

UNIVERSIDAD DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

Estudio Bibliográfico Comparativo de los Abordajes Psicoanalítico y Cognitivo- Comportamental del denominado Ataque de Pánico.

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

- Alumnos: Grané, Clelia María Victoria. Mat.nº 1989/90. DNI:22.723.320
- Posse, Justino. Mat.nº 1599/89. DNI:20.219.643
- Rigo, Pablo Ulises. Mat.nº 1261/88. DNI: 17945858

Supervisor: Lic. Orlando Calo
Co-supervisor: Lic. Luis Heredia

Cátedra de radicación: Epistemología de la psicología

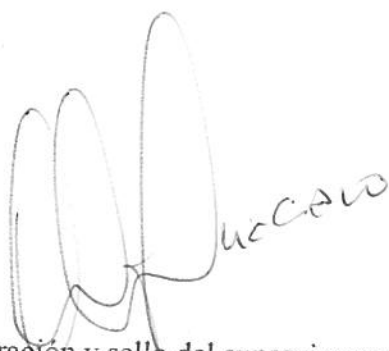
Año: 2004



Nº CLASIFICACION	ADQUISICION
7-108	doncib
	INVENTARIO
	R-217

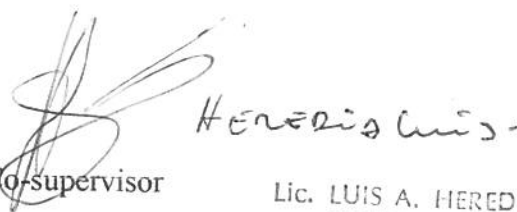
“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad de los alumnos: Grané, María Victoria, mat. n° 1989/90; Posse, Justino, mat. n° 1599/89; Rigo, Pablo Ulises, mat. n° 1261/88, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no 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: Grané, María Victoria mat. n° 1989/90, Posse, Justino mat. n°1599/89, Rigo, Pablo Ulises mat. n° 1261/88; conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días del mes de del año 200”.



Firma, aclaración y sello del supervisor y Co-supervisor

LIC. ORLANDO GALLO
PSICOLOGO
M. P. 45930



Lic. LUIS A. HEREDIA
PSICOLOGO
MAT. 45930

Informe de Evaluación del Supervisor y Co-supervisor.

Informe del Supervisor:

El trabajo realizado por los alumnos Clelia Grané, Justino Posse y Pablo Rigo cumplió con los objetivos propuestos en su inicio. Efectuaron un minucioso recorrido por la bibliografía más relevante de las teorías psicoanalítica y cognitivo-comportamental, teorías que se habían propuesto comparar, vinculada con el tema de la angustia y el denominado ataque de pánico; supieron también comparar las producciones de los autores más representativos para poder aislar los aspectos convergentes, pero también los que resultan inconciliables, tanto en la dimensión teórica como en el campo de las intervenciones clínicas concretas. El trabajo resultante puede constituir material de consulta importante para las asignaturas vinculadas con la clínica y la psicopatología.

Lic. Orlando Calo

LIC. ORLANDO CALO
PSICOLOGO
M. P. 45930

Informe del Co-supervisor:

El trabajo de Investigación de Pregrado, "Estudio bibliográfico comparativo de los abordajes Psicoanalíticos y Cognitivo-comportamentales del denominado Ataque de Pánico", realizado por los alumnos Clelia Grané, Justino Posse y Pablo U. Rigo cumple con los objetivos propuestos, tanto en el amplio recorrido bibliográfico como en las comparaciones enunciadas en el anteproyecto.

Consideramos el material apto para consulta, por su valor conceptual y de elaboración.

Lic. Luis Heredia

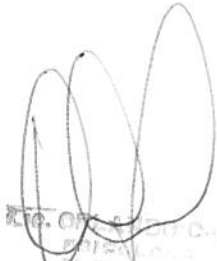

Luis Heredia

Lic. LUIS A. HEREDIA
PSICOLOGO
MAT 45930


“Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de Investigación presentado por los alumnos: Grané, María Victoria mat. n° 1989/90, Posse, Justino mat. n° 1599/89, Rigo, Pablo Ulises mat. n° 1261/88.”

Firma y aclaración del especialista interviniente, del Supervisor y el Co-supervisor, y de cada uno de los miembros intervinientes del Area de Investigación.

Fecha de aprobación.



Lic. CASCO



Lic. LUIS A. HEREDIA
PSICOLOGO
MAT. 45930

INDICE

Introducción.....	1
Definiciones Críticas de los Conceptos desde el Modelo Psicoanalítico.....	2
Conceptualización y Etiología de la Neurosis de Angustia en el Psicoanálisis.....	10
Freud en sus primeras conceptualizaciones.....	10
Inhibición, Síntoma y Angustia (1925).....	15
El trauma del nacimiento.....	15
Señal de angustia y angustia automática.....	17
La noción de objeto y su relación con la angustia.....	18
La neurosis de angustia como afección psicosomática.....	20
Los conceptos de alienación, separación y holofrase.....	21
Número y letra.....	24
Otras conceptualizaciones del psicoanálisis.....	26
El ideal del yo y el pánico.....	28
La neurosis de angustia y sus relaciones y diferencias con la psicosis	
Identificación, y Proyecto Identificatorio.....	30
Las influencias en el desarrollo temprano.....	31
Las características sociales de la posmodernidad y su relación con lo	
Psicosomático.....	33
Diagnóstico en Psicoanálisis de la Neurosis de Angustia.....	34

Tratamiento de la Neurosis de Angustia en Psicoanálisis.....	39
Concepto y Etiología del Ataque de Pánico en el Modelo Cognitivo-Comportamental.....	47
Diagnóstico Cognitivo Comportamental del Ataque de Pánico.....	58
El Tratamiento del Trastorno de Pánico desde los Modelos Cognitivos Comportamentales.....	64
a)Estrategias Cognitivas.....	66
b)Estrategias comportamentales.....	71
c)Tratamiento de las creencias cognitivas profundas.....	74
Síntesis Comparativa entre los Modelos Cognitivo-Comportamentales y Psicoanalítico en el Abordaje del Ataque de Pánico.....	78
Ideas Automáticas, y Angustia Automática.....	83
Pánico, ¿una Nueva Patología?.....	85
Anexos.....	90
El Pánico y La Mitología.....	90
Bibliografía.....	93

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

Proyecto de Investigación de pregrado

Alumnos: Grané, Clelia María Victoria. 1989/90

Posse, Justino. 1599/89

Rigo, Pablo Ulises. 1261/88

Cátedra de radicación: Epistemología de la Psicología

Supervisor: Lic. Calo, Orlando

Co-supervisor: Lic. Heredia, Luis

- Título del proyecto

Estudio bibliográfico comparativo de los abordajes Psicoanalíticos y Cognitivo-comportamentales del denominado Ataque de Pánico.

- Descripción resumida

Debido a la repercusión social que se le está dando en la actualidad al denominado “ataque de pánico”, traducción directa del *panic attack* de manuales como el DSM-IV, nos proponemos un estudio bibliográfico comparativo del abordaje que, tanto el psicoanálisis (desde textos de S. Freud y J. Lacan), como las terapias cognitivas, llevan a cabo en el tratamiento de pacientes que consultan por padecimientos asimilables a esa nomenclatura y que son considerados, por las teorías que compararemos, como Neurosis de angustia o Trastorno de pánico; centrándonos en tres ejes fundamentales: etiología, diagnóstico y tratamiento y confrontando las críticas respectivas que cada modelo hace sobre el otro.

Trataremos además de discernir si este trastorno corresponde a una nueva patología, como actualmente desde algunos criterios nosográficos y medios de comunicación lo conceptualizan, o si se trata de algo ya existente a lo que se le ha dado por algún motivo, una nueva significación, intentando analizar el porqué de esta nueva manera de conceptualizarlo.

Para ello haremos un relevamiento bibliográfico de cada una de estas teorías.

- Palabras claves

Fobia. Angustia. Ansiedad. Ataque. Pánico.

- Descripción detallada

- Motivo y antecedentes

En los últimos años, el A.P. ha sido considerado por algunas corrientes teóricas y medios masivos de comunicación como un importante problema de salud pública, debido a

las elevadas tasas de prevalencia observadas, la reticencia a la remisión espontánea, la importante comorbilidad con otros trastornos como alcoholismo, consumo de drogas y depresión, además de las importantes consecuencias negativas que el "A.P" tiene en la calidad de vida de las personas, para los recursos de los servicios públicos y privados, y por el acuciante grado de sufrimiento que produce, debido a la intensidad de sus ataques, la aparición "repentina" de los mismos, y la experiencia de "pánico" en si misma, su carácter "espontáneo" e "inesperado", junto a la percepción subjetiva de no poder ejercer ningún control, lo que daría lugar a una sensación de indefensión y desamparo en quien la padece.

Como estudiantes de psicología nos despierta curiosidad el hecho de saber como abordan estas dos principales teorías, el denominado ataque de pánico. Nuestro interés se centra en conocer estas dos propuestas de trabajo, con el fin de guiar nuestra futura práctica profesional teniendo un conocimiento global sobre el tema.

Con el presente trabajo de investigación nos proponemos intentar dilucidar la etiología, diagnóstico y tratamiento del ataque de pánico y/o crisis de angustia, de acuerdo a los dos marcos estudiados, que tomaremos como referentes para esta investigación, con el objeto, también, de saber si el denominado A.P, se trata de una nueva patología, o si en cambio es una nueva denominación de la crisis de angustia el porqué de las mismas.

Con respecto a antecedentes en este tema, en nuestra búsqueda a través del centro de informaciones (psicoedoc) de esta facultad, no hemos encontrado ninguna investigación comparativa desde estas dos corrientes sobre este tema.

- Objetivos generales

-Comparar las características más significativas atribuidas por los abordajes psicoanalíticos a la neurosis de angustia con las que atribuyen las terapias cognitivo-comportamentales al trastorno de pánico,

- Dilucidar si el trastorno denominado Ataque de pánico corresponde a un nuevo fenómeno en el campo de la psicopatología, o si se trata de una problemática ya existente.

- Objetivos particulares

- Definir críticamente los conceptos *pánico, miedo, fobia, ansiedad, angustia*

- Sintetizar las características principales que el psicoanálisis atribuye a la neurosis de angustia, a través de:

- a) estudiar sus conceptualizaciones acerca de la etiología,
- b) analizar los criterios diagnósticos,
- c) describir los abordajes terapéuticos.

- Sintetizar las características principales que los abordajes terapéuticos cognitivo-comportamentales atribuyen al trastorno de pánico, a través de:

- a) estudiar las explicaciones etiológicas,
- b) analizar sus criterios diagnósticos,
- c) describir de los abordajes terapéuticos.

- Analizar las críticas que cada modelo efectúa a los abordajes propuestos por el otro.

- Métodos y técnicas

- Método heurístico: Búsqueda del material de investigación, a través de fichaje bibliográfico y relevamiento de datos por medio de redes informáticas.

- Método hermenéutico: Comparación y análisis.

- Lugar donde se realizará el trabajo

- Biblioteca Municipal “Centro Cultural General Pueyrredon”.

- Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

- Sala de Internet de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

- Espacios de consulta de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

- Cronograma de actividades

- 1- Búsqueda bibliográfica y virtual.
- 2- Relevamiento de la información obtenida.
- 3- Confección de informes parciales y presentación al supervisor y co-supervisor respectivamente.
- 4- Análisis de la información obtenida.
- 5- Explicación desde la estructuración psíquica.
- 6- Explicación de la estructuración de los procesos de información.
- 7- Abordaje de la diferenciación y fundamentación teórica en ambas corrientes.
- 8- Conclusiones.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	////	////	////									
2		////	////	////								
3		o	o	o								
4			////	////								
5			////	////								
6			////	////								
7			////	////	////							
8					////							



Firma del Supervisor



Firma del Co-Supervisor

7
Chella M. Victoria Grané



Pablo U. Rizo

Firma de los Alumnos

* El Lic. Heredia se encuentra especialmente habilitado para co-supervisar este Trabajo - Descargo los requisitos del Reglamento -



S. Urquiza

Propongo la aprobación del proyecto en todos sus ítems.



H. Martínez

16/10/03

ESTUDIO BIBLIOGRÁFICO COMPARATIVO DE LOS ABORDAJES
PSICOANALÍTICOS Y COGNITIVO-COMPORTAMENTALES DEL
DENOMINADO ATAQUE DE PÁNICO.

Introducción.

Realizamos en este trabajo un estudio bibliográfico sobre el llamado ataque de pánico bajo las perspectivas de las teorías psicoanalítica y cognitivo-comportamentales.

Comenzamos el presente trabajo con una definición crítica de los conceptos empleados, con el fin de delimitar lo que entendemos cuando nos referimos a determinados términos como angustia, ansiedad, miedo, etc..

Luego desarrollamos el modelo psicoanalítico dividido en los tres ejes seleccionados para este trabajo: etiología, diagnóstico, y tratamiento. Inicialmente abordamos la temática desde una perspectiva histórica, comenzando por los primeros estudios de Freud sobre la angustia, para pasar a continuación a elaboraciones posteriores. También se tomaron aportes de otros autores psicoanalíticos hasta llegar a las contribuciones contemporáneas.

A continuación procedimos a desarrollar la temática desde el modelo cognitivo-comportamental, a partir los tres ejes mencionados. Se exponen en esta parte los principales exponentes del modelo.

Luego realizamos una síntesis comparativa entre ambos modelos. Donde se remarcan a nuestro criterio las principales diferencias teóricas, pero así también las similitudes que pueden estar sucediendo en la práctica terapéutica, con respecto principalmente a los efectos y fenómenos que se producen en la cura desde ambas teorías.

Terminamos el trabajo haciendo una reflexión crítica sobre las actuales creencias acerca de esta patología, referidas principalmente a su pretendida novedad, como una enfermedad de fin de siglo, producto de nuestros actuales cambios tecnológicos y sociales. Se pone en cuestión desde nuestra perspectiva estas creencias, intentando delimitar lo que puede haber de nuevo en esta patología y lo que pertenece a una dolencia que consideramos, como todas las demás neurosis, patologías que ocurren desde tiempos remotos.

Definiciones Críticas de los Conceptos desde el Modelo Psicoanalítico.

1. Angustia. 1.1 Angustia automática. 1.2 Señal de angustia. 1.3 Crisis de angustia. 1.4 Neurosis de Angustia.
2. Ansiedad.
3. Fobia. 3.1 Síntomas fóbicos de la neurosis de angustia.
4. Pánico.
5. Miedo.

1. Angustia:

Según Freud: La angustia es pues, en primer lugar, algo que sentimos. La calificamos de estado afectivo, aunque no sabemos bien que es un afecto. Como sentimiento, presenta una característica displaciente; pero no es esta la única de sus cualidades, pues no todo displacer puede ser calificado de angustia. Postula otros sentimientos de carácter displaciente: la ansiedad, el dolor, el duelo. Su carácter displaciente parece exhibir, en efecto, algún rasgo especial, si bien no resulta fácil su determinación. Pero además de este carácter peculiar, difícilmente aislable, corresponde a la angustia sensaciones físicas más precisas, que refiere a determinados organos (Freud S., 1925).

Freud considera a los órganos respiratorios y al corazón como los más representativos, frecuentes y precisos del ataque de angustia, por lo que considera

lógicamente que en el proceso total de la angustia participan inervaciones motoras, o sea procesos de descarga. De su análisis del estado de angustia desprenden los siguientes resultados: Un carácter displaciente específico; actos de descarga; y las percepciones de tales actos.

Diferencia la angustia del duelo y el dolor, por no presentar estos últimos, los actos de descarga por vías determinadas. Caracteriza a la angustia como un incremento de excitación, lo que produce por un lado el carácter displaciente, y por el otro los actos de descarga como búsqueda de alivio. Pero va más allá de la fisiología, postulando la existencia de un factor histórico que enlaza entre sí las sensaciones y las inervaciones de la angustia.

Este factor histórico es el trauma del nacimiento, la angustia es una reproducción de dicho estado que se caracteriza por un incremento de estímulo y de descargas por vías determinadas. Así explica la estructura y la génesis de la angustia; y en cuanto a su función: considera que “la angustia nació como una reacción a un estado de peligro y se reproduce cada vez que surge de nuevo tal estado” (Freud S., 1925, p. 2865).

A esto agrega algunas observaciones, en cuanto concibe, a la aparición de la angustia y sus innervaciones, como adecuada en algunos casos para señalar y prevenir una situación, como lo son las inervaciones de los órganos respiratorios y cardiovasculares en el momento del nacimiento; y otra inadecuada: cuando se responde a un peligro actual con un acto que fue adecuado ante un peligro pretérito. Según Freud, las reacciones somáticas de la experiencia del nacimiento son las que se reactualizan en

la neurosis de angustia. Dentro de un punto de vista tópico considera al yo como la verdadera sede de la angustia.

Según Amalia Baumgart (2001), en cuanto a la etimología de la palabra, ésta proviene “ del latín “*angustiare*”, angostura, dificultad, se refiere a una sensación constrictiva que se localiza en la región precordial o en la epigástrica con dificultad para respirar, acompañada de cierto afecto de tristeza.

Los términos: *Angst*/angustia-miedo-temor; *Furcht*/miedo-temor-angustia y *Schreck*/susto-sobresalto-terror, se usan muchas veces como expresiones sinónimas, a pesar de que tienen matices diferentes (en especial los dos primeros).

Angst pone de manifiesto lo indeterminado de un peligro, mientras que *Furcht* lo determinado del peligro que entraña casi siempre un orden de autoridad: el Padre, el Señor o Dios. *Schreck* enfatiza la intensidad del miedo/angustia asociada a lo repentino del mismo.

Freud examina sus usos que, como el mismo subraya, están emparentados con la lengua alemana. En este movimiento se ve obligado a recuperar las diferencias terminológicas, pero cuando las formula inicia ya su propia conceptualización de las mismas.

1.1. Angustia automática:

“Reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una influencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es

incapaz de controlar. La angustia automática se opone, en la opinión de Freud, a la señal de angustia” (J. Laplanche Y J.-B. Pontalis, 1981, p. 27).

Desde sus primeros escritos sobre angustia Freud (1895) ya utilizaba este concepto para referirse a ella como al resultado de una tensión libidinal acumulada y no descargada. En *Inhibición Síntoma y Angustia*, introduce el termino comparándola con la señal de angustia. La angustia automática surge cuando se constituye un estado de desamparo del yo contra una extraordinaria tensión de la necesidad, como ocurre en la situación del parto que se resuelve en angustia, o sea como respuesta espontánea del organismo frente a una situación traumática, o también como en el caso de la crisis de angustia, a su reproducción frente a una situación análoga al trauma del nacimiento.

1.2. Señal de angustia:

“Termino introducido por Freud en la reestructuración de su teoría de la angustia (1926) para designar un dispositivo puesto en acción por el yo, ante una situación de peligro, con vistas a evitar ser desbordado por el aflujo de excitaciones. La señal de angustia reproduce en forma atenuada la reacción de angustia vivida primitivamente en una situación traumática, lo que permite poner en marcha operaciones defensivas.” (J. Laplanche y J.-B. Pontalis 1981, p.400).

En la llamada segunda teoría de la angustia (1925) Freud va mas allá de la explicación económica, sumando nuevas aportaciones a la teoría al utilizar el termino señal de angustia como una nueva función de la angustia, que la convierte en un motivo de defensa para el yo, como una señal intencionada del mismo encaminada a influir

sobre la instancia placer-displacer. Sin dejar de lado los factores económicos, hace intervenir en la funcionalidad de la señal de angustia características de símbolo mnémico o símbolo afectivo de una situación que todavía no está presente y que se trata de evitar. De allí el carácter anticipatorio de la misma.

No deja de lado el aspecto económico pues el desencadenamiento de la señal supone la movilización de cierta cantidad de energía, además, el afecto, reproducido en forma de señal, debió ser experimentado pasivamente en el pasado en forma de angustia automática.

La señal de angustia se relaciona con el yo y con el proceso secundario.

1.3. Ataque de angustia (también llamada crisis de angustia):

Freud en 1895 ya tenía identificadas las formas del ataque de angustia, hoy quizás mayormente llamada en el ámbito psicoanalítico como crisis de angustia, y desde otros modelos (cognitivo y médico psiquiátrico) como ataque de pánico.

A continuación hacemos una síntesis de las formas de ataque conocidas por Freud hasta ese momento:

- a) Perturbaciones de la actividad cardíaca: palpitaciones, arritmias breves, taquicardia duradera y hasta graves estados de debilidad del corazón, difíciles de diferenciar de una afección orgánica.

- b) Perturbaciones de la respiración: formas diversas de disnea nerviosa, ataques análogos a los del asma, etc. He de advertir que estos ataques no aparecen siempre acompañados de angustia perceptible.
- c) Ataques de sudor, a veces nocturno.
- d) Ataque de temblores y convulsiones, fáciles de confundir con los histéricos
- e) Ataque de bulimia, acompañados a veces de vértigos.
- f) Diarreas emergentes en forma de ataques.
- g) Ataques de vértigo locomotor.
- h) Ataques de las llamadas congestiones; esto es, de aquello a lo que se le ha dado el nombre de neurastenia vasomotora.
- i) Ataques de parestesia (raras veces sin angustia o un malestar análogo) (Freud 1895).

1.4. Neurosis de angustia:

Freud (1895) en los comienzos, al abordar el tema de la angustia, se ve en la necesidad de separar la neurosis de angustia de la neurastenia, por considerar a esta última como un conjunto de síntomas enlazados entre sí (presión intracraneal, irritación espinal y dispepsia con flatulencia y constipación) y separados de la neurosis de angustia, a la que deja reservado un complejo de síntomas en el cual todos sus componentes giran en torno a uno principal: la angustia. Además, las concibe como diferentes tanto en su etiología como en su mecanismo. En el análisis de la sintomatología considera a la neurosis de angustia con una plena independencia clínica,

llevándola a la necesidad de separarla tanto conforme a sus presentaciones puras y aisladas, como cuando surge en combinación con otras neurosis (neurosis mixtas).

2. Ansiedad:

Del latín "*anxietas*", llenarse de ansia o de anhelo, se refiere a un estado de ánimo inquieto, agitado o afligido que no permite sosiego y crea una visión pesimista del mundo. Los alemanes lo usan para dar cuenta de un signo psíquico distintivo de una personalidad determinada, en oposición a la palabra "angustia" que pone de relieve una vivencia emocional actual con sus concomitantes psíquicas y somáticas, de corta duración, características no necesariamente afines a la otra expresión (Baumgart A., 2001, p. 45).

3. Fobias:

Las fobias, constituyen el síntoma central de lo que Freud denominó como histeria de angustia. No se considera como sinónimos los dos términos, pues el desplazamiento sobre un objeto fóbico es secundario a la aparición de una angustia libre, además el nombre de histeria de angustia le permite comparar su similitud estructural con la histeria de conversión, en cuanto a que en ambos casos es la acción de la represión la que produce la separación del afecto de la representación, pero la diferencia estriba en que en la histeria de conversión la libido es convertida, y en la histeria de angustia, liberada en forma de angustia.

Los síntomas fóbicos se originan por medio de un trabajo psíquico, que liga de nuevo psíquicamente la angustia que ha quedado libre, orientándola hacia un objeto sustitutivo.

3.1. Síntomas fóbicos en la neurosis de angustia:

Según Freud sobre la base de la espera angustiosa de los ataques de angustia y de vértigo, se desarrollan diversos tipos de fobias típicas: referente generalmente a las amenazas comunes provenientes de la naturaleza (serpientes, tormentas, oscuridad, etc.) y la locomoción (agorafobia). “En estas perturbaciones, la angustia disponible es simplemente utilizada para intensificar repugnancias instintivas, comunes a todos los hombres”(Freud 1895, p. 187).

Freud compara y diferencia las fobias de la neurosis de angustia de las que pertenecen a las psiconeurosis: en ambas se produce el mecanismo de transposición del afecto, pero en las primeras el afecto es siempre el mismo, la angustia, y no procede de una representación reprimida, no pudiendo reconocerse en los objetos de estas fobias un sustitutivo simbólico procedente de dicha representación.

