

La agresividad como síntoma

EULÀLIA RUIZ FARRÉ*

RESUMEN

En este artículo se intenta mostrar cómo el sentimiento de agresividad está presente en nuestra normalidad y el síntoma de la conducta agresiva comporta diferentes patologías. Se hace una introducción de algunas teorías y estudios sobre el tema. También se habla de diversos significados del síntoma y se exponen breves viñetas clínicas. PALABRAS CLAVE: violencia, comportamiento agresivo, síntoma, depresión.

ABSTRACT

AGGRESSIVENESS AS A SYMPTOM. This paper explores how aggressive feelings are present in our normality and how the symptom of aggressive behaviour is present in different pathologies. Several theories and studies on this subject are outlined. Different meanings given to these symptoms are discussed and clinical material is presented. KEY WORDS: violence, aggressive behaviour, symptom, depression.

RESUM

L'AGRESSIVITAT COM A SÍMPTOMA. Aquest article intenta mostrar com el sentiment d'agressivitat està present en la nostra normalitat i el símptoma de la conducta agressiva comporta diferents patologies. Es fa una introducció d'algunes teories i estudis sobre el tema. També es parla de diversos significats del símptoma i s'exposen breus vinyetes clíniques. PARAULES CLAU: violència, comportament agressiu, símptoma, depressió.

La agresividad es un componente afectivo humano y no siempre se manifiesta a través de la conducta agresiva o la violencia observable. Quisiera diferenciar y poder ver como la actuación agresiva puede ser solamente un síntoma de sufrimientos psíquicos diversos. Dentro de esta temática hay diversas teorías que pueden aportar visiones diferentes, algunas haciendo más énfasis en unos aspectos más que en otros (Ajuriaguerra, 1983).

Desde el punto de vista neurofisiológico y fisiológico, el estudio de la agresividad se centra en describir conductas sin prejuzgar su intencionalidad. El fisiólogo estudia las conductas observables, no el instinto agresivo. Experimentalmente estudia las variaciones conductuales a través de técnicas de estimulación o destrucción de zonas del sistema nervioso, o con métodos farmacológicos. Algunos trabajos apuntan a modificar el umbral de reactividad del sistema nervioso central con sustancias farmacológicas. A partir de estos estudios se han

descrito centros que favorecen las conductas agresivas y otros que las inhiben.

La etología estudia al individuo en su medio natural y su interacción con otros ya sean o no de su especie. El etólogo no sólo intenta aprehender la agresividad y su función predatoria, también añade el factor de intencionalidad. Lorenz (1969) describe que las reacciones interespecies casi nunca son agresivas y que cuando lo son tiene que ver, generalmente, con: afirmación del territorio, jerarquía dentro del grupo social, defensa y preservación de la especie. Habla del impulso agresivo de raíz y acepta su función en la conservación de la especie. Estas conductas son más frecuentes en los machos y hay variaciones entre diferentes especies, más o menos combativas. A pesar de este determinismo genético, otros estudios concluyen que según las condiciones de crianza, es posible favorecer o inhibir estas conductas, lo cual plantea la discusión de lo que es innato y lo que es adquirido.

Recibido: 17/06/09 - Aceptado: 22/10/09

* Psicóloga clínica

Correspondencia: erf1959@gmail.com

La agresividad como síntoma

La etnología da importancia al ambiente (Ajuriaguerra, 1983) y distintos estudios describen el contraste de diferentes grupos étnicos, en los que las relaciones en unos casos se establecen de maneras tranquilas y, en otros, en base al desprecio. A destacar, pues, la importancia del ambiente, sin descartar la pulsión de agresividad infantil desde los inicios. Las teorías del aprendizaje social, conductismo, da importancia a la imitación infantil de modelos agresivos, sobre todo de los padres. Algunos estudios, citados por Querol (1998) destacan niños con conducta agresiva en relación a pautas de crianza severas, concluyendo que está relacionada con las interacciones difíciles con los padres. Otros estudios examinan los problemas psicosociales maternos (depressiones, maltratos infantiles, hospitalizaciones psiquiátricas), como predictores de las conductas agresivas y hostiles en preescolares, en tales casos la vinculación afectiva ha sido desorganizada.

Los fenómenos sobre deformaciones y desviaciones de las relaciones objetales, ya fueron analizados por Spitz (1978), en los trastornos que él llama psicotóxicos, en sus estudios con bebés que reaccionaban de manera somática (vómitos, eczemas, hipermotilidad, etc.). El bebé muestra su malestar de formas aún no mentalizadas.

