



## EL ATAQUE DE PANICO. UN ESTUDIO PSICOANALITICO

Lic. José Andrés Cernadas\*

**E**l ataque de pánico o crisis de angustia, según la clasificación del DSM-IV, ha tomado notoriedad en nuestro medio en la última década del siglo XX, y se constituye, de ese modo, como una patología de fin de siglo.

Resulta altamente sugestivo descubrir, al poco andar, que Sigmund Freud realiza su descripción sintomatológica en 1894, es decir a fines del siglo XIX (Freud, S.; 1895b [1894]), bajo la denominación de "Ataque de angustia".

Por otra parte el tema ha despertado mi interés y mi sorpresa como psicoanalista al encontrarme, por un lado, con pacientes afectados por esta patología y por el otro con muy poca bibliografía desde el psicoanálisis. Sobre todo en comparación con otras teorías psicológicas, la bibliografía en psiquiatría y fundamentalmente en psicofarmacología.

Creo encontrar una primera explicación en la cita del mismo Freud en su artículo de 1894: "...no proviene de una representación reprimida, sino que al análisis psicológico se revela no susceptible de ulterior reducción, así como **no es atacable mediante psicoterapia**". (Freud, S.; 1895b [1894]: 97). De esta manera dejaba los casos de ataques de angustia fuera del universo del psicoanálisis.

Esta sentencia freudiana sin embargo, es hoy susceptible de ser escuchada conforme a los ulteriores desarrollos del psicoanálisis y del propio Freud, me refiero en especial a sus trabajos sobre la angustia.

Como está dicho más arriba, el encuentro con pacientes con crisis de angustia me despertó un gran interés como psicoanalista debido a las características de esta patología.

---

\* Supervisor en la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños, de UCES.



En principio llamó mi atención el intenso padecimiento psíquico que manifiesta el paciente cuando refiere el momento mismo de la crisis de angustia, lo cual hacen, en general, en forma vívida y abundando en detalles descriptivos del momento rememorado. En las primeras sesiones este relato se impone, prácticamente no se puede hacer referencia a otras cuestiones de la historia del sujeto. Ese momento es referido entonces como: "pura angustia y desesperación"...,"no se lo deseo a nadie"...,"es aterrador, me vino de golpe", se remarca la imposibilidad de hacer algo para controlar la situación y el reinado de la imposición sintomática.

No aparece en estas primeras sesiones la historia de un sujeto, un padecer que se interroga, no se trata de un "no sé lo que me pasa". Aquí el paciente dice: "¡mire lo que me pasa!" y luego instala la urgencia de un pedido de cura rápida. Por este motivo y por que sus manifestaciones son, en su gran mayoría, síntomas corporales, estos pacientes van a consultar al médico, por lo general clínico o cardiólogo, y desde allí son derivados a tratamiento psicológico.

Este es el primer gran escollo para el abordaje psicoanalítico, no hay despliegue simbólico, la "realidad" del síntoma lo dice todo. Se instala, desde la angustia, la necesidad de un "hacer algo" que urge, pero que en lo manifiesto es un no poder hacer nada, que no da lugar al sujeto que habla y se interroga a través de la palabra dadora de sentido.

### El marco teórico

En el DSM-IV se establecen los siguientes síntomas para el diagnóstico de la crisis de angustia o ataque de pánico: "*Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.*

- (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 se - parado 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" (DSM IV; 1995:403).*

Freud, en su trabajo "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia"(1894), describe las siguientes manifestaciones clínicas:

