

Integrando lo disociado: Del dominio del miedo al poder de la angustia. La angustia como una "presencia del sentimiento"¹

ANNA MARÍA LOIACONO²

Instituto H.S. Sullivan, Florencia, Italia

La autora aborda la práctica clínica contemporánea, donde nos encontramos con individuos, aparentemente incapaces de ponerse en contacto con su propia dimensión existencial, que comunican su desapego, a veces incluso total, de sus sentimientos y miedos, voluntariamente comprometidos como están para evitar experimentar la inevitable angustia que puede acompañarlos a lo largo de la vida. Esta disociación de la emoción que produce angustia se revela al médico a través del desapego o una simple acción. Este sentimiento que genera tanto desapego como su opuesto, tal vez una reacción hipomaniaca, demuestra estar "ausente" y no es percibido por el paciente. De esta manera, la angustia se puede evitar y, de hecho, parece "ausente", pero lo que se experimenta es la gama completa de movimientos reales y directos conectados con ella, como el miedo, el terror, el pánico, el desapego, la apatía y la anhedonia. La autora se propone aclarar los términos "miedo", "ansiedad" y "angustia", ya que se han utilizado históricamente en filosofía, psicoanálisis, psiquiatría y psicología. En última instancia, ella explica su razón para su elección de la palabra "angustia" en lugar de "ansiedad" en su manejo distinto y explícito de este tema.

Palabras clave: miedo, ansiedad, angustia, disociación, afecto, práctica clínica contemporánea.

The author addresses contemporary clinical practice, where we encounter individuals, seemingly incapable of getting in touch with their own existential dimension, who communicate their detachment, at times even total, from their feelings and fears, wilfully committed as they are to avoid experiencing the inevitable angst that may accompany them through life. This dissociation from the angst-producing emotion is revealed to the clinician through either detachment or a simple action. This feeling that generates both detachment and its opposite, perhaps a hypomanic reaction, proves to be "absent," and is not perceived by the patient. In this way, angst can be avoided and indeed seems "absent," but what is experienced is the complete range of raw emotions connected to it, such as fear, terror, panic, detachment, apathy, and anhedonia. The author sets out to clarify the terms "fear," "anxiety," and "angst" as they have been historically used in philosophy, psychoanalysis, psychiatry, and psychology. Ultimately, she explains her reason for her choice of the word "angst" instead of "anxiety" in her distinct and explicit handling of this subject matter.

Key Words: fear, anxiety, angst, dissociation, affect, contemporary clinical practice.

English Title: *Integrating the dissociated: From the dominance of fear to the power of angst – Angst as a 'presence of feeling'*

Cita bibliográfica / Reference citation:

Loiacono, A.M. (2022). Integrando lo disociado: Del dominio del miedo al poder de la angustia. La angustia como una "presencia del sentimiento". *Clínica e Investigación Relacional*, 16 (2): 378-388. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2022.160204

¹ Publicado en: International Forum of Psychoanalysis, 2019 <https://doi.org/10.1080/0803706X.2019.1650956> Traducido del original inglés por Alejandro Ávila y publicado con autorización de la autora. Contacto: Anna Maria Loiacono, PhD, via G.Vico 13, 50136 Firenze, Italy. E-mail: annaloiacono55@gmail.com www.annamarialoiacono.it

² Anna Maria Loiacono es una psicoterapeuta relacional/interpersonal y psicoanalista que vive y trabaja en Florencia, Italia. Es presidenta del Instituto "H.S. Sullivan" de Florencia, y profesora, didacta y analista supervisora en el Instituto de Psicoterapia Analítica de Florencia. También es vicepresidenta de la Organización, Federación y Registro italiano de psicoanalistas (OPIFER), miembro ejecutivo y delegado de la Federación Internacional de Sociedades Psicoanalíticas, y lectora editorial del *Foro Internacional de Psicoanálisis*. Ha publicado artículos clínicos y teóricos, algunos en inglés, y la versión italiana de *The unfor- mulated experience* de D.B. Stern. Su libro *La teoria interpersonale di H.S. Sullivan e la Clinica della Dissociazione* (La teoría interpersonal de H.S. Sullivan y el tratamiento clínico de la disociación; Ed. Termanini, Génova), se publicó en 2016. Fue la presidenta del XX Foro IFPS, celebrado en Florencia, del 17 al 20 de octubre de 2018, sobre "Las nuevas caras del miedo. Transformación en curso en nuestra sociedad y en la práctica de la disciplina"

