

Recibido: Julio 12 de 2010
Aceptado: Septiembre 6 de 2011

Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales



Santiago Juan^{1 y 3}, Ignacio Etchebarne^{2 y 3}
J. Martín Gómez Penedo² y Andrés Roussos^{1, 2 y 3}

ABSTRACT

This paper intends to revalue the psychoanalytic contribution to the current concept of generalized anxiety disorder (GAD). Considering Freud's (1895 / 2001) notion of actual neurosis as one of the fundamental historical roots, this paper describes and analyses how the notion of generalized anxiety relates to this concept and is complemented with subsequent developments, both psychoanalytic and from other theoretical frameworks. The terminological problem linked to the term «angst» used by Freud is mentioned, and a brief overview of classical Freudian ideas about anxiety is presented, identifying their possible changes and permanences in today's psychoanalytic field. Psychoanalytic clinical and research developments are presented as a

RESUMEN

El presente trabajo se propone revalorizar el aporte psicoanalítico al actual concepto de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Tomando como una de las raíces históricas fundamentales la noción de neurosis actual de Freud (1895[2001]), se describe y analiza cómo la noción de ansiedad generalizada se relaciona con dicho concepto y se complementa con desarrollos posteriores, tanto psicoanalíticos como provenientes de otros marcos teóricos. Se menciona el problema terminológico vinculado al vocablo "angst" utilizado por Freud. Se recorren brevemente las ideas clásicas freudianas sobre la ansiedad, delimitando posibles cambios y permanencias de las mismas dentro del campo psicoanalítico actual. Se plantean desarrollos de clínicos e in-

¹ Universidad de Buenos Aires; ² Universidad de Belgrano; ³ Conicet.

possible articulation among GAD's diagnostic standardized criteria, and the psychoanalytic theoretic-clinical approach to this disorder. Likewise, the authors highlight the influence of psychoanalysis in classification systems such as DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001). Within this context, the most important contributions of psychodynamic diagnostic manual are considered for the conceptualization of GAD, such as the PDM (PDM Task Force, 2006) and the OPD-2 (OPD work group, 2006 / 2008). Finally, contributions from psychoanalytic empirical research for the understanding and treatment of GAD are reviewed.

investigadores psicoanalíticos como una articulación posible entre los criterios diagnósticos estandarizados para el TAG y la aproximación teórico-clínica psicoanalítica hacia dicho trastorno. A su vez, se destaca la influencia del psicoanálisis en los sistemas de clasificación como el DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2001). Dentro de este contexto, se toman los aportes más relevantes de manuales diagnósticos psicodinámicos a la conceptualización del TAG, como el PDM (Manual Diagnóstico Psicodinámico [PDM Task Force, 2006]) y el OPD-2 (Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado [Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008]). Finalmente, se recorren las contribuciones de la investigación empírica psicoanalítica para la comprensión y tratamiento del TAG.

DESCRIPTORES: ANSIEDAD - TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA -
PSICOANÁLISIS - SISTEMAS DIAGNÓSTICOS - INVESTIGACIÓN
EMPÍRICA PSICOANALÍTICA

Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales

Introducción

El actual concepto de “Trastorno de Ansiedad Generalizada” (TAG), tipificado en manuales diagnósticos como el DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2001) o la CIE-10 (World Health Organization, 1990[2007]) implica diversos aportes del campo de las psicoterapias, destacándose entre ellos, el aporte psicoanalítico.

El objetivo principal del presente artículo apunta a revalorizar este aporte psicoanalítico a la noción de ansiedad generalizada, estableciendo como punto de partida la noción de “neurosis actual” de Freud (1895[2001]), y más específicamente, el síndrome de “angustia libremente flotante” que Freud

(1895[2001]) observó en el marco de la “neurosis de angustia” (más adelante presentaremos el problema terminológico implicado en el uso de los vocablos “angustia” y “ansiedad”). Al mismo tiempo, el presente trabajo busca describir cómo la noción de ansiedad generalizada, si bien tiene como uno de sus orígenes dicho concepto freudiano, lo trasciende y se complementa con desarrollos posteriores, tanto psicoanalíticos como provenientes de otros marcos teóricos.

La noción de TAG se asocia a un diagnóstico claramente influido y diseñado por fuera del modelo psicoanalítico, pero que tiene en el psicoanálisis un punto de origen y una línea de evolución que lo influye. Detectar dicha influencia, evaluarla y discriminar convergencias y divergencias intra e inter marcos teóricos es otro de los objetivos del presente trabajo.

Cabe señalar aquí que, en términos más amplios, el reconocimiento del aporte psicoanalítico a una categoría diagnóstica del DSM-IV TR sirve para ilustrar la marcada influencia del psicoanálisis en la confección de los manuales diagnósticos, influencia que muchas veces pasa injustamente desapercibida, incluso para los propios psicoanalistas. Como plantean Roussos y Polcaro (2008), la clasificación DSM toma nociones y conceptos psicoanalíticos. Sin embargo, a través de sus sucesivas versiones y debido a la forma de uso de dichos conceptos, se los va despojando progresivamente de su sentido original. Por ejemplo, el rótulo de trastorno límite de la personalidad, al no responder más a una nosografía estructural, sino a una colección estadística de síntomas, ya no tiene una representación semántica cierta, no es limítrofe entre nada, es una categoría nueva.

Dentro de este contexto, en el que se señalan los efectos de arrastre y pérdida de significado, en el presente trabajo se hace especial énfasis en aquellas concepciones psicoanalíticas que actúan como puente entre una nosografía psicopatológica psicoanalítica y criterios diagnósticos estandarizados, estudiando la forma en que distintos clínicos-teóricos psicoanalíticos se aproximan a los fenómenos de la ansiedad generalizada o a concepciones equivalentes.

Se describen los aportes de sistemas actuales de clasificación diagnóstica psicodinámica respecto de la comprensión de la ansiedad generalizada. Se analizan dos ejemplos de manuales diagnósticos: El Manual Diagnóstico Psicodinámico –PDM por su sigla en inglés– (PDM Task Force, 2006), generado fundamentalmente en los Estados Unidos, y la segunda versión del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado –OPD-2 por su sigla en inglés– (Grupo de Trabajo OPD, 2006[2008]), generado en Alemania. También es objeto del presente artículo la interrelación de los mencionados sistemas de clasificación con manuales diagnósticos no psicoanalíticos, como el DSM-IV

TR. Se mencionan, a su vez, las tendencias preliminares sobre ansiedad y preocupación generalizadas del grupo de trabajo de la American Psychiatric Association para la confección del futuro DSM-V (American Psychiatric Association, 2010, fecha de acceso: 31-05-2010).

