

**PSICOPATOLOGIA DE LA ANGUSTIA**

**Profesor J. LÓPEZ IBOR**

(Universidad de Madrid)

---

Publicado en ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA  
Vol. XIV.—Mayo 1955.—Núm. 2.



Apenas hay vocablo más utilizado que el de angustia cuando se trata de definir la situación del hombre moderno. Cada época histórica se halla caracterizada por una determinada situación de ánimo; de ahí que aquellas enfermedades que, como las neurosis, expresan en una u otra forma una situación humana, tengan un cierto coeficiente de historicidad.

Sin remontarnos a más distancia, bastará con que comparemos los cuadros clínicos que poblaban la Salpêtrière en los años de CHARCOT con los actuales. No cabe duda que manejamos el mismo tipo de enfermos. Sólo que ha variado el estilo de sus manifestaciones.

La crisis vital que supone toda neurosis unas veces se vierte más al exterior, a través del sistema nervioso de la vida de relación, y entonces aparecen las parálisis, los temblores o las amaurosis histéricas; otras se vierte más hacia la interioridad, y entonces se manifiesta como neurosis viscerales, orgánicas, angustiosas o fóbicas.

Este cambio en las manifestaciones neuróticas se halla ligado al espíritu del tiempo. En los últimos años se ha realizado una versión hacia la interioridad: de ahí que se haya puesto en primer plano el tema de la angustia. El proceso se realiza simultáneamente en planos diversos, y por eso vemos una coincidencia entre el tema predilecto de la filosofía existencial y el sufrimiento más profundo de nuestros enfermos.

Esta coincidencia plantea una serie de problemas interesantes sobre las relaciones mutuas entre los modos de pensar y los modos de enfermar. Desde el punto de vista filosófico, el tema de la angustia fué lanzado por KIERKEGAARD. Leyendo detenidamente su diario se ve cuán personal era en él el tema. KIERKEGAARD padeció, probablemente, de fases de depresión angustiosa, y en el fondo de sus crisis angustiosas se le revelaron perfiles insospechados del ser humano. La enfermedad ha servido, en este caso, como motivo de una determinada creación filosófica. Pero por otra parte, no cabe duda acerca de que la racionalización y tecnificación del mundo moderno han contribuido poderosamente a crear la especial situación de soledad del hombre, en la cual se le revela de un modo más explícito su esencia como ser angustiado.

Ninguna experiencia revela mejor la estructura de la existencia humana que la angustia. BOLLNOW señala que también otros estados de ánimo pueden servir de base para una hermenéutica de la existencia humana, tales como el tedio o la exaltación dionisiaca. Efectivamente, así es, pero de todos los cami-

nos posibles, la mayor penetración se logra mediante el análisis de la angustia. La existencia cotidiana se vive sin pensar en ella; pero en la crisis de angustia se nos revela qué cosa es el humano existir.

El hombre se halla siempre referido a su circunstancia. Vivir humanamente es proyectarse. En la crisis de angustia desaparece todo sistema de referencias, y la existencia se revela en su pureza inicial. La desaparición del sistema de referencias es la nada. *La angustia es la revelación de la nada.*

Los filósofos han logrado analizar exhaustivamente la estructura ontológica de la existencia humana; pero esa estructura es la misma que en el plano óptico descubre el enfermo angustiado. El enfermo expresa con palabras banales, o con síntomas, un estado de ánimo en cuya médula nos hallamos con las mismas fórmulas constitutivas que nos revela el análisis existencial.

En el núcleo de toda neurosis se halla la angustia; por eso constituye no sólo el sistema axial, sino su fundamento mismo. Las demás manifestaciones neuróticas deben considerarse como epifenómenos de la angustia.

Son ya clásicas las diferencias establecidas entre angustia y miedo, aceptadas por grandes grupos de filósofos y psicólogos, que alcanzan desde los existencialistas hasta los psicoanalistas. El miedo se siente ante algo concreto y definido. La angustia ante algún peligro que amenaza no se sabe desde dónde. Las divergencias entre los diversos autores arrancan de esta incógnita de dónde procede la angustia. En la reacción de miedo la ecuación "estímulo → respuesta" es clara y adecuada cuando es normal. La anormalidad procede de la inadecuación. Ante una reacción de peligro, por ejemplo, un bombardeo aéreo, el sujeto normal huirá o buscará un cobijo adecuado. El anormal no responderá así y aparecerá, por ejemplo, con un trastorno de la conciencia (estado crepuscular) paseando por la zona de mayor peligro. La anormalidad en el modo de reaccionar puede manifestarse de otra manera, tal como la intensificación o perduración del temblor que acompaña a la reacción de miedo. Este aumento cuantitativo o esta mayor duración es la que los convierte en enfermos. Una tarea posterior consistirá en buscar los fundamentos de esa reacción inadecuada, los cuales pueden hallarse en su propia constitución o en algún acontecimiento que haya influido en el desarrollo de su personalidad ("trauma psíquico").