A menudo, en el tratamiento de las llamadas patologías emergentes, caracterizadas por las consecuencias de las heridas narcisistas, que pueden causar dificultades de simbolización y representación de los estados emocionales, la angustia se manifiesta sin afecto, a través del desapego (a veces incluso total) de las emociones. Las personas que experimentan tales síntomas parecen incapaces de ponerse en contacto con su propia dimensión existencial, voluntariamente comprometidas como están para evitar experimentar el dolor inevitable que muchas situaciones internas y externas engendran durante el complicado viaje de una persona por la vida. En estos casos, la angustia disociada parece "ausente" (Deutsch, 1942; Zilboorg, 1933); sin embargo, lo que se experimenta es la gama completa de emociones directas conectadas con ella, como el miedo, el terror, el pánico, el desapego, la apatía y la anhedonia.

Así, partiendo de la distinción entre angustia y miedo, este estudio busca explorar cómo la erupción de la angustia como afecto, que finalmente puede percibirse sin necesidad de tener un objeto al que referirse, como sucede en el caso del miedo, representa una angustia integradora. En otras palabras, si el miedo permite evitar el dolor, la entrada en contacto con el dolor presupone una percepción de angustia, señalando el inicio de un proceso de integración de los afectos disociados. Algunos escenarios clínicos aclararán estas premisas.

El contexto teórico en el que operaré con respecto al concepto de disociación pertenece al psicoanálisis interpersonal, según el cual la mente funciona de manera disociativa, a lo largo de un continuo que se extiende desde la salud mental hasta la patología. La disociación dentro de este ámbito teórico no sólo representa una defensa con respecto a un trauma, como por ejemplo en el caso de Janet (1889), sino también la mayor capacidad de la mente humana para proteger su propia estabilidad (Bromberg, 1998, 2011; Stern, 2002, 2003, 2004, 2010; Sullivan, 1948, 1953, 1956). La disociación en la teoría interpersonal está motivada por la necesidad de la persona de no saber, para evitar entrar en contacto con el dolor y la angustia, y por lo tanto no sugiere simplemente una consecuencia de la agitación psíquica debido a un trauma.

Miedo, ansiedad y angustia

En términos generales, con frecuencia encontramos una cierta cantidad de confusión con respecto a los términos "angustia" y "miedo".

"Miedo" es un *término psicológico*, que se refiere a un fenómeno experimentado en el cuerpo con manifestaciones somáticas. Se considera que es una:

respuesta emocional primaria de defensa, provocada por una situación de peligro que puede ser real, prevista de antemano, traída por la memoria o producida por la fantasía.

El miedo a menudo va acompañado de una reacción orgánica, para la cual el sistema nervioso autónomo es responsable, ... cuando, por el contrario, se prolonga y se relaciona con objetos, animales o situaciones que no pueden considerarse aterradoras, asume los rasgos psicológicos de una fobia que el psicoanálisis interpreta como una defensa contra la angustia. (Galimberti, 2008, p. 659, mi traducción)

"Angustia" o "ansiedad", por otro lado, es un término específico, *de orden psicoanalítico*, que siempre pertenece a una percepción subjetiva. La angustia, ya sea normal o neurótica, siempre resulta, una vez que alcanza un nivel de expresión plena, en estar íntimamente conectada o acompañada de un tono afectivo del que el sujeto es consciente, y se asocia de alguna manera con una sensación o aprehensión – es de aquí que surge la confusión – y representa claramente o, para ser más precisos, es el afecto de la angustia.

Teóricamente hablando, sabemos que la filosofía y el psicoanálisis, así como la psiquiatría y la psicología, distinguen varios tipos de angustia. Esta parece ser la razón por la que en italiano y en francés existen dos términos diferentes que especifican las sutiles variantes de significado que tenemos con respecto a la angustia. Los términos "*angoscia*", en italiano, y "*angoisse*", en francés (refiriéndose a la angustia), están para algunos conectados y para otros diferenciados de los términos "*ansia*" y "*anxiété*" (ansiedad), mientras que en alemán encontramos un solo término, "*angst*", y en inglés solo el término "anxiety". Ahora trataré de profundizar más en la esfera epistemológica de la angustia. (A pesar del hecho de que el término "ansiedad" se usa generalmente en inglés para denotar ambos conceptos, usaré los términos por separado, como lo hacemos en italiano. En un momento posterior de este artículo, explicaré mi razonamiento lo más completamente posible).