En el marco de la descripción de puentes entre la nosología psicoanalítica clásica y esfuerzos de clasificación y conceptualización contemporáneos, el presente artículo también apunta a ilustrar algunos aportes relevantes de la investigación empírica psicoanalítica para la comprensión y tratamiento del TAG.

El problema terminológico: Angst, angustia y ansiedad

El abordaje de un concepto tan central a la teoría y la técnica psicoanalíticas como el concepto de ansiedad implica dificultades ya desde el punto de partida terminológico.

Como describe Hanns (1996[2001]) en su “Diccionario de términos alemanes de Freud”, el término alemán “Angst” es uno de los que despiertan más polémicas entre los traductores de Freud. Sucede que el término que Freud utilizó (“Angst”) literalmente significa “miedo”, y en rigor no corresponde en alemán ni a “ansiedad” ni a “angustia”. Aún cuando conserva su raíz “ang”, el vocablo, en la evolución de la lengua alemana, se distancia del sentido de los vocablos alemanes para “angustia” o para “ansiedad”.

Pese a ello, y por el peso de traducciones ya consolidadas en psiquiatría desde el siglo XVII (que, según Hanns, a Freud le interesaba respetar), “Angst” tradicionalmente se ha traducido al castellano por “ansiedad”, siguiendo la vertiente de la traducción inglesa “anxiety”, o por “angustia”, de acuerdo con la tendencia francesa que utiliza “angoisse”. Siguiendo esta lógica, en términos muy amplios, tanto “angustia” como “ansiedad” serían alternativas válidas de traducción para “Angst”, y podrían utilizarse como sinónimos.

Sin embargo, el problema de traducción persiste porque mientras que en alemán Freud utilizó un solo vocablo, en castellano “angustia” y “ansiedad” no son técnicamente equivalentes, así como tampoco lo son en inglés “anguish” y “anxiety”. Además, y en relación con el tema del presente artículo, los aspectos relacionados con ambas derivaciones semánticas (angustia y ansiedad) conviven en la sintomatología del TAG. En castellano, “angustia” se refiere a algo más próximo a una condición existencial, se trata de un sufrimiento, de algo volcado hacia el propio sujeto. En contrapartida, la “ansiedad” se refiere a la expectativa. Una expectativa inquieta por algo que ocurrirá. Mientras que las

palabras que definen “angustia” se centran en el sufrimiento del sujeto y lo describen, las palabras utilizadas para definir “ansiedad” están más centradas en la expectativa ante lo que vendrá (desear, anhelar, etc.). Hanns (1996[2001]) advierte que aún cuando “Angst” literalmente debería traducirse por “miedo”, ya existe en castellano una tradición del lenguaje psicoanalítico en la que se ha consolidado “angustia”, y resultaría extraño hablar de “miedo de espera”, “neurosis de miedo”, etc. Por otra parte, existen situaciones en las que es difícil diferenciar miedo, angustia y ansiedad. Como explica el autor, el énfasis de Freud en la espera y en la inespecificidad de la “Angstneurose” (literalmente “neurosis de miedo”, y traducido al castellano como “neurosis de angustia” o como “neurosis de ansiedad”) muchas veces sugiere un sentimiento próximo a la ansiedad. Hanns concluye que, sea cual sea el término que se emplee en la traducción, es importante que el lector tenga en mente que en “Angst”, aún cuando se trate de un miedo vago y anticipatorio, el sujeto está preparado para reaccionar rápidamente. Connota un estado visceral, intenso, vinculado a la sensación de peligro y muchas veces próximo a la fobia y al terror, arraigado originariamente en el proceso primario e inscripto en el cuerpo.

En el presente trabajo se utilizará el término “ansiedad” como opción de traducción del término freudiano “Angst”. Como hemos mencionado, el psicoanálisis en idioma castellano ha optado por la utilización del término “angustia”, tal y como aparece en las dos traducciones principales de la obra freudiana. Es importante mencionar que la decisión de utilizar “ansiedad” tiene como objetivo unificar un criterio de análisis sobre un fenómeno, sin tomar partido por dicho vocablo, a la espera de una resolución superadora de un debate terminológico que excede a nuestra intención.

A su vez, la utilización del término “ansiedad” es útil por dos razones fundamentales: por una parte, los esfuerzos de investigación y clasificación diagnóstica sobre la ansiedad generalizada (eje organizador del presente trabajo) pertenecen en su amplia mayoría a clínicos e investigadores psicoanalíticos anglosajones, que tradicionalmente han preferido dicho vocablo para traducir el término freudiano “Angst”. Por otra parte, es el papel de la expectativa, característico del término “ansiedad”, el que puede intuirse en la noción freudiana de “angustia libremente flotante” – síntoma nuclear en las “neurosis de angustia” –, tal como se lo traduce al castellano en la bibliografía freudiana. En el presente artículo, a esta condición se la denominará “neurosis de ansiedad”, que históricamente es uno de los puntos de partida para la actual noción de trastorno de ansiedad generalizada.

La concepción freudiana sobre la ansiedad

Más allá de las discusiones terminológicas, es innegable que el estudio de este conjunto de fenómenos, para los cuales Freud utilizó el vocablo “Angst”, estuvo presente desde los inicios de la producción freudiana.

Ya en sus escritos tempranos, Freud (1895[2001]) postuló una primera tesis sobre la ansiedad que diferenciaba dos conjuntos nosográficos: por una parte, las psiconeurosis de defensa, en las cuales la ansiedad reflejaba un conflicto intrapsíquico, un desplazamiento defensivo del afecto que cristalizaba en los síntomas psiconeuróticos; y por otra parte, las llamadas “neurosis actuales” (que incluían a la “neurosis de ansiedad”), en las que la ansiedad se debía a una falta de procesamiento psíquico de la libido, manifestándose en forma más o menos automática como descarga somática y/o como una actitud psicológica de “ansiedad libremente flotante”. Mientras que para Freud las psiconeurosis evidenciaban conflictos reconducibles al pasado infantil del paciente, la neurosis de ansiedad presentaba una etiología actual.

Con el historial del Pequeño Hans, Freud (1909[2001]) complejizó esta teoría de la ansiedad como afecto “tóxico” y su relación con los dinamismos intrapsíquicos de la neurosis. Explicó el surgimiento de dicho afecto como resultado del proceso represivo. La ansiedad presente en las perturbaciones neuróticas, entonces, era la resultante de la represión de mociones libidinales. Esta primera teoría (la llamada teoría tóxica) le permitió a Freud conceptualizar la ansiedad como aquel afecto desorganizador y displacentero que surgía como producto de fallas en la descarga y procesamiento afectivos, vinculadas con tensiones actuales acumuladas o con mociones infantiles reprimidas.

