

Amalia Baumgart

ATAQUE DE PÁNICO
Y SUBJETIVIDAD

Estudio clínico-psicoanalítico



LA AUTORA

ia Baumgart es Psicóloga Clínica,
de la Facultad de Filosofía y Letras,
versidad de Buenos Aires y se ha
grado en la Facultad de Medicina,
sidad de Buenos Aires, en el área de
Salud Mental.

1997 se desempeña como profesora
gular a cargo de la cátedra I de
ología de la Facultad de Psicología de
ersidad de Buenos Aires. Tiene una
ectoria en actividades académicas de

formación de grado
sgrado en la especialidad, como así
en las de asistencia e investigación.
almente es miembro del Consejo
ómico Asesor y de la Comisión de
ía en Psicoanálisis de la Facultad de
a de la Universidad de Buenos Aires.

ituido jurados para evaluar concursos
os regulares, como miembro titular.
oyectos de investigación UBACyT
rmó parte de equipos de trabajo
isciplinarios dedicados a la práctica
sistencial en instituciones públicas y
. Desde 1980 ha presentado trabajos
gresos Nacionales e Internacionales.

utora y co-autora de numerosos
publicados, dedicados al diagnóstico
tamamiento desde una perspectiva
nico-psicoanalítica, y del libro
nes introductorias de Psicopatología
e aborda dicha temática a partir de la
gía y nosografía psicoanalítica.



tesis de doctorado

DIRECTOR DE COLECCIÓN

Leiser Madanes

Amalia Baumgart

ATAQUE DE PÁNICO
Y SUBJETIVIDAD

ESTUDIO CLÍNICO-PSICOANALÍTICO

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
C. E. Ps

Nº CLASIFICACION	ADQUISICION
+ 11584	comp
	Nº INVENTARIO
	11584

 *Trilce*
eudeba

Baumgart, Amalia
Ataque de pánico y subjetividad. - 1ª. ed. 1ª reimp. - Buenos Aires :
Eudeba, 2004
88 p. ; 23x16 cm. (Tesis de Doctorado)

ISBN 950-23-1166-3

1 Pánico I. Título
CDD. 616.852 23



Eudeba
Universidad de Buenos Aires

1ª edición: mayo de 2001
1ª edición, 1ª reimpresión: marzo de 2004

© 2001
Editorial Universitaria de Buenos Aires
Sociedad de Economía Mixta
Av. Rivadavia 1571/73 (1033) Ciudad de Buenos Aires
Tel.: 4383-8025 / Fax: 4383-2202
www.eudeba.com.ar

Diseño de tapa: *Juan Cruz Gonella*
Corrección y composición general: Eudeba

ISBN 950-23-1166-3
Impreso en la Argentina
Hecho el depósito que establece la ley 11.723

LA FOTOCOPIA
MATA AL LIBRO
Y ES UN DELITO



No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopias u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

Θέσις

Investigación lógico-conceptual,
nosográfica, metapsicológica y clínica
de los "desórdenes de pánico"



Dios Πάν - Museo Nacional de Atenas

A Víctor Baumgart
y Amalia Médici,
mis padres.

PRÓLOGO

Este libro surge de la publicación de mi tesis de doctorado "Investigación lógico-conceptual, nosográfica, metapsicológica y clínica de los desórdenes de pánico", defendida en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires el 21 de julio de 2000.

Ha sido producto de mi proyecto de investigación UBACyT '98-2000 "Desórdenes de pánico y subjetividad" (TP04) del que fui directora.

Quiero agradecer al director de mi tesis, Dr. Vicente Galli, la estimulación a mi trabajo, y reconocer con todo mi afecto a quienes me transmitieron amor por la investigación, por el psicoanálisis y por la psiquiatría: Prof. Sara Paín, Prof. Juana Danis, Prof. Fernando Ulloa, Dr. Santiago Duvcosky y Dr. Enrique Bèrard.

El tema de la tesis es de gran importancia para esta época de conflictos en el mundo nocional y paradigmático de la Psiquiatría, en el que la pregnancia de las clasificaciones empíricas y estadísticas de los sufrimientos mentales ha generado una tendencia a unificar miradas; con lo que se han ido perdiendo relieves, matices diferenciales, referencias etiopatogénicas y, en síntesis, el espesor complejo de los objetos humanos de los que se ocupa la psiquiatría.

De las observaciones minuciosas realizadas por los psiquiatras de las personas afectadas, con sus características generalizables y sus rasgos idiosincráticos, se ha pasado a observar muestras de pacientes, evaluadas por muestras de psiquiatras. Lo que, aunque favorece las indicaciones psicofarmacológicas para el "síntoma principal", oscurece la comprensión y las atinadas interrogaciones sobre sus causas y sobre otros posibles caminos de abordaje.

La tesis encara estas dificultades con profundidad, rigor y originalidad. Aporta una clara descripción del campo del problema, diferenciando matices de la psiquiatría de EE.UU., europea y de nuestro país. Luego plantea uno de sus ejes, que es la investigación como interrogación de los enunciados. Estudiando el conjunto de los discursos sobre el *fenómeno del pánico*, que lo constituyen como síndrome, y la complejidad de los planos que implican los enunciados. Que son los que en su transmisión reiterada repiten la mirada predominante para una determinada comunidad de opinión. Lo que a su vez genera trastornos en el sistema gnoseológico –lo que la autora destaca en el ítem referido a "síntoma de la psiquiatría contemporánea"–. Discutiendo sobre la conveniencia o no de la intercambiabilidad de los términos angustia/ansiedad/pánico, va marcando la importancia de buscar la comprensión psicológica del problema de la angustia, analiza la nosología freudiana, así como su metapsicología y su clínica. Hace lo mismo con los aportes de J. Lacan y con algunas temáticas centrales en Piera Aulagnier. Recorriendo los tres autores con fina comprensión conceptual y clara sobriedad. Para llegar al punto original de su tesis, vinculando mitos, leyendas y algunas aproximaciones a las problemáticas del hombre contemporáneo, para producir una hipótesis fuerte sobre las causas de muchos procesos de angustia pánica. Lo que fundamenta

metapsicológicamente con rigor, enhebrando lo que ha venido desarrollando y lo que aporta a esa altura de la tesis. Lo completa con una ejemplificación clínica adecuada y demostrativa.

Dr. Vicente Galli
Profesor titular
Departamento de Salud Mental
de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Buenos Aires

ÍNDICE

A) INTRODUCCIÓN DE LA TEMÁTICA A LA QUE LA TESIS SE REFIERE	13
B) ESTUDIO DE LOS SISTEMAS NOSOLÓGICOS Y SUS PRINCIPIOS ORGANIZADORES	17
I. Exposición introductoria del problema	17
La) Cuestiones de interés general	17
I.b) La Psiquiatría norteamericana	18
I.c) La Psiquiatría europea	22
II. Epidemiología	24
III. Actualización en nuestro país	25
C) METODOLOGÍA Y MATERIALES UTILIZADOS	27
Estudio del concepto y la clasificación en las nuevas nomenclaturas. La investigación como interrogación de enunciados	27
I. Formas empírico- descriptivas de la racionalidad actual	28
I.a) Criterios DSM-III y DSM-IV. La desaparición de la clase "Neurosis"	28
I.b) Criterios CIE-10	29
I.c) Breve reseña de las "Clasificaciones" en las Nuevas Nomenclaturas	30
II. Cuestiones Nosológicas Actuales	32
III. Resultados iniciales del Estudio	35
Antecedentes de la Psiquiatría Actual	36
I. La importancia de la construcción de la "clase neurosis"	36
II. Secuencias terminológicas e historia	39
Sinonimias: investigación bibliográfica	39
III. Los hallazgos de la antigüedad	42
El espacio anterior al conocimiento: mitos y leyendas	42

IV. Uso intercambiable de los términos “angustia”/“ansiedad”/“pánico”	44
“Angustia”/“Ansiedad”/“Pánico”	44
Uso en medicina	46
Uso en Psicoanálisis	47
V. Los aportes del psicoanálisis clásico y contemporáneo	48
V.1) Enfermedades de la angustia. Nosología freudiana	48
Angustia. Miedo. Terror	51
Angustia señal. Desarrollo de angustia	53
V.b) Aportes de Jacques Lacan	55
D) DISCUSIÓN: HACIA UNA COMPRENSIÓN METAPSICOLÓGICA	57
Aproximación psicoanalítica al fenómeno del pánico. Metapsicología	59
I. Estudios freudianos	59
II. El Pánico: ¿enfermedad del Ideal? Freud con Lacan	61
III. El conflicto identificatorio según Piera Aulagnier	64
IV. Comunicación de un caso clínico y análisis posterior	66
Observaciones preliminares	66
El estado patológico	66
Caracterización clínica del caso	67
Actitud de la paciente	67
Breve historia familiar	68
Algunos relatos de la paciente	69
Análisis del material clínico	71
V. Otras observaciones clínicas	73
E) CONCLUSIONES	75
F) RESUMEN	81
G) BIBLIOGRAFÍA GENERAL	83

A) INTRODUCCIÓN DE LA TEMÁTICA A LA QUE LA TESIS SE REFIERE

A partir de la consulta psicológica de pacientes con “crisis de pánico”, comencé a interesarme por investigar esta problemática. La fenomenología clínico-psiquiátrica ponía de manifiesto la aparición inesperada y recurrente de ataques de miedo pavoroso o terror, con períodos intercrisis en los que se presentaba una angustia anticipatoria leve. El diagnóstico diferencial, imprescindible en estos casos, verificó que no respondían a una enfermedad orgánica, ni se debían a factores tóxicos o síndrome de abstinencia. No respondían tampoco a situaciones específicas ni a una amenaza de peligro real. Los ataques iban acompañados tanto por síntomas somáticos, que afectaban especialmente el ritmo cardíaco y respiratorio, como por síntomas cognitivos, tales como: miedo a morir, a perder el control o a volverse loco. La sintomatología corresponde a lo que se denomina “desórdenes de pánico” en las nuevas nomenclaturas.

Este cuadro pertenece a un terreno que ha presentado muchas controversias: la clínica de los “trastornos por angustia”. Se ha discutido por décadas si su fenomenología clínica es o no una entidad diagnóstica, y dicha problemática ha predominado en las nosologías internacionales de las psiquiatrías actuales: DSM-IV y CIE-10.

Las psiquiatrías americana y europea, fieles a sus cometidos, han transformado los síntomas subjetivos y personales en signos objetivos y traspersonales.

La revisión de estas clasificaciones me condujo a la historia de su surgimiento. Luego de una exposición introductoria del problema, *el primer desarrollo de mi tesis consiste en el estudio de los sistemas nosológicos actuales y sus principios organizadores.*

Si bien el marco nosológico-psiquiátrico permite siempre recorrer un camino específico para el diagnóstico, se constata que *deja excluida la problemática de la subjetividad* en juego en este tipo de trastornos.

En un intento por alcanzar mayor claridad, aspiro a profundizar su comprensión dentro y fuera de las situaciones clínicas particulares.

Así, partiendo de la semiología, tomo un camino inverso: reconducir los signos a síntomas tal como son considerados por la clínica psicoanalítica en el análisis de sus casos, para penetrar en el enigmático ámbito de la subjetividad de los sujetos parlantes.

Tomo como base de mis elaboraciones los aportes realizados por el modelo psicoanalítico clásico de las enfermedades de la angustia, para estrechar la relación "semiología-subjetividad" en los desórdenes de pánico.

Para pensar dicha relación pongo de manifiesto la complejidad teórico-fenomenológica de la patología mental objeto de mi estudio, que me remite a considerar los campos heterogéneos de discursos y de prácticas que la constituyen.

Esto no es ajeno a los procesamientos teóricos en el campo de la psicopatología en general, ya que frente a cada cuadro nos encontramos generalmente con múltiples universos de discursos que marchan hacia una divergencia. La historia de la relación entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis es, para este punto, bastante elocuente.

Ha resultado significativo, para el desarrollo de mi tesis, realizar una investigación que posibilite interrogar los enunciados –pertinentes al tema– de ambas disciplinas. El objetivo es generar una discusión entre las diversas familias de las proposiciones que consideran, desde distintas modalidades y desde distintos fundamentos, la realidad en cuestión. *En esta metodología se basa el segundo tramo de mi tesis: la investigación como interrogación de enunciados.* La tesis trata de un trabajo teórico-conceptual referido a la clínica psicopatológica de los desórdenes de pánico. No es una investigación experimental ni está realizada sobre bases cuantitativas. Me permití revisar desde una óptica distinta lo documentado en la bibliografía y, así, encontrar las bases teórico-clínicas para seguir el surco de mi hipótesis: *es posible elaborar una comprensión metapsicológica (psicoanalítica) de los desórdenes de pánico que se deban a motivos psicológicos, esclareciendo sus vertientes tónica, dinámica y económica.*

Sustenta la discusión el enfoque teórico-conceptual de la angustia basado en los aportes del psicoanálisis freudiano. Quise recuperar, para continuar el desarrollo de mi tesis, su nosología y metapsicología, como así también algunas contribuciones actuales y significativas: las de J. Lacan y, especialmente, las de P. Aulagnier, quien entre otros psicoanalistas ha estudiado las patologías narcisistas.

La hipótesis central de mi tesis propone elaborar, entonces –como resultado del trabajo teórico–, una comprensión metapsicológica de los "desórdenes de pánico". Esta perspectiva deberá dar cuenta de los aspectos más significativos del trastorno, los cuales se encuentran descriptos en la diversidad de los andamiajes conceptuales que históricamente se han ocupado de su esclarecimiento.

La aproximación metapsicológica me ha permitido operar en mi práctica clínico-terapéutica observando y explicando la experiencia interna tal como lo ejemplifico en el análisis de un material clínico. Acompañé otras observaciones clínicas breves.

La totalidad del estudio realizado en el presente trabajo concluyó en la construcción de una nueva formulación: la presencia de angustia pánica testimonia la existencia

de un proceso que amenaza con desintegrar al Yo. Se trata del estancamiento de la libido en el Yo a causa de la desconexión temporaria del Ideal originada en un conflicto identificador. Remite al Yo en su vertiente libidinal y al proceso mismo de constitución del Yo, lo que nos ubica en la problemática de la psicopatología narcisista y pone de manifiesto un funcionamiento psíquico deficiente que será precisado más adelante.

Las características del momento histórico social actual y del individualismo contemporáneo, en la medida en que disuelven identidades y papeles sociales, pueden llegar a funcionar como un factor desencadenante de los desórdenes de pánico, si actualizan una estructuración deficitaria del Yo. Sólo cabe recordar la notoriedad que ha tomado este cuadro en nuestro tiempo.

B) ESTUDIO DE LOS SISTEMAS NOSOLÓGICOS Y SUS PRINCIPIOS ORGANIZADORES

I. Exposición introductoria del problema

I.a) Cuestiones de interés general

Me ha interesado revisar en profundidad las corrientes actuales acerca de la nosología y etiología de lo que se ha convenido en llamar por nomenclatura oficial: "Panic Disorder". Es uno de los trastornos que más ha conmovido los criterios diagnósticos en la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III), en su revisión (DSM-III-R) y en la cuarta edición (DSM-IV).¹

En 1980, la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), establece un criterio diagnóstico para esta entidad: *nos remite a los trastornos cuyo padecimiento central consiste en un "ataque de angustia"*. La inclusión inicial fue ampliada posteriormente en el DSM-III-R en 1987 y comenzó a tener una amplia difusión.

Traducido para la versión española como "*Trastorno por angustia*",² se ha generalizado en las publicaciones en castellano con el nombre de "*Trastorno o desorden de pánico*". Reproduzco a continuación los criterios DSM-III-R que forman parte del capítulo denominado: "Trastornos por ansiedad" (o neurosis de ansiedad y neurosis fóbica).

*Criterios DSM-III-R: *Trastorno por angustia (Panic Disorder)*

A. En algún momento del curso de este trastorno han tenido lugar uno o más ataques de angustia (episodios bruscos de intenso miedo o intranquilidad) que fueron:

1. *Diagnostic Criteria From DSM-III-R*, American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.

2. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Editorial Masson, Barcelona, 1995.

1) Inesperados, o sea, que no aparecieron inmediatamente ni en el momento de exponerse a una situación que casi siempre ha causado angustia.

2) No desencadenados por situaciones en las que el sujeto era el foco de atención de otros.

B. Se han producido cuatro crisis de acuerdo con lo definido en el criterio A dentro de un plazo de cuatro semanas, o una o más crisis han sido seguidas de un mínimo de un mes de miedo persistente a sufrir otra.

C. Al menos cuatro de los siguientes síntomas se desarrollaron durante una de las crisis, como mínimo: 1) Dificultad al respirar (disnea) o sensación de sofoco; 2) Vértigo, sensación de inestabilidad o desvanecimiento; 3) Palpitaciones o aumento del ritmo cardíaco (taquicardia); 4) Temblores o estremecimiento; 5) Sudoración; 6) Sofocación; 7) Náuseas o dolor abdominal; 8) Despersonalización o desrealización; 9) Entumecimiento o sensación de hormigueo (parestesia); 10) Oleadas de calor y de frío (escalofríos); 11) Dolor o molestias precordiales; 12) Miedo a morir; 13) Miedo a enloquecer o a actuar sin control.

Nota: Las crisis en que se dan cuatro o más de estos síntomas son "crisis de angustia"; las que implican menos de cuatro son crisis de síntomas limitados.

D. Al menos durante algunas crisis, un mínimo de cuatro de los síntomas expuestos en el apartado C se han presentado súbitamente y han aumentado de intensidad en los 10 minutos siguientes al comienzo del primer síntoma percibido en la crisis.

E. No puede establecerse que haya iniciado y mantenido el trastorno un factor orgánico (p.ej., intoxicación por anfetaminas o cafeína o hipertiroidismo).

1.b) La Psiquiatría norteamericana

En EE.UU., el impulso inicial para llevar a cabo esta clasificación fue la necesidad de establecer información de tipo estadístico. El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) promueve estudios epidemiológicos en la década del '80 (ECA Program).³

Dicha clasificación constituye un enfoque descriptivo que pretende ser "neutral" respecto de las teorías etiológicas y se ha basado en un extenso trabajo empírico. Su objetivo consistió en proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores.

Si el impulso inicial no ha sido médico sino estadístico, esta indicación nos alerta de que se trata de privilegiar una finalidad práctica relativamente

3. D. Gath and N. Noeting, *Current Approaches. Panic: Symptom or Disorder?*, Duphar Medical Relations, 1989.

independiente de la rigurosidad conceptual. En el Simposio sobre el Pánico organizado por Duphar Medical Relations en octubre de 1989, ya comienzan a debatirse cuestiones como éstas; los presentes ofrecen puntos de vista contrastantes, ya que, junto al reconocimiento de la importancia de este tema, contraponen y desconfían de la epidemiología aquellos profesionales que abogan por la investigación clínica.

Que la iniciativa, entonces, haya tenido prevalencia estadística y no médica, ocasiona no pocas dificultades cuando la nosología toma el valor de nosografía. Es decir, cuando las pautas o lineamientos descriptivos que crean sintomatologías son equiparadas con las formas mismas de las enfermedades, su evolución y variantes. Estos problemas ya han sido estudiados respecto a la clasificación de "Esquizofrenia simple".⁴

En la "Introducción" a la versión española del DSM-IV, se deja constancia de los problemas planteados por el término "trastorno", de las limitaciones de una clasificación categorial, y, por último, de la importancia del "juicio clínico" de quien lo utilice que debe basarse en su experiencia. Cito: "...a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto 'trastorno mental'... éste carece de una definición conceptual consistente...".⁵

Es notable que un trabajo que parece basarse en la búsqueda de una precisión terminológica incluya el término "trastorno" que tolera la máxima ambigüedad. El uso del mismo es el testimonio de una posición a-teórica y sindrómica inaugurada en el siglo XIX por Esquirol en Francia, que aspira a caracterizar los cuadros desde "una mirada no prevenida".

Con el DSM-III la psiquiatría norteamericana vuelve al "enfoque descriptivo-fenomenológico" centrado en los síntomas sin hacer referencia sobre las causas.

Múltiples investigaciones culminan, entonces, en 1980 con la publicación del DSM-III, que le otorga reconocimiento oficial al "trastorno". El DSM-III había desdoblado el concepto de "Neurosis de angustia" (*Angstneurose*) acuñado por Freud hace más de un siglo, en dos síndromes: a) Trastorno por angustia (*Panic Disorder*) y b) Trastorno por ansiedad generalizada (TAG).

La sintomatología clínica de la "neurosis de angustia" (*Angstneurose*), tal como la caracterizó Freud,⁶ comprende los siguientes síntomas:

4. "Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina", Suplemento N° 2, Chile, 1993.

5. DSM-IV, *op. cit.*

6. S. Freud (1895), "Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als 'Angstneurose' abzutrennen", Band VI Studienausgabe, Fischer Verlag, 1971.

