

Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo

Gloria E. Gómez B.*
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

Resumen

El afecto es fundamentalmente corporal. La angustia se siente en el cuerpo. Ella desarregla las funciones vitales, en tanto se trata del cuerpo de un sujeto, del cuerpo que sostiene la relación de dicho sujeto con el lenguaje. Los desarreglos de las funciones vitales son, entonces, *efecto* de la angustia como *afecto*, no su *causa*, como pretenden las hipótesis neurobiológicas que afirman que los cambios biológicos anteceden a los trastornos de la conducta, a los que queda reducido el sufrimiento psíquico ligado a dichos cambios. Debate con la neurociencia acerca del hecho que, en la angustia, no se trata sólo de un déficit o una alteración en el funcionamiento del organismo, sino de un *afecto* que afecta el cuerpo de antemano afectado por el lenguaje. El lenguaje organiza pero también desordena el cuerpo vivo; su goce.

Palabras clave: Funciones vitales, Sujeto, Lenguaje, Cambios biológicos, Sufrimiento psíquico, Neurociencia, Goce.

Abstract

Affection is basically a bodily issue. Anguish is felt in the body; it jumbles the vital functions as long as it is about the body of an individual; of the body that upholds the relationship of said subject with the language. Disarrays that are, then, *effect* of the anguish as *affection*, not its *cause* as pretended by the neuro - biological hypotheses that state that biological changes come before behavioral disorders, to which the psychic suffering attached to said changes is linked. It debates with neuroscience the fact that, in the anguish, it not only is about a

* La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirla a Gloria E. Gómez, Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Carrera 45 No 26-85 - Edificio Uriel Gutiérrez, Bogotá D.C. - Colombia, Correo electrónico: glorigomez@etb.net.co

deficit or alteration in the functioning of the body, but of an *affection* affecting the body, beforehand affected by language. The language organizes but also disarrays the living body, its enjoyment.

Keywords: Vital functions, Subject, Language, Biological changes, Mental suffering, Neuroscience, Enjoyment.

(...) no es muy frecuente que el psicoanálisis rechace lo que otros investigadores afirman, pues, generalmente, no hace más que agregar nuevas deducciones, pero resulta a veces que aquello que antes había pasado inadvertido y que el psicoanálisis añade es precisamente lo más esencial de la cuestión investigativa.

S. Freud, Conferencias introductorias al psicoanálisis.

¿Existe incompatibilidad entre la teoría y la clínica psicoanalítica y los hallazgos de los últimos veinte años, sobre el sustrato neurobiológico y molecular del sufrimiento psíquico? A este respecto se plantean dos hipótesis, que tienen asidero en el clásico dualismo *causalidad psíquica versus causalidad orgánica*: hay autores que dicen que los cambios biológicos demostrables en sujetos diagnosticados con trastornos de ansiedad, son el resultado de la actividad psíquica, mientras que otros autores afirman que los mismos cambios preceden a tal actividad. Saber si es el producto químico el que causa el estado anímico o si es el estado anímico el causante del descenso de producto químico, es un problema para la neurociencia. Así lo pone de presente, para citar un ejemplo, Susan Greenfield directora de La Royal Intitution de Gran Bretaña y profesora de farmacología en la Universidad de Oxford:

(...) tenemos el caso típico del huevo y la gallina, que es el gran problema de la neurociencia. Está claro que la depresión está relacionada con un bajo nivel de transmisores de serotonina. Y sabemos que el Prozac, ese medicamento tan popular, funciona porque aumenta los niveles de serotonina. Pero lo que no sabemos es lo que sucede primero. Lo que a mí me intriga es que, por ejemplo, si te susurro: has suspendido el examen, te sentirás deprimido, es decir que hay algo que hace que la serotonina descienda; de alguna manera mis palabras han afectado de alguna forma el comportamiento final de tu cerebro. Es posible también que se tenga un problema bioquímico, en el que exista un bajo nivel de serotonina y que las palabras hagan que se cree esa situación. Las dos cosas suceden simultáneamente y no se sabe que es lo que causa la una o la otra: en neurociencia hay un gran problema con el huevo o la gallina: ¿Es el producto químico el que causa el estado anímico, o es el estado anímico el que causa el descenso de producto químico? (Greenfield, 2006).

La pregunta sobre la relación entre el psiquismo, la anatomía y la actividad cerebral, no es nueva. En 1915, ya Freud anotaba:

En líneas muy generales sabemos que tales relaciones existen. La investigación científica ha mostrado que la actividad anímica se halla enlazada a la función del cerebro como ningún otro órgano. Más allá todavía –y aún no sabemos cuando- nos lleva, al descubrimiento del valor desigual de las diversas partes del cerebro y sus particulares relaciones con partes del cuerpo y actividades espirituales determinadas. Pero todas las tentativas realizadas para fijar, partiendo del descubrimiento antes citado, una localización de los procesos anímicos, y todos los esfuerzos encaminados a imaginar almacenadas las ideas en las células nerviosas, han fracasado totalmente. (Freud, 1973e).

Los avances en el campo de la neurociencia son hoy determinantes en el diagnóstico y tratamiento de *los afectos*: el campo de la salud mental convoca a la genética (cuyo desarrollo ha afectado a la medicina en general y, en particular, al campo de salud mental), a la neurobiología (que a través de un mayor conocimiento de la neuroanatomía, la neurofisiología y la neuroquímica supone el más amplio adelanto sobre el funcionamiento cerebral; lo que implica una mejor articulación con la psicofarmacología del último decenio), y a la neuroendocrinología (que se perfila como una nueva vía de acercamiento a la relación entre sistema nervioso central-ejes hormonales).

La neurobiología afirma que existe una anatomía de las emociones, que hay regiones del cerebro que tienen una función crucial en su experimentación. Reconoce además, que todo proceso cognitivo y emocional compromete todo el cerebro. La localización de las emociones estaría en el sistema límbico, una región que comprende varias estructuras profundas del cerebro como el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo y el hipocampo, estructuras todas ellas con ricas conexiones con el tallo cerebral -médula *oblongata*-, del cual sale el nervio Vago, nervio que inerva casi todos los órganos del tórax y del abdomen, entre ellos el corazón y el intestino.

