

Fisher S., "Body Image in Neurotic and Schizophrenic Patients." *Arch. of General Psychiatry*, vol. XV, núm. 1, julio de 1966, pp. 90-101.

Se hace un intento para determinar las percepciones corporales que caracterizan al paciente psiquiátrico. El presente trabajo tiene por objeto evaluar los hallazgos de estudios previos. Se estudia la frecuencia en que se presentan sensaciones corporales distorsionadas en pacientes psiquiátricos. Los pacientes contestaron el Cuestionario de Experiencias Corporales (B.E.Q.), el cual explora las percepciones corporales anormales. Se encontró un número relativamente alto de imágenes distorsionadas, tales como la percepción de que el cuerpo es pequeño, pérdida de los límites del cuerpo, sensación de oclusión de orificios normales y sensación de cuerpo sucio y cambios y aberraciones en el tamaño del cuerpo. En contra de los reportes clínicos, la despersonalización no fue un hallazgo significativamente elevado en neuróticos y esquizofrénicos. Se exploró el problema global de cómo los padecimientos psiquiátricos afectan la percepción del volumen y tamaño corporal. El autor encontró que los pacientes esquizofrénicos "sienten" como si su cuerpo se encogiera o que es asombrosamente pequeño. Propone el autor que cuando a estos pacientes esquizofrénicos, que "sienten" su cuerpo pequeño, se les pregunta que estimen su tamaño corporal mediante un juicio previamente estipulado para este propósito, generalmente exageran su tamaño corporal en un intento de compensar la "sensación" de pequeñez. Otro problema investigado se refiere a la frecuencia con que los pacientes "tocan" varias áreas de su propio cuerpo. Se puede presuponer que

el concepto del cuerpo individual toma un papel importante en el tipo de ademanes y de "tocamientos" que el paciente presenta. El objetivo final del estudio es el determinar si los esquizofrénicos y neuróticos difieren en su alertamiento en sectores específicos de sus cuerpos. Un Cuestionario de Experiencias Corporales (B.F.Q.) se planeó para medir dicho alertamiento en diferentes áreas del cuerpo (cabeza, corazón, brazos, etc.) en términos de que el paciente escoja la predominancia de un órgano sobre otro con respecto a sus sensaciones (ejemplo: corazón vs. brazo). Se utilizaron 20 pacientes masculinos con diagnóstico de neurosis y 45 con diagnóstico de esquizofrenia, y 20 pacientes femeninas neuróticas y 46 esquizofrénicas, con edades de los 18 a los 45 años, con preparación escolar correspondiente a la secundaria (octavo grado), y que no habían recibido tratamiento electro-convulsivo cuando menos 6 meses antes del estudio. El 67 % de los pacientes estaban tomando tranquilizantes cuando se les estudió. A los pacientes neuróticos se les escogió de edades entre los 18 y 45 años, cursantes del octavo grado (secundaria); el 50 % de ellos estaban bajo medicación tranquilizante. Se empleó un B.E.Q. o Cuestionario de Experiencias Corporales, que lo integran: 82 frases previamente establecidas que se refieren a varias categorías y clases de distorsiones de imágenes corporales (agrandamiento, cuerpo sucio, sin límites, despersonalización, etc.); el paciente contesta sí o no. Se investigaron los conceptos que tiene de su cuerpo: la idea de su estatura, del tamaño de sus vísceras (con los ojos cerrados), de lo que miden 12 pulgadas, con los ojos cerrados, etc. Se plantearon varias hipótesis: en la esquizofrenia, descrita como una regresión a la etapa oral, debe ponerse una

mayor atención a la boca y al estómago en comparación con las neurosis; pero el B.E.Q. demostró que no es así. Los esquizofrénicos paranoicos se han descrito como propensos a la suspicacia de "qué hay detrás"; el B.E.Q. demostró que los ojos y la espalda no tienen gran significación para ellos. Los grupos de neuróticos y esquizofrénicos tienen distorsiones corporales marcadas, comparados con grupos controles, y con mayor frecuencia dan datos de que se han "encogido" y perdido sus límites. En las pacientes femeninas predomina la sensación de oclusión de los orificios normales. No se encontraron sensaciones de agrandamiento, despersonalización o sensibilidad cutánea especial; pero sí se halló un aumento de sensación de cuerpo sucio en hombres. El grado y la naturaleza de las experiencias corporales distorsionadas parecen tener una misma relación con el estado clínico, sintomatología o cronicidad, pero una relación mayor con la desorganización tanto en hombres como en mujeres esquizofrénicos; los esquizofrénicos que tienen mayores distorsiones corporales son los más desorganizados. La actitud de "auto-tocarse" es más elevada en esquizofrénicos hombres que en los neuróticos; no se encontraron diferencias marcadas en mujeres.

