

# ANGUSTIAS Y ATAQUES DE PÁNICO

## *Convergencias, suplementos<sup>1</sup> y divergencias*

ISMAIL YILDIZ<sup>2</sup>

*Recibido septiembre 11 08*

*Aprobado diciembre 2 08*

### Resumen

Se describe la evolución de las diferentes formas de angustia de una paciente (P) con ataques de pánico, durante los siete años del proceso psicoanalítico. Se considera inicialmente a P como con una organización fronteriza de la personalidad. Ella vivía su adolescencia alterada con predominio de la posición esquizoparanoide; padecía de narcisismo patológico; sufría de agorafobia, ataques de pánico y somatizaciones como consecuencia, principalmente, de una insuficiente separación-individuación y de una simbiosis patológica con su madre primitiva.

Su angustia de separación, que inducía a veces ataques de pánico y somatizaciones, se re-actualizaba repetitivamente en transferencia y se elaboró durante los primeros años. Esos y otros síntomas disminuyeron su intensidad paulatinamente, y luego desaparecieron o dejaron de ser una preocupación.

Con el propósito de buscar convergencias, suplementos y divergencias en las teorías, se revisan las conceptualizaciones construidas sobre las diferentes formas de angustias. Las de P corresponden más a las pre-edípicas que a las de las posiciones posteriores.

Varias formas de angustia se relacionan con re-vivencias traumáticas o se producen por anticiparlas y, eventualmente, para evitar estas vivencias desbordantes. Efectivamente, P no ha vivido solamente una separación traumática de su madre cuando tenía seis años, sino que se infiere haber padecido también traumas negativos y acumulativos. Esas vivencias traumáticas no le habían permitido la construcción de un *self* suficientemente cohesivo ni una separación-individuación suficiente que le permitieran elaborar su adolescencia. Entonces P vivía en angustias permanentes que le precipitaban fácilmente en ataques de pánico y somatizaciones ante las situaciones de separación de su madre primitiva-analista. Su angustia de separación y sus ataques de pánico eran también los factores de su angustia de muerte y de su insomnio.

**Palabras clave:** angustias, ataque de pánico, angustia de separación, angustia de muerte, insomnio.

## ANXIETIES AND PANIC ATTACKS

### Summary

The evolution of the different forms of anxiety of a patient (P) with panic attacks is described during seven years of the psychoanalytic process. The P is considered initially like a borderline organization of the personality. She was living her adolescence altered with predominance of the schizoparanoïd position; was suffering of pathological narcissism, agoraphobia, panic

---

<sup>1</sup> El autor originalmente utiliza el término suplementaciones, por su carácter dinámico, pero, finalmente, después de varias consideraciones, se ha decidido por este otro término, eso sí, haciendo siempre el énfasis en el aspecto mencionado. (N. de la E.)

<sup>2</sup> MD, MSc. Miembro asociado de la APC. E-mail: iyildiz@etb.net.co

attacks and somatisations as consequences, mainly, of an insufficient separation-individuation and a pathological symbiosis with her primitive mother.

Her anxieties of separation that was inducing, sometimes, panic attacks and somatisations, were reedited repetitively in transference and were elaborated during the first years. Those and other symptoms diminished gradually of intensity, and disappeared or they stopped being a preoccupation.

In order to look for convergences, supplementations and divergences in the theories, are reviewed the conceptualisations constructed on the different forms of anxiety. The anxieties of P correspond more to the pre-oedipus anxieties that to those of the later positions.

Several forms of anxieties are related to reliving traumatic experiences or they take place to anticipate them and to possibly avoid these overflowing experiences. Indeed, the P has not only lived one traumatic separation from her mother when she was six years old, but it is inferred that she has also suffered negative and cumulative traumas. Those traumatic experiences had not allowed to the construction of a self sufficiently cohesive nor a sufficient separation-individuation that could allow the elaboration of her adolescence. Then the P was living in permanent anxiety that was precipitating easily her panic attacks and somatisations in the presence of the situations of separation of her mother primitive-analyst. Her anxiety of separation and her panic attacks were also the factors of her anxiety of death and insomnia.

**Key words:** anxieties, panic attack, anxiety of separation, anxiety of death, insomnia.

## *ANGUSTIAS E ATAQUES DE PÂNICO*

### *Convergências, suplementações e divergências*

#### Resumo<sup>3</sup>

O autor descreve a evolução das diferentes formas de angustias de uma paciente (P) que sofria de ataques de pânico durante sete anos do processo analítico.

Inicialmente considerou P como uma personalidade de organização fronteira (borderline). Ela vivia a sua adolescência tumultuadamente predominando a posição esquizoparanóide; seu narcisismo era patológico; sofria de agorafobia, ataques de pânico e somatizações como consequência, principalmente, da insuficiente separação-individuação de sua mãe primitiva com quem tinha uma simbiose patológica.

Suas angustias de separação, que as vezes induziam ataques de pânico e somatizações, se reatualizaram na transferência e foram sendo elaboradas durante os primeiros anos.

Várias formas de angustias se relacionavam com revivências traumáticas ou surgiam por antecipá-las e eventualmente para evitar estas vivências que transbordavam. Efetivamente P não viveu somente uma separação traumática de sua mãe quando tinha seis anos, mas foi possível ser inferido que sofreu também traumas negativos e acumulativos. Estas vivências traumáticas não lhe permitiram a construção de um *self* suficientemente coeso nem uma separação-individuação suficiente para permitir que elaborasse sua adolescência. P sofria de angustias permanentemente o que facilmente precipitavam os ataques de pânico e somatizações diante das situações de separação de sua mãe primitiva-analista. Sua angustia de separação e seus ataques de pânico eram também fatores de sua angustia de morte e insônia.

**Palavras chave:** angustias, ataque de pânico, angustia de separação, angustia de morte, insônia.

---

<sup>3</sup> Traducción al portugués de Geny Talberg.

## I. INTRODUCCIÓN

Las múltiples formas de angustia hacen parte de los afectos más dolorosos que vivencia el ser humano. Vemos en ellas también un motor esencial para el proceso psicoanalítico. De otra parte, las teorías explicativas de angustias de diferentes enfoques psicoanalíticos son también diferentes. Éstas no son únicamente de orden teórico, sino tienen también consecuencias en la práctica psicoanalítica: determinan las modalidades del pensar del analista, afectan su manera de escuchar y comprender, y orientan los modos y los contenidos de sus intervenciones (Yildiz, 2006a y 2006b).

En el presente trabajo describo brevemente las angustias y los ataques de pánico de una paciente, y discuto algunas convergencias, suplementos y divergencias de las teorías explicativas más pertinentes. Incluyo también algunas consideraciones personales.

## II. CASO CLÍNICO

### II.1. Entrevistas

La paciente, que llamaré con el seudónimo de Esperanza o P, me pide una cita de urgencia en diciembre de 2000. Cuenta que tiene ataques de pánico desde hace más de un año pero su frecuencia aumentó últimamente, y tuvo una crisis espantosa esa mañana. Estaba en "psicoanálisis" (dos sesiones semanales durante un año y una vez los últimos seis meses) pero su analista se ausenta con frecuencia y salió de vacaciones por tres meses al inicio de noviembre. Es por esto que quiere cambiar de terapeuta y me pregunta si yo puedo tratarla también durante las vacaciones. Justifica su petición diciendo que sus ataques de pánico ocurren con mayor frecuencia durante este tiempo y los fines de semana.

Ante mi indagación, explica que sus ataques de pánico se manifiestan con angustias muy intensas acompañadas de una sensación de muerte inminente. Durante sus crisis más fuertes llega a no sentir partes de sus piernas, su espalda y la parte posterior de su tronco, y siente que está a punto de desmayarse y morir. No pierde conocimiento, no obstante tiene que sentarse o acostarse para no caerse. Teme también morir de ataque al corazón, derrame cerebral o tener catalepsia. Consultó con algunos médicos que le dijeron que no tiene hipoglicemia, ni la tensión arterial baja, que su cuerpo funciona perfectamente, y que lo que tiene es de origen psicológico. El neurólogo le prescribió un calmante (Lexotán) pero ella no quiso tomarlo pensando que si tiene algo psicológico tiene que tratarse psicológicamente y no con drogas. No reconoce ningún factor desencadenante de sus ataques de pánico. Tiene también una angustia anticipatoria constante de tener ataques. Además tiene varias fobias que incluyen miedo a la muerte, a los perros y gatos, a estar sola en la calle y en su casa, a viajar en avión y en buses de transporte público.

Esperanza tiene entonces 21 años y estudia en cuarto semestre de universidad (U), en un campo de ciencias sociales. Vive con su madre y una hermana menor. Considera que todo su sufrimiento se debe a su padre, por haberla separado de su mamá cuando tenía 6 años, después de peleas y pleitos. Dice estar nerviosa desde entonces y que nunca lo perdonará por haberlas separado. Ella y su hermana volvieron a vivir con su madre un año después, también después de pleitos. Dice que él, aunque sea tacaño, le paga todo, le da toda la plata que quiere, hasta le paga un conductor, pero que no están relacionados afectivamente. Considera ambivalentes (sic) las relaciones con su madre, dice ser muy celosa de ella y cree que fue uno de los factores para que no volviera a casarse. Reconoce

parcialmente la anormalidad de acostarse en el mismo cuarto que su mamá para poder dormirse desde hace muchos años, pues siempre temió acostarse sola en un cuarto. Aun acostada al lado de ella, tiene a veces ataques de pánico pero no le cuenta para no asustarla porque es muy nerviosa. Además cuando tienen disputas, ella la llama loca, y por eso no quiere que sepa de sus ataques de pánico.

Esperanza, con cara y voz muy angustiada, me pregunta qué es lo que tiene, si es una enfermedad genética incurable lo que provoca estos ataques. Le explico que no es una enfermedad genética ni incurable, pero que se necesita más investigación, y le propongo una segunda entrevista.

Esta primera entrevista fue muy espontánea, pero en algunos momentos me sentí tensionado, como si no supiera cómo hacerla. Esperanza explicaba muy poco sus cosas, respondía con generalidades y enseguida quedaba en silencio, por lo que yo tenía que preguntar para aclarar y precisar sus relatos. Además, después de la entrevista me quedé con un malestar inexplicable y sentí como si hubiera realizado mi peor trabajo. Llegué a comprender posteriormente (en la supervisión) mi "tensión" durante nuestro encuentro y mi malestar subsiguiente, como resultado de mi captación inconsciente de las angustias aterradoras de P.

En la segunda entrevista, comenta que anoche estuvo muy nerviosa en un matrimonio y no durmió sino tal vez una hora durante toda la noche por miedo a tener crisis de pánico con alguna pesadilla. Al contrario de que relataba, ella me parecía radiante, a pesar de trasnochar, comparada con su estado muy ansioso durante su primera entrevista.

Investigué más activamente su pasado y presente, incluyendo las relaciones con sus terapeutas anteriores. Nació de parto normal. No tomó pecho porque no bajó la leche a su madre. Caminó a los 11 meses, habló temprana-

no y leyó como a los 3 años. Desde siempre se sintió nerviosa, pero esa sensación aumentó después de la separación de sus padres. Inicialmente la trató el psicólogo de la escuela. Cuando tenía entre 13 y 14 años fue tratada por un terapeuta hombre, a causa de su depresión y anorexia leve. Hace año y medio empezó otro tratamiento con una terapeuta mujer, por estar muy angustiada. Dice que ésta es psicoanalista y amiga de la familia. Antes de su salida por sus vacaciones, Esperanza le manifestó su desacuerdo y la posibilidad de buscar otro terapeuta. Su analista aceptó esta posibilidad.

Generalmente se sentía nerviosa en el colegio y la U, y actualmente teme mucho tener allí un ataque de pánico, o algo peor. Ha podido estudiar y pasar los semestres, aunque sea con dificultad, a pesar de su nerviosismo y sus angustias. Añade que perdió dos semestres en la primera carrera, y le tocó cambiar a la que está estudiando por ser más fácil. En la nueva no ha perdido hasta ahora ningún semestre, pero sí algunas materias. Comenta que su vida afectiva es caótica y conflictiva, que tuvo novios con problemas emocionales, y piensa que tal vez ésto se deba a sus propias dificultades. Incluso, se separó mal de su último novio hace unos tres meses.

Repite que tiene miedo a desmayarse, a que la hospitalicen o a morir por sus crisis de pánico. Me pregunta si no está loca o si tiene una enfermedad biológica incurable. Le explico que no es una locura en el sentido de perder contacto con la realidad, como tampoco una enfermedad biológica incurable; es más bien un trastorno emocional importante, principalmente de origen psicológico.

Después de que acordamos trabajar cuatro sesiones semanales, comenta que sus padres no creen en su necesidad de un tratamiento psicológico y consideran el psicoanálisis como uno de sus caprichos, pero ella considera que sí necesita el tratamiento.

Cuando le anuncio la finalización de la entrevista, Esperanza se angustia y me pregunta si puede llamarme durante el fin de semana en caso de tener ataques de pánico. Explica que durante los fines de semana siente que no puede contar con nadie si los tiene, por lo que llamaba a su terapeuta anterior. Añade, además, que aumentó la frecuencia de sus crisis desde que su terapeuta se fue de vacaciones. Yo acepto, con cierto desagrado, y le doy los datos de mi buscaperonas.

