

CÓLERA, FURIA Y AGRESIÓN EN LOS ESTADOS DEPRESIVOS *

*Rose Spiegel***

HE ESCUCHADO con gran placer e interés el análisis del Dr. Fromm acerca de la progresión del pensamiento de Freud sobre la agresividad, y sus propias opiniones y clasificación, al igual que el ensayo sobre la agresividad del Dr. de la Fuente.

Considero que la mejor forma de contribuir a esta conferencia sería referir mi propia experiencia y reflexiones sobre el papel de la cólera, la furia y la agresividad, en los pacientes deprimidos. Esto completaría las generalizaciones globales de los fenómenos y las teorías que hemos escuchado, con la experiencia clínica y la observación a largo plazo de una categoría de pacientes, muy variada en sí misma, tal como se presenta dentro de nuestro campo profesional. Nosotros aspiramos a comprender tanto al individuo que recurre a nosotros en nuestro campo de acción, como a la sociedad en general, que forma parte del ambiente de nuestra existencia. Como una contribución a tal funcionamiento bilateral expondremos con respecto a la agresividad, en qué forma nuestras experiencias con la cólera, la furia y la agresividad en personas deprimidas, se relacionan con la transposición de estos afectos y conductas a la escena social más amplia. En esta ocasión nos concentraremos sobre la cólera, la furia y la agresividad como manifestaciones abiertas aunque, en su caso, se estudiará también la forma encubierta y reprimida.

Otro aspecto que llama nuestra atención es la forma en que la clasificación de la agresividad, del Dr. Fromm, se aplicaría a un individuo deprimido cuya agresividad no opera necesariamente en la escena social y, por otro lado, lo que podríamos inferir de este enfoque clínico, que fuese de importancia para la teoría. No prometo explicar estos conceptos, sólo deseo señalar la gama de implicaciones que se desprenden de la exposición de nuestra experiencia clínica.

La cólera y la agresividad, tal como las conocemos en personas deprimidas, se manifiestan en una forma destructiva tanto para el sujeto como para el objeto de los ataques, a la vez que como una experiencia de liberación y afirmación, tanto intrapsíquica como interpersonal. En particular, la furia es un proceso intrapsíquico destructivo. Hay una diferencia cualitativa entre la cólera y la furia, que he comprobado personalmente en las introspecciones de mis pacientes y en mi propia experiencia interna, y que creo ustedes reconocerán por sus propias experiencias. Es por esta razón por la que no utilizo las palabras "cólera y furia" como sinónimos: en la cólera hay una mayor integridad

* Discusión en la *Conferencia sobre la Agresión*, de la Sociedad Psicoanalítica Mexicana, Cuernavaca, México, 1º de septiembre de 1967.

** William Alanson White Institute de Nueva York.

del sentido del *self* y un potencial destructivo mucho menor. La cólera se manifiesta como una intensa llamarada, tras la cual se recupera el equilibrio. La furia tiene una cualidad de exaltación demoníaca dirigida a un objetivo, que puede asociarse con la relación provocada por la acción destructiva. La furia, experimentada plenamente, se apodera de la personalidad, y todos los recursos posibles se utilizan para ponerla en ejecución y racionalizarla; la persona se siente "fuera de sí", como decimos en español, un sinónimo idiomático para explicar una especie de disociación. Y, al contrario de lo que sucede con la cólera, se esconde una intuición subjetiva de que hay algo de irracional en ella.*

Se puede hacer una analogía entre la relación existente en la cólera y la furia con la relación entre el pesar y la depresión.

*La cólera y el acting out: máscaras de la depresión***

Aunque durante largo tiempo se nos ha dicho que hay una conexión muy íntima entre la hostilidad, la agresividad y la depresión, la imagen que tenemos de esta última no incluye la cólera o la furia abiertas. Los autores psicoanalíticos, en su mayoría, incluyen la hostilidad y la agresividad en el carácter esencial, en la psicogénesis y la psicodinámica de la depresión, aunque hay algunas opiniones importantes en contra. En el primer ensayo sobre la depresión, que existe en la literatura psicoanalítica, Abraham [1] comentaba la hostilidad y la ambivalencia en los depresivos. Freud, en *Mourning and Melancholia* [2] interpretó los reproches que el melancólico se hace a sí mismo como traslaciones e introyecciones encubiertas, de hostilidad y ambivalencia a modo de reacción al "objeto de amor" frustrante.