El psicoanálisis profundiza en la elaboración interna, fantasmática, sentida, vivida en los sentimientos y expresada de manera interiorizada o exteriorizada, diferenciando sentimientos y pulsiones internas de agresividad y conducta agresiva. Para Klein (1971,1982) las fantasías internas agresivas son primarias, a pesar de las condiciones de crianza no hay niño sin fantasía agresiva interna (que muestran muchas veces a través de juegos de guerras, médicos, etc.). Los juegos tienen una gran importancia en el poder integrar estas fantasías, representando una zona intermedia en que el niño puede expresarlas y experimentarlas, sin ser destructor o sin sentirse destruido. Según la autora citada, las pulsiones agresivas, los deseos destructores existen desde el principio, especialmente cuando se tiene sensaciones desagradables que no se calman o satisfacen. Habla de que estos impulsos destructivos son la primera causa de angustia, cuando el niño se da cuenta que la madre es la misma la que a veces lo satisface y otras lo frustra, al no estar siempre a su alcance. Esto provoca amor y odio al mismo tiempo, lo que genera temor y culpa. Pero por el temor de perder los aspectos buenos, necesita reparar

los sentimientos de odio, adquiriendo la capacidad de quererla como ser diferenciado (Segal, 1984).

Winnicott (2005) entiende que las raíces de la agresividad son innatas y coexistentes con el cariño. Aporta que la agresión puede ser síntoma de miedo, afirmando que en el niño hay amor y odio y que, de todas las tendencias humanas, esta es la más difícil de poder conocer sus raíces. Este autor encuentra dos significados a la agresión: como reacción a la frustración y como energía del propio individuo, de la propia naturaleza humana. Winnicott cree que es valioso que el bebé pueda experimentar rabia, sin remordimiento. Todo niño tiene frustraciones y la capacidad para tolerar esta realidad interna es una de nuestras grandes dificultades. Sin embargo, considera muy importante el cuidado humano —la madre en los primeros tiempos de vida— que alimenta en el niño la tendencia a poder preocuparse por los otros. Considera, asimismo, que en la etapa que va de los seis meses a los dos años, la privación o pérdida pueden acarrear consecuencias devastadoras en el futuro de la socialización.

Cuando la crueldad predomina sobre la bondad, el individuo tiene que hacer algo: dramatizando sus impulsos internos, actuar destructivamente hacia sí mismo o conseguir alguna autoridad externa que pueda controlar/contener estos impulsos. Será difícil ayudar cuando la destructividad es excesiva, inmanejable; pero es posible si se puede sublimar y el juego puede ser una forma igual que el trabajo, los deportes, el arte. En el caso de los niños, una manera de controlar la agresión que siente internamente y que expresa buscando un castigo, que alguien lo pare, le ponga límites, el adulto tendría que ser una autoridad confiable, no débil.

Una grave privación puede llevar a la tendencia antisocial —robos, agresiones, violencia, etc.—. El juego, el uso de símbolos, es un medio de contención de la destructividad innata (Winnicott, 2005). En el niño antisocial, que en su mundo interno no hay lugar para el juego, la simbolización, esta contención suele ser reemplazada por la tendencia a la acción, por el *acting out*. Feduchi et al. (2006) citan que en situaciones familiares, cuando los padres establecen una relación de sobreprotección, no se favorece la individuación. Hablan de niños rechazados y, a la vez sobreprotegidos, sin límites y baja autoestima.

La psicopatía

Desde la perspectiva de Diatkine (1989), no es ni una enfermedad que haya que describir, ni un trastorno de la personalidad, sino una manera de hacer frente a la tensión psíquica y de evitar la elaboración mental, a través de respuestas actuadas. En la mayoría de las anamnesis, según este autor, hay una sucesión de rupturas en los primeros años de vida. En ocasiones las primeras frustraciones favorecen trastornos somáticos que pueden acarrear hospitalizaciones largas que, más tarde, pueden atenuarse y aparece el comportamiento psicopático. En algunos casos no se encuentra huellas de rupturas precoces, pero si una sucesión de abandonos y reencontros, no de forma física, sino en referencia a acontecimientos familiares.

La psicopatía, a veces puede ser una defensa y representar actos contrafóbicos; actuar aquello que da miedo, para expulsar la angustia. En otros casos puede aparecer como una defensa contra los aspectos depresivos e, incluso, como una defensa de la psicosis, como una defensa del mundo interno persecutorio, que proyecta en el exterior.

