemas de interpretación del mundo, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas.

Victorio Guidano (1987) introdujo dos conceptos importantes, las teorías motoras de la mente y el conocimiento tácito. Las teorías motoras de la mente asumen que la mente no es un simple órgano de procesamiento de la información, sino un constructor activo de la realidad mediante sus interacciones con los estímulos que llegan y su interpretación y clasificación de los estímulos, basándose en una organización previa de constructos cognitivos. El conocimiento tácito consiste en reglas no verbales profundas y abstractas que organizan la percepción individual de sí mismo y del mundo. Guidano postula la existencia de una organización cognitiva personal y aplica este constructo al análisis de la organización cognitiva de distintos problemas psicológicos.

Albert Ellis

Desarrolló la "terapia racional" para capacitar a los clientes a reconocer esas distorsiones en el pensamiento. Esta terapia pronto se convirtió en la terapia racional emotiva y más recientemente en terapia racional emotiva conductual.

Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epicteto: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Sintética

y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B".

"A" (por "Activating Event") representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, etc).

"B" (por "Belief System") representa en principio el sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamiento, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, normas, valores, etc.

"C" (por "Consequence") representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

Este concepto se grafica así: $A \rightarrow B \rightarrow C$

Actualmente, en este modelo las relaciones se consideran más complejas que en el esquema original del ABC, siendo todos los elementos relacionados e interactuantes. En un análisis más profundo se explica que las relaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales como en el esquema anterior, pero que este es el modelo más básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos.

Una visión más completa de estas relaciones reconoce una múltiple interacción e influencias entre las "C", las "B" y las "A", tomando las más

actuales teorías sobre las emociones, la visión “constructivista” del conocimiento y otros temas.

Ellis hizo una distinción entre creencias “racionales” y creencias “irracionales”. Las primeras son útiles para ayudar a los individuos a obtener lo que quieren; en cambio las creencias irracionales son de naturaleza más dogmática y absolutista y pueden impedir o evitar que los individuos consigan lo que quieren.

Aaron T. Beck

Es un psiquiatra que primeramente fue psicoanalista al igual que Ellis. Beck inicia el desarrollo de la que denominó “Terapia Cognitiva” a principios de la década de los setenta; el modelo coincidía con el concepto de mediación cognitiva propuesto por Ellis en 1956.

“La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964). Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan dicha una situación. La situación en sí misma no determina directamente cómo se sienten, su respuesta emocional está mediado por su percepción de la situación.” (Beck, J., 1995. *Cognitive Therapy: Basic y Beyond*, p.14).

“La psicoterapia cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro es relevante e importante y

tiene efecto directo en como se sienten y actúan.” (Dattilio & Padesky, 1990, Cognitive Therapy with Copules, p. 6).

Las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos:

- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que constituyen activamente su “realidad”.
- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso del cambio.
- La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- El carácter educativo del proceso, capacita al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

Siendo “S” el estímulo o situación, “P” el sistema y procesamiento cognitivo (pensamientos) y “R” la respuesta o reacción. El modelo se presenta por la relación:

$$S \rightarrow P \rightarrow R$$

Las *reacciones* pueden ser emotivas, conductuales o fisiológicas.

Los *pensamientos automáticos* son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento,

sino que parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (“lo que me estoy diciendo a mi mismo) y/o visual (imágenes).

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias, estas son ideas que son tomadas por las personas como verdades absolutas.

Las creencias más centrales o *creencias nucleares* son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismo, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones.

Entre ambos niveles están las denominadas *creencias intermedias*, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos). Las creencias intermedias están constituidas por reglas (normas), actitudes y supuestos.

Las principales teorías de corte cognitivo – conductual y constructivista del trastorno de pánico se suelen agrupar en dos grupos:

Las teorías cognitivas – conductuales, destacan dentro de ellas tres teorías principales:

- Teoría cognitiva (Beck y cols. 1985; Clark y Salkovskis, 1987): Destaca el papel central de las interpretaciones catastrofistas de los síntomas corporales. La terapia básica sería llamada "prevención cognitiva"
- Teoría de la hiperventilación (Lum, 1974; Ley, 1987): El trastorno se produce por una respiración inadecuada como respuesta a los síntomas corporales con aumento del CO_2 y cambios del pH y nuevo aumento circular de los síntomas corporales. La terapia básica sería el entrenamiento en respiración lenta y las técnicas verbales.
- Teoría del condicionamiento interoceptivo (Barlow, 1988): Primero habría un desencadenamiento inicial espontáneo regulado por un mecanismo biológico. Después se produciría un condicionamiento interoceptivo posterior a señales internas.

Las terapias cognitivas conductuales consideran al trastorno de pánico como una especie de "fobia a estímulos corporales internos" que es menos predecible y que genera una mayor ansiedad anticipatoria que los temores externos. Además se consideran la combinación de factores biológicos, cognitivos (sistema de miedos de sistemas corporales), de condicionamiento interoceptivo y psicofisiológicos (hiperventilación).

Teorías constructivista. Dos enfoques, que a menudo aparecen combinados, son los más destacados:

- La teoría del apego de Bowlby (1973): La relación de apego temprana del niño con sus progenitores, basada en una relación de apego ansioso entre el progenitor – niño, predispone al pequeño, después adulto, a generar ansiedad intensa ante las señales de separación del progenitor o vínculo afectivo posterior con el que haya establecido una relación de apego ansioso.
- La teoría de Guidano (1994): El trastorno de pánico se asocia a la llamada organización fóbica del significado personal, de la relación entre el “mi” de la experiencia afectiva directa y en gran parte tácita – inconsciente y el “yo” que explica esta experiencia como signos de enfermedad física. Habría un vínculo temprano de apego donde el individuo habría tenido experiencias que habrían inhibido su conducta exploratoria (por sobreprotección o no disponibilidad de una figura de apego que la hubiera facilitado) y un apego ansioso a la figura de apego, que hace que el entorno y las propias sensaciones interna se vivan como peligrosas. El sujeto en el ámbito de experiencia tácita, experimentaría

oscilaciones emocionales entre la necesidad de explorar libremente y la percepción de peligro, buscando la protección del otro para manejar esta angustia. A nivel explícito, del yo que se explica su experiencia a sí mismo, por un lado se produciría un autoengaño – desconexión de las sensaciones de autonomía – exploración y la atribución del las oscilaciones emocionales a causas físicas. Esto permitiría al sujeto buscar figuras de apego que le protegieran de sus amenazas (incluidos los médicos y terapeutas). Las figuras de apego renovadas se constituyen así en nuevas oportunidades para reproducir o cambiar la propia organización del significado personal.