Oigamos lo que dicen los enfermos. Cuando se interroga detenidamente a un angustiado siempre nos tropezamos con dos tipos de temor: el temor a volverse loco y el temor a la muerte. En la clínica clásica de las neurosis se describen multitud de fobias: antes se inventaba un nombre para cada una de ellas, pero poco a poco van cayendo en desuso, y con razón, porque la fobia de cada enfermo es un modo personal de vivir la angustia, que se halla determinado por circunstancias del desarrollo de su personalidad; pero en el fondo todas se reducen a lo mismo: temor a la crisis angustiosa en su forma primordial. El agorafóbico que no puede cruzar una plaza es porque teme que le dé "eso" al cruzarla, y el que no puede tomar el tren sin ir acompañado, es porque teme en él mismo a la crisis angustiosa. Una tarea muy importante en el análisis clínico es la de llegar a través de la maraña de los dolores y sufrimientos del enfermo a ver, en el fondo, ese temor a la locura o a la muerte que se halla en todo angustiado. El enfermo dirá que teme a la apoplejía o al cáncer, o que es una sensación de calor en la cabeza o de opresión precordial lo que siente. Todas son fórmulas expresivas de la misma experiencia inicial, la angustia.

La crisis, en el fondo, se vive de una de las dos maneras citadas, como miedo a la locura o como miedo a la muerte. En cualquier descripción de un angustiado nos encontramos con un término que alude a esa situación. En el famoso caso Emmy de N., de FREUD —el primero que publicó solo y sin la colaboración de BREUER— figura repetidas veces el miedo a la locura alineando junto a otras fobias que la enferma padecía.

¿Qué significa el miedo a la locura? Cuando se analiza un enfermo con gran capacidad de introspección se puede ver que el miedo a la locura es el miedo a la disolución de la personalidad. Esta es una formulación en términos psicológicos de lo que el enfermo pretende explicar, a veces sin lograrlo.

La conciencia de la personalidad consiste, precisamente, en la conciencia de su unidad en el tiempo y en la acción. Mi personalidad es mi "yo". Del yo se pueden formular en psicología dos interpretaciones: una sustancial y otra formal. Dejando aparte ahora ese problema y limitándonos puramente a una descripción psicológica de la experiencia del yo, se ve que éste es una especie de centro del cual emana toda la actividad psíquica. Yo tengo mis sensaciones, mis pensamientos, mis afectos, etc.; además de esta unidad formal, el yo mantiene su identidad a través del tiempo. El pensamiento de hace un año es producto de la actividad del mismo yo que está ahora actuando. A pesar de todas las diferencias que existen entre el adolescente, el hombre maduro y el viejo, "él" sabe que es él "mismo". Es posible que el metabolismo de sus células haya transformado todas las sustancias que lo componían, que sus átomos de O, N y C sean distintos, y que los que tuvo cuando joven aniden en otro hombre o en el humus de la tierra. Esa posibilidad de metamorfosis absoluta de sus ingredientes físicos no excluye que aquel yo se sienta el mismo, y que nosotros consideramos también a aquella persona como idéntica a la que conocimos hace diez o veinte años.

Ahora bien; lo dicho anteriormente son datos que proceden de la descripción del yo, pero ¿cómo se vive ese yo que somos cada uno?

Un enfermo me relata la siguiente experiencia. Está en un campamento, tumbado en el suelo, a la hora de la siesta. Habían realizado una marcha y estaba fatigado. Comenzó a leer un artículo en una revista, titulado "El hombre y Yo". Le chocó ver la palabra Yo escrita así, con mayúscula, destacando de las demás. Le parecía una irreverencia. Mientras descansaba y miraba los objetos a su alrededor le parecieron estúpidos, vacíos. No tenía ningún sentido que aquellos objetos estuvieran allí. El mundo podía prescindir de ellos; por eso resultaban estúpidos. Esta vivencia le produjo la del vacío. Y si todo era tan vacío, ¿dónde asirse? Quedaba él —su "yo"— situado frente a un mundo que se desvanecía. Pero si él quedaba solo, ¿qué era? ¿Dónde estaba? "¿Quién soy yo?—, se dijo. Entonces comenzó una gran crisis de angustia.