De la médula *oblongata* dependen las modificaciones del ritmo cardíaco, la respiración, el color de la piel, los movimientos intestinales, el control de los esfínteres, etc., cuando se experimenta una emoción. Esto explica que las emociones se traducen en taquicardia, diarrea, sudoración, constipación, etc., fenómenos determinados en gran parte por el nervio Vago. El Tallo, en la medida que aloja el origen del nervio Vago, es el santuario de la anatomía de las emociones, dice la neurobiología. La médula *oblongata* junto con el sistema hormonal, a través del hipotálamo, actúan como los sistemas intermediarios entre el sistema límbico (reino de las emociones) y el cuerpo. (Lopera y Ardila, 1992; Bobes *et. al* citados en Cortex, 2003).

La neurología de hace un siglo, concebía la angustia como una irritación de la *médula oblongata* y la diagnosticaba como una neurosis del *nervus vagus*, a saber, una enfermedad funcional sin déficit orgánico. Dentro de la tradición neurofisiológica y anatomoclínica -las dos escuelas de pensamiento científico-natural reinante-, se intentó localizar anatómicamente la *irritación*. Varios autores explicaron una serie de afecciones neurálgicas y neuróticas por dicha *irritación nerviosa* que será circunscrita a la *médula irritación espinal*. Al respecto anota Freud:

El psicoanálisis ha dedicado toda atención a este problema [la angustia], y trata de resolverlo como ha resuelto tantos otros, por medios diferentes de los empleados por la medicina académica. Ésta concentra todo su interés en la investigación del determinismo anatómico de la angustia, y declarando que se trata de una irritación de la médula oblongata, diagnostica una neurosis del nervus vagus. El bulbo o médula alargada es, desde luego, algo muy serio. Por mi parte, he dedicado a su estudio mucho tiempo de intensa labor. Pero hoy en día debo confesar que desde el punto de vista de la comprensión [psíquica] de la angustia nada me es más indiferente que el conocimiento del trayecto nervioso seguido por las excitaciones que de él emanan. (Freud, 1973c, p.2367).

Cien años después, la investigación médica prosigue su empeño en dar cuenta de la angustia a partir del determinismo orgánico. Si la neurobiología ha logrado precisar los cambios cerebrales en los momentos de angustia -las modificaciones operadas en el organismo del sujeto que la padece, los cambios en el organismo como sustrato necesario para que el *ser* pueda sentirse, experimentarse, como condición del goce-, su causa sigue siendo desconocida.

La neurología de los últimos años ha puesto en evidencia dos modos de funcionamiento cerebral: de acuerdo con su anatomía -con la localización de las áreas cerebrales y las diferentes funciones-, y el modo de actividad celular -con la función central de las neuronas y sus conexiones. Sobre este funcionamiento cerebral, y gracias a las imágenes cerebrales propiciadas por la imagen por resonancia magnética (el escanner marca la entrada en la era de la neurobiología moderna, la IRM es por excelencia el examen de la estructura cerebral), se conocen mejor las localizaciones y el funcionamiento de las áreas del cerebro. Los estudios de neuro-imagen funcional (PET y SPECT) en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, revelan ciertas anomalías en la corteza frontal, áreas occipitales y temporales; por ejemplo, aumento del volumen de los ventrículos, déficit específico en el lóbulo temporal derecho en quienes sufren de trastorno de pánico.

Mas la imagen diagnóstica sirve para visualizar la mecánica, no para diagnosticar. La fascinación que produce este recurso tecnológico al servicio

de la exploración de la actividad cerebral, conduce la imaginería cerebral a la ilusión de poder visualizar el pensamiento –dominio privilegiado de los interrogantes de la psiquiatría biológica orientada desde los Estados Unidos–, sobre los estados mentales y su determinación en los estados cerebrales. La aparición de las técnicas de la imagen informática y en especial de la resonancia magnética, proporciona medidas cuantitativas y funcionales, *no cualitativas*, sobre la anatomía cerebral. Freud ya hacía ver que ciertos rasgos del cuadro clínico de las entonces denominadas enfermedades nerviosas –y dentro de ellas la *neurosis de angustia*–, impedían que disponiendo de medios de exploración más sutiles –como la actual IRM–, se llegasen a demostrar alteraciones susceptibles de explicar los aspectos clínicos de la enfermedad (Freud, 1973g, p.1016).

Actualmente se habla e interviene acerca de los *afectos*, en términos de neurotransmisores, a partir del saber alcanzado por la neurobiología sobre la manera como los circuitos cerebrales están organizados –cada cual tiene su propio sello, con un neurotransmisor y el tipo de emoción (*afecto*)–, y guardan relación con neurotransmisores que activan ciertos circuitos. Son, en consecuencia, los *fenómenos físicos* de la angustia los que alcanzan a ser atemperados con sustancias químicas, más no su *causa*. Respecto a esta *causa*, el psicoanálisis, de la mano de Lacan, se pregunta:

¿En que un exceso de producción de adrenalina viene de la causalidad significativa? ¿De qué manera el cuerpo resulta afectado por el inconsciente? ¿Qué del inconsciente perdura en el afecto?.
 Respuesta. El inconsciente en tanto lenguaje, incide sobre la sustancia gozante. El inconsciente como lenguaje afecta el cuerpo viviente. (Lacan, 1974, p.37).

