

**ANGUSTIA DE FRAGMENTACIÓN: CONSIDERACIONES PSICOANALÍTICAS
SOBRE LOS ATAQUES DE PÁNICO**
Cristina Oñate Rivadeneyra

“Lo que nos hace falta y no tenemos, es algún factor que explique por qué algunos individuos pueden someter el afecto de la angustia, a pesar de sus peculiares cualidades, al dominio de los quehaceres normales de la mente, o cual (factor) decide quienes están destinados a fracasar en esa tarea”.

Freud, 1926, p.150.

Desde un punto de vista estrictamente del diagnóstico clínico, los “ataques de pánico” se clasifican en el D.S.M. III-R dentro de la categoría de "Trastornos por Angustia" (Panic-Disorders) y son descritos como crisis inesperadas, es decir, periodos concretos de miedo y molestias intensas, en las que se presentan por lo menos cuatro de los síntomas siguientes:

1. Falta de aliento (disnea) sensaciones de ahogo.
2. Mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia.
3. Palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado (taquicardia).
4. Temblor o sacudidas.
5. Sudoración.
6. Sofocación.
7. Náuseas o malestares abdominales.
8. Despersonalización o desrealización.
9. Adormecimiento o sensaciones de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestias).
10. Escalofríos.
11. Dolor o molestias precordiales.
12. Miedo a morir.
13. Miedo a volverse loco o a perder el control.

El criterio para diagnosticar este trastorno implica que se deben presentar por lo menos cuatro crisis durante un periodo de cuatro semanas o bien, una o más crisis seguidas de miedo persistente a presentar otro ataque: por lo menos durante un mes (D.S.M. III-R. 1988, pág. 284 y 285).

Aunque no contamos con estadísticas actualizadas sobre la incidencia de este trastorno en nuestro país, se puede obtener una idea de la magnitud del problema a partir de los datos que existen en otros países, como en la República Federal Alemana y en los Estados

Unidos de Norteamérica en donde se sabe que el 7% de todos los hombres y el 11% de todas las mujeres de la población general han experimentado por lo menos una crisis de pánico. La prevalencia de los ataques durante seis meses se encontró en el 3% de la población general (Wittchen, H.U.1990).

Se ha visto que este trastorno ocasiona un índice muy elevado de pérdidas de empleo, incapacidades sociales, abuso de drogas y riesgos de muerte. La cifra obtenida sobre los costos derivados de su incidencia en los Estados Unidos de Norteamérica, es de 20 billones de dólares al año (Mitchell, 1990).

Las cifras anteriormente citadas son significativas de la trascendencia del problema, pero los datos estadísticos pueden resultar fríos y carentes de significado, si se les compara con la intensidad del sufrimiento por las sensaciones subjetivas de derrumbe, de caos interno, de no tener salida, y todo el cúmulo de sensaciones terroríficas y desbordantes que experimenta el paciente que sufre de crisis de pánico.

Tal vez en ningún otro cuadro clínico se hace tan evidente el papel central que ocupa la angustia como en este trastorno; ya Freud (1926) se preguntaba cuáles serían los factores que determinan que algunos individuos fracasen en la tarea de dominar la angustia mediante "los quehaceres normales de la mente". Ahora se sabe que dichos factores determinantes pudieran encontrarse al examinar el nivel de funcionamiento de la estructura psíquica; de ahí que se ha enfatizado la importancia que tiene realizar un análisis muy cuidadoso no solamente de los síntomas, sino de la totalidad de la estructura intrapsíquica, para la estrategia terapéutica.

En otras palabras, sería importante poder elucidar: ¿Cuáles serían algunos factores metapsicológicos que determinan la aparición y recurrencia de los ataques de pánico? (desde los puntos de vista económico, dinámico, estructural, genético y adaptativo. (Rapaport y Gill 1959).

¿Cuál sería el nivel de desarrollo y el tipo de estructura intrapsíquica subyacente a este cuadro clínico?