En filosofía, "angustia" es una palabra introducida por Kierkegaard (1844) para significar la condición humana. A diferencia del miedo, que siempre es miedo a algo determinado, la angustia no se refiere a nada preciso, sino que significa el estado emocional de la existencia humana. El tema fue posteriormente retomado por Heidegger (1929), para quien la angustia reveló la "nada", y luego por Karl Jaspers (1933), que hizo una distinción entre la angustia y el ser-en-el-mundo (*Dasein*) y el de la existencia (*Existenz*). En psicoanálisis, el concepto de angustia es fundamental, y Freud fue el primero en proporcionar una explicación psicógena para ello en contraste con las teorías somatogénicas de la psiquiatría anterior, que atribuían la angustia al mal funcionamiento del sistema neurovegetativo. Hay dos fechas significativas para la formulación del concepto: 1894, cuando Freud propuso la distinción entre la neurosis de la angustia y la neurastenia (Freud, 1894), y 1925 (Freud, 1925) cuando distinguió *Realangst* (angustia frente a una situación real), *automatische Angst* (comúnmente conocida en inglés como ansiedad automática) y *Signalangst* (comúnmente conocida en inglés como ansiedad señal) (Galimberti, 2008). Freud también establecería los conceptos de ansiedad-histeria

(Freud, 1888, 1892=1895, 1908) y ansiedad por castración (1908). Otros desarrollos en el psicoanálisis han evidenciado otras formas de angustia, como la ansiedad por separación (Rank, 1924), la ansiedad primaria (Balint, 1965), la ansiedad básica (Horney, 1937), las ansiedades depresivas (Klein, 1935, 1948) y la ansiedad persecutoria (Klein, 1948).

La psiquiatría distingue la neurosis de ansiedad, la ansiedad de espera, la ansiedad situacional y la ansiedad fluctuante.

Debemos a la psicología italiana, que proporciona tanto las palabras "ansiedad" como "angustia" en su idioma, la acentuación de la diferencia entre las dos palabras no solo en términos cuantitativos, por lo que la angustia sería una acentuación de la ansiedad, sino también en términos cualitativos (Galimberti, 2008). En esencia, la psicología ve la ansiedad de una manera diferente con respecto al método: mientras que el psicoanálisis la considera desde una perspectiva explicativa, la psicología la ve desde una perspectiva descriptiva y la define en términos operativos, observando y midiendo la reacción. La ansiedad, su amplitud y su intensidad. A la luz de estas observaciones, un conocido psicoanalista italiano, Leonardo Ancona, escribió que:

La angustia se adapta a un proceso psíquico que es sustancialmente diferente del de la ansiedad. De hecho, la angustia se correlaciona con la situación de trauma, es decir, a una afluencia de emociones que son incontrolables porque son demasiado grandes para manejar en el marco de un tiempo específico... La ansiedad, por otro lado, corresponde a un proceso de adaptación ante la amenaza de un peligro real; este proceso es una función del Yo, usándolo como señal, después de haberla producido, para evitar verse sumergido por la afluencia traumática de la excitación. En este caso, el Yo del sujeto es activo, en el sentido de que produce afecto y lo utiliza para encontrar sistemas de defensa adecuados. La fuerza motriz se estructura y reproduce sin tener una línea de base, sin una salida de descarga. La distinción entre los dos procesos debe mantenerse, interpretando su unificación como un aspecto cultural que se manifiesta cuando se enfrenta a este tema, y menos como la sensibilidad, en este sentido, hacia una probable actitud defensiva. En realidad, los procesos a los que se hace referencia están separados de los puntos de vista económico, dinámico, estructural y genético. Por lo tanto, ignorar esta distinción produce contradicción y confusión. (Ancona, 1972, p. 918, mi traducción)

Siguiendo la línea de las observaciones de Ancona, que siguen siendo fundamentales hasta el día de hoy en un examen detallado de la cuestión del uso conjunto o no de los dos términos, he optado aquí por usar el término "angustia", en lugar de "ansiedad", porque la angustia del tipo integrador, a la que me refiero, se refiere a un lugar traumático. De hecho, estamos lidiando con la angustia que acompaña el proceso de integración de las personificaciones no-yo.

