

EL CONFLICTO PSIQUICO Y LOS AFECTOS SEÑAL

Pst. Ma. Elena Fuentes Martínez.

En la bibliografía cotidiana y comercial que aborda los problemas psicológicos y de relación interpersonal, es frecuente encontrar listados de características, afectos y síntomas que se presentan como acompañantes de estos problemas; y por otra parte, una serie de terapias rápidas, extrañas y mágicas, así como recomendaciones que se proponen para abordarlos, pero pocas veces remiten a la causa psicodinámica interna que los produce.

Estas recomendaciones, la mayoría de las veces lo que promueven es una descarga emocional de los afectos dolorosos, que a la larga no soluciona la situación del paciente, pues lo que cuenta no es el desahogo, sino el hecho de que se encuentre un espacio de relación, como es el proceso terapéutico, que permita a través de la palabra, de la relación misma y de la representación simbólica, una significación ordenadora que vincule estos afectos dolorosos con contenidos significativos.

El psicoanálisis, por su parte, nos ofrece tanto la teoría como la técnica para abordar desde una metapsicología los orígenes y dinamismos de la enfermedad mental, y si a veces se le rehuye al mismo, es porque éste obliga a escuchar y a escucharse, obliga a darse razones acerca de lo que se hace y a comprobar con dolor la fuente inconsciente de tantas conductas y actitudes que lastiman nuestra omnipotencia.

Para comprender pues al paciente que acude a psicoterapia, desde lo más profundo de sus vivencias, es importante entender no sólo las manifestaciones conductuales, sino el proceso interno y la organización del conflicto que subyace en una manifestación psicopatológica así como los afectos que la acompañan, puntos que se desarrollarán en el presente trabajo.

Así pues, el objetivo de este trabajo es hacer un breve recorrido teórico desde algunos autores psicoanalíticos, de estos conceptos: el Conflicto Psíquico y los afectos señal, que en la clínica vivimos todos los días con nuestros pacientes y que necesitamos

conocer tanto en sus aspectos psicopatológicos como en los sanos, pues del manejo de ellos dependerá la ayuda que le podamos brindar a nuestros pacientes.

Freud en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926) establece el concepto de conflicto psíquico como el que ocurre entre los impulsos sexuales y agresivos con el yo, o entre el yo y las demandas del superyó. El conflicto se presenta cuando aumenta la fuerza de los impulsos del ello o las demandas del superyó, o cuando las defensas del yo se debilitan, apareciendo así una tensión displacentera en el yo que Freud llamó angustia.

Freud ofreció dos explicaciones de la angustia. La primera teoría de la angustia fue elaborada entre 1895 y 1900, y la consideraba a modo de una energía de orden sexual traspuesta o derivada en lo somático, bien por falta de una elaboración psíquica, o en razón de un conflicto psíquico a causa del cual se pierde la conexión con las representaciones y el objeto originales. De este modo, la angustia es angustia ante la libido o frente al peligro interno pulsional y procede del desconcierto del yo ante la irrupción de lo inaceptable, de lo excesivo.

La segunda teoría de la angustia, expuesta en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926), opera un desplazamiento radical, ya que la fuente del peligro al que responde la angustia no es de orden interno, como es el de la libido no ligada por unas representaciones, sino externo. Según esta segunda teoría, la angustia es siempre angustia ante el peligro real, como por ejemplo el peligro de la castración, por más que la realidad de ésta no exista sino en la creencia del varón. Y aquí, a la vez que la angustia de castración se convierte en el modelo de toda angustia, el yo adquiere una importancia que no había recibido hasta entonces en la obra de Freud.

Según esta teoría de la angustia, que se establece en consonancia con la segunda teoría del aparato psíquico ("segunda tópica"), el yo es considerado como el lugar de la angustia e incluso como la posible causa de la angustia, como si pudiera reproducirla por su propia cuenta, al menos como señal. La angustia expresa así al yo librado a la pulsión, desbordado por ella. Es decir, es expresión de un yo entregado al ataque interno, o mejor, al ataque externo interiorizado, del que no puede huir y al que debe tratar de dominar lo mejor que pueda (Gutiérrez Terrazas, 1998).

