

3

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

*“Exploración del estatuto teórico y etiológico que otorga el  
Psicoanálisis a las entidades  
psicopatológicas denominadas “Nuevas Patologías”*

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito  
curricular conforme O.C.S. 143 / 89

Paula Soledad Latorre (Mat. 4201 / 97) D.N.I 27.019.004

María Laura Villalba (Mat. 4331 / 97) D.N.I. 27.019.248

Supervisora: Lic. Marta Inés Dimov

Cátedra de radicación: Modelos en Psicopatología

Fecha de presentación: 23/05/2005



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
F. 99 L	Cedido por el alumno a través de la biblioteca
	N° INVENTARIO:
	R-395

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Paula Soledad Latorre y María Laura Villalba de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”.



“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final, ha sido elaborado por los alumnos Paula Soledad Latorre (Mat 4201 / 97) y María Laura Villalba (Mat 4331/97), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 23 días del mes de Mayo del año dos mil cinco”



.....

Firma, aclaración y selllo del Supervisor

MARTA INES DIMOV  
PSICOLOGA MAT. 45495

## NOTA DE APROBACIÓN

El trabajo realizado por las alumnas Paula Latorre y María Laura Villalba cumplió con el objetivo de situar el estatuto teórico-clínico que detentan las entidades psicopatológicas denominadas Nuevas Patologías en el marco de la concepción psicoanalítica, tal como fuera previsto en el proyecto de investigación planteado en su oportunidad.

Desde el punto de vista metodológico, la unidad de análisis adoptada para el relevamiento y comparación tanto de criterios etiológicos y psicopatológicos como de objetivos y modalidades terapéuticas se ciñó al universo constituido por concepciones psiquiátricas y psicoanalíticas relativas al así llamado “Ataque de Pánico”, en tanto que se lo estimó como representativo de las mencionadas entidades. La bibliografía básica de referencia fue seleccionada en función del reconocimiento de los autores consultados tanto en la investigación como en el tratamiento del padecimiento psíquico.

El examen de dichos enfoques permitió a las alumnas describir y actualizar el estado del debate relativo al tema indagado dentro del campo psicopatológico y clínico, el que resulta de interés tanto para alumnos de la carrera de grado en Psicología como para graduados que inician su



ejercicio profesional en el ámbito clínico, particularmente en los espacios institucionales, donde la coexistencia de discursos y prácticas heterogéneos requiere del psicólogo una información actualizada de las diferentes propuestas teóricas y terapéuticas.

En ese sentido, interesa señalar que el tema elegido se inscribe en un debate más amplio, referido a la tendencia medicalizante, y por lo mismo desubjetivante, que viene atravesando al campo “psi”, tanto en los aspectos conceptuales como en las prácticas propias de la disciplina, debate de algún modo reflejado en los nuevos interrogantes que el recorrido realizado las habilitó a formular.

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Paula Soledad Latorre (Mat. 4201 / 97) y María Laura Villalba (Mat. 4331/97) “

.....

.....

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación: .....



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR**

**PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89**

**NOMBRE Y APELLIDO**

Latorre, Paula Soledad. Mat.4201/97

Villalba, María Laura. Mat.4331/97

**CÁTEDRA DE RADICACIÓN DEL PROYECTO**

Modelos en Psicopatología

**SUPERVISOR**

Lic. Marta Inés Dimov

**El proyecto no forma parte de uno mayor en desarrollo.**

**TÍTULO DEL PROYECTO**

Exploración del estatuto teórico y etiológico que otorga el Psicoanálisis a las entidades psicopatológicas denominadas "Nuevas Patologías".

**PALABRAS CLAVES:** Nuevas Patologías- Cultura- Ataque de Pánico-Angustia.

**DESCRIPCIÓN:**

El interés por el tema surge de nuestro paso por las cátedras de Modelos en Psicopatología y Psicología Clínica, donde la información obtenida en ambas materias despertó en nosotras una serie de interrogantes, vinculados especialmente a la existencia de diferentes criterios diagnósticos para idénticas presentaciones clínicas y a los diversos derroteros terapéuticos que se derivan de las respectivas formulaciones.

Según la bibliografía relevada a partir de tales interrogantes, la extensa aplicación y difusión de los diagnósticos emergentes de los manuales psiquiátricos está en relación directa con las circunstancias histórico-sociales y culturales de nuestro tiempo. Los autores consultados acuerdan en que las configuraciones adoptadas por el padecimiento psíquico no son ajenas a las prácticas y los discursos propios de cada época y contexto social.

En función de tales inquietudes, y adoptando para la presente investigación el marco teórico psicoanalítico, nos proponemos investigar cuál es el estatuto teórico y etiológico que otorga el campo del psicoanálisis a aquellas categorías psicopatológicas que detentan en la actualidad el carácter de entidades autónomas, y que tanto el discurso médico como el discurso psicológico denominan "Nuevas Patologías", tal como es el caso de *trastornos somatoformes, bulimia, anorexia, adicciones, ataque de pánico, depresión*. Asimismo, se compararán las derivaciones terapéuticas correlativas a los respectivos criterios diagnósticos.

## **OBJETIVO GENERAL**

Se realizará una investigación bibliográfica de carácter exploratorio para comparar el estatuto teórico, etiológico y terapéutico que otorga el psicoanálisis a las llamadas "Nuevas Patologías" con los respectivos criterios médicos y psicológicos que sustentan su formulación, adoptando como estudio de caso la entidad denominada "Ataque de Pánico".

## **OBJETIVOS PARTICULARES**

1. Indagar los fundamentos teóricos y etiológicos que instituyeron al "Ataque de Pánico" como cuadro psicopatológico autónomo.
2. Precisar cuál es el estatuto teórico que adquieren las características fenomenológicas del "Ataque de Pánico" dentro de la nosografía freudiana.
3. Comparar ambas formas de teorizar dicho cuadro con el objeto de precisar sus diferencias en cuanto a la concepción teórica y etiológica que sustentan, así como a las indicaciones y objetivos terapéuticos que se derivan de cada una de las mencionadas concepciones.

## **MÉTODOS Y TÉCNICAS**

Selección, lectura y análisis cualitativo de material bibliográfico vinculado con la temática implicada en el presente trabajo de investigación.

## **FUENTES**

Se relevará material bibliográfico que incluye a) libros, b) fichas internas de diversas cátedras de la carrera de Licenciatura en Psicología, y c) documentos de Psicología y Psicoanálisis en:

- Internet
- Biblioteca de la Universidad Nacional de Mar del Plata
- Biblioteca de la Facultad de Psicología
- Biblioteca Municipal de la ciudad de Mar del Plata.

## LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL TRABAJO

El trabajo se realizará en la Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividades	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Relevamiento de datos	X	X				
Elaboración del proyecto	X	X				
Supervisiones	X	X	X	X	X	
Presentación del proyecto		X				
Organización de datos		X	X			
Análisis de datos			X	X		
Elaboración de conclusiones					X	
Entrega del informe final						X

## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA DE REFERENCIA:

- CANCINA, Pura *"Fatiga crónica – Neurastenia, las indolencias de la actualidad"*, Homo Sapiens, 2.002.
- DSM IV: *"Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales"*, American Psychiatric Association, Ed Masson, Barcelona, 1.994.
- FREUD, Sigmund (1895) "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia", O.C., Vol. III. Amorrortu Editores, Bs. As., 1980.  
(1.906 ) *"Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis "*, O.C., Vol. VII, Amorrortu editores.  
(1.924) *"Neurosis y Psicosis"*, O.C., Vol. XIX, Amorrortu Editores, Bs. As., 1.980.
- FREUD, Sigmund (Tomo I ) *"Los textos fundamentales del psicoanálisis"*, Altaya, España, 1.997.
- GALENDE, Emiliano *"De un horizonte incierto"* Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual, Ed. Paidós, 1.997.
- ROJAS, M. Cristina, STERNBACH, Susana *"Entre dos siglos: una lectura psicoanalítica de la posmodernidad"*, cap. cinco: Patologías del fin del Milenio.

## DOCUMENTOS :

- ABADI, Mauricio *"Notas acerca de la angustia y su conceptualización en un seminario"*, Tekne, Bs. As., p. 1- 18.
- BIDEGAIN, Luisa *"Consideraciones a cerca del concepto de identidad"*, 2002. Ficha interna de la Cátedra de Psicología Clínica.
- Cuadernillos de Cátedra incluidos en la bibliografía de la materia Modelos en Psicopatología, Facultad de Psicología, UNMDP. : *"Los Debates sobre la Esquizofrenia, segunda parte"*, *"La psicosis en la obra de Lacan"*.
- GALERNA, Dr. GARRIÓN O., Lic. BUSTAMANTE G., *"Ataques de Pánico y Trastornos de Fobia y Ansiedad"*, documento, noviembre 2.001.
- GUERRA, Vanesa *"Angustia "*, documento.
- Revista de Actualidad Psicológica, Arts., noviembre 2.003:
- MOIZESZOWICZ, Julio y Mirta *"Ataque de pánico"*, p. 2- 5.
- IMBRIANO, Amelia H. *"Ataque de pánico como síntoma del discurso capitalista"*, p. 8- 11.
- CERNADAS, José A. *"El ataque de pánico"* reflexiones desde el psicoanálisis, p. 12- 14.
- BURSTEIN, Beatriz *"De la angustia al pánico"*, p. 16- 17.
- BODNI, Osvaldo *"Pánico"*, p. 24-25.
- RIVANDO, Sergio *"Practicar lo imposible ( a cerca de los bordes en psicoanálisis )"*, documento.
- SOPENA, Carlos *"¿Nuevas patologías o cambio en la escucha de los analistas ?"*, documento.

## Índice General

Introducción .....	1- 2
Fundamentos teóricos y etiológicos del “Ataque de Pánico” como cuadro psicopatológico autónomo desde el discurso médico- psiquiátrico (vertiente biologicista)	
• ¿Qué es un ataque de pánico? .....	3- 4
• ¿Cuáles son los síntomas de un ataque de pánico? .....	4- 5
• ¿Cuánto puede durar un ataque de pánico? .....	5
• Etiología .....	5- 6
• Perspectivas críticas a cerca de los diagnósticos psicopatológicos psiquiátricos .....	6-12
Precisar el estatuto teórico que adquieren las características fenomenológicas del “ataque de Pánico dentro de la nosografía freudiana	
• Nosología Freudiana .....	12- 14
• Concepción etiológica de las neurosis .....	14- 16
• Manuscrito J. ....	16- 20
• Puntualizaciones freudianas a cerca de la Neurosis de Angustia ....	20- 23
• Conceptualizaciones de la angustia en Freud .....	23- 27
• Descripción freudiana de las manifestaciones clínicas propias de la Neurosis de Angustia .....	27-28
Indicaciones y objetivos terapéuticos respecto del ataque de pánico en psiquiatría y en psicoanálisis	
• Orientaciones terapéuticas derivadas de la perspectiva psiquiátrica .....	28- 31
• Orientaciones terapéuticas derivadas de la perspectiva psicoanalítica.....	31- 42
• Concepciones psicoanalíticas que vinculan la configuración que adquieren los padecimientos psíquicos y las particularidades sociohistóricas de la época. Sus orientaciones terapéuticas .....	42- 52

Conclusión .....	52- 58
Bibliografía básica de referencia .....	59- 61

# ***“Exploración del estatuto teórico y etiológico que otorga el Psicoanálisis a las entidades psicopatológicas denominadas “Nuevas Patologías”***

## **INTRODUCCIÓN**

El presente Trabajo de Investigación es el resultado de nuestro interés por responder a una serie de interrogantes vinculados tanto a la existencia de diferentes criterios diagnósticos para similares presentaciones clínicas como a las diversas modalidades terapéuticas que se derivan de las respectivas formulaciones, en particular, de los criterios psiquiátricos y de los criterios psicoanalíticos. A lo largo del recorrido por diversas materias de la carrera nos llamó la atención que algunos autores, especialmente aquellos que provienen del campo psicoanalítico, cuestionaran la existencia de las denominadas “nuevas patologías”, promovidas por la psiquiatría al rango de entidades psicopatológicas autónomas; estos autores estiman que no son tales, sino que se trata sólo de fenómenos que forman parte de diversos cuadros clínicos en los que está comprometida la subjetividad de quien los padece, cuestión ésta que el discurso psiquiátrico no parece tomar en consideración.

En función de tales inquietudes, la investigación tuvo como propósito general explorar el estatuto teórico y etiológico que otorga el psicoanálisis a los fenómenos encuadrados, en la actualidad, bajo la designación de “Nuevas Patologías”, adoptando para ello, como estudio de caso, la entidad denominada “Ataque de Pánico”.

Para el cumplimiento de dicho objetivo, se realizó en primer término un recorrido bibliográfico tanto de la concepción psiquiátrica relativa al ataque de pánico como de la nosología freudiana. En segundo lugar, se procedió a un relevamiento de la producción bibliográfica proveniente de autores del campo psicopatológico que contextúan las configuraciones adoptadas por el padecimiento psíquico en el marco de las circunstancias histórico-sociales y culturales de nuestro tiempo.