De esta manera es que se presentan las fobias de las neurosis de angustia, haciendo referencia a este tema J. Laplanche y J.-B. Pontalis dicen: “Sobre un fondo de excitabilidad general se destacan diferentes formas de angustia: angustia crónica o expectación ansiosa, susceptible de ligarse a todo contenido representativo capaz de ofrecerle un soporte” (J. Laplanche, J.-B. Pontalis 1981, p. 242).

Es así como la neurosis de angustia suele tomar objetos como soportes para ligar de alguna manera la angustia, y de esta forma desarrollar los síntomas fóbicos.

4. Pánico:

Este término es el que hoy en día se ha convenido usar dentro de la psiquiatría norteamericana y europea, como así también dentro de los modelos cognitivo-comportamentales, para designar lo que desde Freud es denominado como crisis o ataque de angustia, o también angustia pánica.

La palabra pánico tiene su origen en la mitología de Grecia se deriva del dios Pan, a quien atribuía el pueblo bajo de Grecia la costumbre de salir por las noches y hacer apariciones que causaban terror. (Ver Anexo: el origen mitológico de la palabra “pánico”)

Pánico: “Dícese del terror súbito, sin ningún fundamento Relativo a Pan : fiesta pánica” (Diccionario Larousse 1978, p. 762).

“Del latín *“panicus”*, se refiere a un miedo grande o temor excesivo sin causa justificada, esta emparentado con el *Schreck* alemán. Alude a una declaración súbita e instantánea de miedo/angustia.

Respetando el sentido griego original, la palabra *Panic* en alemán proviene de la abreviatura de *Pan-Ikone*, el icono del Dios Pan, conocido en el mundo helénico por su capacidad para distribuir terror entre los seres humanos.

En la expresión de angustia pánica "*panischer Angst*" se lo usa como adjetivo que califica a la angustia dotándola con características de una aparición repentina, sin preparación previa y extremadamente intensa" (Amalia Baumgart 2001, p. 45).

5. Miedo:

El miedo es conceptualizado diferenciándolo de la angustia por tener un objeto definido el cual posee el factor de provocarlo, y además sus actos de descarga son tendientes al escape, a la evitación de dicho objeto; en el caso de la angustia se la suele ver diferente, aduciendo que no tiene objeto, y el acto de descarga mismo configura el cuadro de la angustia. Estos conceptos serán cuestionados desde una perspectiva lacaniana, como se vera mas adelante al referirnos al tema de la etiología.

Conceptualización y Etiología de la Neurosis de Angustia en el Psicoanálisis

Freud en sus primeras conceptualizaciones

En 1896 Freud distingue dos etiologías en la neurosis de angustia: una hereditaria y otra adquirida.

Habla de una “grave tara hereditaria”, cuando no llega a descubrir un proceso etiológico. Pero cuando encuentra estos procesos, la concibe como una neurosis adquirida, y encuentra en los factores etiológicos una serie de perturbaciones e influencias nocivas provenientes de la vida sexual.

Al exponer las condiciones etiológicas, separa los casos según el sexo de los sujetos.

Presentación etiológica en las mujeres:

a) Como angustia virginal o angustia de las adolescentes. Un gran número de observaciones personales han demostrado que el primer contacto con el problema sexual en forma de una súbita revelación de lo que hasta entonces era encubierto puede provocar en las adolescentes la emergencia de una neurosis de angustia, combinada casi típicamente con una histeria.

b) Como angustia de las recién casadas. Aquellas recién casadas que en las primeras cohabitaciones permanecen anestésicas, contraen con frecuencia una neurosis de angustia, que desaparece luego cuando la anestesia es sustituida por la sensibilidad normal. Dado que la mayoría de las recién casadas inicialmente anestésicas no contraen,

sin embargo, tal neurosis, hemos de considerar necesaria para su aparición la ocurrencia de otras condiciones, que más adelante indicaremos.

c) Como angustia de las mujeres cuyos maridos se hayan aquejados de eyaculación precoz o de grave disminución de la potencia.

d) De aquéllas mujeres cuyos maridos practican el coitus interruptus o reservatus (preservativo).

e) Como angustia de las viudas o de las mujeres voluntariamente abstinentes combinadas muchas veces con representaciones obsesivas.

f) Como angustia del periodo climatérico, durante la última gran elevación de la necesidad sexual. (Freud, 1986)

En los hombres:

a) Angustia de los abstinentes voluntarios combinada muchas veces con síntomas de defensa (representaciones obsesivas, histeria). Los motivos en que se funda la abstinencia voluntaria hacen que esta categoría incluya una gran cantidad de sujetos hereditariamente predispuestos, originales, etc.

b) Angustia de los hombres que sufren de excitación frustrada (durante el noviazgo) y de aquellas personas que por miedo a las consecuencias del comercio sexual se contentan con tocar o contemplar a la mujer. Este grupo de condiciones, que puede ser transferido sin modificación alguna al otro sexo, proporciona los casos más puros de neurosis.

c) Angustia de los hombres que practican el coitus interruptus. Como ya hemos dicho, el coitus interruptus perjudica a la mujer cuando es practicado sin cuidado alguno por su satisfacción, y, en cambio, al hombre, cuando este, para conseguir la satisfacción de la mujer, dirige voluntariamente el coito, aplazando la eyaculación.

d) Angustia de los hombres en edad crítica. Hay hombres que pasan como las mujeres, un periodo climatérico, contrayendo una neurosis de angustia al tiempo que declina su potencia y aumenta su libido.

Por último añadiremos dos casos valiosos para ambos sexos:

a) Los neurasténicos que han contraído su enfermedad a consecuencia de la masturbación caen en la neurosis de angustia en cuanto abandonan tal forma de satisfacción sexual, pues estos sujetos llegan a ser especialmente incapaces de soportar la abstinencia.

b) La última de las condiciones etiológicas que nos proponemos mencionar no parece, al principio, ser de naturaleza sexual. La neurosis de angustia surge también, en efecto, en los dos sexos, como consecuencia de un *surmenage* o un esfuerzo agotador; por ejemplo, después de largas vigiliias nocturnas, de una continuada asistencia a un enfermo o incluso de una grave dolencia del propio sujeto (Freud, 1896).

Freud recibe dos objeciones a su teoría de una etiología sexual: la primera se refiere a que las anomalías de la vida sexual por él descritas son muy frecuentes, la segunda a que no todas las personas que las practican adquieren por ello una neurosis de angustia. Se defiende de tales críticas argumentando que las neurosis, sobre todo las neurosis de angustia, son muy frecuentes, o sea que razonablemente su factor etiológico

también tiene que darse con cierta frecuencia, y segundo que dicha frecuencia del factor etiológico, no tiene porqué ocasionar siempre como efecto una neurosis de angustia, pues para que ello suceda, tienen que producirse otras condiciones: como la propensión, agregación etiológica específica, y el apoyo de otras influencias inocuas de por sí.

Freud en esta época comenzaba a vislumbrar lo que más adelante conceptualizaría como las series complementarias, donde se considera que para la aparición de una patología deben confluír una serie de factores determinantes.

Esta agregación etiológica se cumple de la siguiente manera, al efecto latente del factor específico (por ejemplo *el coitus interruptus*) viene a sumársele otro inocuo (como un accidente, un gran esfuerzo intelectual, o la muerte de un ser querido), este último puede representar cuantitativamente, pues solo tiende a intensificar el factor específico, pero no a sustituirlo cualitativamente. Por lo que se entiende que las prácticas sexuales nocivas no pueden por sí solas provocar la neurosis de angustia, pero si predisponen a la misma. Por lo que no basta la existencia del factor específico etiológico, pues además es necesario que exista en cierta cuantía, y para alcanzar este nivel, puede ser sustituida una cantidad del factor específico por una cantidad del factor vulgar no específico (o también llamada causa auxiliar).

Muchas veces cuando descende la intensidad del factor no específico, tienden a descender los fenómenos patológicos, esto tiene una importancia para la terapia, pues ésta “reposa en la posibilidad de hacer descender por bajo del límite, el nivel de la carga que gravita sobre el sistema nervioso, por medio de diversas influencias ejercidas sobre la mezcla etiológica.” (Freud S. 189, p. 207)

Freud explica el mecanismo de la neurosis de angustia como una acumulación de excitación sexual que no es susceptible de una descarga psíquica. Muchos casos se inician con una patente disminución de la libido sexual, del placer psíquico, llegando algunos pacientes a comunicar una ausencia de necesidad sexual. Considera que el mecanismo de la neurosis de angustia ha de ser buscado en la desviación de la excitación sexual somática de lo psíquico, y en un consiguiente aprovechamiento anormal de dicha excitación. “Se trata de una excitación que no puede ser elaborada psíquicamente, sino que es desviada de la psique y se gasta subcorticalmente en reacciones nada adecuadas” (Freud 1895, p. 194).

Luego Freud presenta algunos ejemplos para la emergencia de la neurosis de angustia: a causa de una grave enfermedad, de un esfuerzo agotador, de una larga asistencia a un enfermo, etc., produce una desviación de la psique de la excitación, que la hace insuficiente para ser dominada. En estos casos, si bien no se presenta una etiología sexual explícita, se presupone en ellas un mecanismo de este orden, pues la libido disminuye enormemente.

Freud hace una analogía entre los fenómenos físicos de la crisis de angustia con el coito normal, como subrogados de la acción específica: palpitaciones, aceleración del ritmo respiratorio, sudores, congestión, etc., estos fenómenos están separados del coito e intensificados.

La falta de capacidad psíquica para dominar la excitación sexual, conduce en estos casos al sistema nervioso a un singular estado afectivo constituido por la angustia. Cuando un peligro externo es incapaz de ser suprimido, éste invade a la psique, y se

produce un estado afectivo de angustia; lo mismo sucede cuando una excitación sexual endógena es incapaz de ser controlada por vías adecuadas. En un caso se trata de excitación exógena y pasajera, y actúa como un impulso único, en la otra, es endógena, y actúa como una fuerza constante. Según Freud, en la neurosis, el sistema nervioso reacciona de igual manera contra una fuente de excitación exterior y una interior, en cuando éstas rebasan la psique, o sea con la emergencia de la angustia. Solo se diferencia en la forma en que luego cursaran los efectos patológicos en cada caso.

En esta misma época Freud relaciona la neurosis de angustia con las demás psiconeurosis, sobre todo por el hecho de que considera a las neurosis de angustia puras como muy inusuales, la mayoría de estos casos dependen de las consecuencias de las conductas sexuales producto de otras neurosis. Por sus características, llevan a los individuos al empobrecimiento de su vida sexual, como ser el caso de los neuróticos obsesivos que llegan por miedo al contagio, o por escrúpulos excesivos (miedo al súper-yo), a la abstinencia sexual, lo que daría en estos casos la emergencia de una neurosis de angustia. También en algunos casos de histeria, padecida sobre todo en la juventud, en la cual queda perturbada la vida sexual y desviada de lo psíquico la tensión sexual; “las mujeres de esta clase de sexualidad son incapaces de satisfacción, incluso en el coito normal, y desarrollan la neurosis de angustia, bien espontáneamente, o bien la emergencia de otros factores eficaces” (Freud 1896, p. 191).

Freud hace hincapie en separar siempre los síntomas que pertenecen a las psiconeurosis de los que pertenecen a la neurosis de angustia, sobre todo cuando se trata de neurosis mixtas, donde, en las primeras los síntomas corresponden a conflictos del

pasado, producto de la represión de pulsiones sexuales y la sustitución de sus representaciones; de los que se presentan a causa de condiciones actuales de la vida sexual (abstinencia, *coitus interruptus*, etc.) como lo son en la neurosis de angustia. La diferencia estriba en que en las neurosis actuales no encontramos un mecanismo psíquico como en las psiconeurosis.

Freud considera para la emergencia de la neurosis de angustia, una combinación: de la herencia, con el factor sexual específico, más el vulgar o accidental.

El factor sexual no actúa casi siempre, sino sobre personas con taras hereditarias. Por su parte, la herencia no puede, por si sola, producir una neurosis de angustia, sino que espera la aparición de una magnitud suficiente de la influencia sexual específica nociva. La herencia es una condición para la neurosis, importante, pero no suficiente. [...] La herencia actúa como un multiplicador interpolado en un circuito eléctrico, que hace aumentar en cierto número de veces la desviación de la aguja. [...] La forma de la neurosis depende exclusivamente del factor etiológico específico procedente de la vida sexual (Freud 1896, p. 208).

Inhibición, Síntoma y Angustia (1925)

En 1925 Freud reformula la teoría de la angustia: en primer lugar no considera que la angustia surja siempre de un modo automático por un proceso económico, por transformación directa de la carga de libido reprimida. Concibe al yo como sede de la

angustia y como instancia que opera la represión; aquí introduce el concepto de angustia señal intencionada del yo, la cual influye sobre la instancia placer-displacer. Igual no deja de lado la idea de que el yo utilice la energía que en la represión queda libre, precisamente para despertar el afecto. Descarta la posibilidad de que el ello como el súper-yo puedan experimentar angustia. Propone sí al ello como una instancia donde se desarrollan o preparan los procesos que dan la ocasión al yo para la explosión de angustia.

Distingue dos casos donde el primero corresponde a la etiología de las psiconeurosis y el segundo a la etiología de las neurosis actuales:

...el primero, que en el ello suceda algo que active algunas de las situaciones peligrosas para el yo y le mueva a dar una señal de angustia para iniciar la inhibición; el segundo, que se constituya también en el ello una situación análoga al trauma del nacimiento en el cual surge automáticamente la reacción angustiosa. Estos dos casos se aproximan, acentuando que el segundo corresponde a la primera y primitiva situación de peligro, y el primero en cambio, a cualquiera de las condiciones de la angustia, ulteriormente derivadas de tal situación. (Freud 1896, p. 2865).

El trauma del nacimiento

Introduce el concepto de trauma del nacimiento como experiencia prototípica, de la cual se derivan todas las otras, en las siguientes etapas las situaciones serán: en el niño

de pecho, el miedo a la pérdida del objeto; en la etapa fálica el miedo a la castración; y en la latencia el miedo al súper-yo.

Lo que hace aquí es ir más allá de la síntesis puramente fisiológica de la angustia, basándola solo en un incremento de la excitación que produce el displacer y los actos de descarga, introduciendo la existencia de factores históricos que enlazan entre sí las sensaciones y las inervaciones de angustia, considerando al estado de angustia una reproducción del trauma del nacimiento.

Freud critica esta noción que pertenece a Otto Rank, pero a pesar de esta crítica, sigue manteniendo dicha noción al diferenciar la emergencia de angustia automática, en la neurosis de angustia, de la angustia señal, perteneciente a las psiconeurosis. “Hemos perseguido la línea de desarrollo que une esta primera situación peligrosa, y primera condición de la angustia, con todas las ulteriores y hemos visto que todas ellas conservan algo en común, por significar todas, en cierto sentido, una separación de la madre” (Freud, 1896, p. 2865).

Admite al trauma del nacimiento como una extraordinaria perturbación de la economía de la libido narcisista, pero rechaza la hipótesis que sostiene Rank de que la magnitud inicial de trauma del nacimiento determinaría la causación de la neurosis. Pues por un lado, esta hipótesis deja de lado el factor constitucional, y por otro el sujeto en el nacimiento no tiene un desarrollo psíquico capaz de discernir el peligro que el mismo acarrea para la vida, este peligro carece de contenido psíquico, el feto sólo advierte una extraordinaria perturbación de la economía de su libido narcisista.

Rechaza la hipótesis de Rank de que sobre la base de la magnitud del trauma del nacimiento pueda determinarse una neurosis, pero sí parece aceptar a esta como la primera experiencia donde el exceso de energía perturba al organismo, como primera situación de displacer, y como primera condición de angustia de tipo biológica, que luego se conecta con las otras situaciones peligrosas para el yo en el sentido del principio del placer, como ser: la pérdida de objeto en la primera infancia, castración en la etapa fálica, miedo al súper-yo en la latencia, por lo que considera en cada etapa del desarrollo una diferente condición de angustia.

Entonces en cuanto a la etiología de la neurosis de angustia que Freud presentaba en 1896, y la que presenta en 1925, solo cambia en el sentido, de que en ésta segunda etapa viene a sumársele los conceptos que se desprenden del trauma del nacimiento y la diferenciación angustia automática-señal de angustia, sin descartar las anteriores afirmaciones sobre una etiología basada en la actividad sexual actual, sino tan solo enlazarlas con los nuevos conocimientos adquiridos. Considera innegable que la abstinencia sexual, la perturbación del curso de la excitación sexual y la desviación de esta última de su elaboración psíquica dan origen a la génesis directa de angustia por transformación de la libido; "...esto es, a la constitución de aquel estado de desamparo del yo contra una extraordinaria tensión de la necesidad, como ocurrió en la situación del parto que se vuelve en angustia" (Freud S., 1925, p. 2865).

Señal de angustia y angustia automática

Los conceptos sobre angustia automática y señal de angustia (ver definiciones críticas de los conceptos, páginas 3 y 4) hacen referencia a un doble origen de la angustia: la primera es consecuencia directa del factor traumático y la segunda como una señal de que amenaza la repetición de tal factor.

En el nacimiento la angustia surge directamente en el yo frente a una exigencia libidinal muy intensa, luego a partir de las represiones posteriores la angustia es despertada como señal, por lo que se desprende que esta noción de señal esta planteada en términos evolutivos, es un desarrollo de las funciones del yo (pensamiento, percepción recuerdo). El trabajo que ejerce la función del pensamiento tiende a reducir el desarrollo de la angustia a una señal. El yo anticipa el peligro, entra en juego el principio del placer displacer y se lleva a cabo la represión.

Esto no ocurre en la neurosis de angustia donde el acceso de angustia se desarrolla plenamente, el proceso deja de ser dominado por el yo y desemboca en un ataque. En las psiconeurosis el sujeto se protege del terror mediante la anticipación de la señal de angustia, que se limita a un desprendimiento de displacer que requiere a la defensa. Ya dijimos que la sede de la angustia es el yo, donde articula el peligro de castración. En los casos de psiconeurosis el yo realiza un trabajo psíquico en el cual luego encontramos al afecto convertido, desplazado o invertido; en cambio en las neurosis de angustia surge dicho afecto directamente en el área del cuerpo, sin previa mediación psíquica que permita tramitar el peligro a través del área de la mente. El terror que se experimenta en

el ataque de angustia tiene por condición la falta de preparación para la angustia. Esto nos lleva al concepto de señal, presente en las psiconeurosis, que nos remite a un peligro circunscrito y pasible de ser dominado, funciona como expectativa del trauma y como repetición aminorada del mismo.

La noción de objeto y su relación con la angustia

Decir que la angustia no tiene objeto, no parece correcto, según Jaques Lacan en el seminario X (La Angustia 1962- 63), donde trata dicho tema, afirma: “la angustia no es sin objeto”, lo que no implica decir de qué objeto se trata. Según Dreizzen “...la angustia no es sin objeto, ya que es señal de cierto momento de la relación de un sujeto con el objeto a en toda su generalidad” (Dreizzen, 2001 p.147).

Estas reflexiones nos llevan a cuestionar el tema de la falta de objeto en las neurosis de angustia, como así también la distinción aceptada fácilmente por muchos entre el miedo y la angustia. En principio se entiende que el miedo tiene un objeto definido, se manifiesta ante un peligro real y supone una huida, diferenciándolo por estas cuestiones de la angustia.

Lacan recurre a unas notas de Chéjov para poner en cuestión estas afirmaciones, donde relata que, “volviendo en trineo por el campo, ve en la ventana de un campanario una llama vacilante. Sabe que ese lugar es inaccesible y de pronto siente miedo. Miedo

en tanto algo desconocido que se manifiesta frente a él” (D’Angelo, Carabajal, Marchilli 1996, p. 149).

Aquí no se trata de un peligro real, el objeto es más que ambiguo y no hay huida, sin embargo es miedo; además el sujeto no está interesado en lo más íntimo de sí, o sea en lo que pueda pasarle a su propia persona, que es lo característico de la angustia. Podemos concluir que la angustia es ante algo, un algo que es del orden de lo irreductible de lo real.

Entonces: el concepto de “objeto a” nos lleva al campo de lo real, que representa a lo que queda des-subjetivizado en el hombre en la construcción de su vida psíquica. Un tipo de eslabón perdido que se halla ligado a una dimensión del cuerpo real, que puede reconocerse en determinadas señales distintivas que predominan en los síntomas.

Las concepciones freudianas nos envían al terreno de lo “pulsional” como límite entre lo somático y lo psíquico, a una exigencia de trabajo que se presenta como la dinámica responsable de nuestra existencia psíquica. Desde este concepto de pulsión, podemos pensar a la teoría lacaniana, en cuanto a lo que ésta sugiere con la expresión “lo real del goce”, se refiere a todo aquello que se sustrae a la posibilidad de imaginarización y/o simbolización, y que se hace presente en el sufrimiento psíquico. Aquello que surge como radicalmente extranjero, lo siniestro, aparición de lo que debió quedar oculto, un objeto que causa falta en el lugar de la imagen especular. En la clínica, se encuentran innumerables casos donde la aparición de la angustia surge en aquellos momentos en que el sujeto se encuentra desprovisto de su imagen, y de la posibilidad de

ser reconocido en el deseo del Otro. El sujeto queda en una posición de objeto, frente a la amenaza que establece la exigencia del Otro.

Esto concierne tanto a la experiencia humana en general, como así también a la experiencia clínica en particular. En este último caso la “insurrección” de la angustia es una manifestación patológica y se vive con “horror”. Lacan elabora el concepto de goce basándose en las paradojas de la pulsión de muerte. Nos remite a la inquietante extrañeza de “lo siniestro” que también es fuente del “terror”, cuando se ven atravesadas una serie de barreras construidas por el psiquismo para evitar su emergencia. Supone un quiebre de la capa protectora, regulada según Freud por el principio del placer, y articulada por Lacan en la noción de fantasma. Considera que el lugar de la angustia es el lugar del fantasma, el fantasma es defensa contra la angustia, la recubre, ofrece un punto de detención a la metonimia del deseo (Baumgart A., 2001).

En la angustia vemos develarse el a ; la imagen i' a cuya pregnancia se debía al encubrimiento de la falta, ya no se sostiene. Si en la constitución significativa del sujeto, la ley, la ley del significante, hace perder al a , que el a aparezca implica la pérdida del sostén legal que asegura el principio del placer. De esta manera el sujeto se encuentra en el “más allá del principio del placer”, en lo real del goce, donde queda abolido como $moi\ i'(a)$, reducido a un puro a para la falta del Otro (D'Angelo, Carabajal, Marchilli, 1996).

Cuando tambalea la relación $S/\diamond a$, se anticipa un anuncio de la “nada” que se manifiesta en intensas sensaciones en el plano corporal. Para Lacan el afecto está ligado a lo que nos constituye como seres deseantes en la relación con el otro, nuestro

semejante, con el Otro (*Autre*) lugar del significante y con el objeto (*petit a*) separado del propio cuerpo. La vacilación fantasmática es una potencial amenaza de “ser nada”, que se encuentra presente en la estructura profunda de nuestra vida psíquica.

El ataque de angustia, puede pensarse como una de las formas en que el “objeto *petit a*” se hace presente, introduce por su relación con el cuerpo algo de ese goce exiliado que se ofrece a ser descifrado (Baumgart A., 2001).

La neurosis de angustia como afección psicosomática

Algunos autores (Békei M., Mchevnik M., Liberman, J. Lacan, Chiozza L., Laplanche, J. Pontalis) toman el termino psicosomática, para referirse a las llamadas por Freud neurosis actuales. El termino neurosis actual ha sido cuestionado contemporáneamente.

Según Laplanche J. y Pontalis J-B en la actualidad tiende a desaparecer de la nosografía la noción de neurosis actual, en la medida en que, sea cual fuere el valor desencadenante que posean el factor actual, se hallan siempre en los síntomas la expresión simbólica de conflictos más arcaicos. Con esta salvedad, la idea de conflicto y de síntomas actuales mantiene su valor y requiere según los autores las siguientes observaciones:

1) “...la existencia de un conflicto actual agudo constituye a menudo un obstáculo al curso de la cura psicoanalítica

2) ...se observará que, en las concepciones de Freud, los síntomas actuales son ante todo de tipo somático, y que la antigua noción de neurosis actual conduce directamente a las concepciones modernas sobre afecciones psicosomáticas.