Rado [3] amplió el tema de la hostilidad del depresivo y llegó a designar este elemento en la psicodinámica como "cólera retroflejada", un término afectivo mucho más descriptivo que la hostilidad. Melanie Klein [4] concibió una fase depresiva en el desarrollo humano que tenía lugar en la infancia, fase en la cual el infante experimenta hostilidad y deseos agresivos hacia los padres, con un posterior sentimiento de culpa; concepto que ella presenta como característico de todos los humanos y que también es su paradigma para las psicosis maniaco-depresivas. Aunque la teoría de Rado sobre la psicodinámica de la depresión es parecida a esta última, él no universaliza una posición depresiva.

El concepto de la agresividad está relacionado con la hostilidad del depresivo. La más importante opinión disidente sobre la hostilidad y la agresividad como condición necesaria tanto en la depresión básica como en la fenomenología que se presenta posteriormente, es la de Bibring [5], quien considera

* De una discusión no publicada titulada "Horney's Concept of the problem of Anxiety and its Relationship to the Phenomenon of Violence", presentada por la Dra. Helen Boigon y discutida por la autora el 30 de septiembre de 1964.

** Presentado en la séptima conferencia en conmemoración a Emil A. Gutheil, de la Association for the Advancement of Psychotherapy, de Nueva York, el 30 de octubre de 1966. Reimpreso en el *American Journal of Psychotherapy*, vol. XXI, núm. 3, julio de 1967, pp. 597-606.



la agresividad como un fenómeno secundario que no siempre está presente, opinión con la que concuerdo. Mendelson [6] ha hecho la interesante sugerencia de que existe una confusión semántica en cuanto a que la agresividad se refiera a una tendencia, a energía psíquica, a impulsos, sentimientos o conducta.

Entre los escritores contemporáneos, Bonime [7] tiene la opinión particularmente rigurosa de que “la depresión es una de las *formas* de expresar la hostilidad”, de que la depresión es una expresión encubierta, manipulativa de la cólera y que implica una “punitividad encubierta”. El tema que planteo no se refiere a la frecuencia con que esto ocurre sino a que sea una característica universal y necesaria.

Es digno de atención que la literatura fundamental recién citada, y que se refiere a la naturaleza intrínseca de la depresión, trata la hostilidad y la agresividad en su forma encubierta, sea como causa de la depresión —por así decirlo— o como un elemento componente teórico. Las opiniones sobre la agresividad no incluyen una manifestación inequívoca en la expresión o la acción, ni las consideraciones sobre la hostilidad incluyen la clara emoción de la cólera o la furia.

Jeanne Lampl-de Groot [8] presentó otras perspectivas sobre la agresividad y la depresión: una, la existencia de un eslabonamiento erótico entre los pacientes y, en segundo lugar, su elaboración en el psicoanálisis. Después de una etapa anterior en la terapia, en la cual su paciente tenía amplias fantasías sadistas que culminaban en la erección del órgano y satisfacción sexual, entró a una etapa de agresivas explosiones de material infantil que “emergían en el *acting out*” de desesperación e ira impotente expresada en “llanto, gritos, pisoteos, patadas y golpes sobre el diván”. Existe la implicación de que las explosiones agresivas eran transferenciales, en la afirmación del autor de que “después de una explosión agresiva. . . vimos que el paciente recuperaba, más o menos gradualmente, una actitud positiva hacia el psicoanalista”. Aquí, la cólera y la furia no se presentan como una máscara de la depresión sino como parte de un conflicto de “impulsos eróticos y agresivos” infantiles, lo que puede ser trágico dado que el “estar lastimado o frustrado puede activar un impulso destructivo contra la persona sin la cual el niño no puede vivir: su objeto amoroso”. La curación, según Lampl, viene después de la elaboración y la introspección de las explosiones agresivas en vez de suceder inmediatamente.

Este enfoque es bastante diferente de la observación de Kolb [9] en el sentido de que cuando el paciente deprimido comienza a expresar abiertamente su furia o aun una conducta proyectiva en respuesta a las acciones del terapeuta, inmediatamente después el paciente emerge súbitamente de su ataque depresivo. Kolb considera que tal curso clínico apoya la interpretación psicodinámica de que gran parte de la constelación depresiva se debe a los esfuerzos para reprimir o suprimir la furia. Un importante matiz de diferencia entre las interpretaciones y experiencias de Kolb y Lampl reside en que el primero subraya la respuesta terapéutica positiva derivada, básicamente, de la movilización hacia la furia abierta, mientras que la segunda habla de una curación que sigue a la comprensión de la diferencia entre la situación de la depresión original y la

existente en las relaciones presentes, particularmente con el analista. Sin embargo, en resumidas cuentas, ambos autores han hablado de explosiones de cólera como parte de la “curación” y alivio de la depresión.