Procedimientos psicoterapéuticos cognitivos conductuales más recomendados en los trastornos de ansiedad

TRASTORNO	INTERVENCIONES
1) Fobia simple	Procedimientos de exposición a los estímulos fóbicos
2) Fobia social	Procedimientos de reestructuración cognitiva, relajación-desensibilización, entrenamiento en habilidades sociales y exposición a situaciones sociales
3) Agorafobia	Procedimientos de exposición a las situaciones evitadas o temidas
4) Trastorno de pánico	Procedimientos de relajación lenta, técnicas vagales, exposición interoceptiva y prevención cognitiva

- | | |
|----------------------------------|---|
| 5) Trastorno obsesivo-compulsivo | Procedimientos de exposición a temores subyacentes y terapia cognitiva con los esquemas de vulnerabilidad |
| 6) Trastorno por ansiedad | Procedimientos de terapia cognitiva, relajación generalizada y exposición a actividades temidas |
| 7) Trastorno por estrés | Procedimientos de exposición a recuerdos postraumáticos, señales, terapia cognitiva de reestructuración e inoculación al estrés |

Terapia sistémica

La Terapia Sistémica es una terapia que tiene en cuenta los contextos en los que se desarrolla el fenómeno observado, cualesquiera sean ellos: familia, escuela, trabajo, grupo de pares, empresa, etc. En particular, en la Terapia Breve Estratégica (conocida también por su lugar de origen como Terapia de Palo Alto) se parte de entender al “sistema” como aquella red de relaciones involucradas en el problema que el consultante trae a la consulta. Esto significa que no siempre la familia está presente (físicamente) en la consulta, y hasta a veces, ni siquiera está involucrada en el problema.

Principales características de la Terapia Breve Estratégica:

1- Es una terapia orientada principalmente al cambio, y para ello el terapeuta toma una parte activa en el proceso, diseñando una estrategia, es decir una serie encadenada de maniobras para ayudar al consultante a lograr el cambio anhelado. Esto no significa que el terapeuta empuje al cambio, sino que su acción, ya sea por medio de tareas, prescripciones, reformulaciones, desafíos, u otras herramientas, directa o indirectamente, intenta que el paciente encuentre su propio camino hacia el cambio.

2- La presentación de un problema en términos de categorías, tales como “es ansioso” o “tiene ataques de pánico”, aporta poca información, dado que la ansiedad o el pánico pueden tener diferentes significados para distintas personas, y, por otro lado, es imposible evaluar cualquier progreso (o retroceso). Por tal motivo, se expresan en términos de conductas concretas y observables los problemas presentados. Por ejemplo, se puede decir “frente a determinadas situaciones (por ejemplo, exámenes) el sujeto se pone ansioso de tal manera que no puede recordar lo que estudió”, o que “los ataques de pánico consisten en palpitaciones, sudoración y miedo a morir cuando el sujeto se siente sobreexigido por situaciones laborales”.

3- “Partimos de considerar la conducta problema en su contexto, es decir mantenida por acciones de individuos de un sistema (...) que al intentar resolver una situación difícil o molesta, las fijan (intentos fallidos de solución).” (Casabianca y Hirsch).(1989). Es el típico ejemplo de aquél que está sufriendo un ataque de pánico, y por ejemplo, alguien le dice “no es nada, ya va a pasar”, idea que es totalmente contrapuesta a su sensación de muerte inminente, lo que lleva a resaltar involuntariamente aún más sus síntomas de manera de resultar más convincente en su seriedad.

4- “El cambio de esa situación problema viene propuesto sólo por el/los individuo/s perturbado/s por esa situación, no desde la totalidad del sistema de relaciones que el terapeuta recorta como sistema/circuito de mantenimiento. Esto significa que el equilibrio logrado en las interacciones ha dejado de ser satisfactorio para uno o más individuos que se sienten obligados a modificar una situación problema, convirtiéndose en los potenciales agentes de cambio.

Desde el terapeuta, éstos serán considerados como el “subsistema de intervención o impacto”. (Casabianca y Hirsch). A veces sucede que quien consulta no es el que sufre el ataque de pánico, sino su mujer, que por ejemplo, no soporta más las restricciones a la vida social que esto le impone, o teme porque comienza a ver síntomas de ansiedad en sus hijos.

5- “Desde esta perspectiva, no sólo la motivación en el consultante es un requisito para poner en acción un cambio. También es necesaria la posición jerarquizada en el sentido de capacidad de influir de manera tal, que las motivaciones se hagan viables en la concreción de una diferente manera de funcionamiento del sistema de relaciones: “querer y poder” –que no son sintónicos- son las cualidades necesarias del subsistema de impacto (...)” (Casabianca y Hirsch). Así, los problemas que exceden nuestra área de competencia e influencia, ya no son problemas sino infortunios. En el ejemplo anterior, si la que consulta es la esposa del paciente, y el paciente no está dispuesto a la consulta psicológica, quizás la intervención se vea limitada a cómo puede la señora no ver restringida su vida social, o cómo proteger a sus hijos de este probable aprendizaje de la respuesta ansiosa, dado que quien tiene el poder sobre los ataques de pánico, no está dispuesto al tratamiento.