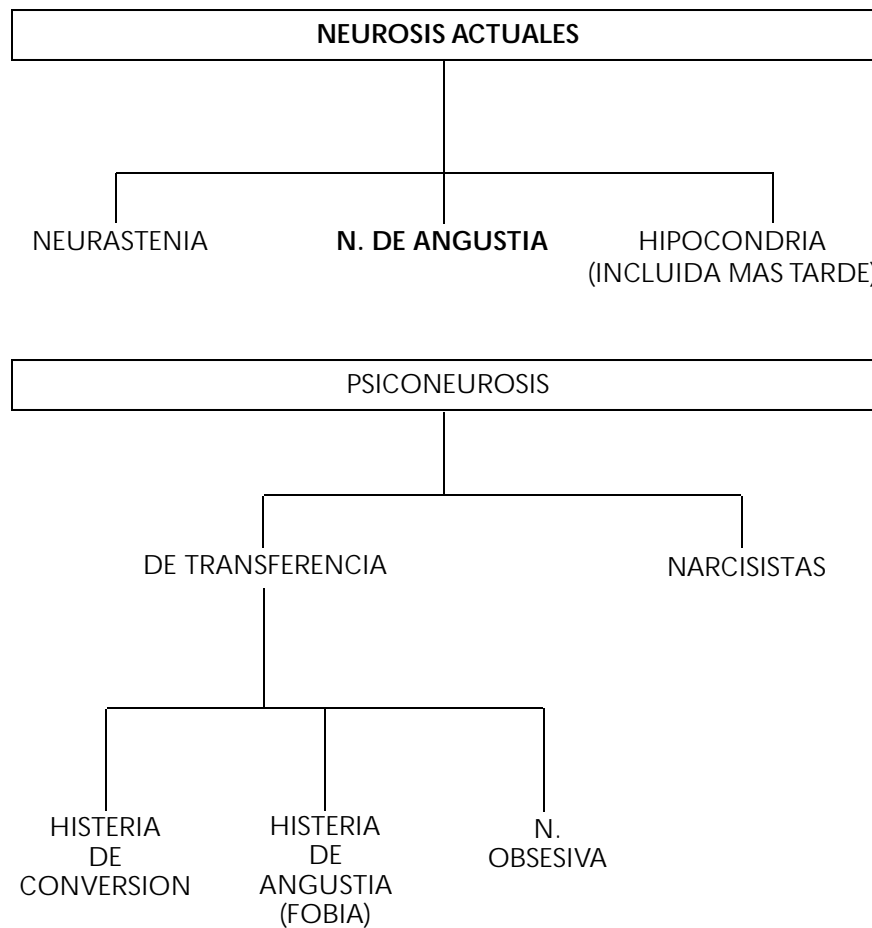
- 1) *perturbaciones cardíacas, palpitaciones, arritmia breve, taquicardia persistente.*
- 2) *perturbaciones respiratorias: disnea.*
- 3) *oleadas de sudor.*
- 4) *temblores y estremecimientos.*
- 5) *hambre insaciable, vómitos, náuseas.*
- 6) *diarreas.*
- 7) *vértigo locomotor.*
- 8) *parestesias.*
- 9) *urgencia de orinar.*



10) *insomnio*.

Propongo situarme en estos momentos de la teoría freudiana para partir desde allí y avanzar hacia el fecundo campo de sus teorías sobre la angustia y los aportes posteriores de autores que se han ocupado del tema.

Punto de partida (1894):





Lo que me interesa destacar aquí es que esta división entre neurosis actuales y psiconeurosis está atravesada por la primera teoría de la angustia. Recordamos entonces que en el caso de las neurosis de angustia, Freud sostiene que la causa de su producción se atribuye a la dificultad para la descarga de la tensión sexual acumulada y que ésta, al no disponer de una vía de salida se transforma en angustia. El punto de vista económico esta sustentando la teoría en los inicios. "¿Cómo se va a metabolizar ese quantum de energía libre que, como pura excitación, deviene angustia traumática, es decir intramitable?"

Si consideramos las distintas etiologías veremos que el criterio para la división establecida, y que ilustra el esquema expuesto, fue que: "*en las neurosis actuales una disfunción somática de la sexualidad; en las psiconeurosis, un conflicto psíquico. El origen de las neurosis actuales no debe buscarse en los conflictos infantiles, sino en el presente*" (Moizeszowicz M.; 1997:21). Es el cuerpo el que se encuentra en mayor grado comprometido. Son las funciones corporales relacionadas con los estados de alarma, dependientes en su gran mayoría del sistema nervioso autónomo, las implicadas.

