

CLÍNICA DE LA PARAPATÍA DE ANGUSTIA: EL ATAQUE DE ANGUSTIA (1908) (*)



Wilhelm Stekel

El ataque de angustia es el punto céntrico de la parapatía¹ de angustia. En cuanto a importancia no es inferior al gran ataque histérico. También tiene la misma génesis psíquica.

Freud subraya que los síntomas del ataque de angustia son, en cierto modo, sucedáneos de la acción específica requerida por la excitación sexual, pero que ha sido omitida. Dice: “Para apoyar esta opinión, hago recordar que también durante el coito normal la excitación se manifiesta en parte por la respiración acelerada, palpitations, sudores, congestiones, etcétera. En el correspondiente ataque de angustia de nuestra neurosis, vemos la disnea, las palpitations, etcétera, propias del coito, en forma aislada y aumentada.”

El gran ataque de angustia, tal como se presenta en la parapatía de angustia, muestra efectivamente una sorprendente analogía con los síntomas del coito, pero no siempre. El cuadro clínico del ataque de angustia tiene innumerables variantes.

Un solo síntoma es común: la angustia ante la muerte, penosa, inconmensurable, indecible. En algunos casos la angustia sola prevalece en la conciencia. Los pacientes se quejan de sensaciones de angustia, que localizan en distintos puntos. Uno siente la angustia en el corazón, otro en el pecho, un tercero en el vientre, un cuarto en la vejiga, un quinto en la cabeza.² Algunos no sienten más que una sorda opresión. (Obsérvense las expresiones lingüísticas que señalan la angustia, y cómo todas representan cierta estrechez: angustia-angosto; opresión-presión.)

El ataque de angustia puede presentarse súbitamente, o después de ciertos presagios psíquicos. A veces va precedido por cierta irritabilidad, o un leve descontento. Los enfermos están de mal humor ese día. Sin embargo, esto no es regla general. El ataque puede venir también de golpe, como un relámpago en un cielo sereno. No obstante, un análisis psíquico exacto siempre demuestra una afección surgida en el inconsciente. Encontramos entonces las asociaciones secretas que de la última impresión, aparentemente anodina, o del sueño, llevan a la idea penosa, desplazada.

Con mucha frecuencia el ataque se relaciona con un sueño. A veces el sueño es olvidado y lo único que persiste es una fuerte emotividad. El tema del sueño es reprimido inmediatamente por la censura. Sólo la afección angustiosa muestra que se trata de la satisfacción prohibida de un deseo. En muchos casos el enfermo relata el sueño. Ciertos enfermos achacan entonces al sueño la causa de su parapatía de angustia y no ven que el sueño no es más que una consecuencia de las pulsiones reprimidas.

El ataque imita el cuadro del coito. Los enfermos se quejan de opresión en el pecho, les parece que se les corta la respiración, sienten terribles palpitations, comienzan a jadear, hacen distintos movimientos inquietos. Palidecen, el pulso es lento o se acelera, a menudo se torna arrítmico; se presentan escalofríos, calambres, parestesias, estangurria, tenesmo, etcétera.

Muchas veces faltan los fenómenos físicos concomitantes. Sólo la angustia se mueve, atormentando al enfermo, quien preferiría refugiarse en la aventura. Paseos insensatos por la habitación y por las calles, visitas a conocidos y a amigos que ejercen una influencia calmante, estos son los hechos que se observan con frecuencia. En caso de nosofobia, el enfermo acude al médico; en el caso de angustia a consecuencias judiciales, acude al abogado; en otros casos visita al sacerdote.

Mas no es fácil reconocer como tal todo ataque de angustia. Puede que la angustia se oculte en el fondo, poniéndose en evidencia un síntoma determinado (por ejemplo, las palpitations). Esto lo llamamos entonces un “equivalente de angustia”.³

El equivalente de angustia elige entre los complementos individuales a alguno especialmente característico. Una mujer que durante el coito normal muestra síntomas de disnea, producirá más fácilmente un asma nervioso como equivalente del ataque de angustia, que otra, cuyo síntoma primordial son las palpitaciones. Esta última sufrirá accesos de palpitaciones violentas como equivalentes de angustia, los que a su vez, en forma secundaria, al despertar en la imaginación hipocondríaca la idea de tener una afección cardíaca, dan pábulo a la angustia. En los capítulos siguientes, al hablar detenidamente de los rudimentos de angustia, tendremos oportunidad de examinar más minuciosamente estas relaciones.

En el ataque de angustia es preferentemente el *locus minoris resistantie* elegido como punto de fijación y de expresión orgánica de la angustia. Un hombre predispuesto a trastornos intestinales manifestará su acceso por diarreas o cólicos; un hombre que sufre de neurosis cardíaca (vagonía o simpaticotónia de Eppinger) producirá acentuados fenómenos cardíacos. También puede manifestarse la angustia como una “pseudo-apoplejía”, o un desmayo. El órgano de menor resistencia (órgano de menor valor de Adler) será por lo general el escenario en que la angustia se transforma en síntomas somáticos.

Estos informes dados en las primeras ediciones necesitan un complemento. El ataque de angustia no imita solamente al coito sino también a la defunción. “El nacimiento y la muerte”, “el coito y la defunción” son verdaderamente dos fenómenos opuestos, constituyendo los polos de un mismo complejo. Pero ciertos ataques de angustia serían incomprensibles, si no se supiese que el enfermo asiste a su propia muerte. Hay personas que, antes de muertas, ya murieron un número considerable de veces. Todos estos parapáticos sufren continuamente de angustia de muerte. En el acceso de angustia llaman al médico, se despiden de sus familiares y expresan su última voluntad. Esta escena trágica ofrece a menudo un pronunciado matiz de histeria.