A los fines comparativos, fueron examinados criterios etiológicos (las causas eficientes de la producción de la enfermedad), criterios psicopatológicos (procesos y mecanismos intervinientes en la enfermedad) y criterios clínicos (signos y síntomas estimados como propios del denominado Ataque de Pánico) adoptados por enfoques psiquiátricos y por enfoques psicoanalíticos. Luego, y con el objetivo de apreciar sus diferencias, fueron investigados los respectivos objetivos de tratamiento, para finalmente proceder a la comparación tanto de los criterios mencionados como de la modalidad terapéutica derivada de cada uno de ellos.



## 1. Fundamentos teóricos y etiológicos del “Ataque de Pánico” como cuadro psicopatológico autónomo desde el discurso médico- psiquiátrico (vertiente biologicista)

### 1- 1. ¿Qué es un ataque de pánico?

“Existen muchos nombres para hablar del mismo cuadro: ataque de pánico, crisis de ansiedad inesperada, crisis de pánico, trastorno de pánico o ansiedad paroxística episódica. Éste último es el que utiliza la Organización Mundial de la Salud.”<sup>1</sup>

Según el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, cuarta edición (DSM-IV), el ataque de pánico se denomina también *crisis de angustia* (se lo nombra internacionalmente *panic attack* porque se prefiere codificar el diagnóstico específico en el que aparece la crisis sin ofrecer una entidad aislada), y es definido como “la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, iniciados bruscamente, y que alcanzan su máxima expresión durante los primeros diez minutos: palpitaciones, sudoración, ahogo, opresión torácica, náuseas, vómitos, escalofríos, sofocaciones, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), además de un profundo miedo a morir o a perder el control.”<sup>2</sup>

Los psiquiatras Carrión y Bustamante, representantes del pensamiento de esta corriente, caracterizan el ataque de pánico, como “una crisis de ansiedad

---

<sup>1</sup> Carrión- Bustamante “Ataques de Pánico y Trastornos de fobia y ansiedad”, 2001, pág. 93

<sup>2</sup> DSM IV (1994) - Trastorno de Ansiedad. Crisis de Angustia (Panic Attack). Criterios para el diagnóstico, págs. 403-404

inesperada, de eclosión o aparición repentina, y sin motivo aparente”<sup>3</sup>, y plantean que quien la sufre experimenta un miedo intenso que es acompañado por una serie de síntomas que indican que se ha accionado automáticamente una señal de alarma, pero en una situación que no la justifica, porque ésta es objetivamente normal, y porque hay una ausencia absoluta de un peligro que la justifique.

Ante la sensación de peligro que proviene de una circunstancia adversa, el cuerpo humano recibe una señal de alarma y se prepara mediante cambios para la respuesta. En cambio, aquel que sufre un ataque o crisis de pánico, experimenta de modo totalmente injustificado el estado de excitación que el cuerpo humano vive ante la sensación de peligro que proviene de una circunstancia adversa, dado que en este caso no es real y el peligro no existe. La señal de alarma se ha encendido, pero carece de motivo. El sentimiento se presenta sin ninguna representación asociada, señalan los autores.

#### 1- 2. ¿Cuáles son los síntomas de un ataque de pánico?

Se describen a continuación las reacciones que, según Carrión y Bustamante, el sistema nervioso vegetativo produce durante el ataque de pánico:

- Aceleración cardíaca (taquicardia).
- Dificultad para respirar, sensación de ahogo o de asfixia.
- Dolor, opresión o malestar torácico.
- Picos de hipertensión arterial.
- Dolores de estómago, náuseas o molestias abdominales.
- Urgencias de micción.

---

<sup>3</sup> Carrión- Bustamante, op.cit., pág. 95

- Inestabilidad, vértigo, mareos o desmayos.
- Entumecimiento corporal.
- Sudoración copiosa.
- Temblores, oleadas de calor o escalofríos.
- Sensación de que el mundo próximo ha cambiado o es irreal en algún sentido, conocida como sensación de irrealidad (desrealización). Se experimenta la sensación de que las cosas, el entorno y los objetos se agrandan o alejan, se vienen encima.

- Sensación de sentirse fuera de la situación o separado de sí mismo (despersonalización).

- Se experimenta la sensación de que el cuerpo o el rostro se transforman.

- Sensación o miedo a perder el control o a volverse loco.

### 1- 3. ¿Cuánto puede durar un ataque de pánico?

De acuerdo a los mencionados autores, los ataques se inician bruscamente y son breves, ya que no superan los diez o veinte minutos, tendiendo a repetirse con frecuencia variable. En algunas personas pueden sucederse crisis, varias veces en el mismo día, e incluso durmiendo. A los diez minutos aproximadamente, la crisis llega a su pico máximo. A partir de ese momento, la intensidad de los síntomas desaparece.

### 1- 4. Etiología

En el texto "Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad", Carrión y Bustamante plantean que las actuales investigaciones encuentran que la principal causa determinante del ataque de pánico es la predisposición genética, la que

produce trastornos metabólicos. Según estos autores, poseemos un sistema de alarma que depende del sistema nervioso simpático, que en algunos individuos funciona en forma más activa, condición que ya está determinada genéticamente. Al presentarse un factor desencadenante, dichos trastornos metabólicos- como parte del cuadro de predisposición- provocan la primera crisis y otras sucesivas que no se detienen, hasta transformarse en una enfermedad crónica y definitiva, excepto que el paciente sea sometido a un tratamiento específico.

A partir de la década del 50, algunos investigadores comenzaron a observar que determinados medicamentos bloqueaban selectivamente una enzima que metaboliza o destruye las sustancias neurotransmisoras. Observaron que dicha medicación, así como otras descubiertas más tarde, controlaban farmacológicamente la aparición de la crisis y producían un espectacular y veloz alivio para este tipo de trastorno.

2. Perspectivas críticas acerca de los diagnósticos psicopatológicos psiquiátricos.

Ya en la Conferencia 16 "Psicoanálisis y psiquiatría", S. Freud planteaba un fuerte escepticismo en cuanto a la capacidad de la psiquiatría para operar más allá de la enunciación del diagnóstico y del pronóstico de la enfermedad, evidenciándose una insuficiencia en sus criterios etiológicos: "Digamos que el psiquiatra... tiene que conformarse con el diagnóstico y una prognosis del

desarrollo ulterior, prognosis insegura por más rica que sea su experiencia”<sup>4</sup>, y en relación a un hipotético caso observa que “Aquí querríamos escucharlo al psiquiatra, pero aquí mismo nos deja en la estacada. Se internará, exclusivamente, en una sola de las cuestiones que hemos planteado. Investigará en la historia familiar de esta señora y nos aportará quizás la respuesta... esta señora ha desarrollado una idea delirante porque estaba predispuesta a causa de una transmisión hereditaria. Es por cierto algo, pero, ¿es todo lo que queremos saber? ¿Todo lo que ha cooperado en la causación de este caso patológico? ¿Tendremos que contentarnos con suponer que es indiferente, arbitrario o inexplicable que se haya desarrollado un delirio de celos en vez de cualquier otro delirio? ¿Y es lícito que entendamos también en sentido negativo el aserto que proclama el predominio de la influencia hereditaria, a saber, que son indiferentes las vivencias que sobrevinieron a esta alma pues estaba condenada a producir alguna vez un delirio? Querrán ustedes saber por qué la psiquiatría científica no quiere darnos más referencias. Pero yo les respondo: ¡Maldito sea quién dé más de lo que tiene!”<sup>5</sup>.

Como se verá más adelante, los autores que acuerdan con estas ideas freudianas entienden que los enunciados devenidos del campo psiquiátrico tienen un efecto homogeneizante y desubjetivante sobre las personas, por estar despojados de la capacidad de escucha del decir del sujeto desde su singularidad, desde la enunciación de su propio sufrimiento, que está profundamente arraigado a sus vivencias.

---

<sup>4</sup> S. Freud “Conferencias de introducción al psicoanálisis” (Parte III) 1916-1917. Tomo XVI, pág.230

<sup>5</sup> Ibid. Pág. 230

## EL DSM IV

Desde otro campo disciplinar, dos sociólogos norteamericanos, Kutchins, H. y Kirk, S. en el libro *"Making us Crazy"* ("Volviéndonos locos"), plantean una crítica contundente a la concepción psicopatológica que presidió la elaboración del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), especialmente del DSM-III R y del IV. Explican que en el DSM-I, utilizado desde 1952 a 1968, "bajo la categoría de Desordenes Psiconeuróticos, se encuentran desórdenes cuya principal característica es la ansiedad, la cual puede ser detectada "directamente" o puede ser "controlada inconsciente y automáticamente" por "mecanismos de defensa"<sup>6</sup>. De acuerdo con el DSM-I, las molestias particulares de las personas podían ser cualquiera de los dos desórdenes psiconeuróticos: Reacción de Ansiedad o Reacción Fóbica. "La primera es "difusa" y "caracterizada por expectativas ansiosas". La segunda se desprende de una idea específica, un objeto, o una situación en la vida cotidiana y es desplazada hacia alguna idea o situación simbólica en la forma de un miedo neurótico específico"<sup>7</sup>. Estas categorías, observan los autores, estaban profundamente arraigadas en las creencias teóricas de los psicoanalistas, el grupo dominante de la psiquiatría al momento de creación del primer DSM.

En el DSM-II, utilizado desde 1968 a 1979, "encontramos en la clase Neurosis, dos rótulos similares a aquellos que figuraban en el DSM-I. Uno de ellos es etiquetado como Neurosis de Ansiedad (código 300.0) y se lo describía como "ansiedad exagerada extendiéndose al pánico y frecuentemente asociada a

---

<sup>6</sup> H. Kutchins y S. Kirk, "Making us Crazy", 1997, pág. 24

<sup>7</sup> Ibid.



síntomas somáticos “; debiendo ser diferenciada de un miedo normal, que ocurre en situaciones realmente peligrosas”<sup>8</sup>. El otro desorden se denominaba Neurosis Fóbica, descrito como un “intenso miedo hacia un objeto o una situación que el paciente conscientemente no reconoce como un peligro real hacia sí mismo. El miedo de la persona puede ser experimentado como náuseas, palpitaciones, transpiración, temblores o pánico, que pueden representar miedos desplazados a algunos otros objetos inconscientes”<sup>9</sup>.

Kutchins y Kirk plantean que el DSM-III (utilizado entre 1980 Y 1986) eliminó la idea entera de neurosis, rechazando el acuerdo anterior, pero no descartando la idea de ansiedad: el “DSM-III creó una amplia y nueva clase de desorden mental, llamado Desorden de Ansiedad, y dividió y renombró varias neurosis como tipos específicos de desórdenes. Por ejemplo, Neurosis de Ansiedad fue eliminada como un rótulo, pero los problemas generales que describía fueron divididos en Desórdenes de Pánico y Desórdenes de Ansiedad Generalizados. La Neurosis Fóbica fue eliminada y reemplazada por cinco tipos de Desórdenes Fóbicos: 1 y 2.- Agorafobia, o miedos a los espacios exteriores (con o sin ataques de pánico); 3.- Fobia Social; 4.- Fobia Simple; y 5.- Desórdenes de Ansiedad Separados (para niños).”<sup>10</sup>

En la edición revisada de 1987 (llamado DSM-III-R), fueron realizados nuevos cambios en los subtipos de Desorden de Ansiedad así como algunas modificaciones menores en los criterios diagnósticos. En 1994, para el DSM-IV

---

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Ibid. Pág. 25

utilizado actualmente, fueron introducidos más cambios aún, algunos de ellos un poco más difíciles de descifrar, al seguir multiplicándose los *constructs*.

Según los autores, la revisión constante provee la ilusión de que el conocimiento está cambiando rápidamente... y que cuanto más específicas son las categorías se tornan más válidas y pueden ser utilizadas más confiablemente. Sin embargo, observan los autores que, incluidas en el criterio definidor de estos Trastornos de Ansiedad, se encuentran experiencias tan normales como sudar, escalofríos, miedo a perder el control, a estar en una multitud, preocupación excesiva, falta de descanso, irritabilidad, tensión muscular, disturbios del sueño, y muchas más. La lista de criterios contiene numerosos comportamientos comunes experimentados por la mayoría de las personas y que, en consecuencia, no son extraños.

Consideran, asimismo, que los continuos cambios y ampliaciones introducidos en el DSM se podrían pensar como intentos de la psiquiatría estadounidense para definir los límites de su jurisdicción, en tanto que el afán clasificatorio constituye el destino propio y manifiesto de la profesión. Entienden que, más que lograr un conocimiento sustantivo de sus dificultades, lo que consigue es ofrecer una muy interesante visión de sus esfuerzos en definir sus dominios y expandir su alcance.