¿Cuáles serían algunas aportaciones de las teorías de relaciones objetales y de la psicología del self a la comprensión de este fenómeno?

Freud abordó por primera vez este problema en sus investigaciones sobre las "neurosis actuales" (1894,1950) en donde explicaba la angustia como producto de la excitación acumulada (libido) que se trasmudaba directamente en angustia; fue hasta 1926 en inhibición, síntoma y angustia que Freud dejó de lado la teoría que había sostenido

durante tanto tiempo: ya no concibe la angustia como libido trasmudada, y al incorporar la teoría estructural de la psique (1923) en este escrito, hace la distinción entre:

- a) Angustia automática y
- b) Angustia como señal.

Aclara que en la angustia automática, el factor determinante es una situación traumática, y ésta es esencialmente, una vivencia de desvalimiento de yo, frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que el yo no puede tramitar.

El otro tipo de angustia es generada por el yo cuando enfrenta una amenaza, a fin de movilizar su evitación. "El yo se representa, por así decir, vívidamente, la situación de peligro, con la inequívoca tendencia de limitar ese vivenciar penoso a una indicación, una señal (Freud, 1926. p.152)".

Estas aseveraciones implican que:

- a) En ocasiones el yo puede emitir esa angustia-señal y echar a andar una serie de mecanismos de defensa o síntomas a fin de contrarrestar lo que percibe como situación de peligro y
- b) En ocasiones el yo queda desvalido frente a un exceso de estimulación traumática.
¿De qué depende la respuesta del yo?

En una primera aproximación aparecen dos factores:

- 1) La cantidad o intensidad de la estimulación pulsional o de displacer, es decir, del factor económico, y
- 2) El grado o nivel de estructuración del yo; del grado de su estabilidad relativa y de la no-reversibilidad de sus Funciones frente al stress interior o exterior (Hartmann,1952).

Gedo y Goldberg (1973) clarifican las relaciones que existen entre niveles de desarrollo estructural de la psique y reacciones de angustia frente a los peligros típicos, que ya antes habían sido esbozados por Freud (1926). Enfatizan la necesidad de utilizar diferentes modelos de la mente de acuerdo a las adquisiciones del desarrollo psíquico, que estos autores dividen en tres periodos temporales sucesivos, cada uno de los cuales requiere, para su mejor comprensión, del uso de un modelo distinto de la mente:

- 1) Desde el nacimiento hasta la adquisición de la capacidad de distinguir cognitivamente el self respecto del objeto, cuando aparece la "angustia frente a los extraños" o segundo organizador de la mente (Spitz, 1965); el peligro típico es la sobre estimulación traumática y se requiere el empleo del modelo del arco reflejo.

2) A partir de que se establece una firme diferenciación cognitiva entre el self y el objeto, basta la consolidación del self cohesivo, con la diferenciación entre la representación del self y la representación de los objetos. Durante este periodo el peligro típico es la pérdida del objeto. Se manifiestan tanto el temor al reengolfamiento, como la angustia de separación (Mahler, 1975). Se perpetúan las ilusiones de omnipotencia, y las defensas típicas son los mecanismos de proyección e introyección.

Posteriormente, el narcisismo infantil y las ilusiones de omnipotencia quedan confinadas a la esfera de la sexualidad: entonces, el peligro típico es la amenaza de castración y la defensa típica es la desmentida. El modelo de la mente más conveniente para este periodo es el basado en las vicisitudes de la formación del self y de los objetos en el mundo de las representaciones.

3) Una vez establecido el superyó, luego del sepultamiento del complejo de Edipo, y completada la diferenciación del yo con el establecimiento de la barrera de la represión, el peligro típico es la angustia moral, derivada de los conflictos entre las tres estructuras psíquicas y la angustia está reducida a su función de señal. Son aplicables los modelos tripartito y tópico de la mente.

De lo anterior se desprende que el modelo de la mente tripartito ello, yo y superyó no es aplicable al periodo preedípico y no puede explicar las vicisitudes del desarrollo psíquico que ocurren durante los tres primeros años de vida. Para este periodo son aplicables el modelo de la formación de las representaciones del self y de los objetos y el modelo del arco reflejo.