En esta segunda entrevista yo ya tenía más conciencia de la gravedad de la situación de P y de mis preocupaciones por las dificultades del tratamiento, así que acepté sus llamadas eventuales como un Parámetro ante sus ataques de pánico. Decidí también llevar el caso a una supervisión.

#### II.1.1. Diagnóstico hipotético

Esperanza consulta por ataques de pánico aparentemente espontáneos acompañados de una sensación de muerte inminente, asociados a veces a síntomas de despersonalización en forma de pérdida de la sensibilidad de partes de su cuerpo. Tiene también múltiples fobias e insomnio. Además, tiene hipocondría sobre su salud corporal y mental: consultó médicos para averiguar cómo funcionan su cuerpo y su cerebro, teme tener una enfermedad genética incurable, morir de un derrame cerebral o de un infarto cardíaco, tener catalepsia, y estar loca o enloquecerse.

Con los síntomas descritos y basándome también sobre mi contratransferencia (predominio de malestar y preocupación por ella y por el tratamiento), consideré graves sus perturbaciones emocionales y pensé en primer lugar en una organización fronteriza de la personalidad, según los criterios de Kernberg (1984). Consideré a favor de este diagnóstico "presuntivo" el conjunto de los síntomas descriptivos de ansiedad crónica, difusa y flotante, que incluyen los ataques

de angustias, neurosis polisintomática, difusión de su identidad (percepción disociada y contradictoria de sí mismo y de otros). La petición de llamarme en casos de ataques de pánico refleja el uso de mecanismos primitivos de defensa, la idealización primitiva, e indica que no es capaz de hacer frente sola a sus angustias abrumadoras (debilidad yóica).

P venía con la explicación de su terapeuta anterior: sus angustias y síntomas se deberían a la no resolución de su complejo edípico. Sin embargo yo pensé en un predominio de déficit y conflictos pre-edípicos. Consideré el hecho de acostarse en el mismo cuarto con su madre para poder dormirse como evidencia de una insuficiente separación-individuación o de una regresión al estado simbiótico con la madre (Bleger, 1967; Mahler y col., 1975). Parece también evidente, que sus ataques de angustias, sobre todo durante los fines de semana y las vacaciones, y su exacerbación reciente con las vacaciones de su terapeuta, la consulta urgente conmigo con deseo de cambiar de terapeuta y su querer tratarse durante las vacaciones, son manifestaciones de su angustia de separación (pánico) de su terapeuta-madre primitiva.

#### II.1.2. Analizabilidad e indicación del psicoanálisis

Consideré en favor de la analizabilidad de P, su gran motivación expresada para tratarse psicológicamente, su edad joven, haber estado ya en un tratamiento psicológico en el diván, el hecho de que podía estudiar a pesar de sus angustias permanentes y cierto grado de introspección manifestado en las entrevistas.

Ante la urgencia y la gravedad de su situación, pensé en la posibilidad de utilizar parámetros, como la aceptación de llamadas telefónicas en casos de ataques de pánico y el uso de algún psicofármaco como un tratamiento suplementario si fuese indispensable.

### II.1.3. Pronóstico inicial

Considerando que P tiene múltiples fobias, hipocondriasis, ataques de angustias con despersonalización y angustia anticipatoria constante de tener ataques de pánico, prevé un tratamiento difícil y largo, similar a los casos de organizaciones fronterizas de la personalidad. Prevé también metas terapéuticas menos ambiciosas, por ejemplo, pasar de un nivel bajo a un nivel más alto de la organización fronteriza de la personalidad (Kernberg, 1984).

### II.2. Evolución de la situación psicoanalítica

Describí y discutí ampliamente en mi libro (Yildiz, 2008) la evolución de la situación psicoanalítica, los sentimientos, las emociones, las pasiones y los síntomas de Esperanza durante los siete años que duró el tratamiento. Aquí consideraré brevemente la evolución de sus angustias y ataques de pánico.

Durante los cuatro primeros meses, hubo incertidumbre para mantener el encuadre, a causa de dificultades en el pago de mis honorarios por parte de sus padres, así que finalmente concertamos una rebaja con el fin de mantener las cuatro sesiones semanales. Después de las primeras semanas de tratamiento, disminuyeron la frecuencia e intensidad de sus ataques de pánico, pero aparecieron somatizaciones como polaquiria con angustia y disnea y más tarde ahogos durante las comidas. Consideré esas somatizaciones como una fijación de sus angustias difusas sobre algunos órganos y sus funciones, también como una llamada de ayuda a sus padres para que pagaran la terapia y para que yo no la abandonara. Volvió a comer mejor después de llegar a un acuerdo económico para la continuación de la terapia, pero se empeoró hasta poner en peligro su nutrición durante la separación de las vacaciones de fin de año. Su temor a ahogarse comiendo predominó periódicamente durante varios

años, y sólo los dos últimos años de análisis no volvió mencionarlo.

Sus angustias de separación de los fines de semana se intensificaron después de dos meses de tratamiento y me llamó varias veces por muy intensos ataques de pánico, calmándose generalmente durante la conversación. Esperanza reaccionó fuertemente al anuncio de mis vacaciones de mitad de 2001, y ante sus angustias intensas a causa de esa separación le indiqué que tomara Lexotán. Desde entonces, tomó Lexotán cuando aumentaban la intensidad de sus angustias o ante situaciones que imaginaba que la aumentarían.

Después de esta primera separación por mis vacaciones, P reaccionó con más silencios en las sesiones, y quiso abandonar la terapia. Revivió de cierta manera sus ira, rabia, resentimiento, tristeza y agonía de otras separaciones traumáticas, llorando muchas veces durante las sesiones. De hecho, ella había sido separada violentamente de su madre cuando tenía seis años, a causa del divorcio de sus padres. Estaba convencida que esa separación era la causante de sus sufrimientos desde entonces y culpaba de ésto a su padre. Consideré como progreso el hecho de que P pudiera sentir y expresar sus emociones en transferencia (rabia, resentimiento, etc.), sin terror a la retaliación. Durante todo este tiempo, la transferencia predominante fue pre-edípica (idealización primitiva, simbiosis y angustia de separación) y mi contratransferencia fue de preocupación por sus síntomas amenazantes y por la posibilidad que interrumpiera el tratamiento.

Durante la separación de fin de 2001, me llamó dos veces por ataques fuertes de pánico y soportó agonías y dificultades para comer, por terror a asfixiarse tragando y morir. Tuvo gastritis y úlcera duodenal, y perdió mucho peso. Se mejoró progresivamente de esos síntomas en los siguientes meses, al mismo tiempo que disminuía también la intensidad de mi contratransferencia.

Esperanza soportó mejor la separación por mis vacaciones de mitad y fin de 2002. No obstante, volvió a reaccionar más fuerte a la separación de mitad de 2003 y se hospitalizó tres días en el servicio de neurología por jaquecas y vómitos persistentes. Un mes antes de esta separación, las relaciones con su padre habían empeorado y sentía que él nunca volvería hablarle de nuevo. Además, había fracasado en mantener un trabajo debido a sus angustias. Consideré que esas nuevas tensiones se juntaron con la angustia de separación de la terapia, desbordaron sus capacidades para elaborar esas emociones y provocaron las somatizaciones citadas.

Otra área de preocupación de Esperanza y de angustias intensas y frecuentes era el temor a no pasar sus semestres en la U. Ya había perdido dos en su primera carrera, y venía pasándolos con dificultad en esta nueva y con deuda de una u otra materia en cada uno. Además, sentía que estudiaba por obligación hacia sus padres y pensaba que su carrera no serviría para nada. Pensó varias veces en abandonar sus estudios en los momentos de mayor angustia. También se consideraba como no inteligente de nacimiento y no tenía esperanzas de mejorar. Sin embargo por primera vez pasó directamente el primer semestre de 2002 y lo logró también en el segundo. Empezó el año de 2003 con ánimo de estudiar mejor y pensando que, tal vez, su carrera sí podría servirle para realizarse en su vida, y al final tuvo el mejor promedio de su facultad. Con esas mejorías rompió el círculo vicioso en sus estudios y ganó mayor confianza en sus capacidades.

Las relaciones objetales internas y externas predominantes eran inicialmente de objetos no diferenciados (simbióticos) o de objetos parciales: unos totalmente malos y persecutorios, proyectados principalmente sobre su padre, y otros simbióticos, totalmente buenos y protectores proyectados principal-

mente sobre su madre, su terapeuta anterior y sobre mí. La vivencia de los persecutorios predominaba generalmente sobre la vivencia de los protectores, en forma de demonios en su sueño, que la paralizaban, con temor a ser poseída por espíritus malignos y finalmente, ataques de pánico que amenazaban su vida mental y corporal. Los buenos eran vivenciados de manera más primitiva (simbiótica), con necesidad de cercanía del cuerpo de su madre para poder tranquilizarse y dormir, o necesidad de comunicarse conmigo durante los fines de semana y vacaciones. La angustia de separación del objeto simbiótico se manifestaba con agorafobia, claustrofobia, insomnio y ataques de pánico. En general, la necesidad del objeto protector no era reconocida (renegada) y rechazada (como su rechazo a la terapia), y sentía gran vergüenza por esta dependencia en su parte más madura.

P contaba también con la parte protectora de su padre, aunque no lo reconociera, porque se alteró mucho con el empeoramiento de sus relaciones. También empezó a descubrir progresivamente que tiene más terror a su madre que a su padre. Como consecuencia de la simbiosis persistente, la insuficiente separación-individuación, y la no integración de objetos parciales y de partes de sí misma disociadas, Esperanza no tenía suficiente constancia objetal, tenía una identidad difusa, sus emociones eran primitivas (violentas) con actitudes de todo o nada con los objetos simbióticos y parciales.

A semejanza de sus relaciones objetales internas y externas, la transferencia fue inicialmente de idealización primitiva y de fusión (transferencia narcisista y simbiótica). La intensidad de la identificación proyectiva de su terror sin nombre (desvalimiento psicológico), produjo en mí una gran preocupación por su salud mental y corporal durante el primer año de tratamiento. Al lado de la idealización primitiva y de la fusión, emergieron en

pocos meses rebeldía, rechazo y desprecio en la transferencia, que se manifestaron repetidamente de varias formas, desde silencios prolongados, renegación de la utilidad del tratamiento hasta deseos de interrumpirlo. Pero, con el progreso del proceso psicoanalítico, se produjo cierto grado de acercamiento de partes persecutorias (malas) y protectoras (buenas) de sus objetos y de su *self*, que se reflejó en la disminución de sus terrores hacia sus padres y en transferencia conmigo. En efecto, empezó a contarme progresivamente sus "secretos", incluyendo sus vivencias abrumadoras (traumáticas) durante la separación de su madre. Lo que mostró un mayor grado de confianza en mí y en ella para atreverse a revivir y a elaborar así esas emociones traumáticas.

Después del primer año de terapia, volvió a tener algunos ataques de pánico (generalmente, durante las separaciones de fines de semana o de mis vacaciones); sin embargo, ya sabía aguantar en general y temía menos enloquecerse o morir durante las crisis. Mientras tanto, su sensación de ahogo comiendo era como si fuese a morir inmediatamente, aunque ella se daba cuenta que podía seguir respirando. Desde el mes de mayo de 2002, las dificultades con la comida dejaron también de ser una de sus preocupaciones principales. Aunque durante mucho tiempo temió estar sola en la U y aun en su propia casa, en septiembre de 2002 empezó a mejorar de su agorafobia y claustrofobia.

Esperanza había tenido colecho con su madre desde los siete hasta los doce años y después dormía en el mismo cuarto, aunque tenía la posibilidad de hacerlo en otro. Al inicio, racionalizaba esta situación diciéndose que no veía nada malo en ello. Ante mis interpretaciones repetitivas sobre el origen de sus angustias y ataques de pánico como resultantes de la no separación-individuación suficiente de ella, comprendió, desde los

primeros meses de la terapia, la necesidad de sacar su cama a otro cuarto. Desde entonces, pensó en la posibilidad de separación, empero se sentía incapaz para intentarla. Después lo intentó varias veces, en tiempos diferentes, pero no pudo porque se despertaba con angustia después de pocas horas y a la noche siguiente volvía al cuarto con su madre. Finalmente, sacó su cama en enero de 2003, y la mantuvo separada desde entonces. Como otras señales de la disminución de la intensidad de su simbiosis, disminuyeron también la intensidad de sus angustias de separación durante los fines de semana y las vacaciones.

Después de los tres primeros años de tratamiento psicoanalítico, la disminución de la intensidad de simbiosis patológica, el progreso del proceso de la separación-individuación y cierto grado de integración de sus objetos parciales y de su *self* se reflejaron, entre otros, en la adquisición de una mejor capacidad para relacionarse con los otros. Efectivamente, la relación con su novio de entonces fue menos angustiante, menos compulsiva, de mayor confianza, y con menos terror a ser abandonada, que con los anteriores. Por momentos, llegó hasta a sentirse bien y alegre en esta relación, como nunca antes se había sentido. A pesar de temer mucho, se arriesgó a tener sus primeras relaciones sexuales con él.