Anna Freud (1989), distinguió tres tipos de conflicto y los afectos que lo acompañan:

- 1) Los conflictos externos, entre las acciones del ello-yo y el mundo objetal cuando se oponen entre ellos propósitos contrarios. Las ansiedades coordinadas con este estado y características son provocadas por el mundo exterior y adoptan diferentes formas de acuerdo con una secuencia cronológica que se desarrolla en la forma siguiente: temor de ser aniquilado como consecuencia de la pérdida del objeto que lo cuida; temor de la pérdida del amor del objeto; temor de ser criticado y castigado por el objeto y temores de castración.
- 2) Conflictos internalizados entre el yo-superyó y el ello, después que las acciones del yo han hecho suyas las exigencias del mundo objetal y las representan para el ello, provocando este choque sentimientos de culpa.
- 3) Conflictos internos entre impulsos insuficientemente fusionados o sus representantes incompatibles, tales como ambivalencia no resuelta, actividad y pasividad, masculinidad y feminidad, etc., que se convierten en una fuente de conflictos que amenaza a la organización del yo, lo que provoca una gran ansiedad que permanece en las profundidades y que sólo puede identificarse durante el análisis.

En el yo y los mecanismos de defensa, Anna Freud (1999) delimita las formas que utiliza el yo para manejar las amenazas del ello, del superyó y de la realidad externa. Señala que "los peligros contra los cuales se defiende el yo son siempre los mismos, aunque los motivos por los que percibe una determinada irrupción como riesgosa, son referibles a diferentes causas (pág. 64)".

Fenichel (1989) sistematizó el abordaje de las defensas, la angustia y otros afectos displacenteros acompañantes y resultantes del conflicto psíquico. Señala que en el paciente sucede algo que éste percibe como extraño e ininteligible. Este algo puede consistir en movimientos involuntarios, en cambios en las funciones corporales y en diversas sensaciones; o en una emoción y un estado de ánimo abrumadores e injustificados; o bien, extraños impulsos o pensamientos. Todos estos síntomas dan la

impresión de algo que parece asaltar a la personalidad, partiendo de una fuente desconocida; algo que perturba la continuidad de la personalidad y reside fuera de la esfera de la voluntad consciente.

Existen también fenómenos de otro tipo que afectan la personalidad, manifestándose ésta desgarrada o deformada, y con frecuencia afectada en tal extensión por la enfermedad, que resulta imposible decir dónde termina la "personalidad" y dónde empieza el "síntoma". En ambas situaciones (síntomas y trastornos de la personalidad) hay algo en común, la manera normal y racional de manejar tanto las exigencias del mundo externo como los impulsos internos, ha sido sustituida por algún fenómeno irracional, que parece extraño y no puede ser controlado voluntariamente (Fenichel, 1989).

Esta tensión psíquica se debe a una insuficiencia del aparato normal de control, que puede producirse de dos maneras. Una de ellas es un aumento en el flujo de estímulos: en una determinada unidad de tiempo, el aparato psíquico recibe una cantidad excesiva de excitación que no puede controlar; estas experiencias se llaman traumáticas. La otra manera es el bloqueo o la disminución previa de la descarga, lo cual produce un estancamiento de tensiones dentro del organismo, de manera que las excitaciones normales actúan ahora, relativamente, como las traumáticas.

Por definición, el conflicto psíquico se desarrolla "entre una tendencia que pugna por hallar descarga y otra tendencia que trata de evitar esa descarga. La intensidad hacia la descarga depende, no solamente de la naturaleza del estímulo, sino también, y más aún, del estado físico-químico del organismo (Fenichel, 1989. p. 154)". La enfermedad mental, es así el resultado de un conflicto entre las exigencias instintivas y las fuerzas defensivas del yo.

Para localizar entonces los conflictos internos del paciente, que serán objeto de análisis, y no sólo de una descarga emocional, es importante considerar los llamados "afectos señal", esto es, señal de estos conflictos y del displacer que los acompaña, siendo estos: la angustia, la culpa y el afecto depresivo; afectos que movilizan las defensas del yo, ante la irrupción de los impulsos y de las amenazas del superyó. "Estos tres afectos son la

señal displacentera cuando se ha activado un conflicto interno, y como tales, conducen a la búsqueda de él (Fernández Cerdeño, 1995. pp. 104-105)".

Sólo acercándonos al conflicto interno y a sus afectos acompañantes a través de su análisis y de su resignificación en la transferencia-contratransferencia, será posible proporcionar un espacio al paciente donde éste ponga en escena sus conflictos y pueda restablecer e integrar su sí-mismo.

AFECTOS SEÑAL

A) La angustia:

La angustia es un sentimiento vital, displacentero, difícil de describir, que se acompaña de perturbaciones funcionales a nivel del sistema nervioso autónomo y que en general se presenta de manera paroxística, como emoción, aunque podemos registrar algunos casos en los cuales se transforma en un estado afectivo duradero.