En la crisis siguió su persecución del yo. Cayó en la cuenta de que no se podía preguntar ¿qué soy yo? Esta pregunta no tenía sentido. El yo no es un objeto. Sólo podía preguntarse ¿quién soy yo? Esta diferencia entre el "qué" y el "quién" significa algo fundamental. El yo sólo se vive en su actividad. En sí, el yo, si no actúa, es un lugar vacío, una oquedad, la experiencia de la nada.

Los enfermos no suelen llegar a un plano tan profundo en la experiencia angustiosa; temen a la locura, porque *viven la amenaza* de la disolución de la unidad de su persona, la disolución de su "yo". Esta disolución del yo es

no tener conciencia de que existen; de ahí su temor a desvanecerse, a perder el conocimiento. Cuando tiene miedo de atravesar la calle o de permanecer en un lugar cerrado es porque tiene miedo de desvanecerse. A esta experiencia inicial pueden unirse circunstancias secundarias matizándola, por ejemplo, el temer que no haya nadie que le pueda asistir, el de dar un espectáculo o el de dar rienda suelta al monstruo que se lleva dentro, es decir, comportarse como un auténtico loco haciendo cosas raras.

Pero no se trata de un desmayo banal. La pérdida de la unidad del yo significa que todo lo que el yo une puede desatarse. ¿Qué es lo que une el "yo"? El yo da forma al "ello"; en el ello se hallan las fuerzas caóticas de la personalidad, que constituyen los instintos.

Se puede aceptar una teoría monógama o polígama de la vida instintiva; para el caso es igual que hablemos de una instintividad única o de varios instintos o haces de instintos. Se trata de puntos de vista descriptivos. JUNG identifica la instintividad con la libido. Para FREUD existen dos instintos fundamentales: el sexual y el de agresión. No voy a hacer la crítica de este vocabulario descriptivo de los instintos, pero sí quería señalar que el angustiado en su crisis lo que teme es que se desaten, precisamente, sus pulsaciones agresivas. El temor a la locura o a desvanecerse ante los otros es el temor a dejar soltar sus pulsaciones animales —es decir— a—personales—. En el fondo, pues, dejar de ser persona. Más adelante insistirá sobre este punto.

Claro es que la angustia puede vivirse en formas más concretas. Es frecuente, por ejemplo, la fobia a los cuchillos, a los objetos puntiagudos, etcétera. El psicoanálisis las interpreta como fobias de contenido sexual; el objeto puntiagudo es un símbolo fálico. Basta con oír a los enfermos para convencerse de que muchas veces no es así. Una madre me refiere, por ejemplo, que no puede ver los cuchillos, porque teme matar a su hijo *sin darse cuenta* si le da la crisis. Por eso somete su entrada en la cocina y su uso de los cuchillos en la mesa a una serie de ritos protectores, por ejemplo, quiere que siempre haya alguien delante en esas ocasiones, porque de esta manera se encuentra protegida.

Existe otro grupo de enfermos que, fundamentalmente, en plena crisis de angustia lo que tienen es miedo a morir. También esta experiencia es digna de ser analizada. El miedo a la muerte debería hallarse en todo mortal que tuviese conciencia del fenómeno. SCHLEER ha dicho que el hombre podría tener miedo a la muerte aunque no supiese, por experiencia, que ha de morir. Según él, en el ser vivo existe implícita una tensión de crecimiento que trae consigo un decrecimiento, que termina por la muerte. Es la entropía del ser vivo. Una idea análoga formula FREUD en el primero de sus estudios "metapsicológicos" dedicado al instinto de la muerte (TODESTRIEB).

Pero, moviéndonos en el plano de la psicología, no de la metapsicología, el hecho es que este temor a la muerte no existe de una manera muy acentuada en el hombre normal. Necesita, incluso, ser cultivado para avivar o crear un sentimiento religioso. La vida, vivida plenamente, tiende a ignorar el hecho de que se ha de morir. El combatiente entra alegre en el combate pensando que ese día no le ha de tocar a él, sino a otro. Los moros decían durante la guerra española que cada bala venía con una tarjeta donde constaba el destinatario. La muerte, pues, no se vive de un modo personal; porque cuando esto ocurre el hombre normal se angustia.