Es de mencionar aun que en muchos casos esta angustia de muerte proviene de una mala conciencia. En las personas de religiosidad latente, que aparentan ser librepensadores, existe también el temor ante la gran responsabilidad, cuando se aproxima la hora de presentarse ante el “Juez celestial”. En su tan conocida canción, Hoelty expresa en una forma muy candorosa esta angustia ante la responsabilidad: “Sé siempre fiel y honesto hasta llegar a tu tumba glacial, y no te desvíes un dedo de los caminos de Dios. Así podrás atravesar esta vida de peregrinaje como por entre prados florecidos; entonces podrás mirar de frente a la muerte sin miedo y sin temor.” Pero como el hombre no es capaz de vivir sin desviarse un dedo de los caminos de Dios, ha de pensar en la hora de la muerte con “miedo y con temor”.

El “complejo criminal” y la mala conciencia pueden manifestarse por violentos ataques de angustia.

Pero basta de teoría. Me parece mejor aclarar las distintas cuestiones que se nos imponen, mediante diversos ejemplos, tales como se nos presentan diariamente en la práctica médica. Y ahora quiero iniciar el viaje a través de los inmensos dominios de los estados nerviosos de angustia, describiendo algunos casos de parapatías de angustia claros y simples. En la mayoría de los casos que parecen ser enfermedad, logramos demostrar también un conflicto psíquico, aparte de la etiología sexual. Ya he insistido sobre este punto. Sin embargo, la experiencia de la vida cotidiana nos enseña que, eliminando el factor nocivo sexual, desaparecen todos los síntomas de la enfermedad, o por lo menos mejoran notablemente (véase los dos casos de Kaan y el caso de Rousseau).

Solamente en casos excepcionales puede tratarse del efecto de una mala conciencia y de la angustia ante la responsabilidad terrenal y celeste. De todos modos el psiquiatra debe pensar también en la posibilidad de un acto criminal (infidelidad, hurto, crimen, aborto, asesinato o intento de asesinato), aunque estos casos son excepciones. Con frecuencia la sexualidad y la criminalidad se reúnen en un solo complejo. Las observaciones siguientes lo demuestran.

Empecemos, pues, con algunos casos simples de mi experiencia:

CASO N° 7. La señora I.I., viuda de 30 años, sin ninguna afección orgánica, una noche se sintió contenta y alegre en compañía de su familia. En uno de los capítulos de un libro que estaba leyendo con gran interés, se entusiasmó de tal manera que resolvió leerle algunas páginas a su hermano. Apenas había iniciado la lectura, la invadió una sensación de angustia. Para apaciguar esta sensación, y con el fin de tranquilizarse, siguió leyendo con los ojos llenos de lágrimas y muy nerviosa. Cuando

su hermano le preguntó qué tenía, se puso a llorar convulsivamente y se volvió triste y deprimida. Los pensamientos más negros vagaban en su mente. No quiso acostarse por temor a dormirse; tuvo la penosa angustia de no levantarse ya más. Todo lo veía turbio, le corrían escalofríos por el cuerpo, estaba segura de tener fiebre. Sin embargo, el termómetro señalaba una temperatura completamente normal. De repente la atormentó la imagen de que no volvería a ver a su hijita, y empezó a martirizarse con ese problema: qué sería de la niña cuando ella hubiera muerto. Era un estado terrible. Al día siguiente vino a verme para que la examinara cuidadosamente, porque quería prevenirse a tiempo para no morir demasiado pronto.

El examen reveló que los órganos estaban completamente sanos, no tenía tampoco ninguna tara hereditaria (especialmente en la parapatía de angustia, los casos de taras hereditarias son muy raros). Naturalmente me interesé por el libro que había leído, porque quise buscar en él una asociación con un complejo de representaciones desplazadas, que podría dominarla. El término “complejo” nos fue legado por Bleuler, y se consagró en el lenguaje de la psicoterapia para señalar el hecho del desplazamiento de un grupo determinado de representaciones, establecido por Freud. Efectivamente, lo que había leído con énfasis, era una escena de amor, haciéndole recordar su propia vida tan pobre en sucesos amorosos. Una fuerte excitación sexual debe de haber irradiado esta escena, naturalmente por vía de contraste. Ella era viuda, y desde hacía dos años vivía en una total abstinencia. El año anterior había conocido a un hombre que la impresionó muy favorablemente y del que se enamoró. Los sueños eróticos alrededor de la figura de este hombre se presentaron en forma cada vez más intensa. Al mismo tiempo fue presa de un mal humor y de una irritabilidad inexplicables. Ya no le gustaban sus bonitos vestidos (hecho muy característico), no se interesaba ya por el arte, y se encontraba en un estado de expectativa angustiada como si algo le fuese a pasar y a hacerle perder el equilibrio. Unas cuantas semanas antes tuvo un encuentro con el hombre en cuestión, lo cual, sin embargo, sólo le produjo una excitación frustránea. Ya durante los últimos meses había padecido, de cuando en cuando, leves sensaciones de angustia y palpitaciones. Mas desde entonces su estado empeoró de día en día, hasta el vigésimo octavo día,⁴ y después de la lectura del libro tuvo lugar el primer ataque agudo. Tres meses más tarde tuve: ocasión de ver a la paciente. Se había restablecido por completo. Los ataques de angustia y las expectativas angustiosas habían desaparecido. Es que al final había hallado el valor necesario para sobreponerse a distintos prejuicios, entregándose al hombre que amaba⁵.