R. CASTAÑEDA G.

Hawkins, David R. y Joseph Mendels, "Sleep Disturbance in Depressive Syndromes". *The American Journal of Psychiatry*, vol 123, núm. 6, diciembre de 1966, p. 682.

Los autores empiezan afirmando que el trastorno del sueño es el más consisten-

te y angustioso rasgo de los desórdenes depresivos.

Después transcriben las opiniones al respecto, de Noyes, Koff y Arieti en sus libros de texto. Este último apunta que la reducción del sueño es sólo uno de los síntomas accesorios a la depresión.

A continuación hacen una revisión de los estudios más importantes que se han hecho en relación a este problema, aunque subrayan que la comparación precisa entre estos estudios es imposible, pues sólo se pueden ver tendencias generales. Esto es cierto no sólo por las diferencias existentes en procedimientos de diversos laboratorios en términos de técnicas, pacientes y recolección de datos, sino más que todo por la falta de similitud en los grupos de población.

Se pueden hacer resaltar los estudios de Mendels, quien relacionó cien pacientes deprimidos, programados para terapia electroconvulsiva, sin hallar relación precisa entre este síntoma y la reacción a dicho procedimiento, y los estudios electroencefalográficos de Díaz-Guerrero antes del descubrimiento de la fase de movimientos rápidos de los ojos en el sueño. Encontraron que los trastornos del sueño son mayores en los pacientes deprimidos que en los sujetos normales; asimismo revisan otra serie de estudios en los que se enfoca el problema desde varios puntos de vista.

Los autores efectuaron su estudio en 21 pacientes deprimidos adecuados para incluirlos en series de comparación con controles e investigaciones de otros centros.

En todos los pacientes encontraron que había un aumento en el periodo de latencia del sueño y un mayor insomnio en los pacientes deprimidos que en los sujetos controles. Los hallazgos respecto a la primera etapa REM (movimiento oscilatorio de los ojos) son variables

pero tienden a indicar una disminución en sujetos con depresión.

El más importante descubrimiento fue el de las alteraciones en la IV etapa REMP. Opinan que el insomnio tardío todavía está sujeto a discusión.

C. SERRANO

Lemere, Frederick, "The Danger of Amphetamine Dependency". *American J. Psychiatry*, vol. 123, núm. 5, noviembre de 1966, página 562.

El autor afirma que a pesar de estar invadida la literatura médica de advertencias acerca del peligro de la dependencia a la anfetamina, el efecto perjudicial de su abuso crónico no ha sido generalmente advertido. Informa que hay un aumento en el número de personas jóvenes, que por curiosidad, entre otras razones, experimentan con esta y otras peligrosas drogas.

El gran número de pacientes que toma anfetaminas por fatiga, depresión o para bajar de peso, contribuye al aumento de adictos en potencia.

El excesivo consumo de anfetaminas puede producir serias complicaciones psiquiátricas, desde severos desórdenes de la personalidad hasta psicosis crónicas.

Se hace una revisión de este problema en Japón donde fue usada la droga ampliamente durante la guerra, calculándose que en 1954 había 200 000 adictos en ese país. De su experiencia se concluye que hay evidencia de un daño orgánico cerebral permanente en estos casos, hecho que se ha corroborado por estudios efectuados en animales.

El autor recomienda se efectúen controles estatales de uso de esta droga y

aconseja que por el peligro potencial de las anfetaminas, sean prescritas con precaución y bajo estricta supervisión.

C. SERRANO

*The International Journal of Psychoanalysis*, vol. 47, partes 2 y 3, 1966.

Este número de la revista contiene lo fundamental del vigésimo cuarto Congreso Internacional de Psicoanálisis llevado a efecto del 25 al 30 de julio de 1965.

