

La invasión de la angustia¹

Anna Segura Fontova

Resumen

Ésta es una reflexión teórico-clínica sobre las crisis de angustia hecha a partir de la observación de los puntos en común de pacientes que padecían este trastorno al inicio de un tratamiento psicoanalítico.

En mi experiencia clínica he podido observar que las personas que han padecido o padecen este tipo de sufrimiento tienen en común el ser individuos con un psiquismo en gran parte adaptado a los límites de la realidad: trabajan o estudian eficazmente, mantienen lazos familiares, etcétera. Pero tienen una gran necesidad de omnipotencia.

Por el efecto desencadenante de un suceso de la realidad, generalmente una pérdida que no puede ser negada o la separación del objeto fálico al que están todavía fusionados, el yo narcisista no puede sostener por más tiempo la ilusión de omnipotencia y la renegación de la muerte. Ambas corrientes de pensamiento —la realista y la ilusoria— colisionan sin que el sujeto lo perciba y, de forma regresiva, retorna la angustia de muerte que seguramente obligó al yo en su día a escindirse.

Ésta es una reflexión teórico-clínica sobre las crisis de angustia hecha a partir de la observación de los puntos en común de pacientes que padecían este trastorno al inicio de un tratamiento psicoanalítico.

También me han ayudado a hacer este estudio las aportaciones teóricas de distintos autores, especialmente, las teorías de la angustia y del narcisismo de Freud (1914, 1916, 1925, 1927, 1933, 1949), el estudio de los afectos de Green (1973), el de Aragonés (1999) sobre el narcisismo y los trabajos de Galende (1997) sobre subjetividad y cultura.

Fenomenológicamente —resumiendo el *DSM IV*—, el ataque de pánico o crisis de angustia —muy frecuente en nuestros días— se caracteriza por la aparición inesperada de síntomas psicofísicos, como la taquicardia, la sudoración, el ahogo, etcétera, sin

estar asociados a ninguna representación psíquica externa. En el momento de la crisis, las personas que la padecen sienten la convicción de la muerte o locura inminente y un fuerte deseo de huir del lugar donde están, como si se hallaran en presencia de un peligro externo.

En esos dramáticos momentos, parecen borrarse, por lo menos parcialmente, los límites entre mundo interno y externo, entre pasado y presente. Lo más habitual es que el paciente no tenga conciencia de que este padecer guarda relación con sus dificultades psíquicas ni, por supuesto, con su historia. Para delimitar este trastorno deberíamos separarlo de las explosiones de angustia que acontecen cuando a un individuo se le impide poner en marcha sus mecanismos de defensa neuróticos (rituales, evitaciones, etcétera) frente al objeto u escena temidos. El monto de angustia puede ser parecido, pero el hecho de estar más mentalizado le otorga un sentido distinto y permite al individuo una mayor comprensión de lo que le ocurre, le puede llevar a tratarse o a reforzar los mecanismos de defensa, etcétera. En cambio, los pacientes con crisis de angustia generalmente no consultan por este problema sino que son derivados por los servicios médicos a los que acuden de urgencia o bien solicitan ayuda por otras dificultades, a veces derivadas del temor a que se repita la crisis. No tienen mecanismos de defensa neuróticos que reforzar porque las funciones defensivas del yo están muy mermadas y la experiencia de muerte física o psíquica vivida es tan intensa y sin sentido, que empiezan a desconfiar de sí mismos y de cualquier elemento concreto del ambiente que imaginariamente esté relacionado con la invasión del afecto. Farmacológicamente, suelen ser tratados con ansiolíticos y antidepresivos.

Se puede afirmar que el elemento psíquico causante de la irrupción inesperada de la angustia es inconsciente y capaz de movilizar una magnitud afectiva que desborda al yo, lo paraliza e inhibe su capacidad de producir cualquier tipo de pensamiento. Tal movilización afectiva junto a las ideas de muerte o locura no puede sino hacernos

pensar en la reactivación de recuerdos traumáticos de experiencias de desamparo de la primera infancia. En la evolución del *self*, ésta es la reacción del niño cuando se separa traumáticamente de la madre en el momento en que, todavía en parte fusionado psíquicamente con ella, cree que es la única que puede protegerlo o ayudarlo. La normalidad hace que el yo, en su evolución, integre este tipo de experiencias con otras de mayor contención afectiva. En la neurosis, los deseos reprimidos hacen que el yo invista escenas u objetos de la realidad que generan angustia —angustia señal— pero los mecanismos de defensa impiden, o por lo menos lo intentan, lo inesperado de la invasión.