1) Hiperexcitabilidad general (*allgemeine Reizbarkeit*) con presencia de hiperestesia auditiva que muchas veces puede ser causa de insomnio.

2) Espera angustiosa (*ängstliche Erwartung*): nos hallamos ante un cuántum de angustia libremente flotante (*ein Quantum Angst frei flottierende*) que domina la espera y decide la elección de las representaciones a las que se halla dispuesta a enlazarse. Ésta se da también mitigada en lo normal y comprende todo aquello que designamos con el nombre de "ansiedad" (*Ängstlichkeit*), tendencia a la visión pesimista de las cosas que algunos enfermos reconocen como una obsesión. Cuando la espera angustiosa se refiere a la propia salud, se reserva el viejo término de hipocondría. Otras manifestaciones: miedo a la propia conciencia, escrúpulos exagerados.

Si irrumpe de repente, provoca el "ataque de angustia" (*Angstanfall*). El ataque puede consistir solamente en la sensación de angustia asociada a la representación de la muerte o la locura, acompañada por una parestesia cualquiera o enlazada a la perturbación de funciones físicas: la respiración, la circulación, la inervación vasomotora o la actividad glandular. El paciente se queja de "palpitaciones, disnea, sudores, bulimia, etc."

3) Para el diagnóstico presenta gran importancia la proporción de los síntomas presentes, ya que puede presentarse "ataque de angustia" (*Angstanfall*) o "equivalente del ataque" (*Äquivalente des Angstanfalles*).

Las formas del ataque pueden ser: a) perturbaciones de la actividad cardíaca: palpitaciones, arritmias breves, taquicardias duraderas, a veces de difícil diagnóstico respecto de una afección orgánica; b) perturbaciones de la respiración; c) ataques de sudor a veces nocturno; d) temblores y convulsiones que pueden parecer histéricos; e) bulimia y vértigos; f) diarreas; g) vértigo locomotor; h) congestiones; i) parestesias.

4) Pavor nocturno (*nächtliche Aufschrecken*) en los adultos acompañado por alguna de las formas del ataque de angustia.

5) Desde el simple mareo hasta el ataque de vértigo, el "vértigo" ocupa un lugar sobresaliente.

6) Sobre la base de la espera angustiosa o de los ataques de angustia pueden desarrollarse fobias, que son modos de perdurar en el recuerdo de los pacientes el momento o circunstancia del surgimiento de la angustia y el temor a que se repita en cualquier momento. Este grupo de fobias incluye la agorafobia.

7) Perturbaciones digestivas: náuseas, diarreas, etc.

8) Incremento de la sensibilidad al dolor. Parestesias.

9) Muchos de los síntomas mencionados pueden ser padecimientos crónicos y, por lo tanto, difíciles de descubrir (ver Tabla 1).

Tabla 1: Sintomatología clínica de la neurosis de angustia
Sigmund Freud (1895)

- Hiperexcitabilidad general
- Espera angustiosa / cuántum de angustia libremente flotante
- Ataque de angustia o equivalentes
 - perturbación actividad cardíaca – diarreas
 - perturbación actividad respiratoria – vértigo
 - sudoración – congestiones
 - temblores – parestesias
 - bulimia
- Pavor nocturnus
- Ataque de vértigo / mareo: importante
- Espera angustiosa —————> fobia —————> agorafobia
- Perturbación digestiva
- Aumento de sensibilidad al dolor

De la sintomatología clínica que Freud puso de manifiesto, el DSM-III enfatiza, en el "Trastorno por angustia" (*Panic Disorder*), la presencia del "ataque de angustia y sus equivalentes" (*Angstanfall und Äquivalente des Angstanfalles*). En el "Trastorno por ansiedad generalizada" resalta la "espera angustiosa" (*ängstliche Erwartung*), y la presencia de un "cuántum de angustia libremente flotante" (*ein Quantum Angst frei flottierende*).

A juzgar por la cantidad de literatura de origen norteamericano, el reconocimiento oficial del "Panic Disorder" como una categoría diagnóstica nueva ha tenido la delantera en dicho país, alcanzando su máximo clímax en la revisión de 1987 (*DSM-III-R*), que establece además criterios diferenciales para el diagnóstico del "Trastorno de angustia" (*Panic Disorder*) y de la "Crisis de Angustia" (*Panic attack*). La demarcación no es clara pero parece indicar la diferencia entre un trastorno severo y recurrente de crisis de angustia de una simple crisis. El Dr. Greg Wilkinson la ironiza diciendo que: ¡ya no sólo se le pregunta al paciente si tuvo una crisis, sino cuántas tuvo! "...has he got it? ...how much of it has he got?"⁷

7. G. Wilkinson, G. and G. Lewis, *The public health impact of panic*, Duphar Laboratories Limited, 1990.

El DSM-IV en su versión española traduce como "Crisis de angustia" la nomenclatura en inglés "Panic attack". Con este nombre se relanza la insistencia en el estudio de estos fenómenos en la década de los '80, época conocida como la "era de la angustia".⁸

*Criterios DSM-IV: Crisis de angustia (Panic attack)

La caracterización principal de este tipo de trastorno es la *aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso*, que se acompaña de al menos 4 síntomas de un total de los 13 siguientes: 1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; 2. sudoración; 3. temblores o sacudidas; 4. sensación de ahogo o falta de aliento; 5. sensación de atragantarse; 6. opresión o malestar torácico; 7. náuseas o molestias abdominales; 8. inestabilidad, mareo o desmayo; 9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo); 10. miedo a perder el control o volverse loco; 11. miedo a morir; 12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo); 13. escalofríos o sofocaciones.

Se inicia bruscamente y alcanza su máxima expresión con rapidez (10 min.) acompañándose a menudo de una "sensación de peligro o de muerte inminente". Los individuos que requieren ayuda terapéutica relatan su creencia de estar "a punto de morir", "perder el control", "tener un infarto o accidente vascular cerebral" o "volverse loco". Expresan también una urgente necesidad de huir del lugar donde ha aparecido la crisis.

I.c) La Psiquiatría europea

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica cada diez años una Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE o ICD), cuyo Capítulo V se dedica a las enfermedades mentales. Cada una de las publicaciones es considerada una revisión. Actualmente está en vigencia la décima (CIE-10), elaborada por la división "Santé mentale" en 1992.⁹

El éxito del DSM-IV inicialmente dedicado a los psiquiatras norteamericanos ha creado contradicciones con la clasificación de la OMS. Esto corresponde a una diferencia entre las escuelas norteamericana y europea, a la que me referiré más adelante.

8. Considerada así desde la sinfonía de Leonard Bernstein "The Age of Anxiety", dirigente y músico americano.

9. Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) CIE-10, 1992, Cap. V: "Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico". Editado en español por Meditor, Madrid, 1992.

*Criterios CIE-10

El CIE-10 considera dentro de sus categorías principales las pautas F40-48: "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes, y somatomorfos", e incluye, dentro de esta sección, en el código F40.0 al "Trastorno de pánico" como posible acompañante de la Agorafobia. Como cuadro independiente dentro del criterio F41: "Otros trastornos de ansiedad", lo denomina "Trastorno de pánico" (angustia episódica paroxística) (F41.0).

Indica como pautas para el diagnóstico lo siguiente: "En esta clasificación, las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico".¹⁰

El "diagnóstico de pánico" es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias. Para su diagnóstico definitivo deben presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes según las siguientes condiciones: a) en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo; b) no deben presentarse en situaciones conocidas o previsibles y c) en el período "entre crisis" el individuo debe estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

*Incluye: *Ataques de pánico (Panic Attack)* y *Estados de pánico (Panic Disorder)*.

La característica esencial del "Trastorno de pánico" es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad, no limitada a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Los síntomas varían de un caso al otro pero son frecuentes los siguientes:

1. aparición repentina de palpitaciones; 2. dolor precordial; 3. sensación de asfixia; 4. mareo y vértigo; 5. sensación de irrealidad; 6. temor secundario a morir, perder el control, enloquecer; 7. necesidad de salir o escapar de donde se encuentran; 8. temor persistente a tener otro ataque; 9. no se detecta una situación fóbica consolidada; 10. el período intercrisis está libre de ansiedad; 11. se deben presentar varios ataques durante el período de un mes (ver Tabla 2).

10. CIE-10, op. cit.

Tabla 2: Sintomatología

Criterios CIE-10 (1995)	Criterios DSM IV (1994)
<ul style="list-style-type: none"> • Repetidos ataques de angustia (Pánico) <ul style="list-style-type: none"> - No se refieren a una situación específica - Imprevisibles • Sintomatología: varía persona a persona <ul style="list-style-type: none"> - Palpitaciones - Dolor pre-cordial - Sensación: asfixia-mareo-vértigo - Sudoración - Irrealidad (despersonalización o desrealización) • Casi todos originan un miedo secundario <ul style="list-style-type: none"> - A morir - A perder el control - A enloquecer 	<ul style="list-style-type: none"> • Repetidos e inesperados ataques de pánico • Sintomatología: varía persona a persona <ul style="list-style-type: none"> + Se inicia bruscamente y alcanza su desarrollo en 10' + Se acompaña de al menos 4 síntomas de los siguientes 13: <ul style="list-style-type: none"> - Palpitaciones, golpeteo ritmic., taquicardia - Sudoración - Temblores o sacudidas - Ahogo o falta de aliento - Atragante - Malestar torácico - Inestabilidad, mareo, desmayo - Náusea - Despersonalización o desrealización - Temor a perder el control o volverse loco - Miedo a morir - Parestesias - Escalofríos o sofocaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Criterio temporal: varios en un mes 	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio temporal: varios en un mes

≠ $\left\{ \begin{array}{l} \text{Estados de pánico (P. D.) T. P.} \\ \text{Ataques de pánico (P. A.) A. P.} \end{array} \right.$

II. Epidemiología

La epidemiología muestra que dicho trastorno afecta entre el 2 y el 3% de la población en general.¹¹ Estos datos son alarmantes. La revisión bibliográfica pone de manifiesto que los artículos parten en su mayoría de "evidencias empírico-descriptivas", constatando su aparición en distintas poblaciones y culturas de

11. W. W. Eaton, "The epidemiology of panic attacks and panic disorders", *Am. J. Epidem.*, 1985.

nuestro tiempo. Los profesores Amering y Katsching de la Universidad de Viena lo consideran, según sus investigaciones, como un fenómeno de ocurrencia universal.¹² Existe una predominancia en las mujeres respecto de los hombres, en una relación de 3 a 2. Su incidencia se encuentra en aumento. La padecen el 10% de los enfermos cardíacos. Tiene un comienzo juvenil, generalmente en la tercera década de la vida. En todo caso, se considera poco común el comienzo después de los 40 años.

La información sobre la extensión y el curso de estos trastornos tienen una enorme significación y nos exige intentar una comprensión más acabada de los mismos.

Es frecuente que en los investigadores retorne una especie de sensación endémica de que aún no han sido reconocidos correctamente, ¿que no se han revelado sus secretos!

La enorme incidencia en la población mundial ha hecho que la comunidad científica aspire a la generalización. El Instituto de Psiquiatría de Londres estudió, en 1990, el impacto de la temática en el público, constatando que el "pánico" ha devenido un tema de variados puntos de vista y contenido, que no cesa de presentarse en simposios y publicaciones que han crecido de un modo descomunal entre los años 1983-1988 y hasta la actualidad.

Nos encontramos así con un conglomerado de "conocimientos heterogéneos provenientes de métodos distintos": enunciados variados según sus pertenencias de origen, lo que orienta en principio mi investigación hacia una interrogación de dichos enunciados pertenecientes a distintos científicos acerca de la misma cuestión.

III. Actualización en nuestro país

En una de las últimas actualizaciones sobre el tema realizada por los argentinos Mariani y Bulacio,¹³ los autores consideran que la "crisis de pánico" como "avant premier" de la muerte es indiferenciada vivencialmente de un estado real con posibilidad de muerte inminente, y se preguntan: "¿de qué nos están hablando millones de personas en el mundo que dicen que sienten que se mueren y les resulta intolerable...?".

Sintetizando: Como la etiopatogenia no parece aún dilucidada, podemos encontrar en las consideraciones etiológicas tanto mecanismos fisiológicos como psicopatológicos y existenciales en calidad de interactuantes.

12. M. Maring and M. D. Katsching, "Panic attack and panic disorder in cross cultural perspective", *Psychiatric Annals*, 1990.

13. Monchablon, Espinoza y otros (comps.), *Temas de psiquiatría clínica*, Editorial Salerno, Buenos Aires, 1995.

Mi estudio se orientará hacia aquellos casos que estén en relación con la presencia de motivos psicológicos; es decir, con los trastornos sin base orgánica agrupados primordialmente en la nosología freudiana a fines del siglo pasado. Dada esta filiación, me interesaré preferentemente por ese complejo inicial y los modos en que se anticipa allí, según mi entender, la actualidad del problema. ¿De qué trata este tipo de sufrimiento tan aferrado al soma? Sin ignorar su posible heterogeneidad y considerando lo "psicógeno" como lo no reductible al sustrato biológico más o menos reconocido hasta el momento, aspiro a esbozar una aproximación psicoanalítica para el estudio del fenómeno del pánico.

C) METODOLOGÍA Y MATERIALES UTILIZADOS

Estudio del concepto y la clasificación en las nuevas nomenclaturas. La investigación como interrogación de enunciados

Aunque la psiquiatría no es una ciencia propiamente dicha, esto no impide aprehender sus nociones y conceptos. Es un discurso teórico que aspira a la cientificidad teniendo al discurso médico como parámetro. Su caracterización epistemológica permite reconocer que se basa en "hechos" localizables y verificables valiéndose de métodos estadísticos orientados a la epidemiología. Los fenómenos de que se ocupa pueden especificarse, tal como lo expondré más adelante, en una nosología que toma valor de nosografía.

Se puede tomar como hilo conductor un tema, en este caso el "fenómeno del pánico", y estudiar el conjunto de discursos que lo constituyen como síndrome.

La objetivación mediante un discurso que se pretende científico se ha ocupado de elaborar un saber "objetivo", es decir, positivo. Examinando dicho trayecto, se encuentran restos y huellas de lo irrepetible y singular a partir de los cuales se la creó que muestra los límites de dicha racionalidad y permite convocar los aportes de otras "regiones nocionales". Ha resultado productivo para mi trabajo indagar otros parámetros, tales como los del psicoanálisis freudiano, aportes psicoanalíticos actuales y los de la mitología, ya que ofrecen distintas categorías conceptuales para su exploración.

La investigación como interrogación de enunciados pertenecientes a distintos científicos de la misma época o de diferentes épocas, acerca de una misma cuestión, es parte de mi propuesta. Siguiendo las ideas de Mijail M. Bajtin,¹⁴ el análisis terminológico como fenómeno lingüístico nos ofrece una unidad de estudio delimitada por los sujetos discursivos que intervienen en su formación. Los enunciados son fenómenos complejos que ponen de manifiesto una multiplicidad de planos muy interesantes de destacar, ya que al modo de una cadena con distintos eslabones perpetuaron la comunicación de un problema.

14. Mijail Mijáilovich Bajtin (1895-1975), *Estética de la creación verbal*, Siglo XXI editores, edición en español, México DF, 1995.

I. Formas empírico-descriptivas de la racionalidad actual

I.a) Criterios DSM-III y DSM-IV. La desaparición de la clase "Neurosis"

Los aspectos nosológicos del "Trastorno por angustia"/*Panic Disorder* requieren una primera revisión. Como ya lo expuse, el DSM-III había desdoblado el concepto de "Neurosis de angustia" acuñado por Freud en dos síndromes: "Trastorno por angustia" (*Panic Disorder*) y "Trastorno por ansiedad generalizada".

Éste sienta las bases del DSM-IV, que incluye en la sección "Trastornos de ansiedad" tanto los criterios para el diagnóstico de "crisis de angustia" (*Panic attack*) como los que caracterizan al "trastorno de angustia" (*Panic disorder*) manteniéndose, en ambos, la diferencia con las pautas que caracterizan los "Trastornos de ansiedad generalizada".

Uno de los efectos más notables es la caída del término "neurosis" de la nomenclatura oficial, al mismo tiempo que se apoya la teoría de la existencia de estos trastornos como "entidades diferenciadas".

Esta teoría, sostenida fundamentalmente por el equipo de Klein de la Universidad de Columbia de Nueva York,¹⁵ fue cuestionada por la Escuela Europea, en especial por el grupo británico de la Universidad de Oxford, cuyos representantes más conocidos, Marks y Tyrer,¹⁶ sostienen que el "pánico" no es cualitativamente distinto de otros tipos de "ansiedad".

La Escuela Norteamericana representada por el DSM, concibe a la "crisis de pánico" como el síntoma central del trastorno de pánico. Consideran que la "angustia expectante" y la "agorafobia" pueden aparecer luego como *secuela del ataque de pánico recurrente*.

Para Klein habría una *relación patogénica* entre los ataques de pánico recurrentes y el desarrollo de agorafobia, siendo los primeros los condicionantes —en el sentido pavloviano del término—, y dando lugar secundariamente a la emergencia de una típica ansiedad anticipatoria, "el miedo al miedo", que *a posteriori* funciona como desencadenante de la crisis. Agrupa esta patología fuera del campo de las fobias.

Klein realiza también, en 1960, un estudio farmacológico,¹⁷ constatando que los "desórdenes de pánico" responden al tratamiento con *imipramina* mientras que esto no ocurre en los cuadros de "ansiedad generalizada".

15. D. F. Klein, *Anxiety reconceptualized*, Raven Press, N. York, 1981.

16. P. Tyrer, "Classification of anxiety disorders. A critic of DSM-III", *Journal of AFF*, Oxford, 1986.

17. D. F. Klein, "Delineation of two-drug-responsive-anxiety syndroms", *Psychopharmacology*, 5, 1964.

Apoyándose, entonces, en dichas evidencias, encuentra un camino posible para el diagnóstico diferencial, que refuerza la idea de una heterogeneidad de este tipo de fenómenos desde una nueva lógica: *la respuesta a la psicofarmacología*.

Sin desconocer la gran importancia de la farmacología en la creación de condiciones posibles para muchos tratamientos, considero que la unilateralidad en esa perspectiva que excluye sin ambages la problemática de la subjetividad empobrece notablemente el estudio de estos fenómenos clínicos. El hombre contemporáneo ¿está a punto de perder su alma? ¿La Psyché ha desaparecido?

I.b) Criterios CIE-10

La Escuela Europea recién incorpora por la OMS una nueva categoría diagnóstica en la CIE-10, ya que hasta la novena revisión aparecía solamente como criterio la pauta 300.0 *Neurosis de angustia* (CIE-9), es decir que mantenía hasta entonces la denominación freudiana.

No obstante dicha incorporación, los europeos consideran a los "Trastornos de pánico" (F40.0) como un "trastorno neurótico" que presenta una forma severa de ansiedad, y el diagnóstico diferencial, como cuadro independiente, *queda restringido a la angustia episódica paroxística* (F41.0) *que se inicia y continúa en forma de "crisis" espontáneas e impredecibles*.

Para ellos no hay una clara separación entre "Trastorno de pánico" y "Trastorno de ansiedad generalizada". Consideran al "pánico" como el extremo final de un continuo que abarcaría desde la *ansiedad basal moderada* hasta el *ataque de pánico*. Tampoco es clara la asociación entre "pánico" y "agorafobia" tal como la afirman los norteamericanos.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), tal como lo señalé en las cuestiones de interés general, mantiene las pautas F40-48 "Trastornos neuróticos"... "debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos (no se sabe cuántos) están en relación con la presencia de motivos psicológicos".¹⁸

En la introducción a la versión mencionada del CIE-10, ese grupo de especialistas, lejos de apoyar una generalización arbitraria, nos ofrece testimonios de la presencia de conflictos en el seno de la urdimbre epistémica de nuestro tiempo.

Dice: "La distinción tradicional entre neurosis y psicosis que se mantenía en la CIE-9... no se mantiene en la CIE-10. Sin embargo el término 'neurótico' persiste... en el encabezamiento de un grupo principal de trastornos".¹⁹

18. CIE-10, *op. cit.*

19. CIE-10, *op. cit.*

Constatamos que a los europeos les resulta mucho más difícil que a los americanos desarraigarse de los fundamentos clásicos de la clínica.

I.c) Breve reseña de las "Clasificaciones" en las Nuevas Nomenclaturas

La clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría ha replanteado la ordenación de los "trastornos por angustia" sobre bases conceptuales radicalmente distintas, ya que *se basa únicamente en la presencia de síntomas comunes*:

Clasificación de los trastornos por angustia (DSM-III-R)

- 300.21 Trastorno de pánico con agorafobia.
- 300.01 Trastorno de pánico sin agorafobia.
- 300.02 Trastorno por ansiedad generalizada.
- 300.22 Agorafobia sin trastorno de pánico.
- 300.23 Fobia social.
- 300.29 Fobia simple.
- 300.20 Trastorno obsesivo-compulsivo.
- 309.89 Trastorno por estrés postraumático.