La primera página contiene una advertencia de la dirección de la revista de que dicho congreso dedicó atención especial a la neurosis obsesiva. Por otra parte es interesante observar que también se señala que el caso "El hombre de las ratas", de Freud, fue tomado como núcleo alrededor del cual habrían de desarrollarse los trabajos de los diferentes autores que participaron en el Congreso. Así, el lector encontrará que este ejemplar de la Revista está fundamentalmente dedicado a la neurosis obsesiva, con un total de 16 trabajos.

Ana Freud participó en el Congreso y tuvo un papel significativo en tanto que se le encomendó que guiara los puntos de vista centrales sobre ese cuadro neurótico. Es ella quien abre el asunto y en forma ordenada y sistemática va implantando ordenamientos y preguntas que constituyen el esquema a seguir por los demás concurrentes.

El primer punto sobre el que discutir es el concepto de la neurosis obsesiva y adelanta una idea que más que definir precisamente amplía los criterios, situando el problema dentro de un amplio marco. Prefiere un concepto clínico que la define como una clase de conste-

lación mental que se extiende desde *ego* sintónico y casi normal hasta una severa perturbación neurótica colindante con la esquizofrenia. Enfoca dos extremos, puesto que se apresura a declarar que si en uno de los cabos lo obsesional es una forma de estabilización de la personalidad, en el otro se convierte en algo devastador e invalidante.

Inmediatamente después adopta un criterio dinámico y opina en forma rotunda que el contenido del *id* es el fermento patológico ya que nunca en su experiencia clínica ha dejado de encontrar impulsos pregenitales que pueden clasificarse en fálicos y sádico-anales.

También a los mecanismos de defensa otorga una calidad de elementos nunca faltantes en la neurosis obsesiva; negación, represión, regresión, reacción formativa, aislamiento, anulción, pensamiento mágico, duda, indecisión, intelectualización, racionalización.

A pesar de esta larga lista que parecería un cúmulo poco distintivo, no se olvida de señalar brevemente que estos mecanismos de defensa adoptan combinaciones dentro del área del proceso del pensamiento.

En cuanto a las condiciones que "favorecen" la aparición de los cuadros obsesivos, los puntos de vista de Ana Freud coinciden con las concepciones de la literatura freudiana. Es decir, pueden existir dos condiciones favorecedoras: una, la maduración muy rápida del *ego* y otra la regresión a etapas sádico-anales. En el primer caso el *ego* y el *super-ego* se encuentran muy por delante en evolución y son decididamente intolerantes a los impulsos primitivos. En el segundo caso, además de la regresión, el *ego* y el *super-ego* han conservado sus normas morales y estéticas resultando también una intolerancia a las pulsiones fálicas y sádico-anales.

Hay otro énfasis de Ana Freud en la psicodinamia de la neurosis obsesiva; se trata del fenómeno de la ambivalencia amor-odio. Hace una analogía de lo que sucede en la bisexualidad. Nos informa que ella existe en forma normal en todos los seres humanos. Pero dentro de lo que pudiera nombrarse "normalidad" hay una fusión sintetizadora tanto de esa bisexualidad (masculinidad, femineidad) como del aspecto de amor-odio. Y esta fusión sintetizadora, normalizadora, ocurre cada vez que las pulsiones inconscientes amenazan con hacerse conscientes.

Sucede según las propias palabras de Ana Freud que esta función regularizadora y de síntesis hacia la normalidad falla en el caso de los neuróticos obsesivos.

Sigue inmediately la pregunta del porqué de esta falla. La autora confiesa que en realidad es un asunto poco resuelto pero que parece más factible que cuando existen excesivas cantidades de agresión dirigida contra el *self*, el individuo rompe consigo mismo y desarrolla una preferencia por luchar contra sí en vez de buscar una armonía interna. No queda aquí la cosa, sino que este fenómeno aumenta la ambivalencia normal y las corrientes ambivalentes son usadas para perpetuar los conflictos internos.

Así, en el obsesivo los propósitos se oponen entre sí tanto en su interioridad cuanto a los objetos externos, de esto se deriva que habrá pensamientos y actitudes hostiles tanto hacia el medio ambiente como para el sujeto mismo.

En los puntos avanzados de su escrito Ana Freud se refiere a las relaciones de la madre con el niño. Acepta que es cierto que la falta de una relación saludable basta para producir una neurosis y hasta una psicosis, pero que si lo pensamos bien "cualquier" cuadro podría