En la naturaleza de la labor de la neurobiología en materia de *afectos* (emociones) no hay, entonces, nada que argumente en contra de los hallazgos y planteamientos psicoanalíticos a propósito de los *afectos*, de la angustia para el caso que nos ocupa. Ningún proceso químico, ni complejo mecanismo fisiológico ha logrado circunscribir su *causa*. Lo que la neurobiología ha conseguido es dar cuenta del *proceso cerebral* que determina que el sujeto pueda sentirse angustiado: en los sujetos que padecen de angustia se encuentra un exceso de producción de noradrenalina. Pero, ¿qué causa esta sobreproducción de noradrenalina? Es del pensamiento –que se sostiene en el lenguaje–, que la descarga proviene. El cuerpo que es en gran medida silencio –desierto de goce–, se hace sentir en el dolor y el placer. El cuerpo como lugar de la sustancia gozante, sustentado sobre el sistema nervioso, condiciona lo que es dado sentir como placer o dolor; el discurso corriente dice que para sentirnos vivos, para gozar, hace falta adrenalina. *El sistema nervioso está al servicio*

del goce, en la medida que en el cuerpo, es este sistema el que dispone al goce del organismo, anota Lacan (1975, p.9).

Entonces, la neurobiología da cuenta de los procesos *neuronales* en juego en los momentos de angustia. Ella muestra cómo los circuitos neurofisiológicos se ponen en marcha cuando el significante afecta el cuerpo, por el mismo hecho de ser un cuerpo hecho con palabras; cuerpo de un *ser-hablante*. Es esta afectación lo que la doctora Susan Greenfield pone de presente en su ejemplo: *Si te susurro: 'has suspendido el examen', te sentirás deprimido, es decir que hay algo que hace que la serotonina descienda; de alguna manera mis palabras han afectado de alguna forma el comportamiento final de tu cerebro (Greenfield, 2006).*

La práctica de la neurología no es compatible con la psicoanalítica ni viceversa, cada una apunta y se ocupa de un real diferente: El psicoanálisis se ocupa del real que resulta de la incidencia del lenguaje sobre el viviente y crea las condiciones al sujeto real, de otro orden que el de la ciencia, y que desde Freud, el psicoanálisis trata de explicar con un concepto como el de pulsión..., mientras que la ciencia –de la mano de la tecnología–, se ocupa e incide sobre el real del cuerpo en tanto viviente.

El psicoanálisis no desconoce –no podría hacerlo–, la acción de tales factores neurobiológicos, pero no es a partir de dicho saber que trata y explica el afecto, la angustia que interesa aquí. Freud antes de hacerse psicoanalista fue neurólogo, y fue desde allí, como en ruptura con su saber de neurólogo, que creó ese nuevo al que llamó psicoanálisis, que nada tiene que ver con lo neuronal, hecho que no excluye la pertinencia para el psicoanálisis de estar advertido de los planteamientos neurobiológicos con miras a poder pensar, debatir y formalizar los alcances y los límites del propio discurso psicoanalítico. Del lado de la neurobiología, esto es igualmente válido: los conocimientos adquiridos en farmacodinámica están lejos de resolver la complejidad de la angustia, como lo manifiesta el profesor Edelman:

Los datos estudiados por las neurociencias, por numerosos que sean, no permitirán nunca, a ellas mismas, explicar lo que son las emociones. Esto significa que: la explicación que proviene de las neurociencias, es necesaria, pero no suficiente como explicación última (1992, p.37).

Así, los aportes del psicoanálisis a propósito de la angustia, se refieren a aquello que en el ser humano –ser de lenguaje–, causa la angustia que se experimenta en el cuerpo, a partir de la transmisión química de las neuronas, asunto de la neurobiología. De ahí las preguntas que formula Lacan: *¿Un afecto, concierne al cuerpo? ¿Una descarga de adrenalina, es del cuerpo o no? Que desordene las funciones, es verdad. ¿Pero en qué ello viene del alma?.*

(1974, p.37). Por *alma*, Lacan no se refiere aquí a la sustancia pensante (*res cogitans*) opuesta al cuerpo sustancia extensa (*res extensa*) –según la división heredada del pensamiento cartesiano que da inicio al dualismo cuerpo-alma (*psique*) –, sino *alma* en la vía abierta por Aristóteles que, por *alma*, refiere a lo que determina la identidad del ser –desde el comienzo hasta el final–, al principio unificador del funcionamiento del cuerpo. Aristóteles definirá el individuo a partir del cuerpo: el *ser* es la *sustancia*, aquello que es capaz de subsistir y de ser definido aparte: *Solo el individuo en su realidad física es* (Lacan, 1981). Por el contrario, el sujeto cartesiano, implícito en el *pienso, luego soy*, es puro pensamiento –no precisa de cuerpo–, es por fuera de este cuerpo. El *cogito Pienso, luego soy*, articula el *ser* al *pensamiento* sin el cuerpo, de allí las dificultades de Descartes para dar cuenta de las pasiones del alma (Soler, 1996).

La aproximación lacaniana a la dimensión del ser determinado por lo corporal –del cuerpo vivo como condición de goce– y no fijado por el lenguaje (cuerpo simbólico), ni por la imagen (cuerpo imaginario) es viable, particularmente, gracias al pensamiento aristotélico –y su idea sobre la naturaleza de lo real–, y no al cartesiano en donde el cuerpo está excluido de la cuestión del ser: para Descartes es en el pensamiento donde se hace la experiencia del ser. Sobre dicha tradición filosófica y el impasse del dualismo cuerpo-*psique*, ya advertía Freud:

La equiparación de lo psíquico con lo que es consciente tuvo el indeseable resultado de divorciar los procesos psíquicos del contexto general de los acontecimientos en el universo y de colocarlos en completo contraste de todos los demás. Pero esto no sería así, puesto que no se podría pasar por alto el hecho de que los fenómenos psíquicos dependen en alto grado de influencias somáticas y por su parte tiene los más poderosos efectos sobre los procesos corporales. Si alguna vez el pensamiento humano se ha encontrado en un callejón sin salida, es aquí. Para encontrar salida los filósofos se vieron obligados a suponer que existían procesos orgánicos paralelos a los procesos psíquicos conscientes relacionados con ellos de un modo difícil de explicar, que actuaban como intermediarios en las relaciones recíprocas entre ‘cuerpo y mente’, lo cual sirvió para reinsertar lo psíquico en la textura de la vida. Pero esta solución resulta insatisfactoria (Freud, 1973c, p.3420-1).