Esta clasificación distingue junto a los trastornos fóbicos, obsesivo-compulsivos y postraumáticos, dos categorías básicas de la "neurosis de angustia" clásica: a) el *Trastorno por ansiedad generalizada* (TAG) y b) el *Trastorno de pánico* (TP) con y sin agorafobia, que son las que interesan en este trabajo.

En el *Trastorno por ansiedad generalizada* la alteración emocional es de carácter más o menos persistente con tendencia a la cronicidad, mientras que en el *Trastorno de pánico* se trata de crisis recurrentes de "angustia" que surgen espontáneamente.

Clasificación de los Trastornos por angustia (CIE-10)

- F41 Otros trastornos de ansiedad.
- F41.0 Trastorno de pánico (angustia episódica paroxística).
- F41.1 Trastorno por ansiedad generalizada.
- F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.
- F40 Trastornos fóbicos.
- F40.0 Agorafobia.
- F40.1 Fobia social.
- F40.2 Fobia simple.
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.
- F43.1 Reacción al estrés postraumático.

La décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades recoge conflictivamente las categorías DSM, agregando una nueva: la del *Trastorno mixto de ansiedad y depresión*, para el cual no se proporcionan criterios diagnósticos específicos de investigación. Abarca estados mixtos cuyos componentes no son lo suficientemente graves o persistentes como para clasificarlos en diagnósticos diferentes (ver Tabla 3).

Tabla 3: Clasificaciones

CIE-9 (1977)	DSM III (1980)	DSM III-R (1987)	DSM IV (1994)	CIE-10 (1995)
300.0 N. de angustia	Trast. por angustia Trast. por angustia gral.	300.21 TP con agorafobia 300.01 TP sin agorafobia 300.02 TAG	300.01 TP sin agorafobia 300.21 TP con agorafobia	F41 Otros trast. por angustia F41.0 Trastorno de pánico (ang. paroxística episódica) F41.1 TAG F41.2 T. por ang. / depresión (mixto) F41.3 Otros trastornos mixtos de angustia
300.2 Fobias		300.22 Agorafobia sin TP 300.23 Fobia social 300.29 Fobia simple	300.22 Agorafobia sin TP 300.23 Fobia social 300.29 Fobia simple	F40 Trastorno fóbico F40.0 Agorafobia con o sin TP F40.1 Fobia social F40.2 Fobia simple (específica)

Este tipo de "Trastornos" se reconocen mediante ciertas manifestaciones que se denominan "síntomas", tan bien apreciadas por los pacientes como por el profesional que los recibe en consulta. Es imposible no reconocer el hecho de su existencia cuando durante largo tiempo y en distintas personas y culturas se presentan grupos de síntomas similares.

Estas referencias generales *se han constituido en concepto de enfermedad*. Las nuevas clasificaciones diagnósticas toman, como ejes, variables tales como gravedad y duración de los síntomas, en desmedro de las caracterizaciones clínicas de las que partieron y que fueron los primeros referentes. Su estudio me condujo a considerar las características de la psiquiatría contemporánea que expondré a continuación.

II. Cuestiones Nosológicas Actuales

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* ofrece en sus distintas revisiones una descripción sistemática, promoviendo el reconocimiento oficial del "Trastorno de pánico" como una categoría diagnóstica diferenciada tanto de las fobias como de las crisis que puedan presentarse en otros cuadros que satisfacen las pautas de un trastorno depresivo.

Se subraya para el "Trastorno de Pánico" (TP), a diferencia del "Trastorno por ansiedad generalizada" (TAG), tanto su carácter espontáneo como el hecho de que la angustia no está referida a ningún peligro "real" y no se resuelve construyendo una fobia. Por regla general se encuentra, en primer plano, la presencia de "síntomas corporales" que afectan en especial el ritmo cardíaco y la respiración, con sensación subjetiva de catástrofe.

Se considera "pánico" a la manifestación de una angustia extrema que no se encuentra con frecuencia en los "ataques de angustia" tal como se los conoce en general.

Esto parece haber obligado a cambiar la terminología clásica de "ataque de angustia" por la de "ataque de pánico".

Un examen más cuidadoso permite pensar que se busca poner énfasis en la oposición entre las manifestaciones de la *angustia paroxística* versus las de la *angustia libremente flotante*.

Subtipos clínicos según los profesores argentinos L. Mariani - I. M. Bulacio

1. Crisis simpaticotónicas-hiperalertas:

En este tipo de crisis, el estado de alerta y de excitabilidad del individuo está aumentado ("me siento pasado de vueltas"), con sensación de descontrol y falta de límites; la euforia y el pánico coexisten, suele haber excitación psicomotriz. A nivel neurovegetativo predominan los síntomas de hipertonia simpática: taquicardia, hipertensión, taquipnea, temblor, palidez, sudoración y oleadas de frío y calor. La vivencia psíquica suele ser vertiginosa, el paciente tiene necesidad de "frenarse" y relajarse. El cuadro remeda una sobredosis anfetamínica o cocaínica.

2. Crisis vagotónicas-hipoalertas:

En algunos aspectos son la antítesis de la anterior: disminución del estado de alerta y excitabilidad del individuo (sensación de adormecimiento o pérdida de conocimiento), bradipsiquia, "sensación de caída en un pozo o abismo", depresión, mareo, hipotensión-lipotimia, astenia, disnea y suspiros, necesidad de caminar, autoestimularse o despertar.

Ambos tipos de crisis pueden presentarse en forma indistinta y alternada en un mismo paciente o predominar un solo tipo de ellas.

En el período intercrítico suelen persistir en forma tónica y atenuada los trastornos neurovegetativos, que constituyen un síndrome de distonía

neurovegetativa y pueden llegar a dominar el cuadro y confundir el diagnóstico con el trastorno somatoforme.

Estos autores consideran además que entre los *factores precipitantes de un ataque de pánico* pueden encontrarse los siguientes:

1. Estrés psíquico.
2. Sobreestimulación sensorial (especialmente auditiva y visual).
3. Estrés físico (ejercicio intenso, cambios de temperatura y falta de sueño).
4. Ingestión de determinadas sustancias (panicogénicas).
5. Mala alimentación o ayuno (hipoglucemia).
6. Hipotensión (especialmente en verano, por deshidratación).
7. Hiperventilación.

En algunos pacientes las crisis se presentan más comúnmente por la noche, a los 30-70 minutos después de dormirse.²⁰ Es preocupante y peligrosa su evolución hacia un alcoholismo secundario, el uso impropio de medicamentos, depresiones graves, como así también el riesgo suicida presente en cada caso, tal como lo señala W. Coryell en sus artículos publicados en el *Journal of Psychiatry* (1986).²¹

El *diagnóstico diferencial* con otros cuadros toma en cuenta si la ansiedad es síntoma primario o secundario, ordenándose del siguiente modo:

A. Ansiedad como síndrome primario:

A.1 Trastorno por angustia (*Panic Disorder*).

A.2 Trastorno por ansiedad generalizada.

A.3 Fobias: agorafobia, fobia simple, fobia social.

A.4 En la infancia: trastorno por angustia de separación, trastorno de evitación, trastorno por angustia excesiva.

B. Ansiedad como síntoma secundario:

B.1 Trastornos psiquiátricos: depresión (ansiosa), trastornos por conversión y somatización, trastorno obsesivo-compulsivo, hipocondría, esquizofrenia, trastornos paranoides.

B.2 Disfunción bioeléctrica cortical: desorganización y epilepsia.

B.3 Uso de sustancias.

Recapitulando:

• *Las clasificaciones actuales, tal como lo muestra su recorrido, ponen entre paréntesis los fundamentos epistemológicos del saber psiquiátrico. Toman el camino de*

20. Fase IH-IV del sueño.

21. W. Coryell, "Mortality among outpatients with anxiety disorders", *Am.J. of Psychiatry*, 143, 1986.

un pragmatismo generalizador que se constituye en "canon", mientras que el contacto con la realidad clínica se convierte en un dato convencional.

Si bien Esquirol aspiraba a una "mirada no prevenida", se mostraba abierto a la exploración de la evidencia sensible, a interrogar el dolor inherente a la condición humana.

• Si el diagnóstico operativo aspiró a mejorar la confiabilidad para validar los distintos trastornos, en su uso se observa una tendencia al reduccionismo poco productiva para el campo psicopatológico.

Algunas descripciones clínicas actuales, como por ejemplo las realizadas por el Dr. José Ayuzo Gutiérrez, hacen entrar nuevamente al paciente en escena consignando "el punto de vista del paciente".²²

Importancia del diagnóstico diferencial

Hay una serie de enfermedades que presenta habitualmente angustia como parte de su sintomatología. Incluso ocurre que, en muchas ocasiones, la alteración emocional constituye el rasgo más relevante del cuadro clínico. El profesional puede así dejarse llevar sólo por la apariencia de la clínica ansiosa y no valorar la alteración somática que la sustenta. Resulta por tanto imperativo proceder a un examen físico completo para establecer un diagnóstico definitivo.²³

Un factor tóxico habitualmente medicamentoso puede ser la causa de un estado ansioso, acompañado o no del síndrome confusional. El efecto más ansiógeno lo producen las anfetaminas y, con menos frecuencia, los fármacos antidepresivos, sobre todo en los primeros días. Se comportan también como ansiógenos la nicotina, la cafeína y la cocaína.

Asimismo, los niveles elevados de ansiedad son característicos de los síndromes de abstinencia de ciertas sustancias (alcohol, opiáceos, nicotina, barbitúricos, benzodiacepinas, antidepresivos).

Diferencias entre trastorno por angustia y trastorno depresivo

Algunos autores, tales como Stavrakaki y Vargo,²⁴ se han ocupado de mostrar que hay diferencias significativas en los aspectos clínicos, en el curso evolutivo y en

22. Ayuzo Gutiérrez y Salvador Carulla, *Manual de Psiquiatría*, Ed. McGraw Hill, Madrid, 1992.

23. Entre estas enfermedades es preciso considerar: 1) hipertiroidismo, 2) porfiria aguda intermitente, 3) feocromocitoma, 4) tetania, 5) prolapso de la válvula mitral, 6) epilepsia temporal y 7) síndrome confusional.

24. Ch. Stavrakaki and B. Vargo, "The relationship of anxiety and depression", *Brit. J. Psychiatry*, 1986.

el resultado terapéutico. No obstante pueden emparentarse y presentar altos índices de comorbilidad.

Angustia

Estado de ánimo centrado en el futuro.

Predomina la hipervigilancia.

Mantenimiento del interés.

Comienzo habitualmente precoz.

No ritmo circadiano.

Insomnio de conciliación.

Mejoría con tranquilizantes.

Depresión

Estado de ánimo centrado en el pasado.

Predomina la lentitud.

Pérdida global del interés.

Comienzo habitualmente tardío.

Frecuentemente ritmo circadiano.

Insomnio tardío.

No mejoría con tranquilizantes.

- La angustia en general agrava el pronóstico del cuadro depresivo.

III. Resultados iniciales del Estudio

El síntoma de la psiquiatría contemporánea

-El nuevo énfasis puesto en la fenomenología permite una aproximación sistemática a un diagnóstico descriptivo. Crea categorías basándose en una metodología estadística. Introduce criterios operacionales para realizar estudios controlados.

-La psiquiatría actual refleja, en la terminología oficial de los últimos años, con la "denominación de 'pánico'" la vivencia de terror, descontrol o de muerte inminente que sufren los pacientes que padecen estos ataques, remitiéndola a la desregulación de los sistemas biológicos de alarma que, frente a las variaciones de su entorno, activan un complejo circuito de alerta y vigilancia que incluye modificaciones comportamentales, neuroquímicas y neuroendocrinas.

- Los avances de las ciencias neurobiológicas codifican los secretos del fenómeno del pánico en la "neurofisiología de la ansiedad". Uno de los pioneros más importantes ha sido J. A. Gray de la Universidad de Oxford, quien publica en 1982 "Neurophysiology of anxiety". Esto ha sentado las bases para desarrollar modelos psicofisiológicos.²⁵

-La psiquiatría de nuestro tiempo, fiel a la ética que los manuales han elaborado, se constituye en una nueva variante de dichos modelos. Se entretiene —y la palabra no es elegida al azar— con el carácter difuso y evanescente de sus conclusiones.

25. El más conocido es el modelo etiológico del pánico propuesto por J. Margraf y A. Ehlers (1989).

Se satisface en desplegar construcciones artificiales que afirman la descripción sintomatológica en una enorme cantidad de artículos, simposios y publicaciones. También en internet.²⁶

– Considero que el espacio psíquico elidido en las conceptualizaciones reaparece en este *síntoma de la psiquiatría contemporánea*, que reproduce multiplicando sin grandes diferencias una especie de “automaton” en el que queda circunscripta la problemática del pánico, poniendo en declive la meticulosidad de los clásicos y el mejor aprovechamiento de una clasificación sindrómica para enriquecer la nosología.

Las diversas consideraciones, repeticiones de lo mismo, varían desconectadas tanto de la tradición clínica de la psiquiatría como de los aportes de la clínica psicoanalítica, reversos de los modos conceptuales actuales.

Advirtiendo que en las clasificaciones actuales se encuentra compactada en un nuevo formato la nosología freudiana, quisiera recuperar, aunque más no sea parcialmente, algunos de sus antecedentes para la futura discusión. Entre ellos los más significativos son:

- La importancia de la “clase neurosis”.
- Las sinonimias e historia de los trastornos con “ataques de angustia”.
- Los hallazgos de la antigüedad.
- Los resultados del uso intercambiable de los términos “angustia” y “ansiedad”/“pánico”.
- Los aportes del psicoanálisis clásico y contemporáneo.

Antecedentes de la Psiquiatría Actual

I. La importancia de la construcción de la “clase neurosis”

– La introducción de la “clase neurosis”, en 1772, por el profesor de la Universidad de Edimburgo, William Cullen, en su obra “*Synopsis nosologiae methodicae*”, pretendió circunscribir la desmesurada idea de “enfermedad nerviosa”, logrando diferenciar y ordenar lo que buscaba definir.²⁷

Cullen construye la “clase neurosis”, impulsando una colocación clara y no contradictoria de cada afección. Subraya que se trata de una enfermedad de la sensibilidad y de la motricidad. Ésta ha tenido un enorme “valor nosológico”, *ha creado un campo epistémico propio que conquistó prestigio y fue germen para nuevos desarrollos.*²⁸

La caída de este término, entonces, en el DSM-IV, no deja de ser muy significativa. Más aún cuando esta decisión no es universalmente aceptada, ya que la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10, no termina de plegarse a este movimiento.²⁹

Plantear un diagnóstico supone la existencia de diversas formas de trastornos mentales que constituyen especies de naturaleza diferente. Para ello considero que las mejores nosologías reposan en el conocimiento del mecanismo de producción de síntomas (etiopatogenia). En psiquiatría esto es difícil y probablemente por ello las clasificaciones se muestran poco estables cuando se privilegia la evaluación sintomática tomada como criterio de clasificación.

Fundándose en la hipótesis de un mecanismo psíquico de los síntomas, Freud reunió, en el grupo diagnóstico de “neurosis”, las enfermedades que habían sido consideradas hasta entonces, determinadas por una especie distinta. Crea para definirlo la aparente sutil diferencia entre “neurosis” y el término “psiconeurosis”, construye su nosología y aísla sus diferentes tipos: histeria, histeria de angustia, neurosis obsesiva. De todos modos, en la jerga profesional el uso generalizado es el de “neurosis” a secas.

La multiplicación de modelos explicativos de los trastornos mentales, entre los que podemos citar a los biológicos, genéticos, comportamentales, psicodinámicos o sociológicos, ha “babelizado” los fundamentos etiológicos. Así, *las clasificaciones actuales han rechazado los criterios etiológicos y adoptan un punto de vista ateorico para consagrarse a la elaboración de las categorías diagnósticas.*

El DSM-IV opta por la desaparición del término clásico de “neurosis”, reduciendo la enfermedad al síntoma. El término elegido –“trastorno”–, si bien no pretende un status de “enfermedad” arraigado en el conocimiento de las causas, invita a no tomar posiciones teóricas. ¿Esto es posible? Me inclino a pensar que la validez de los recortes realizados desde esta posición ateorica y sindrómica quedan por probar. La rapidez de las revisiones sugiere que estos intentos de reconstrucción nosográfica que rechazan los sistemas nosológicos clásicos tienen un carácter transitorio. Los que se presentan como “conocimientos nuevos” resultan sólo de haber perfeccionado la *terapia farmacológica*.

Transformaciones Operadas

- La utilización cada vez mayor de la psicofarmacología adherida a los manuales y la reducción de la enfermedad al síntoma dedicándose solamente a actuar sobre éste, *apoyó la perspectiva cognitivo-comportamental* a favor de considerar los síntomas como “componentes aprendidos”.

29. CIE-10, *op. cit.*

26. www.thtbody.com/nimh/anxiety.html

27. Laín Entralgo: *Historia de la Medicina*, tomo V, Ed. Salvat, Madrid, 1980.

28. J. J. Saurí, “La construcción del concepto de neurosis”, *Rev. Acta Psiquiátrica*, Vol. 41, Nº 1 y 2, 1995.

de separar de la 'neurastenia' cierto complejo de síntomas a título de 'neurosis de angustia'.³⁴

Con la denominación de "neurosis de angustia" Freud plasma su agudeza clínica y pone de manifiesto la presencia de síntomas cardíacos en la neurosis de angustia.

Durante la Primera Guerra Mundial, estos cuadros reaparecen con el nombre de "disfuncionalismo cardíaco", denominación oficial del Ejército Británico.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, se reconoce de un modo más preciso que estos síntomas, que parecían corresponder a alteraciones cardíacas funcionales, se vinculaban a las manifestaciones de angustia, y varios cardiólogos que renovaron la denominación originaria de "corazón irritable" comenzaron a tener más en cuenta los aspectos psicológicos.

En 1939 se describe la "neurosis cardíaca"³⁵ como una variedad de neurosis en la que se subrayan las manifestaciones cardiocirculatorias del cuadro: recupera así la caracterización de Friedrich. Ésta evoluciona hacia una nueva descripción, la "fobia cardíaca",³⁶ en la que se asocia la angustia frente a la propia muerte con el terror de que el corazón se detenga.

Retrospectivamente, este mestizaje sienta el modelo a partir del cual se definirá el "Trastorno de pánico": se acentúa la presencia de cambios en el cuerpo, pero se considera que el "pánico" recién se instala cuando ciertos cambios corporales son percibidos e interpretados de un modo determinado: como un resultado catastrófico o una evolución catastrófica, con la cual se inicia un círculo vicioso que amenaza repetirse.

La angustia misma no se registra como tal, sino que primariamente modifica las funciones del cuerpo en una suerte de "equivalentes de la angustia". Se diferencia de los "Trastornos por ansiedad generalizada", en los que domina una angustia libremente flotante, "espera angustiada" que, en ocasiones, es somatizada (tiene expresión somática), pues se subraya la evaluación, la "interpretación catastrófica", por parte del paciente de la presencia inesperada de síntomas de alteración corporal.

Recién en 1986, Clark —un estudioso del modelo cognitivo— constata estas afirmaciones. De la población estudiada, en el 75% de los casos que padecía "Trastornos de pánico" éstos eran acompañados por una interpretación catastrófica: sensación de muerte inminente, de volverse loco o pérdida del control.³⁷

34. S. Freud, "La neurastenia y la neurosis de angustia: sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de 'neurosis de angustia'", Vol. I, Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.

35. J. L. Caughey, "Cardiovascular neurosis". *Psychosomatic Medicine*, 1, 1939.

36. Bauer, "Über das Syndrom der Herzphobie", *Der Nervenarzt*, 31, 1960.

37. D. M. Clark y P. M. Salkovskis, "Cognitive therapy with panic and hypochondriases", Pergamon Press, Oxford, 1986.

Clark considera que el individuo que experimenta un "ataque de pánico" tiene una marcada tendencia a malinterpretar una variedad de sensaciones corporales que magnífica. Una amplia variedad de estímulos, llamados desencadenantes o gatillo, son percibidos como amenaza y provocan las crisis aunque éstas parezcan no tener motivo aparente. A esto queda reducido el "factor psicológico". Cuando se busca integrarlo a la investigación de los modelos neurobiológicos, aparece como una experiencia "estresante" que precede el inicio del ataque. Estos hallazgos desembocan en el "modelo psicodinámico" del trastorno de pánico descrito por Shear, Cooper y Klerman en 1993.³⁸

Afin con estas concepciones, los aportes a la Psicopatología del trastorno, por parte de autores argentinos, dicen lo siguiente:³⁹ Frente a una situación interna o externa ante la cual el individuo percibe carencia de recursos o falta de capacidad para utilizarlos, se activa un modo cognitivo particular caracterizado por:

1. Niveles de percepción interoceptiva mayores que la población en general. Por ejemplo, es llamativa la capacidad de estos pacientes para reconocer cambios en su ritmo cardíaco, cambios vasomotores, de temperatura corporal, etcétera.