6- “...en las soluciones ensayadas por la gente, en los modos específicos con que intentan rectificar un problema, existe algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o exacerbación del problema. (...) Para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) que cuando no se soluciona la dificultad se aplique una dosis más elevada de la misma “solución”. (Fisch et

al.) Por lo tanto es de crucial importancia determinar cuidadosamente la solución intentada. Su importancia radica, en primer lugar, en la necesidad de desechar aquellas "soluciones" que no son eficaces. "Sin saber primero qué intentos han realizado sus clientes, el terapeuta puede encontrarse en la postura de sugerirles un curso de acción que ya había intentado". (Herr y Weakland) En segundo lugar, se puede llegar a descubrir que ya se está intentando una solución exitosa, y que sólo hay que apoyarla o alternarla.

7- Cada ser humano se caracteriza por la forma en que construye y organiza en particular los acontecimientos. Esa construcción, constituida por componentes cognitivos afectivos y conductuales, es una representación del mundo, un marco de referencia, que determina a su vez un abanico de conductas o causas de acción posibles del sujeto. Cuando como consecuencia de ese mapa el sujeto desarrolla conductas que, repetidamente, le ocasionan frustración, es el momento de cuestionarlo. Toda psicoterapia que se precie de eficaz, debe ser capaz de modificar el marco de referencia que el paciente construye para su problema, de tal manera que genere un contexto cognitivo, actitudinal y emocional en cual el problema pierda su razón de ser, desaparezca como tal (ya sea porque cambió la conducta del consultante, o porque cambió su interpretación de los hechos). Desde la perspectiva constructivista habitualmente utilizada en terapia sistémica y cognitiva, estos cambios de los mapas del mundo se utilizan a través de reencuadres, redefiniciones o reformulaciones.

Hasta aquí se ha desarrollado el modelo de Terapia Breve Estratégica. Sobre este marco, se pueden integrar otras herramientas o abordajes que potencian los resultados terapéuticos.

Los abordajes terapéuticos que en su práctica clínica Eduardo H. Cazabat integra son :(además de algunas más conocidas como la hipnosis, técnicas de relajación y de respiración):

TFT (Thought Field Therapy o Terapia del Campo del Pensamiento)

TIR (Traumatic Incident Reduction o Reducción de Incidente Traumático)

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing o Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares.

Estos tres abordajes fueron puestos a prueba en el año 1994 en la investigación denominada "Los ingredientes activos en el tratamiento del trauma" desarrollada por el Dr. Charles Figley. Los tres tratamientos arrojaron muy buenos resultados en el término de entre 4 y 8 horas de terapia. Se caracterizan por ser bastante diferentes de los abordajes tradicionales. Tanto el TFT como el EMDR consisten en una serie de estimulaciones kinestésicas, visuales y/o auditivas mientras el paciente está "sintonizado" con la situación problema. La estimulación permite un procesamiento de la información almacenada en las redes neuronales, resultando en la desensibilización de las situaciones traumáticas, la reducción de la ansiedad y una reestructuración cognitiva. El TIR consiste en un procedimiento repetitivo regresivo (que a veces conduce a catarsis intensas) y que permite ir aliviando la carga emocional negativa de los recuerdos, modificando de esta manera la actitud frente a las situaciones futuras.

Abordaje del ataque de pánico: Se considera que el Trastorno de Pánico afecta básicamente a cuatro áreas del individuo:

Área fisiológica

Área cognitiva

Área emocional

Área de las relaciones

Por lo tanto, una terapia eficaz del trastorno de pánico debe contemplar estas cuatro áreas, combinando adecuadamente las distintas herramientas con que cuenta el terapeuta. Esto significa que se debe realizar un diagnóstico apropiado del impacto que el trastorno tiene en cada área, y a partir del mismo seleccionar cuáles van a ser los objetivos elegidos y la forma de abordarlos en cada paciente en particular. Las intervenciones empleadas en cada área son:

- Para abordar el área fisiológica, se cuenta con técnicas de manejo de ansiedad (hipnosis, técnicas respiratorias, técnicas de relajación). Todas están orientadas a interrumpir la retroalimentación entre el componente fisiológico de la ansiedad (por ej. la tensión muscular) con el aspecto emocional (la ansiedad y el miedo), provocando lo que en terapia de conducta se denomina contracondicionamiento o inhibición recíproca (es decir, es imposible estar relajado y/o respirar normalmente, por un lado, y estar ansioso al mismo tiempo).

- En el área cognitiva se utilizan principalmente:

- La psicoeducación, se educa al paciente acerca de los mecanismos que desencadenan y mantienen los ataques de pánico. Esta información permite al

consultante reinterpretar sus síntomas, reduciendo de esta manera la ansiedad concomitante.

-También se utilizan registros de pensamientos, sentimientos, o hechos que anteceden en el tiempo al ataque de pánico. Las regularidades en este material proporcionan datos para la formulación de hipótesis acerca de cuáles pueden ser los disparadores de ataque, o en otros casos, distraen la atención del paciente de los síntomas hacia la observación, redundando en muchas oportunidades en una disminución de los mismos.

-Reformulaciones que reestructuran el mapa del mundo de consultante y que dan una sentido positivo al ataque de pánico (por ejemplo “cada vez que Ud. tiene un ataque de pánico, su cuerpo le está indicando que está sobrecargado de stress y que tiene que parar”) Vinculado de esta manera el objetivo que se propone lograr, dotado de un sentido positivo, el síntoma proporciona entonces un impulso y al mismo tiempo un indicador, para la consecución de las metas.

- Los síntomas emocionales (ansiedad, miedo angustia, etc.) son abordados muy eficazmente por medio de TFT, TIR o EMDR. Esta técnica logra desensibilizar los recuerdos traumáticos de los primeros ataques de pánico, así como neutralizar la ansiedad anticipatoria frente a las situaciones en que se desencadene el ataque de pánico.

- En el área del sistema de relaciones (qué conductas de los otros significativos ayudan a mantener el ataque de pánico) el terapeuta debe operar sobre todos aquellos que con sus conductas están manteniendo los síntomas. Para ello se debe bloquear la opinión de los terceros involucrados, connotándola positivamente (“cuando su señora le dice que no le pasa nada,

en realidad está expresando sus deseos de verlo bien, y no minimizando lo que Ud. siente...”) También se ayuda a cambiar el circuito que sostiene el problema proveyendo psicoeducación a la familia. Por último, si el terapeuta no puede llegar a vislumbrar que los ataques de pánico están cumpliendo una función homeostática en el sistema, debe orientarse a prever (al tiempo que utilizar) las consecuencias sistémicas de un cambio en los síntomas.