Durante el año 2004, Esperanza aguantó las incertidumbres y angustias normales y exageradas de su graduación, y empezó a trabajar enseguida. Sus angustias aumentaron, generalmente, con las responsabilidades de los trabajos (que cambió cuatro veces, durante los tres años siguientes) y, fácilmente, llegó a tener relaciones persecutorias con sus jefes y colegas. Sin embargo, poco a poco, aprendió de sus experiencias y ganó cada vez mayor confianza en sus capacidades. Al mismo tiempo empezó a valorar progresivamente, mucho más, las sesiones psicoanalíticas.



ticas, al darse cuenta de que le ayudaban a comprender sus relaciones conflictivas en el trabajo y, eventualmente mejorarlas. Así que disminuyeron paulatinamente sus silencios en las sesiones hasta que acabaron por desaparecer. Poco a poco, mejoraron también las relaciones con sus padres y con sus colegas de trabajo.

A partir del inicio de 2006, tanto su trabajo como su vida se transformaron muy lentamente, pasando de ser un sufrimiento continuo y de aguante, hasta momentos de disfrute y de realización. El inicio de estos momentos coincidió con un noviazgo nuevo, más sereno. Con este novio pudieron cultivar más la confianza mutua y decidieron vivir juntos y, desde mayo de 2007, lo están haciendo en otro país. Esta determinación, la de separarse de su madre y de mí, fue elaborada en análisis durante más de un año, y antes de decidirse por marcharse de Colombia, habíamos acordado que, eventualmente, podíamos seguir la terapia por Internet, y efectivamente, así lo hicimos desde el mes de mayo hasta final de 2007. Durante su estancia en otro país, después de sus angustias de viaje y de los grandes cambios de las primeras semanas, Esperanza siguió mejorando mucho más; entre otras cosas, dejó de utilizar el ansiolítico que tomaba ocasionalmente, aprendió a usar el bus (en Colombia nunca lo había hecho, y se consideraba incapaz de ello para siempre), a quedarse en su residencia sin angustiarse sobremanera, a hacer compras, etc., todo ello sola.

Los meses antes de su viaje, Esperanza no solamente se sentía mejor, sino que tomó conciencia de sus mejorías en muchas áreas. Asimismo, reconoció la importancia del tratamiento y me agradeció por mi compromiso con ella. Fue en este momento que le pedí su autorización para publicar su caso en un libro. Ella lo aceptó, considerando que su mejoría podría dar esperanza a otras personas

que sufren intensamente, así como ella había sufrido.

Después de su viaje, empezamos a trabajar más con miras a finalizar el tratamiento. Efectivamente, lo hicimos de común acuerdo en una sesión en mi consultorio en enero de 2008 (Esperanza estaba de vacaciones en Bogotá).

Puedo decir que la evolución de Esperanza, hasta entonces, fue mucho mejor que lo que yo mismo había pronosticado inicialmente.

### III. DISCUSIÓN

#### *III.1. Diagnóstico psicodinámico*

Aunque ciertas corrientes de psiquiatría expliquen las angustias de un trastorno de pánico como de origen puramente biológico (Restrepo, 1994), nosotros buscamos mecanismos psicodinámicos como ante cualquier tipo de angustia. No obstante, la existencia de diferentes enfoques psicoanalíticos hace posible también explicaciones psicodinámicas diferentes de la misma sintomatología.

Según las teorías freudianas, Esperanza sufre de una neurosis mixta que incluye las neurosis actuales (neurosis de angustia e hipocondría) y las psiconeurosis. Sus ataques de pánico son muy similares a los ataques de angustia de neurosis de angustia (Freud, 1895a, 1895b, 1898; Yildiz, 2006c). El trastorno de pánico sería un ataque de angustia abrumadora que rebasa las capacidades yóicas (protección antiestímulo) e inunda al yo, volviéndose así una angustia traumática.

Según la escuela kleiniana, nuestra P vivía la mayor parte del tiempo en la posición esquizoparanoide, cuya exacerbación explicaba sus angustias primitivas (psicóticas) de fragmentación corporal y mental (Klein, 1957; Rosenfeld, 1987; Steiner, 1987, 1991; Hinshelwood, 1989; Yildiz, 2007a). Los ata-

ques de pánico se producirían por la confusión de partes del *self* con el objeto debido a la identificación proyectiva patológica. De hecho, nuestra P sufría generalmente de angustias persecutorias, muchas veces internas (hipocondriasis) y otras veces proyectadas hacia afuera (fobias). No parecía sufrir generalmente de angustias depresivas por haber dañado sus objetos, penar por ello y eventualmente tratar de reparar y recrearlos. Sus fobias se explicarían por la proyección de objetos parciales persecutorios (malos) internos en el mundo exterior.

Los psicoanalistas poskleinianos, como Bleger (1967), Garbarino (1968) y Ogden (1989, 1991), para explicar las angustias y síntomas considerados aun más primitivos, propusieron otra posición que existiría antes de la posición esquizoparanoide (antes de la discriminación entre el objeto bueno y malo, yo y no-yo). Según Bleger (1967) y Garbarino (1968), el remanente de núcleos de indiferenciación primitiva en una personalidad "madura" es el responsable de la persistencia de la simbiosis o de la posición umbilical, respectivamente. Cuando se rompe esta simbiosis, la invasión masiva del yo, más integrado por este núcleo, lo desorganiza con sensaciones de ansiedad y estados confusionales catastróficos, despersonalización, amenaza de locura y de desintegración. Según Ogden (1989), la angustia de la posición autista-contigua involucra la experiencia de la desintegración inminente de la cohesión del *self* y de la superficie sensorial.

Los ataques de pánico y la despersonalización de P podrían corresponder a lo descrito por estos autores. Más particularmente, las sensaciones de despersonalización durante sus ataques de pánico fuertes, el temor a no poder controlar su orina y el acostarse cerca de su madre para poder dormir, pueden equipararse a las angustias y a las defensas de la posición autista-contigua. Sus actitudes

de estar cerca de su madre sin comunicarse íntimamente y de venir a las sesiones con gran dedicación, pero quedándose en silencios prolongados, pueden ser expresiones de las necesidades apremiantes de los objetos autistas (Tustin, 1987, 1991), y de utilizar la terapia como una segunda piel, para conservar la cohesión precaria de su *self* (función sostenedora o contenedora de la terapia y del terapeuta [Bick, 1968; Kogan, 1988]).

Dentro de los desarrollos de la "psicología del yo", las conceptualizaciones de Mahler (1979a, 1979b; y Mahler & col., 1975) sobre la fase autista normal, la fase de simbiosis normal, la fase de separación-individuación y el logro de constancia objetal, explican con otro enfoque el desarrollo biopsicosocial "normal". Los defectos de elaboraciones de estas etapas dan cuenta también de los estados autistas, las angustias de separación, las simbiosis patológicas (incluyendo la psicosis simbiótica) y los estados fronterizos. En Esperanza se observó, con toda evidencia, la insuficiente separación-individuación y la simbiosis patológica con su madre primitiva y con los objetos en transferencia (con su terapeuta anterior, conmigo, con sus novios, etc.).

Había considerado a P como fronteriza después de las entrevistas. Sin embargo, persisten imprecisiones y desacuerdos en el campo de la clínica del fronterizo (Frosch, 1988), aunque la mayoría lo considere, como Kernberg (1975) y Paz & col. (1976, 1977a, 1977b, 1991), una estructura psicopatológica diferente de las psicosis esquizofrénicas y de las neurosis "clásicas". La coincidencia de la mayoría de los autores en que los fronterizos no se psicotizan de manera permanente, a pesar de sus indudables oscilaciones regresivas tanto en su vida cotidiana como en un proceso terapéutico, acentúa la posibilidad de que constituyan una sola estructura psicopatológica predominante.

Kernberg considera, que aunque los fronterizos han logrado la diferenciación de las representaciones del *self* del objeto, sin embargo, no han podido integrar las representaciones disociadas del *self* ni las representaciones de los objetos parciales, que se manifiestan como una difusión característica de la identidad (Yildiz, 2007b). Mientras que Paz y col. piensan que los fronterizos tienen principalmente una falta de separación-individuación y partes simbióticas con el objeto (partes psicóticas). Podemos destacar esas explicaciones contradictorias de los fronterizos como una divergencia entre esas teorías. Considero que P no solamente tiene la no integración de su *self* y sus objetos parciales, lo que explica la difusión de su identidad (al inicio de su tratamiento me dijo que quería ser otra persona), sino que también tiene partes simbióticas -o no-diferenciadas- con su madre primitiva.

Esperanza tenía, también, un narcisismo patológico manifestado por medio de una gran vulnerabilidad a la frustración, muy baja autoestima y falta de confianza en sí misma. Al mismo tiempo, manifestaba una omnipotencia de su *self* grandioso primitivo que inducía la devaluación y el desprecio de otros (Kohut, 1969, 1971, 1977; 1984; Green, 1983; Bleichmar, 1983; Lizarazo, 1990; González, 1993, 2003).

Hemos constatado que P estaba viviendo su adolescencia alterada, vivía en la posición esquizoparanoide predominante, padecía un narcisismo patológico, sufría enormemente por estar sola, agorafobia, ataques de pánico y somatizaciones como consecuencias de una insuficiente separación-individuación y de una simbiosis patológica con su madre primitiva-analista, de manera similar a las

descripciones y conceptualizaciones convergentes y suplementarias<sup>4</sup> de Bleger (1967), Garbarino (1968), Mahler (1979a, 1979b) y Ogden (1989, 1991).

### *III.2. Analizabilidad e indicación del psicoanálisis*

Se puede cuestionar la analizabilidad e indicación de psicoanálisis en nuestro caso considerado inicialmente como una organización fronteriza de la personalidad, dado que no existe unanimidad sobre la analizabilidad de los fronterizos. Kohut (1971) considera que no es capaz de empatizar con uno. Kernberg (1984, 1991), en cambio, propone un psicoanálisis modificado, que llama psicoterapia expresiva, con utilización eventual de Parámetros, pero no excluye totalmente el psicoanálisis como una indicación "heroica" en casos menos graves. Paz & col. (1976, 1977a, 1977b, 1991) y Lizarazo (1987a, 1987b, 1988, 1989) aceptan la organización fronteriza como una organización psicológica particular, indicando el psicoanálisis en la mayoría de los casos, y en casos más graves ven la necesidad de parámetros como la utilización de psicofármacos e intervenciones en el medio familiar. Mientras que para los kleinianos no existe esta frontera y todas las personas tienen partes psicóticas que hay que tratar en psicoanálisis.

Aunque pensé, al inicio, que era un caso difícil para el psicoanálisis, en las primeras semanas me di cuenta que me había equivocado en mi estimación sobre la capacidad de introspección de P. Muchas veces la alianza de trabajo no había funcionado, en el sentido de asociar libremente, porque ella prefería quedarse callada. Ante sus angustias intensas, acepté que podía llamarme en ca-

<sup>4</sup> Quiero aclarar que uso el concepto suplementario diferente de complementario. El concepto complementario implica la totalidad, la saturación y el cien por ciento. Mientras que el de suplementario implica no saturación, la incompletud y la abertura a más posibilidades de explicación que pueden ampliar nuestra comprensión.

sos de ataques de pánico. Durante la primera separación por mis vacaciones aconsejé que tomara un ansiolítico, así que tomó Lexotán como un tratamiento suplementario según sus necesidades. Después de tres años de tratamiento, consideré que ella seguía fronteriza, con narcisismo patológico y partes psicóticas (simbióticas) predominantes, que dificultaban el proceso psicoanalítico. Desde el inicio se añadió otro factor que dificultó aún más el proceso terapéutico: el "sabotaje" del tratamiento por parte de los padres que amenazaron periódicamente con no pagar la terapia. Sin embargo, después de siete años de tratamiento, frente a los resultados alcanzados, podemos afirmar que el psicoanálisis fue una buena indicación.

### III.3. Diferentes formas de angustia

Existieron muchos intentos de clasificar los afectos. Es probable que ellos sean también, como las ideas, infinitos en sus diferentes combinaciones y matices. Además, los afectos son más difíciles de identificar, discriminar, describir y precisar con palabras (Chiozza, 1998). La particularidad que tienen los afectos de poder volverse conscientes sin unirse a las palabras en lo pre-consciente (Freud, 1923), explica la limitación del lenguaje verbal para dar razón de ellos. Aunque en psicoanálisis tengamos costumbre de usar el concepto de angustia en singular, yo prefiero usarlo en plural porque tomo en consideración que existe en múltiples formas.

En lo siguiente revisaré brevemente las teorías explicativas de Freud y de otras corrientes post-freudianas sobre las diferentes formas de angustia. Esas teorías convergentes, suplementarias y a veces divergentes, pueden ayudarnos a comprender mejor las angustias de Esperanza.

Freud (Lección XXV, 1916-17) diferenció las angustias en dos categorías según los agentes causales: denominó **angustia**

**real (o miedo)** cuando es una reacción a la percepción o a la anticipación de un peligro exterior (se produciría por los instintos de autoconservación); y **angustia neurótica** cuando el peligro exterior no existe o es insuficiente para explicarla. Las neuróticas pueden manifestarse asociadas con cualquier tipo de neurosis o como angustia flotante y/o ataques de angustia en neurosis de angustia (o sus equivalentes como temblores, vértigo, palpitaciones, opresión, etc.). Aunque Freud adjudicara la angustia de la neurosis de angustia a la no elaboración de las excitaciones sexuales actuales, es decir a la represión de la libido, consideraba generalmente que la represión de cualquiera de las excitaciones afectivas (libidinosas o agresivas) puede transformarse en angustia neurótica.