Este ejemplo nos muestra claramente el mecanismo de la génesis de una parapatía de angustia. Como consecuencia de una abstinencia forzosa, a pesar de una fuerte libido, la parapatía de angustia va preparándose paulatinamente, hasta que por cualquier motivo, y precisamente en un día crítico, irrumpe con toda violencia. Más tarde presentaremos algunos casos de Fliess, que prueban con cifras la importancia de los días críticos para la manifestación de los ataques. Yo no tuve la suerte de poder comprobarlo en todos los casos. Repetidas veces, o casi por regla general, pude observar que la primera crisis angustiosa siguió de inmediato a una excitación frustránea, de manera que no había cuestión de influencia periódica. Por otra parte, he visto casos, entre ellos el que acabo de relatar, que, tal como Fliess lo subraya, documentan la influencia de un período sobre la presentación de los ataques de angustia. En cambio, me parece absolutamente demostrable cierta periodicidad en la presentación de los rudimentos de angustia, y especialmente de determinadas formas de los mismos⁶. Pero, veamos otro caso.

Caso N° 8. Cierta día, el señor S. N., se sintió muy mal en la calle. Era un domingo e iba con su novia por el Ring (una de las calles principales de Viena), en dirección al museo de Arte Histórico. Tuvo que entrar en un zaguán y apoyarse contra la pared para no caerse. Sintió una sensación de náuseas. Le parecía que se iba a morir. Pasados unos minutos, el ataque terminó y volvió a encontrarse enteramente bien. Aunque parezca raro, apenas media hora después, su novia sufrió una sensación análoga en el museo. Se le nubló la vista, tuvo que sentarse rápidamente en un banco y pidió que la llevaran al aire libre. Los dos se presentaron el mismo día en mi consultorio. En tales casos, uno piensa fácilmente en una intoxicación por alimentos descompuestos, sobre todo si se considera que

el señor S. N. tuvo necesidad de vomitar, sufriendo algún tiempo después una violenta diarrea. Sin embargo, me fue imposible encontrar un alimento al que poder atribuir ese malestar. Además ambos se sintieron enteramente bien después de los ataques. Mas el señor S. N. admitió que sufría mucho por las excitaciones del noviazgo. Se trataba de un hombre extraordinariamente potente y de fuertes deseos sexuales, que antes había practicado el coito varias veces por semana. Desde hacía catorce meses vivía en una total abstinencia, temiendo una infección y también porque le era imposible tener relaciones con otra mujer. Un intento con una mujer pública fracasó por completo y no llegó a la erección, mientras bastaba que su novia se encontrase en la misma habitación que él, para que las erecciones más fuertes le atormentaran. Este ataque se repitió aun dos veces en menor escala, después de haberse restablecido al tomar bromuro y de resultas de un tratamiento hidroterápico y una prolongada separación de su novia, tal como se lo había aconsejado su médico. En cambio, la diarrea fue en aumento, cada vez más fuerte, y no cedió a ningún tratamiento. Especialmente cuando, al regresar de casa de su novia, se encaminaba a su domicilio, estaba seguro de tener que entrar, durante el trayecto, en dos cafés. Por la noche se sobresaltaba frecuentemente y además comenzó a sufrir de un insomnio periódico, lo que jamás le había acontecido. La novia tampoco se sentía del todo bien. Padecía de estados de angustia, vértigos, palpitaciones, parestesias. Una semana después de la boda, todos los trastornos mencionados habían desaparecido, tanto en él como en su novia. Se trataba de una parapatía de angustia, causada por la abstinencia con una libido proporcionalmente aumentada.

Pero también el conflicto psíquico era perfectamente claro. Los dos sufrieron por la abstinencia. Un deseo violento los empujó a gozar de las delicias del amor antes del casamiento. El novio y la novia luchaban contra las ideas de tentación. La diarrea se explicó por la peculiaridad del hombre de ser invadido por tenesmo antes de cada coito. Esta peculiaridad, por cierto desagradable para él, no desapareció antes de no haberse encontrado varias veces con una mujer. En el matrimonio se perdió por completo. También en este caso vemos la lucha entre el “yo” ideal y el “yo” pulsional.

Caso N°9. El señor L. W., de 69 años, se enferma, después del fallecimiento de su esposa, de una ligera melancolía y frecuentes accesos de penosa angustia, de cuya explicación no sabe dar ningún motivo. Presiente que muy pronto seguirá a su esposa. Lo que sobre todo le inquieta es que frecuente mente se presente sangre en la orina. Duerme muy mal, y durante el insomnio se ve obligado a pensar siempre en la muerte. Se angustia, no sabe por qué, y apenas puede esperar el amanecer. Es un caso típico de parapatía de angustia.

Precisamente en los hombres de edad avanzada se observa muy a menudo la aparición de una parapatía de angustia. Hay que tener en cuenta como factor psíquico que esos seres se avergüenzan de estar todavía bajo la influencia de su libido. La parapatía de angustia se manifiesta también en aquellos ancianos que tienen una fuerte libido. Un día este paciente me pregunta si el acto sexual, practicado una vez por semana, puede hacerle daño. Desde la muerte de su esposa vive como un asceta y le atormentan las más violentas erecciones. Le permito un intercambio sexual moderado, observando ciertas medidas preventivas. Después de esto, se siente mucho mejor y entabla una relación regular, practicando el coito normalmente varias veces por semana. Todos los síntomas de angustia desaparecen y las hemorragias de la vejiga, comparadas con el estado anterior, son mucho menos intensas, menos fuertes, y se presentan con intervalos más largos. Su semblante se torna más fresco, es como si pasara por una segunda juventud. Aun hoy, a los 74 años de edad, tiene que practicar el acto sexual todas las semanas, de lo contrario no puede dormir.⁷

Conflicto psíquico: había ansiado la muerte de su esposa. Experimentó la necesidad de un cambio; deseaba muchachas jóvenes. En los primeros tiempos después de la muerte de su mujer, tuvo que ahogar esa voz interior de satisfacción por haber recobrado su libertad.