Habiendo expuesto el punto de vista teórico, y habiendo aclarado el razonamiento detrás de mi elección del término "angustia", encuentro necesario en este punto, sin embargo, señalar que desde un punto de vista clínico, o más bien en consideración de lo que concierne a la percepción subjetiva del tono afectivo, es prácticamente imposible distinguir la angustia del miedo. Cuando un paciente se encuentra bajo la influencia de la angustia, a menudo afirma tener miedo o sentirse aterrorizado, incluso si es incapaz de expresar lo que teme o por qué está aterrorizado. Este paciente solo intentará describir los sentimientos, en lugar de definir la relación que tiene con algo en particular, o con algún evento específico.

Según Freud (1920), la angustia es una condición desagradable de presagio indefinido, no relacionada con ningún objeto específico; solo en el momento en que puede asociarse con algo, en otras palabras, en el momento en que "adquiere" un objeto, es entonces transformado en miedo. Esto entonces podría ser una posible distinción entre angustia y miedo: el primero no tiene objeto, el segundo sí.

Ansiedad sin afecto

En su artículo "Ansiedad sin afecto" (publicado en inglés con el término "ansiedad", sin embargo, consistente con el razonamiento antes mencionado, es mi opinión que la palabra "angustia" es más apropiada), Gregory Zilboorg (1933) intentó comprender la forma en que la "ansiedad" se manifiesta sin afectar en muchos pacientes neuróticos y en muchas personas llamadas normales. Zilboorg observó que el afecto a veces resulta en ser tan esquivo que, para evitar que salga a la luz, el paciente puede participar en la simulación de la *expresión motora real* del mismo, con la esperanza de que, como sucede a menudo, se confundirá con la emoción genuina (lo que viene a la mente es el concepto de Helene Deutsch de la personalidad "como si"; Deutsch, 1942). La elusión del afecto de angustia es una modalidad particular de la división del afecto, y su propósito es el de evitar el dolor psíquico. (La autora en este caso tiene razón cuando habla de división y no de disociación, moviéndose así dentro de un contexto teórico diferente del interpersonal.)

Adhiriéndonos al pensamiento de Zilboorg, si tratamos de explicar el fenómeno de la desaparición del afecto desde un punto de vista psicoanalítico, encontramos que existe un punto – entre la proyección de la totalidad de la vida interna en el mundo externo (es decir, el mundo interno proyectado) – en el que el sujeto percibe este mundo interno como si fuera externo. Y este es el momento en el que, gracias a la libertad que el sujeto tiene con respecto al ego, responden con un aumento de tensión a las demandas de este mundo, llegando ahora a ellas desde el exterior. En verdad, el afecto no desaparece. Simplemente se retira del ego, causando así una desaparición de la sensación de peligro. En otras palabras, dado que el tono

afectivo de la angustia es el miedo fundamental, actuando como una medida defensiva del Yo, es el mismo temor de volverse biológicamente superfluo en el momento en que el Yo está ausente.

En resumen, la reacción de angustia se forma, a grandes rasgos, a partir de tres componentes: el contenido ideacional, el tono afectivo (afecto) y la reacción motora. El contenido ideacional también puede apaciguarse por sí solo, cuando se reprimen el tono afectivo y la expresión motora, como es posible observar en ciertas formas de obsesividad. También puede ocurrir que el tono afectivo sea más prominente mientras el contenido ideacional permanezca reprimido, pero en estas ocasiones el acompañamiento motor también estará presente, como, por ejemplo, en cualquier tipo de crisis de ansiedad neurótica; durante el curso de tal crisis, el individuo es consciente de la propia angustia (afecto), y la revela a través de la palidez, el temblor, la aceleración de los latidos del corazón, una frecuencia respiratoria más alta, etc., es decir, por medio del componente motor. También es posible que el componente motor se haga evidente primero, mientras que el contenido ideacional y el efecto de angustia permanecen reprimidos (como en el llanto neurótico, la transpiración de las manos, las convulsiones mioclónicas leves y los tics nerviosos, detrás de los cuales se encuentran ocultos tanto los pensamientos prohibidos como los sentimientos plagados de angustia).