A partir de las consideraciones anteriores, es posible plantear la hipótesis de que los pacientes que presentan ataques de pánico no han alcanzado el desarrollo psíquico hasta la consolidación estructural y la diferenciación tripartita, ya que, de ser así, la angustia estaría reducida a su función de señal, para movilizar otra serie de mecanismos de defensa y/o síntomas simbólicos del conflicto.

Las manifestaciones que se presentan durante las crisis de pánico, son en su mayoría, descargas somáticas directas, predominantemente neurovegetativas (disnea, taquicardia, temblores, sudoración, náuseas, escalofríos, etc.). sin la intermediación de una estructura psíquica que permita descargas a través de manifestaciones simbólicas, motivaciones derivativas, etc.

Durante las crisis de pánico, las manifestaciones somáticas responden a la presencia de un exceso de estimulación traumática que requiere ser descargada. El exceso de estimulación adquiere su "cualidad" de ser traumática debido a que el nivel de desarrollo estructural

alcanzado no permite, tramitar y elaborar el exceso de estimulación por otros medios. En estas condiciones se hace necesario utilizar el modelo del arco reflejo.

Hasta aquí, todo parece indicar que se trata de pacientes preestructurales, que, debido a detenciones del desarrollo, no pudieron internalizar y estructurar funciones de autotranquilización, de regulación de la tensión, producto tanto de las presiones ambientales, como de las pulsiones y el displacer extremo, ni pudieron estructurar mecanismos psíquicos de modulación de la descarga pulsional y afectiva.

Entonces, ¿Cuáles podrían ser las vicisitudes del desarrollo que ocasionan estas detenciones?

Winnicott, D.W., elaboró conceptualizaciones tan esclarecedoras, útiles y originales como las contenidas en sus descripciones de "los objetos y fenómenos transicionales" (1951),

que, entre otras, tienen las funciones de tranquilizar y devolver al pequeño la ilusión de omnipotencia perdida; así como también elaboró los conceptos de "la madre suficientemente buena", capaz de proporcionar el holding sostenimiento o contención a las que él denomina "agonías primitivas" o "angustias impensables", entre las que se incluyen:

- a) Retorno al estado de no integración (desintegración).
- b) Caída perpetua (falta de sostén).
- c) Pérdida de la relación psicósomática y falla de residencia (despersonalización).
- d) Pérdida del sentido de lo real (desrealización).
- e) Desorientación
- f) Aislamiento y pérdida de la relación con los objetos (retraimiento autista) (Winnicott, ¿1963?,1965).

Por otro lado, Kohut (1970,p.586), nos aclara que: "El self nace o se integra a partir de fragmentos de experiencia autoerótica; en términos de la metapsicología tradicional, esta adquisición corresponde a la etapa que va del autoerotismo a la de narcisismo (primario) (Freud, 1914). El bebé experimenta; en un inicio sus diferentes actividades mentales, físicas y especialmente las partes de su cuerpo, como si estuvieran separadas, hasta que gradualmente adquiere el sentimiento de unidad total; se da cuenta de que sus funciones separadas y sus partes corporales pertenecen a una totalidad mayor, a su self total, el cual es catectizado ahora con libido narcisista. La respuesta deleitada de la madre al self total, por ejemplo al llamar al bebé por su nombre, además de responderle a una sola parte del cuerpo o a una actividad física o función mental que se esté llevando a cabo en ese momento, contribuye enormemente al logro de este paso en el desarrollo. Perturbaciones en la consolidación temprana del self las cuales predisponen a la

fragmentación posterior de estructura bajo condiciones de tensión), deben ser examinadas en el contexto de la poca habilidad maternal para responder con aceptación hacia el bebé, especialmente hacia él como un todo, como una organización psicósomática unitaria".