¿Qué ocurre con el enfermo que tiene una crisis de angustia precordial puramente neurótica? Tiene miedo a la muerte, pero aquí, como antes, si tropezamos con una personalidad capaz de introspección y le preguntamos cómo presiente la muerte, nos dirá que *como anulación del propio ser; es decir, como la nada*. Si tiene creencias religiosas se defenderá del sufrimiento que le produce ese presentimiento pensando en la otra vida, en la continuación de su yo personal, etc. UNAMUNO vivía de esta forma la angustia de la muerte y elaboró como compensación su tesis de la trascendencia personal.

En resumen, pues, la angustia en sus dos formas —miedo a la locura o a la muerte— *es siempre el presentimiento de la nada*. La nada no puede conocerse, sólo presentirse. He aquí cómo quedan enlazados las experiencias psicopatológicas con los postulados de la filosofía existencial.

Pero, ¿de dónde procede la angustia? FREUD, en un principio, pensó que su origen se hallaba en una retención anómala de la libido (por ejemplo, continencia sexual). Así hablaba de la angustia de las viudas insatisfechas, de los solteros continentes, etc. No fué necesaria la discusión con LOEWENFELD para que rectificara sus puntos de vista, sino que bastó el desarrollo posterior de una experiencia para que rectificara esta primitiva formulación de la génesis de la angustia.

La angustia procede de una alteración de la dinámica misma de la estructura personal. "Realgefahr ist eine Gefahr, die wir kennen. Real-angst die Angst vor einer solcher bekannter Gefahr. Die Neurotische Angst ist Angst vor einer Gefahr, die wir nicht kennen. Die Neurotische. Gefahr muss also erst gesucht werden; die Analyse hat uns gelehrt, sie ist eine Triebgefahr. Indem wir diese dem Ich unbekannte Gefahr zum Bewusstsein bringen, verwischen wir den Unterscheid zwischen Realangst und neurotischer Angst, kennen wir die letzten wie die ersten behandeln." (FREUD) (1).

La angustia neurótica procede, pues, de la amenaza que los instintos ejercen sobre el yo. Esta amenaza se debe a circunstancias históricas que han influido en el desarrollo de los instintos y que las han dotado de ese poder traumatizante. El yo, en esta concepción psicoanalítica, desempeña un papel casi pasivo en el drama de la angustia.

Las escuelas neo-analíticas (ALEXANDER) llaman la atención sobre la debilidad del yo. "The neurotic is the result of the ego's failure to accomplish its function, which consists in finding gratification for subjective needs in a way that maintains harmony between the various aspects of the personality and the environment." Evidentemente, en esta formulación existe un desplazamiento del polo energético en comparación con el esquema de FREUD.

Según mi propio punto de vista, en la crisis de angustia, efectivamente, el yo se siente amenazado, como antes he dicho, por un peligro que viene de todas partes y de ninguna. El peligro emana de la más profunda intimidad del yo, le es intrínseco. Si el peligro se realizara, el yo desaparecería; pero tal desaparición del "yo" no es ya un sufrimiento, sino una desaparición del sufrimiento. Esta especial situación nos explica las enigmáticas relaciones que se establecen entre el miedo a la muerte, que se experimenta en las crisis angustiosas y el suicidio, y de cómo éste, conduciendo a la muerte, aparece como

(1) SIGM. FREUD.—Gesamte Werke. Imago Publishing C.º Ltd.—London 1948.— XIV Bd. S. 198.

liberador de la angustia; es decir, del sufrimiento mismo que produce el espectro de la muerte como trasunto de la experiencia de la nada.