Kutchins y Kirk señalan que su indagación les permitió advertir los dos mayores problemas científicos del DSM. El primero es que ahora tiene tantas diferentes posibilidades que sería razonable asumir que los médicos tienen más problemas utilizando las recientes ediciones. Mientras que anteriormente había

dos categorizaciones para este tipo de trastorno, ahora hay más de veinte. Irónicamente, añaden, los creadores del DSM han promocionado esta gran elaboración de categorías y la infinita lista de síntomas específicos como un intento de facilitar los diagnósticos a los médicos e incrementar la probabilidad de que diferentes médicos coincidan en cómo clasificar los problemas particulares de una persona.

En cuanto a la validez de las categorías diagnósticas, los autores entienden que definir un desorden mental involucra especificar las características de las experiencias humanas que demarcan dónde la normalidad se torna hacia la anormalidad, dado que definir un desorden mental crea estos límites. Determinar cuándo experiencias relativamente comunes como la ansiedad o la tristeza deberían ser considerados evidencia de ciertos desórdenes requiere establecer límites por demás arbitrarios, no científicos y, justamente por ello, los acuerdos deben ser tomados entre algunos psiquiatras que trabajen para comités especiales. El lugar donde los límites se definen determina qué prevalencia de desorden es “descubierta” en la población. Si el umbral para los desordenes es establecido muy bajo, se haría de muchas experiencias comunes evidencia de desordenes mentales y entonces se caracterizaría a muchas personas como mentalmente enfermas, por lo que el diagnóstico podría ser ridiculizado

públicamente. Tener un criterio muy acotado haría más fácil para el público aceptar un nuevo desorden (es tan raro y extremo que intuitivamente pareciera ser anormal), pero esa restricción podría hacer del desorden algo tan anormal que los médicos o investigadores podrían no tener un interés práctico en él. De este modo, crear diagnósticos involucra consideraciones tanto científicas como políticas. En tal sentido, se puede pensar que las diferentes versiones del DSM plasman las creencias y adherencias epistemológicas y teóricas del grupo dominante en el campo psiquiátrico al momento de la creación de las categorías.

Surge entonces, como interrogante, qué transformaciones sociales, culturales, e históricas acompañaron y atravesaron a los continuos cambios realizados en el DSM y, en particular, a los realizados en el DSM III, versión utilizada entre los años 1980 y 1986, donde desaparece la noción de neurosis, y con ella, la idea de angustia (conservándose el concepto de ansiedad, aparentemente menos contaminado de psicoanálisis). En síntesis, la pregunta que abre un interesante campo de investigación es: ¿en qué circunstancias histórico-sociales estuvieron enmarcados los cambios operados en el DSM, a partir de la década del ochenta, respecto de la subjetividad y del padecimiento psíquico?.

## **2. Precisar el estatuto teórico que adquieren las características fenomenológicas del “Ataque de Pánico” dentro de la nosografía freudiana.**

### **2- 1. Nosología Freudiana**

En 1894 Freud publica *Las neuropsicosis de defensa*, donde analiza la histeria, las fobias, las representaciones obsesivas y las psicosis alucinatorias, adoptando la nosografía establecida por Krafft Ebing en 1879, quien las había incluido dentro del grupo de las psicosis funcionales, las que no presentan un claro vínculo con una lesión del cerebro, evidenciándose dificultades en el ejercicio de las funciones psíquicas.

Krafft Ebing dividió las psicosis funcionales en dos grandes grupos: las psiconeurosis (psicosis que afectan un cerebro sano) y las degeneraciones psíquicas (psicosis que afectan a un cerebro predispuesto). A su vez, utiliza el término *neuropsicosis* para designar el estado mental corriente de los neuróticos, es decir, personas -todas ellas, enfermas constitucionales- cuyo mal aqueja su sistema nervioso (epilépticos, histéricos, hipocondríacos).

Freud, hacia 1894, en un intento de explicar la causa de ese particular estado mental, introduce la noción “de defensa” para caracterizar aquellas neuropsicosis, dentro de las que se incluyen diversas formas clínicas, cuyo punto en común es el mecanismo psíquico que dio origen al cuadro, es decir, una defensa, entendiéndose por ésta una operación de rechazo de una representación que resulta intolerable al yo.

“El ciclo se inicia con un conflicto (existencia de tendencias antagónicas), que provoca una disociación de la conciencia, generando la creación de dos grupos psíquicos; la defensa de la conciencia oficial contra el segundo grupo, que busca acceder a la motilidad para realizar su tendencia, puede adquirir dos formas:

- *Neurosis*: la defensa tiene efecto por medio de la disociación de la representación de su afecto concomitante. La representación permanece en la conciencia si bien aislada y debilitada.

- *Psicosis*: el yo rechaza la representación intolerable junto a su afecto y se conduce como si la representación no hubiese jamás llegado a él. Se trata de la locura alucinatoria, en la cual el yo se separa de la representación intolerable, pero ésta se halla inseparablemente unida a un trozo de la realidad, y al desligarse de ella, el yo se desliga también, total o parcialmente, de la realidad.”<sup>11</sup>

## 2- 2. Concepción etiológica de las neurosis.

“Todo el grupo de las neurosis se caracteriza por poseer una etiología sexual”<sup>12</sup>, es decir, una perturbación de procesos sexuales que ocurren en el interior del organismo. Freud las dividió en:

A- *Neurosis Actuales*: “se encuentra una perturbación en la vida sexual actual del paciente”<sup>13</sup>, teniendo como característica la ausencia de un mecanismo psíquico, es decir, son pura acumulación de tensión sexual. A su vez, éstas se dividen en:

A- 1. *Neurastenia*, caracterizada por la descarga inmediata de la excitación, que determina el empobrecimiento de la misma, mediante la masturbación o polución frecuente.

---

<sup>11</sup> Cuadernillo de la Cátedra Modelos en Psicopatología “Los debates sobre la esquizofrenia”  
Segunda parte. Pág. 1

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Ibid. Pág. 2

A- 2. *Neurosis de Angustia*, se caracteriza por factores como coitus interruptus, excitación frustránea y otros que tienen en común la insuficiente descarga de la libido producida, esto es, la acumulación de la excitación, y que da lugar a una gran variedad de síntomas somáticos.

B- *Psiconeurosis*: se trata de una "perturbación que aconteció en la infancia"<sup>14</sup>. Opera la represión como mecanismo psíquico, dando forma al cuadro clínico variando la vía de formación de síntoma. A su vez éstas se dividen en:

B- 1. *De Transferencia*

- Histeria, (de conversión y de angustia). En la primera, la libido busca una representación vinculada a una imagen del cuerpo y produce un síntoma en él; en la segunda, la angustia se desplaza a un objeto exterior, al que se teme, y que determina la aparición de conductas evitativas que protegen contra el mismo, provocando síntomas fóbicos.

- Neurosis Obsesiva: la excitación sexual se desplaza a una representación inocua, la cual recibe la carga.

B- 2. *Narcisistas*:

- Paranoia, implica una regresión al narcisismo secundario, retorno al yo de la libido objetal.

---

<sup>14</sup> Ibid.

- Parafrenia, se producirá por una regresión al autoerorismo, sin objeto.

En relación al tema que nos ocupa, para la época en que Freud le suponía una etiología traumática a las psiconeurosis, escribe el siguiente Manuscrito, donde relata el caso de una paciente que padecía ataques de angustia, en el pretende verificar un nexo posible entre neurosis actual y psiconeurosis.

• **Manuscrito J.**

**Señora P. J. (de 27 años) (sin fecha, ¿1895?)<sup>15</sup>**

[!]

“Llevaba tres meses de casada; su marido, viajante, había debido abandonarla pocas semanas después de la boda, y su ausencia duraba ya varias semanas. Lo echaba mucho de menos, sentía nostalgia de él. Ella había sido cantante, o al menos había recibido formación de tal. Para matar el tiempo cantaba acompañándose con el piano, cuando de pronto se sintió mal del vientre y estómago, la cabeza le daba vueltas, opresión, sentimiento de angustia, parestesia cardíaca; creyó que se volvía loca. Un momento después se le ocurrió haber comido a la mañana huevos y hongos; se consideró entonces envenenada. No obstante, ese estado le pasó pronto. Al día siguiente, la muchacha de servicio le contó que una señora que vivía en el mismo edificio había enloquecido; desde entonces ya no la abandonó la idea obsesiva angustiada de que también ella se volvería loca.

---

<sup>15</sup> S. Freud, ¿1895?, Manuscrito J, en *Fragmentos de la correspondencia con Fliess* (1892-1899), A.E. Vol I, Bs. As., 1987, pág. 256

He ahí el argumento: Ahora, en primer lugar, presupongo que aquel estado fue un ataque de angustia, un desprendimiento sexual que se traspuso en angustia. Me temo que un ataque así pueda sobrevenir sin que se consume al mismo tiempo un proceso psíquico. Pero no quiero desautorizar la posibilidad, más favorable, de que se consiga rastrear un proceso de esta índole; más bien partiré de esto en el trabajo. Yo espero lo siguiente: Le entró añoranza por su marido (o sea, por el trato sexual con él), y en ese momento le acudió una idea que excitó afecto sexual y, como ulterior consecuencia, una defensa, se espantó y estableció un enlace falso {falsche Verknüpfung) o sustitución.

Inquiero primero por las circunstancias que rodearon al suceso. Es preciso que algo le haya hecho acordar del marido. Ella cantaba el aria de Carmen, «Près des remparts de Séville, etc.» Me hago repetir el aria; ella ni siquiera conoce el texto con exactitud. - ¿En qué pasaje se le antoja a usted que empezó el ataque? - «No lo sé». - A la presión [sobre la frente] indica que fue después de terminada el aria. Y ello es muy posible, es una ilación de pensamiento incitada por el texto de la canción. - Yo asevero entonces que antes del ataque estaban presentes en ella unos pensamientos que quizá no recuerda. En efecto, no recuerda nada, pero la presión arroja «marido» y «añoranza». Esto último, tras mi esforzar, es definido mejor como «añoranza de ternuras sexuales». - Por cierto que lo creo; su estado no fue más que una efusión amorosa. ¿Conoce la canción del paje:

*«Voi che sapete che cosa è amor,*

*Donne vedete s'io l'ho nel cor ... »?*

Sin duda que hubo otra cosa más, una sensación en el bajo vientre, unas ganas convulsivas de orinar. - Ella lo corrobora; la insinceridad de las mujeres

empieza al omitir ellas de sus estados los síntomas sexuales característicos. Por tanto, fue efectivamente una polución.

- ¿Usted entenderá, desde luego, que un estado así de añoranza en una señora joven y abandonada no puede tener nada de ignominioso? - Al contrario, opina ella, es algo que debe ser así. - Bien; entonces me falta un fundamento para aquel espanto. Por «marido» y «añoranza» no se espantó usted, sin duda; por lo tanto, nos faltan aquí otros pensamientos más idóneos para el terror. - No obstante, ella sólo indica que todo el tiempo ha tenido miedo de los dolores que el comercio le causaba, pero que la añoranza ha sido mucho más intensa que la angustia ante los dolores. -Aquí se interrumpe.

## II

Es muy conjeturable que en la escena 1 (junto al piano), además del pensamiento de la añoranza por el marido (que ella recordaba) se urdió una ilación de pensamiento no recordada, que alcanza a lo profundo y lleva a una escena II. Ahora bien, todavía no conozco el punto de anudamiento.

Hoy acude llorosa, desesperada, es evidente que no tiene esperanza alguna en el resultado de este tratamiento. O sea que la resistencia ya se ha puesto en movimiento, y por ende todo se dificulta. Yo quiero saber entonces qué clase de pensamientos que pudieran causar espanto estaban presentes además. Produce toda clase de cosas que no vienen al caso. Que por largo tiempo no había sido desflorada, lo cual le fue corroborado por su profesor Chrobak; que atribuía a ello sus estados nerviosos y por eso deseaba que aconteciera. - Esto era naturalmente un pensamiento ulterior; hasta la escena I estuvo sana. - Por fin, me informó haber tenido ya un ataque semejante, pero mucho más débil y



pasajero, con las mismas sensaciones. (Gracias a ello averiguo que la conducción hacia lo profundo pasa por la propia imagen mnémica de la polución). Entramos en aquella escena. En aquel momento (hace cuatro años) tenía un compromiso en Ratisbona, había hecho un ensayo por la mañana y su canto gustó; a la tarde, en casa, tuvo una «aparición», como si ella «tramara» algo (una pelea) con el tenor de la troupe y otro señor, y luego el ataque con el miedo de volverse loca.

Esta es una escena II, que fue tocada asociativamente en la escena I.

Tenemos que decirnos que también aquí el recuerdo es lagunoso; era preciso que se agregaran otras representaciones para justificar allí el desprendimiento sexual y el espanto. Inquiero por estos eslabones intermedios, pero tengo que oír en cambio unos motivos. Dice que la vida de teatro en general no le ha gustado. - ¿Por qué no? - La brusquedad del director y el trato de los actores entre sí. - Pido detalles sobre esto último. - Había una vieja actriz con quien los jóvenes se chanceaban preguntándole si podían ir a pasar la noche con ella. - Algo más sobre el tenor. - Este por añadidura la ha importunado, durante el ensayo le puso la mano sobre el busto. - ¿A través del vestido o sobre la piel desnuda? - Ella primero dice esto último, luego se retracta, estaba en traje de calle. - ¿Y qué más? - Toda la manera del trato, el tomarse y besarse entre los colegas, le daba espanto. - ¿Y algo más? - De nuevo la brusquedad del director, por otra parte ella sólo estuvo pocos días. - ¿El atentado del tenor fue el mismo día de su ataque? - No, ella no sabe si fue antes o después. - Los exámenes con presión [sobre su frente] dan por resultado que el atentado ocurrió el cuarto día de su estadía, y el ataque el sexto.