2. Estas percepciones interoceptivas son interpretadas por el paciente como anticipatorias de una descompensación brusca, incluso mortal (*pensamiento automático*). Dicho mecanismo desencadena y/o incrementa habitualmente la crisis.

3. El estado de conciencia durante la crisis de pánico se encuentra alterado cualitativa y cuantitativamente. La conciencia se torna confusa y el foco de atención se centra en la vivencia de pánico sin poder apartarse de ella (abstracción selectiva).

4. La cotidiana vivencia de muerte inminente (*avant premier de la muerte*) desencadena en estos pacientes un replanteo en su forma y sentido de existencia, tal como ocurre en ciertos pacientes terminales.

5. El sufrimiento padecido durante la crisis de pánico es tan penoso que algunos pacientes refieren que realmente prefieren morir antes que seguir sufriendo. Por otro lado, se genera tal pánico al pánico (ansiedad anticipatoria a la crisis), que muchas veces actúa como factor desencadenante.

6. Los pacientes con *Panic Disorder* suelen ser individuos con poca capacidad de adaptación a situaciones nuevas (viajes, casamiento, graduación, etcétera). Este tipo de circunstancias sociales suelen observarse en los períodos de agudización o desencadenamiento.

38. M. Shear, A. Cooper, G. Klerman y otros: "A Psychodynamic Model of P. D.", *Am. J. Psychiatry*, 150 (6).

39. *Temas de Psiquiatría clínica*, Editorial Salerno, Buenos Aires, 1995.

Se puede generar un circuito de retroalimentación positiva.

1. Ansiedad primaria (modo cognitivo particular).
2. Extrasístoles, taquicardia, cambios vasomotores viscerales bruscos, etcétera.
3. Percepción interoceptiva intensificada.
4. Interpretación (pensamiento automático) de la interocepción como algo peligroso para la integridad psicofísica del individuo.
5. Pánico: descarga neurovegetativa y neuroendocrina.
6. Incremento de la interocepción: mayor taquicardia, sudoración, etcétera.
7. Distorsión cognitiva con interpretación de que algo terrible está ocurriendo o va a ocurrir a la brevedad (descompensación grave o muerte inminente).
8. Incremento de la vivencia de pánico.

En síntesis:

- Sin pretender una enumeración exhaustiva, entre los antecedentes históricos más significativos se pueden citar una diversidad de nombres con los que se han designado estas *enfermedades de la angustia*, sea que se presenten en forma de crisis o de malestar crónico.

- Sobresalen en estas caracterizaciones los *aspectos somáticos* de la angustia patológica y se establecen relaciones entre *angustia* y *pánico*. Se subraya la liberación de *pensamiento automático* y *reacciones primitivas* que escapan al control cortical.

- No existe un "corpus" organizado y sistematizado, sino que abundan definiciones operacionales, especie de "accesorios lingüísticos"⁴⁰ de los que se hace uso para comunicar, y se acumulan como registro de los hechos.

- Simultáneamente a la caída del término "neurosis", los modelos biológicos aparecen como la perspectiva válida para dar cuenta de estos trastornos. Avanza la hipótesis de una desregulación de los sistemas biológicos que hegemoniza el dominio de lo que, de acuerdo a la teoría psicoanalítica clásica, se denominaban "fenómenos de la angustia" y que fue advertido por los distintos especialistas que reconocieron el fenómeno antes de Freud.

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. Su sabiduría, que refleja 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. Me interesa para este tema recuperar la riqueza de la inventiva griega. El osado escritor John Cheever,⁴¹ uno de los más importantes de Estados Unidos, dice que la forma más sencilla de comprender nuestro tiempo es a través de las antiguas mitologías. Ya que la etimología de la palabra "pánico", del griego Πανειχος, 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 panteón del Olimpo. Originario de Arcadia, región central del Peloponeso, era hijo de Hermes y de la ninfa Dríope. 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 hija de Dríope. Apenas la ninfa tuvo a su primer hijo, su corazón se aterrorizó: el bebé 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 bebé 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 presentándolo a los dioses inmortales, quienes lo aceptaron con entusiasmo y alegría. El que estaba más complacido con esta extraña criatura era Dionisos, dios del vino. Él lo llamó "Pan" (Παν) porque les agradó a "todos" apenas lo vieron. Esta es la etimología popular de "Pan", que se relaciona con la palabra griega "todo" (Παν). 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 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 hombres 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 propagó rápidamente en Atenas en el período de las guerras persas, cuando despojado ya de su sensualidad primaria irreprimible, personifica a la *astucia bestial*. Cuando la armada persa amenazó la ciudad de Atenas, enviaron a Fídipides a pedir ayuda de Esparta. Pan lo detuvo en el camino, en el monte Partenón e inquieto porque los atenienses no lo

40. Denominación creada por C. K. Ogden e I. A. Richards, en su libro *El significado del significado*, Paidós, Barcelona, 1984.

41. J. Cheever, *La geometría del amor*, Emecé Editores, Buenos Aires, 1998.

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 victoria de Maratón contra los persas, los atenienses le dieron un santuario debajo de la Acrópolis donde se 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 ha muerto" se utiliza para significar el fin de una sociedad. Las sombras de los héroes se lamentan y los infiernos se estremecen. *Pan ha 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.

IV. Uso intercambiable de los términos "angustia"/"ansiedad"/"pánico"

De la *angustia* se han ocupado durante siglos poetas, filósofos, médicos y psicólogos. En 1844 Kierkegaard publica "Der Begriff Angst", poniendo de relieve que la angustia se desplegaba en lo más íntimo del hombre y que era un camino que podía elegirse en lugar del de la libertad.

En 1826 el psiquiatra belga Joseph Guislain la menciona mostrando su solidaridad con el desarrollo de síntomas psicopatológicos.

Los enfoques de la psicología cognitiva-comportamental entramada con la fisiología y la neurobiología se encaminaron a dotar de más eficacia a las moléculas que a las categorías consideradas hasta entonces.

La abolición del concepto de neurosis y la vigencia de las nuevas "teorías" se acompañan de otro resultado digno de mencionar: la intercambiabilidad de los términos "angustia" y "ansiedad", y su sustitución parcial por "pánico" que considero interesante para su exploración.

"Angustia"/"Ansiedad"/"Pánico"

Cabe señalar que el psicoanálisis se ha ocupado desde su nacimiento del estudio de la angustia y su creador, Sigmund Freud, ha acuñado la expresión "angustia pánica"/*panischer Angst*.

No podemos sustraernos al hecho de que el uso coloquial de la palabra "Angst" en la lengua alemana es equívoco, ambiguo y tiene muchas significaciones. En el

alemán antiguo culto (ahd) existía "Angust"⁴² pariente de la latina "angustia", cuya acepción es parecida a la nuestra cuando se la emplea en los ámbitos filosóficos. No obstante existen los dos términos: *Angst/Ängstlichkeit* que respetan la diferencia etimológica del latín entre "angustia" y "ansiedad".

**Angustia*: del latín "angustiae", 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.

En alemán se entiende, por lo general, un estado subjetivo en el que se advierte la percepción del desarrollo de peligro y que invita rápidamente a ser nombrado: "Ich habe Angst vor...", "Tengo miedo de...".

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 él mismo subraya, están emparentados en la lengua alemana. En ese movimiento se ve obligado a recuperar las diferencias terminológicas, pero cuando las formula inicia ya su propia conceptualización de las mismas.⁴³ Más adelante me referiré a este tema.

**Pánico*: del latín "panicus", dicese de un miedo grande o temor excesivo sin causa justificada, está emparentado con el *Schreck* alemán. Alude a una declaración súbita e instantánea de miedo/angustia.

Respetando el sentido griego original Παν ειχοζ, la palabra *Panik* 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 *angustia pánica* "*panischer Angst*", se lo usa como adjetivo que califica a la angustia dotándola con las características de una aparición repentina, sin preparación previa y extremadamente intensa.

**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

42. *Der Sprach Brockhaus*. Deutsches Wörterbuch. Wiesbaden, 1984.

43. S. Freud (1916-17): "Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse", N° 25, *Die Angst*. Bd.1. Studienausgabe Fischer Verlag, 1989.

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.

Uso en medicina

La etimología también está presente en la distinción clásica de los términos en medicina, ya que *en principio la diferencia entre "angustia" y "ansiedad" designa una diversa intensidad, expresión y evolución.*

Actualmente en distintas ramas de la medicina se utiliza el término "ansiedad" como sinónimo de "angustia" a partir de las complejas relaciones que ésta tiene con una gran cantidad de patologías médicas referidas especialmente a la funcionalidad de los sistemas cardiovascular, respiratorio y digestivo. Se la asocia también a los avances psicofarmacológicos útiles para moderarla.

En los últimos años, las neurociencias se han ocupado de estudiar los mecanismos subyacentes a la misma (neurobiología de la ansiedad).⁴⁴

Los investigadores han recurrido también a modelos de experimentación animal para el estudio del efecto de la farmacoterapia.⁴⁵

En el campo psiquiátrico se han realizado importantes avances que ofrecen una gran ayuda a la práctica clínica, sobre todo desde la inclusión en los años '60 de las benzodiazepinas consideradas como sinónimo de "drogas para la ansiedad". Estas drogas fueron reemplazando a todos los sedantes porque presentan menos efectos indeseados, y sentaron las bases para la búsqueda de medicamentos más específicos.

Desde la perspectiva bioquímica, la comprensión de los mecanismos biológicos que median a las manifestaciones cognitivas y patofisiológicas de la angustia ha sido posible gracias al descubrimiento del complejo receptor de benzodiazepinas -GABA (Ácido gamma-amino-butírico)- y a los avances en el conocimiento de la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica.⁴⁶ *En nuestros días los modos de uso se han encaminado hacia la consideración de un fenómeno único: "el fenómeno ansioso", como la manifestación de un trastorno biológico.*

44. A. H. Cía, "Neurobiología de la ansiedad", *Ansiedad, estrés, pánico y fobia*, Estudios Sigma Editores, Buenos Aires, 1994.

45. P. Weyers y J. Fritze, "Tiermodelle der Angst". *Angst und Panik Erkrankungen*. G. Fischer V., 1995.

46. V. Hemmeter y T. Holsboer, "Neuroendokrinologie und Biochemie bei Angsterkrankung", G. Fischer V., 1991.

Uso en Psicoanálisis

El psicoanálisis toma un camino diverso al de la medicina académica *buscando arribar a una "comprensión psicológica del problema de la angustia", estudiándolo en el seno de la economía libidinal y sus vicisitudes.*

Si bien probablemente no sea lícito esperar que el uso de estos términos esté fijado de manera precisa y unívoca, se puede reconocer que las dificultades no derivan solamente de usar distintos lenguajes clasificatorios, sino de usar el mismo lenguaje con diferentes significados. De estas cuestiones padecen las clasificaciones psiquiátricas actuales.

En el prólogo de la edición española del CIE-10, consta que la terminología psiquiátrica moderna e internacional se aleja de la tradición lexicológica de la medicina, que es la griega y latina, adaptándose a un lenguaje técnico.⁴⁷

El precio de estas decisiones ha sido la degeneración semántica de muchos vocablos y esto sin enfatizar que la impregnación experiencial de los términos en cada una de las lenguas es diferente.

Nuevos resultados

- El abandono de la teoría psicoanalítica y la desaparición de la clase neurosis han tenido repercusiones significativas: *Se reabsorbe lo singular en una "trans-nosografía": la crisis de angustia aparece como la manifestación de un fenómeno biológico que al hacer ruptura con su historia se llama "ataque de pánico", y si persiste "trastorno de pánico". Se privilegia una nueva codificación que parece no atrapar "realmente" una nueva entidad.*

- Se evalúan respuestas de cuestionarios (entrevistas clínicas estructuradas tal como surgen a partir del DSM-III-R) sin poner a la subjetividad en juego, en condiciones de decir algo de su sufrimiento. Se captura el mismo problema enajenado en una objetivación renovada en su terminología y en sus consecuencias: responder al imperativo de la verificación experimental.

- La psiquiatría actual opera una disolución de las escuelas en pos de una nueva concepción uniforme. Dicha concepción perfecciona cuestionarios orientados a la epidemiología y crea un sujeto hegemónico para promover una práctica estandarizada. Aspira a la cientificidad transmitida desde el desarrollo de las ciencias médicas en otros campos tales como: neurociencias, biología molecular, estudios de imágenes, análisis de laboratorio.

- La insistencia sobre el tema en los trabajos científicos es tan desmesurada que invita a explorar por todos los medios sus secretos. Sería deseable que

47. CIE-10, *op. cit.*

los hechos acumulados en las generalizaciones que se aceptan en los ámbitos autorizados puedan disponerse de modo tal que sean susceptibles de vincularse por una teoría general.

*Si la práctica descubre "nuevos cuadros", ¿se trata de una nueva enfermedad? Si así lo fuera, siguiendo las ideas de la psicoanalista Julia Kristeva, considero que "las nuevas enfermedades del alma" pueden ser promesas de creatividad pero a condición de poder entenderlas y analizarlas.*⁴⁸

V. Los aportes del psicoanálisis clásico y contemporáneo

V.1) Enfermedades de la angustia. Nosología freudiana

La pregunta por la *angustia* está presente de un modo constante en todos los trabajos freudianos, ¿de qué tiene miedo la persona angustiada? Freud va produciendo una *ubicación progresiva de la angustia en la teoría de las neurosis* que se va perfilando cada vez más nítidamente como un tema de gran relevancia en el estudio de las mismas. En una primera delimitación nosográfica de la angustia caracteriza a la "neurosis de angustia" (*Angstneurose*) que forma parte de las Neurosis Actuales (*Aktualneurosen*).

Las Neurosis Actuales (*neurastenia* y *neurosis de angustia*) deben su etiología a un desorden contemporáneo, presente, de la vida sexual, proveniente de una interferencia de la descarga de la tensión sexual somática: la tensión sexual acumulada se transforma en angustia: *angustia automática*.

La nosología freudiana permite establecer un adecuado diagnóstico diferencial entre "Neurosis Actuales" (*Aktualneurosen*) y "Neurosis de defensa" (*Abwehrneurosen*), ulteriormente denominadas "Psiconeurosis" (*Psychoneurosen*).

Las Psiconeurosis nos remiten a las experiencias sexuales de la infancia que han de tener, luego de la pubertad, un efecto patógeno. A la acción ulterior (*nachträglich*) de las huellas psíquicas dejadas por los sucesos sexuales infantiles.

Por esta vía se abre otro camino teórico para conceptualizar la *angustia*, que se aproxima a los estudios sobre la histeria. Se pone de relieve el modo en que una impresión primitiva experimenta una elaboración secundaria. Nos encontramos así con el cuadro de la "histeria de angustia" *una neurosis de defensa* (*Abwehrneurose*).

Freud describió, en 1894, la "neurosis de angustia", cuya etiología constituye la expresión más simple del trastorno neurótico. La excitación sexual somática no llega a despertar libido, "afecto psíquico", y alcanza un grado de intensidad

(factor cuantitativo) que se transforma automáticamente en angustia ya que no tiene derivación psíquica satisfactoria.

Su sintomatología clínica tal como ya lo expuse en las consideraciones introductorias⁴⁹ presenta: *excitabilidad general, espera angustiosa y un cuántum de excitación libremente flotante que mitigadas en lo normal se denomina ansiedad*. Si *irrumpe bruscamente provoca el ataque de angustia que puede también quedar representado por alguno de sus equivalentes*. Al complejo de síntomas le da el nombre de *neurosis de angustia* por la circunstancia de que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la *angustia*.

Tradicionalmente comprendía tanto los síntomas de *angustia persistentes* como los casos caracterizados por la aparición de *ataques inesperados y súbitos de angustia*.

Tanto en las cartas a Fliess como en los primeros trabajos comprendidos entre los años 1894-97, Freud identifica las diferencias entre *Angst* y *Schreck*.

En la etiología de la neurosis de angustia la causa de la angustia no se debe a un sobresalto (*Schreck*) tal como aparece en el origen de la histeria o de la neurosis traumática;⁵⁰ se trata de una disminución de la libido, del placer psíquico.

En el "Manuscrito K" define un primer estadio (*erste Stadium*) de la histeria como "histeria de terror"/*Schreckhysterie*. Ésta comienza a raíz de una vivencia displacentera, en la que la elevación de la tensión es tan grande que el Yo no puede hacerle frente y consiente una exteriorización del displacer (*Unlustentbindung*), especie de "terror automático". El término *Entbindung*, incluido en el anterior, expresa que se trata de un displacer que ha quedado desligado, *desatado*. El *síntoma primario* es la exteriorización del terror con lagunas psíquicas (*...die Schreckäußerung bei psychischer Lücke*). *No ha habido angustia preparatoria sino terror* y éste se presenta tal como lo postula J. Laplanche⁵¹ *debido al triunfo del factor económico*. El Yo desbordado sólo atina a exteriorizar el terror a través de alguna manifestación motriz, un fenómeno de ligazón no-simbólico, a diferencia de lo que ocurre en la "formación de síntoma" (*Symptombildung*).

Freud destaca que el Yo se encuentra sobrepasado y no forma ningún síntoma psíquico. Se trata del avasallamiento histórico del Yo (*hysterische Überwältigung des Ich*) operado por el susto, *Schreck*, que pone de manifiesto la cualidad del sobresalto emparentada con la noción de "trauma" freudiana.

El aumento de la tensión en la vivencia primaria displacentera es de tal magnitud que el Yo no puede construir un sistema de derivación psíquica y sólo puede soportar la manifestación de la descarga. Esto corresponde a una primera

49. Ver punto I del apartado B del presente libro.

50. S. Freud, *Briefe an W. Fliess* (1887-1904).

51. J. Laplanche, "I. La angustia en la neurosis", Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1979.

48. Julia Kristeva, *Las nuevas enfermedades del alma*, Ediciones Cátedra, Madrid, 1995.

fase y considera que la "represión" (*Verdrängung*) y "la formación de síntomas por acción de la defensa" (*Bildung von Abwehrsymptomen*) sólo pueden ocurrir más tarde.

Como la experiencia traumática pudo descargarse en alguna manifestación motriz, es justamente ésta la que puede convertirse en un primer símbolo al que Freud denomina "representación frontera" (*Grenzvorstellung*). Pertenece al Yo consciente y constituye una parte no deformada del trauma.

**No se trata de una representación que es reprimida (unterdrückt), sino de una brecha en el psiquismo.*

El análisis de las Psiconeurosis proporciona nuevas indicaciones: la *angustia* se constituye en la "moneda corriente" por la que se cambian o pueden cambiarse todas las excitaciones afectivas cuando su contenido de representación ha sucumbido a la represión. *La angustia que significa una huida del Yo ante la libido es engendradora, sin embargo, por esta última.*

La observación directa de la *angustia infantil* la aproxima a la *angustia neurótica* de los adultos, pues debe su origen a la libido inaplicada siendo la condición directa y previa de la *histeria de angustia* como así también su estado preliminar.

De la *angustia* en la histeria y en otras neurosis Freud hace responsable a la relación Yo/libido/represión. La explosión de la histeria es atribuida a un conflicto en el que una representación insoportable (*unerträglich*) provoca la defensa del Yo e induce a la represión (*Verdrängung*). La representación experimenta la represión y el montante de afecto es transformado en angustia. En ambos casos—angustia infantil y angustia neurótica—se opera una transformación directa de libido en angustia, uno de los destinos del cuántum de afecto que puede ser también suprimido o inhibido.

Estas teorías se montaron en la antítesis entre las pulsiones del Yo y las pulsiones sexuales.

En las Conferencias de "Introducción al psicoanálisis",⁵² Freud se dedica nuevamente al problema de la angustia.

Define a la *angustia* como un estado afectivo y desestima su interés en la investigación del determinismo anatómico de la angustia. Un "estado afectivo" supone una reunión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer que imprimen su tono fundamental con las correspondientes inervaciones de descarga y su percepción.

¿Cómo aparece la angustia en el ser humano? Propone como modelo y origen un hecho traumático: el peligro del nacimiento, el acto de nacer. Se debe al exceso de excitación en el momento de tránsito de la respiración placentaria a la pulmonar y se transforma automáticamente en angustia.