Desde otro enfoque metodológico, el presentado por el grupo de investigación de Grinker [10], obtenemos otra perspectiva sobre la depresión y la conducta colérica. Estos observadores, al establecer los factores de los subsíndromes de las depresiones en 96 pacientes, consistentemente clasificaban la ira manifestada ya sea como sentimiento, en forma de gritos, en la utilización de lenguaje despectivo, en la destrucción de objetos o con golpes a personas, como uno de los sentimientos o conductas menos característicos. Lo más cerca que un síndrome llegó a la cólera fue en su factor 4, en que la “conducta actual” del paciente se caracterizaba por falta de comprensión, cólera activa y provocación, con excesivas exigencias y quejas respecto al personal. Aquí encontramos de nuevo la prueba común de que la depresión y la conducta abiertamente colérica son antitéticas. Sin embargo, en su factor 4 se trata de una conducta que muy bien podría enmascarar la depresión y pasar inadvertida por el hostilizado personal del hospital.

Se acerca más al tema de la depresión enmascarada por la cólera y el *acting out*, la sugerencia de Frank Ayd [11], de que la depresión frecuentemente es la base de todos los extremos de violencia como, por ejemplo, el asesinato de una familia completa, rematado por un suicidio, y otros actos similares a los que aparecen en los encabezados de los periódicos vespertinos. Sin embargo, rara vez tratamos en psicoterapia estos extremos, aunque con mayor frecuencia de lo que menciona la literatura, encontramos cólera, furia, agresividad y *acting-out* en estos pacientes.

Aquí nos ocupamos de la cólera y furia abiertas y evidentes, observables en el común de las gentes. Esta manifestación abierta es, en realidad, la máscara de la depresión. Clínicamente, el término “máscara” tiene dos acepciones: la primera, cuando la furia puede conducir al observador a conclusiones erróneas, que le impidan ver la depresión subyacente por lo que, consecuentemente, la terapia no puede concentrarse sobre el núcleo de la depresión; la segunda, cuando el empleo psicodinámico de la furia funciona como una defensa contra la depresión y aun como una máscara para ocultarse a sí mismo que está deprimido.

La furia manifiesta —y su característica más importante es precisamente esta calidad manifiesta— puede tomar varias formas. Su evidencia puede limitarse a ser verbal y expresiva. La violencia de expresión y los vituperios lanzados contra un blanco en el mundo exterior, impropriamente o como un desplazamiento, sigue siendo un *acting out*, debido a su irracionalidad, aunque no se efectúe ninguna otra acción. La violencia verbal y de expresión durante las entrevistas puede ser dirigida hacia el terapeuta, quien a menudo se pierde en su propia reacción emocional provocada por el ataque, particularmente si éste ocurre cuando él no está preparado y se encuentra desconectado por la irracionalidad del mismo. La furia puede sobrepasar el lenguaje y las manifestaciones de afecto y expresarse en una conducta grosera, en la violencia hacia objetos y hacia las personas, o hacia sí mismo, como en el suicidio. La furia y el *acting*



out pueden ser transferenciales o estar dirigidos hacia un sustituto que desplaza el propósito principal del desahogo, a veces con plena consciencia. El patrón clínico durante la terapia puede oscilar de la depresión a la furia y regresar de nuevo, y el paciente obtiene un alivio ilusorio de su depresión al encontrar una justificación para el desahogo de su furia. Cuando son extremos, la cólera, la furia y el *acting out* tienen una calidad paranoide que puede funcionar como una de las máscaras de la depresión. Existe una angustia particularmente crónica por esta máscara, cuando es parte de un engaño intramarital que no reconoce la depresión e intensifica las acusaciones, la defensividad, el desplazamiento, la furia y confusión.

La cólera, furia y *acting out* están ligados a la elación de la condición maniaco-depresiva. Generalmente los eclipsa la elación, que funciona como una máscara de la expresión hostil. A veces, sin embargo, el sentimiento de alegría y disposición a la acción se derivan de la cólera y furia dominantes y que, en realidad, son el combustible de la elación. Es como si la expresión de hostilidad produjera elación. Así, la expresión hostil es una máscara tanto para la elación como para la depresión más nuclear. Un ejemplo bastante prosaico es el proporcionado por una mujer joven que se enfrenta a la depresión precipitada por un embarazo ectópico y que, a la vez, es resultado de una relación marital mutuamente competitiva y exigente. Había periodos de varios días en que esta mujer visiblemente se retraía en la arrogancia en vez de sumirse en la depresión; en que se mostraba imperiosa y rechazaba los intercambios corteses usuales en una sesión; en que expresaba un sentimiento de venganza contra su marido, en un diálogo rápido particularmente hostil con él o aliándose con un pariente antagonista, o permitiéndose gastos extravagantes que ofendían particularmente el sentido de la economía del esposo. Ella estaba consciente de la combinación de "sentirse mala" y de actuar provocativamente.