La conciencia del pecado (Ley del Talión) le hizo temer el castigo de Dios. Tú estás contento de la muerte de tu mujer: esto provocará el castigo de Dios.

Esta angustia tampoco era puramente libidinosa; si no, hubiera aparecido ya en el transcurso de los tres años de abstinencia, mientras su mujer estaba enferma de manera que no podía tener relaciones

con ella. Era la resultante de una mala conciencia.

Aquí vemos cómo en un anciano, a consecuencia de una abstinencia (de tres años) se produce un malhumor angustioso, accesos de angustia, representaciones hipocondríacas e insomnio. Todos estos síntomas mejoran en cuanto el paciente practica el coito con frecuencia.

La rápida curación, después de haber satisfecho sus necesidades sexuales, es un signo característico de una parapatía de angustia no complicada.

No nos encontraremos a menudo con tales casos, Desde ahora, al hablar de los distintos síntomas de la parapatía de angustia, tendré que mencionar también aquellas observaciones amalgamadas con una buena dosis de histeria y que muestran desplazamientos importantes. En realidad, estos casos pertenecen a las fobias. Empero, existen miles de transiciones y variantes. También veremos las combinaciones con las paralogías, las parapatías coercitivas y la hipocondría.

La vida desconoce los ejemplos escolásticos, No seremos, pues, demasiado rigurosos y trataremos todos los casos en que la parapatía de angustia prevalece.

Contemplemos un caso que muestra una marcada estructura histérica.

Caso Nº 10. El señor A.W., de 52 años, se queja de ataques epilépticos. Cuenta que una noche saltó de la cama, profiriendo un horrible grito. Tenía la sensación de que los gritos lo salvarían del aturdimiento y del ahogo. Esto le sucedió en un hotel. Su hermano, que dormía en la misma habitación, creyó que algo horroroso había pasado. Este ataque se produjo el 5 de noviembre de 1907. El primero de estos ataques se produjo el 25 de junio de 1905, el segundo el 12 de junio de 1906.⁸ Aparentemente siempre sin un motivo especial.

También en estado normal grita a veces cuando duerme. A esto lo llama sus ataques “pequeños”, Los ataques “grandes” los llama “ataques epilépticos” porque, según dice, padeció de epilepsia en la niñez. Tenía 6 años cuando una noche se despertó, viendo a toda la ciudad en llamas. Después de esto sufrió los ataques “epilépticos”. Siempre se producían de noche. Le dijeron que durante esos ataques gritaba mucho (pavor nocturno). No recuerda más detalles. Estos ataques duraron unos tres años (nunca sufrió de enuresis nocturna.) A los 14 años comenzó a masturbarse. Continuó durante muchos años. A los veinte años comenzó a practicar el coito. Entonces sufrió de *ejaculatio praecox*.

A los 29 años se casó, y al principio logró ejecutar el coito algo mejor. Desde hace 5 o 6 años su potencia ha disminuido mucho.

Sostiene que su mujer es anestésica, le pide siempre que la deje en paz. Por eso practica el coito muy raras veces, con intervalos de 6 semanas. Además el coito le repugna porque su mujer usa un pesario de goma⁹. Todavía tiene una gran necesidad sexual que se manifiesta por frecuentes poluciones. Está muy claro que no se trata de epilepsia sino de accesos de pavor nocturno, renovados en estos últimos años. Sin embargo, el análisis revela detalles interesantes, relativos a la psicogénesis de los accesos.

Antes de sufrir el último presunto ataque “epiléptico”, leyó una novela. En ella se hablaba de operación. A un hombre ciego le operaron de cataratas. Siente una necesidad exagerada. Se resiste a ir al médico, temiendo enterarse de algo desagradable. El corazón le empieza a palpar violentamente, y el pulso se acelera hasta 140 o 160 pulsaciones por minuto. Esta lectura había conmovido fuertemente su ánimo temeroso.

También recuerda un sueño que tuvo poco tiempo antes del ataque. “Expresó su pésame a un señor, cuyo hijo había fallecido repentinamente cuatro semanas antes.” Este joven fue víctima de una apendicitis imprevista y murió dos días después. Aquella muerte espantosa le preocupaba desde hacía algunos días. No podía oír hablar de enfermedades ni de muerte; le causaban depresión y tristeza.

Los ataques no eran por cierto de carácter epiléptico (no perdió la conciencia ni un momento, sólo le invadió una angustia indescriptible), sino que eran análogos a los accesos de pavor nocturno que tenía de niño. Se produjeron por su continuo miedo a morir, que a su vez es síntoma de su parapatía de angustia, originada por la abstinencia. Es, además, fácilmente irritable, siempre se encuentra en una angustiada expectativa y sufre también de sudores nocturnos, palpitaciones y diarreas. Su irritabilidad

se manifiesta en su conducta con respecto a su mujer. Sin motivo alguno le hace las escenas más violentas. En realidad es porque ella le niega el coito, sin el cual él se siente desgraciado. Su angustia es la angustia latente, como consecuencia de la parapatía de angustia que se ha liberado tomando la forma de una angustia hipocondríaca.

Yo aconsejé a su mujer convenientemente. El hombre puede practicar el coito sin restricciones 2 o 3 veces por semana. Durante el acto la esposa simula estar excitada, lo que le da una gran satisfacción, vigorizando mucho la confianza en sí mismo.