En las psiconeurosis, la diferencia es que el conflicto es psíquico, el síntoma se constituye como una expresión simbólica y sobredeterminado por las vivencias o hechos del pasado.

En las neurosis de angustia los síntomas son expresión de la falta o inadecuación de la satisfacción sexual. Cito a Freud: "*Si la reacción específica no puede producirse, crece desmedidamente la tensión psicofísica (el afecto sexual) se vuelve perturbadora, pero no hay todavía fundamento alguno para su mudanza... En la neurosis de angustia esa mudanza sobreviene;... la tensión física crece, alcanza su valor de umbral con el que puede despertar afecto psíquico, pero por razones cualesquiera, el anudamiento psíquico que se le ofrece permanece insuficiente; es imposible llegar a la formación de un afecto sexual porque faltan... las condiciones psíquicas: así la tensión física no ligada psíquicamente se muda en... angustia*". (Freud, S.; 1892-99:232).

Freud relaciona tan profusa cantidad de síntomas somáticos con el coito: "*También en el coito normal la excitación se gasta, colateralmente como agitación respiratoria, palpitations del corazón, oleadas de sudor. Y en el correspondiente ataque de angustia, tenemos la disnea, las palpitations, aislados del coito y acrecentados*". (Freud, S.; 1895b [1894]:110). Esta relación se verá cuestionada y modificada. En la Interpretación de los sueños



(1900), Freud relaciona el "acto de nacimiento" con los sueños de angustia y en Inhibición síntoma y angustia propone el nacimiento como modelo arquetípico de toda angustia, y "por eso nos inclinamos a ver en el estado de angustia una reproducción del trauma del nacimiento" (Freud, S.; 1923:126).

Esta relación es fundamental para avanzar en nuestros propósitos.

El nacimiento entonces no puede no ser angustioso, la angustia le es inherente, y en ese sentido es un ataque de angustia, una neurosis de angustia aguda. Un ejemplo claro de angustia automática.

Pero aquí necesitamos remitirnos al mismo Yo incipiente, el llamado Yo real inicial que no cuenta, de ningún modo, con la posibilidad de tramitación de semejante monto de angustia, su funcionamiento es símil "arco reflejo", y necesitará de la función auxiliar y estructurante de su madre (adulto significativo). En esta situación el desamparo inicial y la prematuración dan un claro sentido a la necesidad de cuidado y de humanización del cachorro humano.

Las posibilidades de tramitación, en los inicios, que permitan pensar en la posibilidad de prepararse o anticipar el peligro mediante una "angustia señal" es impensable. Al respecto cito a Juan José Calzetta: "... sólo es concebible a partir del momento... que comienza su funcionamiento preconscious según el Principio de Realidad" (Calzetta J. J.; 1997:7).

En ese momento el Yo puede ser advertido del peligro y poner en marcha la señal displacentera de la angustia para evitar que el Ello avance hacia la identidad de percepción o hacia la descarga cuando éstas se realizan ante una situación externa inadecuada o peligrosa, como lo señala Freud en Inhibición, síntoma y angustia (1923).

Esta capacidad anticipatoria del Yo estará posibilitada en su funcionamiento pleno a partir de la vigencia del proceso secundario. Las representaciones palabra, propias del pensamiento preconscious, ligarán aún lo displacentero y podrán anticipar los peligros que amenazan al Yo.

El Ello, guiado por el principio de placer, no podrá realizar ningún trabajo de anticipación.

De este modo antes de la instalación del Yo de realidad definitivo, la



irrupción de la angustia no podrá estar ligada a la capacidad anticipatoria.

Por lo tanto, si pensamos el ataque de pánico en esta línea, constatamos el efectivo dismantelamiento del aparato psíquico, la regresión a momentos previos a la división intersistémica y la repetición de una situación económica semejante a la del nacimiento.