Interrumpido por huida de la paciente”.

En relación a este relato clínico, se observa que la Señora P. J. presenta algunas de las manifestaciones consideradas por Freud como propias de la neurosis de angustia, siendo ésta una neurosis actual y, por lo tanto, no susceptible de mecanismo psíquico; sin embargo, vía transferencia, comienza a tomar forma una psiconeurosis; es decir, la Señora P. J. pudo ligar, a través de su relato aquel monto de angustia (libremente flotante) a una representación; allí tiene lugar la producción sintomática, es decir, algo se constituye como síntoma.

Es entonces al advertir que las neurosis actuales se presentan, por lo general, en combinación con otras neurosis, que Freud comienza a pensar en la posibilidad de volverse susceptibles de análisis.

### 2- 3. Puntualizaciones freudianas a cerca de la Neurosis de Angustia.

En su trabajo "La encrucijada de la neurosis de angustia", el psicoanalista Augusto Farb plantea que "tempranamente Freud tropieza con la Neurosis de Angustia, ya que en el año 1894 escribe un artículo llamado "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia"<sup>16</sup>. En dicho artículo, Freud define a la neurosis de angustia como un "complejo de síntomas porque todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia"<sup>17</sup>, añadiendo que "lo que llamo "neurosis de angustia" se observa en plasmación más completa o más

---

<sup>16</sup> A. Farb "La encrucijada de la neurosis de angustia". Pág. 1, Revista Virtual Acheronta N° 8, [www.acheronta.org](http://www.acheronta.org)

<sup>17</sup> S. Freud "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia", 1986, pág. 92

rudimentaria, en forma aislada o en combinación con otras neurosis<sup>18</sup>; y especifica que “la tarea consiste en espigar y separar, de un complejo de síntomas correspondientes a una *“neurosis mixta”*, aquellos que no pertenecen a la neurastenia, ni a la histeria, sino a la neurosis de angustia<sup>19</sup>”.

En relación al nexo existente entre la neurosis de angustia con otras neurosis, Freud señala que los casos más puros de neurosis de angustia son siempre los más acusados, atribuyéndolos a personas jóvenes, con una etiología unitaria y una duración de la enfermedad no muy prolongada. Importa destacar que, en el párrafo siguiente, observa que más frecuente es, en verdad, la producción simultánea y común de síntomas de angustia junto con otros de neurastenia, histeria, representaciones obsesivas, melancolía, argumentando sin embargo que, no por tal contaminación clínica nos debemos abstener de reconocer a la neurosis de angustia como una unidad autónoma.

Freud sustenta la siguiente importante tesis para el análisis de las *“neurosis mixtas”*: *Toda vez que se presenta una neurosis mixta, se puede demostrar una contaminación entre varias etiologías específicas.*

“En el orden de su esencia interna, la neurosis de angustia muestra las más interesantes concordancias y diferencias con las otras grandes neurosis, en particular la neurastenia y la histeria. Con la neurastenia comparte este carácter capital: que la fuente de la excitación, la ocasión para la perturbación, reside en el

---

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Ibid. Págs. 92-93.

ámbito somático y no, como en la histeria y la neurosis obsesiva, en el ámbito psíquico. Pero, por otra parte, se puede discernir cierta relación de oposición entre los síntomas de la neurastenia y los de la neurosis de angustia, que acaso se expresaría bajo éstos títulos: “acumulación de excitación” – “empobrecimiento de la excitación”. Esta relación de oposición no impide que ambas neurosis se combinen entre sí, pero se revela que las formas más extremas son, en ambos casos, también las más puras”<sup>20</sup>.

Estos conceptos indican que si bien Freud habla de la independencia clínica de la neurosis de angustia en relación a las otras formas de neurosis, al mismo tiempo invitan a pensar que las neurosis lo son en tanto que neurosis mixtas, ya que su práctica clínica le habría permitido deducir su relación con otras formas de neurosis actuales y con las psiconeurosis, como consecuencia de la mayor frecuencia con la que observaba tal vinculación en las presentaciones que las personas hacían de sus padecimientos, reconociendo que las primeras -es decir, las formas puras- se presentan en la práctica clínica de manera menos frecuente. En este sentido, en la Conferencia 24, “El estado neurótico común”, y en relación a las formas puras de neurosis actuales, Freud corrobora esta idea cuando afirma que “es verdad que más a menudo se mezclan entre sí y con una afección psiconeurótica. Pero este hecho no tiene que movernos a renunciar a su distinción”<sup>21</sup>... Aunque, sin embargo, “un notable nexo existente entre los síntomas de las neurosis actuales y de las psiconeurosis nos brinda todavía una importante

---

<sup>20</sup> Ibid. Pág. 114.

<sup>21</sup> S. Freud, Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III) 1916- 1917. Tomo XVI, Conferencia 24 “El estado neurótico común”, 1978, pág. 355

contribución al conocimiento de la formación de síntoma en estas últimas, a saber: el síntoma de la neurosis actual suele ser el núcleo y la etapa previa del síntoma psiconeurótico”<sup>22</sup>.

De acuerdo a lo expresado por Freud en los párrafos anteriores, se puede concluir que aquello que se presenta como una perturbación en la vida sexual actual tendría sus “raíces”, es decir, estaría arraigado, en una perturbación en la vida sexual infantil.

#### 2- 4. Conceptualizaciones de la angustia en la obra de Freud:

Retomando el artículo escrito en 1894, donde Freud define lo que él denomina neurosis de angustia como un “complejo de síntomas porque todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia”<sup>23</sup>, se vuelve necesaria la referencia a tal concepto y precisar el lugar y el estatuto que fue adquiriendo en el pensamiento freudiano.

Es desde 1892 que Freud se preocupa por el tema de la angustia. Al hacer el hallazgo clínico de que en los casos de neurosis de angustia era siempre posible comprobar cierta interferencia de la descarga de la tensión sexual, estableció la conclusión de que la excitación acumulada buscaba la vía de salida transformándose en angustia, poniéndose así en juego la primera teoría de la angustia.

---

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> S. Freud “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia”, 1986, pág. 92

Mauricio Abadi plantea que ésta última está enmarcada dentro de la conceptualización de las *neurosis actuales* que Freud construye en 1895.

“En esta teoría, la angustia representa una manifestación psíquica de un evento somático, es la energía sexual somática no descargada que se transforma en angustia. Por tanto, la angustia es la manifestación de la libido acumulada a causa de la represión”<sup>24</sup>. Abadi continúa diciendo “en determinado momento esta libido se transformará y se manifestará como angustia... logrando así una cierta salida, y el sujeto un determinado alivio, a través de la angustia”<sup>25</sup>.

En relación a las psiconeurosis, y siempre en el marco de la primera teoría de la angustia, Freud la ubica como “resultado de un proceso defensivo”<sup>26</sup>. A su vez, la defensa del yo contra la angustia generará el síntoma, ligando esa energía libre a una nueva representación (a través de un desplazamiento), y según la vía elegida devendrán diferentes formaciones de síntoma neurótico:

- Energía ligada a una representación somática (cuerpo), da por resultado la histeria de conversión.
- Energía ligada a una idea inocua (aspectos de la vida cotidiana), da como resultado la neurosis obsesiva.
- Finalmente la energía que se liga a un objeto exterior (objeto real), da como forma de neurosis la fobia (histeria de angustia).

---

<sup>24</sup> M. Abadi “Notas acerca de la angustia y su conceptualización en un seminario”. Pág. 4

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>26</sup> Cuadernillo de la Cátedra Modelos en Psicopatología “Los desarrollos del Psicoanálisis respecto de la Histeria”. Pág. 2

Las distintas neurosis de transferencia “poseen en común la etiología (sexual) y el mecanismo psíquico (represión), diferenciándose entre sí por la vía de formación de síntomas”<sup>27</sup>.

Varios años más tarde, en su texto “Inhibición, síntoma y angustia” (1925) se asiste a dos importantes modificaciones de la teoría de la neurosis.

La primera de ellas es que la angustia aparece como *causa* de la represión, ocupando el primer lugar en el ciclo de la enfermedad, ella será ahora *angustia señal*. Abadi plantea que dicha angustia es la que pone en marcha los mecanismos psíquicos (desencadenamiento del proceso represivo) destinados a que el sujeto escotomice y des-conozca aquellos deseos interdictos que suscitarían un peligro al que intenta conjurar mágicamente al impedir su acceso a la conciencia, buscando evitar el desarrollo de displacer. La angustia aparece ante una situación de peligro que se refiere en última instancia a una separación, una pérdida o una ausencia.

El daño que teme la angustia es la pérdida de un objeto, “en sus orígenes se vincula con el trauma del nacimiento y la pérdida del continente materno, pero luego (en la infancia) se vincula con el temor a la castración”<sup>28</sup>, “siendo el falo el objeto que la angustia busca preservar, es lícito entender que la represión recaerá sobre una tendencia libidinal emanada del Complejo de Edipo. Así, la neurosis se convierte en el conflicto entre los deseos incestuosos (que pugnan desde el Ello) y

---

<sup>27</sup> Cuadernillo de la Cátedra Modelos en Psicopatología “Los desarrollos del Psicoanálisis respecto de la Histeria”. Pág. 2

<sup>28</sup> Ibid. Pág. 2

el temor a la castración (que angustia al Yo)<sup>29</sup>, siendo ésta la segunda modificación.

Según Abadi, la angustia tiene ahora un contenido -una representación psíquica- que está relacionado con los deseos incestuosos y con la prohibición paterna: la amenaza de castración. La angustia aparece en relación con el deseo y no con la necesidad biológica.

En síntesis, esta *segunda teoría de la angustia* (angustia señal) está vinculada con las *psiconeurosis*, mientras que la primera teoría (angustia automática) lo está con las neurosis actuales.

“Nos parece importante subrayar el hecho de que estas dos teorías no aparecen en el curso evolutivo del pensamiento freudiano de un modo arbitrario, sino que están íntimamente vinculadas a las teorizaciones que Freud hace de otros aspectos de la vida psíquica. La primera teoría de la angustia está evidentemente ligada a la primera tópica del aparato psíquico, que divide a la mente en consciente, preconsciente e inconsciente; en cambio la segunda teoría de la angustia está ligada a la segunda tópica y al punto de vista estructural, o sea, al reconocimiento de tres instancias, el Ello, el Yo, el Superyó<sup>30</sup>”.

Importa asimismo hacer notar las diferencias establecidas por Freud entre angustia, miedo y susto: la angustia refiere a un estado anímico que hace abstracción de todo objeto, mientras que el miedo concentra la atención sobre una

---

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> M. Abadi “Notas acerca de la angustia y su conceptualización en un seminario”. Pág. 7



causa objetiva (presencia del objeto), y por susto, entiende al efecto producido por la brusca irrupción de un peligro para el cual el sujeto no se halla preparado.

2- 6. Descripción freudiana de las manifestaciones clínicas propias de la Neurosis de angustia:

- *Irritabilidad general*: indica acumulación de excitación o incapacidad de resistirla, es decir, una “acumulación *absoluta* o *relativa* de estímulos”<sup>31</sup>. En particular hiperestesia auditiva, hipersensibilidad a los ruidos, destacando la relación íntima entre impresión auditiva y sobresalto.

- *Expectativa angustiosa* (o angustia crónica): aquí está presente un *quantum de angustia libremente flotante*, que durante la espera domina la elección de las representaciones y se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada.

- *Irrupción de un ataque de angustia*, no es esta la única manera en que puede exteriorizarse el estado de angustia, que se mantiene las más de las veces latente para la conciencia, pero en continuo acecho. También puede irrumpir en la conciencia, no asociado a ninguna representación o unido a la idea de muerte y locura, un *ataque de angustia*. El paciente suele resaltar las sensaciones o perturbaciones físicas dejando con frecuencia sin mencionar la sensación de angustia.

---

<sup>31</sup> S. Freud “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia”, 1986, pág. 93

- *Formas de ataque de angustia:* perturbaciones de la actividad cardíaca (palpitaciones, taquicardia), perturbaciones respiratorias, oleadas de sudor, temblores y estremecimientos, vértigos, diarreas, congestiones, parestesias, terrores nocturnos.

- *Ocupa un lugar sobresaliente el vértigo*, “se clasifica dentro del vértigo locomotor o de coordinación”<sup>32</sup>, consiste en un malestar específico acompañado de la sensación que el suelo oscila, hundiéndose en él las piernas, con sensación de caída y desvanecimiento, acompañado de la peor angustia; sin embargo, aclara Freud, “este vértigo nunca conduce a una caída”<sup>33</sup>.