Durante estos estadios del desarrollo, el bebé percibe a su madre como una parte no diferenciada de sí mismo, es decir, como un self-object necesitado por sus funciones, entre las cuales una de las principales es la de mantener el equilibrio narcisista omnipotente del niño que se rompe frente a las inevitables demoras en la gratificación, y que provocan un intenso estado de displacer y una intensa angustia, a la que Kohut (1971) denominó "ANGUSTIA DE FRAGMENTACIÓN" o "Ansiedad de desintegración".

Cabe hacer notar que el término SELF-OBJECT no se refiere a los objetos externos o la persona que proporciona el cuidado materno, como ha sido interpretado (Bleichmar y Bleichmar, 1989. p.393), sino que designa a un tipo específico de función psicológica que se refiere al mantenimiento, restauración y transformación de la experiencia del self es decir que se refiere a la dimensión SUBJETIVA de la experiencia de un objeto (Kohut. 1984, p.41; Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1987, p.16).

La función del self-object de proporcionar tranquilización y alivio a la ansiedad desorganizadora de fragmentación producto del displacer extremo, es de vital importancia, ya que la expectativa de que la restitución del equilibrio y del bienestar viene después de la desorganización y el displacer, se internaliza y estructuraliza (Tolpin, 1971), a partir de la INTERNALIZACIÓN TRASMUTADORA (Kohut, 1971), lo cual proporciona la base para que el niño pueda desarrollar estructuras internas de autotranquilización, que previenen la propagación de angustia, así como también proporciona la base de la formación del sentimiento de continuidad de sí mismo, con expectativas de confianza y bienestar a futuro.

Stolorow, Brandchaft y Atwood (1987) agregan que para que la representación del self pueda diferenciarse y adquirir cohesión, es decir, la posibilidad de resistir la tensión interna y externa, es importante que el self-object ayude al niño a integrar en la experiencia subjetiva de su self todo el cúmulo de sus estados afectivos, aceptándolos, diferenciándolos y poniéndoles nombre. De no ser así, sus estados afectivos quedan desarticulados y caóticos y se viven como inaceptables, vergonzosos y repugnantes, por lo cual deben ser eliminados (denegados) del resto de la experiencia subjetiva del self.

Breve ilustración de un caso

Jacques, paciente de sexo masculino, profesionista, divorciado, originario de Francia, tenía treinta y ocho años de edad al inicio del tratamiento, que duró poco menos de seis años, tres veces por semana. Su apariencia era la de un hombre sumamente pulcro, apacible y de modales muy correctos. Su discurso mostraba un grado muy alto de cultura general, capacidades de abstracción y un lenguaje desafectivizado con exceso de intelectualizaciones.

Su motivo de consulta principal era que sufría ataques de pánico, cuyos signos y síntomas correspondían a los descritos en el DSM III R (1988,p.284) a excepción de que no presentaba miedo a morir, sino que deseaba morir como la única manera de poder librarse de sensaciones tan desagradables durante las crisis. También deseaba morir durante algunas ocasiones en las que sentía que su vida no tenía sentido. Tenía periodos cortos durante los cuales no sentía ganas de hacer nada; apenas si podía levantarse de la cama en las mañanas y se preguntaba si en realidad valía la pena vivir.

Los ataques de pánico habían aparecido desde hacía poco menos de dos años; entonces consultó a un médico internista quien lo encontró orgánicamente sano y le recomendó tratamiento psicológico.

Había asistido a psicoterapia de orientación bioenergética y a otra de orientación conductista y aunque su síntoma había disminuido no desapareció, por lo que acudió nuevamente con el médico quien le recetó un ansiolítico y un antidepresivo. Buscó tratamiento psicoanalítico porque sabía que su problema de fondo no estaba resuelto, las crisis continuaban presentándose cada quince o veinte días aproximadamente, no deseaba "depender" de los medicamentos, pero le daba miedo dejarlos.

Comentó otro motivo por el cual acudió a tratamiento: no había podido mantener relaciones de pareja estables y deseaba poder mantener su relación actual con Jeanette, que por otro lado, se sentía impulsado a terminar.