3) En la actualidad los psicoanalistas no aceptan sin reservas la noción de neurosis actual; sin embargo, el cuadro clínico de la neurosis de angustia (acerca del cual se olvida a menudo que fue Freud quien la separó de la neurastenia) sigue conservando su valor nosográfico en clínica: neurosis en la que predomina una angustia masiva, sin objeto claramente manifiesto, y en la que es patente el papel desempeñado por los factores actuales". (Laplanche J. Pontalis J-B., 1981, p. 241).

Dentro de estas llamadas afecciones psicosomáticas se engloban varias patologías además de la neurastenia y la neurosis de angustia, como ser el cáncer, hipertensión, úlcera gastroduodenal, colitis úlceroa, la diabetes, el asma bronquial, las afecciones cutáneas (soriasis, eczemas), etc. Diferenciándose así estas patologías de la estructura neurótica, siendo equiparadas por lo tanto a trastornos de la economía narcisista, donde se concibe que quedan marginados o disociados los procesamientos psíquicos, se habla de un déficit en los mismos, una falla en la función simbólica o significante, que consiste en alteraciones de la actividad representacional de las mociones pulsionales.

Los conceptos de alienación, separación y holofrase

En cuanto al fenómeno psicossomático Lacan desarrolla en el Seminario XI dos operaciones para hablar del surgimiento del significante en el campo del Otro: alienación y separación.

En la alienación se produce como efecto la desaparición del sujeto bajo los significantes que lo representan. Según Lacan en ese primer apareamiento significativo que nos permite concebir que el sujeto brota primero en el Otro, en la medida en que el primer significativo, el significativo unario, aparece en el campo del Otro y representa al sujeto para otro significativo, significativo cuyo efecto es la afanisis del sujeto. De allí, la división del sujeto pues el sujeto aparece en alguna parte como sentido, en la otra parte se manifiesta como fading, desaparición (Lacan J., 1964).

Según Dreizzen esta primera operación de alienación pone al sujeto ante una forzada elección entre el ser (quedando en la inmanencia de ser el falo del Otro primordial) o el sentido (desapareciendo bajo el peso del S2, quedando afanísico, en *fading*, pero representado en cadena). Para que se produzca esta elección por el sentido tiene que haber operado el significativo Nombre del Padre para instaurar la significación fálica, efectuando la sustracción de al menos un significativo, el significativo fálico. A este movimiento se llama inducción significativa, con lo que implica de oposición entre el S1 y S2. Teniendo este S2 efecto de producir la afanisis del sujeto (Dreizzen, 2001).

Lacan considera en referencia al fenómeno psicossomático que es algo que no es un significativo, pero que sin embargo, solo es concebible en la medida en que la inducción

significante a nivel del sujeto ha transcurrido de un modo que no pone en juego la afanisis del sujeto (Lacan, 1964).

Se refiere a una inducción que no suscita en el sujeto la función particular del significante que es inscribirse en la pura diferencia, quedando de esta manera en una equivalencia entre significantes (holofraseamiento).

La segunda operación, llamada separación, el sujeto pone en juego esa desaparición bajo los significantes que lo representan, o sea pone en juego la función de afanisis, si es que la hubo. En esta función -que no es tomada en cuenta en el fenómeno psicossomático- el sujeto interroga los significantes de la demanda del otro con la propia desaparición, poniéndose él mismo en un lugar desde donde pregunta: *¿Che vuoi?*, ¿qué me quiere?. En esta posición ante el deseo del Otro y sus vacilaciones, el sujeto ataca la cadena significativa del Otro, en el punto de intervalo entre S1 y S2, haciendo aparecer allí el deseo del Otro, mas allá de su demanda. Ese Otro ya no será un Otro absoluto bajo el cual quede sometido el sujeto.

Según Dreizzen C. "Es la metáfora paterna que en la operación de separación instauro la falta en el Otro en el mismo movimiento que efectúa la barradura del sujeto" (Dreizzen C., 1989).

Un significante es determinado por la distancia, por el intervalo que lo separa de otro significante. Si no se produce esa distancia los significantes se holofrasean, se pegotean, se solidifican. La holofrase designa una palabra que alcanza la valía de toda una frase, que no da lugar para hacer a una pregunta, sino sólo a responder. Se comporta como un signo más que un significante, por ejemplo las señales de tránsito, un color, un

dibujo, etc., significan algo en particular, y no pueden ser interrogadas, no funcionan entonces como significantes que representan al sujeto para otro significante, sino que funcionan como un signo que significa algo para alguien.

Según Heinrich H.: Cuando la demanda del Otro funciona como una holofrase, como un signo y no como un significante, no hay malentendido posible. El significante por definición es equívoco. El signo por el contrario no admite condensación ni desplazamiento, porque su significado es unívoco- no equívoco. El signo deja fuera de juego las formaciones del inconsciente, y al interferir con una función biológica puede producir en el organismo una respuesta inadecuada (Haydée Heinrich 2003, p. 3).

Hay que agregar que si no hay intervalo, no hay diferencia ni significante, con lo cual tampoco podrá haber formaciones del inconsciente.

Lacan va a relacionar al reflejo condicionado de Pavlov con el fenómeno psicossomático, por encontrarlo a este más cercano que a las formaciones del inconsciente.

Al igual que el perro de Pavlov el sujeto en el fenómeno psicossomático no se interroga por el deseo del Otro. Hay una equivalencia entre significantes. Lacan considera que sólo es posible el experimento pavloviano gracias a que es desmontable el ejercicio de la función biológica, la considera desmontable pues más de un órgano interfiere en cada función biológica. También el fenómeno psicossomático puede producirse gracias a que la función biológica es desmontable, y en tanto es desmontable puede articularse con el significante. Esta relación la considera articulable con algo que

funciona como significante -no necesariamente para el sujeto- ya que es ejecutado por el experimentador. En otras palabras, el Otro está ahí (Lacan J., 1964).

Se podría pensar que en estas patologías se da una relación con un Otro, que tiene sobre el sujeto una influencia similar a la de Pavlov con el perro, haciéndolo víctima de una demanda de determinadas características, que hacen que no se ponga en juego la función afanisis del sujeto.

Este experimento según Lacan tiene el interés fundamental de permitir situar lo que hay que concebir del efecto psicósomático: incluso llega a formular que cuando no hay intervalo entre los significantes, cuando la primera pareja de significantes se solidifica, se holofrása, tenemos el modelo de toda una serie de casos (Lacan J., 1964).

Los significantes del Otro no pueden ser interrogados como para que aparezca su falta en ese intervalo, este fracaso hace que el deseo del Otro no funcione como deseo enigmático para ser respondido fantasmáticamente. Además, la inducción significativa al haberse vuelto holofrása apunta a una función biológica, la cual adquiere la posibilidad de disociar su funcionamiento. El objeto pulsional no es recortado y apunta a lo real del cuerpo, desencadenando las respuestas perjudiciales para el organismo.

Heinrich H. considera que: ...la función biológica elegida, dependerá seguramente de las modalidades de goce del Otro, sea sobre el aparato digestivo, respiratorio o cardíaco, o la incidencia de la mirada del Otro sobre la piel, etc. Esta presencia del Otro sobre un cuerpo al que no permite funcionar solo, iniciada probablemente en un tiempo en el que el sujeto no cuenta aún con recursos como para interrogar ese goce, hace que esa función biológica difícilmente pueda ser

olvidada como para adoptar un funcionamiento autónomo (Haydée Heinrich 2003, p.4).

Número y letra

David Maldavsky partiendo desde Lacan aludiendo al fenómeno psicossomático dice que el cuerpo se deja escribir por algo que no es del orden de la letra, sino del orden del número, y que este pone de manifiesto una forma elemental de configuración de la materia sensible (en que los registros sensoriales provenientes de vista y oído son aun equivalentes) en términos de frecuencia.

Es decir que en tal momento se coloca a merced del número, de un período ajeno, circunstancia que en ocasiones pretende disfrazar al volverse precariamente especulativo respecto de un cuerpo ajeno. Quiero recordar además una puntualización de Piaget: cuando un niño escribe “5”, ello no indica necesariamente “cinco unidades”, sino tal vez meramente “número”, o “cantidad”, creo que esta afirmación es válida para las situaciones clínicas que pretendo considerar: el número no tiene aún valor consensual, ni simbólico, sino que remite a la expresión de la cantidad pulsional (David Maldavsky 1988, p.4).

Dreizzen C. considera que las afecciones psicossomáticas no son ajenas al modo de operar del significante del Nombre del Padre como Padre Nominante que impone un goce específico. Encuentra en la clínica de estos pacientes que suelen referirse a su cuerpo como un cuerpo de otro, o un pedazo de cuerpo que no les pertenece. Relaciona

estos fenómenos a la equivalencia entre significantes y el concepto de frecuencia referido a los números naturales:

“Para éstos es diferente que un número ocupe un lugar en la serie, entre un antecesor y un sucesor, lo que nos habla de un operador (como falta absoluta) que impulsa la progresión, a que ese número se repita sucesivamente, repetición de lo idéntico, como por ejemplo una campanada cada 30”. Aquí el número es sólo una cifra que se repite a iguales intervalos de tiempo.

Así, el significante del Nombre del Padre, letra en lo real que da un apellido, trazo de identidad para el sujeto, es el que inscribe al sujeto en el linaje generacional, como alguien para ser contado por una ascendencia y para una descendencia (Dreizen C., 1989).

Considera la citada autora, que para el fenómeno psicossomático, el significante del nombre del padre no suscita ese lugar para el sujeto como 0, falta absoluta, lugar de lo imposible, sino que prevalece la equivalencia entre significantes y el cuerpo se deja cifrar algo del número.

Algunos órganos y sus funciones suelen ser los facultados para restituir la exclusión simbólica del nombre propio a través de una lesión corporal en la que el sujeto al precio de la enfermedad, concreta en ella algo de su “ser” implantando una filiación encarnada, sin mediación significativa.

Otras conceptualizaciones desde el psicoanálisis

Amalia Baumgart (2001) llega a las siguientes conclusiones en su tesis de doctorado sobre Ataque de Pánico y subjetividad:

La presencia de “angustia pánica” puede remitir a una entidad clínica diferencial o a un estado psíquico particular.

Como entidad clínica, forma parte de un sector más vasto: el de la patología narcisista, para lo cual interesa recuperar la diferenciación freudiana entre “psiconeurosis de transferencia” y “psiconeurosis narcisista”, como así también su diferencia con “la psicosis”, pues de esta manera puede alcanzar a tener un valor pronóstico considerable.

Debe distinguirse de la “melancolía”, modelo hasta el momento de las psiconeurosis narcisistas. Baumgart considera que en ambas se trata de una afrenta narcisista grave, pero advierte que cada una de ellas nos lleva a posiciones subjetivas diferentes.

En la melancolía, estamos ante una desinvestidura narcisista y un declive del deseo. El conflicto se desarrolla entre el Yo y el Superyó, y un desagrado moral por el propio Yo.

En el “desorden de pánico”, el individuo queda frente a un Yo idealizado que derrumba su proyecto identificador. El conflicto se desarrolla entre el yo y el Ideal del yo. Y aquí nos encontramos ante un “vacío” en el Yo.

Según Baumgart, en ambos casos el riesgo suicida es considerable.

La angustia pánica es desde esta óptica una manifestación característica de la patología narcisista y determinada por un conflicto identificatorio.

Se debe a una interrupción en el procesamiento simbólico de dicho conflicto por la desconexión con la representación especificada como Ideal.

Dicha desconexión es considerada como una desligadura que coloca al sujeto frente a un vacío, lo que promueve una catextización del Yo no mediatizada por el ideal, lo que actualiza, por efecto de la regresión, restos narcisistas sin regulación simbólica.

La autora destaca: ...la prevalencia de la exteriorización somática que afecta en especial las funciones cardíacas y respiratorias poniendo de manifiesto la vigencia del factor de "actualidad" que precipita un estado afectivo: la vivencia de terror + la interpretación catastrófica.

La patógena es más comprensible desde la perspectiva psicoanalítica, ya que es el reverso de su estudio experimental lo que debería permitir perfeccionar la técnica analítica capaz de tratar este tipo de patología.

Dado que las condiciones de producción de esta afección se muestran afines a las de la sociedad actual, en la que las redes de solidaridad se encuentran desintrincadas, considero que puede resultar interesante poner en relación estas conclusiones con las caracterizaciones del individualismo contemporáneo en el que Narciso se ha levantado nuevamente (¡!) (Amalia Baumgart 2001).

La autora citada parte de los aportes de Freud principalmente de sus estudios sobre "el fenómeno del pánico" en *Psicología de las masas y análisis del Yo* (Freud 1921) para desarrollar sus conceptos sobre la etiología de la angustia pánica. En estos

estudios se ve cómo se produce el pánico en las masas cuando una formación colectiva comienza a disgregarse, cuando se rompen los lazos libidinosos existentes en ella y se produce un desgarramiento de las redes afectivas. Por ejemplo cuando en la formación militar las órdenes de los jefes dejan de ser obedecidas, y cada individuo se preocupa de cuidarse a sí mismo, sin importar los demás. Esto se no produce por la intensidad del peligro, pues la historia está repleta de hazañas militares donde individuos se han enfrentado a peligros de los más extremos sin que se produzca el pánico. Esto se mantiene así mientras la estructura libidinosa de la masa esté fuertemente ligada al Ideal, pues sólo el relajamiento de la misma, que supone la caída del Ideal, rompe el equilibrio y el yo se hace eco del peligro. Freud considera errónea la idea de que los lazos libidinosos se desgarran por el miedo ante el peligro, sino justamente al revés.

El Ideal del Yo y el Pánico

Baumgart (2001) partiendo desde Freud para llegar a Lacan, desarrolla los conceptos de narcisismo e Ideal en el abordaje de la etiología y la nosografía del Pánico. Considera que Freud en *Introducción del Narcisismo* ha concebido que las primitivas satisfacciones son narcisistas, “ser amado” es el primer esbozo del Yo investido libidinalmente. Bajo los influjos de las críticas parentales y del mundo exterior son progresivamente abandonadas, pero buscan ser reconquistadas bajo la nueva forma del Ideal del Yo. La formación de un ideal sería, por parte del Yo, la condición de la

represión. A partir de ese momento la posición subjetiva está regulada por una referencia simbólica que le otorga al Yo trascendencia y se apoya en el rasgo unario del Ideal del Yo. La vivencia del Yo se presenta a partir de entonces con los caracteres de unidad actual y mismidad histórica.

Siguiendo los pasos freudianos, Lacan estudia el ideal e indaga la estructura significante en la que el sujeto se hace un lugar I (A). En este punto del Ideal del Yo, el sujeto se ve visto por el Otro, la identidad del sujeto se constituye en función de la mirada de reconocimiento de Otro. Si el estadio del espejo pone de manifiesto la dimensión imaginaria de la identificación- el sujeto se identifica con una imagen global y unificada de sí-, aquí se trata del aspecto simbólico de la identificación. Este resulta del investimento del Otro parental indispensable para la constitución del cuerpo propio que se crea en la conjunción del cuerpo orgánico del niño y la niña y la mirada de los padres. Esta cuestión está presente en el problema de la angustia.

Según Baumgart: “para Lacan el Yo Ideal (aspiración) es elaborado a partir de la imagen del propio cuerpo en el espejo (Lacan 1969). Una referencia especular que puede ofrecerse a la mirada bajo distintas formas: desde la sutil despersonalización hasta la alucinación del doble. El Ideal del Yo (modelo) designa una función en el plano simbólico que es la de regular la estructura imaginaria del Yo, las identificaciones y los conflictos que rigen sus relaciones con los semejantes. Cuando desaparece el soporte del Ideal, se manifiestan los efectos de la caducidad de un signo, que ofrecía una mirada testigo y sostenía un

proyecto. Se actualiza el Yo en una etapa de descomposición de su estructura (Baumgart 2001, p.63).

El “todo es posible” se origina cuando se fractura el lazo social reglamentado por el Ideal, y se sintetiza en el miedo a volverse loco, morirse o a perder el control. Aunque las relaciones entre el Ideal del Yo y el Superyó están estrechamente relacionadas, y a menudo confundidas, se considera que en el Superyó hay predominio de la interdicción y la voz de la conciencia. Como un vigilante que vela por el cumplimiento del ideal.

Freud investiga las particularidades de la formación colectiva, de la hipnosis y del estado de enamoramiento, y considera que en los tres casos el objeto exterior (jefe-hipnotizador-amado) ocupa el lugar del Ideal del Yo en el mismo lugar en que el sujeto proyecta su Yo ideal.

También en el fenómeno del enamoramiento en su forma pasional da cuenta de la confusión entre el objeto amado y el objeto ideal originario, pues se reactiva a través del amor de objeto, el amor de esencia narcisista, y se produce un desborde de la libido del Yo sobre el objeto.

Chantal y Jean-Marc, los personajes de Kundera (1998) en su novela “La identidad”, viven juntos y se quieren, se confunden entre ellos, pero aparecen instantes en los que ninguno de los dos parece reconocerse; la identidad del otro se disuelve y ocasiona la duda propia.

“Todo sujeto que ha amado, ha experimentado alguna vez, de que se trata “perder de vista al ser amado. ¿En qué gesto, en qué circunstancia empieza ese aterrador proceso? El “pánico” acompaña ese instante de extravío” (Baumgart 2001, p.64).

La neurosis de angustia y sus relaciones y diferencias con la psicosis. Identificación, y Proyecto Identificatorio

Baumgart toma los conceptos de Piera Aulagnier (1979) en el “Seminario Ste. Anne” sobre el conflicto identificatorio, donde el conflicto entre el Yo y sus ideales, produce que dicha instancia pierda su función de “Yo como identificante” correspondiente a la neurosis, y se aproxime al “Yo como identificado” propio de la psicosis.

Si bien el pánico no entra en el campo de las psicosis, si pudiese asimilarse al cuadro lo que Piera Aulagnier llama “el estado de alienación”, que hace referencia a un intermedio entre la respuesta neurótica y la psicótica, pues nos muestra un acercamiento a esta última forma de respuesta, dado por el estado de “desrealización”al que se aproxima.

David Maldavsky sostiene que en los sujetos con manifestaciones psicósomáticas el yo desarrolla una defensa ante determinadas representaciones de la misma forma que un psicótico se defiende de una supuesta realidad exterior y sus representantes psíquicos. (Maldavsky 1988).

También Mc Dougal (1985) considera las similitudes y diferencias entre la psicosis y las patologías psicosomáticas a las que denomina psicopatosis. Refiere que la psicopatosis y psicosis presentan estructuras psíquicas similares, no sólo en cuanto a la intensidad dinámica de las ansiedades, sino en cuanto a ciertos mecanismos psíquicos (como alexitimia) utilizados para mantener alejado al terror arcaico, también común a ambos estados. A pesar de dar un aspecto de adaptación a la realidad externa, en la psicopatosis lo que funciona de modo delirante es el cuerpo, pues los síntomas no poseen un sentido biológico, ni un significado simbólico; sino más bien se puede inferir un significado arcaico subyacente, dependientes de fantasías corporales excesivamente primarias.

Suponen estas afecciones económicamente un conflicto en el Yo, en su trabajo psíquico de interpretar la economía y la repartición de las catexias que hacen posible sostener la catectización de determinados fines que precisa para administrar su patrimonio libidinal, lo que Freud designaba como “los ideales del yo” y lo que Piera Aulagnier ha llamado “proyecto identificatorio”.

Desde esta perspectiva, el “Yo como identificante” es el que debe catectizar los dos soportes: el identificado actual y el “devenir” de este identificado. Así podrá catectizar su propio cambio y efectuar la modificación de los objetos que sostendrán su deseo. Cuando esto no ocurre surgen toda una serie de fenómenos de extrañeza, de no reconocimiento. Es la relación, del identificante con esa certidumbre que se presenta en el identificado, lo que preserva la identificación simbólica. La ausencia de esta relación

es la que lleva a la psicosis. Y la coexistencia de anhelos identificatorios contradictorios en el Yo actual, respecto a lo que él ansía y no puede llegar a ser, define a la neurosis.

En cuanto al estado de alienación, se conjetura otra salida, pero igualmente implica un sufrimiento enorme a causa de que el Yo tiende a un estado a-conflictivo, con descatectización temporaria del proyecto identificatorio. Se hace partidario de una causa respecto de los otros, por hallarse detenido en un sistema de poder que le impide pensar libremente, o a veces ni siquiera simplemente pensar. Es un límite extremo que puede alcanzar el Yo cuando pretende abolir todas las causas de conflicto entre “identificante” e “identificado” (Baumgart, 2001).

Las influencias en el desarrollo temprano

Marty y M'Uzan, a partir de investigaciones realizadas, llegaron a la conclusión de que esta patología se diferencia de las otras (como perversiones, psicosis y otras neurosis) tanto en su trama vincular inconsciente, como en la organización defensiva, en la calidad y cualidad de sus ansiedades, y en cuanto a su estructura mental. Remiten su etiología a particulares procesos patológicos en el vínculo temprano, que han afectado el desarrollo de las funciones de simbolización, las cuales dan una peculiar apariencia de logro simbólico, pero en la que se registran serias alteraciones en la cosmovisión del mundo, de sí mismos y de la espacio-temporalidad, a la que han denominado “fachada simbólica” (Pierre Marty y Michel de M'Uzan, 1983).

También autores como D. Winnicott consideran que los trastornos psicósomáticos tienen su etiología en el fracaso del rol materno en la función de sostenimiento (holding) que no ha podido conjugar el cuidado simultáneo del cuerpo con toda la gama de vivencias que el niño manifiesta a través del mismo, dejando al infante desprovisto de lo esencial para instrumentalizar los recursos frente a la angustia, producto de un quiebre en la unidad psique-soma, una escisión que está en la mente pero que se da a lo largo de líneas psico-somáticas. Los temores y peligros que no pueden ser tolerados y metabolizados, producen una involución, una regresión, produciendo que el movimiento defensivo del psiquismo utilice elementos muy arcaicos, a fin de mantener el un statu-quo (Winnicott D. 1982).

Autores como Liberman y Piccolo postulan una etiología basada específicamente en el fracaso materno para contener y significar las identificaciones proyectivas primarias y violentas del bebe, el cual se ve expuesto a una ansiedad catastrófica por ser niños excesivamente sensibles al estado interno de la madre. Se considera que han sido precozmente conflictuados, con los componentes agresivos de sus fantasías primarias y con una escasa tolerancia a la angustia. En un comienzo del desarrollo toman una vía de simbolización adecuada, pero al acceder a la posición depresiva, cuando emergen las ansiedades melancólicas, la patología vincular se cristaliza como patología intrapsíquica dando comienzo a un camino de simbolización fallido. Y aquí es donde la ausencia del objeto entraña para el bebe experiencias de ruptura que lo conducen a implementar un sistema defensivo masivo, de escisión mente cuerpo, que conlleva una interferencia en el

proceso simbólico inicial, el comienzo de un camino simbólico fallido y una regresión a estados anteriores.

La persona repite en su mundo interno una vinculación primaria nociva, desprovisto en el desarrollo temprano de la apropiada función materna transformadora. Parece incapaz de desplegar funciones continentales para sí mismo, y de transformar sensaciones, emociones y experiencias vinculares en símbolos que permitan representar y elaborar, a través del pensamiento, las experiencias del “*self*” emocional (Lieberman, 1986).

Las características sociales de la posmodernidad y su relación con lo psicossomático

Baumgart toma estos conceptos y los relaciona con los desarrollos de Gilles Lipovetsky en sus ensayos sobre el individualismo contemporáneo donde el ideal postmoderno a deshecho la subordinación de lo individual a las reglas racionales colectivas, supone un desinversión de lo institucional y lo social en favor de lo personal-individual, donde la caída de estos soportes institucionales y privados, sumado a la indiferencia de la masa a la autonomía de lo privado y a la ausencia de ídolos y tabú, que han llevado a que el síndrome de pánico se halla convertido en la actualidad en una patología con gran prevalencia en la población.