Cuando la neurobiología anuncia que *el hombre piensa con su cerebro*, desde el modelo del hombre neuronal (Changeaux, 1986), la clínica psicoanalítica encuentra que *el hombre piensa con su pulsión*. Aunque sin actividad cerebral no hay pensamiento, no es factible afirmar que el cerebro produce pensamiento, sólo en función de dicha actividad. El pensamiento no es reductible a una

neurona puesto que reposa en el lenguaje. Si el hombre no tuviese eso que se llama un cuerpo, no pensaría, puesto que se piensa con palabras, y ellas pasan por el cuerpo (Lacan, 1981). Así lo hacía ver Freud:

Los afectos en sentido estricto se caracterizan por una particular vinculación con los procesos corporales, pero en realidad todos los estados anímicos, incluso aquellos que solemos considerar como ‘procesos intelectuales’, también son en cierto modo afectivos, y a ninguno le falta la expresión somática y la capacidad de alterar procesos corporales. Hasta el pensamiento mas reposado, por medio de ‘representaciones’, descarga continuamente, de acuerdo con el contenido de dichas representaciones, estímulos hacia los músculos lisos y estriados, que se pueden revelar por medio de una adecuada intensificación y que permiten explicar numerosos fenómenos harto notables, pretendidamente ‘sobrenaturales’ . (Freud, 1973g, p.1017).

El concepto de pulsión determina que la división no deba hacerse entre cuerpo y alma –alma que otros discursos equiparan como lo psíquico, lo emocional, lo mental–, sino entre el organismo y el sujeto que habita un cuerpo; sujeto despojado de la parte afectiva que de costumbre se le atribuye, y articulado a una combinatoria significativa, la única que da sentido al inconsciente (Lacan, 1972).

Los afectos vienen del cuerpo: Freud con Lacan

Freud, dentro de la línea de pensamiento que se remonta a Platón, considera que es en la expresión de los afectos donde, de la forma más corriente, se pone en evidencia el compromiso corporal de la actividad psíquica. Casi todos los estados de ánimo del sujeto se exteriorizan por tensiones y relajamientos de su musculatura lisa, por la orientación de sus ojos, el aspecto de su piel, la actividad de su aparato vocal y las actitudes de sus miembros –ante todo de sus manos–. Algunos de estos cambios corporales concomitantes no ofrecen al sujeto ventaja alguna, por el contrario, llegan a entorpecer sus intenciones cuando trata de ocultar, a otros, el amor, el odio, la angustia, la tristeza, la decepción, la impaciencia...

Así, gran parte de los procesos relativos a la incidencia del psiquismo sobre el cuerpo, siempre han sido conocidos: las alteraciones de la expresión facial, de la circulación sanguínea, de las secreciones, del estado excitativo de la musculatura voluntaria que pueden producirse bajo la influencia de la ira, el miedo, el éxtasis sexual, la tristeza, la angustia, el sufrimiento psíquico... Más enigmática y menos conocida, pero ineludible, resulta la

acción del psiquismo inconsciente sobre el cuerpo en estados afectivos de naturaleza penosa, depresiva, como la congoja, las preocupaciones, la aflicción. Estos llegan a quitar el apetito, producir canas precoces, desaparición del tejido adiposo y alteraciones de los vasos sanguíneos (Freud, 1973g). Ya Freud hacía ver como en muchos estados afectivos, la participación del cuerpo era tan importante y llamativa, que muchos psicólogos daban por cierto que la esencia de dichos afectos residía, exclusivamente, en estas manifestaciones corporales.

Que el afecto viene del cuerpo, que el cuerpo es condición de goce, como dice Lacan, significa que la pulsión precisa de un cuerpo. Su tesis, *El sujeto habla con su cuerpo pulsional, el cuerpo es efecto del lenguaje: (...) la pulsión es el eco, en el cuerpo, por el hecho que existe, que hay un decir* (Lacan, 1981 y 2006), no es de otra cosa de lo se trata en las indicaciones freudianas.

Se constata la manera como toma cuerpo –se encarna– el afecto en alteraciones de la actividad cardiaca, fluctuaciones de la distribución sanguínea y fenómenos similares. Con los medios tecnológicos, hoy se visualiza que las neurohormonas están alteradas con ocasión de la experimentación del afecto. Ya no sólo se constata, en la superficie del cuerpo por ejemplo, que el miedo y la angustia tornan al sujeto y su cuerpo pálido, frío, tembloroso, desvelado y que el corazón le lata más rápido..., sino que con ayuda de los medios diagnósticos la mirada del clínico se ha ampliado, siendo posible ver lo que acontece en interior del cuerpo cuando el miedo y la angustia sobrevienen: alteraciones... exceso de producción de noradrenalina.

El afecto es por esencia corporal: la angustia se siente en el cuerpo, desarregla sus funciones vitales, en la medida en que el sujeto piensa con los elementos que son el soporte de su cuerpo, y en que este cuerpo sostiene la relación del sujeto al lenguaje (Lacan, 1981). Desórdenes que son, entonces, efecto de la angustia como afecto, no su causa como pretenden las hipótesis neurobiológicas que afirman que los cambios biológicos anteceden a los trastornos de la conducta –a los que reduce el sufrimiento psíquico– ligados a dichos cambios.

La afectación del cuerpo en su goce tiene un afecto: la angustia

El origen de la angustia y su relación con la pulsión preocupó a Freud desde 1893. Se observa en sus cartas a Fliess y su artículo *La neurastenia y la neurosis de angustia* (1894).

A finales del siglo XIX se atribuía la ansiedad extrema a trastornos respiratorios o cardíacos. En este contexto teórico-clínico Freud introduce

la categoría *neurosis de angustia* (1894) -la cual extrae del amplio cuadro clínico de la *neurastenia* descrito por Beard (1880)-, hecha manifiesta de dos formas: como estado crónico y ataque de angustia. Ambas formas pudiéndose combinar entre sí; el acceso ansioso nunca aparece sin síntomas crónicos concomitantes. Los síntomas crónicos pueden ser:

- Ansiedad relativa al propio cuerpo (hipocondría)
- Ansiedad relativa a las funciones corporales (agorafobia, claustrofobia, vértigo en la altura)
- Ansiedad relativa a las decisiones y a la memoria, es decir, enlazada con las representaciones que tiene de sus propias funciones psíquicas (*foullie de doute*, cavilación obsesiva, etc.)