### Otros autores psicoanalíticos

En el ataque de pánico, la sintomatología, en un primer momento, puede jaquear la posibilidad de que se produzca un encuentro terapéutico, es decir se genere una neurosis de transferencia, el lugar de cultivo del trabajo analítico. Sin embargo, podría decirse que el desafío es sostener el espacio analítico pese al pánico del paciente y, sobre todo en los inicios, no soslayar el del terapeuta. Si se superan los "fantasmas" del primer acercamiento se habrá dado a mi entender un gran paso y se pondrán las bases de la relación analítica. A pesar de éstas y seguramente otras dificultades, muchos autores desde el psicoanálisis se han interesado en teorizar acerca de esta patología.

Entre ellos Clelia Manfredi y Leonardo Linetzky proponen "*profundizar la investigación sobre tempranas experiencias infantiles de muerte de figuras psicológicamente significativas. Pensamos que es posible que estos pacientes hayan sufrido un fracaso en la posibilidad de negar, simbolizar o contener en la vida mental la temática de la propia muerte*" (Manfredi C.; Linetzky L.; 1996:90). Por otra parte, consideramos los aportes de Maran H. De Marcano, quien en su artículo nos recuerda una cita de Françoise Dolto (1984) teniendo en cuenta que el tratamiento psicoanalítico consiste en aportar las diferentes castraciones: "*la no castración umbilical refiere a que el niño está en un estado fusional con el otro*" (De Marcano H.; 1999:56). Y en sus Reflexiones finales agrega: "*¿no habría que reconsiderar algunas de las ideas propuestas por Freud, como por ejemplo, el hecho de que dicha afección tenga su origen en la sexualidad mal canalizada, y que su causa sea actual? Es pertinente subrayar el valor de la agresión reprimida como una de las causas de este desbordamiento de angustia, reconfirmar la idea freudiana de que, a diferencia de las fobias y la histeria, en esta afección, al igual que en las neurosis de angustia, la misma es el síntoma principal y la crisis representa su descarga directa*" (De Marcano H.; 1999:57). Otros autores han elaborado sus teorías en este sentido, Austin Silver (1989), Antonino Ferro (1996), etc.; sin embargo, me ha resultado más cercana la hipótesis de Barbara



Milrod (1995), quien plantea que cuando Freud "adopta su segunda teoría de la angustia, él describe dos tipos de angustia. La más temprana forma es la angustia traumática, que ocurre cuando el aparato psíquico inmaduro es sobrepasado por los estímulos, la barrera de protección antiestímulo aún no está formada y la función materna de protección falla (Freud 1926). Con la maduración y el desarrollo, el yo y sus funciones se vuelven más estructurados. La comprensión de la realidad por el niño, un bagaje de memorias y la función de anticipación del yo, se desarrollan y el niño puede anticipar peligros. En este punto del desarrollo el niño adquiere la habilidad de dar una señal de angustia" (Milrod, B.; 1995:161). En el ataque de angustia (P.A.) la angustia que emerge es la angustia traumática sin el "apronte angustioso"; es decir, sin angustia señal hacia las operaciones defensivas del yo, que apuntan a la superación y prevención de la angustia traumática.

En esta línea de pensamiento se inscriben los aportes de Mirta Moizeszowicz, Isabel Lucioni y Juan José Calzetta (Actualidad Psicológica, Diciembre 1977). Amalia Baumgart (2001), quien elaboró su tesis doctoral sobre el tema que nos ocupa, destaca la importancia del conflicto identificatorio y el Ideal, siguiendo a Piera Aulagnier.

Por otra parte, Hugo Bleichmar, luego de un análisis pormenorizado de los distintos factores que confluyen para que se genere un A.P., concluye que "sólo un modelo que contemple la complejidad de factores en juego, nos permitirá no sólo aclarar en cada caso cuáles son las dimensiones relevantes sino establecer principios técnicos del tratamiento, momentos del mismo, y la conveniencia o no de combinar formas de intervención" (Bleichmar H.; 1999:14).

Quedan planteadas de este modo dos cuestiones que son ejes del tema y que se destacan como lugares privilegiados a develar: el eje teórico con la problemática de la angustia como telón de fondo y el eje técnico que hace "estallar" el modelo clásico de encuadre en psicoanálisis.