El desenmascaramiento de la cólera, la furia y el *acting-out* depende frecuentemente de la búsqueda, por parte del terapeuta, de la depresión subyacente (o estación intermedia de la elación) producida por la experiencia primaria de abandono por el ser amado y el resentimiento asociado, que entonces quizá no se exprese como cólera o furia. Sabemos por René Spitz [12] que cuando la madre regresa al niño después de un periodo de depresión "el infante ya no se araña o se golpea a sí mismo. Comienza a morder, arañar y patear a los demás". Lo importante aquí es que la conducta agresiva es parte de la resolución de la depresión. Yo sugeriría además de eso, que en nuestros intentos por comprender tanto la depresión como la constelación cólera-furia del paciente depresivo, consideremos la "máscara", metáfora nuestra, desde el punto de vista de su función para el individuo, como una defensa y como un paso hasta ahora ineficaz hacia la autocuración.

Presentaré tres casos que ilustran la cólera y la furia como la máscara de la depresión, con diferentes precipitantes y diferentes objetos de la cólera.

El primer paciente fue Irving, de 23 años de edad, ingeniero de extracción rusa judía, criado en los barrios bajos de los Estados Unidos durante la depresión económica de 1929. Sus quejas eran: síntomas psicósomáticos, pánico en los transportes públicos, fobia de estar en un elevador y de manejar, temor

de enloquecer súbitamente y animosidad en sus relaciones de trabajo. En el lapso transcurrido entre la entrevista inicial y el principio de la terapia dejó de trabajar.

Mi primer encuentro fue con un joven fornido, rubicundo y de rasgos infantiles que caminó pesadamente por el corredor, entró con violencia al cuarto y habló en voz alta e incisiva, a la vez que golpeaba el escritorio. Sus palabras se sucedían rápidamente unas a otras: un hilo de pensamientos y vituperios a medio expresar que pude seguir sólo concentrándome intensamente. Miraba fijamente hacia adelante y no toleraba interrupciones.

Ponía especial énfasis en los síntomas físicos: bochorno, náusea, vértigo, agudeza de la visión y del oído temporalmente disminuida, sensación de que la cabeza se le desprendería del cuello y de que sus ojos saltarían de sus órbitas. Negó experimentar cualquier emoción. Finalmente mencionó su cólera, que entonces creía dirigida sólo hacia unos cuantos extraños, tales como un trabajador social que una vez visitó a su familia; un antiguo supervisor, quien, según él, era antisemita, y un camionero insolente. Éstos fueron mencionados compulsivamente durante varios meses con largas peroratas sobre las razones por las que merecían castigos fantásticos. Caminaba por la calle con un tibo de plomo en el bolsillo. Durante largo tiempo, la furia fue una característica prominente.

El hermano de Irving, dos años más joven, había sido obligado a conducirlo en automóvil a nuestras sesiones. Después de 8 meses de acompañarlo, el hermano se volvió descuidado y temerario al manejar y le dio por lanzar, en violentas explosiones de cólera, objetos frágiles contra las paredes.

El nacimiento de su hermano había trastornado grandemente a Irving. Durante su infancia se le habló de Caín y Abel, pues a los dos años golpeó a su hermano en la cabeza, con una manija de metal, porque "estaba mordiendo el seno de mamá". Aunque francamente nunca quiso a su hermano, a veces lo sorprendía una ola de afecto por él y de admiración por su atracción, aparentemente gratuita. Se sentía privado de buena comida por culpa de su hermano; recordaba cómo su mamá le quitaba alimentos de su plato para dárselos a su hermano, lo que le ocasionaba dolor y cólera. Irving tuvo muchos episodios violentos, contra el gato de la familia y contra su hermana menor cuando la levantaba "cariñosamente". Sin embargo, nunca destruyó objetos inanimados; desde su más temprana infancia tenía una pequeña caja de herramientas que utilizaba para hacer reparaciones.

Entre los 6 y los 12 años, Irving notó a su madre deprimida. Ella acostumbra sentarse junto a la ventana, esperando tristemente la llegada del padre, y se irritaba contra Irving si aquél se retrasaba. Cuando ella estaba taciturna y malhumorada, Irving insistía en quedarse con ella a pesar de la creciente irritación; otras veces él desaparecía velozmente y se dedicaba a vagar por las calles. Su madre se describía a sí misma como un cordero entre los lobos de la familia del padre, e Irving atacaba a éste, en "defensa" de su madre, para disgusto de ella. Esto tan sólo contribuía a acumular pruebas para calificarlo de malo.