Posteriormente, Freud (1926[2001]) modificó sus concepciones sobre la ansiedad, planteando que el proceso represivo era consecuencia (y no causa) de la aparición de ansiedad en el yo, instancia que frente a la señal de ansiedad movilizaba los procesos defensivos. Así quedaron claramente establecidos dos modos posibles para la ansiedad: la ansiedad señal, atenuada, anticipatoria, que utilizaba el yo para defenderse de los procesos internos y los requerimientos de la realidad; y la ansiedad automática, que sobrepasaba su cualidad de señal e invadía al aparato psíquico, paralizando al yo. Esta segunda teoría (la ansiedad como señal) acentúa el carácter anticipatorio y deja de conceptualizar a la ansiedad únicamente como producto de una sobrecarga afectiva. De todas maneras, Freud retoma parcialmente las viejas hipótesis sobre las neurosis actuales, ahora bajo el concepto de ansiedad automática, y las integra con su nueva teoría de la ansiedad y su concepción estructural del aparato psíquico.

Cambios y permanencias en el modelo freudiano de la ansiedad

Desarrollos posteriores a Freud, provenientes en su mayoría del ámbito anglosajón, profundizaron el papel de la ansiedad en la patología grave, desde las psicosis hasta los desórdenes fronterizos y narcisistas (Klein, 1952; Winnicott, 1963; Kohut, 1984[1986]; Kernberg, 1984[1999]). Distintas vertientes post-freudianas fueron mostrando un progresivo viraje desde la concepción tradicional freudiana del conflicto entre impulso y defensa hacia una concepción más relacional de la patología. Esta concepción vincula la psicopatología psicoanalítica no sólo con los conflictos edípicos, sino también con los déficits tempranos en la relación pre-edípica entre el paciente y los objetos a cargo de su crianza. A partir de estos desarrollos, se ha establecido con relativo consenso (aunque sin dejar de generar discusión y debate) una distinción entre patologías centradas en el conflicto neurótico entre deseos y defensas, y patologías originadas en un déficit en la constitución del sí-mismo, entendiendo a éste como centro psicológico de iniciativa y continuidad existencial (Kohut, 1984[1986]).

Dentro de este marco referencial, la distinción entre conflicto y déficit resulta significativa en relación con el tipo de ansiedad que predomina en un paciente. Tomando la clasificación originada por Freud (1926[2001]) sobre los distintos tipos de ansiedad, las ansiedades de aniquilamiento y pérdida del objeto actualmente se consideran más características de estructuras deficitarias, mientras que ansiedades como las de pérdida de amor del objeto y pérdida de amor del súper yo, son vistas como típicas de estructuras más desarrolladas de índole neurótico (Killingmo, 1989). Dentro de este contexto, la ansiedad deviene en un importante recurso diagnóstico, ya que diferentes cuadros psicopatológicos manifiestan diversos modos de ansiedad predominantes, o incluso distintas fases de un mismo tratamiento pueden movilizar diferentes tipos de ansiedad en el paciente (Gabbard, 2000[2002]). Esta concepción más contemporánea en psicoanálisis, que distingue diagnósticamente entre un predominio de conflictos intrapsíquicos y un predominio de vulnerabilidades estructurales (déficits en la estructuración del sí mismo), es un punto importante de partida para los sistemas actuales de clasificación psicodinámicos, como los ya mencionados PDM (PDM Task Force, 2006) y OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006[2008]), punto que será desarrollado más adelante.

Como contrapartida, tal vez la permanencia más fuerte de las ideas originales freudianas sobre la ansiedad radique en considerarla como protagonis-

ta obligada en la operatoria clínica y en gran parte de la sintomatología. Incluso los recientes desarrollos de la perspectiva neuropsicoanalítica se abocan al estudio de la interfase entre las ideas freudianas (entre ellas sus teorías de la ansiedad) y los planteos actuales de las neurociencias (Solms y Nersessian, 1999; Panksepp, 1999).

Tanto los modelos de ansiedad tóxica y ansiedad señal de Freud (1909[2001]; 1926[2001]), como la distinción entre diversos tipos de ansiedades, siguen presentes como contexto global de la aproximación psicoanalítica al tema de la ansiedad (Thomä y Kächele, 1985[1989]; Zerbe, 1990).

Además, las relaciones posibles entre la noción de “ansiedad automática” (Freud, 1926[2001]) y sus originales ideas sobre la ansiedad tóxica (Freud, 1895[2001], 1909[2001]), permite considerar que aún en los casos en los cuales el componente actual de la ansiedad predomina, pueden postularse determinantes intrapsíquicos profundos; bajo las premisas de la ansiedad señal como motivadora de defensas, y la experiencia de ansiedad automática como falla defensiva. Como se verá más adelante, modernos esfuerzos de investigación y abordaje del TAG sostienen la hipótesis de los fenómenos de la ansiedad generalizada como defensa frente a temores más profundos y/o situaciones traumáticas (Crits-Christoph, 2002).

El aporte psicoanalítico al concepto de ansiedad generalizada

A) Raíces históricas y abordajes actuales

El DSM-IV TR define al TAG como un trastorno caracterizado por ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de actividades o acontecimientos, que se prolongan más de seis meses y provocan malestar clínicamente significativo, pudiendo afectar el rendimiento social y laboral. Se incluyen como criterios diagnósticos, a su vez, la dificultad para controlar este estado de permanente preocupación por parte del paciente, y la presencia de al menos tres síntomas tales como: inquietud, impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

Como se adelantó en la introducción, el concepto de lo que hoy el DSM-IV TR tipifica como TAG remite, en parte, al viejo concepto de Freud (1895[2001]) de “neurosis de ansiedad”. En dicho trabajo, Freud ubicó dos ejes del cuadro clínico: La hiperactivación neurovegetativa y la ansiedad libre-

mente flotante (expectativa ansiosa). Freud intuyó (o influyó) con su concepto de neurosis actual sobre dos síndromes psicopatológicos hoy claramente diferenciables (pero altamente comórbidos): la psicopatología propia del pánico y la psicopatología propia de la ansiedad generalizada.

La distinción entre dichos síndromes se describía en el DSM III (American Psychiatric Association, 1980) en los cuadros de “neurosis de ansiedad” y “estados de ansiedad”, ambos herederos del concepto de neurosis actual de Freud. Dichos rótulos sólo fueron eliminados del sistema de clasificación DSM en su tercera versión revisada (DSM-III R, American Psychiatric Association, 1984), para ser reemplazados por los actuales “trastorno de angustia” y “trastorno de ansiedad generalizada”, respectivamente. Incluso el rótulo de “trastornos neuróticos” sigue presente en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), como título para los trastornos de ansiedad.

Paradójicamente, sólo una relativa minoría de la comunidad psicoanalítica internacional otorga a este síndrome psicopatológico (originado en parte en investigaciones freudianas) una entidad nosológica válida.