Angustia. Miedo. Terror

Diferencia a la *angustia/Angst*, del miedo/*Furcht*, y del terror/*Schreck*. La *angustia* es un estado que prescinde del objeto, se trata justamente de un peligro al que no se le puede dar un nombre. El miedo dirige la atención hacia el objeto y el terror es un efecto del peligro para el que no hay preparación. La *angustia* se refiere a la percepción de un peligro con "apronte angustiado", el terror pone de resalto el efecto de un peligro percibido "sin apronte angustiado". Tematiza variedades subjetivas según se haga presente "la preparación o no preparación" frente al peligro. Freud afirma que la *angustia* protege del terror. *¿Qué quiere decir esto?*

El nódulo en derredor del cual se ha cristalizado lo remite a una impresión pretérita perteneciente a la prehistoria de la especie y no del individuo: el acto de nacer.

Los estados de afectos se incorporan a la vida psíquica como repercusiones de acontecimientos traumáticos arcaicos y son resucitados en situaciones semejantes como símbolos mnémicos y, por este carácter, poseen el valor de equivalentes del ataque histérico. *El afecto es la repetición (Wiederholung) traumática de una reminiscencia.*⁵³

La *angustia* es la reproducción, entonces, de un antiguo suceso peligroso: está al servicio de la autoconservación y nace de magnitudes de excitación que se han hecho inutilizables (expresión de una histeria genérica que ha llegado a ser hereditaria). Lejos de ser una patología pura y simple, su estudio nos introduce en el camino hacia la esencia del afecto, *uno de los modos en los que la pulsión se hace presente, lo que restaría en el fondo de la pulsión una vez tomada en cuenta la representación.*

Hace referencia a los destinos del factor cuantitativo, pudiendo desencadenar una red de expresiones inesperadas.

La palabra *angustia*, del latín *angustiae*=estrechez; en alemán=*Angst*, hace resaltar la dificultad para respirar, y corresponde al momento en que el nuevo ser se ha separado del cuerpo de su madre, prototipo de una vivencia de peligro que carece aún de contenido psíquico: *la primera angustia es una angustia tóxica.*

Las sensaciones más frecuentes de carácter displaciente sobrevienen en los órganos de la respiración y el corazón, en el que participan inervaciones somáticas y procesos de descarga. Cuando se construye el "objeto madre", la pérdida de la percepción del objeto se equipara a dicho peligro: peligro a la pérdida del objeto (de amor).

52. S. Freud (1917) *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*: 25. "Die Angst sique und" (1933) *Neue folge der Vorlesungen*: 32. "Angst und Triebleben". Bd. I Studienausgabe S. Fischer Verlag, 1989.

53. S. Freud (1926), "Hemmung, Symptom und Angst", Bd. VI Studienausgabe. S. Fischer Verlag, 1971.

El estudio de la génesis de la angustia en los niños ofrece resultados interesantes: la pretendida *angustia realista* que se experimenta como terror frente al extraño proviene, en realidad, de la libido no aplicada, nace de la transformación directa de libido en *angustia*. *Es su desengaño y añoranza lo que se transforma en angustia*: surge de la transferencia de un peligro interior a un peligro exterior. El fenómeno básico del estado de *angustia en la infancia* es la intensificación de la ternura hacia la madre. A causa de que el anhelo no es satisfecho, se convierte en angustia.

La sexualidad infantil abre nuevas vías de conceptualización: se trata de la "histeria de angustia", la neurosis de la época infantil, que testimonia una transformación de un montante de libido inutilizable por debilidad infantil del Yo. Su carácter esencial es que evoluciona regularmente hacia una "fobia" para impedir el desarrollo de angustia.

Lo que se considera peligroso cambia según cada fase del desarrollo; por lo tanto, cada etapa tiene una diferente condición de angustia: la que corresponde al desamparo psíquico del lactante (*Hilflosigkeit*); el peligro a la pérdida del objeto amado, que se debe a la heteronomía de la primera infancia; el peligro a la castración, correspondiente a la fase fálica; y el peligro a la pérdida del amor del Superyó, que cobra una posición particular en el período de latencia.

Las distintas condiciones son abandonadas a medida que por el fortalecimiento del Yo se tornan poco significativas. *Las personas neuróticas permanecen "infantiles" en su conducta hacia el peligro*.

Cuando indaga las relaciones entre "represión" y "angustia", considera que la transformación por obra de la represión tiene lugar cuando ciertas instancias psíquicas se rehúsan a una satisfacción pulsional y el curso psíquico normal queda interceptado por la defensa. El afecto que corresponde a la representación o grupo de representaciones puede transformarse en angustia.

El nuevo curso de sus investigaciones hace notar nuevas precisiones. La división de la personalidad psíquica en Ello, Yo y Superyó lo ha forzado a una nueva orientación del problema de la *angustia*: el Yo es la única sede de la angustia (*Ich als Angststätte*). Nos proporciona una referencia tópica importante. Las dependencias del Yo respecto del Mundo Exterior, del Ello y del Superyó revelan tres clases principales: *angustia real*, *angustia neurótica* y *angustia de la conciencia moral*.

La represión produce distintos resultados: a) la carga libidinal puede permanecer inmutable en el Ello, b) puede sobrevenir una destrucción completa (tramitación normal), y c) en muchos casos se produce debido a la regresión que trae aparejada una "degradación libidinal" bajo la influencia del conflicto que, cuando fue iniciado, produjo la "señal de angustia" (*Angstsignal*).

Angustia señal. Desarrollo de angustia

La *angustia-señal* (*Angst als Signal*) en el Yo anticipa el peligro, entra en juego el automatismo del placer-displacer y se lleva a cabo la represión. Si esto no ocurre, *el acceso de angustia se desarrolla plenamente*. Freud estudia la situación de la angustia y diferencia "el *apronte angustiado*" o *preparación para la angustia* (*Angstbereitschaft*): con aumento de la tensión sensorial y motriz, del "desarrollo de angustia" (*Angstentwicklung*) que supone un proceso que dejó de ser dominado... por el Yo y desemboca en un ataque (*Angstanfall*). Cuando esto ocurre, el complejo al que Freud denomina estado de angustia, fue apto o susceptible de astillarse (*...der Komplex... einer Aufsplitterung fähig ist*).

En el artículo titulado "Inhibición, síntoma y angustia" (1925) estudia la represión típica de los impulsos libidinales provenientes del Complejo de Edipo y descubre que la *angustia de castración* es uno de los motores más frecuentes y enérgicos de la represión y de la producción de neurosis, equivalente en las mujeres a la "pérdida del amor". Si bien los peligros cambian en cada etapa, tienen como carácter común el implicar separación o pérdida. Aquí la angustia crea la represión. La articulación entre Complejo de Edipo y Complejo de castración permite la resignificación de todas las pérdidas anteriores. El punto de arranque de las neurosis es la destrucción del Complejo de Edipo y la renuencia del Yo frente a la angustia de castración.

Dada la naturaleza libidinosa de la pulsión de autoconservación, esclarecida en la introducción del Narcisismo, se reformula lo que Freud entiende por "neurosis traumática".

Es harto improbable que una neurosis sobrevenga solamente por el hecho objetivo de un peligro mortal sin que participen los estratos inconcientes del aparato psíquico: la "angustia de muerte" debe concebirse como un análogo de la "angustia de castración".

Cuando fracasan los esfuerzos del principio del placer, le damos el nombre de "factor traumático" a lo que no puede ser anulado por dichas normas. *Lo temido en el desarrollo de angustia es la aparición de un "factor traumático"*.

Freud afirma un doble origen de la angustia: como consecuencia directa del factor traumático y, otras, como señal de que amenaza la repetición de tal factor. *En los tiempos primeros y originarios, la angustia nace directamente del encuentro del Yo con una exigencia libidinal hiperintensa, sólo a partir de las represiones más tardías la angustia es despertada como señal*. Por esta vía se abre la comprensión de la afirmación freudiana: "El hombre se protege del terror mediante la angustia".

La señal funciona como expectativa del trauma y como repetición aminorada del mismo.

El Yo que ha vivenciado pasivamente el trauma (situación de desvalimiento), repite de una manera activa una reproducción (*Reproduktion*) limitada de éste.

Sintetizando:

– Desde sus primeros trabajos teóricos Freud describe los diversos tipos de neurosis en los que la *angustia* desempeña un rol protagónico ocupándose de diferenciar la “neurosis de angustia” de la “histeria de angustia”, por el modo diverso de procesamiento de la tensión física acumulada en el primer caso y la naturaleza psíquica de la conversión del afecto en angustia en el segundo, en la que el mecanismo psíquico preside su formación. Esto no ocurre en la “histeria de terror”, en la que se produce un estallido del ataque. Corresponde a un primer estadio de la histeria y se debe a la debilidad infantil del Yo de ese momento evolutivo.

– Las manifestaciones de la *angustia neurótica* se nos puede presentar como:

1) angustia libremente flotante, tal como aparece en la espera angustiosa de las “neurosis de angustia”; 2) angustia ligada psíquicamente: unida a determinadas representaciones, que es la angustia de las fobias; 3) la angustia como variante somática de la histeria: la “histeria de angustia”; y 4) presencia de angustia junto a los síntomas, en los cuadros de las neurosis graves.

– A partir del momento en que Freud toma como modelo el acto de nacimiento, la *angustia siempre quedará ligada a un factor traumático*. La idea de que el *afecto de angustia* proviene de la imposibilidad de resolver una tensión está presente tanto en la primera tópica freudiana como en la segunda. La primera tópica muestra muy claramente cómo la angustia desencadena la huida del Yo de las exigencias libidinales que son sentidas como peligrosas, transformando un peligro interior en un miedo exterior.

– La segunda tópica nos permite estudiar la “angustia señal”, que se limita a un pequeño desprendimiento de displacer que convoca a la defensa. Su sede es el Yo y articula el peligro a la castración. El trabajo del pensamiento tiende a restringir el desarrollo del afecto a un mínimo utilizable como señal. Esto permitirá diferenciar “desarrollo de angustia” de “señal de angustia”.

– La “señal” nos remite a una tópica estructurada, a un peligro circunscripto y pasible de ser dominado. La “señal de angustia” está planteada en términos evolutivos y ligada al desarrollo de las funciones del Yo tales como: percepción, recuerdo y pensamiento. El afecto puede aparecer como un indicador psicopatológico en las diversas formaciones clínicas, siendo muy importante su indagación. Lo encontramos convertido, desplazado, invertido, desquiciado.

En “Más allá del principio del placer”,⁵⁴ Freud reconsideró el estudio de las “neurosis traumáticas”, las de los tiempos de guerra. Ésta se aproxima a la histeria

en tanto presenta abundancia de síntomas motores, pero la sobrepasa por lo general por la intensidad del padecimiento subjetivo y por la evidencia de un debilitamiento mucho más vasto de las funciones anímicas. También resulta significativo que sobrevengan en tiempos de paz. La neurosis traumática es el resultado de una ruptura de la protección frente a las excitaciones (*Reizschutz*) y el valor etiológico se le atribuye al “terror” y al peligro de muerte que entraña. El “terror” tiene por condición la falta de “preparación para la angustia” (*Angstbereitschaft*) que permitiría la sobreinvestidura (*Überbesetzung*) de los sistemas que reciben los estímulos. El par “preparación para la angustia/sobreinvestidura” es la última línea de la barrera que protege contra los estímulos. *El factor decisivo es la diferencia entre sistemas preparados y no preparados.*

Los sueños de los pacientes que padecen las neurosis de accidente (*Unfallsneurosen*), que los vuelve regularmente a la situación traumática, buscan recuperar así el dominio sobre la excitación *por medio del desarrollo de angustia* más allá del principio del placer, cuya omisión causó la neurosis traumática.

La tarea de los estratos superiores del aparato psíquico consiste en ligar la excitación de las pulsiones comandadas por el proceso primario. Cuando esto fracasa, se produce una perturbación análoga a la “neurosis traumática”.

El Yo, genuina sede de la angustia, amenazado por diversos peligros, desarrolla el reflejo de huida (*Fluchreflex*) retirando su investidura (*Besetzung*) de la percepción o bien del proceso amenazador en el Ello, que se exterioriza como angustia. Lo que da miedo al Yo es su posible “avasallamiento” (*Überwältigung*), que puede exteriorizarse como angustia de muerte por la que el Yo siente la amenaza de tener que abandonar su investidura libidinal narcisista (...*seine narzisstische Libidobesetzung*).

En este caso la “angustia de muerte” aparece como reacción frente a un proceso interno. Estas concepciones sientan las bases de las futuras teorizaciones de Lacan en relación a este tema.

V.b) Aportes de Jacques Lacan

Durante los años 1962-63 Jacques Lacan dedica un seminario⁵⁵ para elaborar sus propias articulaciones sobre la angustia a partir de la tópica identificatoria. Su conocida afirmación “la angustia no es sin objeto” se sustenta en la curiosa relación entre la *angustia* y el “objeto pequeño *a*”. Ese objeto cedido para el acceso al deseo viene en el lugar de “la Cosa” freudiana originariamente perdida (*das Ding*).

Este concepto le permite incursionar en el campo de lo Real, que se refiere a lo que queda des-subjetivizado del organismo viviente en la constitución de la

54. S. Freud (1920), “Jenseits des Lustprinzips”, Bd. III. Studienausgabe S. Fischer Verlag, 1986.

55. Seminario X (inédito), años 1962-63.

vida psíquica humana. Especie de eslabón perdido que se halla ligado a una dimensión del cuerpo real que sólo se reconoce en ciertas notas distintivas que prevalecen en los síntomas.

El lenguaje freudiano nos remite a lo "pulsional" como límite entre lo somático y lo psíquico, a su exigencia de trabajo: dinámica responsable de nuestra vida psíquica.

Desde esta perspectiva, en la teoría lacaniana se connota con la expresión "lo real del goce" todo aquello que escapa a la posibilidad de imaginarización y/o simbolización, y que se hace presente en el sufrimiento psíquico. Cuando surge como lo radicalmente extranjero, la clínica abunda en ejemplos que testimonian la aparición de la "angustia" en aquellos momentos en que un sujeto se encuentra desprovisto de su imagen y de la posibilidad de ser reconocido en el deseo del Otro. *Che vuoi?*⁵⁶ El sujeto queda a merced de constituirse en un objeto frente a la amenaza aniquiladora en que se constituye el capricho del Otro.

Esto pertenece tanto a la experiencia humana en general como a la experiencia clínica en particular. En este último caso la "insurrección" de la angustia es una manifestación patológica y se vive como "horror". Lacan elabora el concepto de goce (*Jouissance*) apoyándose en principio en las paradojas de la pulsión de muerte. Nos remite a la inquietante extrañeza de lo siniestro (*Unheimlich*) y también es fuente del "terror", cuando se atraviesan una serie de barreras construidas por el psiquismo para evitar su emergencia. Supone la ruptura de la "capa protectora" regulada según Freud por el "Principio del placer" y articulada por Lacan a la noción de "fantasma".

Cuando trastabilla la relación $\mathcal{S} \diamond a$, se anticipa siempre un presentimiento de la "nada" que se atrinchera 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 posible amenaza de "ser nada", que se encuentra enclavada en la estructura profunda del edificio de nuestra vida psíquica.

El "fenómeno del pánico", una de las formas en las 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. Retomaré algunas de estas ideas más adelante.

56. El hidalgo Don Álvaro de Maravillas invoca a *Belcebú* (...) se abrió la ventana (...) un chorro de luz se desborda por esa abertura, asoma a la ventana una cabeza de camello horrible: El repugnante espectro abre la boca... me responde: *Che vuoi?*, J. Cazotte, *El diablo enamorado*, Ediciones del Coral, Barcelona, 1976.

D) DISCUSIÓN: HACIA UNA COMPRENSIÓN METAPSICOLÓGICA

Si bien la nosología actual de los "desórdenes de pánico" ha tomado como punto de referencia la nosología freudiana, y sus antecedentes, *ha privilegiado la construcción de criterios operacionales*. Como hemos visto, las hipótesis patogénicas desarrolladas por distintos autores hacen de la repetición del ataque de pánico el síndrome nuclear.

La historia de esta afección, la clínica y sus polémicas me impulsaron a indagar cuáles son las características de la subjetividad en juego desde la perspectiva psicoanalítica, ya que la sola referencia a los criterios operacionales limitan, a mi entender, la comprensión en el campo psicopatológico.

Los americanos sostienen que se trata de una *entidad diferencial*: trastorno severo y recurrente de crisis de angustia (ataque o estado), pero desapegados de la clase neurosis han favorecido el desarrollo de los modelos biológicos y la perspectiva cognitivo-comportamental. Si bien los primeros han abierto un campo importante de investigación, la perspectiva psicológica que se afirma a partir de ellos reduce la enfermedad al síntoma.

Los europeos admiten que se trata de un *trastorno neurótico* que presenta una forma severa de angustia como extremo final de un continuo. El mejor argumento diagnóstico en ambas escuelas señala la convergencia de síntomas somáticos y psíquicos, considerando que se produce una interpretación cognitiva inadecuada de los síntomas somáticos. *Síntomas somáticos + Interpretación catastrófica*.

Puede constituir una urgencia médica que requiera medicación y, a veces, internación ya que entraña riesgo de suicidio importante.

El eje de mi discusión apunta a esclarecer la complejidad del funcionamiento psíquico de la subjetividad que padece "ataques de pánico", ya que la perspectiva cognitivo-comportamental excluye la problemática de la subjetividad y pone de relieve una mala interpretación de parte de los pacientes, se trata "de errores en la evaluación cognitiva de los síntomas".

Para mi propósito, ha resultado significativo recuperar tal como lo hice en la exposición precedente:

- a) Las diferencias entre angustia/ansiedad/miedo/pánico/terror.
- b) La etimología de "pánico".

- c) La diferencia entre neurosis actuales/psiconeurosis.
- d) Angustia señal (complejo estructurado del estado de angustia).
- e) Preparación para la angustia vs. Desarrollo de angustia.

Tal como lo expresé anteriormente, para el psicoanálisis es improbable que una neurosis sobrevenga sin que participen estratos inconscientes del aparato psíquico. Los síntomas para el psicoanálisis nos remiten al estudio de la tónica, economía y dinámica del aparato psíquico, lugar de tránsito y determinación entre excitabilidad y cognición.

Mi estudio de los fenómenos de la angustia desde el psicoanálisis se ha orientado a poner de manifiesto que, cuando fracasan los esfuerzos del principio del placer (uno de los principios del suceder psíquico) en evitar el displacer, puede aparecer la incidencia de un factor traumático (dimensión de actualidad). El pánico, en este caso, es un modo de irrupción singular del afecto que resulta insoportable y cuya etiología psíquica es importante dilucidar.

Este tipo de sufrimiento psíquico presenta, entonces, una dimensión de actualidad y urgencia de tal envergadura que requiere de la asistencia psicofarmacológica.

Quiero poner de manifiesto que el complejo estructurado de la "angustia señal", que se limita a un pequeño desprendimiento de displacer que convoca a la defensa, se "astilla" en estos casos e impide su percepción como señal en el Yo.

La vivencia traumática se descarga en manifestaciones neurovegetativas que se constituyen en un primer símbolo de lo acontecido: *no ha habido angustia preparatoria sino exteriorización automática del afecto debido al triunfo del factor económico*.

El Yo se encuentra sobrepasado por una vivencia displaciente de tal magnitud que no puede construir un sistema de derivación psíquica tal como ocurre en las *Psiconeurosis de transferencia*, cuyo curso típico es: conflicto/regresión/represión/retorno de lo reprimido/formación sustitutiva. En los casos de los desórdenes de pánico, nos encontramos en el terreno de las *Psiconeurosis narcisista*, pues el sufrimiento se hace sinónimo de un proceso que amenaza con desintegrar al Yo. Su curso: organización vs. desorganización. Desaparecen las estructuras mediadoras que permiten la transferencia del conflicto y se pone de manifiesto la desorganización del mundo de las representaciones de objeto, con el consiguiente déficit en el funcionamiento del Yo.

Estas consideraciones preliminares me permitieron elaborar una comprensión metapsicológica de los "desórdenes de pánico", esclareciendo por qué aparece determinada sintomatología y no otra.

Aproximación psicoanalítica al fenómeno del pánico. Metapsicología

I. Estudios freudianos

Encontramos en el relato mítico una de las más concisas descripciones, pero la introducción en el estudio freudiano sobre el pánico permite acabadamente reconvertir lo mitológico en "metapsicológico". La ambición explicativa de la metapsicología permite referir los procesos a una racionalidad tónica, económica y dinámica; delineando un espacio epistémico propio dispuesto a transgredir, desde una teoría de los procesos inconscientes, las formas empírico-descriptivas de racionalidad.

Freud estudia el "fenómeno del pánico" en "Psicología de las masas y análisis del Yo".⁵⁷ En el capítulo V, "Dos masas artificiales: la iglesia y el ejército", caracteriza este fenómeno de la siguiente manera: "El fenómeno del pánico observable en las masas militares con mayor claridad que en ninguna otra formación colectiva, nos demuestra también que la esencia de una multitud consiste en los lazos libidinosos existentes en ella".