Psiquiatría

La ansiedad es una de las emociones humanas básicas, y suele manifestarse cuando nuestra integridad espiritual mental o física se ve amenazada. Se reconoce por su carácter desagradable, una suerte de “dolor emocional”, asociado a la percepción o el temor de un desenlace negativo en una situación incierta o de riesgo. La ansiedad suele manifestarse con inquietud, nerviosismo y aumento del estado de alerta. Es una emoción universal que prepara para responder mejor ante demandas externas o internas, por lo que, en analogía con las funciones del dolor en el plano físico, ella debe considerarse un fenómeno normal y adaptativo si las circunstancias y la intensidad con que se presentan son apropiadas. La ansiedad patológica puede reconocerse cuando los síntomas generan sufrimiento o discapacidad, ya sea por su excesiva intensidad o por la ausencia de un estímulo identificable para el cual sirva de mecanismo de adaptación. La ansiedad puede presentarse como síntoma, asociado a la mayor parte de la patología médica o psiquiátrica, o bien se configura como la manifestación central de un grupo de

trastornos emocionales (trastornos por ansiedad, descritos en el DSM IV y tal como fueron descritos en el capítulo V).

El primer requisito para el tratamiento exitoso de un paciente con TP (Trastorno de pánico) es establecer con precisión el diagnóstico de acuerdo a los criterios enumerados en el DSM (en contraposición al diagnóstico genérico de, por ejemplo “estado de ansiedad”). Luego se elabora, con la participación activa del paciente, un plan de tratamiento que considere, en conjunto con la indicación de psicofármacos, aspectos psicológicos, ambientales e interpersonales que suelen estar presentes, así como las características propias del individuo afectado.

En el siguiente cuadro, se describen los objetivos de un plan de tratamiento, en una primera fase; el énfasis está puesto en la erradicación, en lo posible completa de la tríada sintomática característica, y luego el tratamiento de los factores de riesgo que facilitan eventualmente recaídas. Se espera que la remisión de síntomas se produzca en la misma secuencia de su gestación, es decir, en primer término la disminución progresiva de la frecuencia e intensidad de las crisis de pánico, y en la medida que esto ocurra, también se alivian la ansiedad anticipatoria y las conductas fóbicas.

ERRADICACIÓN DE SINTOMA

- Crisis de pánico mayores limitadas
- Ansiedad anticipatoria
- Conductas de evitación fóbica

PREVENCIÓN DE RECAIDAS

- Factores de riesgo
- Síntomas residuales
- Comorbilidad
- Conflictos intrapsíquicos ambientales

El medio más eficaz para tratar las crisis de pánico, tanto mayores como limitadas, es un adecuado uso de psicofármacos. Las crisis limitadas (menores o "abortivas") se reconocen porque el paciente se refiere a ellas en términos de "pude controlarla". En comparación a la intensidad y dramatismo de las crisis mayores, estas últimas suelen pasar desapercibidas o se confunden con ansiedad anticipatoria. Son más frecuentes que los episodios mayores, y suelen dar cuenta de la persistencia de conductas fóbicas residuales. Dado que estas crisis deben responder al tratamiento farmacológico, constituyen un buen indicador para la adecuación de las dosis de medicamentos. Es importante la búsqueda sistemática de estos síntomas en sucesivos controles, a fin de posibilitar una recuperación completa. El principal factor que contribuye a la disminución de la ansiedad, es la menor frecuencia e intensidad de las crisis de pánico, como también la consiguiente mejor capacidad para enfrentar situaciones previamente temidas. A su vez, las conductas fóbicas responden a la progresiva y exitosa exposición a las situaciones o lugares antes evitados.

La larga duración del tratamiento está relacionada con el necesario proceso de recuperación sintomática y con el tiempo necesario para el

tratamiento de otros factores de riesgo. La comorbilidad del TP tiene relación con patología emocional y física; es frecuente la asociación con síntomas depresivos secundarios a las limitaciones que produce el TP, como también con episodios depresivos mayores.

En el siguiente cuadro, se enumeran los medios que están a disposición del tratante, y que deben ser tomados en consideración a fin de optimizar los resultados terapéuticos. En la experiencia de los psiquiatras, los dos primeros puntos, educación y farmacoterapia, son siempre necesarios y deben constituir la base de todo tratamiento. El énfasis inicial de compartir con el paciente información acerca de la condición que lo aqueja, permitirle expresar y dar respuestas a sus dudas, discutir en conjunto en que consistirá el tratamiento, qué se espera como resultado de éste y en qué plazo, permite desde la primera entrevista aliviar la habitual desesperanza de obtener mejoría que acompaña estos pacientes, disminuir sus aprensiones sobre posibles consecuencias negativas del uso de psicofármacos, y por último, comprender y aceptar que se encuentran aquejados de una enfermedad "legítima" que requiere un tratamiento con buen pronóstico.

Información y educación
Farmacoterapia
Terapia conductual
Psicoterapia

En relación a la terapia conductual, en la mayor parte de los pacientes es suficiente estimular en el curso del tratamiento, la autoexposición a las situaciones temidas y evitadas, sobre la base de que comprendan que los temores fóbicos se extinguen gradualmente, en la medida en que son confrontados en presencia de un tratamiento farmacológico eficaz, que evite la recurrencia de crisis de pánico.

CONCLUSIONES

Respecto del Cognitivismo, la primera observación nos indica la homología existente entre el nivel de su conceptualización y el nivel del diagnóstico del DSM; la teoría del funcionamiento psíquico y la clasificación de los síntomas parten de determinadas representaciones ("conocimiento tácito", "creencias irracionales", "creencias nucleares") y se detienen en ellas. Lo cual implica la existencia de representaciones inconscientes descriptivamente y dinámicas es decir, eficaces, tal como lo indica el título de un artículo "Procesos inconscientes: un constructo necesario en los modelos psicológicos actuales" (Barbenza, 1990) sobre el que volveremos en las conclusiones finales.