La distimia periódica, consistente en un acceso ansioso susceptible de prolongarse durante varias semanas o aún meses, debe ser considerada como una tercera forma de neurosis de angustia, indica Freud.

Freud ordenará la *neurosis de angustia* alrededor de la *espera angustiosa*, síntoma *princeps*, siendo sus otros fenómenos más relevantes:

1. *La excitabilidad general*: síntoma nervioso propio de muchos estados nerviosos que surge siempre en la *neurosis de angustia*. Dentro de esta elevada excitabilidad, Freud destaca su manifestación en una *hiperestesia auditiva*, síntoma que explica teniendo en cuenta la relación existente entre las impresiones auditivas y el sobresalto, y señala que, esta *hiperestesia auditiva* aparece muchas veces como causa del *insomnio*, del cual más de una forma pertenece a la neurosis de angustia.
2. *Ataque de angustia*: surgimiento abrupto de la *espera angustiosa*. Sólo sensación de angustia, no asociada a ninguna representación, o idea.
3. *Sensación de angustia*, unida a la idea de muerte o locura.
4. *Sensación de angustia*, acompañada de adormecimiento y hormigueo (parestesia).

La cuidadosa descripción de los fenómenos que configuran este cuadro pone de presente el compromiso corporal ya referido: Sensación de angustia enlazada a la perturbación de una o más funciones físicas como la respiración, la circulación, la inervación vasomotora o la actividad glandular (secreciones: sudor, orina, heces...). Incluso, algunos desarreglos en las funciones corporales suelen acompañar y hasta sobresalir:

Ataque de angustia *con* perturbación de la actividad cardíaca.

Ataque de angustia *con* perturbación de la respiración.

Ataque de sudor, a veces nocturno (*pavor nocturnus*): el miedo paranocturno acompañado generalmente de angustia, disnea, sudores,

etc, es para Freud una forma de irrupción de la espera angustiada, que condiciona otra forma, el insomnio, del cuadro de la neurosis de angustia.

Ataque de temblores y convulsiones.

Ataque de bulimia, acompañado a veces por vértigos.

Disneas en forma de ataque.

Ataques de vértigo locomotor: se presenta muchas veces acompañado de gran angustia y combinado con perturbaciones respiratorias y del corazón. Vértigo de las alturas, vértigo a la soltura del estómago.

Ataques de las llamadas congestiones.

9. Ataques de adormecimiento u hormigueo (raras veces sin angustia o malestar): Las parestesias (entumecimiento y hormigueo) acompañan al ataque de vértigo o angustia.

10. Angustia con perturbaciones digestivas. Diarrea de la neurosis de angustia.

Sobre esta sensación de angustia enlazada a la perturbación de las funciones físicas, dirá Freud:

De esta combinación el paciente resalta tanto unos factores como otros, quejándose de 'palpitaciones, disnea, sudores, bulimia, etc.' Y en sus lamentos deja con frecuencia sin mencionar la sensación de angustia o alude ligeramente a ella, calificándola de 'malestar' etc (1973d, p. 185).

Y agrega: *Un detenido estudio de estos estados larvados de angustia y su diferenciación de otros ataques constituye una labor que reclama urgentemente la atención de los neurólogos* (Freud, 1973d, p. 185).

Los sujetos que padecen angustia, concederían mayor importancia a los fenómenos corporales que al malestar *-espera angustiada-* que los acompañan. Esto, anudado al hecho de que la presencia del cuerpo es tan notable, obliga a afinar la mirada clínica con el fin de no perder el norte a la hora del diagnóstico y el tratamiento. A este respecto, la clínica constituye un obstáculo al saber médico-psiquiátrico que pretende marchar al paso de las neurociencias.

El complejo sintomático ordenado por Freud desde la categoría de *neurosis de angustia*, es el mismo que la psiquiatría actual denomina *trastornos de ansiedad*, sólo que tales trastornos dejan de lado la dimensión subjetiva de los síntomas, al tomar el cuerpo -lugar donde acontece el síntoma-, en su más pura dimensión orgánica. El sujeto y su cuerpo reducidos al organismo, al concederse mayor valor a las manifestaciones físicas de la angustia -tensión muscular, sudoración, molestias estomacales, respiración entrecortada,

sensación de desmayo inminente, taquicardia- que, a la congoja del sujeto que padece estos fenómenos físicos.

Neuroquímica de la angustia

En los años sesenta, se descubre la transmisión del influjo nervioso entre las diferentes neuronas, hallazgo que hará posible intervenir sobre la transmisión de tal influjo, bloqueándolo o favoreciéndolo. Hasta el descubrimiento de los neurotransmisores -sustancias químicas- se pensaba que la conexión cerebral era sólo eléctrica. Los neurotransmisores revolucionaron la comprensión del funcionamiento cerebral, hicieron factible la aparición, en el mercado, de las sustancias psicotrópicas y permitieron implementar tratamientos más efectivos para la enfermedad mental.

Esta llegada de la clínica de la medicación modificó el panorama social y psiquiátrico de la enfermedad mental: cambió la clínica en el ámbito del tratamiento que se daba a la psicosis -encierro, camisas de fuerza, electrochoques-, pacificó los hospitales psiquiátricos e incidió también en la práctica psicoanalítica con psicóticos: imposible tratar sólo con palabras, un episodio psicótico en plena agitación psicomotriz sin la ayuda de los neurolépticos que ejercen un efecto calmante sobre el sistema nervioso.