Es difícil encontrar en la literatura psicoanalítica actual consideraciones teórico-técnicas centradas en lo que los sistemas diagnósticos estandarizados tipifican como TAG. Tal vez una de las razones para este fenómeno radica en que la ansiedad tradicionalmente ha sido considerada un síntoma presente en diversas estructuras de la psicopatología psicoanalítica. El trastorno de ansiedad generalizada, dentro de este contexto, podría estar expresando organizaciones de personalidad subyacentes muy distintas y la mera manifestación de los síntomas de ansiedad no constituiría un cuadro nosológico propio. Este principio psicoanalítico de que una misma sintomatología manifiesta puede expresar organizaciones latentes diversas sigue presente en sistemas actuales de clasificación psicodinámicos. Este criterio se opone, claramente, a los usos para la conformación de los manuales estadísticos no psicoanalíticos.

Finalmente, también cabe señalar las históricas resistencias de la comunidad psicoanalítica al uso de los sistemas de clasificación como el DSM-IV TR, que surgen de cierta reticencia a utilizar nociones provenientes del campo de las psicoterapias no psicoanalíticas.

Pese a lo anteriormente señalado, es innegable que en su práctica psicoterapéutica cotidiana los psicoanalistas han operado y operan clínicamente sobre los fenómenos de la ansiedad generalizada, entiendan o no la presentación sintomática como un trastorno, reduzcan o no la concepción de un trastorno a manifestaciones sintomáticas. Esto último cobra mayor rele-

vancia si se tiene en cuenta que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes, y en cuyo tratamiento los abordajes cognitivo-conductuales muestran moderados niveles de eficacia (Barlow, 2002/2004).

Como señalan Laplanche y Pontalis (1967[1996]), el cuadro clínico de la neurosis de ansiedad sigue conservando su valor nosográfico en la clínica: un síndrome en el que predomina una ansiedad masiva, sin objeto claramente manifiesto, y en el que es patente el papel desempeñado por los factores actuales. Esta concepción resulta claramente operativa para el corpus psicoanalítico, sea compartida o no por otros marcos teóricos.

Por ejemplo, autores contemporáneos como Coderch (2003-2004) analizan, desde una perspectiva psicoanalítica, las diferencias entre las fobias y los estados de ansiedad. El autor describe a estos últimos como síndromes que no incluyen un temor específico a un objeto o situación, lo que podría equipararse a un TAG según criterios del DSM-IV TR. Los estados de ansiedad, para Coderch (2003-2004), darían cuenta de un tipo de personalidad en estado permanente de tensión, con un rol protagónico de la preocupación y la anticipación ansiosa. A falta del mecanismo defensivo del desplazamiento, prototípico de las fobias para la teoría psicoanalítica, el autor propone a la proyección de los peligros y objetos persecutorios internos al mundo exterior como base psicoanalítica de estos síndromes.

También el trabajo de Gabbard (2000/2002) ofrece una conceptualización de la ansiedad generalizada que funciona como puente entre los criterios diagnósticos estandarizados del DSM-IV y la psicopatología psicoanalítica. El autor postula como eje del tratamiento para el TAG una evaluación psicodinámica de la ansiedad. Este enfoque incluye una conceptualización de la ansiedad como emergente de temores subyacentes del paciente y la evaluación del rol de la ansiedad en la organización de la personalidad.

Gabbard (2000[2002]) argumenta a favor de un tratamiento psicodinámico del TAG no directamente orientado a la supresión sintomática, sino a la comprensión de la matriz a partir de la cual surgen los síntomas. Dentro de este contexto, el autor explica que la experiencia de ansiedad generalizada puede tener – sobre todo para pacientes con buenos niveles de fortaleza yoica – el valor de una vía de acceso al inconciente. Según Gabbard (2000[2002]), a partir de que las fuentes de ansiedad son vinculadas a conflictos relacionales recurrentes, el paciente progresivamente comprende que la ansiedad puede ser dominada. Una base del abordaje radica, para este autor, en el análisis de las expectativas inconcientes de fracaso, implícitas en las situaciones generadoras de ansiedad para el paciente. El enfoque relacional del tratamiento psi-

coanalítico para la ansiedad generalizada forma parte de esfuerzos actuales de investigación y tratamiento del TAG, como se verá más adelante.

Trabajos como los anteriormente citados, son ejemplos de una tendencia psicoanalítica contemporánea, que considera a los trastornos tipificados en sistemas diagnósticos estandarizados como los medios de formación de síntoma de estructuras psicopatológicas conceptualizadas desde el psicoanálisis (por ejemplo, neurosis, trastornos del narcisismo, personalidad límite, entre otros).

B) La ansiedad generalizada en los sistemas de clasificación diagnósticos psicodinámicos

1) El Manual Diagnóstico Psicodinámico (PDM)

En términos generales, la estructura multidimensional del PDM busca evaluar los trastornos y patrones de personalidad (eje P), el perfil del funcionamiento mental (eje M), y la experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos (eje S, donde se ubican los trastornos tipificados por el DSM-IV TR).

Como explican Roussos y Polcaro (2008), el PDM suma una perspectiva a los sistemas de diagnóstico existentes. Además de considerar los patrones de diagnóstico descriptos en otras taxonomías, permite a los clínicos describir y categorizar los patrones de personalidad y las capacidades sociales y emocionales relacionadas; es decir, perfiles mentales únicos, junto con la experiencia subjetiva de la sintomatología.

Dentro de este contexto, resulta de especial importancia cómo es conceptualizado el fenómeno de la ansiedad generalizada en el sistema PDM. De todos los trastornos de ansiedad tipificados en el eje 1 del DSM-IV TR, el TAG es el único que el grupo de trabajo del PDM ha decidido incorporar como patrón de personalidad (es decir, ubicarlo en el eje P) más que como un patrón sintomático (eje S), en el que sí se ubican los restantes trastornos de ansiedad. Como plantea Ferrari (2008), el eje P del PDM define “personalidad” como la manera, relativamente estable, de pensar, sentir y actuar, incluyendo los propios sistemas de creencias y valores, y el modo de relacionarse con los otros. La personalidad daría cuenta de cómo un sujeto entiende y procesa la propia experiencia. En el PDM se reconoce que algunos de estos procesos mencionados son conscientes, pero se deja establecido que los más significativos son inconscientes. Ferrari (2008) explica que el eje P del PDM, ubicado en el primer lugar de la evaluación multi-axial, refleja la importancia

del principio psicoanalítico de comprender individualmente a la persona y su desarrollo, lo cual puede ser más importante para su tratamiento que comprender o enfocar síntomas aislados. Acorde a esta idea, en el PDM se establece una clase de trastornos de la personalidad, denominada “trastornos de personalidad ansiosa” (*anxious personality disorders*).

