

pos básicos: la histeria y las neurosis obsesivo-compulsivas, negando la individualidad de las neurosis de angustia, que son sólo momentos de ruptura de los sistemas defensivos del paciente. Traza la dinámica de estas neurosis, haciendo énfasis en el nuevo concepto sobre la neurosis obsesivo-compulsiva en relación con ciertas experiencias infantiles como son las de los padres con conducta incoherente que dan lugar a la concepción del mundo como una "ambigüedad universal". La histeria significa existencialmente la cesación de la vida individual; la neurosis obsesiva la ambigüedad de la vida humana.

Estos puntos centrales de la dinámica son considerados para la labor psicoterápica fundamentales, ambos tendiendo a evadir el crecimiento de la persona y negar responsabilidad.

En cuanto a los principios de psicoterapia, enfatiza que más que buscar síntomas deben localizarse unidades dinámicas amplias sobre los modelos de conducta, pensamiento o emoción del paciente. Por ejemplo, la eyaculación precoz debe ser investigada sólo como un caso de la impaciencia general del paciente, o del miedo de hacer algo prohibido.

El método de exploración debe centrarse sobre la situación vital presente, cuidando de relacionar siempre la vida pasada con la presente, haciendo notar que muchas veces lo pasado no es eso, sino que aún es presente dentro del subjetivismo. El psicoterapeuta debe estar siempre atento a dos campos: el detalle, y el todo.

Partiendo de su punto de vista de organización dual de la neurosis, reconoce 3 grandes etapas en la psicoterapia; la primera donde el patrón neurótico es el dominante; la segunda, que es crucial: la lucha por la decisión. Y la tercera, donde predomina ya el modelo sano de desarrollo.

En la segunda fase la culpa y la ansiedad forman los principales obstáculos. Habla del "drama de la psicoterapia", diciendo que nada hay peor que un terapeuta soñoliento que escucha a un paciente soñoliento; debe haber un clima de vivacidad y vida en toda la hora de tratamiento; esto no necesariamente quiere decir que se tiene que hablar, también hay un silencio activo muy útil en ciertos momentos.

La tercera fase o "marcha a la salud" ofrece problemas graves; hasta entonces el paciente aún no sabe cómo solucionar muchos problemas y piensa como muchos "que el leopardo nunca podrá cambiar sus manchas" o bien dice que "sólo un milagro le podrá hacer cambiar", y está en lo cierto, no en el sentido de algo sobrenatural, pero sí en el sentido de algo fuera del sistema antiguo ya establecido y que siempre lo había visto como imposible, o simplemente como ni siquiera pensado. Las cualidades del yo dejan de ser percibidas como rigidamente aisladas del resto de la personalidad y favorecen la re-identificación con el nuevo Yo que está naciendo en ese momento. Paralelamente aumenta su introspección de totalidades como aquel que llega a sentir "que su vida está edificada sobre bases vacilantes". Una vivencia de este tipo conduce a su reformulación vital.

Finalmente se llega a la emergencia del "yo real", no como una entidad preformada y mística, sino como la acción del ambiente sano que mejora las potencialidades innatas de la persona.

El libro muestra casi desde la primera hasta la última página un ejemplo estimulante de perspicaces observaciones clínicas y un sólido sentido y concepción humanista.

L. A. GAMIOCHIPI

Breggin, Peter Roger, "Sedative-like effect of epinephrine", *Archives of General Psychiatry*, vol. XII, núm. 3, marzo de 1965, pp. 255-259.

El autor hace una revisión de la literatura concerniente a la epinefrina como productora en el ser humano de un efecto de fatiga y somnolencia y hace patente que si con anterioridad se pensaba que la epinefrina producida en estados de ansiedad daba los síntomas anotados, el mecanismo de producción de los mismos no es el expresado en estudios anteriores. Revisa también los estudios efectuados en perros por Feldberg y Sherwood y los practicados en gatos por Sharpless.

Puntualiza que la barrera hematoencefálica es la base central para comprender los efectos de la epinefrina, y señala que los experimentos efectuados en pollos pusieron de manifiesto que existía un efecto depresivo de la epinefrina antes, pero no después de la maduración de la barrera hematoencefálica. Otros estudios han mostrado que con inyección de epinefrina en el líquido cefalorraquídeo, la respuesta se presenta a los 30 minutos aproximadamente y que esto se comprueba marcando radioactivamente la epinefrina, con lo que se observa que este lapso corresponde al tiempo en que esta sustancia atraviesa la barrera hematoencefálica. La epinefrina marcada es detectada en el hipotálamo. Vogt ha observado que la secreción de epinefrina en la suprarrenal es acompañada de una depleción de epinefrina en el hipotálamo.

El hipotálamo tiene una doble función competitiva y antagónica; ergotrópica y trofotrópica, simpática y parasimpática. Hace hincapié en la evidencia de

que la epinefrina produce un efecto retardado de la activación parasimpática compensatoria en el ser humano.

La epinefrina secretada durante la activación ergotrópica del hipotálamo actúa como un circuito cerrado hormonal en el hipotálamo para producir la activación compensatoria trofotrópica, por lo tanto inicialmente hay una respuesta ergotrópica con síntomas simpaticomiméticos y posteriormente la respuesta de activación trofotrópica con síntomas parasimpaticomiméticos caracterizados por fatiga; sin embargo, esto no es constante en todos los sujetos estudiados, por lo que el autor piensa que la permeabilidad variable de la barrera hematoencefálica de individuo a individuo es un aspecto importante y que la epinefrina secretada durante los estados de ansiedad puede actuar como circuito cerrado hormonal del hipotálamo, resultando compensatoriamente síntomas de sedación y fatiga.

L. SOLÓRZANO

Stenback, Assir, "Object loss and depression", *Archives of General Psychiatry*, vol. XII, núm. 2, febrero de 1965, pp. 144-51.

El estudio fue planeado con el objeto de investigar la importancia y significado que tiene la pérdida de objeto con la iniciación de la depresión y su relación con la edad del sujeto deprimido.

La pérdida de objeto se definió como el proceso que, teniendo lugar externa o intrapsíquicamente, resulta en la pérdida de interés en los objetos con la consiguiente interrupción del papel que los mismos tienen en la vida del sujeto.

En 86 historias clínicas de pacientes deprimidos se encontraron 193 factores biológicos y sociales como predecesores