Desde este punto de vista, el miedo sería, por lo tanto, un signo de "la ausencia de sentimiento", y expresaría "angustia sin afecto", o angustia disociada (y aquí estoy seguro de que Zilboorg habría usado la expresión "angustia reprimida") que se manifiesta a través de la sensación concreta de tener miedo a algo. Esta erupción de la angustia como afecto que uno siente sin la necesidad de una referencia a un objeto se convierte así, desde este punto de vista, en una angustia integradora. Recomiendo llamarla "presencia de sentimiento", en oposición a lo otro, la "ausencia de sentimiento" de Zilboorg, que se refiere al dominio del miedo. La entrada en contacto con el dolor presupone la percepción de angustia, señalando la integración del material disociado.

El material clínico que sigue intentará mostrar cómo la aparición de la percepción del sentimiento de angustia puede considerarse un momento decisivo en el proceso terapéutico, el comienzo de una sensación de vitalidad, experimentada como una especie de despertar.

Myriam, Irene y Julia

Myriam me trajo un sueño:

Estoy aquí en análisis, en tu despacho contigo, pero estás a punto de salir con tu pareja -o marido, no estoy segura- a tomar un aperitivo, una ocasión para la que has reunido a todos sus pacientes juntos, con el fin de terminar antes. Así que estaba experimentando una angustia indescriptible. Me sentía muy mal. Te das cuenta de lo mal que me siento, así que te acercas a mí y me dices: "La semana que viene no estaré aquí, pero prometo recuperar la sesión". [Es importante señalar que generalmente nunca hablo de recuperar una sesión. Una sesión perdida es una sesión perdida. Si otra sesión es posible, todo muy bien, pero esa sesión no se puede recuperar. Además, se perdería la siguiente sesión por el enésimo viaje que estaría a punto de emprender. Myriam a menudo falta a las citas programadas.] Inmediatamente me calmo y me siento recompuesta. El dolor insoportable se ha ido porque entendiste que me sentía mal.

Este sueño, que tuvo tras un año y medio de terapia, resalta claramente, más allá de la infiltración de temas edípicos, un tema que ha caracterizado el análisis de Myriam: la necesidad de evitar la angustia. Myriam puede experimentar miedo, pero recurre a todos los recursos disponibles para no "sentir" la angustia a la que está sometida.

Otro ejemplo de mi práctica clínica llama la atención sobre la amplia gama de situaciones que se encuentran típicamente con los pacientes que recurren a modalidades disociativas.

Una paciente, Irene, de 35 años, estaba en análisis conmigo para detectar trastornos disociativos, cuyo ejemplo más reciente había sido una semana entera de sentimientos constantes de despersonalización, durante la cual parecía estar viviendo como si estuviera desapegada, en otro lugar, lejos de donde realmente estaba, un hecho que le proporcionó el impulso para entrar en terapia. Después de unos dos años contó este sueño:

Estoy aquí con ustedes, en una sesión, pero muchas personas, especialmente importantes para mí, también entran: mi familia, mis amigos, y están aquí hablando. La primera vez no digo nada, a pesar de que tenía cosas que decirte, y me molesta un poco. La segunda vez soy consciente de deslizarme cada vez más abajo en mi sillón, hasta que estoy casi completamente estirada, mientras los demás hablan. Entonces, de repente, me levanto y, enfurecida contigo, te digo que los despidas, que recuperaremos estas dos sesiones sin pagarlas, porque las quiero recuperar para mí.

La asociación se refería a la sesión anterior, durante la cual había hablado extensamente sobre su hermana y sobre cómo egoístamente se lo toma todo para sí misma. Irene me dijo que experimentó una pesadilla de haber desperdiciado toda la sesión y se preguntaba por qué yo la había dejado. Por lo tanto, argumenté que era obvio que ella realmente había traído una configuración interna personal a la sesión, una que revelaba un patrón inconsciente, que estaba ocupando una gran parte de su mundo interno.

Después de mis palabras, Irene estaba tan conmocionada que rompió a llorar y me dijo que, de hecho, había vuelto a sentir dolor y una sensación de soledad justo después de la sesión

anterior. De antemano, se había sentido separada de lo que le estaba sucediendo. A lo sumo, en la noche antes de quedarse dormida, algún tipo de emoción se apoderó de ella y tal vez derramó una lágrima, pero luego durmió, y por la mañana nuevamente se sintió desapegada. Pero ahora sentía la necesidad de llorar. Ella estaba experimentando dolor.