La palabra angustia deriva del latín angustus, estrecho, angosto, y es la vivencia de la estrechez, física y psíquica, lo que la caracteriza.

Angustia y ansiedad son términos que en la práctica se utilizan como sinónimos. No obstante, podemos decir que ansiedad (etimológicamente incomodidad) se relaciona más con el componente psíquico de esta emoción, temor indefinido a algo presente, aceleración vital, actividad inquieta. Mientras que angustia (etimológicamente estrechez, angostamiento), se relaciona más con el componente orgánico-visceral de esta emoción, temor indefinido a algo futuro, paralización vital, actividad inhibida (Painceira Plot, 1997).

Sin embargo, ambas conductas son componentes intrínsecos de una misma vivencia, aunque con fines explicativos se busca una diferenciación. El fenómeno de la angustia se da así sobre un plano en el cual tenemos por un lado el fenómeno psicológico y por el otro el fisiológico. "En la mayoría de los casos ambos forman una unidad indiscernible, salvo en aquellos en que el componente corporal tiene preeminencia, como

en las lesiones bulbares (en el caso de afecciones centrales) y en la angina de pecho en los trastornos periféricos (Painceira Plot, 1997. p. 134)".

En la unidad psicósomática que es el hombre, podríamos hipotéticamente subrayar dos polos dentro de los cuales se da la vivencia de la angustia, como límites dentro de los cuales existe un continuum según la prevalencia de los fenómenos psicológicos o corporales. Es por esto que la palabra angustia define con mayor claridad el afecto que estamos estudiando.

La angustia expresa así, algo concerniente a la relación del sujeto consigo mismo, su fuente es una amenaza interior y carece de un objeto definido. Su génesis debe buscarse en la historia o en la prehistoria del sujeto.

La angustia es insoportable, por lo que para manejar este afecto se suelen utilizar múltiples medidas, entre ellas está el transformarla en miedo, en darle un contenido psicológico, en proyectarla al mundo externo, en ubicarla en el cuerpo o en una parte de la representación mental de éste. Por lo que, para que la angustia sea manejada eficazmente, es necesario profundizar hasta su fuente interior, en el conflicto inconsciente, porque nadie puede escapar de sí mismo.

En base pues a estas distinciones que se han hecho, y en base igualmente a la diferenciación entre una angustia primaria y una angustia secundaria, se distinguen didácticamente cinco tipos de angustia:

- 1) Una angustia biológica: como dispositivo innato, que hipotéticamente se pone en función en la experiencia del nacimiento, a fin de facilitar una válvula de escape para el exceso de excitación que toma los canales de descarga que le ofrece el sistema neurovegetativo, aliviando parcialmente a un aparato psíquico incipiente.
- 2) Una angustia señal: aparece con el desarrollo del yo y de la capacidad de anticipación, en función del aprovechamiento de experiencias vividas; es suscitada activamente por el yo a fin de prevenir el peligro y preparar al aparato psíquico para enfrentarlo. La fuente del peligro es interna, surge del conflicto y la señal de

angustia, suscita las respuestas adecuadas para evitarlo, cuando la situación externa reactiva el conflicto o se ha generado un desequilibrio por razones internas, tales como el debilitamiento de las defensas, o el incremento de la potencia de las pulsiones.

- 3) Una angustia traumática: se produce cuando la capacidad adaptativa del yo es superada por la magnitud del evento traumático, y repite la experiencia de la angustia primaria, en la cual los aspectos cuantitativos tienen primacía y el yo se ve abrumado por magnitudes de excitación mayores de las que es capaz de distribuir y controlar.
- 4) Una angustia psicótica: que tiene similitudes con la traumática en cuanto a su intensidad, y que acompaña a la vivencia de disolución del yo y de ruptura de los vínculos con la realidad, en donde el sujeto vive una desintegración dolorosa. Su yo se desorganiza y pierde su coherencia interior. Su causa debe buscarse en las experiencias más tempranas y en las debilidades del mismo yo.
- 5) La angustia neurótica: suscitada por un conflicto inconsciente que no puede ser resuelto en forma satisfactoria por el sujeto. El manejo de la angustia y su patología van a depender de la estructura de personalidad del paciente, de su disposición hereditaria y de sus experiencias tempranas.