En otras formas de crisis la amenaza no se siente como anulación existencial del yo, sino sólo como disolución o dislocación. La unidad del yo se vive en su propia actividad; es una unidad frágil montada sobre las numerosas antinomias que se hallan en el fondo del ser humano. Un ejemplo de ello lo constituye la ambivalencia de grandes sectores de la vida afectiva y de la vida instintiva. El concepto de ambivalencia fué introducido por BLEULER para interpretar la psicopatología de la esquizofrenia, pero la ambivalencia mitigada existe como ingrediente de la vida normal. Por eso la existencia humana está montada sobre el absurdo. En la vida normal la ambivalencia se halla encubierta apenas es presentida en alguna duda o perplejidad, pero no por eso deja de influir matizando la acción. Ocurre con esto como con las manifestaciones de los genes; cada par alelomorfo se constituye por un gen dominante y otro recesivo; pero el recesivo no ha perdido su energía ni su acción, aunque no se vea en primer plano. El instinto ambivalente, aunque camuflado, aparecerá en las situaciones más inesperadas. En la síntesis del yo se logra un estado de equilibrio entre todas las tendencias del ello, cuya forma natural sería el caos. Cuando el yo amenaza con disolverse en la crisis de angustia emergen todas las fuerzas encubiertas. El yo teme entonces a sus propias pulsiones subyacentes, y teme más a aquellas que son más peligrosas en la situación dada; por eso la angustia tiene en el Yo su origen y, al mismo tiempo, su espectador.

En la crisis, el sujeto vive el temor indefinido de que todo puede pasar. Cualquier posibilidad es posible, podríamos decir con frase tautológica. En la vida normal uno se siente capaz de tales y cuales cosas; pero ellas están limitadas por lo que concede a cada uno su rango de persona. Las limitaciones tienen dos orígenes: exterior e interior. Las limitaciones externas están constituidas por las coerciones que ejercen sobre nosotros las fuerzas físicas de la Naturaleza. Las limitaciones internas son las netamente humanas, las que le dan a uno la propia conciencia de que es una persona. Los valores éticos, la represión de los instintos, etc., constituyen otros tantos eslabones de esta cadena interior. La existencia no es un proyecto indefinido de posibilidades, puesto que, aun descontando las imposibilidades físicas, existen las propias dimanantes de la peculiaridad del ser. La facticidad primaria del ser halla, en esta limitación, su trasposición al plano del futuro. En la crisis angustiosa, el abanico de las posibilidades se abre de un modo terrible e indefinido; cuando se quiebra la relación de confianza que se establece entre el yo y el mundo. De ahí surgen las fobias. Por eso la angustia es, según KIERKEGAARD, "la realidad de la libertad como posibilidad antes de la posibilidad".

En la crisis aparece una serie de impulsos contrarios. El instinto de agresión es el que con más violencia se manifiesta, más aún que el sexual. La crisis consiste en un movimiento ascendente y descendente de este juego de posibilidades. Cuando pasa, y el sujeto readquiere su tranquilidad, piensa "en el fondo no era nada". En esa expresión banal ha querido ver BOLLNOW el arranque de la filosofía existencial; pero esa nada de después de la crisis no es la nada que aparece en el núcleo de ella. Es la negativa del peligro pasado, no la negativa de la existencia del ser.

La dinámica entre instintos que amenazan y yo que teme sucumbir a esta

invasión amenazadora, plantea un problema del mayor interés, y es el de la *autenticidad de la persona*. Según el psicoanálisis, la autenticidad de la persona se halla en los instintos que son fuerza o principios dinámicos puros, no deformados ni enmascarados por la realidad o por el super-yo. Pero el análisis de las crisis angustiosas de los enfermos nos demuestra que la autenticidad de la persona no está en el empuje de los instintos, sino en el principio del yo que les da forma y cauce. No hay que pensar que, porque el fóbico piense en la posibilidad de que le tomen por homoesexual, es que se trata de un homosexual enmascarado o encapsulado, del mismo modo que la madre que teme a los objetos puntiagudos no es que desee matar a su hijo. Todos llevamos dentro el monstruo de nuestros instintos, pero el ser personal no consiste en la liberación del monstruo, sino en su conformación y contención. Cuando KIERKEGAARD, después de una conversación con su padre sobre el bandido generoso, se asusta al mirarse al espejo; es porque ve en sus facciones angustiadas la posibilidad de dejarse llevar de sus impulsos agresivos. Esa es una experiencia que con frecuencia tienen los enfermos; aparte de que, a veces, situarse ante el espejo es un modo de preguntarse ¿quién soy yo? Es decir, de problematizar en torno al núcleo del yo y, por tanto, de angustiarse.

¿Qué nos enseña la clínica sobre la aparición de la angustia morbosa? Una larga y detenida observación de los enfermos me puso de manifiesto que muchas veces la llamada angustia neurótica sigue un curso fásico. Incluso en la vida de un mismo enfermo nos podemos encontrar con varias fases de angustia neurótica cristalizadas en sintomatología distinta. Unas veces ha tenido una fase agorafóbica, años después otra en la que aparecían como síntomas de neurosis cardíaca o de colitis mucomembranosa o de vértigos. En algunos casos la sintomatología se imbrica, y en una misma fase vemos aparecer combinadamente sintomatología angustiosa, fóbica y vegetativo-visceral.