### **Paula: 12 años<sup>1</sup>**

Paula está en 7° grado. Su padre Sergio tiene 37 años, es matricero. Su ma-

---

<sup>1</sup> El presente caso fue trabajado en Supervisión con la Lic. Irma Borisonik, a quien agradezco haberme autorizado su publicación.





dre Laura, de 33 años, es profesora. Tiene 2 hermanas: Melisa de 8 años y Candela de 6 años.

Viene a consulta la mamá sola y dice de Paula: "Ella se desarrolló a los 10 años y 8 meses, durante las vacaciones de invierno tuvo transpiración, palpitaciones y miedo a morir. Ahora hace dos noches que no duerme, siente que está viviendo 'algo que ya vivió', pregunta si es real. Habitualmente es mandona, enseñó a sus hermanas a leer y a escribir, lleva la batuta, no deja dormir a las hermanas porque se siente mal, tiene 8,5 de presión, casi no come y no quería venir a consulta".

"Pregunta si lo que ella ve está pasando, siente que era antes otra persona y ahora no lo es. Vio una película que se llama "La aritmética del Diablo", trata sobre los nazis, de una chica judía actual que se transporta hasta la Alemania nazi y después vuelve a la vida de hoy. Hace dos años que falleció la bisabuela y cuando se siente mal piensa cosas malas."

La mamá de Paula es hija de padres separados desde los 2 años de ella. Al padre nunca más lo vio. La madre se volvió a casar y tuvo dos hijos. El papá tiene 4 hermanos, él es el mayor. Dos de los hermanos son oligofrénicos y otro con retraso madurativo, por eso antes de tener un bebé ellos hacen estudios genéticos.

"Después de 3 años de casados nace Paula, tomó pecho hasta los 11 meses, fue muy despierta, habló y caminó rápido, de carácter fuerte, a los 3 años quiso ir al jardín y después no quiso ir más, mordía.

"Demuestra ser muy madura, hace mandados, prepara la leche, cuida a sus hermanas, es celosa, es responsable, Usó chupete hasta los 1 1/2 años, pañales hasta los 2 años; tuvo infecciones urinarias.

"Hacia el año y medio tuvo miedo a los paraguas o si se envolvía la cabeza con una toalla. Duerme en su cama arriba, siempre sigue con sus ideas. Se cambia y elige su ropa. Va y vuelve enojada a la escuela.

"Jugaba mucho sola, a la maestra, con la computadora, en la pileta. Estos días no tiene iniciativa. Dice que la tratan mal sus compañeros porque ella los trata mal. No sabe trabajar en grupo, siempre quiere tener razón. Extrañamos los amigos de la otra escuela. No es de tener muchos amigos, somos muy cerrados como familia. El nombre Paula se lo pusimos por la bruja de una serie de televisión.



"Estamos por mudarnos, fuimos Testigos de Jehová, ahora no lo somos y los chicos no pueden comentar nada en casa de los abuelos (abuelos maternos y paternos)."

### Entrevista con Paula

Parece grande para su edad, dice: "Tengo miedo de morirme". Se pone a armar un rompecabezas, dice que le gustan mucho. No habla luego.

### Algunas reflexiones

A los efectos de este escrito no he tomado otros datos de Paula, el que de este modo queda circunscripto a las primeras entrevistas.

La referencia a la película "La aritmética del Diablo", título que por sí mismo es más que sugestivo, me pareció importante, dado que actúa como desencadenante del cuadro según la hipótesis materna.

En dicha película la protagonista, una adolescente judía en conflicto con sus orígenes, reniega de serlo. En estado de ensoñación revive los acontecimientos por los que atravesó su abuela durante el régimen nazi en un campo de concentración. La abuela, enferma y por lo tanto en peligro de ser eliminada, tose en momentos en que pasaba la guardia de inspección, alertado el oficial la señala diciendo: "¡traigan a la del pañuelo blanco!" (lo tenía sobre su cabeza). Mientras el soldado camina hacia su cucheta, una amiga de la abuela toma el pañuelo y se lo pone sobre la propia cabeza, el soldado se lleva a esta amiga. Esta escena cambia la actitud de la protagonista, quien se muestra entonces orgullosa de su herencia y reconciliada con sus orígenes.