B) La culpa:

La culpa es un sentimiento doloroso que el sujeto experimenta cuando comprueba que ha dañado a un objeto al cual ama. Esta capacidad está en la misma naturaleza del hombre, que es un ser capaz de compadecerse ante el daño o el sufrimiento de otro.

Otto Fenichel (1989) señala que el conflicto psíquico se complica más cuando la angustia es reemplazada por los sentimientos de culpa. Estos representan una angustia tópicamente definida, la angustia del yo frente al superyó.

Freud en *El Malestar en la Cultura* (1930) señala que la tensión creada entre el severo super-yo y el yo subordinado al mismo la calificamos de sentimiento de culpabilidad; se manifiesta bajo la forma de necesidad de castigo, siendo el sentimiento de culpa, en el fondo, una variante topográfica de la angustia, y que en sus fases posteriores coincide por completo con el miedo al superyó. Refiere así dos orígenes del sentimiento de culpa: primero la angustia frente al miedo a perder el amor del objeto que más tarde, ya interiorizado, se transformará en angustia frente al superyó.

Deben pues distinguirse los sentimientos de culpa propiamente dichos, es decir, la sensación de haber procedido mal, de los sentimientos de conciencia que no juzgan el pasado sino el futuro. Winnicott (cit. en Paineira Plot, 1997) distingue la culpa auténtica que nace en el sujeto ante la intención o conducta agresiva hacia el otro, de la culpabilización, que tiene su origen en la acusación que el medio le dirige al sujeto, a través de las exigencias mudas e inconscientes de un yo ideal no satisfecho.

El sujeto que vive intensos sentimientos de culpa, trata de librarse de ellos mediante la expiación, el castigo o el remordimiento. Puesto que los sentimientos de culpa son muy dolorosos, solemos relegarlos muy al fondo de la mente, pero a pesar de esto, "se expresan disfrazados en distintas formas y constituyen una fuente de perturbación en nuestras relaciones personales (Klein, M. 1937. p. 313)".

El resultado patológico de la culpa es la depresión. Sin embargo, si los sentimientos de culpa no son demasiado intensos, constituyen un incentivo fundamental para la reparación, la creación y el trabajo en general. El sentimiento de culpa es uno de los afectos dolorosos que se presentan con mayor intensidad en las reacciones depresivas.

C) El Afecto Depresivo o Tristeza:

Es la reacción del yo ante la pérdida o amenaza de pérdida de representaciones internas de cosas o personas queridas. La tristeza, con sus componentes de autopersecución o de reparación, se confunde frecuentemente con depresión, diagnóstico

que sólo debe aplicarse cuando la tristeza invade e incapacita el funcionamiento del individuo.

La angustia es una señal de peligro de algo que puede llegar a ocurrir en el futuro, y el afecto depresivo como la señal de un daño que ya ocurrió en el pasado.

M. Klein (1935. p. 281) considera al estado depresivo como "el resultado de una mezcla de ansiedad, sentimientos y defensas de dolor relacionados con la inminente pérdida de todo objeto amado".

El sujeto puede intentar escapar al sufrimiento del afecto depresivo de dos maneras: evadiendo el duelo a través de huir hacia los objetos buenos internos, idealizándolos, lo que puede conducir a una psicosis grave; o elaborando el duelo y relacionarse con los objetos buenos externos, que hacen posible el vencimiento de la neurosis. Así, cada avance en el proceso del duelo da por resultado una profundización de la relación del individuo con sus objetos internos, recuperados en la relación con sus objetos externos reales.

En términos generales, la angustia como afecto displacentero que interviene en los conflictos psíquicos, ha sido la más sistematizada tanto en sus orígenes como en su desarrollo, dejándose de lado en muchas ocasiones a los otros dos afectos, que se han llegado a considerar como derivados, equivalentes o resultantes de la angustia, pues como ya antes se señaló, el mismo Freud en el Malestar en la Cultura (1930), consideró al sentimiento de culpa como una variante topográfica de la angustia, y en Duelo y Melancolía como una alternativa más en la solución del conflicto. O como M. Klein (1935), que considera al estado depresivo como resultado de la ansiedad y las defensas que se erigen para manejar el dolor de la pérdida del objeto amado.

Sin embargo, estos tres afectos, cada uno en sí mismo, se pueden considerar como la señal displacentera cuando se ha activado un conflicto interno, y como tales conducen a la búsqueda de él. Por otra parte, no suelen presentarse aislados o en forma pura, sino juntos e interrelacionados aunque puede predominar uno de ellos, y esto es lo que nos permite diferenciar el diagnóstico del cuadro psicopatológico del paciente.