¿Por qué el *self* de estos sujetos no ha integrado este tipo de vivencias y el afecto irrumpe en el yo de manera brusca y masiva sin poderlo mentalizar? Como Freud (1915) muy bien señala, se necesitan ciertas condiciones para que las representaciones puedan adquirir la cualidad de conscientes, y una de ellas es la moderación de los afectos acompañantes. Desde luego que la invasión de tal magnitud afectiva hace desaparecer cualquier modalidad de pensamiento e incluso destruye la presencia de otro afecto en la conciencia. Pero eso explicaría por qué durante la crisis de pánico no es posible pensar, sentir o imaginar pero no por qué ocurre semejante incursión afectiva.

Para intentar responder a la pregunta me parece necesario fijar nuestra atención en el *self* de estos pacientes y en su funcionamiento previo a la aparición de las crisis. En mi experiencia clínica he podido observar que las personas que han padecido o padecen este tipo de sufrimiento tienen en común el ser individuos con un funcionamiento de predominio neurótico o normal, con un *self* en gran parte adaptado a la realidad de la castración: trabajan o estudian eficazmente, mantienen lazos familiares, etcétera. Pero tienen una gran necesidad de omnipotencia.

Esta característica se repite de dos formas distintas: o bien conservan en su interior, subjetivado al modo de la melancolía, un yo narcisista, no reprimido, que se alimenta de grandes dosis de pensamiento mágico y omnipotente; o bien, en otros casos, el *self* de estos pacientes se halla parcialmente fusionado a un objeto fálico de la realidad (en general, en la primera juventud, está fusionado al padre o a la madre y posteriormente, a un sustituto de los mismos, la pareja fálica que satisface de forma fusional esas necesidades).

Parte de la diferencia de estos casos con las explosiones de angustia en la neurosis, en la que el yo ha perdido el narcisismo primario (o la fusión

con los objetos investidos con el narcisismo primario) y se desarrolla a partir del ideal del yo para intentar encontrarlo. En cambio, estos sujetos conservan en su psiquismo una parte del yo ideal del narcisismo infantil sin entrar por ello en conflicto con la realidad, o bien una parte de sí mismos está aún indiscriminada del personaje idealizado con los atributos omnipotentes. Estos aspectos del narcisismo infantil se refieren casi exclusivamente a la omnipotencia asociada a la renegación de la muerte. Son personas que han desarrollado recursos o bien podrían hacerlo pero los aspectos narcisistas infantiles conservados les impiden valorar de manera realista sus capacidades.

A María, una mujer cercana a los cincuenta, el pánico le sorprendió en la calle. En las entrevistas iniciales explicaba una vida difícil en la que siempre tenía que estar supliendo las carencias de sus familiares y compañeros de trabajo, llegar donde ellos no llegaban. Se exigía poder y no toleraba que sus allegados no pudieran. Cuando aparecían dificultades serias —enfermedades de los hijos, del marido, etcétera— no se desesperaba ni deprimía, externamente se enfrentaba eficazmente a ellas, pero en su interior se defendía pensando que los problemas no le ocurrían realmente a ella sino a otra. María tenía un jardín imaginario, recuerdo del jardín real de su infancia, donde había gnomos, árboles y plantas que cobraban vida. En ese lugar, la enfermedad y la muerte no existían y sentía que todos esos elementos mágicos se llevaban realmente sus problemas. Esa parte de ella la escondía por temor a la burla y a ser considerada loca.