Trastornos del comportamiento agresivo (violencia actuada) como síntoma.

La actuación agresiva, como hemos visto anteriormente puede no considerarse una enfermedad en sí misma, más bien como un síntoma de diferentes dificultades de la persona o de trastornos psíquicos. En este sentido, se podría hablar de dificultades y/o trastornos como: trastorno límite de la personalidad, depresión, no tolerancia a la frustración, defensa contra aspectos psicóticos, falta de límites, incapacidad de simbolizar y pensar en los propios sentimientos, falta de capacidad de mentalización, de introspección.

En un estudio de Pedra, Ruiz y Vilella (1992-1993), de 372 casos de niños y adolescente elegidos al azar, 98 presentaban trastornos del comportamiento (25%), de éstos últimos, 42 (43%) presentaban un tono depresivo. A raíz de estos resultados observamos la evidente relación entre trastornos del comportamiento y depresión, con la posibilidad de poder establecer una la relación entre la incapacidad para pensar y la actuación; es decir, una la falta de la capacidad de mentalización. Convendría no olvidar, también, que la agresividad engendra agresividad y que por el general quien ha vivido maltratos, paradójicamente, suele tender a ser mal-

tratador.

Finalmente convendría señalar que en el DSM IV (1995) encontramos diversos trastornos que cursan con dificultades del comportamiento: el trastorno negativista desafiante (con conductas de cólera, desafío hacia el adulto) hiperactividad, trastornos del comportamiento perturbador, trastornos del control de los impulsos, trastornos adaptativos con trastornos del comportamiento, trastorno límite de la personalidad. Las psicosis precoces, donde la reacción de intolerancia a la frustración puede aparecer por motivos que aparentemente no vemos y que ocasiona una desorganización del comportamiento del niño y, a veces, autoagresividad. La autolección sería un síntoma más asociado a patologías graves: retraso mental, psicosis y personalidad *borderline* y los trastornos en lo que hay una inhibición del impulsos.

Aspectos evolutivos

A pesar que desde bien pequeños suele darse una reacción a la carencia y la frustración –durante el baño, el cambio de ropa, etc.–, las primeras conductas agresivas, propiamente dichas aparecen a finales del segundo año y durante el tercero, donde se pueden dar comportamientos negativistas, de irritación, y comportamientos de ataque –morder, rascar, estirar el pelo–. Spitz (1978) habla de la "etapa del no", como forma de autoafianzamiento de sí mismo y Wallon (1957), en la "etapa del personalismo", también habla del negativismo, en el mismo sentido de autoafirmación y coinciden con las teorías que hablan de la etapa anal (Golse, 1987). Hacia los cuatro años la agresividad se expresa verbalmente y sus fantasías son variadas, demostrándolo en sus juegos y en los sueños de angustia y agresión. Las pesadillas son muy normales en estas etapas, en el momento edípico. La intolerancia a la frustración y el negativismo normal de los dos-tres años, puede llegar a inquietar si perdura en la latencia y la preadolescencia.

En la etapa latente y preadolescente, el niño sano sublima estas pulsiones con los juegos, deportes, arte, chistes, bromas, novatadas (como ritos iniciáticos de grupo). Si en este momento, la agresividad traspasa el ámbito familiar y llega a la escuela, amistades, relaciones sociales, habría que vigilar el riesgo de una organización futura más psicopática. En el adolescente hay una tendencia a la acción y a la búsqueda de identidad (Feduchi, 2008). A veces la propia inseguridad del adolescente

La agresividad como síntoma

puede llevarle a una relación más o menos próxima con grupos agresivos. Hace falta ser muy cauto en el tratamiento del adolescente, que puede presentar síntomas muy aparatosos que confundan a la hora de plantear un diagnóstico y, también, un tratamiento adecuado. Para Feduchi et al. (2006), en el adolescente y el niño el comportamiento violento se puede relacionar con un proceso de desarrollo, que no ha llegado a su potencial madurativo.

Tratamiento

En primer lugar se trata de hacer un diagnóstico adecuado de la situación y de las conductas que se presentan. Según la base psicopatológica del síntoma habrá que plantear el tratamiento psicoterapéutico y, si hace falta, psicofarmacológico. Se puede plantear, también, grupos terapéuticos en preadolescentes y adolescentes y, si es necesario, comunidades terapéuticas (Winicott, 2005).