Del manejo que se haga de estos afectos en el proceso terapéutico, dependerá la elaboración de los mismos, pues no solo estos afectos son patológicos por provenir de un conflicto inconsciente no resuelto sino también por las formas de manejarse, que dependerán de la estructura de personalidad del sujeto, de su anlage hereditario, sus experiencias tempranas, estando dichas las salidas enraizadas en la historia vital del sujeto y en la naturaleza de su conflicto.

Así, el proceso terapéutico permitirá revivir los recuerdos buenos y malos y a través de ello superar lo negativo e instalar lo valioso de esta relación actual adentro de uno; pues en el proceso de recordar lo perdido y sufrir por ello, se va produciendo una mayor integración del propio yo.

Paradójicamente, estos afectos son también nuestros aliados en la búsqueda de la salud mental, por lo que no debe eliminarse por completo sino analizarse y manejarse de tal forma que promuevan los aspectos sanos de los mismos en bien del paciente, ya que también son el motor que mueve al Ser Humano a vivir sus experiencias.

La angustia lleva al hombre a experimentarse a sí mismo, a reconocer sus propios límites, su finitud y su propia existencia. La angustia enfrenta al hombre con la indeterminación, con el riesgo que implica vivir, con la incertidumbre, con lo impredecible. Desde su perspectiva positiva, la angustia le permite tomar conciencia de que su vida, su historia, no es algo hecho sino algo que debe él hacer o contribuir a hacer, lo que lo enfrenta con su libertad, su falibilidad, con la importancia de sus creencias y su creatividad.

Los sentimientos de culpa cuando son aceptados y tolerados, permiten asumir la responsabilidad por lo que hacemos y lo que causamos, nos impulsan a investigar, a buscar la verdad; una verdad que nos lleva a buscar en nosotros o afuera los recursos necesarios para restaurar el amor o las cosas buenas que se han perdido. En lugar de la pasividad de un acusado que se enfrenta a un juez cruel, al analizar y aceptar estos sentimientos, con una actitud positiva frente a las culpas, uno puede hacerse cargo activamente de la situación, comprender, aprender de la experiencia, prevenir y reparar, reconociendo y agradeciendo así lo bueno, que no desaparece porque hubo una falta o un error en nuestra historia.

En la salud la depresión es potencial, pertenece a la esencia de la personalidad y se constituye en una evidencia de salud. En la salud se hará manifiesta por una cierta seriedad y gravedad en la actitud y también a través de las dudas e incertidumbres, que nos asaltan en momentos claves de nuestra existencia, en que debemos ejercer nuestra libertad eligiendo y asumiendo la responsabilidad por esa elección.

Debemos recordar, que la creatividad sólo se puede dar en esos períodos de atención relajada, de soledad, de reconocimiento dentro de uno mismo, para salir a través de un acto o un gesto creador que nos re-descubre y singulariza integrándonos a la realidad circundante.

BIBLIOGRAFÍA

Fenichel, Otto. (1989). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México: Ed. Paidós.

Fernández Cerdeño, Arturo. (1995). Conflicto, sí mismo, ser. La negación de lo interno. *Cuadernos de Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Enero-Junio 1995. Volumen XXVIII. Números 1 y 2. México.

Freud, Anna. (1989). *Normalidad y patología en la niñez*. Argentina: Ed. Paidós.

Freud, Anna. (1999). *El Yo y los mecanismos de defensa*. México: Ed. Paidós.

Freud, Sigmund. (1925 [1926]) *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Obras completas Tomo 3. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Freud, Sigmund. (1929 [1930]). *El Malestar en la Cultura*. Obras completas Tomo 3. España: Ed. Biblioteca Nueva.

Gutiérrez Terrazas, José. (1998). *Teoría Psicoanalítica. Su doble eje central: la tópica psíquica y la dinámica pulsional*. España: Ed. Biblioteca Nueva.

Klein, Melanie. (1935). *Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco depresivos*. Obras completas Tomo 1. España: Ed. Paidós.

Klein, Melanie. (1937). *Amor, culpa y reparación*. Obras completas Tomo 1. España: Ed. Paidós.

Painceira Plot, Alfredo J. (1997). *Clínica psicoanalítica. A partir de la obra de Winnicott*. Argentina: Ed. Lumen.

León, Gto. Enero de 2006.

Pst. Ma. Elena Fuentes Martínez.

Psicoterapeuta Psicoanalítico.

fmaelena@hotmail.com