Vivimos en un momento donde los sujetos se enfrentan con la desconexión de las representaciones especificadas como Ideal. Vemos incrementarse los falsos

semblantes, junto a una proliferación de imágenes y objetos descartales, por lo que se podría entender una acentuación de la relación de la subjetividad con el objeto perdido que hace tambalear la investidura narcisista de los sujetos (Baumgart Amalia 2001, p. 61).

Maldavsky David también toma aportes de los desarrollos intelectuales sobre las características del postmodernismo y su influencia en los trastornos psicosomáticos. Considera que la agudización de ciertos problemas sociales y económicos parecen ser un factor eficaz para el desarrollo de fenómenos psicosomáticos. En tales ocasiones parece declinar en algunos individuos las posibilidades de liga de la pulsión, restableciéndose así la situación inicial de inermidad motriz, que responde mediante una lógica de la alteración interna. Estas condiciones se acompañan de un derrumbe genérico de la capacidad simbólica. Una caída simbólica derivada de los numerosos cambios tecnológicos y conceptuales, tal como lo describen, por ejemplo, Baudrillard o Lipovetsky, por lo cual el número sustituye a la metáfora (Maldavsky D., 1988).

Diagnóstico en Psicoanálisis de la Neurosis de Angustia

El tema del diagnóstico, se ha convertido en un tema polémico dentro del psicoanálisis, (como así también desde otras corrientes teóricas como la antipsiquiatría, modelos existencialistas.) . Para algunos psicoanalistas es una tarea cardinal para guiar la práctica, para otros su uso carece de valor y puede plantear inconvenientes.

Freud en la neurosis de angustia plantea ya desde 1895 la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial de esta patología con otras neurosis como la histeria, fobias y neurosis obsesiva, sobre todo haciendo hincapié en distinguir los síntomas, muchas veces similares, en cuanto a la ausencia o presencia de mecanismo psíquico (donde intervienen la represión, la sustitución, o la conversión). Toma los tipos clínicos de la psiquiatría, propone una categorización nosográfica, expone una fenomenología sintomática, pero a diferencia de ésta interroga sobre las condiciones y mecanismos de producción, lo que hace a una diferencia en las de las acciones de terapéuticas.

Freud en 1895, en su obra *La neurastenia y la neurosis de angustia*, elabora la sintomatología de la neurosis de angustia (punto A), considera a esta patología poseedora de una “plena independencia clínica”, la cual surge aislada o en combinación con otras neurosis (neurosis mixta):

A continuación hacemos una síntesis sobre la sintomatología clínica de este padecimiento:

a) Excitabilidad general: comprende una “elevada excitabilidad que indica siempre acumulación de excitación o incapacidad para resistirla; esto es acumulación absoluta o

relativa a la excitación". Tiene entre sus manifestaciones principales la hiperestesia auditiva, y el insomnio producido por esta en muchos casos.

b) La espera angustiosa: explica a este estado citando ejemplos como el de un sujeto que al llegar a su casa al ver dos o tres personas ante su puerta no puede por menos de pensar que algunos de sus hijos a caído desde su balcón o cuando una mujer oye toser a su marido imagina en la posibilidad de que contraiga una pulmonía. Considera que esta se da también mitigada en lo normal comprendiendo todo aquello que designamos con los nombre de: ansiedad, tendencia a la visión pesimista de las cosas, etc., pero sobrepasa siempre que ello es posible el nivel natural

Expone otra forma de manifestación de la espera angustiosa, latente casi siempre para la conciencia, pero constantemente al acecho. Por ejemplo cuando irrumpe de repente en la conciencia sin ser despertado por el curso de la imaginación y provoca así el ataque de angustia, no asociada a ninguna representación, o unida a la muerte y a la locura, y acompañadas de parestesias, inervación vasomotora, y dificultades en la respiración, etc.

Para el diagnóstico considera de gran relevancia el hecho de que la proporción de los indicados elementos en el ataque de angustia es infinitamente variable, pudiendo además cada uno de los síntomas concomitantes constituir por sí solos el ataque.

He aquí una relación de las formas del ataque de angustia que hasta ahora me son conocidas:

a) Con perturbaciones de la actividad cardíaca: palpitaciones, arritmias breves, taquicardia duradera y hasta graves estados de debilidad del corazón, difíciles de diferenciar de una afección orgánica.

b) Con perturbaciones de la respiración: formas diversas de disnea nerviosa, ataques análogos a los del asma, etc. He de advertir que estos ataques no aparecen siempre acompañados de angustia perceptible.

c) Ataques de sudor, a veces nocturno.

d) Ataques de temblores y convulsiones, fáciles de confundir con los histéricos.

e) Ataques de bulimia, acompañados a veces de vértigos.

f) Diarreas emergentes en forma de ataques.

g) Ataques de vértigo locomotor.

h) Ataques de las llamadas congestiones; esto es, de aquello a lo que se ha dado el nombre de neurastenia vasomotora.

i) Ataque de parestesia (raras veces sin angustia o un malestar análogo)

j) Pavor nocturnus.

k) Vértigo.

l) Fobias de la neurosis de angustia que se asocian a la espera angustiosa: amenazas generales y de la locomoción (agorafobia).

ll) Con perturbaciones en la actividad digestiva, náuseas, malestar, bulimia, diarreas refleja, etc.

m) Parestesias.

n) Desvanecimientos (Freud S., 1895).

Con Freud, fue cobrando mayor importancia el diagnóstico centrado en relación al sujeto en cuanto a su posición en la estructura, diferenciándose con el diagnóstico fenomenológico o psiquiátrico. El diagnóstico en psicoanálisis se produce en transferencia, da cuenta del sujeto en su particularidad, su dinámica, y ocupado en distinguir sus formas de funcionamiento y organización subjetiva. Lo que lo aleja así de toda perspectiva que pueda reducir al sujeto a un objeto de estudio, va mas allá de un simple sistema clasificatorio y descriptivo. Incluso el estudio detenido en la singularidad del caso, es considerada más completa y compleja, que la estructura en la que se ordena.

Autores como Marta Békei, hacen una crítica a los modelos psiquiátricos que centran el diagnóstico basándose exclusivamente en los signos de la enfermedad. Proponen como alternativa desplazar el acento hacia la estructura psíquica del paciente.

Plantean dos condiciones mínimas que se deben reunir para definir la estructura psicosomática: 1] presencia de un trastorno o manifestación somática y 2] un particular funcionamiento psíquico. Las alteraciones psíquicas originarias o concomitante, y los fenómenos somáticos, pueden articularse en diversas estructuras psicopatológicas (Békei M., Chevnik M, D'Avila R. y Maladesky A., octubre 1988).

Según Rubistein A.: El analista sabe de histeria, de neurosis obsesiva, etc. como saber producido a partir de la experiencia, y esto lo orienta sin duda en sus intervenciones, sabe también de las leyes del inconsciente, pero no sabe de la

singularidad de esa histérica o de ese neurótico obsesivo, ni del camino asociativo que sigue su deseo.[...] Tomado como saber anticipado, como lugar de certeza, el diagnóstico puede obturar la escucha analítica. Pero desconocerlo puede llevar al analista a perder su orientación en la cura. Punto de tensión irreducible intrínseco a las condiciones mismas del análisis (Rubistein Adriana, 1999, p. 125).

Lacan considera que el analista “nada sabe del saber supuesto” y considera la insistencia de Freud en recomendarnos abordar cada caso nuevo. Se considera desde esta perspectiva, que en una misma estructura los síntomas no tienen forzosamente el mismo sentido. Por eso mismo para Lacan “no hay análisis sino de lo particular” (Lacan J., 1967).

El diagnóstico en psicoanálisis se va construyendo y reconstruyendo a medida que avanza el mismo. No establece categorías diagnósticas fijas e inamovibles, para luego así guiar el curso del tratamiento, sobre todo en los primeros momentos, sino más bien elabora diagnósticos presuntivos para ordenar en el aquí y ahora la práctica, pero abiertos a la posibilidad reestructuradora de lo nuevo, lo desconocido, y de los virajes posibles.

Diagnóstico (o investigación) y tratamiento se tratan de dos momentos diferentes, pero articulados, un analista que recibe y experimenta efectos, y un analista que a dichos efectos los teoriza, o sea un analista que se divide en dos. Con respecto a esto Bion introduce el concepto de “visión binocular”, donde insta a los analistas a aprender a seguir con un ojo aquellos aspectos del paciente que él sabe que no conoce, a la vez que fija el otro ojo en lo que le parece conocido. Hay una tensión creadora entre saber y no

saber (Bion, 1975). Este no saber es el que lleva a Freud en “consejos al medico” a proponer al analista a proceder “como al azar, dejándose sorprender por sus virajes, abordándolos cada vez con ingenuidad y sin premisa” (Freud 1912).

Esta postura tiene sus ventajas, si tenemos en cuenta, por ejemplo, las características de la fobia que según Lacan se mueve como una “placa giratoria”, virando, dentro de una misma estructura, hacia mecanismos pertenecientes a otras neurosis tradicionales. Esto hace que el psicoanalista tenga que estar atento a los cambios y a lo que no sabe.

Estos conceptos tienen una importancia fundamental cuando se aborda un caso de ataque de angustia, pues puede considerarse, que tanto en la fobia como en las neurosis de angustia, está siempre presente la idea de lo mixto.

Podríamos preguntarnos: ¿Cual es la importancia del diagnóstico diferencial de una neurosis de angustia?; creemos que ésta radica en la relevancia que pueden llegar a tener los factores actuales (y sus consecuentes fallas en la simbolización, energía no ligada, falta de procesamiento o elaboración psíquica), y la incidencia que puede tener en la dirección de la cura, tanto en casos puros, como en neurosis mixta. Estas afecciones pueden presentarse en diferentes estructuras, son muy frecuentes las asociaciones de los psiconeuroticos con los síntomas actuales, adoptando diferentes particularidades, pero en todas ellas creemos que está el llamado de atención, por el hecho de que ciertas representaciones están quedando por fuera del trabajo elaborativo y simbólico del aparato psíquico, produciéndose la descarga en el cuerpo, alejando al individuo de las posibilidades transferenciales.

Békei y otros elaboran ciertas características estructurales de estos pacientes que pueden ayudar para la producción de un diagnóstico: Es nuestro objetivo describir la estructura mental específica que, consideramos, define al enfermo psicósomático. Para ello emplearemos tres niveles: fenoménico, metapsicológico, y epigenético.

En el nivel fenoménico estos pacientes, en el área de la conducta, en su relación con la realidad externa, tienen una excesiva adaptación a las demandas del medio, con una hiperactividad fáctica en detrimento de otros intereses (pensamiento operatorio). En estos casos el discurso es pobre y carente de vida fantasmática (lenguaje desvitalizado); predominan un déficit en la verbalización de los estados afectivos (alexitimia).

En el nivel metapsicológico hay un déficit en el procesamiento psíquico, que consiste en alteraciones de la actividad representacional de las mociones pulsionales. Estas quedan impedidas en su ingreso a la cadena de significaciones, creando por lo tanto fallas en la simbolización.

En el nivel epigenético consideramos que un aparato psíquico en vías de organización sufre alteraciones por dificultades diversas: frustraciones graves, inhibiciones autoeróticas, exigencias con variados aceleramientos, que impiden cursar armónicamente la simbiosis primaria con trastornos en la separación e individuación posteriores.

El cuerpo real sirve a la expresión directa de una demanda instintiva no cualificada que ha quedado a merced de sus propias leyes biológicas (recordemos

aquí que en el fenómeno peculiar corporal de la conversión histérica el cuerpo queda investido por las leyes de la fantasmática y no por las leyes biológicas) (Békei M., Chevnik M, D'Avila R. y Maladesky A., octubre 1988, p. 907).

En cuanto al llamado, por la escuela francesa “pensamiento operatorio” Marty P. y M'Uzan consideran relevante delimitar el diagnóstico de “pensamiento operatorio” en el abordaje de estos paciente, pues cuando éste presenta una marcada acentuación de sus características el tratamiento psicoanalítico clásico resulta imposible de aplicar, por lo que proponen adoptar líneas teóricas alejadas de la relación terapéutica clásica (Marty P. y M'Uzan, 1988).

Tratamiento de la Neurosis de Angustia en Psicoanálisis

Freud en sus principios (1985) no disponía de un andamiaje teórico que le permitiera comprender acabadamente la etiología y el mecanismo de estas patologías, así pues sus tratamientos reflejaban las mismas limitaciones. Por ejemplo, en un caso de neurosis de angustia en un matrimonio que practica el *coitus interruptus*, considera que un viaje casual del marido, o sea la interrupción del comercio sexual, aminora los síntomas, pero cuando vuelve la pareja a cohabitar, los síntomas recrudecen, y propone en cambio, que si “el médico conocedor de esta etiología, hace sustituir a los cónyuges el *coitus interruptus* por el normal, obtendrá siempre, en los casos de neurosis aún no constituida, la prueba terapéutica de nuestras afirmaciones, pues la angustia cesará para no volver a presentarse sin un nuevo motivo análogo” (Freud S., 1985, p. 191).

El abordaje de una neurosis de angustia presenta algunas dificultades, para la labor del psicoanálisis clásico. Según Laplanche y Pontalis “... la existencia de un conflicto actual agudo constituye a menudo un obstáculo al curso de la cura psicoanalítica.” (Laplanche y Pontalis, 1981, p.241)

Según Freud en esta patología “...la angustia no procede de una representación reprimida, mostrándose tan irreducible por medio del análisis psicológico como rebelde a toda acción psicoterapéutica”. (Freud S., 1985, p. 187)

La terapia psicoanalítica clásica preparó a los analistas para escuchar, transformar e intervenir clínicamente con los pacientes que se ubican en las llamadas neurosis de transferencia. Con una escucha orientada por la atención flotante, que permite obtener

del discurso aquellas partes que denotan ciertas fantasías reprimidas, que remiten a una conflictiva edípica, como así también al complejo de castración, accediendo a sus interpretaciones mediante el análisis de las defensas, las resistencias, y la transferencia. Y esta posibilidad analítica de procesar el discurso del paciente es lo que permite intervenir clínicamente con determinada técnica; la cual no parece ser aplicable, por lo menos en sus principios clásicos, al tratamiento de las neurosis actuales. Neurosis que se resisten a la transferencia

La falta de una representación reprimida y de su retorno, el problema en la mediación simbólica, más las dificultades transferenciales, hacen que el abordaje terapéutico de la neurosis de angustia (como para el resto de las afecciones psicosomáticas) presente la necesidad de elaboraciones con mayor sofisticación teórica, que pongan en juego otros conceptos, así como sucedió con el caso de las psicopatías o perversiones que requirieron los desarrollos e investigaciones de otros autores. Freud reconoció sentirse en deuda, respecto a lo que hoy se circunscribe bajo el término de afecciones psicosomáticas.

Autores posteriores a Freud, algunos contemporáneos, han encarado el arduo trabajo de allanar para el psicoanálisis el camino hacia el tratamiento de estas patologías.

Como desarrollamos anteriormente (ver etiología) el sujeto psicosomático no pone en juego la afanisis, en su lugar instala una relación con el objeto a, donde no habiendo caído, éste se presentifica, encarnando un goce específico. En cuanto a esto Lacan dice en la conferencia de Ginebra: “ Es por ese sesgo, por la revelación del goce específico que hay en su fijación, como siempre debe tenderse a abordar al psicosomático. En esto

podemos esperar que el inconsciente, la invención del inconsciente pueda servir para algo”(Lacan, 1975 p. 135)

Inspirada en estos conceptos de Lacan, Haydée Heinrich desarrolla una propuesta terapéutica: “Cuando una demanda del Otro, algún acontecimiento traumático, alguna pérdida sufrida por el sujeto, alguna irrupción de lo Real no pudo ser interrogada, esos significantes habrán dejado de comportarse como tales, habiendo pasado a ser puros signos plenos de sentido.” (Haydée Heinrich 2003, p. 3).

Estos signos serán aptos, para promover metáfora y metonimia, y como resultado ya no podrán ser mediatizados por las formaciones del inconsciente. Son signos holográficos que han dejado fuera de juego al inconsciente, por lo que deberá ser reinventado en el análisis.

Consideran que estas cuestiones pueden ser consideradas sobre la base de lo que Freud esboza respecto de las Neurosis Traumáticas en el cap. IV de Más allá del Principio del Placer. En aquellos casos en que una cantidad de energía no ligada ha traspasado la barrera antiestímulo, no puede esperarse la producción de sueños de realización de deseos en tanto formaciones del inconsciente, antes que esa energía haya sido ligada simbólicamente.

No poder responder con la liviandad del significante, con la equivocidad del significante, produciendo formaciones del inconsciente, deja al sujeto inerte y la demanda del Otro puede impactar directamente sobre el organismo.

Por estas razones no se trata en el análisis de interrogar la lesión psicósomática, sino de interrogar esa demanda holofrásica que no pudo ser interrogada por el sujeto.

“¿Qué fue lo que funcionó como signo y provocó que el inconsciente quedara fuera de juego?”

Entendemos que no se trata de sintomatizar la lesión, (al menos desde la lógica expuesta no me imagino cómo esto podría suceder) sino de reintroducir la dimensión del significativo y del malentendido, que remita sintomatizar, soñar, equivocarse el estímulo que otrora fuera holofrásico” (Haydée Heinrich 2003, p. 4).

En cuanto a esta “invención del inconsciente”, Dreizzen C. considera que “puede ser la vía para fantasmaticar la injuria somática y resituarla en relación a una pregunta, modificando su posición subjetiva”.

David Maldavsky, en cuanto a la relación número-letra (véase etiología psicoanalítica) considera que, ...el paciente con manifestaciones psicósomáticas apela al número, y es tarea analítica acceder a la historia por su intermedio. Este uso defensivo del número hace que deje de tener ese valor contabilizante que aparenta, para expresar una imposibilidad anímica de trasmudar la cantidad (pulsional) en historia individual. Si “time is money”, entonces es necesario en la clínica invertir el proceso de deformación, y transformar las referencias a cantidades, por otras ligadas a fechas... (David Maldavsky 1988, p.5).

Liberman comparte la idea de otros psicoanalistas sobre la dificultad que ofrecen los pacientes psicósomáticos para el tratamiento. Pero considera que se puede, sólo a través de un minucioso trabajo en la transferencia, recrear un ámbito apropiado para la apertura de un proceso que se dio en forma incompleta o inconveniente y por lo tanto fallida. Se promueve como fundamental adecuar la formulación simbólica de las

interpretaciones, al nivel que el paciente pueda recibirlas. Pues sino se puede llevar al sujeto a reeditar activamente las características de las primeras relaciones vinculares.

Promueve la creación de un espacio transicional que esté dado por la decodificación de pequeños indicios de ansiedades y emociones que pueden traducirse en palabras en el contexto del vínculo transferencial. Se trata de una ardua tarea concerniente en la decodificación de emociones en niveles muy primarios.

Considera importante tener en cuenta las dificultades contratransferenciales que surgen en la clínica con estos pacientes, que va desde un gran “deseo de curar” cuando se avizora un riesgo somático, a la irritación o el aburrimiento. Reflexionando que en gran medida estas reacciones proceden del mal entendido que produce la “fachada simbólica” que denotan los pacientes.

Desde esta perspectiva se piensa que cuando el terapeuta puede correlacionar analógicamente el síntoma corporal con los estados de la mente, puede considerar al material altamente simbólico, pero se trata de datos simbólicos para el analista y no para el paciente.

Demandará una ardua tarea de integración mente-cuerpo para que el sujeto pueda acceder a la comprensión de estos niveles de correlación metafórica. Los analistas se ven puestos a prueba en cuanto a la disponibilidad emocional, pues el material al que se hallan expuestos es “presente pero vacío”, “trozos de vida pero no significados”, o sea desligados de sus nexos emocionales, un discurso aferrado a hechos cotidianos. Este podrá ayudar sólo si logra desarrollar al máximo sus propias funciones de empatía, intuición, y receptividad para captar los pequeños signos, con lo que estos pacientes

comunican sus estados emocionales (tonos, posturas, respuestas viscerales) (Lieberman David, Grassano de Piccolo, Nevorak de Dimant, Pistiner de Cortinas, Roitman de Wosocoboinik 1982).

Winnicott centrándose en la disociación característica de esta patología, considera necesario que el analista esté escindido, para recoger cada aspecto de la transferencia, considera como fundamental ir recortando y delineando en la práctica clínica la visión unificada del paciente y de la enfermedad, pero respetando el tiempo del sujeto de que se trate, sin adelantarse a su capacidad para el logro de dicha integración en un todo (Winnicott Donald; La enfermedad psicósomática. Revista Uruguaya de psicoanálisis, N° 61, 1982.)

Chiozza considera basándose en los conceptos de Meltzer, que la terapia debe principalmente “reforzar las partes no psicósomáticas, a través de la ampliación del área cubierta por las funciones simbólicas a través de la interpretación de las significaciones primarias, universales congénitas, y las resignificaciones secundarias, que corresponden a la vida individual”. (Chiozza1988, p. 930)

Békei y otros, elaboran un modelo de abordaje reformulando las situaciones vinculadas con la invariables del método psicoanalítico: se sitúan las invariables dentro de la idea de mantener abierta y extendida la situación psicoanalítica en niveles relacionados con: 1] la asociación, 2] el análisis de la transferencia y 3] el análisis de la resistencia .

En cuanto a la asociación, notamos que en estos pacientes no es esencialmente “libre”. Es sustituida por una narrativa signada por una literalidad referida a lo concreto, sin ningún tipo de conexión afectiva pasada, actual o futura.

La transferencia se desarrolla en términos similares a la transferencia narcisista, que en vez de investir los objetos como en las neurosis, se recarga al yo y se incluye otro tipo de objetos mucho más indiscriminados, no reconocidos por el yo como exteriores a él. El sujeto busca así un depositario del objeto narcisista y no un vínculo complementario. Esta transferencia incluye objetos narcisistas, partes primarias del yo y del ideal, y da como resultado situaciones de idealización exigente, especularidad, con toda la gama de dificultades en la intersubjetividad como en las relaciones complementarias y de dependencia con los objetos

La resistencia, en estos casos no sigue el camino clásico de ser la manifestación clínica de la represión, dado que predominan otras modalidades defensivas más primitivas, como la disociación y la renegación. A diferencia del neurótico hay una falla en la constitución del aparato psíquico que determina una modalidad defensiva diferente de la clásicamente concebida como resistencia.

En lo referente a las variables, se piensa que se debe apuntar ciertos cambios, en el modelo de abordaje interpretativo es necesario que se respeten las características mencionadas anteriormente en cuanto a la estructura psíquica de estos pacientes. En la línea clásica, la interpretación, al tener un valor semántico, propone un significado sostenido por una modalidad de conflicto basada en un deseo inconsciente reprimido.

Este modelo interpretativo nos permite ver como surge lo psíquico de lo psíquico (reprimido).

En la experiencia con pacientes psicósomáticos pensamos que no es operacional esta modalidad, dado que no se trata en un comienzo de buscar un contenido reprimido, sino tener en cuenta el vacío representacional-afectivo.

Pensamos que es oportuno diferenciar entre teoría de la interpretación e interpretación en sí. Una basada estrictamente en la búsqueda de significado inconsciente reprimido del síntoma psiconeurótico, y otra, que se propone para este modelo, como ser el uso de intervenciones específicas: señalamientos, interrogaciones, confrontaciones, silencios en algunas ocasiones y explicaciones tendientes a lograr un organización del espacio psíquico afectivo-ideacional alterado y a una integración de las emociones indiferenciadas y no ligadas a las palabras.

Para las intervenciones partirán de acciones previas tendientes a desarrollar la organización de las funciones deficitarias predominantes, que llevaron a la disociación entre el cuerpo biológico y el sujeto de ese cuerpo y los trastornos afectivos-ideacionales.

Este primer momento articulador propone evitar también la intención preponderante de desembarazarse del síntoma corporal a través de una nueva descarga. Al estar interferido este mecanismo se podrán lograr ligaduras con estados corporales anteriores, facilitándose así la reconstrucción de vivencias significativas en la historia del sujeto.