Paula es una púber en plena metamorfosis, en este sentido la madre refiere de su hija, al inicio de la entrevista, como un primer dato que "se desarrolló a los 10 años y 8 meses, y podemos situar aquí un cambio asimilable a un "nacimiento", frente al cual los interrogantes que abrimos plantean por ejemplo: ¿con qué posibilidades y/o recursos cuenta Paula para metabolizar estos acontecimientos?, ¿Quién le responde a su pregunta ¿qué es ser mujer?, ¿por qué tiene miedo de morirse? En el Yo y el Ello (1923), Freud habla de dos posibles alternativas ante las cuales el Yo puede dejarse morir, cuando se siente no amado por el Super Yo, y la otra cuando no se siente amado por la realidad, y en este sentido estaría fijada al trauma de la abuela. Dicho trauma plantea un cuerpo amenazado de muerte, y esa amenaza es



“real”. A ello podemos agregar el deseo de una madre a que muera su hijo enfermo (ver argumento de la película y la compleja situación en torno a la herencia de la familia del padre).

La figura de los abuelos es decisiva en el padecer de Paula, lo transgeneracional, como herencia “ruleta”, juega para ser justificado desde una religiosidad dogmática. Dogma que a modo de delirio compartido en la familia amenaza tanto en la separación, en la diferencia, como en el crecimiento, en el nacer. Salir del modelo “nazi” no es fácil, si alguien está fuera de sus leyes puede morir. Salir es ser objeto de la forclusión de los abuelos.

El rol de la madre en el vínculo ha tendido a certificar si su hija es idónea e inteligente, ideal al que Paula ha tratado de responder. En este sentido la madre queda en el lugar de la “guardia de inspección” de la película y no de la amiga que está dispuesta a tomar su pañuelo. El padre no es “hablado” desde esta madre, sólo lo refiere como portador de una herencia ominosa. Los hombres por lo tanto o se van, como el padre de su madre, o amenazan la descendencia.

La emergencia de la pubertad, la menarca y el cambio de niña a púber corre el riesgo de vivirse como enfermedad y no como crecimiento.

Cómo decirle a estos abuelos que la familia quiere salir, salir del encierro, tener amigos, crecer con otros, salir del encierro del dogma.

Se trata de una crisis vital, donde la complejización creciente se ve amenazada por las fallas en las inscripciones tempranas, de resignificaciones edípicas que dan cuenta de una sexualidad sancionada, un cuerpo que, siendo erógeno, está llamado a ser sacrificado.

Sexualidad a su vez atravesada por las vicisitudes de su propia “metamorfosis” y que expresa claramente la siguiente cita de David Maldavsky: *“En este segundo tiempo, el estado tóxico inicial de carácter universal de la sexualidad, tiempo que media entre la tensión que origina y la posibilidad de descarga, se sobreagrega, su tramitación por lo tanto se vuelve traumática, opera como un exceso en el Psiquismo y deviene angustia automática”* (Maldavsky, D.; 1999:230).

Hacia el final de la entrevista se propone un giro que abre perspectivas en el caso y es cuando la madre refiere que quieren mudarse y han abandonado la religión de los abuelos; esto todavía no puede hablarse y por lo tanto



tampoco concretarse. Este estado de cosas es el que trae Paula en la primera entrevista, sumamente angustiada sólo puede hablar de su miedo a morir, pero luego, nuevamente aparecen las posibilidades para trabajar analíticamente simbolizadas en el rompecabezas, que además "le gusta mucho".