Paula, al empezar los cuarenta, sufrió su segunda crisis de angustia. A causa de una remodelación laboral, había perdido categoría en el trabajo, su relación de pareja no funcionaba, tenía problemas con su hija preadolescente, con sus padres... Sólo la llenaba de rabia su situación en el trabajo pero no conseguía enfrentarse a las dificultades. Se aferraba desesperadamente a la relación con un hombre fálico y omnipotente que la humillaba con su frialdad afectiva. Vivía sola, con su hija, pero no aguantaba la soledad. En la terapia se pudo analizar que aún no se había separado mentalmente de su madre: todavía le tenía miedo. Ésta se había ocupado de la crianza de su hija, que la consideraba como una hermana. Una fantasía consciente de Paula era que su abuela, fallecida cuando ella tenía 18 años (momento en que tuvo la primera crisis de pánico), vendría a buscarla y se la llevaría con ella. Esta fantasía se sustentaba en un relato real de la abuela, ya enferma, cuando Paula era adolescente.

Tengo en cuenta los últimos desarrollos teóricos de Freud (1927, 1949) sobre la escisión del yo ante una realidad que le deviene insoportable y la aportación de Aragonés (1999) sobre la evolución del narcisismo primario al secundario a través de los desprendimientos del yo. Un yo narcisista que al principio lo contiene todo, imaginariamente, y en realidad no tiene nada; pero que consigue tener en la medida en que se puede desprender. Por ello, me planteo como hipótesis de trabajo que estos pacientes en su evolución han preservado una parte de sí mismos muy poco diferenciada del ello (por eso, creo, ese yo no puede percibir la angustia como señal), un yo omnipotente e inmortal, residuo de una antigua escisión y que comparte territorio con el yo de la realidad y del narcisismo secundario.

Por el efecto desencadenante de un suceso de la realidad, generalmente una pérdida que no puede ser negada o la separación del objeto fálico, el yo narcisista no puede sostener por más tiempo la ilusión de omnipotencia y la renegación de la muerte. Ambas corrientes de pensamiento —la realista y la ilusoria— colisionan sin que el sujeto lo perciba y, de forma regresiva, retorna la angustia de muerte que seguramente obligó al yo en su día a escindir.

María aguantó que su hija menor tuviera un tumor cerebral del que se curó, que su hija mayor sufriera de anorexia porque mejoró, pero cuando el marido alcohólico recayó, se sintió mal, pensó en refugiarse en su jardín interior y ya no lo encontraba (¿había retirado la libido?). Apareció la crisis de angustia cuando se dirigía al trabajo, sin apreciación subjetiva de que tal hecho guardara relación alguna con su situación personal.

A Paula le sobrevino el ataque de pánico también cuando iba por la calle, y previamente sintió que la realidad se alejaba de ella, como si la viera a través de una pantalla de televisión (¿de nuevo aparece la retirada de la libido?). Hacía un año que su padre había tenido un infarto y unos meses que a su madre le habían diagnosticado un cáncer de pecho; su hija de 12 años no la reconocía como madre, su pareja, también separada y veinte años mayor que ella, antepone la relación con un hijo a la de ella, pero, según sus palabras, todas estas cosas no le afectaban mucho. Lo que le dolió de veras fue que en el trabajo reorganizaran la plantilla y ella perdiera categoría sintiéndose con razón desvalorizada...

Parece como si esta última pérdida ya no le permitiera negar más sus dificultades. Por complejos caminos (el trabajo estaba asociado a su padre, con el que estaba identificada), la amenaza de

la muerte de sus padres la hizo temer y desear (por sentirse desvalida si estos morían o se debilitaban) que la abuela viniera a buscarla. Sobrevino inesperadamente el ataque de angustia.

En sus diferentes teorías sobre la angustia, Freud (1916b, 1926) siempre mantuvo el factor histórico traumático. Cuando se trata de la angustia señal, el yo percibe una angustia moderada, señal de la presencia de un peligro del que defenderse. Ese peligro es distinto según la evolución del yo, pero en última instancia siempre remite a situaciones traumáticas infantiles. Cuando se trata, como en este caso, de la angustia automática, ésta procede del ello e irrumpe en el yo, sin hallar resistencias, en una reactivación de la experiencia traumática inconsciente.

Las diferentes tonalidades de la angustia que Freud (1926) señala llegan a su máxima expresión en el *Hilflosigkeit*, la vivencia de desamparo psíquico del niño ante la separación de la madre. Pues, como dice Green (1973): «no sólo se teme la pérdida de la madre sino la desorganización libidinal que supone la insatisfacción de todas las necesidades que ella cubre». La frustración, además, potencia la agresividad y aumenta el nivel de angustia de quien la padece.