Como explican McWilliams, Caligor, Herzog, Kernberg, Shedler y Westen (2006), muchos pacientes actualmente diagnosticados con TAG serían mejor conceptualizados como presentando un trastorno de personalidad en el cual la ansiedad opera como la experiencia psicológicamente organizadora. Según estos autores, lo que distinguiría a esta estructura de personalidad de otras estructuras clásicamente estudiadas por el psicoanálisis (como las personalidades obsesivas, histéricas y fóbicas) es, por una parte, la falla en el intento de desalojo de la conciencia de la ansiedad (tarea parcialmente lograda en estructuras obsesivas e histéricas) y, por otra parte, la experiencia de “ansiedad flotante”, no ubicada en algún objeto o situación particular, como sí es característico en las personalidades fóbicas.

Como se adelantó previamente, la distinción entre conflicto neurótico y déficit estructural está presente en el diseño del PDM y, en consecuencia, también en la conceptualización de los trastornos de personalidad ansiosa.

McWilliams et al. (2006) reconocen que la ansiedad como rasgo caracterológico se extiende desde los rangos neuróticos (patología de conflicto) hasta los rangos fronterizos (patología deficitaria). En la misma línea, plantean que diversos modos de ansiedad (ansiedad señal, ansiedad moral, ansiedad de separación, ansiedad de aniquilamiento y ansiedad de desintegración) pueden identificarse en pacientes con un trastorno de personalidad ansiosa. Cuanto más se incline la personalidad del paciente hacia una estructura deficitaria, de bajo nivel de organización, más probable será que predominen en el cuadro clínico ansiedades de aniquilamiento. Volvemos a notar que un mismo modo de formación de síntoma puede responder a distintas estructuras de personalidad.

El trastorno de personalidad ansiosa implica, como creencias centrales patológicas sobre sí mismo y los otros, el sentimiento de estar en constante peligro por fuerzas desconocidas, y el sentimiento de que los otros sean fuentes de peligro o de protección. Como hipótesis general, los autores plantean desregulaciones afectivas y fallas en el establecimiento de estrategias de afrontamiento y defensas para mitigar el natural desarrollo del miedo. Dicha configuración de personalidad es habitualmente reconducible a una historia vital con cuidadores que, por propia ansiedad, no fueron capaces de lograr y trans-

mitir un sentido de calma y seguridad, ni de sostener estados de desorganización durante el desarrollo. Esta tesis se corresponde con hallazgos empíricos que se desarrollarán más adelante.

En el PDM también se menciona la hipótesis referida a la presencia de ansiedad constante como defensa para enmascarar ansiedades más profundas. De esta forma, las fallas en las defensas contra la ansiedad podrían serlo sólo en forma aparente, ya que, por debajo de la ansiedad y preocupación excesivas, se esconderían temores más desorganizantes. Como se verá luego, las ideas del TAG con base en relaciones de apego inseguras, y presentando la preocupación como de naturaleza defensiva, son hipótesis incluidas en recientes trabajos de investigación empírica sobre modalidades de tratamientos psicoanalíticos para el TAG (Crits-Christoph, 2002). Dichos trabajos retoman, desde una perspectiva psicoanalítica, aportes de autores cognitivos como Borkovec (1994), que resaltan la participación de patrones de apego inseguro y eventos traumáticos en la etiología del TAG. Desde un plano cognitivo, Borkovec, Robinson, Pruzinsky y Depress (1983) plantean la preocupación como “evitación cognitiva”, lo que se retoma psicoanalíticamente para conceptualizarla como mecanismo de defensa.

2) El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, segunda versión (OPD-2)

El segundo sistema contemporáneo de clasificación psicodinámica, el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, segunda versión (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) no propone, como el PDM, una conceptualización psicodinámica directa para el TAG. Sin embargo, incluye como eje final de su evaluación multi-axial a los trastornos mentales tipificados en la CIE-10, en el cual se incluye dicho trastorno.

Compartiendo un principio psicoanalítico fundamental con el PDM, en el OPD-2 la relación entre los primeros cuatro ejes (vivencia de la enfermedad, relación, conflicto y estructura) y el quinto eje (criterios diagnósticos CIE-10) es entendida como los medios de formación de síntomas de una configuración psicodinámica determinada.

Para el caso de los trastornos de ansiedad, el OPD-2 se inclina por considerar que la configuración psicodinámica que se expresa en los mismos corresponde a un nivel neurótico de funcionamiento. El TAG constituiría, de esta forma, un síndrome con un trasfondo conflictivo psicodinámico, entendido en el OPD-2 como un conjunto de tensiones motivacionales que implican constantes limitaciones, clínicamente significativas, en la vivencia y en la conducta, manifestándose en una evidente actitud rígida, temerosa y evitativa.

Los pacientes que se presentan con criterios diagnósticos de TAG estarían dando cuenta, entonces, de una personalidad condicionada por el conflicto entre tensiones motivacionales internas y externas.

Con la inclusión del cuarto eje “estructura” en la evaluación multi-axial, el OPD-2 distingue diferentes niveles de integración, yendo desde el polo neurótico hasta el polo psicótico de funcionamiento. De esta manera, el OPD-2 también suscribe la tendencia contemporánea a dividir el campo psicopatológico psicoanalítico entre estructuras que funcionan dentro de un predominio conflictivo, y estructuras deficitarias que muestran precisamente las vulnerabilidades estructurales presentes.

Dados los parámetros que el OPD-2 ofrece a este respecto, y tomando en cuenta los diferentes casos clínicos que se exponen como ejemplos, una sintomatología compatible con los criterios diagnósticos del TAG representaría una estructura psicodinámica de nivel alto a medio de integración (nivel de conflicto neurótico). Dichos niveles de integración implican, para el OPD-2, fallas parciales en la capacidad de auto-regulación del paciente, y limitaciones en las percepciones de sí mismo y los otros, condicionadas éstas por el conflicto y la ansiedad predominante de pérdida del amor del objeto.

Resulta claro que para el grupo de trabajo OPD, el TAG, en tanto trastorno de ansiedad, está mucho más relacionado con el espectro neurótico de psicopatología, el campo del conflicto, que con el campo de las vulnerabilidades estructurales. El OPD-2 no incluye directamente ansiedades más primitivas (como las de aniquilamiento y desintegración) en el centro del cuadro de la ansiedad generalizada. Sin embargo, al no ofrecer el OPD-2 una correspondencia directa con los trastornos de ansiedad según DSM-IV TR o CIE-10, queda un debate abierto sobre si las manifestaciones compatibles con un TAG podrían corresponderse con niveles de integración inferiores, excediendo el campo neurótico (posibilidad que explícitamente se encuentra en el PDM).