La existencia de esas formas fásicas de curso, y el análisis detenido de la estructura sintomatológica de cada fase, me llevó a pensar que la angustia que aparecía ligada a unos determinados sucesos de la vida del enfermo podría tener, más bien que un origen psicógeno, un origen endógeno. Podríamos establecer así un paralelo con lo que ocurre con la melancolía. Existe una melancolía reactiva, psicógena por consiguiente, y una melancolía endógena. Esta melancolía endógena se manifiesta por la presencia de un síntoma fundamental, que es la tristeza, ligada o emanada de su corporalidad, la llamada tristeza vital. Junto a los sentimientos que se hallan provocados por una situación exterior, existen los sentimientos que expresan el estado propio de la corporalidad, en tanto el cuerpo humano es un cuerpo animado. (SCHELER, LERSCH, JASPERS, K. SCHNEIDER, etc.) Si existe una tristeza vital, nada se opone a que admitamos la existencia de una angustia vital; es decir, de una angustia ligada a la corporalidad. La experiencia psicopatológica confirma esta tesis: bastará con que pensemos en la existencia de la melancolía ansiosa.

Entre la angustia ligada a un acontecimiento de la historia individual y la angustia puramente endógena, existen todos los tránsitos posibles. El clínico aprende a distinguir entre ambas, como también ocurre con la tristeza melancólica. La distinción se presenta a veces con ciertas dificultades, precisamente por la necesidad que siente el enfermo en muchas ocasiones de referir su angustia a algún episodio de su vida anterior. Esta necesidad, como cualquier otro medio de racionalización de la angustia, es un mecanismo defensivo

de la mente humana. Con los casos que ofrecen un curso fásico, de neto carácter endógeno, he constituido un *tipo clínico* al que he propuesto llamar *timopatía ansiosa*.

La tesis de la angustia vital supone un enriquecimiento en la interpretación de la crisis angustiosa. Antes he afirmado que lo fundamental en ellas es que el yo se siente amenazado en su unidad. Pero ¿por qué ha de perder el yo su fuerza cohesiva y unitaria? ¿De dónde ha de proceder esa debilidad del yo de la que habla ALEXANDER? Que existe una debilidad constitucional del yo es evidente. "Every person has his own integrative capacity", dice ALEXANDER. Pero hay también pérdidas circunstanciales de esa energía funcional del yo, y una de ellas es un decrecimiento de la vitalidad en sentido amplio. La angustia se ancla así en el más puro dinamismo biológico. No debe extrañarnos tal anclaje somático si pensamos un momento en que el ser humano constitutivamente es soma y psiquis.

El plano vital pertenece a la normalidad. K. SCHNEIDER establece una tajante distinción entre la tristeza reactiva y la vital, señalando así el hiato que existe entre la depresión como forma psicótica y las oscilaciones de los sentimientos que pueden presentarse en las personalidades normales y psicopáticas; pero también en la persona normal existen los sentimientos vitales, tales como la tristeza o la angustia vital. Lo que ocurre es que se hallan aumentados patológicamente.

Los sentimientos vitales, como los humores, son formas del "estar-en-el-mundo". Son la atmósfera personal en que se halla envuelto el núcleo del yo. Tal atmósfera está montada sobre la cenestesia que, a través de nuestra corporalidad, logra un contacto vital con el mundo. Los sentimientos vitales, como los humores, se hallan en continua fluencia. La patología empieza cuando tales estados pierden fluencia y "cuajan" en forma de acentuada tristeza o angustia vital.

El tema de la angustia vital se ofrece lleno de perspectivas prometedoras en la interpretación de los fenómenos clínicos. Uno de ellos es el de las relaciones de la angustia con la náusea, el vértigo, el tedio, la fatiga, etc. Nos encontramos con una serie de disturbios de la vitalidad, de estructura análoga y sobre la cual se montan una serie de cuadros clínicos bien conocidos, sobre los cuales apenas es necesario insistir.