Para constatar el viraje de la psiquiatría clásica a la moderna, hay que ir al DSM y sus sucesivas transformaciones desde 1952, año de su primera aparición. La clínica psiquiátrica actual dista mucho de la de hace cincuenta años, cuando el dispositivo clínico promovía el síntoma como signo de enfermedad. La práctica de la observación aguda, capaz de producir una enseñanza ha perdido vigencia; la semiología psiquiátrica es hoy escasa frente al factor eficacia y el efecto poco específico, y más bien general y comportamental, que las terapéuticas biológicas introducen. Se ha abandonado la enseñanza clínica de la psiquiatría clásica -forjada a finales del siglo XIX, en Francia y Alemania-, no se promueve más la investigación del detalle clínico y más bien se incrementa la investigación sobre las sustancias químicas y su uso en el tratamiento del padecimiento psíquico. Son los laboratorios los que promueven la investigación, mientras que la tarea del clínico parece reducirse en poner a prueba la eficacia de dichos medicamentos (Roudinesco, 2000).

Resultado de esta orientación en psiquiatría, es el hecho de que el procedimiento clásico que se dirigía del diagnóstico al tratamiento, ha sido invertido convirtiéndose en un procedimiento que partiendo del tratamiento, fija el diagnóstico (Roudinesco, 2000):

Diagnóstico → Tratamiento deviene **Tratamiento → Diagnóstico**

En la clínica tradicional, el diagnóstico determinaba el cuadro clínico, y a partir de los síntomas se formulaba el tratamiento de tipo causal o sintomático. La psiquiatría farmacológica invertirá esta lógica: formula el diagnóstico en función del tratamiento que aplica a los síntomas que responden a su terapéutica de la medicación, luego de su selección entre el conjunto de síntomas que presenta el paciente. Es la manera como se tratan en la actualidad los trastornos del humor y toda la serie de trastornos denominados depresivo-ansiosos, que alcanzan su definición a partir de su reacción a los antidepresivos.

La clínica del sufrimiento psíquico se ha convertido en una clínica de la evidencia, que busca aliviar las afecciones del paciente a partir de los efectos de las drogas. Por ejemplo, los fármacos con base en serotonina, utilizados en primera instancia para tratar la depresión, al surtir efectos sobre algunos estados de ansiedad, terminaron siendo usados para tratar otra afección distinta para la que en principio eran empleados.

Las investigaciones en neurobiología con animales, y la respuesta al tratamiento propuesto a los pacientes que manifiestan sufrir de ansiedad, revelan que tres neurotransmisores están implicados en los estados de ansiedad: la noradrenalina (NA), la serotonina (5HT) y el ácido Gamma-aminobutílico (GABA):

1. *La noradrenalina*: sustancia que actúa como neurotransmisor (agente que transmite impulsos nerviosos entre las células del cerebro o neuronas) y estimula una parte del sistema nervioso llamado sistema nervioso simpático, encargada de regular ciertas actividades involuntarias, tales como el ritmo del corazón, la presión arterial y sudoración, entre otros. Los cuerpos neuronales del sistema NA, noradrenérgico, se localizan principalmente en el *locus coeruleus* del puente límbico y médula espinal. La estimulación del *locus coeruleus* en animales provoca una respuesta de miedo y su ablación inhibe o bloquea completamente esta respuesta.
2. *La serotonina*: el interés por la relación de la serotonina con los trastornos de ansiedad ha sido motivado por la constatación que los antidepresivos serotoninérgicos tienen efectos terapéuticos en algunos trastornos de ansiedad. Los cuerpos celulares de la mayoría de las neuronas serotoninérgicas están localizados en los *núcleos del rafe* en el tallo y se proyectan hacia la corteza, sistema límbico y el hipotálamo. Nótese que el interés por la relación entre serotonina y ansiedad aparece al evidenciarse efectos terapéuticos producidos por el uso de los antidepresivos serotoninérgicos; de forma colateral se encuentra que dichos antidepresivos tienen, además, un efecto benéfico sobre la ansiedad (angustia).

3. *GABA*: en el tratamiento de los trastornos de ansiedad se apoya en la eficacia de las benzodiacepinas. Dichas benzodiacepinas potencian la actividad de dicho neurotransmisor en el receptor *GABA-A*.

A la serotonina y *GABA* se atribuye la capacidad de generar la ansiedad que los sujetos sienten cuando saben que van a ser expuestos al estímulo o gatillazo y las reacciones evasivas al mismo *-espera angustiada freudiana*.

A partir de dichas investigaciones, los tranquilizantes *-nombre dado al tipo de fármacos empleados para tratar la ansiedad y el insomnio-*, hicieron su aparición en el mercado. Al comienzo dicho término refería a dos grupos: los tranquilizantes mayores *-las fenotiazinas como la clorpromazina-* útiles en el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental aguda, y los tranquilizantes menores *-las benzodiacepinas como el diazepam (Valium)*. Debido a su uso, el término refiere, hoy, sólo al segundo grupo de fármacos.

A comienzos de la década de 1980, los tranquilizantes menores eran los medicamentos más utilizados a escala mundial. Aunque son útiles para disminuir la ansiedad y el insomnio de forma temporal, desde 1979, se considera que no son eficaces para períodos superiores a dos semanas. Se advierte que los tranquilizantes menores son seguros cuando se emplean solos, pero cuando se mezclan con alcohol en dosis suficientes pueden producir un estado de coma e incluso la muerte. La administración a largo plazo de benzodiacepinas a dosis mayores de las habituales puede producir dependencia física, con síntomas de abstinencia característicos, desde pesadillas nocturnas hasta convulsiones cuando se interrumpe la administración del fármaco.

La psicofarmacología fue introducida en Francia en 1952 por los psiquiatras Jean Delay y Pierre Deniker, hecho que representó un progreso importante para la psiquiatría: permitió poner fin a las largas hospitalizaciones y a los tratamientos extremos *-camisas de fuerza y descargas eléctricas-*, al tiempo que restituyó al psicótico su palabra, al tiempo que los ansiolíticos y los anti-depresivos (1957) aportaron más tranquilidad al neurótico. Pero de la mano de este progreso, los inconvenientes se desplazan: el sujeto fue hecho preso de una nueva forma de alienación al querer curarlo de la esencia misma de su condición humana. La fe ciega en el poder de la psicofarmacología, termina por quitarle una parte de su valor a pesar de su eficacia (Roudinesco, 2000).