De todas maneras, en el mismo OPD-2 se alerta sobre la posibilidad de que diversos medios de formación de síntomas se combinen en la expresión de determinado trastorno. Aquí se haría posible pensar en el TAG como una expresión de combinaciones entre conflictos neuróticos y vulnerabilidades estructurales, sobre todo teniendo en cuenta lo descrito en el PDM sobre la multiplicidad de los tipos de ansiedad presentes en el trastorno y la desregulación afectiva predominante.

De cualquier forma, resulta claro cómo en ambos manuales diagnósticos, el estatuto otorgado a manifestaciones clínicas compatibles con un TAG trasciende el concepto freudiano de neurosis actual (Freud, 1895[2001]), des-

de el momento en que vincula el cuadro clínico con un patrón de personalidad que implica dinamismos inconcientes, el pasado del paciente, la conflictiva neurótica y los déficits estructurales. Pero a la vez, también trasciende al TAG tal como lo presentan los manuales estandarizados no psicoanalíticos. De esta forma, los manuales diagnósticos psicoanalíticos generan una instancia de comprensión psicopatológica más sofisticada que las bases sobre las cuales organizan su conocimiento.

Los aportes de la investigación empírica psicodinámica a la comprensión y tratamiento del TAG

Como señala Gabbard (2000[2002]), actualmente se toma en la literatura y la investigación de orientación psicoanalítica el término “psicodinámico” que es utilizado como un sinónimo de “psicoanalítico”; pero que en forma más particular, puede diferenciarse de éste al ser el psicodinámico un planteo más global y abarcativo que la inicial teoría psicoanalítica. Por ejemplo, Lewis, Dennerstein y Gibbs (2008) puntualizan que los tratamientos psicodinámicos pueden distinguirse del modelo clásico psicoanalítico al incluir terapias focales y de tiempo limitado y/o de objetivos delimitables. Su carácter de psicodinámicos refiere a que aplican una serie de principios extraídos de la teoría psicoanalítica como base de las técnicas psicoterapéuticas, bajo el modelo del juego de fuerzas dinámico que Freud postuló como motor del conflicto psíquico (Freud, 1940[2001]). De esta manera, el supuesto sobre procesos mentales inconcientes permanece en los tratamientos psicodinámicos como el principio subyacente fundamental. Lewis, Dennerstein y Gibbs (2008) afirman que la psicoterapia psicodinámica contemporánea apunta a elucidar los conflictos inconcientes de un paciente, alentar la expresión y resolución de estados emocionales patológicos, crear condiciones en las cuales el paciente gane insight, y explorar los factores de predisposición que emergen de la historia evolutiva. El mecanismo de cambio fundamental radica en el efecto terapéutico de la relación paciente-terapeuta.

A lo largo de este trabajo, y hasta este punto, se ha decidido utilizar la denominación “psicoanalítico”. Sin embargo, buena parte de la bibliografía citada utiliza el término “psicodinámico” para denominar tanto enfoques como tratamientos.

En los últimos quince años se han realizado diversas investigaciones que buscan evaluar la eficacia de los tratamientos psicodinámicos para el abordaje de los trastornos de ansiedad. Algunas de ellas, incluso, se han sistemati-

zado en manuales psicodinámicos de tratamiento para diversos trastornos de ansiedad (Milrod, Busch, Cooper y Shapiro, 1997; Knekt y Lindfors, 2004).

Crits-Christoph y colaboradores han desarrollado una terapia psicodinámica manualizada específica para el tratamiento del TAG (Crits-Christoph, Wolf-Palacio, Fichter y Rudick, 1995; Crits-Christoph, 2002; Present et al., 2008).

Basada en el trabajo de Luborsky y Crits-Christoph (1990), la psicoterapia psicodinámica de apoyo-expresiva para el TAG (*supportive-expressive psychodynamic therapy of GAD*) se aproxima a los síntomas ansiosos del paciente en el contexto de conflictos interpersonales, formulados por el terapeuta usando el método del tema nuclear conflictivo relacional (CCRT por su sigla en inglés de “*core conflictual relationship theme*”). Como explican Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland (2000), en este tipo de psicoterapia psicodinámica los terapeutas proveen un ambiente de sostén en el cual se hace posible explorar los pensamientos y sensaciones del paciente. En el momento indicado, el terapeuta identifica e interpreta el tema relacional central del paciente y examina la participación de esos temas en la sintomatología.

La creación de esta aproximación psicodinámica al tratamiento de la ansiedad generalizada se sustenta, a su vez, en diversos descubrimientos empíricos, incluyendo los aportes ya mencionados de autores cognitivos como Borkovec (1994), que son conceptualizados desde una perspectiva psicoanalítica. De esta forma, se piensa a la preocupación, síntoma nuclear del TAG, como un mecanismo defensivo que protege al paciente de ansiedades más profundas (Crits-Christoph, 2002).

Al estar basado en el método CCRT, la concepción del TAG resultante es ineludiblemente relacional. Es así que Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Schamberger y Narducci (2005) sostienen la existencia de una asociación entre la preocupación y la inquietud interpersonal (*interpersonal concern*), basados en trabajos como los de Borkovec, Robinson, Pruzinsky y Depress (1983) que muestran cómo aquellos sujetos con TAG presentan una mayor tendencia a la inversión de roles (niños o adolescentes que toman una postura de cuidado respecto de sus padres) y al sostenimiento de relaciones interpersonales disfuncionales. Reprocesando psicodinámicamente estos resultados, el equipo de Crits-Christoph plantea la posibilidad de que estos individuos hayan tenido que hacerse cargo, prematuramente, de actividades de cuidado y planificación, para las que no estaban preparados. Ante la escasez de los recursos y la maduración necesarios para tales responsabilidades, el sujeto desarrolla una preocupación patológica. Como hipótesis subyacente, se considera que los

temas más emocionalmente comprometidos continúan presentes, tanto consciente como inconcientemente. Los mismos se manifiestan en patrones relacionales disfuncionales, sobre un fondo de constante preocupación que, como se mencionó anteriormente, funciona como mecanismo defensivo inconciente.

Esta conceptualización relacional del TAG, también ha permitido establecer la hipótesis de la vinculación entre el fenómeno de la ansiedad generalizada y patrones aprendidos de apego inseguro durante el desarrollo (Lichtenstein y Cassidy, 1991 citado en Crits-Christoph P., Connolly, Azarian, Crits-Christoph K. y Shappell, 1996). Los patrones de apego inseguro determinan la incorporación de creencias patológicas acerca de la vulnerabilidad del sí-mismo del entorno como potencialmente peligroso.