Los ataques desaparecen por completo. Su irritabilidad disminuye, su ansiedad mejora día a día. También se va curando su relativa impotencia, atribuible en gran parte a temores angustiosos y a la repugnancia que le causaba el pesario. El matrimonio desgraciado, desagradable, lleno de disputas y de odio, se convierte en una unión que satisface a ambas partes.

EPICRISIS: Dos años más tarde, después de una discusión con su mujer, se producen nuevos ataques. El análisis revela deseos de muerte contra su mujer, y una fuerte inclinación hacia una parienta. Cuando sufrió el primer ataque, el marido de esta se encontraba en la misma habitación. El hombre tiene ideas criminales inconscientes, de matar a su mujer y al marido de la parienta. El mecanismo psíquico de estos ataques el claro. Sueña con el crimen y se despierta, lleno de horror, ante los demonios que se agitan en su corazón. (Véase el capítulo “El tratamiento psíquico de la epilepsia”).

Aquí nos vemos frente a un ataque agudo de angustia que asalta la paciente mientras, al parecer, está completamente tranquilo. Este ataque hay que atribuirlo a motivos somáticos y psíquicos.

Caso N° 11. La señorita J. K., de 24 años de edad, siente repentinamente una opresión en el pecho mientras está en la oficina. Tiene que sentarse porque un mareo la hace tambalear, respira con dificultad. Una angustia indecible la invade: así debe ser la muerte, es –víctima de una congestión pulmonar. Un sudor frío baña su frente. Después de algunos minutos la opresión se disuelve en una crisis de llanto.¹⁰

A partir de este ataque sufre de disnea crónica. Siempre tiene que aspirar profundamente, aspira suspirando, a menudo diez veces seguidas, hasta que la respiración se hace normal. Adelgaza. No puede comer mucho porque la comida le pesa sobre el estómago. Su sueño, siempre profundo y tranquilo, se vuelve inquieto. Se adormece difícilmente, tiene sueños agitados: ve cadáveres, es asaltada por ladrones, le dan una puñalada en el vientre, es perseguida por perros rabiosos y toros salvajes, los caballos la persiguen relinchando. Con palpitaciones y bañada en sudor se despierta de estos sueños angustiosos (típicos). También durante el día sufre de angustia inmotivada, palpitaciones y vértigos. A veces, le parece que la fiebre corre por sus venas.

Su organismo está completamente sano. Empero, su joven jefe, a quien ama en secreto, se casó algunas semanas antes. Su primer ataque se produjo un cuarto de hora después de haber sorprendido a la joven pareja, abrazándose en una habitación contigua. Cuando se aleja de la oficina, todos los síntomas descritos desaparecen con sorprendente rapidez.

EPICRISIS: La volví a ver tres años después. Se encuentra de nuevo ante un grave conflicto, y tiene los mismos ataques. Tiene relaciones con su jefe, y los ataques se producen cuando ve a la rival, la esposa de su jefe. Confiesa haber soñado con apuñalar a la mujer o pegarle un tiro. Los ataques se revelan como angustia ante sus propios pensamientos criminales.

Aquí vemos un ataque de angustia que se manifiesta como “asma nervioso”. En el Caso N° 8 se nos presentaron las afecciones del estómago, en el caso N° 9 los trastornos de la vejiga, como síntoma sobresaliente.

La angustia puede disfrazarse de la manera más sorprendente. A veces el ataque sólo se presenta en forma tal que el enfermo siente una fuerte inquietud y quisiera echar a correr. (Es esta una importante raíz de las fugas.) Janet nos cuenta un caso clásico en su libro *Les Obsessions et la Psychasthénie* (tomo II, París 1903, Félix Alcan, página 88).

Caso N° 12. Una dama de 38 años corre por la habitación, excitada, varias veces al día, derribando los muebles. Con el rostro enrojecido, jadeante, con fuertes palpitaciones, se lamenta: “Ay, cómo me duele la cabeza, tengo un martilleo en las sienas, Ay, mi cuello, mi estómago, mi corazón, mi vientre. No me curaré nunca, seguramente me moriré pronto.” Nada puede calmar esta excitación. Poco a poco se tranquiliza, hasta que el juego empieza de nuevo. Este es el curso que toma un ataque de angustia en una parapatía de angustia. Janet y Raymond explican la conversión de la angustia en irritación muscular y dolor. Esta enferma muestra otro síntoma más, que es muy notable pero nada raro. Habla sin interrupción durante el ataque. (Agitation intellectuelle de Janet.)

Caso N° 13. Un caso semejante sacado de mis propias observaciones: se trata de un hombre extraordinariamente fuerte, de 43 años de edad, que sufre de una sensación de debilidad tan pronunciada que se siente débil como una mosca. Especialmente por la mañana es incapaz de dejar la cama (abulia) y por cada palabra que dice tiene que luchar contra una fuerte disnea. Se levanta y tiene la sensación de desplomarse. La afección comenzó de repente, 15 años atrás, con un extraño ataque de angustia. Se despertó durante la noche, no podía respirar, tenía el cuerpo insensible y se cayó de la cama. Se vistió con mucha dificultad y fue a un café para tomar algo. Después, como poseído, vagó sin rumbo durante varias horas. Desde entonces se queja de una gran debilidad (adinamia), sensación de cansancio, dolores de cabeza, y de que se hunde el suelo bajo sus pies al hablar con una persona.

Desde los 13 hasta los 18 años se masturbó mucho. De repente se hizo abstinente. No ha practicado el coito más que tres veces en su vida y siempre con prostitutas. Llegó a la erección únicamente representándose en la imaginación a una mujer muy hermosa y distinguida de su relación.