Irving recordó que fue a esta edad cuando tuvo la primera depresión:

Recuerdo que una vez, caminando con mi padre, me dijo: "No será bueno para ti que yo me muera. Soy un hombre viejo." Entonces él tenía 38 años y yo creía que era joven. Mi abuelo se consideraba joven. Yo tenía ocho años entonces y ésa fue mi primera depresión. Recuerdo eso porque leí *Silas Marner*,* donde el padre abandona a la esposa y a la niña. Estuve deprimido por varios años. Durante ese tiempo, constantemente tenía miedo, temía el Infierno; yo mentía, pero, fuera de eso, no sabía por qué sufría. Le tenía miedo a Dios. Otra cosa que contribuyó a mi depresión fue la epidemia de poliomielitis, cuando se me mantuvo en casa, sin dejarme ir a la escuela, durante unas cuantas semanas.

Entre los nueve y los doce años, Irving estaba en una especie de neblina que le impedía oír bien en la escuela y le hacía dudar de estar vivo o muerto. Sentía que flotaba. En esta época, su padre tenía cada vez menos trabajo, su hermana se aliaba con su madre y él sentía que no pertenecía a ninguna parte. En su adolescencia, comenzó a trabajar, entregando la mayor parte de su mísero sueldo a la familia. Cuando la madre se quejaba de carecer de algo, él le compraba un regalo, a menudo algo que ella no había pedido y que era recibido ásperamente y con un sermón sobre la frugalidad. Su trabajo escolar era inconstante, alterando entre calificaciones casi reprobatorias y calificaciones excelentes.

En una carta que me escribió durante las sesiones, la experiencia traumática de la pobreza tiene mucho del dolor, la desesperación y furia que ahora encontramos en los ghettos raciales. Escribió:

Nos hicimos conserjes; sacar botes de basura me estigmatizaba. Me sentía humillado porque no tenía ropa. . . Me enojaban los periódicos y los legisladores que se jactaban de los programas de ayuda al pobre; me irritaban los sindicatos por no exigir una ayuda adecuada; me daban lástima y simpatizaba con los comunistas que eran descalabrados por la policía en las huelgas que exigían más ayuda a los pobres. Consideraba que todos eran egoístas, mezquinos y que sólo pensaban en sus gordas barrigas. Si yo podía trabajar, ¿por qué él no? Si yo podía ir a la escuela nocturna, ¿por qué aquel otro no?, etcétera.

Me preguntaba si alguna vez podría salir de mi pobreza, si algún día llegaría a graduarme; entre otras cosas no me atrevía a aprender a nadar.

Me sentía atrapado emocionalmente y al principio desconocía los medios para escapar. Apenas era humano, no sonreía, era muy taciturno y muchos de mis condiscípulos hacían comentarios sobre mi adusto semblante. . .

Al graduarse en la Universidad, consiguió trabajo en los astilleros de la Marina, preocupándose crecientemente por la autoridad y, sintiéndose discriminado, experimentó furia y buscó un blanco contra el cual dirigirla. Era belicoso,

* *Silas Marner*, novela escrita en 1861 por la inglesa George Eliot.

aunque, de hecho, nunca atacó físicamente a nadie. Ésta fue la condición que lo llevó a la psicoterapia.

Fue poco después de recordar la predicción de su padre sobre su muerte, cuando Irving descubrió que su bochorno se debía a la cólera y la humillación que sentía ante el hecho de que su padre era un bravucón que nunca podría enfrentarse a alguien. Su padre era "desconsiderado" con él; eso fue a lo más que llegó Irving al hablar de afecto. "Consideración" era su forma de referirse al amor. Hacía mucho tiempo que había abandonado la idea de recibir amor; creía que eso sería servil, aunque en su interior envidiaba y se encolerizaba con su hermano, porque éste recibía "terapia musical", o amor, acto expresado por su padre cuando éste encendía el radio para que su hermano lo escuchara. La relación con su padre contribuyó a la depresión y a la furia de Irving.

Cuando estoy reñido con mi padre, y él entra a la casa, me siento tranquilo; todo lo que él hace huele a violencia y veneno. Temo ser atacado, me angustio, tengo jaquecas y mis manos tiemblan, pues temo que responderé si me ataca. . . Después me siento culpable de mis sentimientos y acciones, es decir, me siento culpable de no ser un buen hijo, ni un consuelo para mi padre, para animarlo y estar de acuerdo con él.

Tenemos en este joven, con los síntomas psicósomáticos mencionados, la furia como emoción y como *acting out* verbal, una depresión muy profunda, cuyas raíces fácilmente se pueden seguir hasta la edad de dos años y con determinantes provenientes de varias direcciones: la *intrafamiliar*, con la depresión de la madre, los depresivos temores hipocóndricos del padre respecto a la muerte y sus frustrantes provocaciones, el nacimiento del hermano y la torpeza con que los padres manejaron las relaciones entre los hermanos; la *sociológica* y la *económica*, expresadas en la abyecta pobreza de la familia en una época de crisis general.