Pacientes como Myriam e Irene representan verdaderamente, en mi opinión, la práctica clínica contemporánea, donde nos encontramos con individuos que comunican su desapego, a veces incluso total, de sus propios sentimientos y miedos. Parecen incapaces de entrar en contacto con su propia dimensión existencial, voluntariamente comprometidos como lo están para evitar experimentar su dolor y sufrimiento.

Lo que estamos presenciando aquí es básicamente la disociación del sentimiento que produce angustia, que aparece y se revela al clínico, ya sea a través del desapego o de una simple acción. En cualquier caso, este sentimiento que genera tanto desapego como su opuesto -por ejemplo, una reacción hipomaniaca- resulta estar "ausente", y no es percibido por el paciente. De esta manera, como se mencionó anteriormente, la angustia se puede evitar y, de hecho, parecer "ausente", pero lo que se experimenta es la gama completa de emociones crudas conectadas a ella, como el miedo, el terror, el pánico, el desapego, la apatía y la anhedonia.

Una vez que el material disociado se ha integrado, la tarea del terapeuta consiste en promover un trabajo a través de los problemas a través de los cuales el paciente puede finalmente transformar las personificaciones integradas, que ya no están disociadas. Generalmente hablando, esto sucede gradualmente a través de promulgaciones, que eventualmente se procesan y, en última instancia, se superan (Buechler, 2017; Hirsch, 1998, 2008; Stern, 2003, 2010). Todo este trabajo facilita la percepción de la herida (o heridas) como algo situado en el pasado y ya no en el presente. Por lo tanto, se hace posible recuperar finalmente las partes buenas del objeto primario y reconocer la propia identificación con el objeto primario en sí.

Ahora describiré el sueño de otra paciente, Julia, en su primer año de análisis:

En el sueño hay dos mujeres, una mayor, la otra un poco más joven, de unos 45 años de edad, y una niña en la habitación donde la mujer mayor había sido una vez aislada y golpeada. La mujer mayor está llorando, deambulando y recordando, mientras que la mujer más joven la aprueba y la alienta a desahogar sus sentimientos, declarando que la entiende. El niño, de entre 7 y 9 años, también está deambulando, observando y entendiendo lo que está pasando, pero es libre.

Considero este sueño como un sueño de reestructuración del Yo, en el que es evidente la integración gradual de las personificaciones persecutorias y aterradoras disociadas. El

ambiente de violencia se asocia en la mente de la paciente con la de la casa donde nació. La mujer mayor es, por lo tanto, la mujer desesperada del pasado. La persona de 45 años corresponde al período en el que la paciente se acepta, se entiende y se escucha a sí misma, y en el que comienza a identificarse con su propia madre, a quien la paciente de hecho se ha acercado recientemente. La niña representa la edad de la no memoria. Ahora, sin embargo, el niño siente que está siendo aceptado y entiende todo. Ya no está sin memoria. La niña pequeña ya no está obligada a reprimir; es libre, más allá del conflicto. Este sueño encapsula un movimiento hacia la integración basado en el concepto según el cual el apego fomenta la integración y es una forma de comprensión (Friedman, 1988).

También podemos describirlo mediante el uso de un lenguaje más genuinamente interpersonal. En este sueño, lo que estamos presenciando es la realización de la autoaceptación, a través de la puesta en escena de las personificaciones de las diferentes realidades del Yo, sin la pérdida de ninguna de ellas, y la expresión de todas las narrativas fundamentales de la personalidad del paciente (Stern, 2009, 2013, 2015). Esto demuestra en última instancia esa capacidad de *pararse en los espacios* a través de puentes que conectan creativamente las islas de la construcción, previamente disociadas (Bromberg, 1998 / 2001, 2006).

En conclusión, en una sociedad cada vez más orientada al "hacer" en lugar de "ser", no es de extrañar que nuestros pacientes estén cada vez más dispuestos a utilizar modalidades disociativas, logrando experimentar. miedo. Esto facilita la proliferación de psicoterapias de la variedad protésica, en el sentido rehabilitador y psicoeducativo, aspectos que se prestan a la personificación de la figura de los "doctores de la psique" (hablando de personalidades "como si", como he escrito en otro lugar), dispuestos a intervenir para intervenir en aliviar las heridas lo más rápido posible. Nuestra tarea como psicoanalistas, debería ser, más que nunca, ofrecer la posibilidad de conseguir que los pacientes se conecten con su propia dimensión existencial. De otro modo, celebraremos el fin de la interioridad.