Se había casado a los veintidós años, y tuvo dos hijas, pero se separó después de cuatro años de convivencia a pocos meses del nacimiento de su segunda hija, debido a que sentía que ya no quería a su esposa, salía con múltiples mujeres y "agarraba la jarra".

Después de la separación, había tenido varias relaciones de poca duración e infinidad de encuentros sexuales ocasionales. Sentía que no podía estar solo, sin alguna mujer, pero comenzaban a aburrirlo y a desesperarlo cuando pedían un compromiso más serio.

Llevaba aproximadamente un año de relación con Jeanette cuando ella quedó embarazada, a partir de lo cual comenzaron a vivir juntos. Tuvieron un hijo que al inicio del tratamiento tenía pocos meses. Ella se ponía celosa de que él dedicara los fines de semana a sus hijas y estaba comenzando a exigirle que se divorciara, por lo cual él se desesperaba y sentía ganas de abandonarla. Pero se daba cuenta de que estaba a punto de repetir exactamente la misma historia: no quería seguir huyendo de la relación con Jeanette para comenzar otra, traer más hijos al mundo y sentirse cada vez más atrapado y culpable, "me siento partido por la mitad", dijo. "Por un lado mis hijas, por el otro Jeanette y mi hijo y yo en medio sin encontrar salida".

Con relación a su historia familiar Jacques comentó con dificultad y vergüenza que su padre había matado a varios hombres. El tenía la seguridad de que por lo menos había matado a uno. Recordaba que, siendo muy pequeño había visto llorar a los hijos del señor que había matado su papá. Dijo: "debió haber sido un hombre muy malo, muy inhumano para haber hecho eso". Su padre había pertenecido a una banda de maleantes que controlaban lugares clandestinos, de juego, prostíbulos, y posiblemente también eran narcotraficantes.

Lo habían asesinado por una venganza cuando Jacques tenía cinco años. Cuando su padre murió, su madre estaba embarazada. Temiendo que la venganza continuara, se vinieron a radicar a esta ciudad porque una hermana de su madre ya vivía aquí. Jacques había sido el primogénito; tenía un hermano un año menor, una hermana dos años y medio menor que él y aquí nació otra mujer, cinco años y medio menor. La situación económica, que había sido muy buena en Francia, súbitamente se vino abajo.

Su mamá se dedicaba a dar clases de francés para mantenerlos. Ella se volvió a casar cuando Jacques tenía siete años "No la culpo" dijo "Ella era muy joven, muy bonita y muy asediada por los hombres, así que necesitaba a alguien que le diera seguridad". Nacieron otros dos medios-hermanos. Como la relación con su padrastro era muy mala, se fue a vivir con su tía materna cuando contaba con diez años de edad, hasta que lo corrieron de esa casa cuando lo encontraron asediando sexualmente al personal de servicio cuando tenía aproximadamente diecisiete años, a partir de lo cual vivió errante en casas de amigos y casas de huéspedes, hasta que se casó. En relatos como el anterior, que tenían implicaciones tan dolorosas, Jacques no daba muestras de ningún afecto. La fase inicial del tratamiento estuvo caracterizada por un discurso lógico, pleno de intelectualizaciones. Conmigo se portaba demasiado complaciente, aparentemente llegaba muy puntual a sus sesiones y pagaba puntual. Era muy correcto y no podía reconocer ningún tipo de enojo sentimiento negativo hacia mí.

En un inicio, decía que no quería hablar sobre sus padres porque no quería juzgarlos, hasta que un día Jacques llegó a su sesión muy asustado porque había asistido al sepelio de la mamá de un amigo a quien casi no había conocido, pero no había podido contener el llanto. "Estuve llorando como niño chiquito" dijo "Creo que me estoy volviendo loco". Entonces era claro que él no podía hablar sobre sus padres por temor a quedar abrumado por el dolor, a tal punto de perder la sensación de continuidad y cohesión de sí mismo, por temor a "volverse loco". A partir de este suceso comenzó el proceso de elaboración del duelo por la muerte de su padre, y todos los sentimientos y recuerdos asociados a ello, que habían quedado escindidos, denegados, patológicamente encapsulados.