Podemos resumir las otras tres teorías de angustia de Freud según sus tres teorías dualistas de pulsiones. Según su primera teoría pulsional (Freud, 1905, 1915a), la angustia se genera por la oposición (conflicto) de pulsiones de autoconservación y las sexuales; según la segunda (Freud, 1914), por la lucha (conflicto) entre la libido del yo y la libido objetal; y según la tercera (Freud, 1920), por la lucha entre las pulsiones de vida y de muerte.

La vivencia de **lo siniestro (ominoso)** es también una forma de angustia que Freud (1919) describió. Lo siniestro amenaza la integridad del sujeto: terror a la castración, a la fragmentación o a la desintegración del *self* corporal y mental, y horror a la muerte. Lo siniestro se produce cuando se desvanecen los límites entre la fantasía y la realidad; se puede decir que la vivencia de lo siniestro es una forma de angustia confusional o psicótica.

Freud propuso otra nueva en 1926, dividiendo todas las angustias en dos categorías, según sus efectos o consecuencias en el sujeto: la angustia señal y la angustia traumática. La **angustia señal** se origina ante un peligro (externo o interno) anticipado; entonces, el

yo le hace frente fugando o luchando, postergando la satisfacción o renunciando conscientemente, o, también, reprimiendo las pulsiones peligrosas. Mientras que la **angustia traumática (o automática)** irrumpe a través de las barreras antiestímulo y de la represión, y es involuntaria, intolerable, indecible, e inunda y desorganiza al yo. La angustia señal es producida por el yo para evitar la angustia traumática. La angustia traumática sería una re-vivencia del desamparo psíquico (desvalimiento) de un niño de pecho, el cual sería análogo al desamparo biológico en el trauma de nacimiento. El estado de desamparo psíquico deja al bebé impotente frente a las demandas pulsionales primitivas, lo que genera una desorganización del yo que es todavía incapaz de poner en operación defensas capaces de alejar a esa angustia intolerable e indecible.

Después del desarrollo de las instancias psíquicas, el ello persigue, exclusivamente, el beneficio placentero mientras el yo tiene la función de autoconservación y se preocupa por la seguridad. El yo utiliza las sensaciones de angustia como señales que indican amenazas para su integridad, mientras que la angustia traumática se produce automática e involuntariamente, cuando el yo se vuelve impotente ante un peligro real o fantaseado. El yo vive entonces, pasivamente, esta angustia porque pierde el control, se desorganiza, pierde su integridad, siente un peligro inminente de muerte fisiológica y/o psicológica, como una reactivación de las vivencias de desvalimiento psicológico anteriores. El estado afectivo se hace, entonces, paralizante e inadecuado al presente (Freud, Lección XXXII de 1933, 1940). Nosotros podemos decir que el ataque de pánico es la vivencia más extrema de las angustias traumáticas, que puede inducir gritos no controlados, huida, parálisis, despersonalización, estados lipotímicos y aun desmayos con pérdida de conciencia, como ha ocurrido a veces con nuestra P.

Freud (1926) consideró también que cada una de las edades del desarrollo psicosexual tiene adscrita cierta condición de angustia, adecuada a ella. El peligro del desamparo psíquico corresponde a la época de la carencia de madurez del yo (angustia traumática); el peligro de la pérdida del objeto y de la pérdida de amor del objeto, a la dependencia de otros en los primeros años infantiles (**angustia de separación y angustia de perder el amor del objeto**); el peligro de la castración por el varón y la angustia de ser abandonada por la niña, a la fase fálica (**angustia de castración**); y el miedo al superyó (**angustia de conciencia moral o angustia social**), al período de latencia. Sin embargo, todas estas situaciones peligrosas y condiciones de la angustia pueden subsistir conjuntamente y provocar la reacción angustiosa del yo en épocas posteriores a las correspondientes o actuar varias de un modo simultáneo. Esas afirmaciones de Freud indican la posibilidad de la superposición de vivencias de diferentes tipos de angustia.

Freud consideró, en 1930, que el ser humano se angustia ante tres amenazas: desde el propio cuerpo (temor a perder el control ante las pulsiones del ello y las enfermedades orgánicas), el mundo exterior (la crueldad de la Naturaleza) y las relaciones con otros seres humanos (el superyó como su representación). Sostuvo que la angustia ante el superyó y la angustia de muerte son elaboraciones de la angustia de castración.

Brenner (1974), perteneciente al enfoque de psicología del yo, en su proposición de una teoría unificada de los afectos, reserva el término angustia (ansiedad) para un afecto que la expectativa del peligro despierta en el yo, que no estaría presente como tal desde el nacimiento. Prefiere denominar simplemente "displacer", o **congoja (distress)**, o **afectos primarios**, a la respuesta innata intensa a las situaciones traumáticas de la muy temprana

infancia. Es una consideración más similar a las de Freud (1926), y en total contradicción con las de Klein, que acepta la existencia de angustias persecutorias desde el nacimiento.

Según Klein, durante los primeros meses de vida se manifiesta la **angustia persecutoria** y en los meses siguientes predomina la **angustia depresiva**. Estos dos tipos de angustia corresponden a iguales posiciones propuestas también por la autora: la posición esquizoparanoide y la posición depresiva (Klein, 1940, 1946, 1955, 1957). Considera la **angustia de muerte** como producto de **angustias psicóticas de desintegración**, y no como Freud la conceptualizaba: resultante de la transformación de angustia de castración edípica o castración social. La **despersonalización** sería otra manifestación de la angustia de desintegración.

Según Baranger y col. (1988), la teoría de la angustia de Klein, con sus dos variedades fundamentales, la angustia paranoide y la angustia depresiva -a las cuales agregan las **angustias confusionales** y las angustias de desintegración-, hace de la angustia una de las vicisitudes de la relación de objeto. Consideran que todas las formas psicopatológicas tienen como finalidad común el evitar que se presente la forma extrema de angustia, la angustia traumática, y caracterizan a esta forma de angustia como el trauma puro, sin sentido, totalmente des-estructurante. Piensan también que los sujetos del "trauma puro" son los que padecen "neurosis actuales", pero que lo "actual" de la neurosis no es de índole biológica (estasis libidinal), sino el muro impenetrable que se opone en el sujeto a la historización de algunos sectores de su existencia. Podemos considerar, entonces, los ataques de pánico de P como re-vivencias de "traumas puros", que necesitan ser recordados, contenidos, pensados, contruidos y elaborados.

Bion describe el **"terror sin nombre"** como el tipo de angustia que puede tener

un bebé que ha proyectado en su madre su miedo a morir y ésta, en lugar de metabolizar este temor con su función de *reverie*, devolviéndoselo mitigado, despoja al sentimiento del niño de su significado específico y le devuelve un "terror sin nombre", que es mucho más grave que el miedo a morir que antes sentía (Grinberg y col., 1991). La experiencia emocional llamada **"pánico psicótico"** (Bion, 1967) puede ser concebida como el fracaso de una parte de la mente para actuar como continente de emociones muy violentas que no pueden ser toleradas.

Según Winnicott (1949, 1952, 1960; Abadi, 1996) existen tres tipos de angustia primitiva que resultan del fracaso del *holding* (sostenimiento) materno: 1. La no integración, que se transforma en un sentimiento de desintegración; 2. La falta de relación entre la psique y el soma, que se transforma en un sentimiento de despersonalización; y finalmente, 3. El sentimiento de que el centro de gravedad de lo consciente se desplaza desde el núcleo a la cáscara que lo envuelve, desde el individuo a la técnica de cuidado, lo que genera un falso *self*. Cuando este *holding* (estable, seguro y confiable) fracasa, la continuidad existencial se interrumpe y el infante vive amenazado por las **angustias primitivas**. Esta experiencia con las angustias primitivas deja una marca traumática en el psiquismo. La organización de defensas tempranas de emergencia genera una escisión del *self* con el fin de mantener sitiado el trauma, que queda así inscrito en el inconsciente, sin acceso al recuerdo ni a la palabra, pero con la potencialidad de re-actualizarse posteriormente.

Winnicott llamó **"angustia inconcebible" (o agonías primitivas)** a aquellas ansiedades muy primitivas a las que se halla expuesto el bebé en la etapa de dependencia absoluta, en ausencia del *holding*. Éstas forman la matriz de las angustias psicóticas. El autor las clasificó según varias modalidades de vivencia

subjetiva: fragmentarse, desintegrarse, caer interminablemente, no tener relación con el cuerpo, confusión, no tener orientación en el espacio. Consideró también que el **temor al derrumbe** es un fenómeno universal y es el temor a la falla en la organización de las defensas que mantiene unida la integración yoica. El paciente en regresión pasaría por un período de desintegración reviviendo las angustias primitivas (Winnicott, 1954, 1955).

La corriente de psicología existencialista considera que la angustia es inherente a la condición humana (**angustia existencial**) (Arango Jaramillo, 1963). Ella surge por la amenaza hacia un valor que el individuo considera esencial para su existencia, como su personalidad y su libertad; es la experiencia de la amenaza de un inminente no ser. La angustia de la disolución del sí-mismo no es algo que les sucede sólo a los neuróticos sino que también se refiere a la naturaleza normal de la angustia, pues ella apunta al centro mismo de la autoestima, al sentido del valor del sí-mismo.

Dentro de los culturalistas, Horney considera que el agente de la génesis de la angustia y la neurosis no es el complejo de Edipo, ni el impulso de placer, sino todas las influencias adversas que hacen al niño sentirse desamparado e indefenso y lo llevan a concebir el mundo como algo amenazador. Lo fundamental de la angustia y de la neurosis no reside en los impulsos eróticos en sí-mismos, sino en los impulsos hostiles (conscientes e inconscientes) vinculados a ellos (Mandolini, 1992, Roudinesco y col., 1997). Según la autora, la angustia básica se genera por un medio ambiente que no da seguridades afectivas y despierta la hostilidad básica y su represión. El niño reprime su hostilidad (que produce angustia) por temor a perder a la persona necesitada y/o su amor, y por temor a ser un niño malo. La angustia básica produce aislamiento emocional, destruye la

autoconfianza, genera conflicto entre el deseo de confiar en los demás y la desconfianza adquirida y, por último, constriñe a la persona a invertir casi toda su energía en recuperar la seguridad perdida.

Para los lacanianos la angustia es principalmente de orden imaginario, es decir, narcisista (Dor, 1985a, 1985b; Golse, 1987, Roudinesco y col., 1997). Lacan describió una fase de espejo en el desarrollo del infante, al final de la cual conquistaría su identidad y superaría la fantasía del cuerpo fragmentado y la vivencia de dispersión angustiosa. En su opinión, las psicosis infantiles pueden concebirse como un fracaso de esta experiencia clínica del estadio del espejo, y pueden aparecer esas angustias primitivas en ciertas experiencias de despersonalización (Lacan, 1966a, 1966b). Considera que la castración (simbólica) es la separación del niño (o de la niña) de la madre por parte del padre. Esta separación es un sacrificio que hay que pagar para convertirse en un sujeto con acceso al orden simbólico y a la cultura (La ley del Padre, el Otro). Si no se realiza esta castración simbólica se produce una forclusión del Nombre-del-Padre, la ausencia de la metáfora paterna, y el niño se queda en la fusión con la madre, en lo imaginario y la psicosis. Dentro de esas consideraciones, la angustia se genera por temor a asumir la castración simbólica, a no ser ya el falo de la madre (ser el deseo único de la madre).

Hay que precisar que el falo no es el pene, sino lo que completaría al Otro (madre) en lo imaginario del infante. El falo no existe en la realidad, sino que es el atributo paterno imaginario y significativo primero de toda la cadena de los significantes inconscientes y conscientes. Querer ser el falo del Otro es tener la ilusión de colmar todas las necesidades, deseos, demandas o faltas de otra persona. La angustia surgiría al darse cuenta de la falta y del vacío que no se pueden colmar (ni

en el otro ni en uno mismo). Hay que enfatizar que los lacanianos diferencian totalmente el Deseo (el Deseo de ser el falo del otro) de las necesidades fisiológicas y materiales. Sabemos que existen también angustias ante los factores que pueden lesionar el cuerpo o hacer peligrar la autoconservación, aparte de las angustias de no realización de los deseos "lacanianos".

Inspirado por el lacanismo, Bleichmar (1983) diferencia los objetos de la satisfacción de la pulsión de los objetos de la actividad narcisista. Los objetos de la pulsión satisfacen la zona erógena, mientras que los objetos de la actividad narcisista exaltan el yo. Considera, con razón, que muchas veces el narcisismo adquiere prioridad sobre la satisfacción biológica. En el narcisismo todo está en el orden de la significación, en la mirada del que puede otorgar reconocimiento con su admiración. Las angustias narcisistas surgen cuando entran en peligro las aspiraciones narcisistas. Considera que parte importante de la llamada angustia existencial se revela como de naturaleza narcisista, pues el deseo insaciable de ser un yo ideal único produce un sujeto que no encuentra paz al no poder mantener la admiración incondicional del otro o del superyó. En casos de mayor susceptibilidad narcisista, las menores objeciones por parte del otro despiertan la angustia señal para evitar caer en la situación traumática narcisista de impotencia y desvalimiento.