Los trastornos de ansiedad o las crisis se originan en ellas y hay que neutralizarlas o hacerlas desaparecer. El origen de esas creencias, especialmente en el cognitivismo conductual, no es investigado o se refiere en algunas teorías a una predisposición innata, genética, a la ansiedad, lo cual hace entendible la frecuente combinación de terapia cognitiva con el uso de la medicación. La psicología de la representación cortocircuita con la biología ("Teoría de la hiperventilación", "Teoría del condicionamiento interoceptivo").

Por otra parte, la vertiente constructivista se interesa en experiencias anteriores que han determinado la configuración de esa estructura de representaciones, se hace más psicológica y se liga a los fenómenos yoicos no solamente conscientes sino inconscientes. Debemos retomar esto en las conclusiones finales a fin de discutir su relación con las vertientes del psicoanálisis ligadas a la psicología del yo y las patologías del narcisismo.

Esta concepción del funcionamiento psíquico recorta una teoría de la estructura del síntoma como error, falencia, disfunción a corregir o suprimir y de allí el resurgimiento de las terapias hipnóticas o sugestivas prefreudianas con escenarios más modernos y de tecnología impactante como se observa en el caso del hombre que fue condicionado con su fobia infantil y medios electrónicos audiovisuales.

Como lo señala Héctor López (1-10:2005) aunque el neocognitismo llegue a plantear representaciones sin yo eso no ha afectado la forma en que se plantea la dirección de la cura en las terapias respectivas.

En el enfoque sistémico se observa un uso relativamente más crítico del DSM. Su teoría del síntoma tiene un sesgo más tradicionalmente conductista, menos predispuesta a abrir la caja negra de las variables intervinientes, al hacer hincapié en el medio, en el sistema externo que condiciona de diferentes maneras al síntoma. Este acento sistémico que reflota el concepto freudiano de beneficio secundario deberá ser puesto en relación con los desarrollos de la psicología del yo. Lo haremos en las conclusiones finales.

Respecto a la *Psiquiatría* parece probarse esa idea de que el DSM significa el desembarco de la psicología especialmente conductista en esa

práctica médica: desaparecen los cuadros de la psicología clásica, la riqueza de las descripciones de los maestros como Kräpelin, de Clérambault o Laségue. La lógica de la medicación se une armoniosamente con los desarrollos psicológicos del cognitivismo y el enfoque sistémico tal como lo hemos reseñado. La cura psiquiátrica entonces refuerza en la estructura del síntoma su aspecto disfuncional, lo que obliga a plantear su desaparición, su ocultamiento o al menos su desactivación. No subsiste ni siquiera aquella política de la clínica médica, que ve en el síntoma el indicio de algo distinto que no funciona, de una señal a ser interrogada y descifrada.

CONCLUSIONES FINALES

A-Sobre la clasificación de los síntomas.

Borrando diferencias.

Como señalábamos al finalizar el primer capítulo, la etiología de los cuadros clínicos permite diferencias nosológicas en Psicoanálisis, en tanto que en el DSM se tiene en cuenta de forma diferente.

Psicoanalíticamente hablando una misma manifestación fenoménica, angustia o ansiedad, puede implicar en principio dos estructuras distintas, Neurosis de Angustia e Histeria de Angustia (incluso tres si incluimos la Neurastenia), dos etiologías (o tres), dos tipos diferentes de enfoques terapéuticos. Pero esto va más lejos pues también incluye a las fobias y éstas desde el psicoanálisis pueden aparecer en distintas estructuras (neurosis, psicosis y perversión), y dentro de la estructura neurótica, la fobia como placa giratoria, según la describe Lacan, implica cualquiera de las tres neurosis. Si, además, retomamos la conclusión del capítulo tres también debemos incluir a la fobia como fase de entrada en la estructura de la neurosis. Todos estos cuadros, que desde el psicoanálisis es necesario identificar para que el analista pueda guiar sus intervenciones en cada caso, desde las terapias cognitivas y sistémicas que toman como base para elaborar el diagnóstico la clasificación establecida por el DSM, (Trastornos de Ansiedad) son englobados en una única categoría, estableciendo en consecuencia un mismo tratamiento para todas ellos. En donde el DSM unifica, totaliza, borra las diferencias (Trastornos de Ansiedad), el Psicoanálisis distingue y propone diferencias en la estructura de los síntomas y, también, en la dirección de la cura.

Pero el DSM establece también distinciones, que analizaremos enseguida, dentro de los Trastornos de ansiedad. Son, entonces, *dos maneras diferentes de clasificar una misma manifestación patológica real*.

¿Nuevas patologías?

Veámoslo mejor. Al acercarse a la descripción del cuadro del DSM IV que aparece como *panic disorder*, con sus correspondientes crisis –*panic attack*–, la referencia que aparece inmediatamente es el artículo de Freud sobre la *Neurosis de Angustia*, escrita en 1894, donde se establece y se describe ese cuadro. Aclara allí que es justamente la angustia, el síntoma principal que lo caracteriza. Como señalamos antes, al *ataque de angustia* lo ubica dentro de la neurosis de angustia que, junto con la neurastenia, forma parte de las neurosis que denomina “actuales”, para así distinguirlas de las psiconeurosis de transferencia (la obsesión y la histeria). Freud afirma que el estado de angustia que se mantiene las más de la veces latentes para la conciencia, puede irrumpir de pronto y provocar un ataque de angustia; es decir de pánico. Y así lo describe:

“Un ataque tal puede consistir en el sentimiento de angustia solo, sin ninguna representación asociada, o bien mezclarse con la interpretación más espontánea, como la aniquilación de la vida <caer fulminado por un síncope>, la amenaza de volverse loco; o bien el sentimiento de angustia se contamina con una parestesia cualquiera o, por último, se conecta con la sensación de angustia una perturbación de una o varias funciones corporales –la respiración, la actividad cardíaca, la inervación vaso-motriz, la actividad glandular-. De esta

combinación, el paciente destaca ora un factor; ora otro: se queja de espasmos en el corazón, <falta de aire>, <oleadas de sudor>, <hambre insaciable>, etc.; y en su exposición es frecuente que el sentimiento de angustia quede completamente relegado o se vuelva apenas reconocible como un sentirse mal, un malestar” (1894)

Esta enumeración se puede encontrar en el DSM IV, con lo cual queda refutada la idea de la clínica del DSM IV como una clínica del final del siglo XX, con categorías muy modernas. Se encuentra la misma descripción de estos síntomas en los inicios del psicoanálisis.