La furia de Irving era un grito de angustia debido a la frustración en el amor y la estimación propia; era un ataque contra la injusticia surgido de la injusticia original de la privación de amor y después desplazado hacia el mundo exterior, por no admitir la furia hacia el padre y la madre.

¿Qué función desempeñaba su expresión y las racionalizaciones que la sustentaban? Le daba un sentimiento de poder y competencia que él prefería sobre la pasividad y la inercia de la depresión evidente; le daba un sentido al mundo al proporcionarle un punto de referencia para lo que debiera cambiarse en él; le impedía pedir suavidad y exponer su propia blandura a la amenaza de la repulsa, lo que lo alejaba de la ternura que ansiaba.

En la situación terapéutica, era más prometedor tratar con sus ansias de ternura y la forma en que éstas habían sido frustradas, que de atacar frontalmente sus defensas de poder y furia.

Mi segundo ejemplo es el de Emilia, de 28 años de edad, estudiante de medicina, con todos los privilegios externos: riqueza, familia talentosa de elevada posición social, atractiva, muy inteligente, pero acongojada por un amorío frustrado. Había tenido experiencia previa en terapia de grupo y una experiencia transitoria con un famoso y competente psicoanalista por quien ella había espe-



rado durante cinco meses y quien, cuando las entrevistas comenzaron, no pudo soportar la efusión de furia que llenaba las sesiones.

La furia variaba de ataques al joven que la había engañado a ataques al analista. El terapeuta la consideró como una mujer hostil a los hombres, que respondía mejor al tratamiento por una analista.

Emilia inició la entrevista conmigo con una descarga enfurecida de vituperios contra una serie de personas que ahora incluía al analista que la mencionó, al novio que la abandonó, al novio actual que dudaba ante el compromiso de casarse con ella, a su madre y a su padre. A pesar de lo difuso de esta furia, manifestaba esencialmente la frustración de no poder establecer una relación duradera con un hombre y que culminara en el matrimonio y los hijos: el tipo de agitación depresiva de que sufren algunas mujeres y que he descrito en otra parte.*

El *acting out* de Emilia incluía los altercados en los que se enfrascaba con el personal de su escuela y su dificultad para dedicarse a sus estudios, ante su furia extrema. Los altercados y la furia eran una amenaza a sus nuevas relaciones con los hombres, lo que se oponía a sus propias metas.

Consideré que la violenta furia, precipitada al ser abandonada por el primer joven con el que tuvo relaciones amorosas durante varios años, era una depresión reactiva. Había sido sensibilizada a la sobrerreacción al trauma por el anterior abandono de la familia por el padre, cuando ella nació. El padre negó que los hijos fueran suyos; y su última acción, durante la adolescencia de Emilia, fue la de desheredarlos. Su madre, en su subsecuente vida errante, le ofreció todo, excepto una vida estable, por lo que Emilia soñaba con fundar una familia propia. En consecuencia, mi concepto terapéutico no fue el de que ella era hostil a todos los hombres, sino que se sentía muy angustiada ante el abandono y tenía una incapacidad infantil para tolerar la frustración. Sobre esta base, se formaron gradualmente nuevas relaciones, con logros evidentes en la Universidad, el matrimonio y, más tarde, un hijo, remplazando la rabia de las furias por una cólera bien canalizada.

Mi tercer ejemplo es el de un escritor creador, cuyos problemas manifiestos eran un fracaso en la creatividad, un fracaso en su relación marital firme y cuya furia evidente se puso de manifiesto desde nuestra primera entrevista y que, frecuentemente, constituía para él un problema en el mundo exterior. En su furia, gritaba su desesperación por sí mismo, por su mujer que no le concedía cuidados, por todas las personas pasivas desconocidas, en las que uno no puede penetrar, por su padre, pagado de sí y explotador, y por el destino que lo había traicionado. Una vez se dañó el puño al golpear con furia, y en sus violentas discusiones con su esposa sobrepasó todos los límites a los que podía llegar. Una vez, tras un acceso de violenta furia con su padre, chocó contra un árbol.

Sin embargo, había utilizado la furia como combustible para la creatividad cuando el objeto de sus ataques estaba desligado de él y tenía significado más

* "The Role of Father-Daughter Relationships in Depressive Women", en *Science and Psychoanalysis*, Jules Masserman, Ed. Grune and Stratton, Nueva York, 1966. También: "Depressions and the Feminine Situation". En *On Female Sexuality*. Adelphi College Symposium (en prensa).

amplio en la sociedad. La furia frecuentemente se manifestaba como una explosión de su depresión por su creatividad disminuida, que en sí expresaba una depresión más profunda por sus relaciones con su familia inmediata y sus más viejos amigos.