Se señala también el peligro de la iatrogenia, consecuencia eventual de una sensación contratransferencial de impotencia que puede llevar al analista a un hiperfuncionamiento mental compensatorio consistente por ejemplo en encontrar significado a todo (interpretar en exceso) que aumentará la vulnerabilidad somática del paciente, o conducirá la situación analítica a un análisis interminable (Békei M., Chevnik M, D'Avila R. y Maladesky A. 1988).

Según Mc Dougal el tratamiento psicoanalítico es el más adecuado a los pacientes psicósomáticos, destacando como uno de sus objetivos centrales el progresivo fortalecimiento de la capacidad del paciente para tolerar sus afectos y la de crear representaciones verbales y fantasías para el libre movimiento de la afectividad primaria. Considera dos ejes centrales o problemáticas a las que se debe enfrentar el trabajo analítico: una es el problema económico en cuanto a la retención y vivencia de la angustia masiva, los afectos intensos, sin "actuarlos"; y otra el problema de la dimensión simbólica que concierne en develar o crear fantasías y metáforas movilizadoras, por primera vez, a través de percepciones fugaces de acontecimientos internos y externos (Mc Dougal, 1985).

De acuerdo a lo desarrollado por todos estos autores podemos darnos una idea de la posibilidades dentro del psicoanálisis en el abordaje terapéutico de la neurosis de angustia, apartándose de los parámetros clásicos, pero no de los conceptos centrales de la teoría, es que se construye una modalidad de trabajo que intentará en el individuo un puente entre ese "discurso somático", numerado, vacío de significación, y otro discurso referido a emociones, situaciones, fechas, letrado. Se intentaría el paso de un síntoma

en el sentido médico o sea somático, a otro síntoma en el sentido psicoanalítico, o sea una expresión simbólica y sobre determinada de conflictos inconscientes. Se intentará que el paciente comience a historizar, asociar y ligar las vivencias por medio de intervenciones específicas, tendientes a una integración y organización del sujeto.

En el tratamiento de la neurosis de angustia en ningún momento se debe intentar tapar el síntoma somático, ni tampoco trabajar con él como si éste fuera la última palabra (a la cual ya no se le puede preguntar nada), sino que la angustia tome ciertos caminos asociativos. Se deberá generar unas condiciones favorables para el manejo de la transferencia.

Alicia Yacoi, en un artículo sobre la angustia y la urgencia, dice:

No olvidemos los efectos de la transferencia, y tal vez, luego, en algunos casos, el movimiento uno de la transferencia, el Sujeto supuesto saber. Si estamos en el camino conveniente, el de la entrada en análisis, habrá precipitación del síntoma, amor de transferencia, constitución del Sujeto supuesto saber. Otro garante de la verdad. Pensamos que desde esa una posición y un deseo que son los del analista, esto se puede operar. Es decir, desde una posición que no soslaye la dimensión del sujeto, que no acalle, ni tome el camino de la objetalización. Una posición que cause el trabajo de modo tal que la angustia tome la dirección del síntoma: en un primer momento signo para alguien, queja que se dirige a otro, queja que se transforma en síntoma. Es en función de esto que el Otro se constituye (Yacoi A., 1992, p. 16).

Concepto y Etiología del Ataque de Pánico en el Modelo Cognitivo-Comportamental

Dentro de los modelos cognitivos prevalecen en la explicación etiológica del Trastorno de pánico modelos biológicos que defendieron la existencia de diferencias cualitativas entre el trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad. D. F. Klein (1964) nos dice que dicha diferencia se basaba en un sustrato biológico, en una alteración orgánica para la que existía una vulnerabilidad genética. Los argumentos básicos en los que se apoyó D. F. Klein para defender su modelo biológico de las crisis de angustia eran : 1-La especificidad de determinadas drogas en el tratamiento de las crisis de angustia . 2-La inducción experimental del pánico a través de una amplia gama de manipulaciones fisiológicas como el lactato de sodio, la hiperventilación voluntaria, etc. 3-La espontaneidad de los ataques de pánico, muchos de los cuales se producen cuando no existe un estímulo desencadenante externo claramente identificable. 4-La ansiedad de separación frecuente en su historia clínica.

D. V. Sheehan (1982) nos muestra un planteamiento similar al afirmar que los ataques de pánico espontáneos constituyen una entidad absolutamente distinta a la de otros trastornos de ansiedad.

En cuanto a los modelos biológicos, H. Chappa (1997) los clasifica en: (1) por administración de sustancias, (2) por hiperventilación, (3) por el rol de los neurotransmisores y de los receptores.

1. Por administración de sustancias: Este modelo intenta comprobar las bases bioquímicas de esta crisis, por ejemplo, al administrar lactato de sodio se podía

diferenciar pacientes con trastorno de pánico, de sujetos control. En consecuencia, desde este punto de vista, los pacientes con crisis de pánico padecerían una perturbación en los quimiorreceptores medulares, sensibles a los cambios de PH, denominado "umbral metabólico para el pánico" y, cualquier proceso que logre activarlos desencadenaría la crisis de pánico en pacientes con propensión al pánico. El metabolismo de algunos agentes agonistas beta-adrenérgicos tales como el isoproterenol o la epinefrina produce un aumento de lactato de sodio, resultando que los pacientes con pánico son más sensibles a estas sustancias. La prueba del lactato de sodio despertó al principio, grandes expectativas como "marcador biológico" específico en sujetos predispuestos. Sin embargo, tal especificidad se vio posteriormente cuestionada. Si bien la reacción era negativa en las fobias sociales y los trastornos obsesivo-compulsivos, algunos pacientes depresivos reaccionaban positivamente. Posteriormente se realizaron pruebas con bicarbonato que produjeron una menor respuesta de ansiedad que el lactato, por esta razón se cree que la alcalosis no sería el único factor interviniente. Clark, asimismo, sostiene que el modelo cognitivo del pánico puede explicar en forma más completa el porqué de las reacciones a dichos agentes, que sólo tienen en común el hecho de producir sensaciones corporales, activando no anomalías bioquímicas específicas en el organismo, sino interpretaciones catastróficas de éstas sensaciones corporales con aumento de la ansiedad hasta el punto de generar una crisis.

2. Por hiperventilación: Posteriormente y por las conclusiones del modelo anteriormente descrito, se propuso que la reducción parcial de anhídrido carbónico podría ser el principio común de las reacciones a estas variaciones bioquímicas. Ambas

propuestas fueron integradas en una única que apoya cierto fenómeno de retroalimentación positiva entre la ansiedad y la hiperventilación que culminaría en la crisis de pánico.

Tan interesante como los desencadenantes de la crisis resulta el estudio de las variables que protegen al sujeto de la crisis (Bonn y col. 1973; Rappe y col. 1991). Como por ejemplo, la presencia del experimentador o del médico durante las pruebas, quienes cumplirían el mismo papel que las figuras de apego en las condiciones naturales, comprobando que se produciría una disminución significativa de la ansiedad subjetiva y de las cogniciones (imágenes o ideas) catastróficas durante la inhalación. Resulta interesante ver que, si bien la sensibilidad a la hiperventilación es similar en todas las personas, las reacciones consecuentes son variables. Varios autores han sostenido que los síntomas producidos por HV son similares a los de la crisis espontánea de pánico.

Hay dos modelos explicativos del pánico basados en la hiperventilación. Uno de ellos, biológico, dice que habría un fenómeno crónico de HV en los pacientes afectados cuyo objetivo es reducir el tenor de CO₂ para evitar la activación de los receptores noradrenérgicos que se suponen sensibles a este gas (Klein y Gorman, 1987). El intento resultaría infructuoso y paradójico respecto de la crisis.

El otro es el modelo cognitivo, que postula que las sensaciones somáticas desencadenadas por la hiperventilación son significadas catastróficamente por el paciente, llevando en un círculo retroalimentado, a la crisis.

3. El rol de los neurotransmisores y de los receptores:

El papel de la serotonina (5-HT): el papel significativo que parece jugar la serotonina en los fenómenos de ansiedad se confirma día a día a través de un número creciente de estudios sobre los beneficios de los antidepresivos en general y de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) en particular. Las neuronas serotoninérgicas tendrían participación en los fenómenos de ansiedad en general, y en las crisis de pánico en particular. La eficacia de algunos antidepresivos tricíclicos sería consecuencia de la acción serotoninérgica, en consecuencia, los IRSS tendrían que ser efectivos en el trastorno por pánico. Las respuestas terapéuticas logradas con el uso de IRSS parecen confirmarlo, como la fluvoxamina, paroxetina, sertralina. Habiendo diferencias cuantitativas en la dimensión activación-sedación, con la fluoxetina en un extremo y la paroxetina en el otro. Cabe tener en cuenta estas diferencias de acción cuando se requiere activar el comportamiento del paciente en los que resultaría de elección la fluoxetina, mientras que la paroxetina es más efectiva en los trastornos de los impulsos logrando así efectos inhibitorios (H. Chappa, 1995).

Las colecistoquininas (CCK): son péptidos neuroactivos con acciones en el SNC y periférico. Inicialmente se los detectó en el tracto gastrointestinal, en ciertas regiones del cerebro donde actuarían como neurotransmisores o neuromoduladores, se los encuentra en altas concentraciones. La variedad octopéptida (CCK-8) podría intervenir en la modulación de la dopamina. Los pacientes con pánico mostraron una menor concentración de CCK que podría reflejar: un aumento de la sensibilidad de los receptores CCK en el SNC, una reducción en el número de receptores, o bien, una

disminución compensatoria de CCK secundaria a un incremento de la actividad central de la CCK.

Los receptores benzodiazepínicos y el sistema GABA: las benzodiazepinas son ansiolíticos cuya acción se ejerce sobre receptores específicos de alta afinidad relacionadas con el GABA y el canal de cloro.

Se pensó que podría haber en el organismo agonistas inversos naturales capaces de desencadenar las crisis de pánico en los pacientes. Se empleó el flumazenil para comprobar la existencia de alguna sustancia agonista inversa en los pacientes con pánico. El flumazenil la bloquearía y produciría ansiólisis, el resultado fue el opuesto: los pacientes se pusieron más ansiosos, lo que llevó a descartar la hipótesis de un agonista inverso natural, en el pánico.

Esta contradicción llevó a dos hipótesis explicativas: la que postula la existencia de un ansiolítico endógeno, que resultaría bloqueado por el flumazenil y la que propone la existencia de cambios en los receptores BDZ, del tipo de los que ocurren en los tratamientos con BDZ y que producen los síntomas de abstinencia.

Resumiendo, pese a las diferencias encontradas en estos diversos modelos explicativos, podemos colegir que tienen en común invalidar la hipótesis de un único neurotransmisor comprometido en el TP, puesto que en el mismo están comprometidos varios neurotransmisores, como ya hemos citado: la serotonina, la noradrenalina, el GABA, la dopamina y la colecistoquinina.

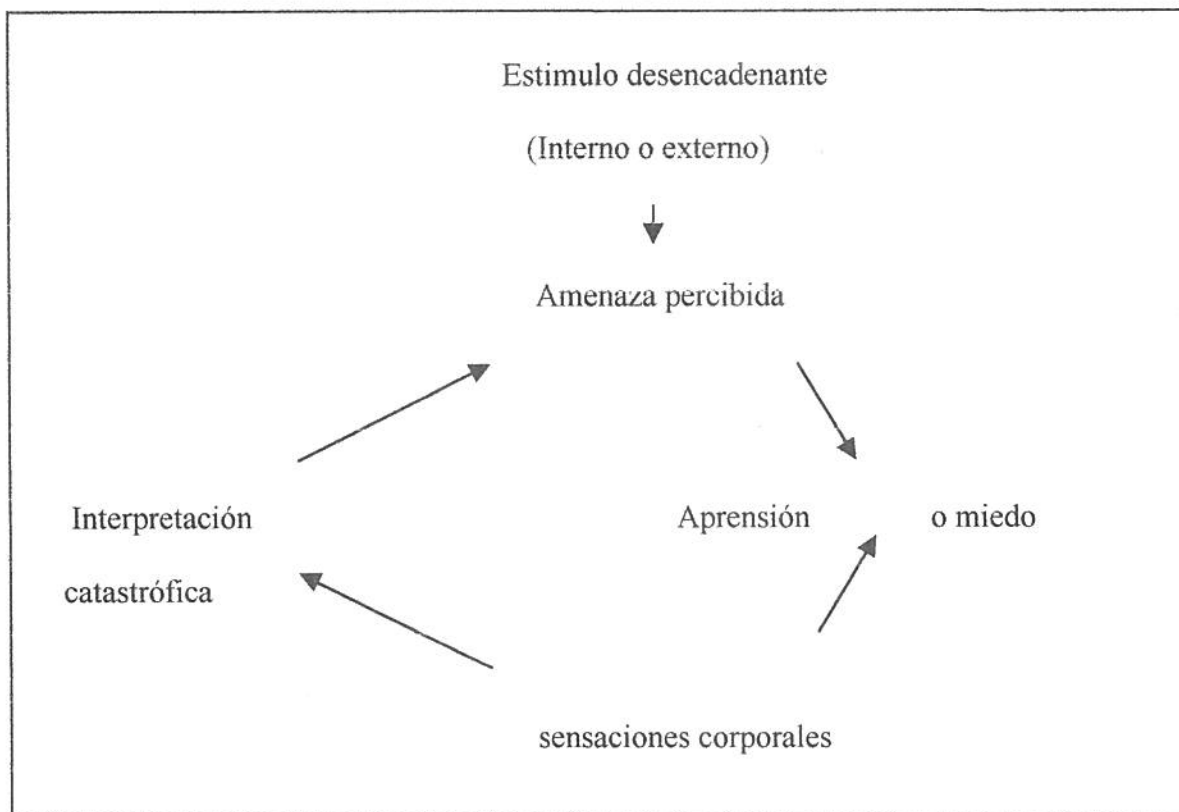
Las críticas realizadas a cada uno de los argumentos sobre los que se sustentaban los modelos biológicos, unidas a los problemas (alta tasa de recaídas, posibles efectos

perjudiciales de algunas drogas en mujeres embarazadas, o lactantes), vinculados a los tratamientos farmacológicos y a determinados trabajos en los que, induciendo los ataques de pánico por medio de manipulaciones bioquímicas, como explicamos precedentemente, motivaron el desarrollo de modelos explicativos alternativos a los mencionados, que son los modelos psicofisiológicos, desde los que se ha explicado el ataque de pánico como el resultado de un proceso de feedback positivo entre los estímulos internos (sensaciones corporales y/o eventos cognitivos) y respuestas de ansiedad.

Concretamente, para Clark y Salkovskis (1987), las crisis se producen del siguiente modo: un amplio rango de estímulos pueden comenzar el proceso de una crisis. Estos estímulos pueden ser internos (pensamientos, imágenes o sensaciones corporales) o externos (un supermercado por ejemplo). Si estos estímulos son percibidos como una amenaza, la consecuencia es un estado de aprensión o miedo. Este estado está acompañado por un gran número de sensaciones corporales. Cuando estas sensaciones son interpretadas de modo catastrófico, y solo entonces, sobreviene un gran incremento de la ansiedad. Esto produce un aumento de la intensidad de las sensaciones corporales y así sucesivamente hasta formar un círculo vicioso que culmina con un Ataque de Pánico (Clark y Salkovskis, 1987) (véase figura 1).

Figura 1

El modelo cognitivo del pánico (Clark y Salkovskis, 1987)



El Modelo psicofisiológico al que refieren R. Ballester y C. Botella (1997), corresponde a lo que H. Chappa denomina Modelos Psicológicos, donde coincide con aquel al afirmar que el concepto de interpretación catastrófica es fundamental, pues sin el significado catastrófico, que la disfunción cognitiva genera, la crisis no podría llegar a presentarse. Los síntomas somáticos son recubiertos de una grave significación, por ejemplo, cuando se presentan las taquicardias y palpitaciones, el individuo las interpreta como señales de que va a sufrir un infarto en forma inminente. Estas reacciones siempre van ligadas a los sistemas de creencias y reglas de la persona.

La propuesta de Clark, en la que se basa H. Chappa, explica con claridad la participación del componente cognitivo en el desencadenamiento de las crisis, y la importancia del significado en su precipitación. Sin el significado catastrófico que la disfunción cognitiva genera, la crisis no podría llegar a presentarse.

Al analizar y describir el modelo cognitivo de la ansiedad observamos que este significado responde a la activación de creencias almacenadas en esquemas cognitivos de vulnerabilidad propios del sujeto propenso a las crisis de pánico. Posteriormente, H. Chappa va a ampliar esta explicación, que ambos autores comparten, postulando la espiral cognitiva de la crisis de pánico, donde la interpretación catastrófica por sí mismo no es suficiente.

Entonces, ampliaremos la explicación de la etiología del ataque de pánico, en su aspecto psicológico en los desarrollos formulados por H. Chappa (1997).

Modelo comportamental: Las teorías del comportamiento sostienen como principio fundamental, que la mayoría de nuestras conductas abiertas o encubiertas, han sido adquiridas a lo largo de nuestro desarrollo a través del aprendizaje.

Se advirtió luego que los seres vivos no eran receptores pasivos de la influencia externa, sino que mostraban un comportamiento activo, de modo que sus operaciones y los resultados de las mismas eran fuente de información capaz de ser usada en subsiguientes interacciones. Este aprendizaje, llamado operante, amplió la gama de comportamientos complejos que la teoría de la conducta podía llegar a explicar. Un paso más hacia la integración cognitiva intentó tratar de explicar los fracasos de las propuestas terapéuticas basadas en el modelo operante.

Pero la respuesta más acertada parece ser la intervención de las expectativas. Las personas se guían más por las consecuencias esperadas que por las consecuencias reales (Bandura, 1986), atribuyendo el fracaso a factores externos o a hechos fortuitos, no a sus propios errores. La participación de las expectativas y su modificación tendrá mucha importancia en la programación terapéutica de la extinción de la conducta de evitación agorafóbica.

La asociación de estímulos naturalmente ansiógenos, traumáticos, es capaz de producir una reacción de temor intensa ante la exposición a los estímulos similares al hecho desencadenante. Estímulos o situaciones que guardan semejanza se asocian progresivamente, ampliando el número de condiciones capaces de despertar respuestas fóbicas. La terapia de las fobias se basa en los principios del aprendizaje, se emplea el contracondicionamiento por desensibilización, con exposiciones, progresivas y sistemáticas, a los estímulos temidos con la neutralización de la respuesta de ansiedad (Wolpe 1958). La respuesta neutralizadora que más se emplea en la práctica es la de relajación.

El ataque de pánico no constituyó una preocupación separada del fenómeno de la ansiedad en general, al menos inicialmente.

Para Wolpe, el ataque de pánico se precipita, en la mayoría de los casos, por razones puramente psicológicas, como resultado de un estado de ansiedad prolongado (Wolpe, 1988). De este modo la crisis no sería más que una forma, intensa y masiva, de las reacciones de ansiedad. Aún cuando puedan parecerse inmotivadas o espontáneas siempre es posible poner en evidencia causales subyacentes o precipitantes

(Wolpe,1988). Estas causales pueden consistir en situaciones vitales de estrés intenso, que inciden generalmente sobre una persona ansiosa e hiperemotiva.

Wolpe aceptó que la primera crisis podría tener su base en causas biológicas, la crisis inesperada, pero mantuvo la posición comportamental reafirmando que las crisis subsiguientes seguirían el modelo del condicionamiento clásico. El paciente quedaría sensibilizado a los estímulos de la situación en la que tuvo lugar el primer ataque (inesperado). La exposición posterior a estímulos semejantes reactivaría las sensaciones que llevan a crisis subsiguientes. Para prevenir las crisis subsiguientes (crisis esperadas) se instala la evitación. Para Wolpe y Rowan (1988,op.cit) la experiencia de la primera crisis de pánico, conforma una vivencia sin precedentes, terrible, que ningún sujeto quiere volver a experimentar .Las sensaciones son extrañas, desagradables, y producen ansiedad creciente. Para estos autores las ideas catastróficas, las cogniciones, son, secundarias a la experiencia, en contraposición a las afirmaciones de la corriente cognitiva, viendo en ellas sólo una forma de racionalizar o interpretar lo que están viviendo: ataque al corazón, ataque cerebral o de locura.

Según lo expuesto vemos que el modelo biológico permite explicar la presentación familiar del cuadro y su penetración genética, así como el carácter inesperado de la crisis, en tanto que el modelo comportamental permite comprender el desarrollo de la evitación agorafóbica y la generalización progresiva del temor fóbico a nuevas situaciones semejantes con los estímulos presentes en la situación original de la crisis; pero poco parecen aportar respecto del porqué de la crisis de pánico inicial y, desde el modelo cognitivo, los estudios de Clark presentaron una propuesta explicativa

para la crisis que aspira a llenar estas insuficiencias analizando el contenido cognitivo concomitante a las mismas, comprobando así que junto a las sensaciones corporales intensas, los sujetos presentan simultáneamente ciertos contenidos cognitivos, en forma de autoverbalizaciones o imágenes, dando a las mismas un significado amenazante.

Sin embargo, como dijimos anteriormente, el problema central parecía residir en el significado atribuido por el sujeto a los síntomas somáticos. Estos tenían invariablemente una condición catastrófica y llevaban a la intensificación del temor y la ansiedad en una progresión que culminaba en la crisis. Comprobó también Clark que las personas propensas a las crisis muestran una reacción de temor muy acentuada a los propios síntomas somáticos de la ansiedad, denominado miedo al miedo o sensibilidad a la ansiedad –SA-. Se piensa que es este miedo al miedo, el responsable tanto de las crisis como de las conductas de evitación.

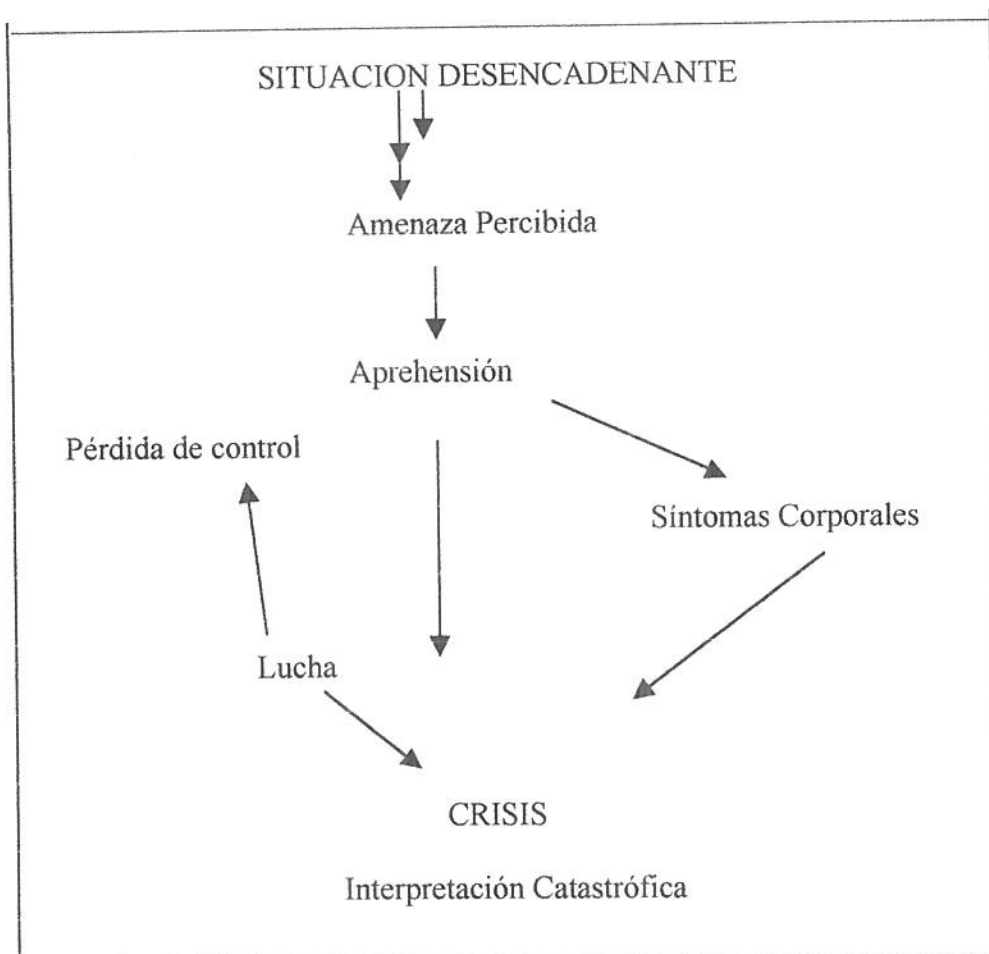
Sin embargo H. Chappa considera que el significado catastrófico por si mismo no es suficiente, refiriéndose a la necesidad de que se instale alguna forma de lucha contra los síntomas, un deseo de que los síntomas desaparezcan, como si el paciente quisiera ejercer un control y esa imposibilidad de ejercerlo sería el desencadenante principal de la crisis de pánico. Estas observaciones llevarían a una nueva propuesta del modelo cognitivo, que resultaría en una variación del de Clark (1986). En lugar de un círculo de retroalimentación cognitiva, propone una espiral retroalimentada cognitivamente, donde solamente por la activación de los componentes cognitivo-comportamentales de significado-lucha es que la crisis se precipita. Es decir, que al fracasar en el intento de

controlar los síntomas, la persona se siente al borde del descontrol, y se activa el sentimiento de vulnerabilidad

A continuación, se presenta en la figura dos, el espiral cognitivo que propone Chappa para explicar la crisis.