Otras formas de la angustia

Freud agrega lo que él considera un hecho interesante y de importancia diagnóstica: casi todo síntoma concomitante corporal puede constituir el ataque por sí solo al igual que la angustia misma. Son las distintas formas que puede tomar un ataque de angustia encubierto: como trastornos de distintas funciones corporales sin ningún registro del sentimiento de angustia.

Es esto lo que a veces se ignora, creyendo haber tenido éxito terapéutico en el dominio del pánico mediante un “guión más adecuado a la realidad” (ortopedia fantasmática, cognitivista – conductual) pero que deja al paciente librado a un deambular infinito por los consultorios de distintas especialidades médicas para el tratamiento de fenómenos corporales que no cesan, porque en realidad la angustia no ha cesado, sino que aparece solapada, “larvada” -dice Freud- en estos síntomas.

Diferencia en lo parecido

Continuando con la comparación de estas dos nosografías aparece una segunda diferencia. Freud propone en su escrito sobre la Neurosis de Angustia: que la causalidad de esta se relaciona con la vida sexual. Presenta una serie de doce factores que hacen a la “aparición y etiología de la Neurosis de Angustia”; todos ellos, al parecer excepto el último, están articulados directamente a la vida sexual. Dice entonces de este último (el doceavo): “La última de las condiciones etiológicas que nos proponemos mencionar no parece, al principio, ser de naturaleza sexual” (luego afirmará que sí lo es): “La Neurosis de Angustia surge también en efecto, en los dos sexos, como consecuencia de un surmenage o un esfuerzo agotador; por ejemplo, después de lavar la vajillas nocturnas, de una continuada asistencia a un enfermo, o incluso de una grave dolencia del propio sujeto”. (1894)

Lo que hallamos en el DSM IV, es decir, en los factores desencadenantes, es que sólo se toma allí este último punto que –aparentemente diría Freud- no es de naturaleza sexual. Diría entonces el manual: “la sobreexigencia, el estrés y los conflictos intrapsíquicos” son los “desencadenantes psicológicos”, sumándole a éstos los desencadenante físicos”: el exceso de actividad, el consumo de bebidas y sustancia adictivas o medicamentos de características ansiogénicas”.

Nueva clasificación y desaparición de patologías

El DSM IV, ubica una clínica que es una descripción de trastornos que pese a presentarse como a-teórica, aparece borrando la tradición y ciertas

cuestiones que son centrales para el psicoanálisis. Por ejemplo, en el DSM IV ha desaparecido la histeria, y aparece llamada como trastorno somatomorfo.

Pero también podemos observar que el DSM no sólo unifica en una sola categoría, lo que para el psicoanálisis corresponde a distintas estructuras y a distintos cuadros, sino que también intenta en algunos casos repartir algunos conceptos estadísticamente, anulando otros. Como ejemplo tomamos el concepto de depresión que es repartido entre diferentes trastornos y el de neurosis que es anulado en el DSM III. Al respecto Eric Laurent, realiza una crítica en su libro "Estabilizaciones en las psicosis" (1989). Señala que el momento de la clínica actual está dominado por el desmembramiento de las categorías de neurosis, psicosis y perversión, en favor de toda la amplia lista de síndromes reordenados en base a los medicamentos. La clínica psicoanalítica en cambio, ordenada siempre por los textos freudianos, requiere la necesaria referencia a estas categorías. ¿Cómo es esta lógica de los medicamentos? Eric Laurent ejemplifica con la imipramina. Ya que esta droga es eficaz tanto en la clásica psicosis maníaco depresiva, o en las esquizofrenias distímicas, como en los trastornos de alimentación y en los trastornos obsesivo compulsivos, no habría barrera entre psicosis y neurosis. Denomina a esto el nuevo consenso ordenado por la "lógica del medicamento"

La "lógica del medicamento" y lo cuantitativo en el DSM

En el capítulo quinto nos habíamos detenido en señalar, el papel de los criterios cuantitativos de gravedad, para deslindar las diferencias entre

trastornos y crisis de ansiedad. La mayor cantidad de síntomas o la duración de los mismos (más o menos cantidad de síntomas, más o menos duración de los síntomas). Señalamos que podría haber otras formas de gravedad, que fueran monosintomáticas y que no quedaba claro porque se dejaban afuera del cuadro de trastornos de ansiedad, ciertos rasgos de las crisis de angustia que aparecen en la clínica y que ya señalaba Freud en 1894. Por otro lado se multiplicaban las entidades y aparecía una relación que parecía significar una fobia nueva por cada objeto de angustia.

Conviene aquí volver al texto de Eric Laurent quien comenta lo que apareció unas semanas antes de su escrito en el *Time Magazine* donde se: (...) "publicaba la reseña de una sesión de establecimiento de la variante venidera del DSM III, a propósito del "masoquismo femenino". Las organizaciones feministas habían hecho saber que si el DSM III admitía la categoría de "masoquismo femenino", acudirían a la Corte Suprema de los Estados Unidos para que se declarara la inconstitucionalidad del DSM III. De ahí una negociación final que concluyó con la exclusión del "masoquismo femenino" y con la admisión de "componentes de autodestrucción". Si la sátira puede ser aquí oportuna, es porque en esta búsqueda patética de consenso el discurso de la ciencia es tres veces remedado. El consenso ocupa el lugar de lo universal, el empirismo el lugar de la observación, la norma estadística el lugar de lo verdadero. Lo que sale a la luz en este remedo es el discurso del Amo". (Laurent:1989:84-85).