No investigaremos las raíces psíquicas de este caso muy complicado. Lo interesante es la irrupción repentina y aguda de la parapatía. En este caso conseguí hacerle recordar un sueño de aquella noche. Se trataba de un incesto con la cuñada. La fuga de su casa tenía sus razones. Su cuñada dormía en la habitación contigua y su hermano aquella noche estaba de viaje. Nuestro paciente tenía motivos para tener sus representaciones originadas por el deseo. He aquí otra confirmación del hecho de que toda angustia es angustia de sí mismo.

Caso N° 14. Otro cuadro de un ataque de angustia agudo, disfrazado, nos lo presenta el siguiente caso. Un hombre de 34 años está sentado en su despacho, leyendo. De repente se le forma una bola en el cerebro, como si algo se coagulara. Tiene la sensación de que todo da vueltas. Por su mente vomitar. Tenía un fuerte zumbido en los oídos, su cuerpo se enfrió. Un fuerte sudor le salía por los poros, tuvo que evacuar abundantemente. Tres horas después, el ataque había pasado y se sentía extraordinariamente bien, salvo que una dulce debilidad, nada desagradable, se extendía por todo su cuerpo.

Sospechándose la enfermedad de Ménière, se le examinaron los oídos. Todo era normal. Este ataque se repitió varias veces durante el año, siempre sin ninguna sensación de angustia. Poco a poco la angustia se iba colocando en el primer plano del síndrome, hasta que se enfermó de agorafobia. En la calle tiene miedo de sufrir otro ataque.

Este ataque tiene relaciones con las lecturas del enfermo, de las que no me había percibido antes. Leyó en el periódico un episodio de violación.

Otros accesos se producen de una manera similar, después de cualquier incidente que ejerza gran impresión sobre el estado emotivo.

Esta irrupción aguda de una parapatía de angustia después de una escena traumática es muy frecuente y en base a ella se ha establecido una parapatía particular, la neurosis del miedo o la neurosis traumática. Nuestros análisis nos enseñan que la predisposición a la enfermedad existía antes del accidente. Al sufrir el trauma, los enfermos sufren ya de una parapatía de angustia latente.

En muchos casos los pacientes cuentan el incidente a partir del cual se inició la parapatía de angustia. Así, por ejemplo, la enferma de Janet cuenta (Caso N° 12) que al nacer su tercer hijo, la partera exclamó de repente: “¡creo que el niño no respira, que está muerto!” El niño estaba perfectamente bien, pero la madre sintió repentinamente un remolino en la cabeza que la dejó como trastornada. Este susto es comprensible. ¿Pero cómo se explica que, cuando el médico, después de la convalecencia, le dice que se haga analizar la orina, ella se asusta de tal manera que cae de nuevo enferma gravemente? El médico quería averiguar si había albúmina. “*Ce mot que lui rappelait vaguement la maladie d’une voisine produisit le même effet néfaste que la phrase de la bonne: douleurs de tête, trouble général, angoisses.*” Apenas puede llegar hasta su casa, y la enfermedad irrumpe de nuevo.

En este caso existen conexiones secretas que únicamente el psicoanálisis podrá descubrir. Al hablar de las fobias volveremos sobre este interesante tema. En la parapatía de angustia el ataque puede copiar a menudo al incidente traumático. Una enferma se queja de que un cuerpo pesado le corre sobre ambas piernas, tiene la sensación de ser aplastada, etcétera. Su parapatía de angustia estalló después de un accidente de ferrocarril. No obstante, esta sensación de ser aplastada tiene su significado simbólico que más tarde llegaremos a conocer. También los equivalentes de angustia tienen muy a menudo un significado simbólico.

A este caso quiero agregar otro ataque de angustia, combinado con perturbaciones en la respiración, tomado de la obra de Janet y Raymond (l. c), página 113.

Caso N° 15. Se trata de una dama de 30 años que se acuesta muy cansada y con gran necesidad de dormir. Al cabo de 10 o 15 minutos, el sueño llega a ser profundo (completo). “A ce moment elle se reveille en sursaut avec un sentiment de peur et une sensation d’étouffement.”¹¹ Instintivamente se aferra al borde de la cama y se esfuerza en vano por tranquilizarse; la sensación de asfixia va en aumento, el corazón late violentamente; siente contracciones en todo el cuerpo y empieza a llorar desesperadamente. Agita los pies y los puños, se retuerce, y, delirando, profiere palabras aisladas, pide socorro y se queja de tal o cual persona. Esta crisis es breve, dura 5 o 6 minutos. Empieza a respirar tranquilamente, siente la necesidad de beber algunos tragos de agua que a veces se tiñe con un poco de sangre. Agotada por el cansancio se recuesta, siente como el sueño se acerca de nuevo, y se adormece aún más profundamente que la primera vez. Luego comienza el mismo juego y esto se repite hasta el amanecer. Hacia el amanecer tiene otra crisis, más violenta que todas las anteriores, y después se levanta tranquila y está en paz durante todo el día.

Un caso similar de Janet fue provocado por un sueño desagradable que siempre se repetía. Probablemente un sueño criminal es la causa de estos accesos.

Caso N° 16. Un hombre de 49 años sufre terribles crisis de gritos espasmódicos, durante las cuales lucha contra una violenta angustia de muerte. Estos espasmos duran varias horas, y aparecen en parte monstruosos sollozos y en parte alaridos salvajes. Los ojos se le salen de las órbitas. Todo el cuerpo está bañado en sudor. La cara se pone extrañamente roja, el pulso febril asciende hasta 140 pulsaciones. Entre sus gritos inarticulados el enfermo llama al médico, se despide de sus familiares, les asegura que va a sufrir una embolia cardíaca, pues ningún hombre puede soportar por mucho tiempo semejante sufrimiento. Los médicos no saben qué pensar. Una inyección de morfina le produce un alivio pasajero.