Otro punto se refiere a la jerarquía de los síntomas. En el plano de la enfermedad, un mismo síntoma tiene mayor o menor importancia según su carga angustiosa. Un enfermo, por ejemplo, que está en estado de gran labilidad vegetativa, al ponerse una inyección de insulina se le produce una taquicardia considerable con pulso filiforme que llega a 120 por minuto. Los siente como tal taquicardia, más o menos molesta, pero sin preocuparle nada. En otras ocasiones, a veces incluso en el mismo día y a otras horas, tiene espontáneamente una crisis de taquicardia, quizá no tan crecida como la producida por la insulina, y esta crisis va acompañada de una sensación de angustia, de malestar que le sube a la cabeza, en la cual siente una perturbación rara e indefinible. A éstas las teme extraordinariamente.

Lo mismo pasa con otros síntomas. En algunos, los extrasístoles producen una sensación de ansiedad extraordinaria. En otros enfermos les aparecen espontáneamente extrasístoles, que en algunos no son apenas percibidos, y en otros son percibidos como un trabuco, como un golpe en el corazón, pero sin

ansiedad. Es notable que estos enfermos al mismo tiempo estén pasando por una fase ansiosa y que al mismo tiempo estén preocupados por otros síntomas distintos de los que en ellos puedan presentarse.

Un problema muy importante consiste en la concienciación de los síntomas, lo cual puede hacerse y se hace habitualmente a base de una crisis aguda de ansiedad. Un enfermo lleva mucho tiempo durmiendo poco e incluso tomando algunas tabletas para reforzar su sueño. Tuvo entonces una crisis vida de ansiedad con sofocación, sudor, sensación de calor y todo el cortejo vegetativo, y entonces él se dió cuenta de que tenía sueño y no podía dormir. El insomnio se convirtió, pues, en la manifestación prevalente de su estructura ansiosa. Por ello tiene los dos factores, positivo y negativo: tener sueño y no poder dormir. La ansiedad vertida por el sueño le perturba de tal manera que ya ha llegado a anularle casi totalmente. Se obtiene con la terapéutica una mejoría hasta que luego vuelve a tener una nueva crisis de ansiedad con una típica sensación de pavor a la locura y de temor a la muerte.

La angustia se manifiesta en el plano psíquico y en el somático. Los síntomas vegetativos y viscerales que la acompañan tienen el mismo valor y la misma significación que la vivencia de los enfermos. Incluso ofrecen la misma estructura. En algunos de ellos el análisis psicopatológico me ha demostrado que poseen la misma estructura dual y antinómica de una fobia. De aquí que pueda establecerse una *suplencia sintomatológica* entre un síntoma somático y uno psíquico. Esta suplencia se establece unas veces a lo largo del curso de la vida del enfermo, en sus diferentes fases, otras en la fase misma.

Finalmente existe el problema de la *cristalización personal* de la angustia. La angustia, como vivencia emanante de una vitalidad alterada, es algo vago e indefinido. Sin embargo, en cada enfermo vemos una forma distinta de realizarse históricamente la experiencia angustiosa. Así unos son agorafóbicos o claustrofóbicos, o tienen crisis de ansiedad precordial, o a oír determinada palabra, etc. Las crisis se desencadenan por una circunstancia o motivo. Esta es una tarea propuesta al análisis de la situación psicopatológica.

La primera pregunta que debemos hacernos es por qué unos enfermos sienten la angustia como temor a la locura, y otros a la muerte. Nos hallamos ante dos modos primarios de reacción biológica, que se enlazan con los reflejos primitivos del "Bewegungsturm" y del "Tosstellreflex" (1). Se puede establecer una tipificación de toda la sintomatología angustiosa montada sobre esos dos esquemas reaccionales.

Pero el problema más importante no es ese, sino el de la fórmula personal que toma la angustia en cada caso. Es fácil achacar el problema a la propia constitución del individuo. No cabe duda acerca de su influencia; pero también intervienen circunstancias históricas de la vida personal. La vida se vive como continuidad, y la experiencia angustiosa es una forma especial *de amenaza de quiebra de esa continuidad*. En este sentido el análisis existencial descubre ingredientes imprescindibles a la labor psicoterapéutica.

Montada como se halla la angustia en la costura entre lo psíquico y lo somático, la acción sobre ella deberá ejercerse desde ambos frentes. Es un error descuidar o negar que la angustia vital no sea accesible a la psicoterapia; pero también lo es descuidar el frente somático de ataque.

(1) O sea sobre las reacciones de sobresalto y de sobrecogimiento.