Inaugura una elucidación del fenómeno que, según mi entender, permanece fiel al sentido griego y al de los antecedentes históricos del fenómeno, ya que se correspondía con la sintomatología presentada por "soldados" pertenecientes a distintos cuerpos militares.

Recordemos que Jacob Mendes Da Costa, a quien se le adjudica la descripción original del cuadro, era médico militar, y que Myers, un cirujano militar, había descrito un síntoma similar al que denomina "corazón de soldado".

La larga historia evidencia las dificultades con las que se ha encontrado la medicina en sus distintas especialidades clínica, cardiología, neurología y psiquiatría, para precisar el cuadro actualmente denominado "Trastorno de pánico".

El pánico para la teoría freudiana se produce cuando una formación colectiva comienza a disgregarse y se caracteriza por el hecho de que las órdenes de los jefes dejan de ser obedecidas, no cuidándose ya cada individuo sino de sí mismo, sin atender para nada a los demás.

La metapsicología del "Ideal" rige los destinos de la *Kultur*. Así, ni bien una suma de individuos pone un solo y mismo objeto en el lugar de su Ideal del Yo y se identifican en consecuencia unos con otros, nace un lazo social. El "pánico" refiere un "cortocircuito" en el movimiento de idealización y sublimación, por desconexión del Ideal.

57. S. Freud (1921), "Massenpsychologie und Ichanalyse". Bd. IX. Studienausgabe. S. Fischer Verlag, 1971, Frankfurt am Main.

Rotos así los lazos recíprocos, surge un miedo inmenso e insensato. Que el miedo haya llegado a tomar proporciones tan gigantescas no puede atribuirse a la magnitud del peligro, pues el mismo Ejército, que en un momento dado sucumbe al pánico, pudo haber afrontado otras veces con perfecta serenidad peligros que superan la medida ordinaria. Es decir que ha arrostrado impávido, en otras ocasiones semejantes, peligros mucho mayores.

La esencia del pánico está precisamente en carecer de relación con el peligro que amenaza y en desencadenarse, a veces, por causas insignificantes. El relajamiento de la estructura libidinosa de la masa supone la caída del Ideal y rompe el equilibrio en la relación con el semejante. El Yo se hace eco de ese peligro.

Cuando un individuo integrado en una masa en la que ha surgido el pánico comienza a no pensar más que en sí mismo, demuestra con ello haberse dado cuenta del desgarramiento de los lazos afectivos que, hasta entonces, *¡disminuían a sus ojos el peligro!* Muestra como clave una pérdida que deja aparecer su vértigo por el desasimiento libidinal (*Entbindung*).

Resulta pues que el pánico presupone el relajamiento de la estructura libidinosa de la masa y constituye una justificada reacción al mismo. Desde esta perspectiva, Freud considera errónea la hipótesis contraria de que los lazos libidinosos de la masa quedan destruidos por el miedo ante el peligro.

Solamente en ese caso el pánico presentaría múltiples analogías con la *angustia neurótica*: intensificación del peligro y ruptura de los lazos afectivos. Pero esta última idea representa la posición de McDougall, quien ha llegado a utilizar el caso del pánico como ejemplo modelo de su teoría de la intensificación de los afectos por contagio (*primary induction*). Freud la considera insatisfactoria y que puede aplicarse sólo en aquellos casos en los que el peligro es realmente grande y no existen en la masa sólidos lazos afectivos. Por ejemplo, cuando en un teatro o en una sala de reuniones estalla un incendio. No solamente la considera insatisfactoria, sino que además expresa exactamente lo contrario: *→desasimiento→peligro*.

Es cierto que la palabra pánico en su uso corriente no posee una determinación precisa e inequívoca: se la utiliza para designar un miedo colectivo que crece hasta adquirir inmensas proporciones bajo la influencia de la inducción (contagio); otras veces es aplicada al miedo individual cuando el mismo supera toda medida; y, por último, aparece reservada a aquellos casos donde la explosión de miedo no se muestra justificada por las circunstancias. En este último caso la explosión de pánico es muy análoga a la que nos ofrece Nestroy en su parodia del drama Judith y Holofernes, de Hebbel. En esta parodia grita un guerrero: "El jefe ha perdido la cabeza" y todos los asirios emprenden la fuga sin que el peligro aumente; basta la pérdida del jefe —en cualquier sentido— para que surja el pánico.

Ya más recientemente y en relación a nuestra historia, también se puede encontrar bajo el nombre "Ataque de pánico", un libro que trata sobre las crónicas

del miedo en la Argentina.⁵⁸ Anclado especialmente en la literatura y en la filosofía, pretende describir la génesis del temor social profundo que determina las conductas colectivas en el país. Aquí el terror no es episódico y proviene de la historia. Es interesante que el libro, al tomar como punto de partida las "clasificaciones actuales" de la psiquiatría, lo considera técnicamente un *padecimiento individual* buscando constituirlo en *categoría social*. (¡!)

En contraposición con esto y en un artículo de difusión de enero del corriente año,⁵⁹ en el que se denuncia el desinvestimento de lo institucional a favor de lo personal-individual, se afirma que frente a la caída de dichos sostenes —tanto públicos como privados— no es difícil comprender que el "síndrome vedette" de la época sea el *síndrome de pánico*.

Gilles Lipovetsky, en sus ensayos sobre el individualismo contemporáneo,⁶⁰ plantea que el ideal moderno de subordinación de lo individual a las reglas racionales colectivas ha sido pulverizado. Este proceso de personalización extrema como estrategia global ha producido una mutación profunda en el hacer y en el querer de nuestras sociedades, lo que ha llevado entre otras cosas a hablar de la "sociedad posmoderna". En ella reina la indiferencia de masa, la autonomía privada no se discute y ya nadie cree en el porvenir. No tiene ni ídolo ni tabú, lo que introduce una discontinuidad con la trama histórica. En este mundo donde Narciso no tiene ya redes de solidaridad, la subjetividad sufre de pánico. (¡!)

II. El Pánico: ¿enfermedad del Ideal? Freud con Lacan

El estudio freudiano del "fenómeno del pánico" desemboca en una interrogación sobre el vínculo del afecto (social) y el Ideal. En este sentido, el "pánico" es el correlato empírico que testimonia que en el interior de la masa artificial se deshizo el lazo, nace de la desaparición de aquello que funciona como soporte del "Ideal". Momento desgarrador donde cada sujeto se pone en relación, se confronta con la *desconexión de una "representación" especificada como "Ideal"*. Es un tipo de padecimiento que muestra al sujeto afectado por la relación con el Ideal del Yo. ¡Paradoja metapsicológica del afecto!

Pasarán muchos años hasta que las vicisitudes de la pulsión de muerte se apliquen a este estudio, poniendo de manifiesto uno de los posibles fenómenos de des-intricación entre Eros y Tánatos.

58. Miguel Wiñazki, "Ataque de Pánico", *Crónicas del miedo en la Argentina*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 1996.

59. A. Fernández, "Las instituciones despilfarradas", artículo del diario *Página/12*, 28 de enero de 1999.

60. Gilles Lipovetsky, *La era del vacío*, Editorial Anagrama, Barcelona, 1993.

Si bien la expresión "Ideal del Yo" (*Ich-Ideal*) en la obra de Freud se hace conocida a partir del trabajo dedicado a la "Introducción del Narcisismo" (1914), su fórmula puede rastrearse en otros textos anteriores. Entre ellos, el que me pareció más significativo es el artículo titulado "El poeta y la fantasía", de 1908.

En ese trabajo se encuentra una afirmación muy interesante referida al juego de los niños. Cito: "El juego de los niños es regido por sus deseos o, más rigurosamente, por aquel deseo que tanto coadyuva a su educación: el deseo de ser adulto. El niño juega siempre a 'ser mayor', imita en el juego lo que ha llegado a conocer".⁶¹

De hecho, anticipa el artículo de 1914 cuando plantea que el *Ideal del Yo* es un proyecto hacia el provenir "...das Ichideal ein Projekt nach vorn ist...", pues allí aparece como un sustituto del Yo ideal (*Ideal-Ich*).

La investigación psicoanalítica llevada a cabo en "Introducción del Narcisismo" ha reconocido que las primeras satisfacciones son narcisistas, "ser amado" es el primer esbozo de Yo investido libidinalmente. Bajo las influencias 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 (*Idealbildung*) sería, por parte del Yo, la condición de la represión... del narcisismo. A partir de allí, 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. Su función de insignia precipita la identificación del Yo ideal. 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 "mirada" de los padres. Esta cuestión está presente en el problema de la angustia.

Para J. Lacan el *Yo ideal* (*aspiración*) es elaborado a partir de la imagen del propio cuerpo en el espejo.⁶² Referencia especular que puede ofrecerse a la semiología 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.

El "todo es posible" que se produce cuando se quiebra el lazo social regulado por el Ideal evoca el *Che vuoi?*⁶³ y se trasunta en el miedo a volverse loco, a morir o a perder el control que caracteriza a la angustia pánica. Si bien las relaciones entre el "Ideal del Yo" y el "Superyó" están imbricadas y confundidas a menudo, se considera que para el Superyó —la gran innovación de la segunda tópica— predomina en su funcionamiento, a diferencia del Ideal, la interdicción y la voz de la conciencia.

Freud estudia la esencia de la formación colectiva, de la hipnosis y del estado de enamoramiento como tres casos en los que un objeto exterior (jefe-hipnotizador-amado) ocupa el lugar del Ideal del Yo en el mismo punto en que el sujeto proyecta su Yo ideal. La fórmula dice: "*Das Objekt hat sich an die Stelle des Ichideal gesetzt*" (El objeto ha sido colocado en el lugar del Ideal del Yo).

El fenómeno del enamoramiento también nos proporciona una vía de estudio del lazo entre afecto e "ideal". El sentimiento amoroso en su forma pasional testimonia la confusión entre el objeto amado y el objeto ideal originario. El amante reactiva, a través del amor de objeto, el amor de esencia narcisista: desborde de la libido del Yo sobre el objeto.

Chantal y Jean-Marc, los personajes de Kundera 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 de la propia.⁶⁴ Kundera ubica al lector en ese laberinto donde se cruza la frontera entre lo real e irreal y donde una mente solitaria se muestra presa de la inseguridad.

Todo el que ama ha experimentado alguna vez de qué 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.

En un mundo donde proliferan los falsos semblantes, la multiplicación de imágenes y de objetos descartables, parece acentuarse la relación de la subjetividad al objeto perdido que pone en cuestión su investidura narcisista, y el Yo es tratado en tanto imagen avasallada. Lo que se pone de manifiesto en este síntoma, si así se lo puede llamar, no está dado por "lalengua" (estructura del lenguaje), sino que es tomado del cuerpo.

• Para continuar mi desarrollo considero necesario recurrir a nuevos aportes sobre la problemática del narcisismo que amplíen su formulación clásica.

61. S. Freud (1908), "Der Dichter und das Phantasieren", Bd. X, Studienausgabe. S. Fischer Verlag, 1971, Frankfurt am Main.

62. J. Lacan, "El estadio del espejo como formador del Yo", 1969.

63. J. Cazotte, *El diablo enamorado*, Ediciones de Cotal, Barcelona, 1976.

64. M. Kundera, *La identidad*, 1ª edición: mayo 1998, Tusquets Editores, Barcelona.

La constitución del Yo siempre nos remite a una doble referencia: a) al cuerpo propio en su vertiente libidinal; y b) a la complejidad de los distintos órdenes de identificaciones: proceso mismo de la constitución del Yo. Los estudios de la psicoanalista Piera Aulagnier me han resultado particularmente significativos.

III. El conflicto identificatorio según Piera Aulagnier

Uno de los temas que Piera Aulagnier ha desarrollado en el "Seminario Ste. Anne" lo dedica al conflicto identificatorio y a las respuestas posibles frente al mismo.⁶⁵

Considera que todo síntoma es un compromiso entre lo reprimido y la acción represora del Yo que, después de un primer fracaso, intenta dominar este "revenant"⁶⁶ y restablecer la barrera que lo protegía contra dicha irrupción. El afecto que acompaña al síntoma (angustia, depresión, despersonalización) nos remite a la causa del compromiso: *el conflicto identificatorio presente en el espacio del Yo*.

El conflicto entre el Yo y sus ideales corresponde a las dos caras de una misma instancia: el "Yo como identificante" y el "Yo como identificado". En el primer caso, estamos en el registro de la neurosis, en el segundo en el de la psicosis. Los sentimientos de inquietud, insatisfacción, desgaste de los que nadie está a salvo, constituyen la repercusión en el registro de nuestros afectos de la inevitable separación entre el Yo y nuestros ideales. Entre la respuesta neurótica y la respuesta psicótica, Piera Aulagnier define "el estado de alienación" que, si bien no sumerge al Yo en el sufrimiento psicótico, muestra una "desrealización" que se le aproxima.

Expresa que la totalidad de los fenómenos psicopatológicos que encontramos en la clínica son la consecuencia y la manifestación de un conflicto que está funcionando en las catexias del Yo, en su economía identificatoria. La causa de esta perturbación se debe a los efectos de fuerzas pulsionales inconscientes en el registro del Yo que le hacen muy difícil o imposible la catectización de fines, de bienes o de los otros, necesaria para administrar su patrimonio libidinal. La finalidad de la acción analítica se dirige a la necesidad de recuperar el goce de su ejercicio para ser, para tener y para ejercer esa función de anticipación de sí mismo sin la cual se derrumba su "proyecto identificatorio" y su relación con el tiempo "por venir".

Esta ideas no hacen sino prolongar lo que Freud enseña acerca de los efectos que para el Yo tiene la existencia del inconsciente. La posibilidad o el fracaso de que se torne pensable esa causa incognoscible de la cual el Yo es parcialmente efecto incide en sus perturbaciones.

El trabajo psíquico del Yo, dilucidar la economía y la repartición de las catexias que subyacen a ese proceso, exige que se considere lo que Freud llamaba "los ideales del Yo" y lo que Piera Aulagnier ha denominado "proyecto identificatorio".

La particularidad del Yo —expresa Aulagnier— hace que haya sido ante todo "hablado" por el discurso de otro. Enunciados que vienen de otra parte y de los que la voz del niño va a apropiarse primeramente repitiéndolos. El Yo comienza por catectizar los "pensamientos identificantes" por medio de los cuales el "otro *porte-parole*" lo piensa y lo ama. A partir de aquí podrá ocupar el sitio de *enunciante* y retornará desde allí a su propia escucha bajo la forma de un "identificado".

Como lo enunciaba Daniel Lagache,⁶⁷ el niño que nace para y por el prójimo es ya un polo de esperas, de proyectos y de atributos. Significantes ligados a un discurso que se hace sentir en el inconsciente del niño cuando viene al mundo.

Recordemos que el niño deja al otro "*porte-parole*" la tarea de formular también los anhelos identificatorios que conciernen a su futuro. *De esto el Yo debe ir apropiándose para que el futuro no sea simple retorno del pasado, ¡para que el futuro tenga en cuenta el no-retorno de lo mismo!* En esto consiste la segunda acción anticipatoria.

El "Yo como identificante" debe asegurarse catectizar los dos soportes: *el identificado actual* y el "*devenir*" de este identificado. Así podrá catectizar su propio cambio y la modificación de los objetos que sostendrán su deseo. El Yo sólo puede catectizar sus propias construcciones ideicas cuando experimenta la confirmación entre los *enunciados identificantes* y el *yo que dichos enunciados nombran*, cuando concluye que "es verdad" para él. Si esto no ocurre aparecen toda una serie de fenómenos de extrañeza, de no reconocimiento que pueden marcar la entrada en la psicosis.

Es la relación del *identificante* con esa certidumbre presente en *el identificado* lo que preserva la *identificación simbólica*. La prueba de la duda tiene el poder de lograr que quede fuera lo que no tiene atributo de verdad para el Yo y garantiza la autonomía de su propio pensamiento. Esto, ausente en la psicosis, condena al Yo a la fijeza propia de lo originario y a la no-construcción de su propio anhelo identificatorio.

La coexistencia conflictiva de anhelos identificatorios contradictorios en el Yo actual, respecto a lo que él ansía y no puede llegar a ser, define a la neurosis. La primera supone la idealización de un estado del Yo supuesto como realizado y la descatectización temporaria o definitiva del proyecto identificatorio y de los ideales que son sus corolarios.

Los *ideales* a modo de una potencialidad atribuible al Yo actual puede catectizar el flujo temporal, el cambio y esa diferencia de sí mismo a sí mismo tan

65. Piera Aulagnier (1979), *Los destinos del placer. Alienación - amor - pasión*, Ediciones Petrel, Madrid, 1980.

66. Aparecido, espectro.

67. D. Lagache, *El psicoanálisis y la estructura de la personalidad*, P.U.F., París, 1961.

difícil de aceptar. No hay Ideales del Yo catectizados en la psicosis sino "idealización trágica".

El "estado de alienación" supone otra salida pero también implica un sufrimiento considerable, a causa de que el Yo tiende a un estado a-conflictivo, con descatectización temporaria del proyecto identificatorio. Se hace adepto de una causa respecto de los otros por hallarse preso en un sistema de poder que le impide pensar libremente, o simplemente pensar. Es un límite extremo que puede alcanzar el Yo cuando intenta abolir todas las causas de conflicto entre "identificante" e "identificado".

La posibilidad de encuentro del Yo *identificante* con el Yo *idealizado*, si le permite al Yo asumir esa herida narcisista fundamental, le posibilitaría abandonar el Yo idealizado en beneficio de los ideales futuros, teniendo en cuenta las categorías de lo interdicto, lo posible y lo imposible. Dicho funcionamiento tendrá en cuenta el Principio de la realidad y el abandono del engaño que desconocía por no poder nombrar ni percibir la diferencia. Para ello el psicoanálisis ofrece un camino posible.

Me propongo abordar estas cuestiones realizando el examen clínico de un caso y la ilustración breve de otros, para luego concluir mi trabajo de investigación.

IV. Comunicación de un caso clínico y análisis posterior

Observaciones preliminares

Recibo en consulta, en el año 1992, a los padres de una joven de 17 años alarmados y con razón por las manifestaciones de su hija Z. que hasta el momento del comienzo de sus "crisis" parecía no haber tenido nunca problemas. Hace aproximadamente un mes la joven vive presa de unas crisis de angustia con la que ellos no saben cómo manejarse. Cuando le preguntan con insistencia qué es lo que le pasa, les expresa que no entiende sus afectos, que de repente no quiere a nadie, llora todo el día. Padece de una forma severa de angustia que no puede dominar. El pediatra, médico al que quedaron ligados desde la infancia de sus hijos, les dijo que era cosa de la adolescencia y que estaba completamente sana. De todos modos realizan una nueva consulta —pero esta vez a una psicóloga—, porque ellos no esperaban que la adolescencia fuera tan difícil.

El estado patológico

Entrevisto con urgencia a Z.: se trata de una adolescente muy agradable en su aspecto y modales, pero muy alterada emocionalmente a raíz de reiteradas

vivencias de terror. Refiere llorando que se siente atormentada por una angustia intensa, asociada a la representación de muerte y locura. Hace un par de días que no puede comer porque no le pasa la comida, presenta ataques de angustia intensos con sus concomitantes psíquicos y somáticos. En estas crisis de comienzo brusco, duración breve y carácter espontáneo, la paciente padece de palpitaciones, dolor en el pecho, disnea, sudoración abundante y pavor a la noche al irse a dormir sin causa aparente. Expresa que tiene un nudo en la garganta, que no puede estudiar. Ya no puede concurrir al colegio y se siente afuera de todas las situaciones cotidianas en las que se ocupaba hasta entonces. No logra calmarse más que fugazmente, pero teme que le vuelva, según sus propias palabras, "esa sensación de catástrofe". Pide que no la dejen sola porque tiene miedo de morir sin quererlo. Respondiendo a mi indagación sugiere que puede tratarse de una muerte súbita o de un impulso a matarse sin querer hacerlo.

La situación requiere la participación de un equipo dispuesto a trabajar en la emergencia. Se efectúa rápidamente una interconsulta, la paciente es medicada y se le dan indicaciones a la familia para que pueda ofrecerle a su hija una contención adecuada, al mismo tiempo que ellos cuentan con el apoyo logístico del equipo para su tranquilidad.

Caracterización clínica del caso

La sintomatología de la paciente ofrece la gama completa de los criterios que el DSM-IV y el CIE-10 requieren en su caracterización descriptiva y denominan "Ataque de pánico".

Lo que domina el cuadro es el *pánico* con ausencia aparente de toda causa. Por el resto, ha conservado dentro de los límites normales su contacto con la realidad, no presenta delirios ni alucinaciones. No se verifican clínicamente trastornos de las ideas, de la afectividad ni del comportamiento afines a un cuadro esquizofrénico ni a los de un cuadro depresivo. La crisis presenta brusca intensidad pero sin discordancias ni lentitud llamativas. Le cuesta conciliar el sueño tanto como despertarse. Predomina la inquietud diagnóstica en vez de la psicosis confirmada. Responde a los tranquilizantes, y a los pocos días, como las crisis quedan reducidas por la medicación y las entrevistas frecuentes, se crea la posibilidad de iniciar un tratamiento psicoterapéutico.