Los excesos de la psicofarmacología fueron ya denunciados por los mismos que la habían valorado, señalando que los fármacos debían ser administrados en forma mesurada y en coordinación con tratamiento psicoterapéutico. Tal

era la opinión de Delay, principal representante en Francia de la psiquiatría biológica, quien el 1956 afirmaba: (...) *conviene recordar que en psiquiatría, a medicación no es más que un momento del tratamiento del enfermo mental y que el tratamiento de fondo sigue siendo la psicoterapia*. (Delay: citado en Roudinesco, 2000). Mas el lugar acordado a la cura por la palabra disminuye cada vez más en un momento donde la psiquiatría trabaja de la mano de las ciencias cognitivas y la industria farmacéutica.

Desde aquí, desde los años setenta, la prescripción de medicamentos psicotrópicos se extendió al ámbito de la angustia y su manifestación en el cuerpo, al tiempo que su tratamiento salió del dominio de la psiquiatría para instalarse en el de la medicina general, cuando no en la automedicación, con la venta mal regulada o libre de productos químicos y de origen natural que prometen una rápida mejoría. Prescripción generalizada o automedicación con la cual se intenta suprimir los síntomas del sufrimiento psíquico, normalizar la conducta sin preguntarse sobre su causa. Se pretende tratar el *pathos* psíquico del sujeto, que se manifiesta bajo las figuras de la tristeza, el desamor, la angustia... vía la química. La fluoxetina viene a adicionarse a la lista de medicamentos ordenados por el médico general, para los padecimientos del organismo tipo: hipertensión, diabetes, problemas renales, bronquiales... El clínico remite cada vez menos a su paciente al profesional *psi*, bajo el presupuesto que se trata sólo de un asunto de química.

Progreso, entonces, signado en nuevos fármacos pero también nuevas formas de malestar como efecto de este progreso: incremento del uso de fármacos que se independizan cada vez más de la figura médica –Otro de la medicina– y que lleva al uso de productos alternativos, suplementos vitamínicos y minerales de diversa índole, a la autorregulación de la medicación, la automedicación sin control, la sobre-medicación, y las llamadas toxicomanías.

A partir de la década de los ochenta, los tratamientos psíquicos inspirados en el psicoanálisis, fueron cada vez más cuestionados y olvidados en favor del progreso de esta farmacología. Freud, al final de su vida entrevistó que el progreso farmacológico constituiría un desafío al método de la cura psicoanalítica por la palabra, acertando sobre el incremento del uso de los medicamentos en el tratamiento del padecimiento subjetivo: *El futuro nos enseñará quizás a actuar directamente, con ayuda de ciertas sustancias químicas, sobre las cantidades de energía y su repartición en el aparato psíquico*. (Freud, 1973a), pero lejos de imaginar que el saber psiquiátrico, con su riqueza semiológica sería arrasado por la psicofarmacología (Roudinesco, 2000). La psiquiatría biológica al homologar mente y cerebro, circunscribe la angustia a un desarreglo orgánico, a la química cerebral:

Durante años la medicina ha utilizado las tomografías computarizadas y las imágenes por resonancia magnética para diagnosticar derrames cerebrales, tumores en el cerebro y otras condiciones neurológicas. A medida que la tecnología se volvió más sofisticada la han comenzado a utilizar para indagar sobre algunos cambios sutiles asociados a las enfermedades mentales. 'Aun no podemos utilizar las tomografías e imágenes para diagnosticar', dice el Dr. David Silberswig del Weill Cornell Medical Collage de la ciudad de Nueva York. 'Pero logramos ser bastante específicos sobre las áreas del cerebro que están vinculadas a una cantidad de trastornos psiquiátricos' (Silberswig, 2002).

Tratamientos de la angustia

(...) el saber afecta al cuerpo del ser que solo se hace a través de palabras, y es por el hecho de desmembrar su goce, por cortarlo por allí.
Lacan, *Autres Ecrits*, Seuil, 2001, p.550

Dice Freud que: *Lo que caracteriza al psicoanálisis (...) no es la materia de que trata, sino la técnica que emplea.* (Freud, 1973c, p.2365). Esto explica por qué ubicará la práctica psicoanalítica dentro de los tratamientos por el espíritu (*por el espíritu, no del espíritu*) que se ocupan, vía las palabras, de los desarreglos en el cuerpo como del pensamiento; es decir, los dos registros en los que para Freud se manifiesta la pulsión. El psicoanálisis no se ocupa, entonces, como a veces se lo entiende en el discurso común, de la *psiquis, lo psicológico, lo emocional, lo mental*, como sustancia opuesta a la somática, al cuerpo. El psicoanálisis nació como una forma de psicoterapia y está atravesado por dicha marca de origen, aunque ha llegado a ser mucho más que eso: es la única en haber sistematizado los poderes de la palabra, conocidos de manera intuitiva de tiempo atrás y base de toda psicoterapia; modalidad terapéutica que aborda los conflictos en su ámbito más radical y comporta una ética. (Lacan, 1973).

Las palabras provocan afectos y por ello, éstos pueden ser tratados vía la palabra. Freud ilustra, con un precioso ejemplo, el modo como la angustia es atemperada por las palabras:

Un niño, angustiado por hallarse en la oscuridad, se dirige a su tía, que se encuentra en una habitación vecina, y le dice: 'tía, háblame, tengo miedo'. '¿Y de qué te sirve te hable, si de todos maneras no me ves?'. 'Hay más luz cuando alguien habla', responde el niño. (Freud, 1973, p. 2366).