Dos conclusiones, entonces. Por una lado, creemos que el uso de los criterios cuantitativos en el DSM para diferenciar los trastornos y las crisis tiene

que ver con esa "lógica del medicamento" en tanto que la inclusión o exclusión de diversos cuadros clínicos tiene como parte de sus fundamentos esa lógica química junto a los criterios extracientíficos propios de esa "búsqueda patética del consenso".

B. Sobre la teoría del síntoma

A partir del capítulo dos comenzamos a delinear la idea de que hay dos concepciones distintas del síntoma en el Psicoanálisis y en el DSM junto con el Cognitivismo, el enfoque Sistémico y la Psiquiatría.

Diferencia: el deseo y la pulsión

La diferencia es muy fuerte respecto a los aspectos pulsionales del síntoma y es menor respecto a los aspectos inconscientes del mismo. La brecha se vuelve a ensanchar cuando recordamos que para el Psicoanálisis, las fobias pueden ser un modo de constitución y consolidación de la subjetividad en la infancia, tal como lo recuerda el texto de Levín fundamentándose en Freud. Para el DSM el síntoma es solo y únicamente molestia, déficit, falla, disfunción que hay que tapar o sacar.

Tempranamente señala Freud que los síntomas son la vida sexual de los neuróticos y marca en su estructura una doble satisfacción: los deseos inconscientes y los opuestos de deseo como castigo, "autocastigo" escribe, lo que luego será la satisfacción del superyó. (1900: 561) La Psiquiatría, el Cognitivismo y la Teoría Sistémica tienen en cuenta solo este último aspecto del síntoma. Que este pueda manifestar la subjetividad, el deseo, de un modo

doloroso y salvaje, autocastigándose, es algo extraño a sus concepciones. De allí su apuro en borrarlo, sin interesarle otro modo posible de hacerlo que permita aprovechar de otra manera la dimensión deseante que implica.

Sin embargo hay un punto de acercamiento: lo que los terapeutas sistémicos definen como el beneficio secundario del síntoma, el valor sistémico del mismo. Aquí aparece la aceptación de que el síntoma implica una cierta satisfacción, un cierto goce pero como veremos en unos renglones más abajo, satisfacción que no tiene nada que ver con el deseo inconsciente ni la pulsión sino con los aspectos descriptivamente inconscientes del yo.

Cercanías: el inconsciente descriptivo y dinámico

"Conocimiento tácito", "creencias irracionales", "creencias nucleares" constituían en el capítulo VI los modos en que encontrábamos que el Cognitivismo daba un lugar a los fenómenos inconscientes eficaces. Mencionábamos un texto (de Barbenza, 1990) que planteaba la validez que los últimos trabajos cognitivistas reconocían a los procesos descritos por Freud en el texto de 1912 "Algunas observaciones sobre el concepto de inconsciente en psicoanálisis" De Barbenza señala, que la vertiente constructivista del cognitivismo reconoce la existencia del proceso primario como un modo "crudo" de procesamiento de información y, además, como esquemas que resguardan experiencias pasadas. Recordábamos como Héctor López (1-10:2005) detectaba que lo que denomina neocognitivismo llega inclusive a plantear representaciones sin yo.

Todo lo cual no permite una identificación total. Ese proceso primario reconocido no lo es como sistema con sus leyes propias (sentido más novedoso y específico que ha descubierto el Psicoanálisis tal como lo escribe Freud en el texto de 1912). Tampoco se reconoce que está constituido por representaciones de las pulsiones eróticas y de muerte. El inconsciente que reconoce el Cognitivismo se aproxima a un Preconsciente con representaciones sin marcas de sexualidad o muerte, un inconsciente más cercano a un yo, inclusive con pocos rasgos ligados al narcisismo. Lo cual nos acerca a otra relación posible entre estos cuerpos teóricos: las funciones del yo.

Cognitivismo, Teoría Sistémica y Psicología del Yo

Hemos señalado que la vertiente constructivista sí se interesa en experiencias anteriores que han determinado la configuración de esa estructura de representaciones, ese conocimiento tácito o creencias nucleares. Uno de los autores citados es Bowlby (1973) autor perteneciente al Psicoanálisis de la Psicología del Yo. Las fallas en el apego producirían deficiencias yoicas, déficit. Además recordemos como el enfoque sistémico utiliza teórica y prácticamente el concepto freudiano de beneficio secundario a fin evaluar el valor sistémico de un determinado síntoma, como se ve en los ejemplos del Sr. Abel y la Sra. Alba. Recordemos que el beneficio secundario remite al yo, a la narcisización del síntoma, al modo en que el yo erotiza el síntoma. Pero en estos dos enfoques no se hace mención en ningún momento, al beneficio primario del

síntoma. Como lo vimos mas arriba, para eso deberían aceptar la dimensión pulsional del mismo.

Creemos, entonces, que entre el Psicoanálisis de la Psicología del Yo hay una comunidad con estos enfoques cognitivo y sistémico y sus efectos en la dirección de los tratamientos.

C-. Sobre la relación teoría y terapia.

Antes de finalizar estas conclusiones, vamos a hacer referencia a los aportes de Dominique Laurent, realizados en el Boletín N°2 del foro de los Psi, de la Nueva Escuela Lacaniana.

Señala Dominique Laurent, que el cambio en el enfoque diagnóstico esta simbolizado por la publicación en 1980 del DSM III y en 1994 del DSM IV. La primera edición del DSM en 1952, representa el estado de la psiquiatría americana, luego de la Segunda Guerra Mundial, donde mostró limitaciones frente a los cuadros agudos de traumatismos psíquicos de soldados en el frente, antes de la llegada de psicofármacos que modificaron la práctica de los tratamientos psiquiátricos. Más tarde en los años setenta, surgen intensas críticas, que condujeron a una revisión del DSM y su adaptación a la clasificación de la OMS. Las críticas se referían a la dificultad de obtener diagnósticos confiables y válidos independientes de las diferentes teorías psicopatológicas. La falta de consenso en el diagnóstico de las patologías mentales, resulta de la diversidad de las doctrinas psiquiátricas y de un desacuerdo sobre las causas de las enfermedades. La única solución que aparece es la construcción de un lenguaje común, que apunta a la falla de

llegar al consenso diagnóstico a partir de las causas, de establecer un consenso sobre la noción de síndrome. A falta de consenso sobre las causas, son clasificados los síntomas, su duración y su intensidad.