Lo encuentro en pleno ataque y puedo calmarlo mediante una enérgica sugestión en estado de Vigilia. (El acceso tiene que terminar al cabo de un minuto. Luego tiene que mirarme fijamente en los ojos y contar tranquilamente hasta 20.) El acceso se corta como por encanto. Entonces pido a la familia, reunida inquieta en la cabecera de su cama, que nos deje solos, y digo al enfermo: -¿Qué es lo que pesa sobre su conciencia?

Consternado, me contempla durante unos instantes, y luego estalla en sollozos. Le dejo que llore unos minutos, invitándole que alivie su corazón, diciéndomelo todo. - Usted es el primer médico que me interroga acerca de mis preocupaciones. Pero no puedo hablar ahora; iré a su consultorio mañana.

Algunos días después conocí la psicogénesis de sus ataques de angustia. Había estado empleado durante 25 años en una casa donde ocupaba un puesto de confianza. Su jefe le estimaba y lo trataba como amigo.

De cuando en cuando se había dado a especular en la Bolsa, con el fin de crear para sus hijos una suerte mejor. Parece que siempre fue un trabajador empedernido. Perdió y empezó a defraudar fondos de la caja. Ya había perdido una gran suma (30.000 coronas), y no vio ningún medio para recuperarla. No quiso seguir jugando para no hundirse más todavía.

Ahora se explicaron sus accesos. Gritó con sonidos inarticulados lo que no me pudo decir abiertamente. Tenía miedo de la cárcel. Se esperaba el balance para la semana entrante; tenía que trabajar en él, falsificándolo para encubrir por algún tiempo sus fraudes.

Le aconsejé confesarlo primero todo a su mujer. Así lo hizo, y ella no solamente supo consolarlo, sino que también fue con él a ver a su jefe, quien arregló el asunto amistosamente sin que el enfermo perdiese su empleo. Sólo que fue relevado de la caja, bajo el pretexto de estar sobrecargado de trabajo.

Los ataques desaparecieron después de la explicación y del arreglo de este asunto poco agradable. Una depresión mental, fácil de comprender, persistió aún durante algunos meses.

Este ejemplo nos muestra que los accesos de angustia pueden producirse también sin que exista una raíz sexual, por el solo conflicto psíquico. También la angustia a la muerte civil puede provocar un ataque grave. La angustia se determina siempre por la vía psíquica. Mas las formas de su expresión son innumerables. A la observación de A. Missriegler debo un caso de parapatía de angustia casi pura, libre de fenómenos concomitantes de importancia del sistema motor, con excepción de crisis de gritos espasmódicos:

Caso N° 17. La señorita H. M., empleada, sufre desde hace poco de una angustia espantosa, insoportable, que la asalta sin motivo alguno, manifestándose por gritos. Su cara está desfigurada por la angustia; abre los ojos desmesuradamente, la respiración es muy rápida, el pulso acelerado, la piel pálida y húmeda. Sin embargo, no siente ni disnea, ni palpitations, sólo una terrible angustia. Los diversos calmantes, prescritos por otros médicos, no surten ningún efecto.

Esta joven, físicamente sana, es hija natural de una madre también parapática. En el transcurso de nuestras conversaciones averiguo que desde hace mucho tiempo mantiene relaciones con un hombre de cierta edad, contra las cuales se rebela su moral, y que además la dejan completamente anestésica. A veces experimenta cierta excitación, que siempre es frustránea y no concluye en orgasmo. Pero no encuentra el valor de romper estas relaciones, porque su amigo la mantiene no solamente a ella sino también a su madre. Ella está ligada materialmente a su madre. Mas detrás de esta unión se esconde todavía una fijación mucho más sólida con su madre, que le impide escuchar la voz de su corazón, abandonar a su madre y seguir a un joven a quien ama. Este conflicto entre la unión con la madre y el amor, se hizo cada vez más fuerte en los últimos tiempos. Las excitaciones frustráneas y el conflicto latente habían despertado en ella, durante los dos últimos meses, una inquietud y una nerviosidad que, sin embargo, aún no habían producido síntomas sobresalientes.

El ataque se produjo solamente cuando además se le agregó un factor de excitación, o mejor dicho dos, los que, sin embargo, tenían cierta relación entre ellos: la madre se enfermó, y para poder cuidarla mejor y liberarse al mismo tiempo de su antiguo amigo, había defraudado una pequeña suma. Ahora temblaba ante la idea de que se descubriese esta mala acción. Su angustia era la angustia ante el juez, y en sus crisis de gritos espasmódicos proclamaba su pecado ante todo el mundo.

Ahora bien, las raíces más profundas de su parapatía se pusieron de manifiesto sólo cuando ella aprendió a observar la ilusión concomitante de sus ataques de angustia, cuando se dio cuenta de que la angustia no se producía sin motivo y que tenía determinado significado. Efectivamente, vio delante de sus ojos la cabeza de un niño que tenía una profunda herida. Y esta alucinación era atribuible a otro

pecado que no podía apartar de su mente desde hacía mucho tiempo: se había sometido a un aborto, y ahora estallaban en forma de angustia, el arrepentimiento y los remordimientos por ese asesinato.