Además, en base a un estudio no psicoanalítico realizado por Borkovec (1994), que es considerado por Crits-Christoph et al. (1996), se observa que existe una mayor frecuencia de eventos traumáticos en la historia vital de pacientes con TAG que en aquellos sujetos que no cumplen criterios para el trastorno. A su vez, parecería que ciertas situaciones traumáticas son más características de las historias vitales de pacientes con TAG que otras. Mientras que en las personas sin TAG las situaciones traumáticas por abuso sexual o violencia física implican entre un 6% y 8% del total, en las personas con TAG tales formas de trauma alcanzan el 21% (Molina, Roemer, Borkovec y Posa, 1992).

Otra diferencia significativa es el grado de preocupación ligado a estas situaciones: mientras que el 25% de los sujetos que no cumplen los criterios para el TAG muestra preocupación por estos eventos traumáticos, sólo un escaso 3% de pacientes con TAG se preocupa por estas situaciones (Borkovec, 1994).

Estos datos abonan la hipótesis de la preocupación del TAG como mecanismo de defensa, ya que aquellos pacientes que presentan TAG no manifiestan explícitamente preocupación por las situaciones traumáticas, como sí sucede con aquellos sujetos que no presentan el cuadro. Como contrapartida, en el paciente con TAG se observa una hiperactivación cognitiva, con una preocupación constante por temas cotidianos.

Cabe señalar que, a pesar de la importancia atribuida por el modelo de la psicoterapia psicodinámica de apoyo-expresiva para el TAG a los mecanismos de defensa y a los patrones interpersonales, Crits-Christoph et al. (1996, 2005) sostienen que no se deben considerar estos dos factores como los únicos intervinientes en la etiología del TAG, siendo necesario tener en cuenta el factor genético y la predisposición biológica.

Los hallazgos y desarrollos que emergen de los trabajos mencionados poseen una doble importancia: al mismo tiempo que ofrecen una conceptualización psicodinámica específica del trastorno, también aportan a potenciales estudios que den cuenta de la eficacia del tratamiento psicodinámico para la ansiedad generalizada, asentando las bases para una alternativa empíricamente válida a los tratamientos cognitivo-conductuales y farmacológicos de la ansiedad.

En este sentido, los trabajos antes citados (Crits-Christoph, 2002; Lewis, Dennerstein y Gibas, 2008) demuestran la eficacia del tratamiento psicodinámico para la reducción de la sintomatología ansiosa y su posterior mantenimiento, con iguales niveles de eficacia que las terapias cognitivo-conductuales o niveles superiores respecto de la farmacoterapia, en ensayos controlados al azar (Leichsenring et al., 2009). Se observan, además, curvas de “mejorías súbitas” (*sudden gains*) en el curso del tratamiento psicodinámico del TAG comparables con las curvas de mejorías súbitas observadas en investigaciones cognitivo-conductuales para el tratamiento de la depresión (Present et al., 2008). Si bien, siguiendo planteos como los de Portman (2009), estos resultados necesitan ser replicados y, en consecuencia, deben ser interpretados cautelosamente, conservan su valor en tanto aportan un paquete conceptual y de tratamiento alternativo a los modelos y abordajes ya existentes para el TAG, fuertemente dominados por los tratamientos cognitivo-comportamentales.

Discusión

Durante el recorrido del presente trabajo se buscó revalorizar el aporte psicoanalítico para la comprensión y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

Una primera línea de discusión en este sentido resulta de considerar que si bien el TAG tiene uno de sus orígenes en el concepto freudiano de neurosis actual (Freud, 1895[2001]), supera y trasciende ampliamente dicho concepto, en el seno de concepciones psicoanalíticas más contemporáneas. En efecto, tanto los manuales diagnósticos como el PDM (PDM Task Force, 2006) o el OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006[2008]), como los esfuerzos de investigación empírica psicodinámica para el tratamiento y comprensión del TAG (Crits-Christoph et al., 1996, 2005), trascienden la original definición freudiana de “neurosis de ansiedad” en varios sentidos.

En primer lugar, relacionan al TAG con un trastorno o patrón de personalidad, con lo que el cuadro no se limita a una situación aguda de estrés o

estancamiento libidinal, sino que constituye una forma estable de funcionamiento, una estructura en sí misma. Ya no puede reducirse el estado de ansiedad generalizada a un mal manejo de tensiones actuales únicamente (aunque siga siendo importante el papel de factores traumáticos para el cuadro). En segundo lugar, incluyen bajo dicho trastorno perturbaciones no exclusivamente de orden neurótico, ampliando el espectro de la ansiedad generalizada hacia el campo de la patología límite, e incluso psicótica. Esta forma en la que el actual concepto de TAG supera las originales nociones freudianas muestra cómo los fenómenos de ansiedad generalizada apelan a diversos modelos para ser conceptualizados y abordados, entre ellos, algunos desarrollos cognitivos y algunas nociones centrales de la teoría del apego. Cabe señalar aquí, a su vez, que la conceptualización de la preocupación como “evitación cognitiva” de Borkovec (1994) forma parte de las ideas preliminares del grupo de trabajo de la American Psychiatric Association para la confección del futuro DSM-V (American Psychiatric Association, 2010, fecha de acceso: 31-05-2010). En la revisión propuesta para el TAG, se lo redefine como un trastorno de ansiedad y preocupación generalizadas. La función evitativa de la preocupación es justamente un criterio diagnóstico.

Otro debate asociado a la comprensión psicodinámica del TAG radica en la discusión sobre qué estructura psicopatológica psicoanalítica puede inferirse en la base del cuadro. En los diversos desarrollos recorridos surgen dos tendencias generales: por un lado, el TAG se comprende como una manifestación de psicodinamismos propios de la neurosis, en donde faltan mecanismos típicos de la histeria y la neurosis obsesiva, y la ansiedad no está ligada a un objeto como en los cuadros fóbicos. Tanto la visión citada de Coderch (2003-2004) como lo que se desprende del OPD-2 concuerda con esta visión. Por otro lado, concepciones como las de Gabbard (2000[2002]), la conceptualización que el PDM (PDM Task Force, 2006) hace del TAG, y ciertas hipótesis psicodinámicas de Crits-Christoph (2002) sobre la base del trastorno, confluyen en la idea de una desregulación afectiva básica en el TAG, que podría abarcar funcionamientos no neuróticos, yendo hacia ansiedades más primitivas, conectando la ansiedad generalizada con la patología narcisista y el trastorno límite de la personalidad. Este debate muestra tanto la profundidad que una mirada psicoanalítica puede darle al TAG, como así también las ambigüedades que resultan para su conceptualización. Es de destacar que los autores del presente artículo estamos abocados a diversos trabajos de investigación empírica que indagan cómo diversos marcos teóricos proponen conceptualizaciones y abordajes terapéuticos para el TAG.