Podemos suponer que en las crisis de angustia invade el afecto procedente de este tipo de situaciones traumáticas que no han podido integrarse en el yo de estos pacientes. Seguramente el temor al desvalimiento psíquico se transformó en una gran necesidad de potencia. La impotencia llevó a la omnipotencia y el yo de estos pacientes no pudo desprenderse de ese objeto fálico autoerótico. Ya sea subjetivado o en la realidad, sostuvo las creencias infantiles de inmortalidad hasta que las circunstancias reactivaron esas terribles vivencias. Posiblemente, la hostilidad hacia una realidad muy frustrante, que el yo de estas personas no podía sentir, despertó el pánico a un mortífero ataque.

En la historia de las pacientes presentadas —y en la de otros con igual patología— hay elementos más que suficientes para suponer las dificultades de integración: María tenía unos padres muy egocéntricos, desinteresados del sufrimiento de los hijos y vivió solitaria en el jardín. Paula creció con una abuela que se comunicaba con los muertos y me explicó que, según el relato de su madre, desde los seis meses a los dos años se masturbaba balanceándose.

Desde luego que la soledad en el niño y el narcisismo patológico de los adultos que lo acompañan en su crecimiento favorecen el

estancamiento de la libido y dificultan el desarrollo del narcisismo primario al secundario. La escisión del yo en la infancia es un fenómeno normal, de la misma manera que lo es la necesidad del niño de fusionarse con unos padres a los que imagina fálicos. Pero a medida que el yo contacta con la realidad, se va desprendiendo de estos modos infantiles de funcionamiento. Esta evolución no ocurrió en los pacientes observados y pienso que debe ser un factor interno determinante en la aparición de las crisis de pánico.

Al acabar esta reflexión pienso que he podido dar más respuesta al cómo ocurre que al porqué estos pacientes no pueden integrar estas vivencias y se quedaron atrapados en esa necesidad de omnipotencia. En nuestra ciencia, sólo «las series complementarias» (23ª Conferencia de introducción al psicoanálisis, 1916a) pueden explicar la etiología última de ésta u otras psicopatologías. El afecto es un representante de la pulsión y ésta tiene un componente genético —como últimamente han explicado los genetistas— modulado por las vivencias infantiles.

Las crisis de angustia han existido siempre, pero en la actualidad han aumentado notablemente. No sé si paralelamente al incremento de la soledad infantil o a la implantación de los nuevos valores sociales de éxito, a los cambios en la familia, en el trabajo... Cuando una patología se extiende de manera considerable en la población, debemos pensar que hay factores sociales que están colaborando en su desarrollo. Como sabemos, el afecto se estimula por las experiencias internas y externas; en el caso de los pacientes que me han ayudado a pensar este trabajo, su necesidad de omnipotencia también era estimulada por una sociedad que reniega del

sufrimiento humano, de la diferencia de los sexos, de la vejez y, muy a menudo, de la muerte.



Anna Segura Fontova
C. Septimània, 28 1º^a
08006 Barcelona
annasf@menta.net

Notas

1. Ponencia presentada y publicada en el libro de las IV Jornadas de Intercanvi en Psicoanàlisi, organizado por Gradiva (2001)

Bibliografía

- ARAGONÉS, R.J. (1999). *El narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.
- DSM IV (1995). Barcelona: Masson.
- FREUD, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Obras completas. Vol. XIV, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- (1915). *Lo inconsciente*. OC, Vol. XIV.
- (1916^a). *23ª Conferencia de introducción al psicoanálisis*. OC, Vol. XVI
- (1916b). *25ª Conferencia de introducción al psicoanálisis*. OC, Vol. XVI.
- (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. OC, Vol. XX.
- (1927). *El fetichismo*. OC, Vol. XXI
- (1933). *32ª de las Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. OC, Vol. XXII.
- (1949). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. OC, Vol. XXIII.
- GALENDE, E. (1997). *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós, 1997.
- GREEN, A. (1973). *El discurso vivo*. Valencia: Promolibro, 1998.
- LAPLANCHE, A. (1970-73). *La angustia*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1980.