Figura 2

Espiral cognitiva de la crisis de pánico (Chappa, 1994)



Así, para este autor, hay individuos propensos a la crisis de pánico, con esquemas cognitivos vulnerables, es decir, que se requiere de algún grado de incapacidad percibida, donde el paciente carecería de recursos para el afrontamiento. Asimismo, Beck (1986) lo define como la percepción que tiene de sí mismo un sujeto respecto de su insuficiente, o aún ausente, seguridad para enfrentar peligros externos o internos. Los pacientes verbalizan esta condición remarcando su falta de confianza en sí mismos, su anticipación de resultados negativos frente a cualquier emprendimiento, teniendo un sentimiento de ineficacia personal.

El temor a experimentar los síntomas de ansiedad, denominado: Sensibilidad a la Ansiedad -SA-, se lo consideró anteriormente como un factor participante en la precipitación del pánico convirtiéndose, recientemente, en una de las contribuciones más importantes en el conocimiento sobre la psicopatología de este trastorno, donde la SA puede ser considerada como un constructo de la personalidad que explica por qué razón, ante los mismos síntomas, unas personas reaccionan catastrofizando las consecuencias y otras no. Se pensó que la SA podría ser parte de la ansiedad como rasgo general, pero sucesivos estudios confirmaron que la SA es una tendencia específica a reaccionar en forma distinta a las sensaciones físicas y mentales que produce la ansiedad, se trataría, entonces, de una predisposición cognitiva diferente de la ansiedad, por lo tanto, tener una alta SA puede predecir la emergencia de cogniciones catastróficas con más certeza que la intensidad de las sensaciones físicas.

Numerosos investigadores se preguntaron si la crisis de pánico era producto de la alta SA (como rasgo predominante), o si podría surgir como consecuencia de haber

experimentado con anterioridad una crisis de pánico. Inicialmente, en base a un estudio, encontraron que las respuestas más intensas de temor se produjeron, con ambas condiciones: SA y antecedentes de pánico. Posteriormente, comprobaron que la mayoría de las personas con alta SA no habían sufrido crisis de pánico condicionantes, considerando así, a la SA como un factor de riesgo para padecer crisis de pánico. Si la SA es una predisposición a la sobre-reactividad cognitiva a los síntomas físicos de la ansiedad, se puede inferir que cuando sus valores son elevados en una persona, ésta puede tener un riesgo mayor a sufrir crisis de pánico.

Continuando con los desarrollos psicológicos expuestos por éste autor nos referiremos a continuación, a los aspectos del desarrollo del paciente con trastorno por pánico.

Uno de los aspectos no explicados por las distintas teorías hasta aquí desarrolladas es la necesidad del paciente, en el momento de la crisis, de regresar tan pronto como sea posible a su casa o al lugar seguro, con la certeza que al hacerlo se sentirá mejor. La agorafobia fue diferenciada del resto de las fobias como fobia de alejamiento, la mayoría de los pacientes fóbicos siente mayor temor cuanto más cerca están de aquello que temen. Son fobias de aproximación. En cambio en el agorafóbico, el temor aumenta cuanto mayor es la distancia de un lugar seguro para él.

Un paciente con pánico y agorafobia se asemeja en mucho en su conducta a un niño indefenso. Si, por ejemplo, en un supermercado, pierde de vista al adulto (madre) que lo acompaña, entra en pánico.

La sobreprotección en la infancia de pacientes con pánico fue tomada como una variable significativa. Algunos autores han recurrido a las teorías del apego para ver la posible influencia psicopatogénica de estos aspectos del desarrollo, existiendo distintas fuentes de perturbación, en el proceso de desarrollo: el apego ausente: carencia de figuras de apego confiables; apego ansioso: el temor a perder la figura de apego impide la exploración autónoma; apego punitivo: la figura de apego castiga o amenaza las conductas exploratorias; apego ambiguo: al niño le es imposible generar expectativas precisas sobre su propia capacidad tanto de lograr un adecuado vínculo de apego como de desarrollar habilidades exploratorias, debido a la falta de definición de sus figuras de apego.

Una vez consolidado este apego patológico el mismo influye en el desarrollo cognitivo posterior. Los padres tienden a enfatizar los elementos amenazantes del mundo externo o bien las dificultades o limitaciones del vivir con lo que se reafirma la necesidad de ayuda permanente. Los padres sobreprotectores están siempre listos para asistirlo, generando en el niño el sentimiento positivo de ser querido pero al mismo tiempo pueden generar un sentimiento de debilidad y fragilidad ante un mundo exterior amenazante. Es característico en el paciente con pánico y agorafobia la coexistencia de dependencia con una necesidad muy marcada de autonomía total.

Algunos autores investigaron la relación entre la edad de comienzo del trastorno por pánico y la separación en la infancia cuando niños. Los pacientes con este trastorno (con y sin agorafobia), tenían entre sus antecedentes una mayor frecuencia de separación en la infancia y un riesgo mayor de pánico y agorafobia, apoyando la hipótesis que

sostiene que el trauma de separación podría influir en la edad de comienzo del trastorno por pánico. La ansiedad de separación, en consecuencia, podría constituirse en un factor de predicción precoz. En definitiva, el niño perturbado desarrollaría comportamientos inhibidos en el terreno social y temor general frente a lo desconocido. La precipitación del trastorno por ansiedad (pánico o de otro tipo) requeriría la concurrencia de situaciones vitales desfavorables que activarían la vulnerabilidad latente del paciente.

Diagnóstico Cognitivo-comportamental del Ataque de Pánico

Desde el punto de vista de las terapias cognitivo-comportamentales, tomando en cuenta autores como C. Botella y R. Ballester, el trastorno de pánico es considerado como un trastorno de ansiedad. Dentro de estos se encuentran otros trastornos, como los distintos tipos de fobias (específica, simple, social) y agorafobia.

Esta clasificación es especificada en el DSM IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), utilizado tanto por los psicólogos cognitivos como por psiquiatras, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud. En este manual se hace una diferenciación entre Ataques de Pánico y Trastorno de pánico. Los Ataques de Pánico (AP) son períodos discretos de miedo o malestar intenso en los que, al menos, se observan 4 de los 13 síntomas somáticos o cognitivos que se contemplan en estos sistemas de clasificación (véase tabla 1). Además los AP tienen un inicio súbito (en 10 minutos o menos) llegan a su máxima intensidad, suelen ir acompañados de una sensación de peligro inminente y un impulso o necesidad de escapar. Los ataques que cumplen todas estas condiciones, pero que tienen menos de cuatro síntomas, se denominan ataques de síntomas limitados.

El AP puede darse en distintos trastornos y para realizar un adecuado diagnóstico diferencial es importante tener en cuenta el contexto en el que se produce el AP. Según la relación que guarda el comienzo del ataque con los desencadenantes situacionales, los AP pueden ser:

-Inesperados, su comienzo no se da a partir de un desencadenante situacional claro.

-Determinados situacionalmente, los ataques se dan siempre durante la exposición o en la anticipación de un estímulo desencadenante.

-Predispuestos situacionalmente, en los casos en que los ataques son mas frecuentes en determinadas situaciones, pero no se asocian completamente con estas.

En el DSM IV se plantea que para establecer el diagnóstico de Trastorno por ataque de pánico (TP) tiene que darse repetidos AP y al menos algunos deben ser inesperados (ver Tabla 2).

Tabla 1

Criterios del DSM IV para el diagnóstico del ataque de pánico

Período discreto de miedo o malestar intenso en el que al menos cuatro de los siguientes síntomas aparecen súbitamente y alcanzan gran intensidad en los diez minutos siguientes:

1. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas

4.	Falta de aliento (disnea) o sensaciones de ahogo
5.	Sofocación
6.	Dolor o molestias precordiales
7.	Náuseas o molestias abdominales
8.	Mareo, sensación de inestabilidad
9.	Despersonalización o desrealización
10.	Miedo a volverse loco o a perder el control
11.	Miedo a morir
12.	Parestesias
13.	Escalofríos

Tabla 2

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno de Pánico

- A. Ambos 1) y 2)
 - 1) Repetidos ataques de pánico inesperados
 - 2) Al menos uno de los ataques ha sido seguido por un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes aspectos:
 - a) Preocupación persistente acerca de futuros ataques;
 - b) Preocupación acerca de las implicaciones del ataque o sus consecuencias;
 - c) Un cambio significativo en el comportamiento relacionado con los ataques
- B. Ausencia de agorafobia
- C. Los ataques no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una condición médica general.
- D. Los ataques de pánico no se explican mejor por otro trastorno mental, tal como fobia social; fobia específica; trastorno obsesivo compulsivo; trastorno por estrés postraumático, o trastorno por ansiedad de separación.

Estos autores toman en cuenta este criterio diagnóstico de dicho manual por considerarlo bastante claro. Sin embargo consideran que en muchas ocasiones, los pacientes varían en numerosos aspectos como: la severidad y la frecuencia de los episodios de pánico, la ansiedad anticipatoria, la evitación fóbica, el grado en el que el problema perturba la vida cotidiana, la severidad global, etc.

Además, las personas vistas en diferentes contextos clínicos pueden variar en determinadas características y/o en la prevalencia de otros trastornos coexistentes.

Por esta razón es que los terapeutas cognitivos han elaborado entrevistas estructuradas para realizar los diagnósticos, con el fin de evaluar el TP como la posible comorbilidad con otros trastornos.

Las entrevistas se consideran instrumentos convenientes, ya que ofrecen diagnósticos similares. Estos son, los siguientes:

SADS-LA (*Schedule for affective Disorders-Lifetime Anxiety*) (Maruzza, Fyre, Klein, Endicott, 1986).

La SADS es una entrevista diseñada para ser utilizada por profesionales expertos y con experiencia en clínica para evaluar los síntomas de los trastornos incluidos en el sistema RDC. Incluye dos grandes áreas, la primera evalúa la situación clínica actual y la segunda rastrea toda la situación psicopatológica anterior. La SADS-LA permite diagnosticar los distintos trastornos de ansiedad y rastrear muchas de sus manifestaciones clínicas.

SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*) (Spitzer, Williams y Gibbon 1988).

Es un instrumento mucho más sencillo que el SADS y no requiere la formación clínica y el grado de experiencia que este último exige. Explora la presencia de los criterios necesarios para poder diagnosticar determinados trastornos. Cada trastorno se puede valorar como ligero, moderado o severo y permite también determinar si se ha producido remisión parcial o completa.

DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) (Robins, Helzer, Croughan, Ratliffe, 1989).

Es una entrevista pensada para ser utilizada en estudios fundamentalmente epidemiológicos, por lo que pueden aplicarla encuestadores entrenados. En ese caso es necesario que estas personas se ajusten exactamente al texto, lean cada uno de los ítems y eviten realizar cualquier exploración clínica adicional.

ADIS-R (*Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised*) (DiNardo y Barlow-1988).

Se trata de una entrevista estructurada que contiene una serie de items desarrollados por los autores y otros provenientes del PSD (*Present State Examination*) (Wing, Cooper y Sartorius, 1974) y de la SADS. También incluye las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton (1960). La ADIS completa fue diseñada específicamente: a) Para poder realizar diagnósticos diferenciales de los distintos trastornos de ansiedad que se contemplaban en el DSM-III. b) Para obtener otros datos relacionados con distintos aspectos clínicos como la historia del problema o los factores cognitivos y situacionales que influyen en la ansiedad. c) Teniendo en cuenta la elevada comorbilidad existente entre ansiedad y depresión se rastrea la presencia de sintomatología depresiva y su relación con la ansiedad. d) También se incluyen cuestiones pensadas para detectar la presencia de otros trastornos, como esquizofrenia y adicción a drogas. La ADIS ha sido revisada varias veces y la última versión se ajusta a los criterios del DSM-III-R (Barlow, 1988). Su valor como entrevista estructurada radica en la contribución a la fiabilidad del diagnóstico diferencial y a la evaluación sistemática de cuestiones importantes que resulta necesario tomar en consideración en cualquier análisis funcional del trastorno (Barlow, 1993). La fiabilidad interjueces oscila entre satisfactoria y excelente en los distintos estudios (DiNardo, Moras, Rapee y Brown, 1993).

Botella y Ballester utilizan rutinariamente en servicios de asistencia psicológica una entrevista de evaluación del pánico que recoge las cuestiones reflejadas en la

entrevista ADIS-R, complementándolas con preguntas que, a partir de su experiencia clínica consideran relevantes. Además la información que proporciona esta entrevista se la complementa con una entrevista semiestructurada que les permite realizar una anamnesis general, recavando información variada en relación a áreas como: familia, pareja, ocio, trabajo, salud, sexualidad.

Estas evaluaciones estructuradas administran preguntas relacionadas con el incremento de ansiedad, las situaciones en que se eleva la ansiedad o si no tienen una situación específica, si son los AP inesperados; los tiempos en aparecer los AP y su duración como también los intervalos de tiempo, en qué contextos se dieron los primeros AP, cómo influyen las otras personas, cuál es la reacción de la persona, cómo reaccionan los otros; qué sintió con dichas reacciones, o sea si se vió aliviado o no, así también se recaba información abundante en varios ítems sobre los pensamientos; creencias y cogniciones de las personas en los momentos del AP; las reacciones corporales y la interpretación de las mismas; como así también todo lo referente a períodos de tiempos y severidad de los AP; valoración de la intensidad de los ataques en una escala del 1 al 10; la valoración del individuo en cuanto a los perjuicios que le ocasionan estos trastornos, etc.

Estas entrevistas son largas y exhaustivas, en las cuales se recoge gran cantidad de información permitiendo hacer un diagnóstico bastante completo del fenómeno.

Estos autores cognitivos hacen hincapie en la importancia de un diagnóstico exhaustivo como base para poder diseñar la estrategia de intervención terapéutica, así

como también para evaluar la necesidad de una administración de medicación, el tipo de droga que se requiere y también la dosis.

Tratamiento del Trastorno de Pánico desde los Modelos Cognitivos Comportamentales

Los autores cognitivos-comportamentales han desarrollado una serie de programas diseñados específicamente para el tratamiento del TP (Clark y Salkovskis, Barlow y Cerny, 1988). Todos estos programas suelen incluir los siguientes componentes:

-Procedimientos de reestructuración cognitiva y entrenamiento para reducir la sensibilidad a la ansiedad y la tendencia a reaccionar con miedo a las reacciones corporales.

-Técnicas de manejo de los síntomas (control de la respiración, relajación.)

-Exposición sistemática interoceptiva ante las sensaciones corporales temidas

-Experimentos comportamentales planificados para proporcionar la experiencia necesaria para refutar las creencias catastróficas en torno al miedo a las sensaciones corporales.

Además los autores como Botella, Ballester y H.Chappa consideran como un elemento muy importante de los programas para el TP la utilización de un componente educativo (Shear, Pilkonis, Cloitre y Leon, 1994). Desde esa perspectiva se insiste en que cualquier tratamiento debe ayudar al paciente a: a) identificar la fuente que induce las reacciones emocionales y b) fomentar la aceptación de los síntomas de la ansiedad como algo inocuo.

Los tratamientos consisten en diez sesiones aproximadamente de una hora de duración y se incluyen como componentes terapéuticos, un módulo educativo, técnicas cognitivas para la identificación y modificación de las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales complementadas con la realización de experimentos comportamentales, entrenamientos en respiración lenta, entrenamiento en técnicas de distracción y, finalmente, un módulo de prevención de recaídas.

El tratamiento cuenta con un estilo directivo, el terapeuta debe asegurarse de que los puntos fundamentales de la agenda son tratados en la sesión, unido a un papel muy activo por parte del paciente, que interviene no sólo en el establecimiento de la agenda y la realización de las tareas semanales, sino en la propia discusión y modificación de sus pensamientos catastróficos. El tratamiento es similar al de un equipo científico. Los pensamientos negativos del paciente son tratados como hipótesis y éste, junto con el terapeuta trabaja para recopilar evidencias que determinen si tales hipótesis son exactas o útiles. En lugar de proporcionar todas las respuestas a los pensamientos negativos de los pacientes, el terapeuta realiza una serie de preguntas con un estilo socrático y diseña tareas o experimentos conductuales que ayuden a los pacientes a evaluar y proporcionar sus propias respuestas a sus pensamientos. Es muy importante que el terapeuta establezca en la sesión un feedback positivo que asegure la comprensión mutua. Pidiendo el terapeuta al paciente varias veces a lo largo de la sesión que resuma lo que ha entendido hasta el momento y que exponga sus dudas.

Se trata como dijimos anteriormente de una terapia donde el terapeuta tanto como el paciente tienen un papel activo. El paciente cuenta con un diario llamado

“Diario de pánico”: allí lleva el registro de los ataques de pánico, anotando exhaustivamente las características de sus ataques tomando en cuenta la duración, la hora del día, la intensidad de los mismos, si son inesperados o situacionales, anotando los síntomas somáticos: palpitaciones, temblores, miedo a morir o volverse loco, náuseas, etc. También el nivel de preocupación en una escala del uno al diez, respuestas del individuo ante los ataques, resultado de la misma. Así también se administran a lo largo del tratamiento, escalas, inventarios, registros, y cuestionarios que el paciente debe llenar constantemente, éstos instrumentos intentan aportar datos sobre: predictibilidad, conductas de evitación fóbica, miedos, sus característica e intensidad, evitación –temor, gravedad, mejoría, adaptación, sensibilidad a la ansiedad, pensamientos distorsionados, y conciencia corporal. Estos instrumentos tienen por finalidad un doble objetivo: uno el de información al terapeuta para un mejor ajuste del diagnóstico, seguimiento y evolución, dos que el paciente vaya tomando un control y habituación del trastorno. Según estos autores estas actividades de registro son ya de por sí terapéuticas.

a) Estrategias Cognitivas:

El abordaje con estrategias cognitivas forma parte inherente del encuadre total del paciente, ya que desde la entrevista inicial se lo introduce en el modelo cognitivo. Es decir que, paralelamente con las entrevistas de toma del conocimiento del problema, el terapeuta va transmitiendo, en un marco psicoeducacional, las conceptualizaciones alrededor de las cuales girarán las propuestas de cambio.

Lo hace empleando las preguntas como instrumento de exploración (método socrático). Las preguntas están orientadas por el terapeuta de modo tal que de sus propias respuestas, el paciente pueda extraer conclusiones respecto de sus temores, de la primacía de sus pensamientos y creencias, y del carácter particular de sus reacciones emocionales. Se busca, asimismo, atenuar la incertidumbre en cuanto a la naturaleza de su dolencia, ya que la angustia esta en función de aquella.

a.1) Estrategias Psicoeducacionales y de Evaluación:

El terapeuta utiliza cinco técnicas para presentar a su paciente el modelo teórico de referencia:

a.1.1) En forma indirecta, durante las sesiones, haciéndole preguntas al paciente sobre ciertos pensamientos que pueden perturbarlo, cuando el terapeuta detecte signos de reacción emocional en el paciente que servirá para dirigir su atención hacia sus pensamientos en relación a sus afectos.

a.1.2) En forma directa, al final de la primera sesión se deja en claro cuál es la importancia que se le atribuye al pensamiento, o ideas automáticas que acompañan las reacciones emocionales.

a.1.3) El *shift* cognitivo: consiste en un cambio en el procesamiento de la situación y de los síntomas por la activación del esquema de vulnerabilidad que da significado catastrófico a los síntomas físicos de ansiedad. El esquema activado (set cognitivo) rígido e imperativo, contiene las premisas y reglas para procesar la información entrante (síntomas físicos) traducidos en productos (cogniciones) de contenido catastrófico (desmayo, infarto, locura, etc.).

Cuando el paciente está fuera de las situaciones que despiertan temor, como en el momento de la consulta, puede activar esquemas más racionales, críticos, que le permiten reflexionar sobre el sentido de sus temores y llegar a considerarlos absurdos, particularmente cuando ha experimentado varias crisis sin consecuencias. Sin embargo cuando está en la situación no puede creer más que en la realidad y en las consecuencias de lo que siente. No puede pensar de otra manera. Sus ideas parecen no obedecerlo, centrándose en los signos incuestionables del padecimiento y sus conclusiones no pueden ser otras que aquello que teme que realmente sucederá.

El concepto de *shift* cognitivo es sumamente útil, para que el paciente pueda comprender la razón de su falta de autodominio en las crisis, pese a los esfuerzos que hace por controlarse y que además cuanto más lo intenta, mayor es su convicción de pérdida de control e incapacidad de razonar.

a.1.4) Autoobservación: el desarrollo de la observación constituye un común denominador a todas las propuestas de cambio psicoterapéutico. Si algo va a ser cambiado, deberá conocerse para conseguirlo, y ese conocimiento tiene como base principal la auto-observación.

A diferencia de otras terapias en las cuales la observación se realiza en la sesión solamente, en esta el paciente está en terapia en forma continua, atento a los cambios emocionales, a la emergencia de ideas automáticas, y manteniendo el compromiso de su registro permanente. De allí entonces que se deba detectar por autoobservación cómo opera el esquema de vulnerabilidad para dar significado a los hechos de la manera que lo hace. Al activarse la situación desencadenante, pone a disposición del paciente las reglas

de procesamiento requeridas, cuya expresión fenomenológica son las frases, autodiálogo, o imágenes a las que hemos llamado ideas automáticas o cogniciones. Los registros tendrán por objeto conocer las formas idiosincráticas que adquieren estas IA, producto de los esquemas activados. Esta es la razón principal por la que el paciente debe ser iniciado en las tareas de autoobservación.

a.1.5) Cambio de actitud. Las dos ansiedades: la autoobservación va poniendo de manifiesto contenidos referidos a dos ordenes invariantes, es decir, que se repiten registro tras registro. Uno de ellos caracterizado por cogniciones catastróficas respecto del significado de los síntomas o de sus consecuencias. El otro contiene expresiones que traducen la necesidad de que esos síntomas desaparezcan ya, evidencian la lucha contra los síntomas.

El tiempo que le demanda a cada paciente tomar conciencia del procesamiento cognitivo que subyace a las crisis de pánico es variable. Habitualmente se requieren dos a tres semanas de registro, cuando lo haya logrado estará en condiciones de incorporar otro eslabón en la secuencia típica de la crisis. Se refiere a su actitud hacia los síntomas de ansiedad. Las dos ansiedades se refieren al porqué y al cómo de las crisis. La ansiedad primaria, se considera la responsable de los síntomas leves más o menos continuos que el paciente viene experimentado antes de la primera crisis, y de los síntomas desencadenados en las situaciones de la serie agorafóbica y que se centran en los temas de control y obligatoriedad. Traducen la problemática psicológica profunda, el porqué sufre ansiedad.

La ansiedad secundaria hace eclosión como consecuencia de: la reacción de inaceptabilidad de la ansiedad primaria, del significado catastrófico de los síntomas físicos y de la lucha por hacerlos desaparecer.