### Conclusiones

La irrupción del A.P. da cuenta de una situación vital más que de un hecho puntual, es todo el proyecto de vida el que está amenazado, se forma como un embudo que hace resistencia a la subjetividad. Es la caída de las pseudoadaptaciones con las que el sujeto intentó sostenerse en su existencia, y señala **sus dependencias y la falta de autonomía**. En este sentido los núcleos fusionales no han sido resueltos y el sujeto vuelve a ser un cuerpo desmembrado, "rotos los lazos recíprocos", a quien la madre sostenía con su mirada en una unidad yoica endeble. Salir de esa "mirada", proponerse como sujeto autónomo, implica sostener su propia vida pulsional. Por lo tanto si hay fallas, la tramitación psíquica se ve amenazada y sólo resta la descarga en un cuerpo a modo de pararrayos pulsional.

Freud, en "Psicología de las masas" propone que el origen de la angustia neurótica se encuentra en la "magnitud del peligro" y/o "la ruptura de lazos afectivos", haciendo extensivos estos conceptos a la angustia colectiva, que de este modo "presenta múltiples analogías con la angustia neurótica". Los efectos de este "miedo colectivo", descritos más adelante, se caracterizan porque: "...ya no se presta oídos a orden alguna del jefe, y cada uno cuida por sí sin miramiento por los otros. Los lazos recíprocos han cesado, y se libera una angustia enorme, sin sentido". (Freud, S.; 1921:91) Es decir el pánico.

Quiero destacar además la importancia de considerar la singularidad de cada caso, la necesidad de sostener una actitud terapéutica comprometida con estos pacientes, que, cuando el caso lo amerite, permita considerar el abordaje interdisciplinario. En los inicios, como lo vimos en el caso Paula, se trata generalmente, de un trabajo cuidadoso de "construcción" de "pedazos de historia" donde muchas veces se esconden acontecimientos traumáticos. Es aconsejable plantear objetivos a mediano y largo plazo dentro de una estrategia de tratamiento abierta al paciente, es decir explicada y trabajada con él señalando las etapas y las metas a alcanzar. Y fundamentalmente, paciente y terapeuta trabajar para superar el "pánico al pánico", muchas veces puesto al servicio de la pulsión de muerte, sobre todo cuando es vivenciado como un certero ataque al tratamiento analítico mismo.



## Bibliografía

Baumgart, Amalia, (2001) *Ataque de Pánico y Subjetividad. Estudio Clínico-psicoanalítico*, Buenos Aires, Eudeba, 2001.

Bleichmar, Hugo, (1999) "El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque "Modular-Transformacional", en *Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis* N° 3, Madrid, España, Noviembre 1999.

Calzetta, Juan José, (1997) "Sobre los miedos", en *Actualidad Psicológica*, Año XXII, N° 249, Buenos Aires, 1997.

DSM-IV, (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Massons S. A., Barcelona, 1995.

Ferro, Antonino, "Carla's panic attacks, insight and transformation; what comes out of the 'cracks'-monsters or nascent thoughts?", en *The International Journal of Psycho-Analysis*. V. 77, pte. 5: p.997-1011, Londres, 1996.

Freud, Sigmund, (1950 [1892-99]) "Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia?", en *Fragmentos de la correspondencia con Flies*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, Tomo I, 1986.

(1895b {1894}) *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"*, A. E., Tomo III, 1986.

(1895f) *A propósito de la crítica a la "neurosis de angustia"*, Buenos Aires, A. E., Tomo III, 1986.

(1900) *La Interpretación de los sueños*, Buenos Aires, A. E., Tomo V, 1986.

(1921) *Psicología de las masas y análisis del yo*, Buenos Aires, A. E., Tomo XVIII, 1986.

(1923) *Inhibición, síntoma y angustia*, Buenos Aires, A. E., Tomo XX, 1986.

(1923). *El Yo y el Ello*, Buenos Aires, A. E., Tomo XIX, 1986.

Himiob de Marcano, Maran, "El ataque de pánico. Una visión psicoanalítica", en *Tópicos, Revista de Psicoanálisis*, Año VII, Vol. 1, Buenos Aires, 1999.



Lucioni, Isabel, "Angustia, miedo, ataque de pánico", en *Actualidad Psico - lógica*, Año XXII N° 249, Buenos Aires, 1997.

Maldavsky, David, *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999.