Mas el motivo psíquico de este aborto era también notable: ella se sintió inducida a cometerlo, porque su madre también había hecho abortos, y al estar encinta de ella, estuvo tentada en hacer desaparecer este feto, de manera que, efectivamente, estuvo a punto de que su madre la matase. Por una parte ella se identificó con su madre, a la que estaba apegada con todas las fibras de su ser, y por ella aguantaba esas relaciones indignas, renunciando a aquel a quien quería (a pesar de su conducta exteriormente ligera y a pesar de sus relaciones con el señor de edad). Por otra parte conservaba un odio insaciable contra aquella madre que la había empujado por este camino inmoral, destruyendo su felicidad, odio que culminó en deseos de muerte inconscientes. Esta tensión bipolar dominó toda su conducta. Pero después, cuando la madre se enfermó, parecía que los deseos de muerte se cumplirían, y entonces estalló la parapatía de angustia.

Vemos cómo toda una serie de circunstancias se reúnen para desencadenar el acceso de angustia. Los factores, tomados aisladamente, pueden variar en intensidad; también es posible que estén entre ellos en la proporción recíproca de números complementarios, de manera que uno de los factores tiene que ser tanto más grande, Cuanto más pequeño sea el factor correspondiente. Para este caso estableceré las siguientes series de complementos: I. Constitución + desplazamiento de la libido ($a + b = c$) (tara hereditaria y excitación frustránea). II. $c +$ conflicto psíquico ($c + d = e$) (vacilación entre el amor maternal y el amor a su amante). III. $e +$ desahogo (Abreacción) insuficiente por símbolos ($e + f = g$) ("nerviosidad", fracaso, hurto). IV. $g +$ factor actual de excitación ($g + h = i$) (enfermedad de la madre).

Naturalmente no figuran en este esquema las determinantes secundarias, como por ejemplo la homosexualidad y las complicaciones por la transferencia, etcétera, Pero está bien claro que la sexualidad no satisfecha, la criminalidad reprimida y la conciencia de culpabilidad, engendrada por el hurto y el aborto, cooperan para producir el ataque de angustia: en el fondo no es de extrañar que la grosera medicación calmante mediante el bromuro, las compresas frías y la distracción no pudieran resolver este complicado problema.

El cuadro de la parapatía de angustia varía enormemente, es tan cambiable, tan polícromo, que me veo en la obligación de tratar los distintos síntomas por separado. El ataque de angustia puede manifestarse por palpitations y debilidad del corazón, por asma y opresión, por mareos y sudores, vómitos, diarreas y desmayos. Tenemos que ocuparnos más detenidamente de las distintas formas de la parapatía de angustia. Trataré, pues, de establecer una clínica de la parapatía de angustia, en la cual volveré detalladamente sobre el diagnóstico diferencial de los distintos síntomas. En esta oportunidad trataré también libremente varias relaciones importantes, tal como las presenta la materia.

Wilhelm Stekel

(*) Texto publicado en Estados nerviosos de angustia y su tratamiento de Wilhelm Stekel, (1908) publicado en castellano por Editorial Diana en 1949. (traducción de la cuarta edición en alemán)

Publicado en: Affectio Societatis N° 12/ junio/ 2010

<http://antares.udea.edu.co/~psicoan/affectio12.html>

Departamento de Psicoanálisis - Universidad de Antioquia

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 18-ex-72

Notas al final

- 1.- Parapatía: Término utilizado por el psiquiatra y psicoanalista Wilhelm Stekel (1868-1840) para nombrar a las neurosis.
- 2.- CRAMER (“Zur Symptomatologie ud Therapie der Angst”, Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910, N° 32) afirma no haber visto ningún caso, salvo excepciones insignificantes, en que un nervioso hubiese localizado la angustia en la cabeza, en las piernas, o en cualquier otra parte del cuerpo que no fuese la región cardíaca. Esto contradice mis experiencias.
- 3.- Llamado ahora “rudimento de angustia” o “angustia disfrazada”.
- 4.- Período neto en el sentido de FLIESS y SWOBODA.
- 5.- Posteriormente supe el componente más importante de esta angustia. En aquel entonces ella tenía otro pretendiente más, que le había dicho: “Si usted no tuviera una hija, me casaría con usted en el acto.” La frase: “qué sería de la niña si ella se muriese”, es una inversión hipócrita de sus propios pensamientos criminales contra al hija, y significaba: “Si la niña no existiese, tú serías feliz con ese hombre. ¡Mátala!” Su reacción contra este deseo criminal era la angustia. Me parece que motivos análogos se esconden también en el caso de JANET (Caso N° 12). Toda fuga es una fuga ante el propio “yo”, ante los malos pensamientos íntimos, toda excitación inútil, manifestándose por actos como el derribar muebles, romper floreros, etcétera, es el sustituto de un acto criminal. Hasta hay enfermos que hacen un movimiento con la mano, como si quisieran apuñalar a alguien, que cierran el puño como para pegar, o hacen el gesto de estrangular. (Ver el capítulo sobre el “tic” volumen VI).
- 6.- En todos los “acessos” (epilepsia, histeria, parapatía de angustia), se puede comprobar una periodicidad. En muchos casos se puede demostrar una determinación psíquica.
- 7.- KURT MENDEL. (“Die Wechseljahre des Mannes”, Neurologisches Zentralblatt, 1910, N° 20) atribuye la parapatía de angustia en la vejez a la hipofunción de las glándulas sexuales. Esta observación prueba lo contrario. El hombre tenía una leve hipertrofia de la próstata.
- 8.- La relación periódica de estas fechas fue demostrada más tarde por un discípulo de FLIESS.
- 9.- Aparato que se coloca en la vagina para corregir el descenso de la matriz.
- 10.- Esto se observa muchas veces en las parapatías de angustia.
- 11.- “En este momento se despierta sobresaltada con una sensación de miedo y una sensación de asfixia” (en francés en el original)