Estas reacciones explican como se desencadena la crisis. Sin ansiedad secundaria no habría crisis. El éxito a corto plazo de las terapias cognitivas consiste no solamente en la modificación de las ideas automáticas, sino en el cambio de actitud hacia los síntomas de ansiedad.

a.2) Estrategias terapéuticas:

a.2.1) Reatribución: Los procesos psicológicos contenidos en las explicaciones que el mismo paciente construye para dar cuenta de los fenómenos tan particulares que experimenta (atribución) se constituyen en el objetivo inicial de cambio. El paciente, en base a estos elementos procesa activamente la información y construye un modelo explicativo de su propio padecimiento que actúa en forma preponderante en la determinación de su conducta, por estar construido a partir de creencias profundas ligadas a esquemas emocionales muy activos, no suele ser permeable a cambios persuasivos, a contradicciones explicativas de base racional. Sintéticamente se procede a brindar un modelo alternativo (cognitivo) que cambia la causa (reatribución) proponiendo a las ideas automáticas como variable interviniente como responsable del temor, luego propone una tarea para que el paciente mismo compruebe si esta explicación alternativa tiene validez, el cambio de atribución, no se logra mediante un proceso racional, sino emocional, el cambio atribucional es progresivo, no debe esperarse entonces, que las explicaciones ni los registros produzcan el cambio, deberá

operarse una integración de las nuevas propuestas con las creencias preexistentes para gradualmente aceptar la alternativa brindada, la que quedará firme recién cuando el paciente sienta que es válida.

a.2.2) Cambio de actitudes: toda terapia tendría como factor común la influencia social que busca el cambio de creencias sobre sí mismo y sobre los demás, con la consiguiente modificación emocional. El cambio en el sistema de creencias traería como consecuencia variaciones en las actitudes hacia los hechos. De este modo retribución y cambio de actitudes deben verse como estrategias estrechamente ligadas, separadas aquí, para su mejor conceptualización.

Si bien este término puede tener diversas connotaciones, hay acuerdo en el papel regulador del comportamiento que tienen las actitudes, esto es en la tendencia a reaccionar en forma consistentemente favorable o desfavorable hacia ciertos hechos, externos o internos.

Debe tenerse en cuenta además, la complejidad de factores que pueden cerrar el concepto de actitud. En este sentido, diversos autores señalan la convergencia de componentes cognitivos, afectivos y conductuales que el concepto involucra. La propuesta de la terapia cognitiva es que la conducta puede ser modificada mediante el cambio de actitudes.

En el terreno de la psicoterapia se piensa que los cambios se pueden lograr según dos procedimientos generales. De acuerdo con el primero, el terapeuta puede discutir con el paciente sobre la conveniencia o no de mantener ciertas convicciones y actitudes que se hallan en la base de su disfunción, mientras que en la segunda se propone la

modificación de ciertas contingencias de práctica y reaprendizaje de modo que los resultados distintos que se alcancen lleven a un cambio en las creencias.

Esto implica la participación activa del paciente, quien tiene la oportunidad en forma directa de observar ciertos hechos. Ante los resultados él mismo iniciará un proceso de cuestionamiento de sus creencias.

El primer paso como instrumento en la búsqueda del cambio de actitudes, es el de la aceptación, el objetivo fundamental apunta a los componentes afectivos del problema. La aceptación de la presencia de ansiedad es fundamental y para ello se induce a la aceptación mediante diversas estrategias.

Se recurre a la propuesta de los dos niveles de ansiedad, primaria y secundaria, para lograr la aceptación de los síntomas de ansiedad básica que el paciente habrá de experimentar en las situaciones de la serie agorafóbica, en la convicción de que al hacerlo impedirá la emergencia de la lucha y de las ideas automáticas, catastróficas que determinan la producción de la ansiedad secundaria.

La instrumentación de la aceptación requiere la producción de un cierto autodiálogo, frases que el paciente se dirá a sí mismo cuando experimente los primeros síntomas de ansiedad. El terapeuta podrá ejemplificar el contenido de estas autoinstrucciones, pero su forma definitiva deberá ser construida por el paciente con sus propias palabras, la adopción de una actitud de aceptación produce un cambio dramático en la sintomatología del paciente, quien ahora sí se siente provisto de una alternativa a instrumentar cuando siente ansiedad en lugar de la única opción que, hasta ese momento, era válida para él: huir.

a.2.3) Redefinición del problema:

De acuerdo con el trabajo de profundización en la auto-observación, es decir, al lograr el conocimiento del grupo principal de ideas automáticas, y de la descripción de las situaciones en las que la ansiedad se haya manifestado se podrá proponer una hipótesis sobre las causas profundas de la ansiedad básica.

Tendrá que haber, capacidad de detección de IA, cierto grado de modificación de las mismas y aceptación de la ansiedad secundaria.

Entonces se podrá reformular el problema en términos de la problemática cognitiva central. Llegando a ella de forma progresiva, reformulándola en términos del sí-mismo, pero como hipótesis de trabajo, o sea, provisional y comprobable mediante la auto-observación. Permitiendo internarse en las estructuras profundas cognitivas, y desde el punto de vista operativo, cambiar la atención del paciente de las manifestaciones de la ansiedad a las fuentes de la ansiedad.

b) Estrategias comportamentales:

b.1. Tratamiento de la conducta de evitación (agorafobia):

Estas estrategias se aplican para eliminar la ansiedad anticipatoria que surge ante la idea de encontrarse en una situación en la que anteriormente, la persona, ha experimentado una crisis. O que podría llegar a tenerla. Bajo dos condiciones se aplican estas técnicas: A. Pacientes con crisis de pánico y agorafobia. B. Pacientes con agorafobia sin antecedentes de crisis de pánico.

Por lo tanto, las estrategias cognitivas requieren ser instrumentadas trabajando con la ansiedad anticipatoria y las imágenes o I.A. relacionadas con la crisis potencial a la que el paciente teme. De modo que los fundamentos del modelo cognitivo deben ser transmitidos sustituyendo la situación real por la situación potencial a enfrentar.

Situación potencial ►► Idea Automática → Síntomas → Evitación

Una vez que el paciente haya alcanzado cierto dominio de las variables cognitivas, es aconsejable la incorporación de estrategias comportamentales. La técnica fundamental del tratamiento de la evitación agorafóbica es la exposición gradual in vivo.

b.2. El tratamiento por Exposición:

El procedimiento básico de la exposición consiste en alentar al paciente que padece ansiedad anticipatoria y que como consecuencia tiende a evitar las situaciones que la evocan, para que, resistiendo la ansiedad, enfrente lo temido en forma gradual y repetida hasta que sus reacciones se disipen.

¿Porqué estos tratamientos son eficaces? Hay varias hipótesis al respecto, que invocan tanto el contra-condicionamiento como la habituación al igual que los procesos de modificación del significado de las señales activadoras, como responsables de la reducción del temor. La habituación es la disminución de una respuesta como consecuencia de la repetición de un estímulo.

Pasos en la instrumentación de la exposición:

1º Prepara al paciente. Primero se debe establecer una relación de confianza muy estrecha, incorporar estrategias cognitivas, hasta después implementar ciertos ejercicios.

2º Construcción de las jerarquías. Hay que establecer los límites del paciente en el alejamiento que es capaz de alcanzar sin compañía, y también evaluar el tiempo máximo que puede permanecer solo (evaluación basal).

3º Ejecución y ejercicios. La exposición in vivo puede realizarse según dos diseños, con acompañante terapéutico; o autoadministrada. La segunda es la comúnmente empleada, y se implementa programando conjuntamente con el paciente tareas de alejamiento o circuitos que el mismo paciente, cumplirá entre sesiones, regulando la oportunidad, registrando todos los resultados en su libreta de registros, el propio paciente, donde asentará meticulosamente todas sus sensaciones, cogniciones e inspiraciones, y deberá consignar si recurre o no a alguna de las alternativas de autocontrol que aprendiera en la terapia (aceptación, reestructuración, o respiración según el caso).. Una tarea en particular se deberá repetir hasta que los registros muestren que la ansiedad se ha reducido a un nivel bajo, no limitante.

Variables en el proceso de exposición:

Focalización en las sensaciones corporales: Si el cambio que lleva la reducción del temor está vinculado a modificaciones en los significados se espera que en la atención centrada en las sensaciones corporales resulte más efectiva que la distracción.

Obstáculos y cómo superarlos: Ejemplos de obstáculos son abandono, limitaciones en el progreso clínico, o recaídas. Por eso se insiste en las estrategias integradas y sucesivas. Así como la profundización en el análisis de las variables intervinientes. Así como con algunos pacientes los tratamientos en grupo y en pareja.

El tratamiento debe culminar con la eliminación progresiva de psicofármaco para consolidar la reatribución cognitiva del significado y capacidad de autocontrol. La comorbilidad con depresión y alcoholismo también es responsable de un requerimiento terapéutico más prolongado.

b.3. Variantes de la Exposición:

b.3.1. Grupal: La naturaleza estructural del pánico y de la agorafobia ha llevado a proponer, con éxito el tratamiento grupal. Los pacientes desarrollan la cohesión e incrementan la motivación en las prácticas.

b.3.2. Técnicas de inundación: Difieren de la exposición gradual en el hecho de que los pacientes, son alentados a permanecer en la situación que activa su ansiedad hasta que las manifestaciones somáticas se atenúen

b.3.3. Manuales de autoayuda: La efectividad de directivas escritas, manuales de instrucción o libros de bolsillo aún no ha recibido confirmación empírica, aunque puede mencionarse que los resultados fueron en general desalentadores, principalmente por la falta de cumplimiento de las tareas, su pobre continuidad o la brevedad de las mismas.

b.3.4. Tratamientos combinados: (De Ruiter y colaboradores en 1989, (Chappa, 1997) compararon la efectividad de la exposición gradual in vivo sola y con instrucciones de control respiratorio, comprobando que éste último no agrega beneficios.

Mavissakalian y Micheson en 1983 (Chappa, 1997) compararon técnicas de inundación (en grupos), imipramina y la combinación de ambos, entre sí y con un grupo control, comprobando que los tres grupos terapéuticos no diferían entre sí significativamente en sus resultados terapéuticos.

c) Tratamiento de las creencias cognitivas profundas:

El tratamiento del trastorno por pánico y la agorafobia no termina, por lo general, con la supresión de las crisis de pánico y la superación de la evitación agorafóbica.

Ambos emergen sobre la base de una alteración profunda de la personalidad donde los rasgos de dependencia, ambivalencia, en general, evitativos, pueden ser rastreados desde temprana edad .

La magnitud de estas perturbaciones son variables. El paciente puede ser advertido sobre esta eventualidad y aconsejar la realización de psicoterapia cognitiva de los temas centrales o profundos a nivel preventivo.

c.1) Psicoterapia de orientación psicoanalítica: Dominó los enfoques de la psiquiatría psicodinámica americana e influyó notablemente en los países escandinavos dando lugar a trabajos comparativos muy bien estructurados.

El presupuesto básico de esta orientación es considerar que la elucidación de los conflictos inconscientes, mediante el *insight*, la interpretación y la resolución lleva a la desaparición de los síntomas clínicos. De este modo la terapia de la problemática subyacente se aborda desde el inicio, desestimando el tratamiento de los síntomas.

Debe tenerse presente, sin embargo, que hasta la aparición de la imipramina el tratamiento de los pacientes agorafóbicos era desalentador. Freud mismo (Chappa, 1997) hizo un llamado a los terapeutas para encontrar caminos más rápidos que permitieran superar las limitaciones impuestas por la enfermedad mientras se profundizaba la conflictiva del paciente, es decir, clamaba por un cambio de prioridades en la secuencia tradicional: resolución de conflictos -> alivio sintomático

Respuesta que vendría dada a nuestro entender, por el éxito de los abordajes comportamentales y cognitivos.

Bandura en 1969 (Chappa, 1997) incursionó en la exposición en imágenes y la incitación a enfrentar lo temido a través de la evocaciones repetidas del paciente y la indirecta presión del terapeuta, formando parte del proceso psicoterapéutico verbal y siendo considerados como los factores de cambio más importantes.

Además de esta exposición encubierta que subyace a las terapias verbales existen diferencias de importancia entre el abordaje dinámico y el cognitivo en este terreno de los problemas profundos. En el caso del psicoanálisis, la acción terapéutica se desentiende de los síntomas, al significarlo como expresiones o defensas del conflicto subyacente originario. Desestima los factores de mantenimiento que actúan en el presente, que nutren las crisis y la evitación, e inicia la búsqueda de los factores precipitantes y del desarrollo analizándolos desde la perspectiva actual del paciente, es decir, sin modificar el conocimiento de sí mismo que impregna todo el desorden psicopatológico (Chappa, 1997)

Este último aspecto constituye la diferencia fundamental con el abordaje cognitivo profundo, que propone el análisis evolutivo a partir del nuevo autoconocimiento que produce la redefinición del problema en términos de una característica del *Self* (Guidano, 1994. En Chappa 1997).

c.2) Psicoterapia de orientación cognitiva: Las creencias cognitivas profundas de los pacientes con ansiedad se centran en: aceptación, dependencia y control.

La vulnerabilidad a la ansiedad se centraría en algunas de estas problemáticas centrales. El concepto de vulnerabilidad, se define como el sentimiento de amenaza asociado a una auto-percepción de control insuficiente para neutralizarlo, y se constituye en el núcleo profundo, en el tema central de la terapia.

Las creencias que subyacen a la vulnerabilidad y que predisponen a la ansiedad habrán de transformarse en los objetivos terapéuticos de esta etapa, que se iniciarán una vez que se han aliviado los síntomas que motivaron la consulta.

Se proponen distintos procedimientos para detectar las creencias básicas. El primero consiste en formular hipótesis sobre estas presunciones y creencias que las sostienen, en base a los datos obtenidos de los registros y de las entrevistas en las fases iniciales del tratamiento, y someterlas a la prueba de la realidad.

Otro procedimiento es la técnica de exploración de imágenes y el análisis del material que haya surgido en función del conocimiento adquirido sobre el paciente hasta ese momento. Estas imágenes pueden explorarse: cuando surgen durante las sesiones, inducidas por material presentado en las sesiones, durante estados de demasiado stress, por evocación de experiencias previas.

Las ideas automáticas y las emociones que se activen en el momento que las imágenes surjan serán procesadas en relación a las experiencias actuales.

Estas creencias profundas, analizadas desde la perspectiva actual e histórica, permiten identificar uno de los tres temas básicos vistos anteriormente: aceptación, rendimiento o control. En realidad habremos de encontrar, que todos ellos tienen cierto grado de compromiso pero que uno es dominante.

c.3).Estrategias cognitivas en el tratamiento de los temas centrales:

c.3.1)Enfoques racionalistas: Partiendo de la ambivalencia del paciente de querer dejar de sufrir pero no cambiar las necesidades básicas que subyacen a su vulnerabilidad, la tarea mas difícil e inicial será la de persuadir al paciente sobre la necesidad de cambio. El terapeuta tratará de hacerle ver que las desventajas de mantener sus creencias profundas, superan a las ventajas. .Recién entonces podrá instrumentarse alguna técnica más específica como la concerniente a la reestructuración cognitiva.

Una segunda estrategia tiene que ver con la libertad de elección, con la posibilidad de optar, cambiando control por libertad.

Progresivamente se ayudará al paciente a organizar estilos de vida más espontáneos, no centrados en la temática central, y desestructurando el estilo de vida evitativo que organizó a lo largo de su padecimiento, a favor de un mayor conocimiento de sus motivaciones más profundas.

c.3.2) Enfoque constructivista: Con el enfoque anterior es posible que el paciente persista en considerar su padecimiento como errores de juicio, sobredimensionamiento de respuestas, exageraciones o generalizaciones infundadas de sus temores. Es poco probable que pueda integrar este nuevo conocimiento a su idea de sí-mismo.

El enfoque constructivista arroja luz sobre el fenómeno de la resistencia que debe reconceptualizarse no ya en términos de conflictos inaceptables por motivos insostenibles sino como una necesidad inherente al mantenimiento de la continuidad del *self*. La identidad personal es vista por Guidano como la identidad responsable de esa función estabilizadora.

Para que el paciente acepte alguna alternativa de modificación debe sentir que su identidad sea respetada. El cambio propuesto no se le presentará como destinado a corregir un error o distorsión, al estilo racionalista, sino al solo efecto de eliminar o reducir su sufrimiento.

La estrategia terapéutica fundamental que nos permite acercarnos a esta alternativa de cambio consiste, según Guidano, en redefinir el problema del paciente en términos de una propiedad del *self*. Así, por ejemplo: “María, la que tiene miedo de salir sola” es redefinida por “María, la que debe tener siempre control sobre todas las cosas”.

La construcción de la definición surge como una propuesta del terapeuta fundamentada en los aspectos invariantes del autoconocimiento que resultan de las tareas de auto-observación cognitivas.

La “redefinición” se presentará como una alternativa, como una hipótesis a ser confirmada. Debe, por lo tanto, ser corroborada por la experiencia. Una redefinición tal, de ser efectiva, permitirá hacer predicciones sobre cuándo la ansiedad puede presentarse. Se iniciará así una nueva etapa de registros destinados a corroborar la hipótesis de la redefinición y consolidar las perspectivas que surgen de las auto-observaciones iniciales.

La redefinición efectiva, sostiene Giudano, produce un cambio sintomático rápido, a favor del choque entre sus creencias sobre sí mismo con la nueva formulación, que le imposibilita al paciente verse “como antes”.

La terapia habrá de cursar a partir de ese momento el camino de la temática profunda, del tema central de vida del paciente. Se trata de una etapa mas prolongada, que puede llevar años, en tanto destinada a los aspectos profundos del sí-mismo.

Guidano lo denomina análisis evolutivo, y consiste en la revisión, reconstrucción y reestructuración de la historia personal en sus aspectos mas significativos a favor del autoconocimiento adquirido en las fases anteriores de la terapia. Difiere así del análisis psicodinámico que es iniciado desde la posición psicopatológica que el paciente posee al momento de la consulta, y destinado a la búsqueda del conflicto original.

Entonces, se persigue con el análisis histórico, reconstruir la continuidad temporal que da solidez al *self* reenmarcando los recuerdos emergentes de alto contenido emocional según la nueva imagen de sí-mismo y del mundo resultante de la terapia breve.

Ambas propuestas, racionalista y constructivista no son excluyentes.

Pueden integrarse en una secuencia estratégica temporal, iniciándose la terapia desde un enfoque inicialmente racionalista, destinada a detectar las ideas automáticas que permitirán elaborar una redefinición en términos de los invariantes registrados. Ese será el punto de inflexión de la terapia, de superficial a profunda.

Síntesis Comparativa entre los Modelos Cognitivo-Comportamentales y Psicoanalítico en el Abordaje del Ataque de Pánico.

En este trabajo realizamos un relevamiento de las principales características de cada abordaje, tomando como ejes la etiología, el diagnóstico y el tratamiento. A continuación haremos una síntesis comparativa de cada abordaje, donde relacionaremos dichos modelos

Etiología:

En cuanto a la etiología de la neurosis de angustia el psicoanálisis hace un amplio estudio de las causas del padecimiento. Freud en 1895 considera significativos, en la precipitación de ésta patología, los componentes orgánicos hereditarios, llegando a hablar en algunos casos de la posibilidad de una “grave tara hereditaria”, cuando resulta imposible descubrir un proceso etiológico adquirido. Luego, avanzada su obra, no encontramos referencias a causas orgánicas hereditarias en el origen de la angustia.

La bibliografía psicoanalítica hace hincapié en los factores sexuales e inconscientes, considerando como causa de la patología a la imposibilidad de ligar la energía con representaciones simbólicas que expresen el conflicto. Esta energía no ligada se descarga en el cuerpo directamente sin mediación psíquica, lo que produce los síntomas físicos característicos en estas crisis.

El modelo cognitivo-comportamental, en algunos de sus cultores, considera importante desde un primer momento la influencia de causas de tipo hereditarias y

biológicas que dan a los individuos afectados una predisposición especial, hablan de una vulnerabilidad genética (D. F. Klein; 1964). Pero otros autores como H. Chappa (1995), Clark y Salkovskis (1987), a pesar de aceptar las causas biológicas, consideran principalmente a los factores cognitivos como primordiales factores que precipitan los ataques de pánico, se trata de estructuras cognitivas que tienden a dar interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales, que luego entran en un circuito de retroalimentación (ver esquema de Clark y Chappa) que desemboca en los ataques de pánico. Esta forma de interpretar catastróficamente las señales (en este caso corporales) está estrechamente ligada al sistema de creencias y reglas de la persona.

Además, desde los modelos cognitivo-comportamentales se terminó por incluir a las expectativas del sujeto como determinante del desencadenamiento del ataque de pánico (Banudra, 1986), las personas se guiarían más por las consecuencias esperadas que por las consecuencias reales.

Podemos concluir que hay una marcada diferencia entre las concepciones etiológicas de los dos modelos estudiados. Desde el cognitivismo no se toman en cuenta los procesos motivacionales inconscientes, fundamentales para el psicoanálisis, y éste a su vez no considera las causas orgánico-hereditarias como significativas, ni tampoco los mecanismos de retroalimentación cognitiva.

Diagnóstico:

En cuanto al diagnóstico dentro del psicoanálisis nos encontramos con diferencias de criterio entre los autores, para algunos psicoanalistas es una tarea cardinal

para guiar la práctica, para otros, su uso carece de valor y puede plantear inconvenientes. Pero en líneas generales y dentro de cierta ortodoxia, podemos decir que el diagnóstico en psicoanálisis no se alcanza, sino avanzada la terapia. Este modelo no pretende comprender en un primer momento el acto patológico, no es su objetivo, tampoco pretende clasificar el síntoma, sino más bien apunta a un proceso de desciframiento de los eventos patológicos. No considera al diagnóstico acabado como un paso primordial y necesario para planear una estrategia terapéutica. Además, el análisis de los síntomas se realiza orientado hacia el encuentro de una estructura y no hacia un nivel descriptivo, como así tampoco se realiza de una vez y para siempre, sino que el diagnóstico es un proceso continuo que es parte del tratamiento mismo. O sea, no tiene un principio y un final en el primer momento de la terapia, sino que éste se va realizando a medida que evoluciona el tratamiento. Desde esta perspectiva se tiene en cuenta que lo que puede parecer una determinada patología en un primer momento, luego termine constituyendo otra.

El modelo cognitivo-comportamental considera al diagnóstico diferencial como indispensable para diseñar una estrategia terapéutica, acorde con las características que se desprenden de los resultados del diagnóstico. Este modelo realiza exhaustivas evaluaciones de tipo estandarizadas (entrevistas, escalas, inventarios) donde se estiman las particularidades de los ataques en los aspectos más específicos de cada caso, siempre de manera descriptiva, e intentando medir principalmente tanto síntomas físicos como las cogniciones que los acompañan en cuanto a sus características de tiempos, frecuencia y severidad de los ataques.

Se vale de instrumentos como entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, en el marco de una anamnesis general que le permita arribar a un diagnóstico preciso, tomando como parámetro el DSM IV, que le posibilita efectuar el tratamiento indicado.

Considera necesario realizar todas estas estimaciones para poder diseñar una estrategia terapéutica, y además para optar con precisión por el tipo de drogas a suministrar, como así también las dosis.

En el tema del diagnóstico, vemos que su conceptualización presenta diferencias muy marcadas tanto en la manera de considerar la importancia y la función del mismo, sobre todo cuando se refieren al que se realiza en un primer momento. Así también el tipo de diagnóstico que se efectúa es muy diferente, su duración, y además la función que cumple el mismo en cada modelo.

Tratamiento:

En cuanto al tratamiento, el psicoanálisis en la mayoría de sus autores, sigue los lineamientos básicos, aunque en algunos casos encontramos psicoanalistas que proponen líneas de trabajo apartadas de los modelos clásicos (ver tratamiento psicoanalítico). Pero en líneas generales la dirección de la cura sigue hacia su rumbo clásico: el inconsciente. Las innovaciones que algunos autores proponen para esta patología están vinculadas a las características de la misma: no se trabaja con representaciones reprimidas como en el caso de las psiconeurosis, o sea que no se busca un significado inconsciente de dichas representaciones, al menos no inicialmente; sino que se tiene en cuenta el vacío representacional afectivo, por lo que se dirige en primera

instancia hacia la búsqueda de expresiones simbólicas de los conflictos. Se propone para estos casos el uso de intervenciones específicas como señalamientos, interrogaciones, confrontaciones, silencios en algunas ocasiones, y explicaciones tendientes a lograr una organización del espacio psíquico afectivo-ideacional alterado y a una integración de las emociones indiferenciadas y no ligadas a las palabras (Crf. Békei M., Chevnik M, D'Avila R. y Maladesky A. 1988).