### **3. Indicaciones y objetivos terapéuticos respecto del ataque de pánico en psiquiatría y en psicoanálisis.**

#### **3- 1. Orientaciones terapéuticas derivadas de la perspectiva psiquiátrica.**

De acuerdo al sustrato orgánico planteado por la psiquiatría en cuanto a la etiología del cuadro denominado ataque de pánico, (consignada en el ítem 1. 4 de este trabajo) a partir de la década del 50 algunos investigadores comenzaron a observar que determinados medicamentos bloqueaban selectivamente una

---

<sup>32</sup> Ibid. Pág. 96

<sup>33</sup> Ibid. Pág. 96

enzima que metaboliza o destruye las sustancias neurotransmisoras. Según lo señalan Carrión y Bustamante, se comprobó que dicha medicación, y otras descubiertas posteriormente controlaban farmacológicamente la aparición de la crisis y producían un espectacular y veloz alivio para este tipo de trastorno.

No obstante ello, la bibliografía consultada revela que, en la actualidad, se sugiere complementar la prescripción psicofarmacológica con una terapia de carácter Cognitivo-Conductual.

En este sentido, muchos de los psicólogos que adhieren a esta perspectiva teórica y clínica piensan que la recomendación de un tratamiento farmacológico debe ser evaluada en relación al caso particular, no siendo necesaria en todos los casos, dependiendo del tipo de trastorno y de la severidad del mismo; es decir, existen situaciones particulares en las cuales la administración del fármaco permite el trabajo psicoterapéutico y, cuando esto ocurre, el tratamiento debe ser indicado por un médico psiquiatra con medicación específica para estas afecciones. Se trata de psicólogos que acuerdan con la necesidad de instrumentar una terapia Cognitivo-Conductual, ya sea en combinación con dicho tratamiento medicamentoso o no, para el abordaje de los trastornos:

“El tratamiento convencional utilizando solamente ansiolíticos y/ o antidepresivos produce un rápido alivio sintomático, pero estadísticamente se ha comprobado que al suspender su administración son altamente frecuentes las recaídas. Esto se evita acompañando la medicación con un tratamiento

psicológico de tipo Cognitivo-Conductual que deberá prolongarse durante algún tiempo luego de suspendida la misma”<sup>34</sup>.

¿En qué consiste este tipo de procedimiento terapéutico y cuáles son sus objetivos?

“La terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. Se basa en la teoría de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de procesar la información (todos los estímulos provenientes tanto del mundo externo como del mundo interno) y dar significado a los hechos”<sup>35</sup>.

Para esta concepción teórica, las personas que sufren de este tipo de trastornos decodifican la información que reciben en términos de peligroso - no peligroso. “La terapia cognitiva busca flexibilizar y ampliar el abanico de significados posibles. El paciente junto con el terapeuta, a través de las sesiones y de las tareas que realiza en su casa, se entrena en detectar sus pensamientos y en reconocer su estilo propio de atribución de significados, para reemplazar o modificar aquellos que no resultan útiles para una mejor calidad de vida”<sup>36</sup>.

La terapia Cognitiva se complementa con una terapia Conductual donde, “a través de la realización de prácticas, ejercicios y exposiciones, la persona pone a prueba y ejercita los nuevos estilos de pensamiento adquiridos a través del trabajo

---

<sup>34</sup> [Http://www.centroapertura.com.ar](http://www.centroapertura.com.ar). “Tratamiento del Ataque de Pánico” Terapia cognitivo-conductual

<sup>35</sup> Ibid.

<sup>36</sup> Ibid.

psicoterapéutico. La combinación de ambas terapias permite a la persona que sufre estos trastornos conocer y cambiar su estilo de pensamiento, lo que lleva a un cambio en el comportamiento, para lograr así, una mejora significativa en la calidad de vida”<sup>37</sup>.

Cabe señalar el sesgo pedagógico de esta línea de pensamiento, donde el objetivo terapéutico reside en que la persona “simplemente” deba desaprender los comportamientos que le provocan semejante malestar, y aprender (mediante una modificación cognitiva) otros nuevos que le permitan tener mejor calidad de vida. El par desaprender-aprender hace obstáculo a que el sujeto se interrogue acerca de su sufrimiento: el énfasis está ubicado en la esfera cognitiva; pero ¿qué sucede con aquello que no ha sido elaborado?. Se podría pensar que la terapia Cognitivo-Conductual apela a la modificación del fenómeno, del signo y no del síntoma; y que por lo tanto aquello que provoca el padecimiento permanece intacto y produciendo efectos de repetición.

### 3- 2. Orientaciones terapéuticas derivadas de la perspectiva psicoanalítica.

Según el planteo freudiano, reflexiona A. Farb., la neurosis de angustia, en tanto que neurosis actual, no es susceptible de mecanismo psíquico, por lo cual aparece como interrogante cómo operar allí donde no hay mecanismo psíquico: “... uno podría preguntarse por qué Freud incluye entonces esta neurosis, si

---

<sup>37</sup> Ibid.

justamente es el límite de lo interpretable con lo que uno podría toparse”<sup>38</sup>. En este sentido se puede destacar que la forma en que Freud aborda la neurosis de angustia, como neurosis actual, es tratándola como una neurosis que se resiste a la transferencia.

En cambio, para las psiconeurosis de transferencia, Freud postula la existencia de un mecanismo de formación de síntoma, la represión, siendo el modo en que se lee el retorno de lo reprimido “porque hay represión y tenemos retorno, y leemos el retorno en el síntoma neurótico por excelencia podemos operar sobre él, por supuesto mediado por el campo de la transferencia, siendo un síntoma en transferencia”<sup>39</sup>.

Es entonces a partir de que el sujeto se encuentra dividido por el síntoma que se vuelve susceptible al trabajo clínico; tal división subjetiva permite que la persona se vincule con su padecimiento; de lo contrario, queda a expensas de la angustia libremente flotante, desde donde el sujeto sólo reclama algo que le calme semejante angustia, no interrogándose por lo que le acontece.

Diferentes autores pertenecientes al campo psicoanalítico acuerdan en esta necesidad de que el sujeto pueda interrogarse acerca de su sufrimiento, otorgándole palabras a su subjetividad, para que ésta pueda comenzar a decir y a elaborar. En este sentido, vale rescatar el pensamiento de la psicoanalista Guerra, quien afirma que el ataque de pánico, como cuadro psicopatológico autónomo desde el discurso médico, “no es más que el *remake* de aquello que Freud en

---

<sup>38</sup> A. Farb “La encrucijada de la neurosis de angustia”. Pág. 2

<sup>39</sup> Ibid.

1893/1899, dio a conocer como crisis de angustia, angustia automática o ataque de angustia<sup>40</sup>; la autora sostiene que, si bien los movimientos culturales producen nuevos sujetos y nuevas concepciones clínicas, habrá algo en el orden de la condición humana que seguirá formando parte de nosotros más allá de los tiempos que corren. La nueva nominación de la neurosis de angustia va en dirección de desobjetivar el padecimiento.

En relación al ataque de pánico y su vinculación con la angustia (automática) señalada por Freud, Guerra afirma que “cuando el pánico ataca, invade, arrasa. La fuerza de ese movimiento consiste en la liberación de un afecto displacentero, incoercible, que no se hace anunciar, que no ofrece ninguna señal de alarma, sólo irrumpe. El pánico es una energía psíquica que desborda, desorganiza y da origen a un verdadero estado caótico, es una de las expresiones más críticas de la angustia, impidiéndole al sujeto continuar con los quehaceres cotidianos<sup>41</sup>. Continúa diciendo esta autora que el pánico ataca porque hay un saber subjetivo que falta elaborar, que carece de letra y palabra, es entonces cuando *la angustia hace de las suyas en el cuerpo*. Cuando las palabras y el afecto quedan amordazados y desligados, el cuerpo crea un idioma particular que consiste en materializar o cristalizar el pensamiento y la palabra, aislándolo de nuestras reflexiones. Esto significa que el idioma del cuerpo transforma en cuerpo los pensamientos, de manera tal que los torna incomprensibles.

Por su parte, la Lic. Davidovich señala que la angustia automática es una expresión demasiado importante como para acallarla con medicamentos. “Hoy por

---

<sup>40</sup> V. Guerra “Angustia”. Pág. 3

<sup>41</sup> V. Guerra “Angustia”. Pág. 1

hoy es muy común recibir pacientes con ataque de pánico demasiado medicados –afirma-. Claro, medicar es mucho más fácil que escuchar la angustia del paciente. Además, el sólo hecho de decirle que lo que tiene no es angustia sino un ataque de pánico lo tranquiliza, ya que le pone un nombre a su padecer. El problema es que si no se aborda aquello que le causa angustia ese ataque de pánico vuelve”<sup>42</sup>.

En el mismo artículo, Davidovich aclara que, si bien la medicación a veces es necesaria, el problema aparece cuando todo se reduce a tomar una pastilla para que el paciente no hable. Por el contrario, si los fármacos se emplean para bajar la angustia inicialmente pero sin dejar dopado al paciente, bienvenidos. Pero habitualmente lo primero que hay que recuperar en el tratamiento de estas personas es la confianza en el valor de la palabra, para luego indagar en su historia aquello que generó una angustia a la que no se le dio el lugar que merecía y que luego estalló en forma masiva.

Esta psicóloga señala la existencia de una cuestión ideológica que parece entrometerse en el abordaje terapéutico de estos pacientes. “Si lo que uno pretende es un sujeto globalizado, asimilado, sin enigmas ni angustias, si lo que se busca es un sobreadaptado, fácil de resolver (al menos transitoriamente) con medicación, entonces resulta de gran utilidad ésta suerte de diagnóstico que es hoy, para muchos psiquiatras, el ataque de pánico”<sup>43</sup>.

Y, de acuerdo a la opinión del psicoanalista Bodni, “el problema terapéutico es que cualquier clasificación de corte fundamentalmente empírico descriptivo

---

<sup>42</sup> M. Davidovich “Un diagnóstico pret-a-porter”. Pág. 1

<sup>43</sup> Ibid.

favorece el corrimiento a la interpretación de la sintomatología en términos moleculares, apuntando como desideratum de la cura a la eliminación del síntoma manifiesto. Podríamos decir que entre “causa”, como clasificación etiológica, y “presentación”, como clasificación descriptiva, existe en este momento una controversia de privilegios políticos, más que una síntesis dialéctica realmente útil<sup>44</sup>. En su artículo “Pánico”, Bodni continúa su crítica, argumentando que en la medicina clínica se instala una tendencia a un criterio holístico sui generis que apunta a la prescripción de psicofármacos en forma cada vez menos discriminada: “Se puede pensar que la nueva denominación que se le da a la neurosis de angustia freudiana no es casual; el DSM IV borra estos términos y con ellos también borra, o intenta borrar, al sujeto de sus clasificaciones “objetivas”. De este modo, el ataque de pánico, en tanto trastorno codificado, con su terapéutica y su medicación establecida, no se entrama en la vía de la palabra, ni con la historia singular del sujeto que lo padece. El discurso de la psiquiatría sobre el ataque de pánico obtura este vacío, poniendo en lugar de la causalidad psíquica una causalidad de otro orden: genética, fisiológica, neurológica, etcétera. Se desconoce así la singularidad del goce, se homogeneiza y se ofrece un saber sobre su modo de tratamiento”<sup>45</sup>.

Por su parte, Carlos Sopena plantea que a pesar de los cambios que se vienen observando en la sintomatología, los psicoanalistas, en general, no cuestionan la vigencia teórica y clínica de las neurosis ni requieren alteraciones en el método psicoanalítico, dado que, según este autor, *la meta terapéutica*

---

<sup>44</sup> O. Bodni “Pánico”. Pág. 1

<sup>45</sup> C. Basimiani,– S. Blaser- S. Roizarena “¿Patologías de época?”. Psicoanálisis y el Hospital N° 24. Pág. 206

*del psicoanálisis consiste en hacer consciente lo inconsciente*, para liberar a la libido de sus fijaciones y represiones. La enseñanza de Freud fue considerar la gravedad de acuerdo a otros parámetros, mucho menos fenomenológicos, pero más estructurales.

Sopena advierte que en la práctica clínica Freud insistió en que lo fundamental era tener muy en cuenta la singularidad de cada caso; esta singularidad del sujeto sería lo más amenazado por la cultura tecno-científica de nuestra época, por lo generalizable y homogeneizante de los efectos del discurso científico; a los analistas, en cambio, les preocupa la particularidad del malestar de cada sujeto, que está relacionado con la singularidad de su historia y de sus fantasías: “El hombre contemporáneo es así estimulado a negar su posición subjetiva, no tomando en cuenta la dimensión del inconsciente; es así que el psicoanálisis propende a posibilitar la reapropiación subjetiva, manteniendo abierta aquella dimensión”<sup>46</sup>.

En tal sentido, los autores consultados coinciden en que *particularizar el malestar* es una de las tareas éticas del psicoanálisis, la que no es una meta terapéutica específica de los tiempos que corren, sino que ha sido la de todos los tiempos, desde sus comienzos.