Kohut (1977) describió dos tipos de angustia: una, propia de la persona cuyo *self* está intacto y que se experimenta como una respuesta al peligro específico (amenazas de pérdida de objeto, pérdida del amor del objeto, culpabilidad y castración ante la desaprobación superyoica); y otra, que comprende las ansiedades experimentadas por quien se está dando cuenta de que su *self* está comenzando a desintegrarse. Considera

que la angustia más profunda no es la de castración sino la de desintegración y que la primera surge cuando la segunda no ha sido suficientemente neutralizada por la actitud empática de los objetos del *self* de la infancia. La ansiedad arrolladora durante la cual se experimenta el terror al aniquilamiento no se debe al miedo a los impulsos, sino a la percepción anticipatoria de la ruptura del *self*. La angustia como resultado de la amenaza a su cohesión se origina en los defectos y debilidades estructurales del *self*, en las circunstancias donde se experimenta a sí mismo como aislado o carente de los aportes de objetos del *self*.

Los estados de fragmentación del *self* en los casos de trastornos narcisistas de la personalidad pueden ocurrir básicamente en tres niveles. Primero, bajo la forma de una depresión vacía, muchas veces sin llanto, con afectividad plana, sin aparente culpabilidad, sin ansiedades de superación y sin deseos reparativos. Segundo, es el de la **angustia des-integrativa**, caracterizada por un estado de ansiedad constante, temor culposo y pánico, disociaciones y sensaciones de fin del mundo, seguido por mal funcionamiento mental (pérdida de memoria, deficiencias en los juicios de realidad, disminución en la capacidad de la función sintética). Tercero, es la **hipocondría** que refleja un *self* que ha perdido su catexis narcisista y su cohesión. Si un paciente se encuentra en medio de una reacción aguda de fragmentación puede sentir sensaciones corporales inusuales (regresiones a niveles pre-psicológicos o somatizaciones) como los síntomas de despersonalización, dificultad en regular la temperatura corporal, otros síntomas psico-fisiológicos como vómito, diarrea, sudoración, temblor, afonía, balbuceo, decaimiento, desmoronamiento, desmayo, etc. (González, 1993).

Como acabamos de ver, varias formas de angustia se relacionan con re-vivencias



traumáticas o se producen por anticiparlas y, eventualmente, para evitarlas. Esperanza ha afirmado, muchas veces, que todo su sufrimiento se debe a la separación de su madre, cuando tenía seis años. Pienso que la separación después de peleas y pleitos debió ser traumática para ella, pero el hecho de separarse de su madre e ir con el padre debió ser también como una realización de su fantasía edípica incestuosa y producir una culpa intensa. Si esta realización del deseo edípico no fue traumática en su momento, pudo volverse así con retroactividad a causa del proceso de reinterpretación y resignificación del pasado, lo que puede explicar el aumento de su angustia y la producción de ciertos síntomas durante su adolescencia, cuando intentaba repetir, reeditar o recrear otra relación incestuosa con uno de sus profesores. Tomando en cuenta el discurso de ella, se puede inferir (construir) que la madre no fue capaz de dar la suficiente seguridad emocional a su infante durante sus primeros años, aun antes de la separación, para una estructuración psicológica adecuada. Tampoco el padre ni las otras personas que la cuidaron pudieron compensar suficientemente los defectos (carencias o déficit) y los excesos de las funciones maternas, de manera que ella pudiera desarrollar un *self* con suficiente cohesión. Las relaciones actuales y construidas de P con sus padres sugieren la existencia de traumas positivos (separación forzada, madre intrusiva), negativos (por carencia empática) y acumulativos. Además, los padres seguían ejerciendo todavía efectos traumáticos durante los tiempos del tratamiento, no únicamente por falta de empatía con su sufrimiento, sino creando nuevas angustias mediante las amenazas de no pagar los estudios si perdía un semestre, y de no pagar su tratamiento si no les hacía caso a sus demandas irracionales.

Basándonos en los estudios del desarrollo psicosexual y narcisista, podemos concluir

que aunque la criatura humana nace con ciertas capacidades innatas (autonomía primaria), necesita de un ambiente facilitador para su desarrollo ulterior. Además, adquiere funciones, valores, símbolos e identidades por medio del aprendizaje durante sus relaciones interpersonales permanentes con el medio (incluyendo su propia creatividad). Si el ambiente no facilita continuamente el desarrollo de la pre-programación, se producen acumulaciones de traumas negativos por carencia que dañan incluso las áreas de autonomía primaria, impiden el aprendizaje de otras funciones psicológicas y el desarrollo de la creatividad propia para hacer frente a los estímulos externos e internos, lo que crea una vulnerabilidad mayor a vivir traumáticamente las nuevas situaciones frustrantes. Cuando el entorno estimula demasiado, el sujeto vuelve a revivir el desamparo o desvalimiento psicológico, así que el yo se desorganiza, pierde el control y vive pasivamente la angustia traumática. Una vez que esa vivencia se memoriza como terrible e indecible, amenazadora de la integridad y la supervivencia, el sujeto intenta prevenirla con todas sus fuerzas, conscientes e inconscientes, lo que genera una hipervigilancia de su mundo interno y externo (angustia señal anticipatoria exagerada y permanente), desarrolla nuevos mecanismos de defensa y de adaptación (que pueden incluir el sometimiento y la creación del falso *self*) a veces con inhibiciones en algunas áreas, otras veces con mayor desarrollo de otras funciones (mecanismos compensatorios), y, eventualmente, creando síntomas para seguir su lucha contra las angustias persistentes.

Pienso que no debemos reducir los efectos traumáticos de la vida al trauma de nacimiento (Rank, 1923), cuyas perturbaciones todos los humanos hemos padecido. Es cierto que hay unos partos más traumáticos que otros (Winnicott, 1949), pero desde el punto

de vista psicoanalítico, el trauma psicológico se refiere a las perturbaciones de las relaciones interpersonales (agudas o acumulativas), ya sean por exceso o por carencia. No hay padres perfectos, como dice Bettelheim (1987), para impedir cualquier traumatismo durante la lactancia y aplicar únicamente frustraciones óptimas (no traumáticas), posteriormente. Necesariamente se producen traumatismos incluso en los mejores cuidados. Los padres suficientemente empáticos pueden no ser capaces de impedir la ocurrencia de algunos traumas, pero sí pueden ayudar en su elaboración después de constatar lo ocurrido, reasegurando al infante o hablando sobre el tema con el niño mayor o con el adolescente para reparar la confianza interpersonal dañada.

De otra parte, algunos autores consideran posible adscribir el trauma a alguien (persona ausente o hiperpresente) que no hizo lo que debía hacer, o hizo lo que no debía. No obstante, no debemos excluir los factores congénitos (constitución genética, traumas pre- y/o perinatales detectados o no) en algunos infantes, que a pesar de una buena dedicación de sus padres y del entorno inmejorable, su extrema intolerancia a las frustraciones puede perturbar el desarrollo biopsicosocial e inducir angustias patológicas y enfermedades mentales.

#### *III.4. Neurosis de angustia y ataques de pánico*

Según los síntomas de Esperanza, podemos afirmar que sus ataques de angustia conforman la neurosis de angustia descrita por Freud (1895a, 1895b, 1898), o la neurosis de ansiedad aguda o el trastorno de pánico descritos por la psiquiatría (Restrepo, 1994) y por varios psicoanalistas (Brainsky, 1985, 1988; Carvajal, 1987; Lichtmann, 1993; Chio-

zza, 1998; Fernández de Nieva y col., 1998; Rubinstein, 1998; González, 2003).

Existe consenso en la descripción de los ataques de pánico típicos; ellos se manifiestan con una ansiedad abrumadora (angustia traumática)<sup>5</sup>, se pueden acompañar de palpitaciones, dolor o sensación de constricción precordial, sensación subjetiva de asfixia o ahogo, mareo, vértigo, sensación de desmayo inminente con "flojera en las piernas", parestesias, sensación de vacío, dolor o hundimiento en el epigastrio, sensación de frío, temblor y experiencias dereísticas varias (despersonalización y des-realización). Esos síntomas pueden variar en intensidad: van desde estados de tipo sub-pánico, que extraña al sujeto y lo deja perplejo, pasando por ataques de angustia típicos, hasta llegar a estados de agorafobia y polifobia, que pueden llevar al sujeto a un aislamiento total, indefensión e invalidez, con pérdida casi completa de su sentido de autosuficiencia y de libertad. Varias veces fui testigo auditivo de las vivencias de Esperanza, a través del teléfono, durante sus ataques de pánico o después de un desmayo precedido de su ataque de pánico. Ella nunca ha tenido un ataque de pánico durante las sesiones, aunque siguiera sintiendo a veces equivalentes de ataques, en forma de dolor corporal y jaquecas. Durante esas llamadas, parecía estar transformada, con respiración muy alterada y con dificultad en el habla, diciendo sentir que iba a morir y que ya no aguantaba más; con voz suplicante, preguntaba qué tenía que hacer. Generalmente se calmaba en pocos minutos con nuestra conversación, calma manifestada por la regularización de su respiración y la normalización de su voz. Muchas veces pidió disculpas en las sesiones siguientes a

<sup>5</sup> La palabra "pánico" significa "miedo inmenso" y deriva del griego panikon (πανικων), "terror causado por Pan". El grito súbito de dios Pan (παν), que habría aterrorizado a los Titanes, se hizo proverbial y ha dado la voz "pánico".

sus llamadas, y sentía mucha vergüenza por haberme molestado. Más tarde en la terapia, se quedaba silenciosa para expresar su rabia por no haberse curado todavía y/o diciendo, abiertamente, que la terapia no le había servido, que no le estaba sirviendo y no le serviría.

En cuanto a la etiopatogenia de los ataques de angustia, la mayoría de los autores, dentro de los cuales me incluyo, no aceptamos la hipótesis freudiana de estasis libidinal de neurosis actual, es decir una insuficiente descarga o elaboración de la excitación sexual genital en la actualidad. Rosolato (1984) propuso una estructura de carácter de la neurosis de angustia, donde predomina la denegación de los problemas actuales que superan al sujeto. Otros autores (Lichtmann, 1993; Fernández de Nieva y col., 1998; Rubinstein, 1998) llegaron a las conclusiones convergentes y suplementarias de la existencia de predominio de un narcisismo primitivo y una insuficiente separación-individuación, además de la persistencia de simbiosis patológica en estos pacientes adultos. Fernández de Nieva y col. (Ídem) consideran que en las experiencias infantiles de sujetos con ataques de pánico están presentes la sobreprotección encubridora de hostilidad reprimida y la desconfianza en las posibilidades del hijo, como también las situaciones de rechazo y de distancia afectiva. Lichtmann (1993) piensa que el proceso de internalización del objeto ha fallado en esos pacientes simbióticos, no se ha establecido la delimitación sujeto-objeto, lo que explica la existencia de un déficit en el proceso de pensamiento y de simbolización. Ante amenazas de pérdida o abandono, reaccionan con la angustia de desvalimiento en lugar de la típica señal de angustia. Rubinstein (1998) hipotetiza la ausencia de la elaboración psíquica de la "excitación" agresiva en casos de ataques de pánico, cuando afirma que estas personas padecen una seria

dificultad en la exteriorización de la agresión y, particularmente, con aquellos objetos con los que han establecido un fuerte lazo libidinal. Cuando exacerbaban los impulsos hostiles, al quedarse impedida la descarga hacia afuera, se produce la descarga neurovegetativa interna en forma de ataque de angustia. Los mismos sujetos tendrían, generalmente, pensamiento operario, una vida pobre de fantasías, escasa capacidad de simbolización y notoria imposibilidad de nombrar los afectos (alexitimia). Esta hipótesis me parece suplementaria de otras más conocidas sobre los mecanismos de ataques de pánico. De hecho, en nuestra P, muchas veces, sus ataques o sus somatizaciones se iniciaron por una hostilidad no reconocida y/o no expresada. Ella tenía también dificultad para sentir hostilidad y expresarla, aun cuando estaba maltratada. Durante mucho tiempo me pareció tener muy poca fantasía diurna (decía que trataba de sobrevivir día a día), soñaba poco u olvidaba sus sueños y era bastante alexitímica. Durante los primeros años trabajamos para reconocer y discriminar sus afectos, y hasta establecimos entre nosotros una graduación de la intensidad de sus angustias para facilitar nuestra comunicación, que iban de cero a diez, donde cero correspondía a un estado de supuesta indiferencia anímica mientras que diez era la máxima intensidad de angustia que ella había sentido, es decir ataque de pánico fuerte.

Según González (2003), los ataques de pánico se producen por la cohesión insuficiente del *self* frente a los estímulos. En algunas oportunidades, él no logra anticipar el peligro mediante la angustia señal, y, en lugar de un temor controlado que evite el trauma, lo precipita y es expuesto a la inundación y al pánico arrollador. En el caso de que no se logre una ligazón de la angustia, ésta puede generalizarse y permanecer como en el trastorno por ansiedad generalizada. En

el trastorno de pánico existe una insuficiente internalización transmutadora de funciones de tranquilización, debido a las fallas en las experiencias de fusión con el objeto del *self*-idealizado. Se reactivan en él los temores infantiles de desvalimiento frente al abandono. El autor considera que, durante la regresión transferencial, se reviven las angustias traumáticas de la separación. La reactivación de la experiencia de fusión durante el análisis, a partir de la movilización de la transferencia idealizadora, permite la elaboración de las situaciones traumáticas de separación.