Los objetivos en el tratamiento de la crisis de angustia en el psicoanálisis son historizar, significar, asociar, simbolizar. Lo que se trata es de que el paciente pueda llegar a producir síntoma en un sentido psicoanalítico, o sea una expresión simbólica y sobredeterminada de los conflictos. Imaginamos en esta labor una modalidad más activa por parte del terapeuta, que en el tratamiento de las psiconeurosis.

Por lo que pudimos observar los autores psicoanalíticos no se oponen a una revisión de la teoría y técnica, siempre y cuando sea desde adentro (María Vendrel del Pilar, 2002).

El modelo cognitivo comportamental apunta en su tratamiento a poner en cuestión y a derribar las interpretaciones catastróficas de los pacientes, se utilizan muchos métodos: el método Socrático, la autoobservación, reflexiones apuntando a descubrir el sentido de los síntomas, reatribuciones y redefiniciones del problema; recurriendo a técnicas estandarizadas: escalas, inventarios, registros, y cuestionarios. Similarmente como lo hacen en el diagnóstico, los pacientes colman largas listas donde siguen paso a paso las características y particularidades de los ataques.

Las diferencias en cada teoría parecen ser muy significativas, el modelo cognitivo comportamental concentra su atención desde el comienzo en los síntomas, en el sistema de creencias disfuncional y al cuestionamiento de las cogniciones catastróficas. Y el psicoanálisis orienta su atención en la superficie psíquica de los pacientes, apuntando hacia la estructura de personalidad y a sus posibilidades de ligazón con representaciones psíquicas mas allá de los síntomas físicos, a los que no presta mayor atención.

Pero si bien ambas teorías presentan puntos disímiles, podemos ver en esta patología, no coincidencias, sino ciertos acercamientos en cuanto a los efectos terapéuticos que en las respectivas labores se podrían estar produciendo, o sea podemos pensar que en los pacientes se producen algunas modificaciones similares en ambos tratamiento.

Como pudimos ver, el psicoanálisis, en su técnica, apela en esta patología a los señalamientos, interrogaciones, confrontaciones, que denotan un desenvolvimiento más activo y cercano a los terapeutas cognitivo-comportamentales (método Socrático, la autoobservación, reflexiones apuntando a descubrir el sentido de los síntomas, reatribuciones y redefiniciones del problema), y si bien no apuntan al síntoma como objetivo terapéutico, ni a derivar pensamientos catastróficos, sí se acercan hacia esa labor por medio de éstas intervenciones. La terapia debe principalmente reforzar las partes no psicósomáticas, a través de la ampliación del área cubierta por las funciones simbólicas.

Al igual, creemos, que el modelo cognitivo-comportamental, a través de las exhaustivas listas que el paciente debe llenar: la autoobservación y redefiniciones que se

le requieren, la implementación del método socrático, etc.; entendemos que estas actividades deben de por sí llevar al individuo hacia un proceso de simbolización, de ampliación de las funciones simbólicas, que lo orientan hacia los procesos de historización y asociación. Recordemos que el paciente comienza en estos cuestionarios, inventarios etc., a poner fechas, a describir situaciones, lo que puede llevar indirectamente a un proceso muy parecido al que apunta el psicoanálisis. Podemos pensar que en estos casos se producen ciertos procesos de ligazón que ocasionan en el individuo una remisión de los síntomas físicos, pues dicha actividad propuesta lo traslada hacia el plano de la palabra, del pensamiento y la reflexión.

Según Chappa (1997), en la etapa inicial diagnóstica, la sola presencia del terapeuta en los intercambios con el paciente ya genera de por sí ciertos efectos terapéuticos, remitiendo considerablemente los síntomas. Este fenómeno en el psicoanálisis se explica como un efecto de la transferencia.

Podría ser que tanto desde una corriente teórica, como desde la otra, se obtuvieran efectos terapéuticos favorables, aún conceptualizando de manera diferente dicha patología y su tratamiento.

Ideas Automáticas, y Angustia Automática.

En cuanto a la angustia automática, descrita por Freud, y a las ideas automáticas descritas desde las corrientes cognitivas, es interesante destacar su punto de contacto en

lo automático y en el concepto de imagen. Recordemos la definición de angustia automática como reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una influencia de excitaciones, de origen externo o interno, que no son productos de una representación, que es incapaz de controlar y en la que no participan los procesos simbólicos. La angustia automática se opone, en la opinión de Freud, a la señal de angustia (J. Laplanche Y J.-B. Pontalis, 1981).

El *shift* cognitivo, hace referencia a una búsqueda de cambio y control de las ideas automáticas, justamente, en el procesamiento de la información, en cuanto a la situación y los síntomas, en la activación del esquema de vulnerabilidad que da significado catastrófico a los síntomas físicos de ansiedad. El esquema activado rígido e imperativo, contiene las premisas y reglas para procesar la información entrante (síntomas físicos) traducidos en productos (cogniciones) de contenido catastrófico (desmayo, infarto, locura, etc). Según este modelo al activarse la situación desencadenante, pone a disposición del paciente las reglas de procesamiento requeridas, cuya expresión fenomenológica son las frases, autodiálogo, o imágenes que constituyen las llamadas ideas automáticas (IA) o cogniciones. Los registros que realizan los pacientes tendrán por objeto conocer las formas idiosincráticas que adquieren estas IA, producto de los esquemas activados.

Esta es la razón principal por la que el paciente debe ser iniciado en las tareas de autoobservación.

El modelo cognitivo comportamental le da el nombre de ideas y cogniciones a estas ideas automáticas, pero se considera desde esta perspectiva que las mismas no tienen un

rango de pensamiento en cuanto tal, sino más bien las considera como imágenes más que como cogniciones, similar a la diferencia que se hace desde el modelo psicoanalítico entre el signo y el símbolo. El signo tiene las características de algo dado que no se puede interrogar, se acerca más a una imagen que a una palabra, una imagen que se intenta interrogar desde el pensamiento, desde lo simbólico. Desde ambos modelos se procura poner palabras, fechas, historia, en esas imágenes que con características automáticas se presentan en los ataques.

Otro procedimiento es la técnica de exploración de imágenes y el análisis del material que haya surgido en función del conocimiento adquirido sobre el paciente hasta ese momento. Estas imágenes pueden explorarse: cuando surgen durante las sesiones, inducidas por material presentado en las sesiones, durante estados de demasiado stress, por evocación de experiencias previas. Las ideas automáticas y las emociones que se activen en el momento que las imágenes surjan serán procesadas en relación a las experiencias actuales. Estas creencias profundas, analizadas desde la perspectiva actual e histórica, permiten identificar uno de los tres temas básicos vistos anteriormente: aceptación, rendimiento o control.

En el psicoanálisis se lleva a cabo una tarea similar, pues aunque no se utilicen registros detallados de los ataques, se realiza una exploración de estas imágenes desde una perspectiva actual e histórica, con miras a poner en cuestión a la prepotencia con la que se presenta ese signo, en busca del equívoco que le produce la introducción del significante.

Pánico, ¿una Nueva Patología?

En las últimas décadas el llamado ataque de pánico ha tomado una relevancia especial en los medios de comunicación, y en la opinión pública, como así también en los sectores médicos y académicos.

En la mayoría de estos ámbitos es considerada como otra de las nuevas patologías de fin de siglo (bulimia, anorexia, adicciones, estrés, etc.), como enfermedades que antes no existían y que debido a los vertiginosos cambios de nuestra era, han irrumpido como una nueva epidemia. Esta creencia es ampliamente difundida.

En el presente trabajo intentamos dilucidar qué tanto hay de cierto en todo esto.

Comenzamos este trabajo estudiando los primeros escritos de Freud sobre neurosis de angustia y pudimos ver cómo ya en 1895 conceptualizaba y aislaba de otras dolencias a estos mismos conjuntos de síntomas que hoy se los denomina ataque de pánico (concernientes al trastorno de pánico) a los que él denominaba ataque de angustia (pertenecientes a la neurosis de angustia). Ya en esa época Freud individualizaba y relacionaba a este padecer con las demás enfermedades psíquicas. Es significativo comparar la enumeración y descripción de síntomas que se hacen en el moderno DSMIV, con la que hacía Freud en aquellos tiempos. Son casi idénticas.

Pero por otro lado, no hay ninguna duda de que esta patología jamás gozó de tanta publicidad, no podemos negar la actualidad del tema. Sólo basta con observar los

noticieros y los programas de salud para evidenciar esta cuestión. La pregunta que cabe en estos casos es: hasta dónde podemos decir que se trata de una moda, de una operación de mercado interesada en sacar réditos económicos (publicaciones, tratamientos, psicofármacos, etc.). Y hasta dónde es realmente una afección con mayor prevalencia e incidencia que en otra épocas, y que esté ocasionando un mayor deterioro, en la salud pública, con todas las consecuencias sociales.

Como resultado de nuestra investigación bibliográfica, donde hemos relevado informaciones provenientes de varios autores y de diferentes líneas teóricas, llegamos a la conclusión de que los llamados trastornos de pánico o neurosis de angustia, no son en realidad una patología nueva, sino algo ya existente desde tiempos remotos. Pero a su vez consideramos que en nuestros tiempos, esta dolencia ha alcanzado una nueva significación, que no parte sólo de la imaginación colectiva, ni es sólo una moda psicopatológica.

No poseemos en la actualidad (ver Motivos y Antecedentes del Anteproyecto) estadísticas de tiempos anteriores, ni tampoco estadísticas exactas de tiempos actuales sobre la incidencia y prevalencia de esta afección como para poder comparar si ésta ha aumentado en proporción a otras épocas, como tampoco descripciones precisas de su presentación clínica para comparar sus características. Aunque parecería desde la opinión de múltiples sectores haber aumentado en gran proporción.

Partiendo de los estudios de Baumgart (2001), Lipovetsky (1993), Maldavsky (1988), Liberman(1986), H. Chappa (1997), Botella y Ballester (1996), vimos que en

las actuales condiciones de vida de nuestra sociedad, se han agudizado ciertos factores que aumentan en la población en general la propensión a contraer el Pánico.

Desde el psicoanálisis no son pocos los autores, como Emiliano Galende (1990) que advierten un recrudecimiento en nuestra era de patologías de orden narcisista, estimuladas por las actuales condiciones de vida, de división del trabajo, y de intercambios entre los seres humanos. Recordemos lo desarrollado en este trabajo sobre las características narcisistas que también Baumgart le atribuye a esta patología, características que comparte con otras patologías que hoy se consideran en aumento en comparación con otros tiempos. El individualismo, el aislamiento, la indefensión, los tiempos actuales parecen igualmente influir, según estos autores, para que algunas estructuras de personalidad encuentren en dichos factores ambientales un estímulo para que se produzcan los fenómenos del pánico. La caída de los ideales y el relajamiento de los lazos sociales, que antes oficiaban como sustento psicológico, hoy parecen haberse resquebrajado, éstos son factores que mantienen a los seres humanos bajo el amparo de un sentido de vida o existencia, que protege a los mismos de la sinrazón, la despersonalización, la desrealización, la soledad y la muerte. Estos factores han dejado de operar exitosamente como en otros tiempos. Recordemos lo trabajado por Amalia Baumgart sobre Freud y sus conceptualizaciones sobre el pánico en Psicología de las masas, y como el resquebrajamiento de los ideales era la principal causa del pánico, y no la intensidad del peligro. Es importante llamar la atención sobre el tema, pues el hombre actual no se halla expuesto a peligros mayores que el hombre de otras épocas, sin embargo parece ser más proclive a experimentar el miedo o pánico.

Desde posiciones cognitivas vemos que se pone el acento, en el tratamiento, en la sintomatología, y desde ahí, el movimiento del proceso terapéutico se dirige hacia la revisión de la cosmovisión del paciente, apuntando a revisar sus significados. Tomando como ejes básicos, control, aceptación, rendimiento y dependencia.

Desde Freud, en las series complementarias, estudiamos que los factores ambientales, tienen su importancia en el desencadenamiento de las patologías, y que si bien no son los principales causantes de las enfermedades, sin su colaboración las patologías no se desarrollan. Desde los estudios de Lipovetsky (1993) vemos cómo estos factores ambientales, en nuestra contemporaneidad, coadyuvan para que el fenómeno del pánico se precipite con mayor facilidad. Según Maldavsky (1988) los factores económicos y sociales (podríamos, desde nuestra perspectiva, hacer énfasis también en los políticos), han llevado a los individuos al conocido estado de indefensión e inermidad motriz, que los incita a experimentar una respuesta guiada por la lógica de la alteración interna (similar al trauma del nacimiento) dejándolos sin la posibilidad de liga de pulsión que lleve al sujeto a la posibilidad de simbolizar y en consecuencia a dar una respuesta más adecuada, o en todo caso más neurótica.

Consideramos acertada la noción sobre un aumento de un conjunto de patologías, ya existentes, con características narcisistas (anorexia, bulimia, adicciones), creemos que el ataque de pánico, participa en este conjunto. Aunque hacemos hincapie en que no consideramos al mismo como una nueva patología, sino como algo antiguo con significaciones nuevas, y que la misma puede haber sido agudizada en el número de

casos (comparando con otros tiempos) por las razones sociales antes mencionadas. Pero creemos que se mantiene similar en su presentación clínica.

Sólo podemos dejar abierta la posibilidad (pues esto sería tarea de otro tipo de investigación) que así como los casos de histeria de Freud no son idénticos a los que se presentan actualmente en la clínica, así también los casos actuales de pánico pueden tener sus características particulares.

Y a pesar de vislumbrar lo que puede haber de nuevo y masivo en esta patología, causada por las actuales condiciones de vida, hacemos la salvedad de no caer en la generalización de las causas del trastorno, como también de su cura, pues esto puede llevar a la confusión de pensar que todos padecen del mismo trastorno, por las mismas cuestiones, lo que llevaría a concebir una misma terapéutica para todos lo que enferman de lo mismo.

Esto tiene que ver con nuestra práctica, lo decimos por la necesidad de salvar lo particular que en cada caso encontramos en la clínica; y así no caer en las equivocaciones que propagan los medios de comunicación y en las que muchos de los pacientes continúan cuando van a consultar a los servicios de salud mental con el "speech" del ataque de pánico que compran entre las publicidades. Así también, como psicólogos, no debemos comprar estrategias demasiado estandarizadas que no nos permitan ver la subjetividad de cada individuo.

En cuanto a estas especulaciones Maria Vendrell del Pilar, reflexiona que generalizando, hablamos en primer término de un cambio en la conceptualización de los síntomas, que produce a su vez un deslizamiento en lo que se "espera" como ayuda en

un tratamiento, "recetas mágicas" para algo que ocurrió mágicamente. Intento de trasladar el síntoma del "adentro" al "afuera", rearticulación simbólico imaginaria, de cierto forzamiento, intentando explicar lo que a "todos les pasa", "por lo que pasa"... en esta época. Así, el síntoma pierde su carácter de ser pasible de desciframiento, su singularidad, su pertenencia a un sujeto, sujeto del inconsciente y pasa a ser el mismo para todos. El pánico es pánico, el mismo que todos tienen. La anorexia también.

En la práctica como psicólogos debemos intentar abrir el camino a la posibilidad de asociar, historiar y significar. El síntoma vuelve a ser aquello que algo dice, algo a descifrar, y nuestra tarea es lograr la emergencia de un sujeto responsable de su hacer y decir, (además de su alivio sintomático). Ya no le pasará lo que a todos, por lo mismo que a todos. Reinstaurada una diferencia, podrá desplegar su escena, su imaginario y el análisis seguirá su curso (con suerte) (Maria Vendrel del Pilar, 2002).

Anexos

El Pánico y La Mitología:

Baungart A. (2001) En sus investigaciones clínico psicoanalíticas toma los Datos que le ofrece la mitología griega en relación al termino Pánico. A continuación reproducimos el texto:

III. Los hallazgos de la Antigüedad

El espacio anterior al conocimiento: mitos y leyendas

Si bien la interpretación de las estructuras simbólicas no puede llegar a ser “científica” en el sentido de la cientificidad de las ciencias exactas, es cognoscitiva y puede estar al servicio de nuestra praxis. Los múltiples estudios acerca de la mitología reconocen el poder de estos relatos y su sabiduría implícita, que reflejaba una preocupación por los problemas de la existencia, afirma una especie de “realidad original” que gobierna como fuente primordial de creencias, profundas dimensiones del espíritu humano. Nos interesa para este tema recuperar la riqueza de la inventiva griega. El osado escritor John Cheever, uno de los mas importantes de los Estados Unidos, dice que la forma mas sencilla de comprender nuestro tiempo es a través de las antiguas mitologías. Ya que la etimología de la palabra pánico, del griego que nos remite al Dios Pan, me ocuparé de sus leyendas.

Pan corresponde a la tercera dinastía de los dioses griegos y tiene su lugar en el Partenón del Olimpo. Originario de Arcadia, región central del Peloponeso, era hijo de

Hermes y de la ninfa Driope. Dios de los pastores y rebaños, de apariencia mitad humana, mitad animal, era barbudo, tenía cuernos, patas de macho cabrío y un corazón generoso. Sus filiaciones son muy diversas, sus mitos son raros y sus leyendas abundan. Según se cuenta, entonces, una de sus filiaciones más conocidas y aceptadas dice que es hijo de Hermes y de la ninfa Driope. Apenas la ninfa tuvo a su primer hijo, su corazón se aterrorizó: el bebe era muy raro y ávido, era tremendamente velludo; de la cintura para abajo era como una cabra y en su cabeza tenía dos cuernos cortos y orejas de cabra. La madre abandonó al niño y escapó. Hermes, su padre, miró a este ser que le pareció feliz e inteligente, lo envolvió con una piel de conejo y corrió con él al monte Olimpo a presentárselo a los dioses inmortales, quienes aceptaron con entusiasmo y alegría. El que estaba más complacido con esta extraña criatura era Dionisios, dios del vino.

El, según Herodoto, llamó "Pan" porque les agrado a "todos" apenas lo vieron. Esta es la etimología popular de "Pan", que se relaciona con la palabra, griega "todo". Su nombre le fue dado porque "todos" se le parecen por su avidez y porque encarna una tendencia propia de todo el universo, la energía genésica de ese "todo", la vida activa. Su culto comenzó en Arcadia y se extendió por a toda Grecia. Este dios amaba las praderas verdes y las montañas. Sus relaciones afectuosas fueron muchas, está al acoso de las ninfas y de los jovencitos que asalta sin miramientos. Su hambre sexual era insaciable. Esta divinidad también era muy irritable y tenía el poder de inspirar un espanto repentino en hombre y animales. Cuando Zeus condujo a los dioses contra Cronos y los titanes, Pan creó el "pánico" soplando una concha marina.

Según Herodoto, el culto a Pan se propago rápidamente en Atenas en el período de las guerras pérsicas, cuando despojado ya de su sensualidad primaria irreprimible, personifica a la astucia bestial. Cuando la armada persa amenazó la ciudad de Atenas, enviaron a Fidípedes a pedir ayuda de Esparta. Pan lo detuvo en el camino, en el monte Partenón e inquieto porque los atenienses no lo adoraban, decidió ser evocado. Se dice que el dios gritó extendiendo “pánico” y confusión a los enemigos, “el terror a Pan”. Después de la gran batalla de Maratón contra los persas, los atenienses le dieron un santuario debajo de la Acrópolis donde le concedían honores divinos.

Otorga su nombre a la palabra “pánico” : ese terror que se distribuye en todos los seres que enturbia el espíritu y enloquece los sentidos.

Los filósofos neoplatónicos y cristianos hicieron de él la síntesis del paganismo. Plutarco cuenta una leyenda en la que voces misteriosas, oídas por un navegante, anunciaban en plena mar la muerte del gran Pan. Era la muerte de los dioses paganos resumidos en su persona, los quejidos del mar presagiaban el advenimiento de una nueva era que congelaba de espanto al mundo grecorromano. La expresión “Pan, el gran Pan a muerto” se utiliza para significar el fin de una sociedad. Las sombras de los héroes se lamentan y los infiernos se estremecen. Pan a muerto: la sociedad se disuelve.

Pan representa la curiosa evolución de un “símbolo” que pasa del desenfreno sexual a un orden social , cuya desaparición entrevista hunde en la desesperación.

Bibliografía.

- Baumgart Amalia (2001). Ataque de pánico y subjetividad, estudio clínico psicoanalítico. Bs. As. Editorial Eudeba, 2001.
- Békei M., Chevnik M., D'Avila R., y Maladesky A. (1988, octubre). Algunas variantes en el trabajo interpretativo en pacientes con estructuras psicósomáticas. Revista de psicoanálisis, nº 5. Capital Federal. Ed. Del Carril Impresiones, 1988.
- Botella Cristina y Ballester Rafael. (1996). Trastorno de pánico, evaluación y tratamiento. Bs. As.. Edit. Martínez, 1996.
- Chappa Herbert J. (1997). Pánico y Agorafobia, abordajes cognitivo y farmacológico. Bs. As.: Edit. Salerno, 1997.
- Chiozza L. (1988). La capacidad simbólica en los trastornos psicósomáticos. Revista de psicoanálisis nº 5. Cap. Fed. Ed. Del Carril Impresiones, 1988.
- Diccionario Larousse (1978), Paris. Ed. Larousse, 1978.
- Dreizzen Clorinda (2001). Los tiempos del duelo. Bs. As. Ed. Homo Sapiens, 2001.
- DSM IV, (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Edit. Masson s.a., 1995.
- Freud S. Obras Completas (1968). Inhibición, Síntoma y Angustia. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva.
- Freud S. Obras Completas (1968). La Neurastenia y la neurosis de angustia. Madrid Ed. Biblioteca Nueva.

- Freud S. Obras Completas (1968). Psicología de las masas y análisis del yo. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva.
- Heinrich H. (2003). La respuesta psicosomática.
<http://www.efba.org/efbaonline/heinrich-03.htm>
- Kundera M. (1998). La identidad. Barcelona, Editores Barcelona, 1998.
- Lacan J. (1962). Seminario X, La angustia. Bs. As. Ed. Mimeo, 1986. Escuela freudiana de Bs. As. (EFBA).
- Lacan J. (1964). Seminario XI, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Bs. As. Ed. Paidós, 1987.
- Lacan J. (1966). Escritos I, El estadio del espejo como formador del yo. Bs. As. Ed. Siglo XXI, 1985.
- Lacan J. (1975). Intervenciones y textosII, Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. Bs. As. Ed. Manantial, 1985.
- Laplanche J., y Pontalis J.B. (1981). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona. Ed. Labor, 1981.
- Lieberman D. (1986). La comunicación en terapéutica psicoanalítica. Bs. As. Ed. Eudeba, 1986.
- Lieberman D., Grassano de Piccolo, Nevorak de Dimant, Pistiner de Cortinas, Roitman de Wosocoboinik (1986). Del cuerpo al símbolo. Bs. As. Ed. Tireb, 1986.
- Lipovetsky G., (1993). La era del vacío. Barcelona. Ed. Anagrama, 1993.
- Maldavsky D. (1988, noviembre). Psicosomática. Revista actualidad Psicológica, nº 149. Bs. As., 1988.

- Marty P. y M'Uzan (1983). El pensamiento operativo. Revista argentina de psicoanálisis. Tomo XL, nº 4. Bs. As., 1983.
- Mc Dougal J. (1985). El paciente desafectivizado. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. Tomo I, nº 4, 1985.
- Winnicott D. (1982, marzo). La enfermedad psicosomática en sus aspectos positivos y negativos. Revista uruguaya de psicoanálisis, nº 61. Montevideo, 1982.
- Yacoi A. (1993). La angustia y la urgencia. Bs. As. Ed. Ricardo Vergara, 1993.