Actitud de la paciente

La joven se muestra al principio reticente, pero, luego de garantizarle la existencia del "secreto profesional" respecto de lo que conversásemos en nuestros encuentros, comienza a relatar algunos aspectos de su historia reciente.

Hacía aproximadamente siete meses que había comenzado a salir con un muchacho un poco mayor que ella al que llamaré F. Era la primera vez que tenía novio. El joven es atractivo, estudioso y buena persona, pero no "entra" en el "modelito" al que aspiraba el código familiar. La descalificación permanente por parte del padre con complacencia de la madre y los obstáculos reiterados que le ponían para que ellos pudieran encontrarse hacen que le proponga a su novio interrumpir por un tiempo la relación. No faltaban a la cita su propio temor/curiosidad frente a la sexualidad y el valor parental asignado a la virginidad, temáticas que requirieron mucho tiempo y trabajo para llegar a ser abordadas.

Breve historia familiar

Z. es la hija mayor del matrimonio, tiene hermanos menores: siete y nueve años más chicos que ella. Siempre fue buena, tranquila, inteligente, racional y nada temperamental, como a su padre le gusta. Aspira a ser brillante como le gusta a su madre, estudia dos idiomas aparte del colegio y es muy piadosa. Así responde al anhelo materno y reza todas las noches con ella. Por otra parte, como Z. es una joven atractiva, su madre la introduce en el circuito de los "casting" y los "books" para que se presente como modelo. Hizo algunos desfiles pero empieza a eludir propuestas y llamados porque no los tolera. La madre considera que Z. se imprime "sola" un gran nivel de presión. Esta jovencita un día se larga a llorar sin parar, no entiende sus afectos, y en medio de un *ataque de pánico* dice que cree que ya no quiere a nadie y que ¡hasta con Dios le pasa lo mismo!

Los padres, sepultando sus historias personales de dificultades y pobreza (sobre todo él) habían erigido una familia "maravillosa". Ella una madre joven, moderna y dinámica, oculta así su desesperanza. El padre empresario, hedonista y eficaz somete a su familia a sus caprichos a cambio de un *status* socioeconómico elevado, pero sin escuchar mucho a los demás. Ambos comparten una preocupación permanente: la funcionalidad óptima, y enmascaran sus deficiencias amparados en convicciones rígidas ejercidas con cierta crueldad. Éstas se ponen de manifiesto en el vacío de los vínculos interpersonales, devoción a cierta estética posmoderna cuya finalidad parece estar al servicio del narcisismo.

Disponen de residencias importantes pero no reciben gente. Cuando alguien invita a sus amigos, el padre hace sentir su desagrado. Este tipo de funcionamiento de la opulencia produce vacío por saturación. También se prohíbe la expresión de la intimidad, ya que no se debe sentir, llorar, amar con demasiado énfasis. La vida social de los integrantes de esta familia queda reducida a una sociabilidad superflua y pseudointimista pero sin interioridad, con exclusión de la historia y de los orígenes.

Algunos relatos de la paciente

En el curso de las sesiones con la paciente se pone de manifiesto que su estructura personal no está establecida y que necesita crearse un espacio protegido que le permita pensar.

Pasa del estado de hipervigilancia, generado por el terror respecto de todo lo que le pasaba en su cuerpo, a relatar en nuestras sesiones innumerables pesadillas.

En ellas aparecen chicos a los que los matan sin piedad. Ventanas que se abren y le muestran repentinamente que alguien viene a matarla. En otro sueño, un hombre muy grande le pega un tiro que ella "re"-sentía y lo evoca como una reminiscencia. "Me moría", dice en tono confidencial. Expresa que en el sueño grita desesperadamente: "por favor, no me quiero morir", e iba por la calle gritando "no me quiero morir". Aclara que cuando se despierta de este último sueño se le había borrado todo *lo que había pensado*, ¡¡¡no lo que había pasado!!!

Conocemos la importancia de la producción onírica y la imposibilidad de negarle su valor revelador. Así comienza una época del tratamiento en la que se inicia el esclarecimiento de su problemática y de la *angustia pánica* padecida.

Si bien el resultado del análisis probablemente no se corresponda con una concepción psicoanalítica clásica, quiero destacar que ésta me permitió en un principio orientarme en el problema. Pasaré a relatar lo que considero más significativo.

La paciente interpreta que la expresión "me moría" presente en su sueño significa "se murió todo con F.". En otro sueño aparece la fecha en que se moría y ésta coincide con la que se había puesto de novia con F. Ese día se "metía" con Jesús pero ella no quería estar con él. Jesús la quería reparar y ella lo estaba ofendiendo. Se sentía muy culpable de lo que hacía.

En otros, la joven se escapaba de su padre y de su familia pero el hermano ayudaba a su papá a buscarla. Ella sentía una tremenda angustia porque la estaban alcanzando y no tenía "método" para que no lo logaran.

Así, a través de las pesadillas, Z. comienza a formular su problemática.

El miedo a la locura y a la muerte expresan el temor a la dislocación de su persona amenazada por un conflicto identificatorio que comienza tímidamente a formular. ¿Quién es ella si ya no aguanta pensar como sus padres, si ya no quiere lo que ellos quieren para ella? En esa circunstancia de extrema fragilidad, *todo puede pasarle*.

Siente que sus vínculos con la familia están internamente interrumpidos a pesar de ella. Esto rompe el equilibrio tanto en las relaciones con su propia persona como con sus semejantes.

Se siente "desconectada" de lo que creía que era su Ideal.

La familia funciona congelada en una situación idealizada que exalta la dependencia extrema. Frente a esta circunstancia, Z. comienza a reconocer su

profunda ambivalencia. Por un lado, quisiera quedar fijada a esa situación de "éxito" donde todo estaba "bien" y, por el otro, siente que está desconectada de todo, que sólo siente "terror y ganas de irse a dormir".

Amparada en este estado, Z. comienza a dejar sus múltiples actividades para empezar a pensar cuál de ellas quiere hacer, si las quiere hacer, qué es lo que ella quiere.

Reconoce haber asumido una serie de normas y aspiraciones de sus padres para con ella como VERDAD, pensando que todo lo que estaba fuera de ello era falso, pero nunca se había detenido a pensar. Ahora tiene miedo a la soledad, a que no la quieran. Si bien fugazmente desea un poco la soledad para pensar, no sabe si puede soportarlo. Dice: "Como todo era para mi máximo beneficio, tanto 'máximo' terminó en 'mínimo'. Eso me pasa y me angustia, es angustia mezclada con miedo. Miedo a que esa angustia que sentí y no podía superar vuelva otra vez, que 'esa catástrofe' vuelva. El miedo me hace sentir mal, no puedo avanzar. No tuve una experiencia en que lo superé. Odio tener que vivir ocultando lo que soy. También odio que ellos existan, que me traten como un bebé -'mirá, nenita, eso vas a ser cuando seas grande y si no jodéte'-. Me decían que era una pendeja que no entendía nada de nada".

A partir de este momento comienza a evocar escenas de humillación, expresando mucho sufrimiento y la sensación de que nunca va a estar bien. Tiene el impulso de comer todo el tiempo, según sus propias palabras "no por hambre sino por angustia". Cree que no quiere a nadie, que sus amigas no llegan a su persona, que ella no sabe qué quiere. Luego de cuatro meses se instala una leve mejoría y comienza a salir nuevamente con F., pero esta vez decide no comunicarlo a su familia. Esta relación termina al poco tiempo y ella conoce a otro chico; todo esto ocurre también sin participación familiar. Al poco tiempo retornan los sueños de angustia durante algunas semanas. Decide hacer algo que había sido resistido por sus padres durante toda su infancia: tener un perro. Esto produce un gran revuelo familiar. Se da una pelea con su padre, ella puede contestarle, disentir, no enloquecer. El perro se llamará ¡¡¡Champion!!! Efecto hipomaniaco con el que puede manifestarse la posibilidad de recuperar una esperanza.

Una nueva pesadilla: "Estaba con una modelo conocida y con algunos de sus amigos en un hotel como de 1.000 pisos. De repente yo... estaba con esta chica y nos enterábamos que habían entrado unos tipos, unos narcotraficantes raros, tipo policías. No se podía decir nada, no tenían que saber que estábamos allí. Nosotros teníamos que dar un examen de inglés y yo decía: 'pará, a mí me hicieron esto para distraerme'. Los veía ahí parados con armas. Yo tiraba la hoja del examen. Me fui corriendo. A uno de mis compañeros lo habían convertido. Los otros me decían ¡¡nos viene a matar!! Él decía: 'me convirtieron pero no voy a hacerles nada'. El punto más feo es que cuando estaba haciendo el examen, miraba y ¡¡¡los veía!!!".

Esta nueva pesadilla y una serie de otras a las que no me referiré aquí permiten advertir "de repente Yo" y luego evocar la historia de sus terrores infantiles. Cuando era pequeña y se tenía que ir a dormir cerraba los ojos y trataba de dormir pero no podía. Tenía que arrimar cosas a las puertas de los placards. Tenía miedo de que "algo" ocurriera. De esto nunca había hablado con nadie porque ella siempre fue de "meterse para adentro". "Tratar de quedarse chica", calladita y sin miedos. La afirmación en bastardilla fue muy significativa para el curso ulterior de su tratamiento.

Análisis del material clínico

Se observa que la presencia del "pánico" participa en su manifestación clínica de la caracterización freudiana del *terror* (*Schreck*), en tanto ésta subraya el efecto de la percepción de un peligro "sin apronte angustiado". Es decir que no se trata de la presencia de la "señal de angustia" en el Yo que, anticipando el peligro, pueda promover el automatismo del placer-displacer. Recordemos que si la "angustia señal" supone una estructuración simbólica del funcionamiento del aparato psíquico que protege del terror, no se verifica en este caso dicho funcionamiento.

Aparece, por el contrario, la eficacia de un factor traumático que no pudo ser anulado y que conduce a un irrefrenable desarrollo de *angustia pánica*: crisis de angustia de aparición repentina, sin preparación previa y extremadamente intensa, descargada en manifestaciones motrices. El resultado es una ruptura en el funcionamiento del aparato psíquico, del sistema de protección frente a las excitaciones, la *Reizschutz* freudiana y la concomitante vivencia de peligro de "muerte/locura" que esto entraña.

Un caso de *avasallamiento* del Yo presente en la sintomatología clínica de la joven paciente. El Yo se encuentra *sobrepasado* (*Überwältigung*) y manifiesta una exteriorización del terror aferrado a su expresión somática, con la consecuente presencia de lagunas psíquicas. Destaco el factor sorpresa. En un comienzo, lo que domina el cuadro es el *pánico* con ausencia aparente de toda causa, y las reiteradas pesadillas parecen estar destinadas en parte a recuperar el dominio psíquico más allá del principio del placer.

¿A qué se debe en este caso el desencadenamiento del factor traumático? Esto debiera caracterizar la especificidad de la presencia de *angustia pánica*.

El trabajo con esta paciente me permitió situar en la modalidad del conflicto identificadorio su causa eficiente.

Si bien las características del medio familiar fueron poco propicias para que el desarrollo personal haya llegado a buen término y con menos dificultades, esto ha quedado enmascarado por la cantidad de medios y oportunidades para el "triumfo" que le ofrecían. Como por un descuido, algo deja de ser "completamente normal" en esta familia, y la joven se ve expuesta a un sufrimiento inesperado

cuando por esas cosas de la vida escapa al proyecto ilusorio para el cual se le habían pedido hasta el momento adaptaciones masivas. Esto de todos modos no era explícito ni había sido pensado hasta el momento.

Ubico al Yo de esta muchacha "hipostasiado" en un "ideal familiar", más bien cercano a una ilusión. Esto me hace pensar en el funcionamiento regresivo del Ideal en el que el semejante se impone más por la fascinación marcada por las características de una relación dual que por ser el soporte de una referencia simbólica reguladora. La joven es objeto de la mirada complacida de los otros, mas aún a una referencia especular y para quien el futuro no puede ser sino retorno de lo mismo. Déficit en la función de Insignia que permitirían los procesos de idealización y sublimación necesarios para la construcción del Ideal del Yo, instancia que ofrece una mirada testigo y sostiene un proyecto "por-venir".

Este funcionamiento regresivo de un signo o de un emblema, siguiendo la ley de gustar, pone a la sujeto bajo el capricho de una realización tan atractiva como imposible. El conflicto identificatorio desemboca en el relajamiento del vínculo de la paciente con la estructura libidinal de la familia escasamente regulada por referencias simbólicas. Hace referencia a la *Entbindung* freudiana, a la "desligadura" transitoria en este caso de sus ideales.

Si bien un miedo que toma proporciones tan gigantescas no puede atribuirse a la magnitud de un peligro objetivo, puede remitirse sin dudas a las condiciones metapsicológicas del funcionamiento psíquico que lo hacen posible. La *angustia pánica*, y su derivación somática, es el eco de dicho peligro.

El peso que pueden ejercer los ideales en la clínica es significativo. *Los ideales que en principio son orientadores en la vida de los sujetos pueden tornarse, a veces, insoportables cuando ocurre la intromisión de un goce narcisístico vinculado a sus realizaciones. Esto pone de manifiesto un funcionamiento regresivo que produce una desconexión con una representación especificada como Ideal.*

El Ideal designa una función en el plano simbólico que permite regular la estructura imaginaria del Yo y sus identificaciones, asegurando la identificación simbólica que otorga trascendencia y garantiza la posibilidad de autonomía.

Las ideas metapsicológicas de Piera Aulagnier me han resultado muy significativas para la comprensión de este caso. Caracteriza un conflicto identificatorio que al estar funcionando en las catexias del Yo impide ejercer esa función de anticipación de sí mismo sin la cual se derrumba el proyecto identificatorio y la relación en el tiempo por venir.

La joven en cuestión no puede experimentar la confirmación entre sus *enunciados identificantes* y el Yo que dichos enunciados nombran bajo la forma de un *identificado*.

La relación de certidumbre entre ambos preserva la *identificación simbólica*, pero, como esto no ocurre, queda desligada temporariamente de sus ideales, y de

allí el *pánico* concomitante a la herida narcisista que en el tratamiento psicoterapéutico comienza a procesar.

Considero que el pánico es el producto de un conflicto identificatorio que se hace presente en el escenario del Yo y que transforma su cuerpo social -efecto de los vínculos libidinales recíprocos sublimados- en organismo abandonado. La amenaza de sus coordenadas simbólicas pone de manifiesto un vacío de sentido que se exterioriza en la vivencia de un peligro mortal. Si el peligro se realiza, el Yo desaparece. Curiosa coincidencia entre miedo a la muerte y suicidio presente en estos casos y que muchos autores subrayan: 68 anulación existencial del Yo.

Estas consideraciones me remiten también a las características del individualismo contemporáneo a las que hice referencia,⁶⁹ ya que se constituye en réplica masiva de la erosión en las referencias del Yo con la consiguiente disolución de identidades y papeles sociales: "sinsentido" que en nuestros días exagera el dolor psíquico que se trasunta en pánico.

V. Otras observaciones clínicas

- Relataré brevemente otras observaciones clínicas que ilustran la misma localización de las deficiencias psicológicas en cuestión.

a) Una señora que tenía alrededor de treinta años manifiesta crisis de pánico cuando su hijo mayor comienza a tener problemas en el colegio. El análisis del caso pone de manifiesto lo siguiente: hasta el momento, ella ocupaba en la estructura familiar el lugar de la "sana", a diferencia de su hermana epiléptica y su padre alcohólico. Ser la "sana" fue la única opción para ser amada por su madre. Una artista plástica conocida que despreciaba todo "desorden" humano con excepción del propio, porque se debía a su "creatividad". Siendo "sana" cumplía los locos ideales de perfección maternos. Los problemas de su hijo ponen en jaque estas identificaciones groseras.

b) Una joven mujer, estudiante de medicina, comienza a padecer ataques de pánico frente a la posibilidad de tener que presentarse a dar exámenes. Hija menor de un matrimonio de médicos, tan exitosos y exigentes como ausentes. Ella había vivido hasta el comienzo de su enfermedad como una mujercita vital y adaptada a los requerimientos paternos y al clima de intelectualidad y científicidad que se respiraba en su casa. La carrera actual la confronta "sin saberlo" con la ausencia de recursos adecuados para encarar un proyecto aparentemente muy deseado, poniendo en cuestión una modalidad conductual

68. Entre ellos, W. Coryell, mencionado en p. 33.

69. Apartado C), p. 53.

hiperidealista que impidió desarrollar hasta el momento las bases para una futura productividad madura.

c) Un hombre que se aproximaba a cumplir cincuenta años padece de ataques de pánico a raíz de problemas con su mujer que amenazaban la perdurabilidad de su matrimonio. Desconcertado, reconocía que no tenían en el presente un vínculo amoroso tan significativo que justificara la gravedad de sus crisis, que lo condujeron a una internación de urgencia. El análisis de su problemática nos reveló el modo en que la existencia de su vínculo matrimonial "hacia fuera" satisfacía aspectos intensamente exhibicionistas y ambiciosos que habían sido muy significativos en su historia familiar. Sus padres sólo deseaban un "buen partido" para él. El conflicto lo dejaba a merced de la realización de metas narcisistas primarias que sustentaban su autoestima e identidad o, según sus propias palabras, "frente a la presencia de un vacío que no sabría cómo llenar". Fue necesario liberarlo de esa carga para que pudiera volver a pensar.

Ninguno de los pacientes a los que he aludido ha podido construir ideales rectores simbólicos que permitan un funcionamiento psíquico más autónomo de las tiranías idealizantes narcisistas.

Frente al fracaso de ese circuito, responden con la correspondiente vivencia de terror, ya que se pone en peligro la continuidad existencial del Yo.

E) CONCLUSIONES

"...el terror tiene caracteres que le son peculiares, a saber, el que las pulsaciones del corazón sean más aceleradas; el que las arterias, principalmente las de la superficie del cuerpo, padezcan una contracción espasmódica, de lo que se origina la palidez y una distensión repentina de los grandes vasos y el corazón; y el que la respiración se interrumpa algunos instantes, como si fuera causada por un espasmo de los músculos de la laringe; el que haya temblor en el cuerpo y piernas... Un trastorno de esta naturaleza ¿no puede producir en ciertas circunstancias los más graves males...?"

Phillippe Pinel⁷⁰

La expresión "angustia pánica" caracteriza la aparición repentina y sin preparación previa de una angustia extrema, paroxística, no referida a ningún peligro real. La fenomenología pone en primer plano la presencia de manifestaciones somáticas; en particular, una distonía neurovegetativa acompañada por la sensación subjetiva de catástrofe inminente (interpretación catastrófica).

Todos aquellos autores que han querido subrayar su carácter distintivo y diferenciarla de otras "manifestaciones de la angustia" han elegido la denominación "Trastorno de pánico" y sus variantes "Desorden de pánico" y/o "Ataque de pánico" = "Vivencia de terror" + "Interpretación catastrófica".

El estudio pone de relieve que este tipo de experiencia angustiosa tiene un matiz particular, un temor intensísimo respecto de la "continuidad del Yo" que se trasunta en pánico.

Me interesa esclarecer qué es lo que puede considerarse la *esencia del pánico*, tomando como punto de partida la perspectiva del psicoanálisis freudiano, ya que

70. Ph. Pinel (1801), *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, Colección: Clásicos de la Psiquiatría, Ediciones Nieva, España, 1998 (reproduce la traducción de 1804).

éste ha sido uno de los pioneros en la comprensión de la etiología psíquica de este fenómeno *pero sin constituirlo en afección*.

Me he orientado a estudiar un número pequeño de casos cuya naturaleza psicógena pudo afirmarse, limitándome a exponer con más detalles sólo el material fragmentario de uno de ellos, acompañado de otros tres episodios clínicos ilustrativos.

Tal como lo desarrollé al comienzo de mi trabajo, los representantes más significativos de la psiquiatría actual ponen de manifiesto diversas formas clínicas y polemizan entre sí. La escuela americana considera al *Panic Disorder* como una "entidad diferenciada" apoyándose en las respuestas a la psicofarmacología; mientras que la escuela europea sostiene que el *pánico* es el extremo final de un continuo que no es distinto cualitativamente de otras manifestaciones de la angustia.

La "vivencia de terror" que caracteriza al *pánico* es referida por los desarrollos actuales al efecto de la desregulación de los sistemas biológicos de alarma que conduce a la supuesta "mala interpretación" que de ello realizan quienes la padecen. Se enuncia como "una sensación de muerte inminente, de volverse loco o de pérdida del control".