Considero que nuestra P padecía un narcisismo primitivo que la impulsaba a buscar relaciones de fusión con objetos arcaicos del *self*. Trastornos de su narcisismo que se manifestaban, de una parte, en sus debilidades comentadas (baja autoestima, difusión de su identidad, aislamiento emocional, fobias e inhibiciones, etc.), y de otra, mediante explosiones de omnipotencia (reprimida y/o renegada) en forma de no necesitar de nadie, de arrogancia extrema ("mi madre no me importa"), furia narcisista dirigida hacia sí misma ("si no paso el semestre me mato"). Es probable que su furia narcisista no sentida y/o no expresada fuese uno de los factores principales de sus ataques de pánico.

Brainsky (1985, 1988) considera que la neurosis de angustia se produce por la no psicologización de las pulsiones y de la angustia. Opina que las pulsiones libidinales y agresivas se reprimen, pero el resultado de esta represión se descarga directamente por la vía neurovegetativa, en forma de ataque de angustia. Piensa que en los ataques de pánico intervienen, aparte de la angustia de castración, las angustias más primitivas.

De otra parte, se ha demostrado que cuando los medicamentos elevan el umbral al que los mecanismos cerebrales activan los ataques de pánico, surgen nuevas posibilidades de conversación abierta y reflexiva para

comprender los significados simbólicos de las angustias traumáticas, es decir, psicologizarlas (Griffith y col., 1994; Pinzón Junca A., 2007). Ésta fue una de las motivaciones de prescribir Lexotán a Esperanza.

Todos los autores, incluyendo a Freud, que consideraron las angustias arcaicas convergentes en el desvalimiento psíquico, se refieren a la angustia del infante relacionada con la madre, es decir, a una relación dual, un estado de indiferenciación entre el *self* y el objeto, la confusión de los límites hasta llegar a la confusión narcisista (estado simbiótico). La transferencia y la contratransferencia predominantes con estos pacientes son, necesariamente, reflejo de esos funcionamientos mentales. Esos analizantes establecen transferencias fuertemente idealizadas, con una dependencia oral mágica del analista, tal que en los intervalos de inter-sesiones necesitan comunicarse con él para sentirse amparados, como ocurría con nuestra P. Pero, al mismo tiempo, la dependencia casi intolerable del analista crea dificultades significativas que ponen en juego la agresión dentro del proceso, fundamentalmente con ataques al encuadre, como los silencios prolongados de Esperanza. De hecho, ella me idealizó precipitadamente, no obstante, pronto llegó al rechazo y al desprecio por no haberla curado rápida y mágicamente.

Se piensa que la frecuencia de trastornos de pánico ha aumentado en occidente en las últimas décadas debido a los cambios socioculturales. Fernández de Nieva y col. (1998) consideran que el sujeto se encuentra en una situación de desamparo "primordial", surgida de su conflictiva intrapsíquica y reforzada por el contexto de su realidad cultural. El desamparo inicial tiene su especularidad en la cultura, por la pérdida de las redes sociales que ayudaban al sujeto y que le servían de soporte identificatorio. Piensan, acertadamente, que se perdieron los valores,

las creencias y las ideologías anteriores, que servían como redes de contención y no fueron reemplazados por nuevos paradigmas para mitigar un sentimiento de inseguridad creciente. En la sociedad actual predomina el anonimato, el aislamiento, la soledad y el desamparo. Se aleja el contacto con el otro y se ofrecen canales sustitutos por donde se pierde la identidad. Vivimos en una sociedad individualista en la cual el consumismo, el dinero, el éxito personal y el brillo de la imagen parecen ser las metas propuestas desde los medios de comunicación, la propaganda y las instancias más elevadas del poder. La institución familiar padece también los efectos de los cambios culturales, perdiendo su función contenedora, formadora e identificatoria.

Los autores recuerdan las consideraciones de Freud (1921) sobre el pánico en las colectividades, que se genera por el rompimiento de vínculos libidinosos entre el líder y sus otros miembros. Cuando se quiebra ese soporte narcisista se produce una angustia colectiva, manifestada en forma de pánico. De manera similar, el actual aumento de ataques de pánico se debería a la caída del imaginario social y familiar y a la ruptura del entramado simbólico. Estos cambios sociales facilitan el desamparo psíquico del sujeto.

### *III.5. Simbiosis patológica y angustia de separación*

Vimos que existe cierto consenso en que los ataques de pánico se producen, generalmente, en los sujetos que tienen un vínculo de fusión narcisista y cuando se sienten en peligro de separación o de abandono; es decir, la angustia de separación no funciona como señal, sino que precipita una angustia traumática.

Freud (1926) reconoció tardíamente la existencia de angustias más primitivas, anteriores a la angustia de castración de fase fálica, en formas de angustia de desvalimiento o

de desamparo psíquico del lactante durante la inmadurez del yo (angustia traumática) y la angustia de pérdida del objeto (angustia de separación) durante los primeros años de dependencia infantil. Así, trasladó también el papel del padre a la madre en la génesis de angustias más primitivas y catastróficas, relacionándolas con trastornos de la relación dual madre-hijo. Este traslado implicaba revisar todas sus teorías anteriores sobre los afectos y síntomas, pero Freud no lo hizo. Probablemente es una de las razones del surgimiento de tantas teorías posteriores, a veces divergentes, en estas áreas.

Según Mahler (1979a, 1979b; Mahler y col., 1975), las madres engolfantes (narcisistas, invasivas, intrusivas, sobreprotectoras, fobígenas) no toleran la separación-individuación y mantienen la persistencia de la fase de simbiosis normal, induciendo una simbiosis patológica en forma de una *folie à deux*. En los casos de alteraciones importantes del proceso de separación-individuación, se produce la psicosis simbiótica del niño. En los adultos, los ataques de pánico son las expresiones más traumáticas de la angustia de separación. Entonces, el sujeto busca una relación simbiótica con la madre primitiva (o algún representante) para aliviar las angustias de separación-individuación y la sensación de desvalimiento psíquico. Al fracasar la regresión defensiva simbiótica puede emerger también la posición autista.

La posición simbiótica (Bleger, 1967), la posición umbilical (Garbarino, 1968) y la posición autista-contigua (Ogden, 1989, 1991) se convergen y se suplementan con las fases autista y simbiótica descritas por Mahler.

Durante el tratamiento de Esperanza se confirmó la existencia de una insuficiente separación-individuación y de una fijación y/o regresión a estados de simbiosis-autismo con su madre primitiva, y su persistencia en acostarse en el mismo cuarto que su madre.

La simbiosis patológica y las angustias traumáticas de separación-individuación de ella se reactivaron repetidamente en la transferencia. Durante el primer año, muchas veces empezaba a angustiarse desde el martes por el fin de semana y, sobre todo, por un fin de semana con lunes festivo. Después, con sus vivencias abrumadoras de la separación de mis vacaciones de mitad de 2001, sentía que no podía aguantar mis vacaciones de este fin de año. Pensó muchas veces hospitalizarse durante esas vacaciones, por temor a no aguantar la falta de terapia. No se hospitalizó pero sufrió mucho, tuvo gastritis y úlcera duodenal. De otra parte, la mayoría de sus ataques de pánico ocurrió durante los períodos de separación, fueren fines de semanas u otras vacaciones. Poco a poco disminuyó la intensidad de esas angustias, pero pienso que las presiones repetidas de los padres sobre P, al decir que no estaba mejorando y amenazar con no pagar la terapia, han dificultado durante mucho tiempo la vivencia necesaria de una simbiosis más serena en la transferencia para elaborar su simbiosis patológica.

Otros psicoanalistas describieron los trastornos de pánico, con o sin agorafobia, también relacionándolos, principalmente, con la angustia de separación-individuación y con el fracaso de la vivencia normal de simbiosis o de fusión (Brainsky, 1985, 1988; Carvajal, 1987; Villarreal de Soulier, 1995; Fernández de Nieva y col., 1998; Lichtmann, 1993; Rubinstein, 1998). Si tomamos en cuenta que los postkleinianos consideran que los ataques de pánico se producen por la confusión de partes del *self* con el objeto (debido a la identificación proyectiva patológica), podemos afirmar la existencia de convergencias y suplementos en las teorías explicativas en esta área.

De hecho, la existencia de escuelas psicoanalíticas, a veces con puntos de vistas totalmente contradictorias, llevó a la comunidad

psicoanalítica, en las últimas dos décadas, a buscar convergencias, coincidencias o bases comunes entre ellas (Kulka, 1988; Wallerstejn, 1988; Killingmo, 1989; Diazgranados, 1990; Márquez, 1990; Laverde, 1994a, 1994b; Sánchez Medina, 2002; Yildiz, 2008). Según Kernberg (1993), se constata también cierto acercamiento en las técnicas de las diferentes escuelas. Soy partidario de que se construya un "supermodelo" del funcionamiento mental o uno multiaxial (Koltenuk (1987) que integre una visión convergente y suplementaria de la multiplicidad conceptual que amenaza con fragmentar nuestro campo de estudio. Este supermodelo o modelo multiaxial no debe necesariamente suprimir la riqueza y las diferencias de los ya existentes, y debe dejar espacios "abiertos" (no saturados) para incluir y añadir (suplementar) nuevas conceptualizaciones de los hechos psicológicos del pasado y del porvenir de la creatividad permanente del devenir humano (Yildiz, 2006b).

### *III.6. Angustia de muerte e insomnio*

Esperanza, aparte de sentirse morir durante sus ataques de pánico, ha tenido con frecuencia angustia de muerte. Inicialmente, temía morir de un ataque al corazón, de derrame cerebral o simplemente durmiendo. Otro terror u horror específico y periódico fue el de sufrir catalepsia (muerte-viva) y despertarse ya enterrada.

Freud (1915b, 1923, 1926) consideró repetidamente la angustia de muerte como una angustia neurótica, y la equiparó a la angustia del yo ante el superyó por sentimiento de culpa, y en lo último a una transformación de la angustia de castración. El yo criticado por el superyó se angustiaría ante la posibilidad de perder la función protectora y salvadora de los padres interiores, que se proyectaría en los poderes del Destino o de la Providencia. Además, planteó que no es posible la existencia de un miedo a la muerte propia

por ser la muerte una experiencia jamás vivida, desconocida, y, por lo tanto, ausente en el acervo de las representaciones inconscientes. "No se puede temer aquello que se desconoce", parece ser su curiosa afirmación.

De otra parte, la especulación de Freud sobre la existencia de una pulsión de muerte ha generado desacuerdos y controversias en la comprensión de la vida y de la muerte, del amor y del odio, y también en la explicación de la angustia "normal", "neurótica" o "psicótica" ante la posibilidad o la certeza de la muerte (Green, 1983, 1984; Segal, 1984; Golse, 1987; Soulier, 1988; Abadi, 1993; De Zubiría, 1996; Sánchez Medina, 1997, 1999; Laverde, 1997, 2002; Vives y col., 1998-99; Ballesteros, 2002; Yildiz, 2007c).

Para los psicoanalistas de la escuela kleiniana, las pulsiones de muerte tienen una inscripción en el inconsciente y toda angustia es una respuesta a la amenaza de pulsiones de muerte (Segal, 1984; Hinshelwood, 1989).

Kohut (1977) piensa que la angustia de muerte está vinculada con la angustia de fragmentación, desintegración o aniquilamiento del *self*.

Varios autores piensan que, generalmente, una parte del ser humano reconoce la realidad de la muerte y otra parte la niega o la desmiente. Entonces, se acepta la existencia de angustias conscientes e inconscientes ante la propia muerte (Soulier, 1988; Vives y col., 1998-99; Sánchez Medina, 1999).

Abadi (1993) piensa que hay un miedo básico ante la muerte, cuyo referente es una fantasía construida sobre la base de muerte de otros, los momentos de inconsciencia y las vivencias traumáticas. Green (1983, 1984) y Laverde (1997, 2002) refutan también, de cierta manera, la hipótesis freudiana de que la muerte no tiene representación psíquica inconsciente.

De Zubiría (1996) considera que la idea de muerte es interiorizada por el individuo

mediante incorporaciones de situaciones reales de muerte. De otra parte, hipotetiza, en algunos casos, la formación de un objeto interno agonizante, ni vivo ni muerto, pero amenazante y perseguidor, que puede inducir angustias intensas con terror a la muerte, incluyendo ataques de pánico. El objeto agonizante se formaría cuando el sujeto equipara la muerte del objeto o su separación a su propia muerte.

Golse (1987) considera, con acierto, que la adquisición de la noción de muerte es un fenómeno lento y progresivo en el niño, y corresponde a una aceptación de una pérdida definitiva de objeto. Piensa, en consecuencia, que no es posible un trabajo de duelo auténtico durante los primeros años de la vida. Considera que la noción de muerte presenta un aspecto intelectual y otro afectivo. En el plano intelectual, el concepto de muerte incluye varios elementos que el niño adquiere sucesivamente: 1. La noción de irreversibilidad, hacia los 4 o 5 años. 2. La noción de universalidad, por la cual la muerte concierne a todo el mundo, incluido el propio niño, hacia los 5 o 6 años. 3. La noción de lo desconocido después de la muerte, adquirida mucho más tardíamente (a veces jamás) y contra la cual luchan numerosos sistemas filosóficos o religiosos. El conocimiento de este desconocimiento es, por lo tanto, parte integrante del concepto de muerte, al que confiere precisamente su carga misteriosa y ansiosa.