Teniendo en cuenta el trastorno de base, un aspecto a valorar es la edad, a la hora de pensar en la ayuda terapéutica adecuada. En niños pequeños podrían ser adecuadas las sesiones psicoterapéuticas familiares y/o individuales, a la vez que contemplar la ayuda psicofarmacológica. Manzano et al. (1999), partiendo de su experiencia, han destacado la intervención de consultas terapéuticas con los padres y el niño –o adolescente–.

Viñeta clínica 1: duelo congelado, aspectos depresivos

Se trata de un chico de 16 años, que después de pasar una latencia aparentemente normal, empieza a tener conductas antisociales, juntándose con bandas urbanas que actúan violentamente, haciendo fugas de casa, durante días, dejando de ir a la escuela, agrediendo verbalmente a los padres, con actitudes de oposición, irritabilidad. En su historia, los inicios de este comportamiento coincide con la muerte de un hermano en accidente, del cual nunca ha querido hablar, pero del que guarda algunas pertenencias. Se niega a hablar, pero llora cuando sale este tema. Los padres se preocupan y quieren ayudarlo, aunque su actitud le hace perder los estribos y acaban sin poder comunicarse. La madre se resiste a tocar el tema del otro hijo, haciendo una negación de esta muerte –duelo congelado y huida de los

sentimientos de tristeza–.

Ante la situación de plantear una terapia para el chico este se niega, dice que no quiere saber nada de su pasado, que quiere mirar adelante, y se niega también al tratamiento familiar. Es difícil buscar alternativas, ante la falta de querer ser consciente de lo que pasa. A pesar de esta primera negativa, se dejó la puerta abierta para una próxima ocasión. Al cabo del tiempo, después de sentirse defraudado por los amigos, consiguió iniciar un tratamiento y enfrentarse a un proceso de duelo no elaborado.

Viñeta clínica 2: niño de cinco años, trastorno del comportamiento, falta de límites

Es un niño de cinco años que pega a los progenitores, insulta, da patadas y se irrita ante cualquier negativa. En la historia del niño no destaca ningún hecho traumático, ni nada relevante, pero sí en la historia de los padres. Se trata de una pareja joven, que desde siempre este tipo de comportamiento –pegar, insultar...– era toma por los padres como una gracia. Actualmente, a los cinco años los padres dicen que no lo pueden parar y les sobrepasa. El padre se muestra sin autoridad, le cuesta negarle nada y poner normas, la madre tampoco sabe como hacerlo.

Desde recién casados la relación con la familia paterna no es buena, casi no se hablan, la mujer se queja de que el suegro no los puede ver y que siempre trata a su marido despóticamente. Estas quejas de la mujer alejan aún más al padre de su propia familia. Desde siempre ha tenido dificultades con su propio padre: "Nunca me ha valorado", comenta con tristeza. Después de un tiempo de trabajo terapéutico familiar, el padre empieza a mostrar sentimientos de rabia hacia su propio progenitor y, también, surgen dificultades en la pareja, ya que todas las decisiones son tomadas sistemáticamente por su mujer, como si ésta tampoco lo valorara. Recuerda de pequeño su gran temor al padre y dice que ahora no lo puede querer. Le preocupa que su hijo pueda sentir lo mismo por él si le impone normas. Cuando consigue expresar todo eso –el hijo no tiene que sentir lo mismo que él–, inicia otro tipo de comportamiento como marido y padre, tomando decisiones, poniendo límites a su hijo, sin dejarle de mostrarle afecto. La mujer, empieza a hacer una valoración positiva y, aunque con el hijo es bastante posesiva y le cuesta verlo crecer, apoya a la

pareja.

Viñeta 3: niño de cinco años, trastornos del comportamiento (depresión)

En casa y en la escuela martiriza animales pequeños y pega o insulta a los otros niños, en la escuela es "el malo". Presenta privación afectiva y rasgos depresivos. La madre es una mujer depresiva desde hace muchos años, y éste es el segundo hijo, que lo tuvo porque "se lo recomendaron los médicos para mejorar su depresión". El padre es un hombre muy rígido y me dice que es un "sinvergüenza sin remedio". El hermano de nueve años es modélico, y siempre le comparan con él que, además, se ocupa de su hermano pequeño, ya que la madre no se encuentra bien y el padre trabaja muchas horas.