Otro conjunto de discusiones que surgen de este trabajo alude a la fuerte influencia del aporte psicoanalítico en las categorías diagnósticas del DSM (y de la CIE-10), tanto para el TAG, como para otros trastornos tipificados en dicho manual. No sólo la noción de ansiedad generalizada reemplaza a partir del DSM-III R el concepto freudiano de “estados de ansiedad”, sino que, en forma global, el DSM arrastra significados netamente psicoanalíticos. Un ejemplo paradigmático de este fenómeno se observa en la noción de trastorno límite de la personalidad, originada dentro del psicoanálisis, que inicialmente constituye una alusión directa a la psicopatología comprendida en el límite entre la neurosis y la psicosis; pero que actualmente ha perdido ese significado. El concepto mismo de trastorno límite o fronterizo implica una concepción estructural que el sistema DSM no tiene.

Reconocer este aporte psicoanalítico a los sistemas diagnósticos como el DSM puede resultar útil para concebir puentes posibles entre lo más descriptivo y lo más clínicamente significativo para el psicoanálisis. Puede funcionar como punto de partida para el diálogo y complementariedad necesarios entre la clínica psicoanalítica y los diagnósticos estandarizados. Dentro de este mismo contexto, a su vez, cobran mucho más sentido esfuerzos de clasificación psicodinámica como el PDM y el OPD-2, así como también los trabajos de investigación empírica psicodinámicos anteriormente descritos.

En relación con esto último, cabe señalar que los resultados de la investigación psicodinámica cuestionan a la terapia cognitiva como significativamente más efectiva que las terapias psicoanalíticas breves en el tratamiento del TAG, conformándose un área vigente de discusión y debate con relación a cuál o cuáles pueden considerarse como los tratamientos de primera elección para el abordaje de la ansiedad generalizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S. A. Barcelona.
- American Psychiatric Association. (1984). *DSM-III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S. A. Barcelona.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, S. A. Barcelona.
- American Psychiatric Association. (2001). *DSM-IVTR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV - Texto revisado*. Masson, S. A. Barcelona.
- American Psychiatric Association. (2010) *DSM-5 Development* [en red]. Disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=167>
- Barber, J.; Connolly, M.; Crits-Christoph, P.; Gladis L. y Siqueland L. (2000) Alliance Predicts Patients' Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68, No. 6, 1027-1032.
- Barlow, D. (2002/2004). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, London: The Guilford Press.
- Borkovec, T. (1994). The nature, functions and origins of worry. In G. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*, Sussex, UK, 5-33.
- Borkovec, T.; Robinson, E.; Pruzinsky, T. y De Press, J. (1983). Preliminary exploration of worry: Some 39 characteristics and processes. *Behavior Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Coderch, J. (2003-2004). Las fobias como respuesta a la ansiedad. *Temas de psicoanálisis*, Vol. 8 y 9, 165-179. Sociedad Española de Psicoanálisis, Grupo de Andalucía.
- Crits-Christoph, P. (2002). Psychodynamic-interpersonal treatment of generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and practice*, Vol. 9, N. 1.
- Crits-Christoph, P.; Connolly, M.; Azarian, K.; Crits-Christoph, K. y Shappel, S. (1996) An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* Vol. 33, 3.
- Crits-Christoph, P.; Connolly Gibbons, M.; Narducci, J.; Schamberger, M. y Gallop, R. (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment

- of GAD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 42, No. 2, 211-224.
- Crits-Christoph, P.; Wolf-Palacio, D.; Ficher, M. y Rudick, D. (1995). Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In: *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. Edited by Barber JP, Crits-Christoph P. New York, Basic Books, pp 43-83.
- Ferrari, H. (2008). Un nuevo instrumento de diagnóstico: El Manual de Diagnóstico Psicodinámico, Psychodynamic Diagnostic Manual PDM. En: Ferrari, H.; Lancelle, G.; Pereira, A.; Roussos, A. y Weinstein, L. (2008). *El Manual Diagnóstico Psicoanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad*. Reporte de Investigación N.1, Universidad de Belgrano: Disponible en la red http://www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_roussos.pdf
- Freud, S. (1895/2001). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. III, 85-116.
- Freud, S. (1909/2001). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans). *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. X, 1-118.
- Freud, S. (1926/2001). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XX, 71-164.
- Freud, S. (1940/2001). Esquema del psicoanálisis. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XXIII, 133-210.
- Gabbard, G. (2000/2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*, 3ra edición. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder, Barcelona.
- Hanns, L. (1996/2001). *Diccionario de términos alemanes de Freud*. Buenos Aires, Lohlé-Lumen.
- Kernberg, O. (1984/1999). *Trastornos graves de la personalidad*. Buenos Aires, Manual Moderno.
- Killingmo, B. (1989). Conflicto y déficit: Implicancias para la técnica. *Libro Anual de Psicoanálisis*, Londres, Vol. 70, págs. 111-126.
- Klein, M. (1952). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. Desarrollos en Psicoanálisis. *Obras Completas*, Buenos Aires, Hormé, Tomo III.
- Knekt, P y Lindfors, O (Eds.) (2004). *Helsinki Psychotherapy Study. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy*

- on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up.* Helsinki: Social Insurance Institution.
- Kohut, H. (1984/1986). *¿Cómo Cura el Análisis?* Buenos Aires, Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1967/1996). *Diccionario de psicoanálisis.* Paidós. Buenos Aires.
- Leichsenring, F.; Salzer, S.; Jaeger, U.; Kächele, H.; Kreishe, R.; Leweke, F.; Rüger, U.; Winkelbach, C. y Leibing, E. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 166:875-881.
- Lewis, A.; Dennerstein, M. y Gibbs, P. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: Review of recent process and outcome studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42:445-455.
- Luborsky, L. y Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method.* New York: Basic Books.
- McWilliams, N., Caligor, E., Herzig, A. Kernberg, O., Shedler, J. y Westen, D. (2006). Personality Patterns and Disorders P Axis. In: PDM Task Force (Eds.), *Psychodynamic diagnostic manual.* Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Milrod, B.; Busch, F.; Cooper, A. y Shapiro, T. (1997). *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy.* Arlington, Va, American Psychiatric Publishing.
- Molina, S., Roemer, L., Borkovec, M., y Posa, S. (1992). Generalized anxiety disorder in an analogue population: Types of past trauma. *Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston.*
- Panksepp, J. (1999). Emotions as viewed by psychoanalysis and neuroscience: An Exercise in Consilience. *Neuropsychoanalysis* 1999, Vol. 1 N.1
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual.* Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Portman, M. (2009). *Generalized Anxiety Disorder across the lifespan: An Integrative Approach.* New York: Springer.
- Present, J.; Crits-Christoph, P.; Connolly Gibbons, M.; Hearon, B.; Ring-Kurtz, S.; Worley, M. y Gallop, R. (2008). Sudden gains in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 64(1), 119—126.