Golse piensa que nuestras reacciones afectivas frente a la muerte están realmente centradas en la cuestión de ausencia, pero si bien puede abordarse desde la perspectiva de la pérdida del objeto y de la angustia de castración, en el plano fenomenológico continúa persistiendo la sensación de impotencia frente a este tipo de angustia, la cual varía poco con la edad (sólo puede variar el grado de resignación intelectual ante la perspectiva de este hecho humano).

Las consideraciones de Golse sobre la separación y su elaboración (duelo) se acercan a (convergen con) las teorías de Mahler (1979b) y Kernberg (1977) -(para ellos, la constancia objetal se adquiere entre los 3 y 7 años)- y se alejan mucho (divergen) de las teorías de Klein. De hecho, Klein ubica la posición depresiva, la elaboración de la separación del pecho y de la madre, en el primer año de vida, aunque esta elaboración no sea completa y dure todo el resto de la vida.

Esperanza ha tenido varias pesadillas relacionadas con la muerte y sintió su primer ataque de pánico después de una pesadilla donde ella estaba muerta. Se sentía morir durante sus ataques de pánico y sus crisis de asfixia. Todos esos hechos clínicos mostraron que tenía terror a la muerte y, muchas veces, temía quedarse viva-muerta (catalepsia) y despertarse ya enterrada. Ella ha tenido también varios períodos de insomnio, temiendo conscientemente que podía morir mientras dormía o podía empezar a sufrir un ataque de pánico con una pesadilla.

Diferentes autores explican las perturbaciones del dormir mediante mecanismos suplementarios como los siguientes: temor a que fracase la represión (Fenichel, 1945); amenaza de destrucción y de muerte en los sueños (Lewin, 1953); temor a la invasión por el núcleo psicótico (Bleger, 1967); existencia de la imagen de una madre ausente, abandonónica, intrusiva o asesina (McDougall, 1982, 1989); y, finalmente, por la sensación de fragilidad del *self* y el temor a su desintegración (Kohut, 1977; Ogden, 1989, 1991).

Pienso que los insomnios de Esperanza se debieron a sus angustias anticipatorias de tener otro ataque de pánico con una pesadilla, morir durmiendo, tener catalepsia y despertarse ya enterrada. Todas estas angustias conscientes e inconscientes le obligaban a permanecer vigilante para intentar controlar los peligros reales y, sobre todo, fantaseados,

reprimidos, forcluidos, disociados y proyectados. Ante esos peligros, probablemente, no podía relajarse corporal ni mentalmente para abandonarse, dormir y, eventualmente, soñar.

Considero que las angustias primitivas de desvalimiento psíquico (angustia traumática), las angustias de perder el objeto analítico y las angustias de desintegración del *self* se acercan más a la angustia de muerte que a la transformación neurótica de angustia de castración de fase fálica. De otra parte, pienso que cada sujeto va construyendo representaciones de una muerte, de un 'estar muriendo', con sus propias experiencias de la vida y con sus fantasías personales. Estas representaciones pueden asociarse con las vivencias de sus desvalimientos psíquicos, angustias de separaciones traumáticas, angustias y dolores de heridas físicas sufridas. Además, el sujeto puede identificarse con angustias, sufrimientos psicológicos y dolores de otras personas y construir representaciones de la muerte de otros y de sí mismo. Esas representaciones pueden instalarse también en las partes inconscientes del yo y del superyó (no necesariamente en el ello por una inscripción filogenética), donde lo reprimido puede funcionar con el proceso secundario o mixto. Con todo, la angustia de muerte puede ser también un miedo a lo desconocido, a lo cual se le da el nombre de "muerte".

Pienso, finalmente, que la angustia de muerte de Esperanza estaba relacionada principalmente con sus angustias de separación de su objeto primitivo materno interno, simbiótico y agonizante. Esta madre primitiva parece que no ha podido tener suficiente empatía y función de *reverie* durante la primera infancia de ella. Su posterior separación traumática de su madre pudo ser vivenciada y/o tal vez reinterpretada como un "abandono" de ella, un abandono a la muerte. Era también probable que, detrás de su angustia



de muerte física, existiera una angustia de muerte psicológica: desintegración del *self*, perder el control y enloquecerse.

#### IV. CONCLUSIONES PROVISIONALES

1. Los ataques de pánico de P se debían principalmente a angustias de separación durante fines de semana y vacaciones. Esta sintomatología se explica por la simbiosis patológica y por la organización fronteriza de su personalidad. Sobre este mecanismo de producción de ataques de pánico, muchos psicoanalistas tienen conceptualizaciones convergentes y suplementarias.
2. Sus somatizaciones (disnea, polaquiuria, jaquecas, vómitos, atoramiento, desmayos, gastritis y úlcera gastro-duodenal) se produjeron en periodos de mayores incertidumbres y angustias.
3. La transferencia inicial fue de idealización primitiva y simbiosis. Se añadieron rápidamente rebeldía, devaluación de la terapia y negativismo que se manifestaron durante los primeros años mediante silencios prolongados en las sesiones. Esas transferencias fueron contenidas, comprendidas, interpretadas y elaboradas durante el proceso analítico.
4. El proceso psicoanalítico siguió varios años con sus incertidumbres y altibajos. Después de los dos primeros años empezaron disminuir la intensidad de sus ataques de pánico y somatizaciones. Paulatinamente, P ganó confianza en sus capacidades y se relacionó mejor con los otros. Empezó también a imaginar la posibilidad de separarse de su madre y de mí, y hacer su vida. Efectivamente, se fue a vivir en otro país con su novio. Proseguimos el tratamiento seis meses más por Internet y lo finalizamos después de siete años de tratamiento.
5. El psicoanálisis de pacientes con ataques de pánico y con síntomas fronterizos graves es más difícil que los de los neuróticos "clásicos", como fue el caso de nuestra P. Este tratamiento psicoanalítico fue posible gracias a mucha dedicación, que incluyó atender sus llamadas telefónicas y aguantar y contener muchos silencios prolongados e incertidumbres.
6. Algunas corrientes de psicoanálisis priorizan la pulsión de muerte para explicar todas las formas de angustia (escuela kleiniana), mientras que otras las explican principalmente por las fallas del medio (culturalistas, Winnicott, psicología psicoanalítica del *self*).  
  
Sabemos que los animales también tienen instintos, y, sin embargo, no parecen sufrir de angustias existenciales, neuróticas, fronterizas ni psicóticas. Debemos considerar la angustia real, compartida por los animales y el ser humano, como indispensable para la supervivencia biológica. En consecuencia, considero que las angustias específicamente humanas se generan por las dificultades de relaciones objetales, interpersonales, intersubjetivas y vinculares, pero no causadas directamente por los instintos compartidos con los animales. No obstante, no debemos excluir los factores congénitos (constitución genética, traumas pre- y perinatales, detectados o no) en algunos infantes que pueden dificultar sus relaciones interpersonales. Por ejemplo, la extrema intolerancia a las frustraciones puede ser provocada por estos factores, perturbar el desarrollo biopsicosocial e inducir angustias patológicas y enfermedades mentales, a pesar de una dedicación suficientemente buena de los cuidadores.
7. Ya no se acepta la hipótesis freudiana de estasis libidinal para explicar la neurosis

de angustia y ataques de pánico. Existe un consenso importante en el sentido de que esas personas no tienen un self con suficiente cohesión, así que la angustia señal no funciona adecuadamente. Son fijadas o regresan en relaciones de simbiosis patológica (fusión narcisista o con-fusión por identificaciones proyectivas patológicas) y la angustia de separación se transforma fácilmente en ataques de pánico o sus equivalentes (somatizaciones).

8. Los insomnios de nuestra P se explican por mecanismos convergentes y suplementarios: temor al fracaso de la represión; amenaza de destrucción y de muerte en los sueños; temor a la invasión por el núcleo psicótico; existencia de la imagen de una madre abandonica e intrusiva; y por la sensación de fragilidad del self, además del temor a su desintegración (temor al derrumbe o a enloquecerse). La elaboración progresiva de esos temores y amenazas ha mejorado el dormir de P.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>6</sup>

- ABADI, M. (1993). Identikit de la angustia. Génesis y epifanía del miedo. *En Rev. de Psicoanálisis (APA)*, L, (6), 1093-1108.
- ABADI, S. (1996). *Transiciones. El modelo terapéutico de D. W. Winnicott*. Ed. Lumen, Buenos Aires.
- ARANGO JARAMILLO, C. (1963). *Psicología dinámica*. Ed. Lerner, Bogotá.
- BALLESTEROS, R. G. (2002). Neutralidad y emergencias. Amenaza de suicidio, *en Rev. Soc. Col. Psicoan.*, 27, (3), 295-306.
- BARANGER, M. BARANGER, W. Y MOM, J. M. (1988). El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud. Trauma puro, retroactividad y reconstrucción. *en Libro Anual de Psicoanálisis*, 167-181. Ed. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L., Lima, Perú, 1989.
- BETTELHEIM, B (1987). *No hay padres perfectos. El arte de educar a los hijos sin angustias ni complejos*. Ed. Grijalbo, México, 1989.
- BICK, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations, *in J. Psychoanal.*, 49, 484-486.
- BION, W. R. (1967). *Volviendo a pensar*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1972.
- BLEGER, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- BLEICHMAR, H. (1983). *El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- BRAINSKY, L. S. (1985). Algunas consideraciones psicoanalíticas sobre angustia, pánico y agorafobia, *en Rev. Soc. Col. Psicoanálisis*, 10, (1), 37-74.
- \_\_\_\_\_ (1988). *Psicoanálisis y sufrimiento. Ensayos clínicos*. Ed. TM, Bogotá, 1994.
- BRENNER, C. (1974). Sobre el desarrollo de los afectos: una teoría unificada, *en Rev. de Psicoanálisis (APA)*, XLIV, (3), 441-463, 1987.
- CARVAJAL, G (1987). Algunas observaciones con respecto a la interrupción del análisis en vacaciones y la simbiosis, *en Rev. Soc. Col.*, 12, (3), 431-468.
- CHIOZZA, L. (1998). *Cuerpo, afecto y lenguaje*. Ed. Alianza, Buenos Aires.
- DE ZUBIRÍA C. R. (1996). *Muerte y psicoanálisis. Teoría de los objetos muertos*. Ed. Grijalbo, Bogotá.
- DIAZGRANADOS, D. (1990). Coincidencias entre las diversas concepciones psicoanalíticas, *en Psicoanálisis (APC)*, V, (2), 89-110.

<sup>6</sup> Aclaraciones. Cuando hay una sola fecha en una bibliografía, corresponde generalmente al año de su publicación; cuando hay dos fechas, la primera corresponde a su publicación original y la segunda a la edición o a la reimpresión consultada; cuando hay tres fechas, la primera corresponde a su publicación original, la segunda a su retoma en otra publicación y la tercera a la edición o a la reimpresión consultada.

**Abreviaturas:** APA: Asociación Psicoanalítica Argentina; APC: Asociación Psicoanalítica Colombiana; OC: Obras Completas; T: Tomo; EBN: Editorial Biblioteca Nueva.

- DOR, J. (1985a). *Introducción a la lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como lenguaje*. Ed. Gedisa, Barcelona, 1995.
- (1985b). *Introducción a la lectura de Lacan II. La estructura del sujeto*. Ed. Gedisa, Barcelona, 1994.
- FENICHEL, O. (1945). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1971.
- FERNÁNDEZ DE NIEVA, S., GIMÉNEZ DE VAINER, A. Y RODRÍGUEZ TARZIA, A. (1998). Ataque de pánico: Memoria activa del desamparo, *en Rev. de Psicoanálisis (APA)*, LV, (4), 893-904.
- FREUD, S. (1895a). La neurastenia y la neurosis de angustia. Sobre la justificación de separar, de la neurastenia, un cierto complejo de síntomas, a título de "neurosis de angustia". *Obras Completas, T. I*, 183-198. EBN, Madrid, 1981.
- (1895b). Crítica de neurosis de angustia. *OC, T. I*, 199-208. EBN, Madrid, 1981.
- (1898). La sexualidad en la etiología de las neurosis. *OC, T. I*, 317-329, EBN, Madrid, 1981.
- (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. *OC, T. II*, 1169-1237, EBN, Madrid, 1981.
- (1914). Introducción al narcisismo. *OC, T. II*, 2017-2033, EBN, Madrid, 1981.
- (1915a). Los instintos y sus destinos. *OC, T. II*, 2039-2052. EBN, Madrid, 1981.
- (1915b). Consideraciones actuales sobre la guerra y la muerte. *OC, T. II*, 2101-2117, EBN, Madrid, 1981.
- (1916-17). Lecciones introductorias al Psicoanálisis. *OC, T. II*, 2123-2412, EBN, Madrid, 1981.
- (1919). Lo siniestro. *OC, T. III*, 2483-2506, EBN, Madrid, 1981.
- (1920). Más allá del principio de placer. *OC, T. III*, 2507-2541, EBN, Madrid, 1981.
- (1921). Psicología de las masas y análisis del "Yo". *OC, T. III*, 2563-2610, EBN, Madrid, 1981.
- (1923). El "Yo" y el "Ello". *OC, T. III*, 2701-2728, EBN, Madrid, 1981.
- (1926). Inhibición, síntoma y angustia. *OC, T. III*, 2833-2883, EBN, Madrid, 1981.
- (1930). El malestar en la cultura. *OC, T. III*, 3017-3067, EBN, Madrid, 1981.
- (1933). Nuevas lecciones introductorias al Psicoanálisis. *OC, T. III*, 3101-3206, EBN, Madrid, 1981.
- (1940). Compendio del Psicoanálisis. *OC, T. III*, 3379-3418, EBN, Madrid, 1981.
- FROSCH, J. (1988). Carácter psicótico vs. Fronterizo (borderline), *en Libro Anual de Psicoanálisis*, 77-98. Ed. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L., Lima, Perú, 1989.
- GARBARINO, H. (1968). *Aportes al psicoanálisis de las fobias, confusión mental y manía*. Ed. Oficina del libro aem, Montevideo.
- GOLSE, B. (1987). *El desarrollo afectivo e intelectual del niño*. Ed. Masson, Barcelona.
- GONZÁLEZ, V. M. (1993). *La cohesión del self. Meta terapéutica de un nuevo enfoque en psicoanálisis*. Ed. Guadalupe, Bogotá.
- (2003). *Psicoanálisis del trauma. Fundamentos teóricos, clínicos y terapéuticos*. Ed. Guadalupe, Bogotá.
- GREEN, A. (1983). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
- (1984). Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante. *En*: Green A., Ikonen P., Laplanche J., Rechart E., Segal H., Widlöcher D. y Yorke C. *La pulsión de muerte*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1989. Pp. 65-78.
- GRIFFITH, J. L. Y ELLIOTT GRIFFITH, M. (1994). *El cuerpo habla. Diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1996.
- GRINBERG, L., SOR, D. Y TABAK DE BIANCHEDI, E. (1991). *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Ed. Tecnipublicaciones, Madrid.
- HINSHELWOOD, R. D. (1989). *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.
- KERNBERG, O. F. (1975). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979.
- (1977). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Ed. Paidós, México, 1993.
- (1984). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. Ed. El Manual Moderno, México, 1987.