El se había sentido sumamente unido a su padre quien le había dado un trato especial y diferente al de sus hermanos tal vez por ser el primogénito. Recuerda que él no lloró por su muerte porque a sus cinco años se dedicó a tratar de consolar a su madre, y a partir de entonces se sintió obligado a "ser fuerte".

Su madre era demasiado joven. La habían casado con el padre de Jacques cuando ella tenía quince años; el paciente nació cuando ella tenía dieciséis y quedó viuda a la edad de veintiún años. "Mi madre dijo Jacques estaba con mi padre más por temor que por otra cosa...Desde que me acuerdo, los oía discutir. Cuando mi padre se enfurecía, le aventaba objetos a la cabeza...Desde entonces yo sentía que ella era una pobrecita tonta asustada y temerosa que no entendía nada de lo que pasaba, que no comprendía a mi padre".

Jacques ya había comenzado a identificar y a elaborar en la transferencia que cuando había una separación por vacaciones, él reaccionaba deprimiéndose, sintiendo que su vida no tenía sentido. Eran reacciones frente a la pérdida de un vínculo que había comenzado a sentir como vital, tan vital como había sentido el vínculo con su padre; eran reacciones de duelo y rabia, Al dejarme de ver era como si yo también hubiera muerto para él, reviviendo la muerte de su padre en la transferencia. Pero sus reacciones depresivas implicaban mucho más, como se verá: en una ocasión, cuando Jeanette había salido de viaje, llegó a sesión muy asustado, diciéndome que llevaba varios días sin poder dormir, que se había tenido que masturbar hasta quedar exhausto y que había comenzado a tener "borracheras de buró". En la exploración, encontramos que estas reacciones se habían iniciado a partir de que Jeanette se había ido.

Este suceso facilitó que comenzara a recordar y clarificar que el núcleo más profundo de su problemática se debía a la relación más temprana con su madre, desde que él era un bebé necesitado de tranquilización y calor de piel y que su ansiedad estaba relacionada a ciertas fallas en la relación temprana con su madre, representada por Jeanette en ese momento.

Jacques había nacido cuando su madre era adolescente, casi una niña, temerosa y muy asustada, y por esas condiciones, no pudo proporcionarle contención a sus tempranas ansiedades de fragmentación, ni funcionar como un self-object que respondiera empáticamente a sus necesidades narcisistas de fusión, tranquilización y espejeo.

Ella había quedado embarazada nuevamente cuando Jacques tenía tres meses y cuando tenía apenas un año, nació su siguiente hermano. El no tenía ningún recuerdo de haber sido cargado o cuidado por su madre, de lo que se puede deducir que no tuvo experiencias de fusión con un self-Object tranquilizador.

El recuerda que su padre lo llevaba con sus amigos a bares y prostíbulos. Y de ellos aprendió sus primeras palabras, que fueron groserías. Había resentido una privación temprana de los cuidados maternos. Había sido abandonado por su madre quien lo dejó en manos del padre -hombre violento e impredecible-, y de los amigos del padre, es decir, que estuvo rodeado por una multiplicidad de objetos que además de no poder responder a sus necesidades de cuidado, constancia y tranquilización, lo llenaron de sensaciones de caos, angustia y sobre estimulación, dificultándose así la integración de su estructura psíquica. Estas condiciones lo forzaron a una individuación prematura, impidiendo que él lograra separarse y diferenciarse de su madre. Tal vez, la consecuencia más dañina de la relación de Jacques con su madre, fue una severa detención en el desarrollo que no le permitió lograr suficiente cohesión y diferenciación en la estructura de su self, quedando propenso a la desintegración y por esto requería de agentes externos como el alcohol y la masturbación para mantener la precaria sensación de cohesión de sí mismo, así como requería de la aceptación y admiración de múltiples mujeres para mantener su autoestima.