Continúa escribiendo Dominique Laurent, que si el primer objetivo del DSM III era obtener un lenguaje común entre los investigadores y los clínicos, el DSM IV se presenta como un manual que puede servir como instrumento de enseñanza de psicopatología. Ya no es sólo un libro de clasificación.

He aquí la articulación que hemos ido detallando entre el DSM y la dirección de la cura ligada a las técnicas pre-freudianas con tecnología moderna. Pasa a ser un manual de psiquiatría al que se agrega una parte terapéutica que se desprende de cada diagnóstico. La descripción del síntoma es fáctica, y el diagnóstico determina una terapia estandarizada y un lazo cada vez más directo entre diagnóstico y medicación.

En este tipo de clínica se elimina toda referencia a los significantes propios del sujeto, al inconsciente, al goce. La diferencia expresada por Dominique Laurent, con respecto al psicoanálisis, es que el sujeto puede encontrar una esperanza de liberación de su propia historia sintomática, en un proceso que convoca al sentido, o al fuera de sentido del aparato del síntoma articulado al goce. La nueva clínica basada en los medicamentos y en las Terapias Cognitivo Conductuales, permite al sujeto librarse de toda explicación causal, de todo sentido. El sujeto del DSM IV, es un sujeto despojado de toda subjetividad, ya que el manual es accesible a todos, y hecho para todos. Los diagnósticos y las estrategias terapéuticas que se desprenden, son estándares; los medicamentos valen para todos, y la desregulación de su prescripción

hecha por cualquier practicante, lo confirma. El crecimiento de las TCC, es correlativo de esta perspectiva. Estas terapias pueden ser codificadas según estándares muy homogéneos, a aquellos que son utilizados por el DSM IV, y ser evaluados en términos pseudo científicos. La ventaja que en parte las sostiene, está basada en una lógica contable rentable, pues está codificada en términos de tiempo. Como indica su homónimo, Laurent Eric, lo cual remite al reembolso de los tratamientos. Recuerda en su texto que inclusive el 75% de los análisis en EE.UU. es reembolsado por los sistemas privados de seguridad social (1989: 94).

¿Tendrá esto algo que ver con los criterios cuantitativos de la duración de los síntomas en el DSM?

Bibliografía

- Beck, Aaron; Freedman Arthur. (1995). *Psicología Cognitiva de los Trastornos de personalidad*. Paidós.
- Beretta, Patricia (2000a) *Dos caminos hacia las fobias*. Comité de Investigación – Sección Núcleos Problemáticos. Facultad de Psicología UndMdP.
- Beretta, Patricia (2000b) *Dos caminos hacia las fobias (Ampliación)* Comunicación anual Jornadas Grupo de Investigación Teorías y Prácticas Psicoanalíticas, Facultad de Psicologías. UndMdP.
- Berges, Jean. (1999). *Cuando Freud habla de las fobias*. Revista de la Asociación Freudiana Internacional.
- Busch Jorge y Cosimi Alfredo. (1994). *Neurosis y toro*. Comunicaciones anuales II Jornadas del Grupo de Investigación Teorías y Prácticas Psicoanalíticas, Facultad de Psicología UndMdP..
- Cosimi Alfredo. (1997a). *El analista, la urgencia y el control de la sugestión*. Estudios psicoanalíticos en la Universidad, Homo Sapiens Ediciones. Rosario.
- Cosimi Alfredo. (1997b). *Neurosis, fantasmas y conductas*. Estudios Psicoanalíticos en la universidad, Homo Sapiens Ediciones, Rosario.
- de Barbenza, Claribel. (1990). *Procesos inconscientes: un constructo necesario en los modelos psicológicos actuales*. En *Boletín Argentino de Psicología*. Vol.III.
- DSM IV (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales*, American Psychiatric Association de Washington.
- Ellis, Albert. (1998) *Cómo controlar la ansiedad antes que controle a Ud.*, Paidós.
- Freud, Sigmund. (1986). *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs.As.
- Fulco, Nélica. (1999). *Panic Attack*. Lacano Rosario 1999.
- Jung, Victor. (1994). *Fobia o neurosis de angustia*. Ficha c-1000/70. Escuela Freudiana de Bs. As. Jornadas de la E.F.B.A. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1955 / 56). *Seminario IV, "Las relaciones de objeto"*. Paidós, Buenos Aires.

- Lacan, J. (1962 / 63). Seminario X, "La Angustia", Versión no autorizada.
- Lacan, J. (1968 / 69). Seminario XVI, "De otro al otro". Versión no autorizada.
- Laurent, Dominique. (2005). Del deseo de estandarización masiva. Boletín N°2. El foro de los Psi. Nueva Escuela Lacaniana.
- Laurent, Eric. (2000). Psicoanálisis y Salud Mental, Editorial Tres Haches, Buenos Aires.
- Laurent, Eric. (1989). Estabilizaciones en las psicosis. Manantial. Bs.As.
- Levin, Mario. (1981). Fobia: la entrada a la neurosis. En Conjetural, Revista Psicoanalítica. N° 23. Editorial Sitio, Buenos Aires.
- López, Héctor. (2005). Cognitivismo y psicoanálisis. En Perspectivas en Psicología. Vol. N° 2
- Mauas, Marco. (1990). Límites del Behaviorismo y límites del análisis. En Revista E Murciélago. Anáfora Editora. Bs.As.
- Pezatti, Virginia. (2003). Informe de Avance. GTYPP. Año 2003.
- www.geocities.com/cetrapsis/panico. Cazabat, E. Casos Clínicos.
- www.campodepsicologia.com
- www.escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Psiquiatría/AngustiaPanico
- Zeig, Jeffrey y Giligan, Stephen. Compiladores. (1994). Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas. Amorrortu editores.