A continuación transcribimos un material clínico publicado por la psicoanalista Nélica Fuico en la revista *Psiche-navegante*, con el objetivo de ilustrar, dentro de la particularidad de un caso, las posibilidades terapéuticas para estas presentaciones clínicas dentro del campo del psicoanálisis.

---

<sup>46</sup> C. Sopena “¿Nuevas patologías o cambio en la escucha de los analistas?”. Pág. 3

El sujeto de este caso, llega a la consulta por padecimientos que titula: "Panic Attack". Trae este sufrimiento que lo "Ataca" en diferentes escenas de la vida. Disnea, taquicardia, trastornos abdominales, mareos, dolores musculares, hipotensión, son algunos de los despliegues sintomáticos. Viene de un tratamiento que duró alrededor de 10 años, realizado con una compañera de los grupos de oración. Hombre de fuerte militancia católica que otorgándole al Otro un saber absoluto, queda reducido a una posición puramente objetal, propiciando sus culpas. El Sr. Padre de la Iglesia, como un superyo cruel le imponía castigos por sus malos pensamientos.

*"El Señor puso esto en mi camino para que yo pague mis culpas"* repite. El camino del Señor, significante paterno que en lugar de invitar al deseo, invita a la interdicción y al miedo. (...) Lo punitivo es pecado y el sufrimiento se confunde con bondad. Cada vez que los síntomas "lo atacan" y esto sucede a menudo, llama por teléfono, pide más sesiones, concurre a guardias varias veces al día, se da a diferentes y sofisticados estudios de alta complejidad., que arrojan como resultado que *"goza de perfecta salud"*. (...) ¿Un modo de goce?

De guardia en guardia y de confesionario en confesionario, se obstaculiza su brillante carrera financiera. Unido en matrimonio según los estrictos preceptos de La Santa Madre Iglesia, poseedor de cierta seducción con las mujeres, y empujado por su deseo hacia ellas, incurre en faltas e infidelidades reales o fantaseadas, que lo precipitan a la confesión, en la búsqueda de una penitencia para pagar por sus pecados. Los ataques de pánico en estas situaciones se incrementan. Como efecto de una intervención mía, el llamado "camino del Señor" aparece ligado a la figura de un padre violento y dueño de todas las mujeres; el

Señor Padre; el Padre Padrone. Italiano, inmigrante de pos-guerra, es narrado como violento, mujeriego, pasea semidesnudo su virilidad de macho. Recorta una escena en la cual, junto a su madre, lo sorprenden acompañado por otra mujer.

El simple hecho de regresar del colegio con el guardapoivo sucio, despertaba su ira. Lo increpaba preguntando si lo violaron. (...) "Le tenía pánico a papá" Señalo la homofonía a modo de pregunta: "¿Panic papá?" Relata un sueño en el que el médico le destapa las arterias como cañerías, y limpia la suciedad. Asocia con una escena recurrente en su infancia y adolescencia que refiere con dificultad: -se vestía con la ropa de la mamá y se masturbaba introduciendo el dedo en el ano-. Fantasías desplegadas en diferentes momentos del análisis. A consecuencia de un nuevo episodio masturbatorio se pregunta si el papá no lo habrá violado. La madre es una mujer "víctima de su marido", vestida de duelo durante diez años por la muerte de la hija ocurrida cuando el paciente tenía dos.

Se desencadena un duelo materno interminable y acusaciones paternas señalándolo como culpable y anunciando el deseo de que él fuera el muerto. Hermana que adquiere fuerte presencia en su infancia, en el luto materno, el decir del padre y el nacimiento de su hermano, elegido para reemplazarla. Presencia constante de la muerte que invita a detenernos en el relato de los trágicos sucesos. La hermana amada muere ahogada en brazos del padre a consecuencia de un bronco-espasmo. Resonancia erótica de la expresión: "murió ahogada en sus brazos".

Justamente, el ahogo es uno de los síntomas pertinaces del sujeto. Se puede hipotetizar una identificación a la hermana muerta desde dos corrientes: a) porque es amada por el padre; b) además, la declaración del padre: "*ojalá hubieras sido*

vos". Dicha identificación es de parte del sujeto, un voto de amor al padre. "*Hágase tu voluntad*", una de las expresiones canónicas de amor y sumisión al Padre Eterno. Comienza un tiempo en que despliega en la escena de los ataques, su decir; y ofrece la posibilidad de deducir el sentido del sin sentido, y en consecuencia se pone en acto el juego significativo que habitualmente acarrea, lo cual posibilita formas novedosas de anudamiento. ¿Qué repite como una letanía cada vez que el ataque lo ataca? "*Se me disparó*" "No podía parar la manija" "No podía bajar el coso" (en referencia a un polar que lleva puesto para medir las pulsaciones). Las tres declaraciones implican claramente un fantasma fálico. Los ataques suelen acompañarse, cuando sobrevienen durante la noche, de una erección. ¿Qué coso no puede bajar? "*Tengo mucho miedo; miedo a la muerte*" ¿O a la muerta? "*Pánico a papá, ¿no me habrá violado?*" Ley mortífera del padre que interviene como agente dictatorial y deja marcas arrasadoras. Es agente eficaz de la castración; separa de un goce mortífero, y al mismo tiempo introduce la ley como un goce arrasador". Freud nos dijo al respecto: ..."Ha de ser muy importante como factor accidental, el hecho de que el padre sea también especialmente violento en la vida real". "*La Manija*", la aman hija, la hija amada por el padre muere en sus brazos. Comienza a recortarse "ataque de muerte". ¿De dónde viene esa identificación que da sustento al ataque de muerte? Esa identificación puede estar actuando en el sujeto, cuando va hacia su deseo, o cuando éste es vivido como susceptible de condena.

El sujeto queda identificado a la consecuencia de ese deseo. Lo que aparece en la superficie es un "Ataque de Muerte", la muerte deseada lo toma como objeto. Pero aquí, no sería la muerte deseada para el otro, o sí; eso no se puede

descartar, pero creo que se trata de la muerte como realización fantasmática y al mismo tiempo como castigo por el deseo incestuoso. O sea una muerte erótica: morir en brazos del ser amado.

(...) El neurótico encuentra al padre que busca y el padre que busca la neurosis es un padre que lo retorna a la posición de niño malo que merece castigo. ¿No me habré violado mi papá? La figura del padre primordial es homosexualizante, porque hace uso de todas las mujeres y de mí como mujer. Ese padre que no se detiene ante ninguna mujer, no sujeto a la castración, tampoco se detiene ante los hombres. Cualquiera va a ser objeto de su goce.

(...) Ese es el padre amado. El sujeto paga con el precio de su síntoma a un padre incuestionable. Atravesando a ese padre, teme al desamparo que significa el hacerse cargo de un deseo que prescinde del padre. La neurosis del padre, la cual el sujeto ha tomado a su cargo, deberá nuevamente ser transferida a la cuenta del padre. De no ocurrir así, va a seguir pagando con síntoma y sufrimiento. El costo por esta transferencia será abandonar su posición de objeto del padre. Después de un año de transcurrido su análisis, casi no hay síntomas. (...) Ocurrió un deslizamiento entre la manija -la aman hija-- hacia -lo manejo-. Viraje, desde una posición pasiva a una activa, de ser objeto de ataque, a ser sujeto de deseo.

En relación a este caso presentado por Néliida Fulco, puede observarse que el paciente se presenta a la consulta anunciando que tiene ataques de pánico, acompañados por las manifestaciones cénicas que Freud señalaba como características de la neurosis de angustia.

El relato de esta cura, mueve a reflexionar que desde el saber médico psiquiátrico, el suministro de un determinado medicamento, representa un intento de silenciar el padecer del paciente, acotando el fenómeno al psicofármaco, reduciendo el deseo a una conexión sináptica; es decir, dejando por fuera al deseo, constituyente de la subjetividad.

Se podría pensar que los fenómenos clínicos presentados por este paciente son los característicos de una neurosis de angustia; ésta, en tanto que neurosis actual no posee mecanismo psíquico, es decir, una neurosis que se resiste a la transferencia, se resiste a la ligadura de carga (angustia libremente flotante). Según lo revela este caso, estas neurosis (aparentemente puras) pueden devenir en otra forma de neurosis, vía transferencia, que tienen como mecanismo de formación de síntoma la represión; por lo tanto, los síntomas, en el sentido que los entiende el psicoanálisis son a constituir en transferencia. El relato del tratamiento de este paciente da cuenta de la necesidad de ligar la angustia a representaciones, de modo de avanzar en la producción sintomática, “es para levantar la represión para lo que se presta el analista”<sup>47</sup>; en este sentido, la autora pone en cuestión el discurso médico, su lugar de saber-poder, privilegiando la escucha del discurso del sujeto, su enunciación en sus enunciados. “El analista desde su función interviene en el sentido del discurso, para deshacer el círculo de la repetición sintomática. Interpretación, presencia y silencio, instrumentos para la cura, no homologables a los que usa el discurso médico para aliviar el síntoma.

---

<sup>47</sup> N. Fulco “Panic Attack”, Revista Psiche- navegante

Síntomas que se originan en postulados cuya raíz inconsciente el Yo desconoce.”<sup>48</sup>

3- 2. Concepciones psicoanalíticas que vinculan la configuración que adquieren los padecimientos psíquicos con las particularidades sociohistóricas de la época. Sus orientaciones terapéuticas.

La enunciación del Ataque de Pánico como cuadro psicopatológico autónomo surge como tal desde el discurso psiquiátrico; no obstante, otros discursos y, no necesariamente pertenecientes al campo de la psiquiatría, sino provenientes de la Psicología y el Psicoanálisis, sostienen la existencia de “nuevas patologías”, entendiéndolas como efecto directo de las circunstancias histórico - sociales, económicas, políticas y culturales.

Autores como por ejemplo E. Galende, M. C. Rojas y S. Sternbach, pertenecientes al campo del psicoanálisis, vinculan las configuraciones adoptadas por el padecimiento psíquico con las prácticas y los discursos hegemónicos propios de cada época y contexto social.

En este sentido, María Cristina Rojas y Susana Sternbach plantean que ha transcurrido un siglo desde los primeros escritos freudianos; que son muy otras, hoy, las configuraciones que la escena social adopta en virtud de las enormes transformaciones acontecidas, lo cual orienta a reflexionar sobre cuestiones atinentes a la nueva lógica cultural que nos atraviesa, a la cual se denomina

---

<sup>48</sup> Ibid.

posmodernidad, para englobar las nuevas constelaciones que adopta lo histórico-social en sus múltiples vertientes en la actualidad.

Dichas autoras señalan que “transformaciones vertiginosas, difíciles de comprender y significar, caracterizan éstos tiempos. (...) A la par, los intensos cambios atraviesan también el imaginario social, y producen importantes mutaciones en la mentalidad de la época”<sup>49</sup>. Plantean que la clínica nos confronta cotidianamente con importantes transformaciones en las sintomatologías y en las demandas de análisis: “Nuevas problemáticas empiezan a surgir, para las que los referentes teórico-clínicos anteriores no alcanzan”<sup>50</sup>. Estiman que se van perfilando cambios en las formas que adopta la subjetividad y, por lo tanto, fuertes modificaciones en aquello que es socialmente reconocido como síntoma. Desde este punto de vista, las transformaciones en los motivos de consulta van dibujando el perfil de lo que, en cada tiempo y lugar, se entiende bajo las nociones de sano y enfermo. De este modo, el prototipo sano de este fin de milenio va presentando diferencias cada vez más sustanciales con el de comienzos o mediados de siglo, lo cual delinea a la vez el borde de aquello situable como patología. Y, en tanto cada discurso sociocultural se halla regido por la aspiración inherente de adecuar a los sujetos al ideario en vigencia, toda época histórica favorece el surgimiento de patologías vinculadas a la sobreadaptación, es decir, la adecuación acrítica y absoluta a los modelos culturales predominantes, guardando a la vez estrecha relación con las problemáticas ligadas a las formas de alienación propias de cada período.

---

<sup>49</sup> M. C. Rojas - S. Sternbach “Entre dos siglos”, 1994, pág. 11

<sup>50</sup> Ibid. Pág. 13

“Cada momento histórico formula un prototipo sano; es decir, un conjunto de modalidades subjetivas acorde con los ideales predominantes y, por lo tanto, estimulado y socialmente reconocido. Al mismo tiempo, se produce una mayor incidencia de ciertas patologías en relación con las discursividades sociales preponderantes”<sup>51</sup>.

De este modo, los rasgos esperables del prototipo posmoderno serían, en primer término, un ritmo hipomaniaco, promovido por los ideales actuales, ligado a la abolición de todo conflicto, al éxito y la eficacia. Pragmático y veloz, poco sujetado a lazos y limitaciones de cualquier índole.

“Es innegable que la salud se vincula al momento histórico social, que incide en los modos de presentación de las patologías así como en las conceptualizaciones que se realizan sobre las mismas: supuestos teóricos, diagnósticos, tratamientos, etcétera”<sup>52</sup>.