La relación más cercana que Jacques tuvo en su temprana infancia fue con su padre, quien tenía una estructura de personalidad posiblemente borderline de nivel bajo. Tenía recuerdos de haberlo visto cargando enormes armas de fuego y rodeado de muchas mujeres bonitas. Así se había constituido en una imago parental idealizada con características de gran fuerza, poder y agresión omnipotentes; imagen admirada, pero también muy temida y amenazante.

Después de la muerte del padre, Jacques no pudo contar con el apoyo, comprensión y tolerancia de su madre, que le ayudaran a integrar y organizar en la experiencia subjetiva de su self; todas los afectos depresivos e impulsos derivados de las pérdidas masivas (padre, país, idioma, todo lo hasta entonces conocido). Fue él quien tuvo que responder a las necesidades de su madre quien le exigía que fuera el hijo modelo, que la comprendiera y que la apoyara en el cuidado de sus hermanos más pequeños, y cada vez que él no

respondía como ella esperaba, le reprochaba su falta de consideración diciéndole que si seguía así lograría matarla de un coraje.

Fue así que Jacques tuvo que "dejar a un lado", que denegar y escindir sus propios sentimientos y emociones para responder de acuerdo a las necesidades emocionales y de tranquilización de su madre, desarrollando así una especie de "falso self con apariencia de tranquilidad, muy correcto, intelectual educado, detrás del cual se ocultaba un self verdadero cuya sensación subjetiva de sí mismo era de mucha fragilidad y vulnerabilidad.

Logramos observar e identificar que los ataques de pánico ocurrían únicamente durante los fines de semana, cuando se enfurecía muchísimo con su ex-esposa porque ésta le hacía demandas económicas exageradas imposibles de satisfacer pero aunque se enfurecían no expresaba su rabia por temor a que sus hijas presenciaran una pelea. Temía dañarlas como él se había sentido dañado y amenazado al haber presenciado las múltiples peleas entre sus padres cuando era pequeño. Durante la etapa inicial del tratamiento, no podía reconocer ni su enojo, ni que era lógico y natural que lo sintiera. Sus sentimientos y emociones estaban totalmente escindidos en otro sector de su psique (escisión vertical).

Dado que no había contado con un self-object que ejerciera las funciones de reconocimiento, diferenciación, resonancia, aceptación y verbalización de sus estados afectivos, éstos no habían sido integrados en esquemas afectivo-cognitivos, de tal manera que pudiera articularlos en la experiencia subjetiva de su self, dándoles un significado, para así poder utilizarlos como señales para sí mismo por esto que sus afectos desintegrados y caóticos amenazaban la precaria cohesión de su self y eran descargados de manera somática (disnea, palpitations, sudoración, etc.). Fue así como sus afectos y emociones se habían convertido para él inconscientemente, en sus peores enemigos que amenazaban los sentimientos de armonía, cohesión y continuidad de sí mismo; amenazaban todo su ser.

El significado de los ataques fue explorado y comprendido, como reacción transferencial cuando esto fue pertinente. Por ejemplo: uno de ellos había sido una reacción a que él había interpretado a partir de mi tono de voz, que yo había desaprobado el hecho de que se hubiera emborrachado con sus amigos. Había proyectado en mí la imagen de su madre exigente e incomprensiva que le demandaba que fuera el "hijo modelo" (ahora "paciente modelo") y se sentía furioso contra mí, pero no lo había podido reconocer directamente porque enojarse conmigo representaba la amenaza de la ruptura con un self-object tan vitalmente necesario como lo fue su madre.