Si el "hombrecito" de Wilhelm Reich (1948) (o los pacientes como Myriam, Irene, Julia y muchos otros), pudiera conectarse con su angustia, rebelándose contra los estrechos confines a los que había sido forzado bajo la dominación del miedo (y aquí radica la función social esencial de nuestra profesión), entonces también podría conectarse con la posibilidad de procesarlo, y fuera del hombrecito podríamos presenciar el nacimiento de una "persona".

Como escribe Piero Francesco Galli (1995, p. 67): "Si mantenemos la creencia de que el psicoanálisis es una práctica irreductible a otros argumentos, que se transforma continuamente a sí misma y a su objeto, entonces el psicoanálisis no está en crisis, pero aún puede provocar crisis".

REFERENCIAS

- Ancona, L. (1972). *L'aspetto dinamico della motivazione, il conflitto psichico e i meccanismi di difesa*. In *Nuove Questioni di Psicologia* (Vol. I, ch. 21, pp. 887–919). Brescia; La Scuola.
- Balint, M. (1965). *Primary love and psychoanalytic technique*. New York: Liveright. First printing 1953.
- Bromberg, P. (1998/2001). *Standing in the spaces. Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bromberg, P. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bromberg, P. (2011). *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. New York: Routledge.
- Buechler, S. (2017). *Psychoanalytic reflections: training and practice*. New York: International Psychoanalytic Books.
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301–321.
- Freud, S. (1888). *Hysteria*. SE 1: 39–58.
- Freud, S. (1892–1895). *Studies on hysteria*. SE 2: 1–313.
- Freud, S. (1894). *On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description 'anxiety neurosis'*. SE 3: 87–116.
- Freud, S. (1920). *Beyond the pleasure principle*. SE 18: 1–64.
- Freud, S. (1908). *Analysis of a phobia in a five-year-old boy*. SE 10: 1–149.
- Freud, S. (1925). *Inhibition, symptoms and anxiety*. SE 20: 77–175.
- Friedman, L. (1988). *The anatomy of psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Galimberti, U. (2008). *Dizionario di psicologia*. Torino: UTET. First printing 1992.
- Galli, P.F. (1995). *La persona e la tecnica*. Milano: Franco Angeli.
- Heidegger, M. (1929). *An introduction to metaphysics*. New Haven, CT: Yale University Press, 1959.
- Hirsch, I. (1998). The concept of enactment and theoretical convergence. *Psychoanalytic Quarterly*, 67, 78–101.
- Hirsch, I. (2008). *Coasting in the countertransference*. New York: Analytic Press.
- Horney, K. (1937). *The neurotic personality of our time*. New York: W.W. Norton, 1994.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: L'Harmattan, 2005.
- Jaspers, K. (1933). *Philosophy*. Vol. 2. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- Kierkegaard, S. (1844). *The concept of anxiety*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1980.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145–174.

- Klein, M. (1948). On the theory of anxiety and guilt. *International Journal of Psychoanalysis*, 29, 114–123.
- Rank, O. (1924). *The trauma of birth*. New York: Harcourt, Brace, 1929.
- Reich, W. (1948). *Listen, little man!* New York: Farrar, Strauss & Giroux.
- Stern, D.B. (2002). Words and wordlessness in the psychoanalytic situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 221–247.
- Stern, D.B. (2003). *Unformulated experience*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stern, D.B. (2004). The eye sees itself: Dissociation, enactment, and the achievement of conflict. *Contemporary Psychoanalysis*, 40, 197–237.
- Stern, D.B. (2009). Partners in thought: A clinical process theory of narrative. *Psychoanalytic Quarterly*, 78, 701–731.
- Stern, D.B. (2010). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. New York: Routledge.
- Stern, D.B. (2013). Relational freedom and therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61, 227–255.
- Stern, D.B. (2015). *Relational freedom. Emergent properties of the interpersonal field*. New York: Routledge.
- Sullivan, H.S. (1948). The meaning of anxiety in psychiatry and in life. In *The fusion of psychiatry and social sciences* (pp. 229–254). New York: Norton, 1971.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H.S. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
- Zilboorg, G. (1933). Anxiety without affect. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 48–67.

Original recibido con fecha: 15/9/2022

Revisado: 30/9/2022

Aceptado: 30/09/2022