En su juego muestra sentimientos depresivos, expresándolos verbalmente y con dibujos y cuándo juega con el grupo terapéutico, siempre quiere jugar a ser un hijo pequeño (hacen juegos de familias de animales) y pide a la terapeuta que le haga de mamá. En un dibujo explica que sólo ha dibujado al hijo, que a los padres se los ha comido, porque no lo quieren. La maestra ayuda entendiendo su situación, valorando aquello que hace, conteniéndolo y logra sacarle la etiqueta del "malo" de la escuela. Pero resulta imposible que los padres quieran asistir a sesiones terapéuticas. A pesar de eso él logra establecer una buena relación con la terapeuta y el grupo.

Viñeta 4: chico de 18 años, comportamiento antisocial, racista, homófobo

Presenta conductas de riesgo, con actos agresivos con una banda de *skins*, que fueron llevados a juicio. Son conductas agresivas que asocia a la virilidad. Después de la muerte de un amigo, que no pertenecía a este tipo de grupos, y que murió en accidente, se autoculpa y empieza a presentar temores a sufrir alguna enfermedad y síntomas depresivos.

La madre es muy absorbente y controladora, y el padre tiene una invalidez por enfermedad. Los sentimientos hacia su propia historia nunca han tenido lugar, ni pensados ni expresados. Proyecta todos sus temores afuera (inmigrantes, homosexuales, etc.), agrediendo a todo aquello que, en el fondo, teme. Cuando empieza a deprimirse, inicia un proceso de introspección que le

lleva a conectar con todo aquello que le provoca temor y como estos miedos y temores no están fuera, sino en su interior. A partir del tratamiento va haciéndose cargo de sus proyecciones y conectando con sus miedos a ser homosexual, a ser diferente. Avanzando en el trabajo psicoterapéutico, empieza una relación con una chica, con la cual parece que puede hablar de estos sentimientos, a la vez que se centra mejor en sus estudios y en plantearse su futuro laboral.

Para concluir

A lo largo de este artículo hemos hecho un escueto recorrido por un tema complejo y amplio como es la agresividad. Nos hemos centrado, sobre todo, en el "síntoma" y su presencia en niños y adolescente. Considero importante profundizar más en esta línea, su vertiente etiológica, diagnóstica, de tratamiento y preventiva. En este sentido convendría reflexionar sobre cómo nuestra sociedad puede influir en este tipo de comportamientos, ver hasta dónde minimizar lo que hay de actuación, o favorecer el trabajo introspección que permita conectar con los sentimientos y, así, poder madurar adecuadamente.

Bibliografía

- AJURIAGUERRA, J (1983). *Manual de psiquiatría infantil*, Barcelona. Masson.
- FEDUCHI, L. M (2008). Nuevas problemáticas en la clínica de la adolescencia. Colegio oficial de psicólogos de Cataluña, delegación Lleida.
- FEDUCHI, L; AMASE, L; RAVENTÓS, P; SASTRE, V Y TIÓ, J (2006). Reflexiones en torno a la violencia en la adolescencia. *Revista de psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 8, 19-26.
- GOLSE, B (1987). *Desarrollo afectivo e intelectual del niño*. Barcelona. Masson.
- KLEIN, M (2006). *Obras completas de Melanie Klein*, España, RBA.
- LEVOVICI, S; DIATKINE, R Y SOULÉ, M (1989). *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente III*, Madrid. Biblioteca Nueva (Capítulo X: Diatkine, G: Psicopatía del niño y del adolescente. 296-344).
- LORENZ, K (1969). *L'agresion*. Paris. Flammarion.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995). DSM-IV. Barcelona. Masson

La agresividad como síntoma

MANZANO, J; PALACIO ESPASA, F Y ZILKHA, N (1999). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao. Editorial Asociación Altxa

PEDRA, A; RUIZ, E Y VILELLA, M (1992-93). Estudio y ponencia: Trastornos de adaptación y de conducta, relación entre trastornos de conducta infanto-juvenil y depresión. Policopiado.

QUEROL, M (1998). Agresividad en la edad preescolar, en Domenech, E; Jané, M. C. *Actualizaciones en psicopatología infantil II (de cero en seis años)*. UAB, Servicio de

Publicaciones, Barcelona.

SEGAL, H (1984). *Introducción en la obra de Melanie Klein*. Barcelona. Paidós.

SPITZ, R. A (1978). *El primer año de vida del niño*, Madrid. Aguilar.

WALLON, H (1954). *Les origenes du caractère chez l'enfant, les préludes du sentiment de personnalité*. Paris. PUF

WINNICOTT, D (2005). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires. Paidós.