La interpretación sistemática del significado subjetivo de los disparadores y condicionantes inconscientes de los ataques facilitó la elaboración de sus miedos, de sus

sentimientos más profundos de fragilidad, vulnerabilidad, soledad, rabia, dolor, caos, etc. y la aparición de las crisis fue haciéndose cada vez más esporádica. Cuando tenía aproximadamente dos años en el tratamiento, durante los últimos minutos de una sesión, comenzó a experimentar taquicardia, sudoración, disnea etc, es decir, los signos del ataque de pánico ,y como "el tiempo de su sesión ya se había acabado", según él, se dirigió a la puerta del consultorio para irse, aun cuando estaba sufriendo la crisis. Lo detuve, diciéndole que en el consultorio no se tenía que "hacer el fuerte", y continuó en sucesión durante otros quince o veinte minutos, hasta que la crisis desapareció. Este suceso le fue interpretado en la transferencia y conectado con sus determinantes genéticos, a partir de lo cual, ya no presentó otro ataque de pánico.

Conclusiones

Las reacciones de ansiedad en la teoría. Psicoanalítica clásica fueron explicadas a partir de las pulsiones sexuales infantiles. La represión y el desplazamiento conducían a un estrangulación de la libido, convirtiéndola en libido tóxica, la cual, por medio de una transformación como señal del yo, crea la angustia. El tratamiento de estos síntomas se basaba en deshacer la represión para la admisión en la conciencia de los deseos sexuales infantiles.

Las teorías de relaciones objetales y en particular Psicología del Self aportan conceptualizaciones valiosas para la comprensión de los ataques de pánico en especial el concepto de "angustia de fragmentación" propuesto por Kohut (1971), y las funciones necesarias a desempeñar por el self-object, que permiten el desarrollo y estructuración de mecanismos internos de autotranquilización.

Estas aportaciones añaden una nueva dimensión al concepto de transferencia de la técnica clásica, es decir, la función de proporcionar al paciente un vínculo (self-object) por medio del cual pueda reanudar el desarrollo psíquico que había sufrido detenciones durante sus primeros años.

BIBLIOGRAFÍA

Bleichmar, N. M. y Bleichmar, C.(1989) El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica. México: Eleia editores.

Freud, S. (1895) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. En Standard Edition, Vol. 3.

London: Hogart Press.

- (1923) El yo y el ello O.C,19.
- (1926) Inhibición, Síntoma y Angustia. O. C.,20.
- (1950) Manuscrito E. O. C., 1.

Gedo, J., Goldberg, A. (1973) Modelos de la mente. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980.

Hartmann, H. (1952) Influencias mutuas en el desarrollo del yo y del ello. En Ensayos sobre la psicología del yo. México: Fondo de Cultura Económica. 1964

Kohut, H. (1970) Discussion to “The self: A contribution to its place in theory and technique”, by D. C. Levin. En Paul H. Ornstein (Ed.) The search for the self. Vol. 2. Connecticut: International Universities Press, 1978.

-(1971) The Analysis of the self. New York: International Universities Press.

-(1984) How does Analysis Cure? Chicago: University of Chicago Press.

Mahler. M. Pine, F. y Bergman, A., (1975) El nacimiento psicológico del infante humano. Buenos Aires: Ed. Marymar, 1977.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Ed. Masson, 1988.

Mitchell, J. R. (1990) Research perspectives. En Panic and Anxiety: a decade of progress. Journal of Psychiatric Research. 24:3.

Rapaport, D. y Gill, M. (1959) The points of view and assumptions of metapsychology. International Journal of Psychoanalysis, 40: 153-162

Spitz. R. (1965) El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica, 1969.

Stolorow, R., Brandchaft, Brandchaft, B. y Atwood, G. (1987) Psychoanalytic Treatment. An Intersubjective Approach. Hillsdale, N. J.: The Analytic Press.

Tolpin, M. (1971) On the Beginnings of a Cohesive Self. The Psychoanalytic study of the child, 26: 316-352.

Winnicott, D. W. (1951) Transitional Objects and Transitional phenomena. International Journal of Psychoanalysis. Vol 34.

Winnicott. D. W. (¿1963?) El miedo al derrumbe. En Exploraciones Psicoanalíticas, Vol. I. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1989.

- (1965) El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. O. C.

Wittchen, H. U. (1990) Epidemiology of Panic Disorder: Progress and Unresolved Issues. Journal of Psychiatric Research, 24:23.