La furia funcionaba como una forma de sentirse vivo, de movilizar energías fuera de la lasitud de la depresión y le ayudaba también a dirigirse hacia los otros —aunque esto seguía siendo patológico— en vez de permanecer encerrado en sí mismo en la inercia de la depresión. Esto concuerda con la opinión de Kolb, quien considera que el cambio de la furia introyectada a la proyectada es una mejoría.

Éstas son unas cuantas de las experiencias clínicas en las que la furia es el síntoma dominante que oculta la depresión subyacente. El *acting out* de la furia de algunos de mis pacientes se expresaba violentamente en la forma en que conducían sus automóviles. Por ejemplo, una joven que se molestó con su amigo por no darle toda la atención que ella exigía, chocó contra otro el auto del amigo, al estacionarlo, dañando a ambos. El acto de lanzar el coche contra un árbol, manejando en un estado de furia —que mencionamos arriba— fue algo así como un acto de violencia dirigido hacia su padre, aunque con el peligro de la autodestrucción; un *acting-out* de la furia que podría haber acabado con él en forma suicida. Y, qué duda cabe, algunos suicidios evidentemente fueron la consumación de la furia contra el *self*, en un acto de odio y menosprecio por sí mismos. Éstas son acciones destructivas burdas y, con seguridad, ocurren otras más sutiles, sobre todo verbalmente o en "accidentes".

Se ha afirmado frecuentemente que la psicodinámica esencial de la furia es la angustia extrema, o una expresión de hostilidad o la proyección de un sentimiento de culpa. Sin embargo, la función de la furia, de acuerdo con las necesidades de la personalidad, debe establecerse de nuevo para cada paciente. Me gustaría enfocar la atención sobre el primero de los tres casos que detallé anteriormente y con el que no me he topado en otros lugares: esto es, la movilización de la energía por la furia.

El sufrimiento por la depresión de retardación tiene muchos elementos: uno es el bajo nivel de energía que impide la actividad productiva, el movimiento corporal, el movimiento del pensamiento: es decir, hay una experiencia subjetiva de sufrimiento que corresponde con lo que conocemos como retardación. Si el paciente es de las personas para quienes la efectividad en el trabajo es un valor importante, puede sufrir más angustia por la falta de agilidad. La cólera y la furia, simplemente como estados emocionales y psicológicos, operan desde un nivel de energía superior y dan un sentimiento de poder en el nivel psicósomático, sea o no en términos de interacción interpersonal.

La cólera y la furia en la depresión agitada, que reconocemos más como una atmósfera que como un despliegue de emoción, son fútiles porque la energía no se concentra. Pueden ser comparadas, en una analogía con la medicina interna, con los *circus*, movimientos ineficaces del corazón en la fibrilación auricular, en contraposición a los impulsos organizados, movilizados en el latido normal. Esta función de la cólera y la furia difiere de su significado psicológico y su psicogénesis.



Otro aspecto que se refiere a la manifestación de la cólera manifiesta depende de los valores de la persona. Para algunos, la cólera y la furia son expresiones tabúes cuya manifestación está llena de un sentimiento culpable y de una intensificación de la experiencia depresiva. Para otros, la cólera y la furia no son una experiencia desagradable y no están asociados con la culpa. Factores como éstos contribuyen a lo que se puede llamar la elección del síntoma, es decir, la elección de la máscara.

El reconocimiento de que la depresión subyace a la cólera, la furia y el *acting out* enmascarados, promete ser útil a un sector más amplio de pacientes, mediante el diagnóstico más preciso, cuyo reconocimiento está implícito —y un mayor ingenio por parte del terapeuta, menos impresionado por su encuentro con la furia irracional.

Además de los casos discutidos, un caso que me viene a la memoria se refiere a la agresividad gozosa de una joven con un agudo episodio psicótico esquizo-afectivo, al cual se le podría aplicar el término de “agresividad sadista”, del doctor Fromm. Esta mujer, prometidora escritora y maestra universitaria, hace dos años inició conmigo la psicoterapia por una depresión agitada, precipitada por una efímera aventura amorosa con un hombre casado. En su continua búsqueda de una relación que terminara en el matrimonio, tuvo otro romance con un hombre que no se sentía comprometido con ella, y en el cual ella sufrió un repentino ataque psicótico caracterizado por una fuerte elación y la ilusión de que su matrimonio era inminente. El ánimo exaltado progresó hacia una conducta de violencia verbal y física, que era gozosa, maliciosa, impredecible, colérica y desenfrenada. Primero había golpeado a transeúntes y más tarde a los asistentes del hospital que la atendieron, al igual que los muebles.