Para estos autores, la crisis económica, social y cultural, sumada a los avances científicos y tecnológicos, provoca en los sujetos una serie de respuestas, adecuadas al fin en algunos casos y, en otros, desajustadas en diferentes grados. Aseguran que son estas últimas las que generan *nuevas patologías*, tal como es el caso de trastornos somatoformes, bulimia, anorexia, adicciones, ataque de pánico, depresión, que serían resultado del nuevo ordenamiento de la realidad, cuya característica más mencionada, la velocidad con la que se

---

<sup>51</sup> Ibid. Pág. 131

<sup>52</sup> C. Basimiani S. Blaser- S. Roizarena, “Más allá del Ataque de Pánico: La Angustia”. Psicoanálisis y el Hospital N° 24. Pág. 203



producen las modificaciones, daría cuenta de la dificultad para subjetivar a tiempo estos procesos de cambio.

En cuanto a la propuesta terapéutica, Rojas y Sternbach acuerdan en que la teoría y la clínica se articulan de modo inseparable: “hoy, ésta última nos confronta con cuestiones ya acuciantes, promoviendo de este modo una ampliación en nuestra escucha. Dicha ampliación, a la vez, nos coloca en la necesidad de dar cuenta teórica de las transformaciones en nuestra práctica. También está claro que las reformulaciones conceptuales realizadas dentro del campo del psicoanálisis repercuten sobre dispositivos y modos de intervención”<sup>53</sup>.

Afirman así que “El dispositivo analítico, que implica proyectualidad, parece poco acorde con aspectos de una demanda social que supone una nueva posición subjetiva ante la dimensión de la temporalidad, caracterizada en gran medida por la desconsideración de lo porvenir”<sup>54</sup>.

Las autoras plantean que tal dispositivo (analítico) se define en la propuesta de una profunda conexión con la propia interioridad, recorrido que convoca un autorreconocimiento siempre inacabado de la propia palabra; es desde tal concepción que formulan el siguiente interrogante “¿cómo conciliar dicha oferta con aquellas tendencias de la cultura que proponen un espíritu liviano y huyen a veces hacia la exterioridad?”<sup>55</sup>.

Reflexionan que la experiencia psicoanalítica, además, conlleva ciertos modos de confrontación con la angustia, que semejan poco compatibles con las

---

<sup>53</sup> M. C. Rojas- S. Sternbach, op.cit. Pág. 162

<sup>54</sup> Ibid.

<sup>55</sup> Ibid.

modalidades diversas de evitación del dolor psíquico. “A la vez, el dispositivo analítico promueve una investidura intensa y peculiar, la que caracteriza al vínculo transferencial, eje de la clínica psicoanalítica; propuesta e investidura quizá reñidas con la indiferencia y el compromiso postulados por ciertas discursividades actuales para los vínculos”<sup>56</sup>.

En función de estas consideraciones, las autoras proponen ampliaciones posibles del dispositivo psicoanalítico para el abordaje de las denominadas nuevas patologías:

“En los últimos años, la escucha analítica registra nuevas ampliaciones; (...) en tanto estos cuadros se juegan en el límite mismo de la transferencia, se hace necesaria la descripción y conceptualización de modalidades transferenciales que permitan la aproximación psicoanalítica a patologías que, por su propagación en la actualidad, impulsan las ampliaciones señaladas. Si Freud inauguró sus teorizaciones en el marco de la deprivación sensorial parcial que el diván supone, hoy una de las ampliaciones posibles del dispositivo para el acceso a tales entidades clínicas, es el trabajo cara a cara, que pone en juego una nueva dimensión, la de la mirada (...). La situación analítica frente a frente da lugar a una más amplia inclusión de lo no verbal, ya que la mirada rescata modalidades expresivas y significantes de la corporalidad”<sup>57</sup>. Agregan que tal ampliación del mundo representacional, en sus alcances imaginarios y simbólicos, cobra especial relevancia en ciertas patologías, hoy vigentes en la clínica, caracterizadas por la

---

<sup>56</sup> Ibid. Pág. 163

<sup>57</sup> Ibid. Pág. 163

pobreza y escasez de las representaciones. En tales casos, el analista habrá de generar modos específicos de encuentro y prestará aún las propias representaciones a un aparato psíquico que debe todavía constituirse. Trabjará así no solo en el armado de una historia sino también en la construcción de una subjetividad.

De manera similar, E. Galende sostiene que las denominadas nuevas patologías constituyen efectos directos de las circunstancias de nuestro tiempo. En "De un Horizonte Incierto" y en "Nuevas demandas en Salud Mental", señala que desde la perspectiva psicoanalítica los diversos sufrimientos mentales son siempre relativos a las cuestiones del ser y la existencia, por lo mismo a las dimensiones histórico-culturales de la subjetividad.

Sin embargo, explica Galende, estas nuevas demandas en salud mental han planteado al psicoanálisis nuevas dificultades que es preciso reconocer. En su opinión, la experiencia psicoanalítica sufre hoy un problema de fronteras, ya que muchos pacientes no entran fácilmente en los modelos teóricos de las neurosis, desbordando y haciendo impotentes sus recursos técnicos: "El sujeto actual se mueve en espacios públicos sin necesidad alguna de hablar o relacionarse con otras personas: aeropuertos, cajeros automáticos, computadoras para información, le permiten la virtualidad de estar en el mundo que es solo ficcional. Esta subjetividad, de lo virtual, tiene los caracteres de una sensación de irrealidad frente a los componentes emocionales de las relaciones con los otros"<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> E. Galende "De un Horizonte incierto", 1997, pág. 257



El autor advierte que la presencia de estos rasgos debe alertarnos acerca de las tendencias que se van difundiendo y que conforman modalidades del funcionamiento mental diferentes de las neurosis clásicas que el psicoanálisis trató desde los comienzos del siglo, de emociones y comportamientos que plantean nuevos interrogantes y que requieren nuevas investigaciones, ya que no podemos conformarnos con la idea de que sólo se trata de nuevas patologías que vienen a ensanchar nuestras categorías diagnósticas.

Asimismo, resalta la importancia de insistir en que los mencionados rasgos subjetivos, que se insinúan o son dominantes según las respuestas personales a estos caracteres de la cultura actual, son a la vez expresiones de una adaptación a los requerimientos de la vida social, y resultado de un acoplamiento del individuo a los símbolos dominantes de su cultura: "Es decir, no podemos comprenderlos como modalidades patológicas de aislamiento, rasgos esquizoides de carácter, manifestaciones histéricas. Es necesario poner entre paréntesis algunas categorías psicopatológicas para poder comprender la producción de estos rasgos subjetivos desde las dominancias culturales"<sup>59</sup>.

En relación a los rasgos clínicos de estos nuevos problemas, el autor señala que sin duda los síntomas han variado, sin que por ello desaparezcan necesariamente los de las psiconeurosis. Como rasgo general suelen estar más ligados al cuerpo y a la imagen de sí: se trata de adicciones (a drogas, pero también a una conducta adictiva amplia), formas de anorexia y bulimia en las que los cuidados del cuerpo y la vida se someten a modelos estéticos que niegan las

---

<sup>59</sup> Ibid. Pág. 263

necesidades biológicas, somatizaciones de diverso tipo en las que no circula representación alguna y sin sostén en la fantasía, manifestaciones ansiosas o estados de excitación, sin depresión manifiesta, que cursan con síntomas de displacer corporal y atenuantes medicamentosos. En el plano de los afectos se caracterizan por sentimientos de vacío, de indiferencia, desconfianza hacia toda forma de vínculo.

“Desde estos funcionamientos mentales no es dable descubrir la fantasía que los sostiene, sino solamente diversas racionalizaciones que no admiten interpretación. Asimismo no se instala transferencia y, aún el mismo vínculo con el analista toma la forma operatoria de un hacer, de un consumir, esperando de él respuestas eficaces y rápidas más que interrogantes o incertidumbres”<sup>60</sup>.

En cuanto a las dificultades en la transferencia en muchas de las patologías actuales, Galende señala que suelen manifestarse habitualmente los rasgos propios que las caracterizan. Se trata de personas en que el amor no parece desempeñar ningún papel en su relación con el analista, manteniendo un vínculo desafectivizado, indiferente, en ocasiones con la dominancia de un sentimiento de vacío cuyas palabras no suelen traspasar el solo hecho de nombrarlo; los recuerdos de su infancia, si los refieren, resultan desgajados de todo contexto afectivo, no permitiendo generar ninguna transferencia, como si se tratará de un relato puramente anecdótico. Sucede como si la infancia (que en los neuróticos sirve para hacer consciente la transferencia, recuerdos, asociaciones, sentimientos actuales; es decir, en el amor de transferencia se modifican las

---

<sup>60</sup> Ibid. Pág. 273

fijaciones del amor infantil neurótico, ligadas al síntoma y expresadas en él, constituyendo el medio del cual se vale el analista para acceder a la neurosis infantil), en estas personas, fuera ajena a quién la relata.

En relación a cómo intervenir frente a estos pacientes que demandan ayuda pero no estrictamente análisis, que no dan muestra de desplegar transferencia, ni positiva ni negativa, y cuyo rasgo principal parece ser el apego a una palabra vacía de contenidos afectivos y emocionales, Galende plantea que las sensaciones, las emociones y ocurrencias del analista resultan esenciales, ya que aportan la libido necesaria para que se constituya el lazo social terapéutico: "El analista se ve enfrentado a tener que generar por sí mismo las condiciones para que sea posible el análisis, y debe hacerlo preservando lo esencial del método analítico (asociación libre, atención flotante, abstinencia y neutralidad valorativa). Señalar, explicar, sugerir al paciente estas dificultades emocionales resultan claves para que registre el tipo de vínculo y los afectos que genera en el otro."<sup>61</sup>

Según el pensamiento de este autor, el analista debe generar en sus primeras entrevistas con estos pacientes, previo al comienzo estricto del análisis, una percepción de sí mismos que amplíe la concepción de su malestar. Se trata de tender a provocar que el paciente pueda hablar de su malestar desde un registro afectivo y emocional. Se trata de una tarea dirigida a incitar el desarrollo de la transferencia en el paciente, contando con las primeras manifestaciones de la transferencia recíproca en el analista (que en estos casos son habitualmente

---

<sup>61</sup> Ibid. Pág. 285



anteriores a la transferencia en el paciente), para ir generando un vínculo que pueda sostener una experiencia analítica.

Por último, cabe mencionar, dentro del campo del psicoanálisis, otro tipo de enfoque, que se propone como integrador de diversas teorías, y que pareciera tener en su base la concepción denominada "biopsicosocial", que se define como noción abarcativa de las problemáticas que afectan a las personas. Hugo Bleichmar, psicoanalista representativo de esta corriente, presenta lo que ha denominado "Enfoque Modular-Transformacional" para el abordaje de las crisis de pánico:

"Los trastornos de pánico ofrecen un interés que excede la importancia clínica que de por sí presentan pues sirven para examinar los múltiples niveles de articulación existentes entre sectores del inconsciente, entre el inconsciente y la conciencia, y entre lo representacional y lo neurobiológico. Desde esta perspectiva, constituyen un terreno apto para poner a prueba al enfoque "modular-transformacional" en su intento de fundamentar la psicopatología y el tratamiento desde una perspectiva no reduccionista que dé cuenta de la complejidad del funcionamiento psíquico."<sup>62</sup>

(....)

"Por tanto, al examinar los trastornos de pánico debemos tener en cuenta:

a) El nivel de los significados y significantes (indicios o señales) que despiertan la angustia. O sea el tipo de representaciones que en cada sujeto es capaz de poner en marcha el circuito de la angustia.

---

<sup>62</sup> H. Bleichman "El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque "Modular- Transformacional" Revista de Psicoanálisis N° 3, noviembre, 1999



b) El nivel neurobiológico (cerebral/ hormonal) y corporal que forma parte de los mismos.

c) La reacción frente a la angustia, es decir, cómo el sujeto se representa cuando siente angustia, cuán peligrosa siente que la angustia es para él, las anticipaciones que hace al captar las manifestaciones de la misma.”<sup>63</sup>

Se podría señalar tal perspectiva teórica como una concepción ecléctica en relación a la etiología del denominado ataque de pánico, que desvirtúa las concepciones teóricas y etiológicas del psicoanálisis, en la medida en que su apelación a la biología vuelve a psiquiatrizar el padecimiento psíquico. Por otro lado su pretensión de abarcar la totalidad mediante la integración teórica contradice un principio central del psicoanálisis que, tal como Freud lo demostrara, trabaja con la premisa de la división del sujeto.

---

<sup>63</sup> Ibid.

## CONCLUSIÓN

A partir del recorrido llevado a cabo en el presente trabajo, y luego de examinar y cotejar los diferentes criterios diagnósticos devenidos del campo psiquiátrico y del campo psicoanalítico aplicados a similares presentaciones clínicas, así como sus respectivas modalidades terapéuticas, pudieron despejarse algunos de los interrogantes planteados a la vez que surgieron nuevas cuestiones para la interrogación.