No se ha considerado para nada la variable de que los pacientes, lejos de "malinterpretar", pudieran tener razón. En ese caso, ¿por qué no tomarlos al pie de la letra? ¿Por qué motivo millones de personas van a malinterpretar sus sensaciones subjetivas? ¿Por qué no pensar que hay allí una eficiencia en la expresión que no ha sido aún ni precisada ni atendida?

Freud polemizó siempre con los psiquiatras y no con la Psiquiatría. Así fue cómo hizo entrar la problemática del Yo en su teoría, poniendo de relieve las resistencias que le son propias cuando queda pegado a sus inercias imaginarias y al rechazo del inconsciente. (¡!)

A partir de las reflexiones que me ha permitido mi investigación y la constatación clínica, se me han tornando comprensibles las dificultades con las que tropiezan las conceptualizaciones actuales para explicar los *desórdenes de pánico*.

→ (Prestando oídos sordos al hecho de que el mundo para el sujeto psíquico se sostiene en una estructura simbólica, no han considerado que el *pánico* está ahí para darnos testimonio de lo que puede ocurrir en ese Otro sitio.)

Fue especialmente necesario recuperar productivamente la compleja concepción de las determinaciones inconscientes de nuestra vida psíquica e intentar una comprensión analítica del desorden en cuestión.

El estudio del *pánico* me condujo a revisar una y otra vez los conocimientos analíticos sobre la problemática del Yo. Me encontré en el campo de las *patologías narcisistas* y me interesé por formular algunas ideas que se correspondieran con lo que ocurría en el tratamiento de estos pacientes.

La noción clásica de libido del Yo y los aportes de otros autores psicoanalíticos a los que hice referencia me hicieron posible recrear una *representación metabiológica*

que me permitió tomar otro camino para el estudio y el análisis de este tipo de perturbaciones.

Probablemente no haya logrado sino una primera orientación que requerirá de nuevas investigaciones. En ella he puesto de manifiesto la eficacia del conflicto identificatorio y sus consecuencias, como causa eficiente. Éste se desarrollaba entre fuerzas psíquicas que podrían llegar a lo preconscious y a la conciencia y otras que permanecían en el inconsciente.

El conflicto identificatorio afecta a la libido narcisista que catectiza los propios ideales, soportes necesarios para que, en el proceso identificatorio, una mirada testigo los pueda sancionar como "bienes" y permita un desarrollo del Yo.

El *pánico* se desencadena cuando, por caducidad del Ideal, se produce un relajamiento de la estructura libidinal, una ruptura de aquellos lazos que regulaban hasta el momento las relaciones de un sujeto con su propia persona y con los otros, lazos que contenían también el sadismo y el odio. Esto tiene como correlato una derivación somática, descarga automática de un incremento libidinal que rompe una homeostasis y que se verifica en la desregulación biológica que suscita. Aparece concomitantemente pensamiento automático y reacciones primitivas.

Se trata de los restos de un goce narcisista no regulado que se hace presente por desasimiento del Ideal y a raíz de la regresión que eso ocasiona a una fase en la que el Yo no puede construir un sistema psíquico de derivación bajo la especie de una "formación de síntoma". El síntoma primario es la exteriorización del *pánico* acompañada por una brecha psíquica que impide pensar.

Una crisis en el circuito "Yo/Ideal del Yo" pone de manifiesto bruscamente una amenaza a la realización del futuro del Yo. El Yo se encuentra desposeído de su "haber" con el que contaba para "ser" y acontece la "vivencia catastrófica". Regresión a la indefensión cuando se creía en un proceso ordenado hacia la independencia.

Esta ruptura produce la liberación de una intensa carga de libido narcisista que desencadena una "vivencia de terror" y sus concomitantes somáticas. Por la ausencia de preparación no se activa la sobreinvestidura de los sistemas que reciben repentinamente ese monto de excitación. Recuerda al "susto de la neurosis traumática", que supone la penetración de un monto de energía que no se puede circunscribir, ni limitar.

A consecuencia del "trauma" que este proceso ocasiona, se experimenta una desestructuración tal que no es capaz de ofrecer una ligazón simbolizante y el Yo es desbordado.

El *pánico originado psíquicamente en el seno de la economía libidinal del Yo y sus vicisitudes* tiene como manifestación más característica la de presentarse en forma de "ataques" acompañados por síntomas corporales precisos (esos y no otros), como prototipo de una vivencia de peligro sin contenido psíquico. La interpretación catastrófica es su manifestación psíquica.

En ninguna afección parecen faltar sensaciones somáticas displacenteras, ya que corresponden a modificaciones de la libido concomitantes a las modificaciones del Yo. Freud, en su nosología, le había asignado un lugar a la "angustia neurótica" en relación a las "psiconeurosis de transferencia" dependientes de la libido de objeto, equivalente al lugar de la "angustia hipocondríaca" respecto de las "psicosis" y dependiente de la libido del Yo.

Considero que la "angustia pánica" nos remite a una dimensión de "actualidad" que corresponde a los desórdenes de pánico en tanto constituyan una "psiconeurosis narcisista". Es una contrapartida en la libido del Yo de la "angustia neurótica" que corresponde a la libido de objeto. *Nos remite al momento en que el sujeto queda desconectado de la representación especificada como Ideal, lo que despierta una angustia extrema cuya derivación no-simbólica se manifiesta como fenómeno corporal.*

Propongo la siguiente tabla de equivalencias para las sensaciones somáticas displacenteras:

*Angustia neurótica	→	Psiconeurosis de transferencia
*Angustia hipocondríaca	→	Psicosis
*Angustia pánica	→	Psiconeurosis narcisista

El efecto patológico se traduce en la presencia de "un factor traumático" proveniente de la desligadura y de su impacto en la capa protectora o en la fórmula fantasmática.

El punto débil del desarrollo se debe a una dificultad en el procesamiento del conflicto identificatorio que imposibilita la construcción simbólica de la identidad.

La propia catectización del Yo que no está mediatizada por los Ideales, lo confronta a un vacío cuyo efecto clínico transitorio los pacientes enuncian. "Ser", en estas condiciones de pérdida y desasimiento, produce un sufrimiento muy particular cuando el complejo correspondiente al "estado de angustia" se ha astillado. (¡!)

La investigación que he realizado me permite indicar, para concluir, lo siguiente:

- 1) La presencia de "angustia pánica" puede remitir a una entidad clínica diferencial o a un estado psíquico particular.
- 2) En tanto entidad clínica, forma parte de un campo más vasto: el de la patología narcisista, para lo cual me interesa recuperar la distinción freudiana entre "psiconeurosis de transferencia" y "psiconeurosis narcisista", como así también su diferencia con "las psicosis", porque puede llegar a tener un valor pronóstico considerable.
- 3) Para participar de dicha nosología debe distinguirse de la "melancolía", paradigma hasta el momento de las psiconeurosis narcisista. Aunque en ambas se trata de una afrenta narcisista grave, cada una de ellas nos conduce a posiciones subjetivas diferentes.

En la melancolía, hay desinvestidura narcisista y extinción del deseo. El conflicto se desarrolla entre el Yo y el Superyó. El melancólico expresa el desagrado moral por el propio Yo.

En el "desorden de pánico", el sujeto queda a merced de un Yo idealizado que derrumba su proyecto identificatorio. El conflicto se desarrolla entre el Yo y el Ideal del Yo. Pone de manifiesto un "vacío" en el Yo.

En ambos casos el riesgo suicida es importante.

4) La *angustia pánica* es una manifestación específica característica de la patología narcisista y determinada por la eficacia de un conflicto identificatorio.

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

6) Esta desligadura confronta al sujeto con un vacío y produce como resultado una catectización del Yo no mediatizada por el Ideal, lo que actualiza, por la regresión, restos narcisistas no regulados simbólicamente.

7) Destaco 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.*

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

9) 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. (¡!)

F) RESUMEN

Partiendo de la revisión de las corrientes actuales acerca de la nosología y etiología de lo que se ha convenido en llamar "Panic Disorder", me he orientado hacia el estudio de dicha patología refiriéndome a aquellos casos en los que se puede verificar la presencia de motivos psicológicos. Partiendo de los aportes del psicoanálisis, diseñé una aproximación metapsicológica para el estudio del fenómeno del pánico, que ha resultado muy beneficiosa para mi práctica clínica. El relevo de la mitología griega y de algunos ensayos sobre el individualismo contemporáneo han enriquecido notablemente mis puntos de vista.

Esta investigación me ha permitido caracterizar la clasificación de los desórdenes de pánico en las nuevas nomenclaturas DSM-IV y CIE-10, remitirlas a sus filiaciones históricas y discutir las cuestiones nosológicas, poniendo de relieve lo que considero el "síntoma de la psiquiatría contemporánea".

Para concluir, ilustro mis consideraciones con la presentación del análisis de material clínico.

G) BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2ª edición, Washington DC, APA, 1968.
- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª edición, Washington DC, APA, 1987.
- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edición, Washington DC, APA, 1994.
- Amering, M. and H. Katsching: "Panic Stracks and Panic Disorder in Cross-Cultural Perspective", *Psychiatric Annals* 20-9, 1990.
- Asociación Psiquiátrica Americana: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV, Editorial Masson, Barcelona, 1995.
- Aulagner, Piera: *Los destinos del placer*, Ediciones Petrel, Barcelona, 1980.
- Ayuso Gutiérrez, J. L. y Salvador Carulla: *Manual de Psiquiatría*, Ed. McGraw Hill, Universidad Complutense de Madrid, 1992.
- Baumeyer, F.: "Der psychogene akute Herzanfall", *Ztschr Psychosom Med Psychoanal*, 12, 1996.
- Baumgart, Amalia: *El Problema de las Identificaciones en la Histeria*, Colección Psicoanálisis y Psicopatología, Editorial Tekné, Buenos Aires, 1990.
- Beard, G. M.: "A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia): Its Symtoms, Nature, Sequences, Treatment", en Wood: *British J. of Psychiatry*, 1 (1941) (1880).
- Beck, A. T.: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International Universities Press, New York, 1976.
- Behr, F.; Crocq, L. y C. Vauterin: "Sémiologie des conduites de fugue", *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, 37113 A, 2, Paris, France, 1985.
- Cassano, G. B.; Perugi, G. y L. Museti: "Comorbidity in Panic Disorder", *Psychiatric Annals* 20-9, 1990.
- Caughey, J. L.: "Cardiovascular Neurosis - A review", en *Psychosomatic Medicine*, 1, 1939.
- Cía, Alfredo H.: *Ansiedad, estrés, pánico, fobias*, Editorial Sigma, Buenos Aires, 1994.
- Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS), CIE-10: "Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico", Edición Española, Ed. J. J. López Ibor (ed.). Meditor. Madrid. 1992.

- Coryell, W.; Noyer, R. and J. D. House: "Mortality among outpatients with panic disorder", *American Journal of Psychiatry*, 143, 1986.
- "Mortality among outpatients with anxiety disorders", *American Journal of Psychiatry*, 143, 1986.
- Cotterell, Artur: *Diccionario de Mitología Universal*, Editorial Ariel, Barcelona, 1988.
- Chasseguet-Smirgel, Janine: *Das Ichideal*, Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Verlag Frankfurt am Main, 1987.
- Chemama, Roland: *Diccionario del Psicoanálisis*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1998.
- Da Costa, J. M. (1871): "A clinical study of a functional cardiac disorder and its consequences", *American Journal of the Medical Sciences*, 61.
- Easton, M. S. and P. G. Janicak: "The Use of Benzodiazepines in Psychotic Disorders", *Psychiatric Annals*, 1990, pp. 20-9.
- Eaton, W. W. et al.: "The epidemiology of panic attacks and panic disorders", *Am. J. Epidem.*, 1985.
- Eaton, W. W.; Kessler, R. C.; Wittchen, H. U. and W. J. Magee: "Panic and panic disorder in the United States", *American Journal of Psychiatry*, 151, 3, 1994.
- Freud, S.: "Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als 'Angstneurose' abzutrennen". Studienausgabe. Bd. VI. Fischer Verlag. Frankfurt am Main, 1971.
- (1894): "La neurastenia y la neurosis de angustia: sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de 'neurosis de angustia'", en *Obras Completas*, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.
- (1896): "La herencia y la etiología de las neurosis", tomo 1, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1896): "Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa", tomo 1, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1898): "La sexualidad en la etiología de las neurosis", tomo 1, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1905): "Tres ensayos sobre una teoría sexual", tomo 1, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1914): "Introducción al narcisismo", tomo 1, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1919): "Lo siniestro", tomo 2, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1920): "Más allá del principio del placer", tomo 1, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1921): "Psicología de las masas y análisis del yo", tomo 1, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1921): "Massenpsychologie und Ich-Analyse", Bd. IX. Fischer Verlag. Frankfurt am Main, 1971.

- (1923): "El yo y el ello", tomo 2, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1925): "Inhibición, síntoma y angustia", tomo 2, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1926 [1925]): "Hemmung, Symptom und Angst", in Freud Studienausgabe, Band VI, 227-308. S. Fischer Verlag. Frankfurt am Main, 1971.
- (1930): "El malestar en la cultura", tomo 3, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- (1933 [1932]): "Angst und Triebleben", in Sigmund Freud Studienausgabe Band I. 517-543. S. Fischer Verlag. Frankfurt am Main, 1989.
- (1933): "Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse", Freud Studienausgabe Bd. I. Fischer Verlag. Frankfurt am Main, 1989.
- (1933): "Nuevas aportaciones al psicoanálisis", "Nuevos trabajos de introducción al psicoanálisis", tomo 2, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- Gelder, M.; Gath, D. and R. Mayou: *Oxford Textbook of Psychiatry*, second edition, Oxford University Press, Oxford, 1988.
- Gray, J. A.: *The Neuropsychology of Anxiety*, Oxford University Press, Oxford, 1982.
- Grimal, Pierre: *Diccionario de Mitología Griega y Romana*, Editorial Paidós Ibérica, Barcelona, 1994.
- Hardy-Bayle, M. C.: *El Diagnóstico en Psiquiatría*, Edición Española, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1996.
- Holsboer, F. y M. Phillip (Hrsg.): *Angststörungen*, SM Verlag, Gräfelfing, 1993.
- Horwarth, E.; Johnson, J. and Ch. D. Hornig: "Epidemiology of Panic disorder in African-Americans", *American Journal of Psychiatry*, 150, 3, 1993.
- Kaplan and Sadock's: *Synopsis of Psychiatry*, Seventh Edition, New York University Medical Center, 1991.
- Kenardy, J.; Fried, L.; Kraemer, H. and C. Barr Taylor: "Psychological Precursors of Panic Attacks", *British Journal of Psychiatry*, 160, 1992.
- Kierkegaard, Sören: *Der Begriff Angst*, Europäische Verlagsanstalt, Hamburg, 1991.
- Klein, D. F.: "Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes", *Psychopharmacologia*, 5, 1964.
- *Anxiety reconceptualized*, Raven Press, New York, United States, 1981.
- Kokkinou, Sofia: *Mitología Griega*, Editor Intercarta, Atenas, 1989.
- Kulenkampff, C. and A. Bauer: *Über das Syndrom der Herzphobie*, Der Nervenarzt, 31, 1960.
- Lacan, Jacques: *Escritos I*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1979.
- *Escritos II*, Siglo XXI Editores, México, 1975.
- Leépine, J. P. et J. M. Chignon: "Semiologie des Troubles Anxieux et Phobiques", *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*: 37-112-A-10, Paris, 1994.
- León, C. A. and A. León: "Panic Disorder and Parental Bonding", *Psychiatric Annals* 20-9, 1990.
- Lipovetsky, Gilles: *La era del vacío*, Editorial Anagrama, Barcelona, 1986.

- López Ibor, J. J.: *La angustia vital endotímica*, Editorial Gredos, España, 1966.
- Margraff, J.; Ehlers, A. and W. T. Roth: "Mitral valve prolapse and panic disorder: A review of their relationship", *Psychosomatic Medicine*, 50, 1968.
- Margraff, J. and S. Schneider: *Panik, Angstanfälle und ihre Behandlung*, Springer, Berlin, 1989.
- Maring, M. and M. D. Katsching: "Panic attacks and panic disorder in cross cultural perspective", *Psychiatric Annals* 20-9, 1990.
- Marks, I. M.: "The Clasification of Phobie Disorders", *Brit. J. Psychiatry*, 116, 1970.
- Mentzos, St. (Hrg.): *Angstneurose*, Fischer, Frankfurt, 1984.
- Miller, Jacques A. y otros: *Metáfora y delirio*, Dor S.L. Ediciones, Madrid, 1993.
- Monchablon, Espinosa y otros: *Temas de psiquiatría clínica*, Editorial Salerno, Buenos Aires, 1995.
- Myers, A. B. R.: "On the Aetiology and Prevalence of Disease of the Heart Among Soldiers", London: Churchill, 1870, en *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984: 41.
- Noh, S.; Speechley, M.; Kaspar, V. and Z. Wu: "Depression in Korean Immigrants in Canada", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, USA, 180, 1992.
- Odgen, C. K. e I. A. Richards: *El Significado del Significado*, Ediciones Paidós, Barcelona, 1984.
- Organización Mundial de la Salud: "Trastornos mentales y del comportamiento", *CIE-10*, Edición Española FORMA S.A., Madrid, 1992.
- Omnicar? Digital*, *Revue Electronique multilingue de psychanalyse*, Publié a Paris par Jacques A. Miller, 1999.
- Schröter, Michael: *Sigmund Freud Briefe an Wilhelm Fliess. 1887-1904*. S. Fischer Verlag. Frankfurt am Main, 1986.
- Shear, M. K.; Cooper, A. M.; Klerman, G. L. y col.: "A Psychodynamic Model of Panic Disorder", *American Journal of Psychiatry*, 150 (6), 1993.
- Soley, M. H. and N. W. Schock: "The etiology of the effort syndrome", *American Journal of Science*, 196, 1983.
- Stavrakaki, Ch. and B. Vargo: "The Relationship of Anxiety and Depression, A review of the literature", *Brit. J. Psychiatry*, 149, 1986.
- Stekel, W.: *Nervöse Angstzustände und ihre Bedeutung*, Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1924.
- Studt, H. H.: "Herzneurose", *Med. Klin*, 74, 1979.
- Tyrer, P.: "Classification of anxiety disorders, A critique of DSM-III", *Journal of AFF*, Oxford, 1986.
- Weissman, M. M.: "The epimediology of anxiety disorders", A. H. Tuma y U. D. Maser (eds.), Hillsdale, New York, 1985.
- Weltgesundheits-Organisation (WHO): *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*, 5. Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD. Dt. Ausgabe herausgegeben von R. Degkwitz, H. Helmchen, G. Kockott, W. Mombour. Springer, Berlin, 1980.

- Westphal, C.: "Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung", *Archives of Psychiatric Nervenkrankh*, 3, 1872.
- Wilson, M.: "DSM III and transformation of American Psychiatry. A history". *Am. Journal Psychiatry*, 150, 3, 1993.
- Winnicott, D. W.: "Aspectos Clínicos y Metapsicológicos de la Regresión dentro del Marco Psicoanalítico", *Rev. Psicoanálisis A.P.A.*, tomo XXVI, N° 3, Buenos Aires, 1969.
- Wood, P.: "Aetiology of Da Costa's syndrome", *British Journal of Psychiatry*, 1, 1941.



tesis de doctorado

Otros títulos de la colección

Mónica B. Cagnolini
Nietzsche, camino y demora

Silvina Gvirtz
*El discurso escolar a través
de los cuadernos de clase.
Argentina (1930 y 1970)*

Graciela Vidiella
El derecho a la salud

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
C. E. Ps

N° CLASIFICACIÓN	SERIE
3.01	Comp
	11574

Esta edición de 500 ejemplares se imprimió y encuadernó en
OFFSET DIFO S.H., Rosario 4751- Adolfo Sourdeaux - Bs. As.
en el mes de marzo de 2004



tesis de doctorado

Partiendo de la revisión de las corrientes actuales acerca de la nosología y etiología de lo que se ha convenido en llamar "Panic Disorder" la autora se ha orientado hacia el estudio de dicha patología refiriéndose a aquellos casos en los que se puede verificar la presencia de motivos psicológicos. Desde los aportes del psicoanálisis, ha diseñado una aproximación metapsicológica para el estudio del fenómeno del pánico, que ha resultado muy beneficiosa para su práctica clínica. El relevo de la mitología griega y de algunos ensayos sobre el individualismo contemporáneo han enriquecido notablemente sus puntos de vista. Esta investigación le ha permitido caracterizar la clasificación de los desórdenes de pánico en las nuevas nomenclaturas DSM-IV y CIE 10, remitirlas a sus filiaciones históricas y discutir las cuestiones nosológicas, poniendo de relieve lo que considera el "síntoma de la psiquiatría contemporánea".



 **Eudeba**
www.eudeba.com.ar

900006

ISBN 950-23-1166-3