Con el apaciguamiento de esta aguda psicosis, después de varias semanas, y la reanudación de visitas al consultorio para la psicoterapia, la paciente pasó ágilmente a través de la siguiente serie de actitudes ante su violencia. Al principio informó, aún gozosa, de sus aventuras al atacar y derrotar, astutamente, a aquellas personas que trataban de calmarla o darle medicinas; después, se preocupó sobre su aún reciente placer en la violencia, que todavía experimentaba; más tarde, el gozo y la violencia parecían ajenas a ella. Finalmente, reinició su deliberación sobre los problemas más graves y alcanzó el cuerdo reconocimiento de que existían pocas bases en la realidad para que aquel hombre cumpliera su fantasía.

Lo que es notable en este caso es que, en la enfermedad, el gozo y la violencia no estaban inhibidos ni por el control del yo ni por los valores del super-yo. El ánimo y la conducta destructiva eran una distracción de la persona hacia quien la frustración y la cólera eran racionalmente más apropiadas. La imagen que ella tenía de él siguió siendo sobrevalorada, a expensas de lo que parece ser un desplazamiento sobre los demás.

¿Podemos hacer una analogía de tal experiencia clínica y afirmar que el dolor de la frustración (he aquí la ambigüedad de ser amado) cuando no es resuelto en relación al amado, es desplazado hacia una periferia más amplia que incluye a personas sin conexión real con el frustrado y está apoyado por la racionalización? ¿Que esto, entonces, es un tipo de transposición de la ex-

periencia privada e individual a la acción en un campo más amplio? Lo que se sugiere aquí es que, debido a su furia depresiva, el despojado puede expresar de manera compulsiva una *agresión sadista* y que, si el dolor, el desplazamiento y la racionalización que lo apoya son muy grandes, y la conexión con el amor frustrado, el gozo festivo y el retorno de los controles del yo y del super-yo son eliminados por completo, la agresividad puede ser de tan absoluta inexorabilidad como para ser designada con el término de *agresividad necrofilica*, del doctor Fromm.

Basándose en tales experiencias clínicas (incluyendo la del paciente Irving en el texto) se puede lanzar la hipótesis de que, con bastante mayor intensidad, la agresividad sadista puede progresar a la agresión necrofilica.

Partiendo de este tipo de experiencia no podemos contestar la pregunta de si hay ejemplos de la agresión necrofilica que estén relacionados con factores más innatos. Quizá la observación —con igual minuciosidad psicológica y psicoanalítica— de otros trastornos de la personalidad, ánimo y conducta de aquellos individuos que comúnmente no recurren a la psicoterapia, pueda contribuir al esclarecimiento de esta cuestión.

REFERENCIAS

- [1] Abraham, K., “Notes on the Psychoanalytic Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions”, en *Selected Papers on Psychoanalysis*. Hogarth Press, Londres, 1911.
- [2] Freud, S., “Mourning and Melancholia”, en *Collected Papers*, vol. 4, Hogarth Press, Londres, 1917.
- [3] Rado, S., “The Problem of Melancholia”. *Int. J. Psycho-Anal.*, 9: 420, 1928.
- [4] Klein, M., *Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945*. Hogarth Press, Londres, 1948.
- [5] Bibring, E., “The Mechanism of Depression”, en *Affective Disorders*. Greenacre, P. Ed. International Universities Press, Nueva York, 1935.
- [6] Mendelson, M., *Psychoanalytic Concepts of Depression*. C. C. Thomas, Springfield, Ill., 1960.
- [7] Bonime, W., “The Psychodynamic of Neurotic Depression”, en *The American Handbook of Psychiatry*, vol. 3, Arieti, S., Ed. Basic Books, Nueva York, 1966.
- [8] Lampl-de Groot, J., “Depression and Agression”, en *Drives, Affects, Behavior*. International Universities Press, Nueva York, 1953.
- [9] Kolb, L., “Psychotherapy in Management of Depression”, en *Aspects of Depressive Illness*. Maddison, D. C., y G. M. Duncan, Eds. E. & S. Livingstone, Edinburgh & Londres, 1965.
- [10] Grinker, R. R., Sr. et al., *The Phenomena of Depressions*. P. B. Hoeber, Nueva York, 1961.
- [11] Ayd, F. J., Jr., *Recognizing the Depressed Patient*. Grune & Stratton, Nueva York, 1961.
- [12] Spitz, R., “Agression: Its Role in the Establishment of Object Relations”, en *Drives, Affects, Behavior*. Loewenstein, R. M., Ed. International Universities Press, Nueva York, 1953.