La indagación realizada permitió establecer que fue en el seno del campo médico psiquiátrico donde nació el reconocimiento del Ataque de Pánico (o Panic Attack como se lo nombra universalmente) como cuadro psicopatológico autónomo. Este discurso atribuye la etiología de dicho cuadro a la actuación de factores de orden fisiológico, genético, y propone como orientación terapéutica la prescripción de un tratamiento medicamentoso, con el objetivo de controlar farmacológicamente la aparición de las crisis, de modo de otorgar al sujeto una sensación de alivio frente a la emergencia de los diversos fenómenos que las caracterizan.

A partir de dicha enunciación, algunos autores del psicoanálisis también comenzaron a reconocer la autonomía de dicho cuadro, pero entendiéndolo como efecto directo de factores contextuales. En esta línea de pensamiento se encuentran autores que otorgan fuerte peso a los factores ambientales, y que consideran que debido a las semejanzas entre las características de la cultura actual y las que presenta el paciente en la práctica clínica, éste sería el

reproductor de una cultura que reprime aquello que lo singularizaría. Es decir, que aquello que provoca malestar y sufrimiento en las personas sería, en buena medida, producto de circunstancias sociales, externas al sujeto, las que, en consecuencia, no dependen de él. De este modo, y sin abandonar por completo el método psicoanalítico, dichos autores plantean la necesidad de introducir ampliaciones y modificaciones en el dispositivo analítico, de manera que sea susceptible de abarcar estas manifestaciones actuales de la subjetividad que revisten al padecimiento psíquico. De todas formas, no debe perderse de vista que quienes sostienen esta postura se reconocen como psicoanalistas, por lo cual cabría suponer que al momento de trabajar clínicamente aplican la concepción del "caso por caso", apuntando a aquello que tiene que ver con la subjetividad, y más precisamente con la cuota de responsabilidad que le cabe a cada quién por su propio padecimiento.

Por otra parte, y en lo esencial, la presente investigación permitió arribar a la conclusión de que el ataque de pánico, tal como lo caracteriza el discurso médico, no es más que el *remake*, tal como fuera señalado por uno de los autores consultados, de aquello que Freud en 1893/1899, dio a conocer como crisis de angustia, angustia automática o ataque de angustia. "Si bien los movimientos culturales, producen nuevos sujetos y nuevas concepciones clínicas, habrá algo en el orden de la condición humana que seguirá formando parte de nosotros más allá de los tiempos que corren, "la esencia del ser es lo

que el ser desconoce, lo más ajeno que en él habita, lo más lejano de una añorada consistencia”<sup>64</sup>.

En consecuencia, aquello que se viene observando en la sintomatología presentada por los pacientes en la clínica actual, *no cuestionaría la vigencia teórica y clínica de las neurosis ni se requerirían alteraciones en el método psicoanalítico*, debido a que se trata de antiguos fenómenos clínicos bajo nuevas apariencias, y no de nuevas sintomatologías “verdaderas”: allí donde la psiquiatría habla de ataque de pánico, el psicoanálisis habla de ataque de angustia. Mientras desde el campo médico psiquiátrico se propone el suministro de psicofármacos que anulan la dimensión inconsciente del sujeto, dejando por fuera el deseo como constituyente de la subjetividad, reduciéndolo a una conexión sináptica, y otorgándole al sujeto la sensación inmediata de bienestar, desde el campo del psicoanálisis es justamente con el sujeto del inconsciente con el que se propone trabajar en análisis, sin la intención de ahorrarle el necesario sufrimiento (angustia) que implica elaborar aquello que, por no haberlo tramitado, se repite, provocándole malestar. Es el relato en transferencia con el analista lo que propicia que se produzca el síntoma, es decir, que se ligue la angustia (antes libremente flotante) a una representación, para, a partir de allí, aquello que provocó ese elevado monto de angustia en algún momento de la vida del sujeto, y que fue apartado de la conciencia mediante la represión, pueda comenzar a ser elaborado en análisis, para dejar de ser repetido en las

---

<sup>64</sup> V. Guerra “Angustia”, pág. 3

distintas esferas de su vida sin que el sujeto se anoticie de ello, ya que pertenece a lo inconsciente; al levantar la represión la persona está en condiciones de interrogarse acerca de su relación con lo que le sucede; y es justamente para levantar la represión para lo que se presta el analista, este es el camino hacia la cura que el psicoanálisis invita a transitar.

Cabe señalar de todas formas, que si bien la mayoría de los autores del campo psicoanalítico consultados no acuerdan con las modalidades terapéuticas propuestas por el discurso médico-psiquiátrico, no descartan la posibilidad de que en determinadas situaciones clínicas puede llegar a ser necesario incluir un tratamiento psicofarmacológico que permita estabilizar el nivel de angustia y así dar vía a la emergencia de la palabra.

Nos parece oportuno en este punto plantear una serie de interrogantes.

Por un lado, al campo de la psiquiatría se le puede preguntar: si aquello que denominan Ataque de Pánico es producto de una predisposición genética, ¿ello implicaría que no existe entonces posibilidad alguna de intervención que permita a la persona una modificación en el devenir de sus días? ¿significa que estaría “condenada” a su padecer?, Porque de ser así, no tendríamos razón alguna para operar.

Por otra parte, y si como lo plantean algunos psicoanalistas, lo epocal, las discursividades sociales actuales, las características de la cotidianidad actual inciden de manera directa en la causación de las denominadas Nuevas Patologías, la pregunta es ¿por qué siendo todos habitantes de la misma realidad social y estando todos sometidos a los mismos efectos discursivos,



algunas personas sufren Ataque de Pánico (enferman) y otras no?. (Aquí el discurso psiquiátrico probablemente diría que se debe a que las primeras poseen una predisposición a padecerlo).

Ahora bien, luego de realizada la presente investigación, se advierte que, en el lugar de estos enunciados con sus efectos homogeneizantes y desubjetivizantes, el psicoanálisis "pide la palabra" para introducir la diferencia, otorgándole un lugar al decir del sujeto desde su singularidad psíquica, invirtiendo el peso de los factores, es decir, siguiendo a Freud, que en la mayor parte de los casos de lo que se trata es de una perturbación en la vida sexual infantil que ocasiona una perturbación en la vida sexual actual para que, acompañado de ciertos factores contextuales, dé como resultado el sufrimiento que las personas denuncian: " El síntoma de la neurosis actual suele ser el núcleo y la etapa previa del síntoma psiconeurótico".

Para finalizar queremos dejar planteados nuevos interrogantes, con el objetivo de alentar futuras investigaciones:

Si el ataque de pánico, tan mencionado en la actualidad, se corresponde con la neurosis de angustia que describe Freud en el siglo XIX, nos preguntamos por qué se habla de *nuevas patologías*. ¿Qué es lo nuevo? ¿Se trata de algo viejo con nombre nuevo? Y si esto fuera así ¿a qué obedece este cambio?, ¿por qué adquirió tanta resonancia este signifiante proveniente del campo psiquiátrico?. Una posible respuesta podría decir que ello es así debido a la elevada frecuencia con que se observan ciertas manifestaciones denunciadas por los pacientes en la práctica clínica actual. Por el contrario, y en función de

nuestra indagación, pensamos que si Freud aisló un número de fenómenos que caracterizan a la neurosis de angustia, ¿no fue quizás porque en aquel momento también observó, a través de su práctica, numerosas presentaciones clínicas de ese carácter?

¿Se trata entonces de un fenómeno diferente o nos estamos dejando llevar por nuevas etiquetas para antiguos contenidos?.

## **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA DE REFERENCIA:**

- CANCINA, Pura "Fatiga crónica – Neurastenia. Las indolencias de la actualidad", Homo Sapiens, Rosario, 2002.

- DSM IV: "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", American Psychiatric Association, Ed Masson, Barcelona, 1994.

- ECO, Humberto "Cómo se hace una Tesis". Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura. Ed. Gedisa, Bs. As., 1986.

- FREUD, Sigmund "Los textos fundamentales del psicoanálisis", (Tomo I), Altaya, Madrid, 1997.

- FREUD, Sigmund (1893- 1899) "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome el cualidad de neurosis de angustia", Tomo III. Amorrortu Editores, Bs. As.1980.

(1906) "Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis ", Vol. VII. Amorrortu Editores, Bs. As.1980.

(1916-1917) Conferencia 24: "El estado neurótico común", Tomo XVI.. Amorrortu Editores, Bs. As., 1980.

(1924) "Neurosis y Psicosis", O.C., Vol. XIX, Amorrortu Editores, Bs. As., 1980.

- GALENDE, Emiliano "De un horizonte incierto" Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual, Ed. Paidós, Bs. As. 1997.

- KERNBERG, Otto "Desordenes fronterizos y narcisismo patológico", Ed. Paidós, Bs. As. Psicología Profunda, 1997.

- KUTCHINS, Herb - Kirk, Stuart. "Making us Crazy", The Free Press, New York, 1997.

- Revista Psicoanálisis y el Hospital. Nº 7 "La Salud Mental". Compañía Impresora Argentina S. A. Bs. As., Junio 1995.

- Revista Psicoanálisis y el Hospital. Nº 16: "El Fármaco". Su Impres. Bs. As., noviembre 1999.
- Revista Psicoanálisis y el Hospital. Nº 24: "Patologías de época". Su Impres Bs. As. Noviembre 2003.
- Revista Psicoanálisis y el Hospital. Nº 15 "El diagnóstico en la práctica analítica". Su Impres. Bs. As., Junio 1999.
- Revista Psicoanálisis y el Hospital. Nº 14: "Psicoanálisis y Medicina", Su Impres. Bs. As., Noviembre 1998.
- Psicoanálisis y el Hospital. Nº 9: "Psiquiatría y Psicoanálisis". Su Impres. Bs. As., Noviembre 1996.
- Revista de Psicoanálisis. Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo Liv., Nº 3, Julio-Septiembre de 1997.
- Revista de Psicoanálisis. Bleichmar, H. "El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque Modular- Transformacional". Noviembre, 1999.
- ROJAS, María Cristina - STERNBACH, Susana. "Entre dos siglos" una lectura psicoanalítica de la posmodernidad. Ed. Lugar. Bs. As. 1994.

#### DOCUMENTOS:

- ABADI, Mauricio. "Notas acerca de la angustia y su conceptualización en un seminario", Ed. Tekne, Bs. As.
- BIDEGAIN, Luisa. "Consideraciones a cerca del concepto de identidad", 2002. Ficha interna de la Cátedra de Psicología Clínica.
- BODNI, Osvaldo. "Pánico"; [http:// psicoanalisis.com.ar/bodni/pánico.htm](http://psicoanalisis.com.ar/bodni/pánico.htm) 19 de Nov., 2004.
- BURSTEIN, Beatriz. "De la angustia al pánico". Revista Actualidad Psicológica, págs. 19- 20. Noviembre, 2003.

-CERNADAS, José A. "El ataque de pánico" reflexiones desde el psicoanálisis. Revista Actualidad Psicológica, págs. 12- 14. Noviembre, 2003.

-Cuadernillos de Cátedra incluidos en la bibliografía de la materia Modelos en Psicopatología, Facultad de Psicología, UNMDP. :

"Los Debates sobre la Esquizofrenia, segunda parte",

"La psicosis en la obra de Lacan".

"Los desarrollos del Psicoanálisis respecto de la Histeria".

-DAVIDOVICH, Mariana "Un diagnóstico pret-a-porter" en "Ataque de Pánico. Tiempos modernos" por Alicia Marioni. Artículo del Diario Página 12, febrero 2004.

-DIMOV, Marta. Informe final de Beca de Perfeccionamiento UNMdP, 1999.

-FARB, Augusto. "La encrucijada de la neurosis de angustia", en Revista Acheronta N° 8, [www.acheronta.org](http://www.acheronta.org)

-FULCO, Nélica. "Panic Attack", [www.psyche-navegante.com.ar](http://www.psyche-navegante.com.ar)

-GUERRA, Vanesa "Angustia", documento.

-IMBRIANO, Amelia H. "Ataque de pánico como síntoma del discurso capitalista". Revista Actualidad Psicológica, págs. 8- 11. Noviembre, 2003.

- MOIZESZOWICZ, Julio y Mirta "Ataque de pánico". Revista Actualidad Psicológica, págs. 2- 5. Noviembre, 2003.

- NESIS, José. "Subjetividad, ética y ciencia a propósito del DSM-IV. Trabajo presentado a las IV Jornadas de Investigación en Psicología. U.B.A., 1999.

- Revista de Actualidad Psicológica, Arts., noviembre 2.003:

- RIVUANDO, Sergio "Practicar lo imposible (acerca de los bordes en psicoanálisis)", [WWW.ACHARONTA.ORG](http://WWW.ACHARONTA.ORG), N° 13, julio 2001.

- SOPENA, Carlos "¿Nuevas patologías o cambio en la escucha de los analistas?", en Revista al tema del hombre. [relacion@chasque.apc.org](mailto:relacion@chasque.apc.org)

- [Http://www.centroapertura.com.ar](http://www.centroapertura.com.ar). "Tratamiento del Ataque de Pánico. Terapia Cognitivo Conductual".