¿Se excluyen la clínica de la medicación, que domina hoy en el campo de la salud mental, y la clínica por la palabra utilizada por el psicoanálisis? La farmacología, en sí, no se opone al tratamiento por la palabra practicado

por el psicoanálisis, que se sirve si es del caso de los fármacos como herramienta para facilitar su trabajo, no como fin en sí mismo. Su interés está en que estos ayuden al sujeto a desplegar en palabras su sufrimiento sin que lleguen a adormecerlo ni que se produzcan efectos secundarios importantes. En consecuencia, no se trata en la práctica psicoanalítica de rechazar los avances sobre la neuroquímica del cerebro, y por consiguiente, el uso de los fármacos en determinados casos y situaciones.

El auge y el poder asignado a los medicamentos del sufrimiento psíquico, se ha convertido en síntoma de una modernidad que tiende a suprimir el sujeto y su deber ético de enfrentar la adversidad y hacer soportable la existencia. Poniendo el acento sólo en la química de la angustia, se hace del sujeto una víctima de los acontecimientos y los desórdenes en la química de su organismo. Este discurso de un sujeto reducido a víctima es interrogado por el discurso analítico, el cual implica al sujeto que, en medio de la adversidad que debe afrontar reconoce una parte de responsabilidad, puesto que si del real de la adversidad no somos responsables, si lo somos de la manera como a ella respondemos.

La alternativa tratamiento por la palabra y/o medicamento, no sólo posee un alcance clínico, sino ético: el discurso psicoanalítico interroga la posición del médico frente a la demanda del paciente como el estatuto que los medicamentos llegan a tener en la economía de goce del sujeto que hay en el paciente; la respuesta del médico y del paciente frente a la demanda del mercado que hace del argumento de la eficacia de un medicamento la razón última para su utilización (Nominé, 2003).

También es cuestión de ética, ya que quien prescribe toma partido, decide: por fuera de los efectos específicos del medicamento, al medicar, el clínico inscribe su saber y su posición frente a la enfermedad que el paciente le presenta, frente a su demanda al modo como este paciente sufre, goza de su cuerpo. El cuerpo sufriente que el enfermo presenta al médico, no sólo implica lo real del organismo viviente en su perturbación, sino además la dimensión real del goce en la que está implicado el sujeto que habita dicho cuerpo así como su manera de hacer con él. En este punto, el acto médico no se sostiene en los parámetros que la ciencia le propicia, más bien lo remite a su ética, aunque hoy se pretenda abolir o desconocer esta verdad en aras de la objetividad. El sujeto que hay en el paciente impide que haya tratamientos estándares para enfermedades estándares, impide que los pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad puedan ser tratados por igual. La prescripción tiene lugar en el marco de la clásica relación médico-paciente, que pone de presente la parte de subjetividad de cada uno de los implicados. La prescripción no se da por fuera de los efectos transferenciales que impregnan dicha relación (Briole, 1997).

Referencias

- Briole, G. (1997). A-teórico. En *La depresión el reverso de la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós-Eolia.
- Bobes, Ma., Lopera, F., García, M., Díaz-Comas, L., Galán, L., & Valdez-Sosa, M., (2003). Covert matching of unfamiliar faces in a case of prosopagnosia an ERP study. Citados Cortex 2003, 39 (1); 41-56.
- Changeaux, J. P. (1986). *El hombre neuronal*. Madrid: Espasa Calpe.
- Edelman, G. W. (1992). *Biologie de la conscience*. París: editions Odile Jacob.
- Encarta, © (1993-2003). Microsoft Corporation
- Freud, S. (1973a). Compendio de psicoanálisis. En *Obras Completas* t. III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973b). El estado neurótico corriente. En *Lecciones introductorias al psicoanálisis*. En *Obras Completas* t. II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973c). La angustia. En *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, t. II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973d). La neurastenia y la neurosis de angustia. En *Obras Completas*, t. I. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973e). Lo inconsciente. En *Obras Completas*, t. II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973f) Los orígenes del psicoanálisis. En *Obras Completas*, t. III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973g). Psicoterapia, tratamiento por el espíritu. En *Obras Completas*, t. I. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gallano, C. (2003). Psicoanálisis y neurociencia. En *Heteridad* n° 2. Medellín: Foro del Campo Lacaniano de Medellín.
- Gerber, R. (1997). A l'aube de la psychanalyse, la neurasthénie. En: *Silhouettes du déprimé, revue de psychanalyse La Cause Freudienne*, n° 35. París: Publicación de L' École de la Cause Freudienne,
- Greenfield, S. (02-08-2006). Entrevista con S. Greenfield por Eduard Punset. *La nación* 02.08.2006. Madrid.
- Lacan, J. (1972). Para un congreso sobre la sexualidad femenina. *Escritos I*. México: siglo XXI.
- Lacan, J.(1973). Variantes de la cura tipo, en: *Escritos*, México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1974). *Télévision*. París: Seuil.
- Lacan, J. (1975). Ou pire. En revue *Silicet* n° 5, París: Seuil.
- Lacan, J. (1981). *El seminario, libro XX, Aún*. Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (2006). El seminario, libro XXIII, Le Sinthome. Argentina: Paidós.
- Lacan, J. *D'un Autre a l'autre*. Seminario inédito.
- Lopera, F. & Ardila, A. (1992). Prosopamnesia and visuolimbic síndrome: A. Case Study Neuropsychology.
- Nominé, B. (2003) ¿Hay que temerles a las neurociencias?. En *Heteridad* n° 2. Medellín: Asociación Foro del Campo Lacaniano de Medellín.
- Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?*. Buenos Aires: Paidós.
- Soler, C. (1996). Descartes con Freud. En *Psicoanálisis y medicina, dolencias hacia el síntoma*. Argentina: Atuel-CAP.

- Soler, C. (2000-2001). *L'en-cops du sujet*. Curso dictado en el *Collège Clinique de Paris*. París.
- Soler, C. (2006). *Ensamblajes del cuerpo*. Medellín: Asociación Foro del Campo Lacaniano de Medellín.

Recibido, 25 Febrero/2007

Revisión recibida, 30 Abril/2007

Aceptado, 2 Junio/2007