- \_\_\_\_\_ (1991). Regresión transferencial y técnica psicoanalítica con personalidades infantiles. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, 59-71.
- \_\_\_\_\_ (1993). Convergencias y divergencias en la técnica psicoanalítica contemporánea, en *Libro Anual de Psicoanálisis*, 129-143. Ed. Editora Escuta Ltda, Sao Paulo, Brasil, 1994.
- KLEIN, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. *Obras Completas, T. I, 346-371*, Ed. Paidós, Barcelona, 1989.
- \_\_\_\_\_ (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. *OC, T. III, 10-33*, Ed. Paidós, Barcelona, 1988.
- \_\_\_\_\_ (1955). Sobre la identificación. *OC, T. III, 147-180*, Ed. Paidós, Barcelona, 1988.
- \_\_\_\_\_ (1957). Envidia y gratitud. *OC, T. III, 181-240*, Ed. Paidós, Barcelona, 1988.
- KILLINGMO, B. (1989). Conflicto y déficit: implicaciones para la técnica. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, 111-126. Ed. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L., Lima, Perú, 1990.
- KOGAN, I. (1988). La segunda piel. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, 139-147.
- KOHUT, H. (1969). Formas y transformaciones del narcisismo, en *Rev. de Psicoanálisis (APA)*, (2), 371-401.
- \_\_\_\_\_ (1971). *Análisis del self*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1989.
- \_\_\_\_\_ (1977). *Restauración del sí-mismo*. Ed. Paidós, México, 1990.
- \_\_\_\_\_ (1984). *¿Cómo cura el análisis?* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990.
- KOLTENIUK, M. (1987). Convergencias teóricas en psicoanálisis, un modelo multiaxial, en *Rev. Soc. Col. Psicoanálisis*, 12 (3): 535-546.
- KULKA, R. (1988). Narcisismo y neurosis: una oportunidad de integración en la teoría y la técnica psicoanalítica. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, 65-76.
- LACAN, J. (1966a). *Escritos I*. Ed. Siglo Veintiuno, Bogotá, 1978.
- \_\_\_\_\_ (1966b). *Escritos II*. Ed. Siglo Veintiuno, México, 1976.
- LAVERDE RUBIO, E. (1994a). Discusión de los modelos alternos o modelos complementarios. En *Rev. Soc. Col. Psicoan.*, 19, (2), 175-179.
- \_\_\_\_\_ (1994b). Modelos alternos o modelos complementarios. Conclusiones en *Rev. Soc. Col. Psicoan.*, 19, (2), 180-182.
- \_\_\_\_\_ (1997). La muerte en el espejo. Eutanasia, un enfoque psicoanalítico, en *Rev. Soc. Col. Psicoan.*, 22, (3), 291-296.
- \_\_\_\_\_ (2002). La evocación del objeto vivo-muerto. A propósito de la psicoterapia en el duelo materno. En *Rev. Soc. Col. Psicoan.*, 27, (3), 283-295.
- LEWIN, B. D. (1953). *Psicoanálisis de la exaltación*. Ed. Nova, Buenos Aires.
- LICHTMANN, A. (1993). Hilflosigkeit, narcisismo e historicidad. Acerca de la angustia de desvalimiento o desamparo. En *Rev. de Psicoanálisis (APA)*, L, (6), 1233-1246.
- LIZARAZO, B. A. (1987a). Un paciente fronterizo: Comunicación preliminar, en *Psicoanálisis (APC)*, III, (1), 9-27.
- \_\_\_\_\_ (1987b). Un paciente fronterizo: Segunda comunicación, en *Psicoanálisis (APC)*, III, (2), 77-92.
- \_\_\_\_\_ (1988). Un paciente fronterizo: Tercera comunicación, en *Psicoanálisis (APC)*, IV, (1), 35-53.
- \_\_\_\_\_ (1989). Un paciente fronterizo: Cuarta comunicación, en *Psicoanálisis (APC)*, IV, (2), 4-33.
- \_\_\_\_\_ (1990). Importancia de los estudios sobre narcisismo, en *Psicoanálisis (APC)*, V, (2), 121-132.
- MAHLER, M. S. (1979a). *Estudios 1. Psicosis infantil y otros trabajos*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1984.
- \_\_\_\_\_ (1979b). *Estudios 2. Separación-individuación*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990.
- MAHLER, M. S., PINE, F. Y BERGMAN, A. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. Ed. Marymar, Buenos Aires, 1977.
- MANDOLINI, G. R. G. (1992). *Historia general del psicoanálisis. De Freud a Fromm*. Ed. Braga, Buenos Aires.
- MÁRQUEZ, J. A. (1990). Bases comunes en psicoanálisis, en *Psicoanálisis (APC)* (2): 111-120.
- MCDUGALL, J. (1982). *Teatros de la mente*. Ed. Julián Yébenes, Madrid, 1994.
- \_\_\_\_\_ (1989). *Teatros del cuerpo*. Ed. Julián Yébenes, Madrid, 1995.
- OGDEN, T. (1989). Sobre el concepto de una posición autista-contigua, en *Libro Anual de Psi-*

- coanálisis, 153-166. Ed. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L., Lima, Perú, 1990.
- \_\_\_\_\_ (1991). *Un análisis de la matriz de la transferencia*, en *Libro Anual de Psicoanálisis*, 45-58. Ed. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L., Lima, Perú, 1992.
- PAZ, C. A. Y OLMOS DE PAZ, T. (1991). Adolescencia y patología borderline. Características del proceso psicoanalítico en ellos, en *Libro Anual de Psicoanálisis*, 1-16. Ed. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L., Lima, Perú, 1992.
- PAZ, C. A., PELENTO, M. L. Y OLMOS DE PAZ, T. (1976). *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos. I. Historia y conceptualización*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (1977a). *Estructuras y/o estados fronterizos en niños y adultos. II. Casuística y consideraciones teóricas*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (1977b). *Estructuras y/o estados fronterizos en niños y adultos. III. Investigación y terapéutica*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- PINZÓN JUNCA, A. (2007). Psicoanálisis y psicofarmacología en pacientes fronterizos. En *Psicoanálisis (APC)*, XIX, (2), 29-78.
- RANK, O. (1923). *El trauma del nacimiento*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961.
- RESTREPO, O. A. L. (1994). Trastorno de pánico, en: TORO, G. R. y YEPES, R. L. E. "Psiquiatría". Ed. CIB, Medellín. Pp.341-350.
- ROSENFELD, H. A. (1987). *Impasse e interpretación*. Ed. Tecnipublicaciones, Madrid, 1990.
- ROSOLATO, G. (1984). La histeria. Estructuras psicoanalíticas, en: SAURI, J. J. *Las histerias*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires. Pp.283-320
- ROUDINESCO, E. Y PLON, M. (1997). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós, Buenos Aires, 2005.
- RUBINSTEIN, R. A. (1998). *Ataque de pánico. Una visión psicoanalítica*. Inédito, ponencia en XXII Congreso Latinoamérica de Psicoanálisis. Cartagena de Indias, Colombia.
- SÁNCHEZ MEDINA, G (1997). Muerte y mundo creativo. Un comentario al libro: "Muerte y psicoanálisis" del Doctor Roberto De Zubiría, en *Rev. Soc. Col. Psicoan.*, 22, (1), 141-146.
- \_\_\_\_\_ (1999). Muerte y psiquis (eutanasia), en *Rev. Soc. Col. Psicoan.*, 24, (2), 257-283
- \_\_\_\_\_ (2002). *Modelos psicoanalíticos. Arquitectura y dinámica del aparato mental*. Ed. Sánchez Medina G., Bogotá.
- SEGAL, H. (1984). De la utilidad clínica del concepto de instinto de muerte, en: GREEN, A., IKONEN, P., LAPLANCHE, J., RECHARDT, E., SEGAL, H., WIDLÖCHER, D. Y YORKE, C. *La pulsión de muerte*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires. Pp.35-501989.
- SOULIER, H. R. (1988). La muerte: una visión psicoanalítica, en *Rev. Soc. Col. Psicoanálisis*. 13, (2), 289-314.
- STEINER, J. (1987). La interacción entre las organizaciones patológicas y las posiciones esquizoparanoide y depresiva, en *Libro Anual de Psicoanálisis*, 59-69. Ed. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L., Lima, Perú, 1988.
- \_\_\_\_\_ (1991). *Una organización psicótica de la personalidad*, en *Libro Anual de Psicoanálisis*, 147-153. Ed. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L., Lima, Perú, 1992.
- TUSTIN F. (1987). *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1989.
- \_\_\_\_\_ (1991). Una revisión de los conceptos sobre autismo psicogénico, en *Libro Anual de Psicoanálisis*, 119-125. Ed. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L., Lima, Perú, 1992.
- VILLARREAL DE SOULIER, S. (1995). Simbiosis y homosexualidad, en *Rev. Soc. Col. Psicoan.*, 20, (4), 447-469.
- VIVES, J. Y AXELROD, R. (1998-99). La muerte y la pulsión de muerte. Sus formas de inscripción en el psiquismo. En *Rev. de Psicoanálisis (APA)*. Número Especial, (6), 349-389.
- WALLERSTEIN, R.S. (1988) ¿Un psicoanálisis o muchos? en *Libro Anual de Psicoanálisis*, 1-15. Ed. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L., Lima, Perú, 1989.
- WINNICOTT, D. W. (1949). Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia, en *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (1958). Ed. Laia, Barcelona, 1979. Pp. 241-265
- \_\_\_\_\_ (1952). La angustia asociada con la inseguridad, en *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (1958). Ed. Laia, Barcelona, 1979. ), Pp. 139-143.

- \_\_\_\_\_ (1954). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico, en *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (1958). Ed. Laia, Barcelona, 1979. Pp. 377-398
- \_\_\_\_\_ (1955). Variedades clínicas de la transferencia, en *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (1958). Ed. Laia, Barcelona, 1979. Pp. 399-404
- \_\_\_\_\_ (1960). Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso, en *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (1965). Ed. Laia, Barcelona, 1975. Pp.169-184
- YILDIZ I. (2006a). Identidad del Psicoanalista, en *Psicoanálisis (APC)*, XVIII, (1), 31-57.
- \_\_\_\_\_ (2006b). Identidad psicoanalítica y formación en Psicoanálisis, en *Psicoanálisis (APC)*, XVIII, (2), 112-119.
- \_\_\_\_\_ (2006c). Teorías de S. Freud sobre afectos y síntomas, en *Psicoanálisis (APC)*, XVIII. (2), 128-150.
- \_\_\_\_\_ (2007a). Teorías sobre afectos y síntomas II. Psicología del yo, Klein y postkleinianos y el grupo "independiente", en *Psicoanálisis (APC)*, XIX, (1), 56-88.
- \_\_\_\_\_ (2007b). Teorías sobre afectos y síntomas III. Psicología psicoanalítica del self y aportes de Otto Kernberg, en *Psicoanálisis (APC)*, XIX, (2), 101-124.
- \_\_\_\_\_ (2007c). Algunas consideraciones sobre "Recuerdo, repetición y elaboración", en *Psicoanálisis (APC)*, XIX, (2), 148-151.
- \_\_\_\_\_ (2008). *Sentimientos, emociones, pasiones y síntomas. Estudios psicoanalíticos y aplicación a un caso clínico*. Ed. Yildiz I. (impreso por Unibiblos), Bogotá.