Manfredi, Clelia; Lintzky Leonardo, "Trastorno por pánico. Una aproximación psicoanalítica", en *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. VII., P. 90-94, Buenos Aires, 1996.

Milrod, Barbara: "The Continued Usefulness of Psychoanalysis in the treatment of Panic Disorder", en *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Edit. Madison, International Universities Press, 1995, v. 43, n.1: p. 151-162, Rb.

Moizeszowicz, Mirta, (1997) "Crisis de pánico y ataque de angustia", en *Actualidad Psicológica*, Año XXII, N° 249, Diciembre 1997.

Silver, Austin, (1989) "Panic Attacks facilitating recall and mastery implications for psychoanalytic technique", en *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Editorial Madison, International Universities Press, 1989.

### Resumen

El autor a partir de su experiencia con pacientes panicosos, recorre la obra freudiana y los escritos de autores psicoanalíticos con el objeto de plantear la pertinencia del psicoanálisis en el abordaje y tratamiento de esta patología.

Considera que a partir de las teorizaciones freudianas sobre la angustia se abre un campo fértil para la comprensión de los ataques de angustia, como los denominara Freud en 1894, hoy denominados ataque de pánico o crisis de angustia, según el DSM-IV.

El caso presentado, Paula, una púber, a modo de ejemplo, permite aportar desde la clínica a las hipótesis tentativas de las Conclusiones. En las mismas el autor sostiene que: "el A. de P. da cuenta de una situación vital más que de un hecho puntual, es todo el proyecto de vida que está amenazado (...) Es la caída de las pseudoadaptaciones con las que el sujeto intentó sostenerse en su existencia y señala sus dependencias y la falta de autonomía".



**Palabras clave:** pacientes pánicos; ataque de pánico; angustia.

### Summary

From his experience with panicky patients, the author surveys the Freudian work and other psychoanalytic authors' writings in order to establish the relevance of Psychoanalysis for the approach and treatment of this pathology.

He considers that Freudian reflections on anguish open up a whole field for the understanding of Anguish Attacks, as Freud called them in 1894. At present, these attacks are called Panic Attacks or Anguish Crisis, according to the DSM IV.

The case introduced, which involves Paula, a pubescent girl, allows clinical practice to contribute to the tentative hypotheses of the conclusions. The author holds that the Panic Attack reveals a broad process rather than a fact in particular. It is the person's whole life that is threatened. (...) The pseudo adaptations, by which the subject has tried to support himself/herself in his/her existence, collapse, and this marks the subject's dependence and lack of autonomy.

**Key words:** panicky patients; panic attacks; anguish

### Résumé

L'auteur, à partir de son expérience avec des patients paniqués, examine l'œuvre freudienne et les écrits des auteurs psychanalytiques dans le but de poser la pertinence de la Psychanalyse pour l'abord et le traitement de cette pathologie.

Il estime que, à partir des théorisations freudiennes sur l'angoisse, s'ouvre un champ fertile à la compréhension de ce qu'en 1894 Freud avait nommé Attaque d'Angoisse, et que l'on appelle aujourd'hui Attaque de Panique ou Crise d'Angoisse, selon le DSM IV.

Le cas présenté ici à mode d'exemple, Paula, une jeune fille pubère, permet de faire des apports, depuis la clinique, aux hypothèses provisoires des Conclusions.

Dans celles-ci, l'auteur soutient que "l'Attaque de Panique rend compte d'une situation vitale, plutôt que d'un fait ponctuel; c'est tout le projet de vie



qui se trouve menacé (...) C'est la chute des pseudo-adaptations par lesquelles le sujet avait tenté de se soutenir dans son existence, et elle marque ses dépendances et son manque d'autonomie".

**Mots clés:** patients paniqués; attaque de panique; angoisse.

*Primera versión: 20 de noviembre de 2002*

*Aprobado: 15 de febrero de 2003*

**Lic. José Andrés Cernadas**  
Gascón 526 6° C  
Ciudad de Bs. As.  
TE. 4865-9623.  
[jacernadas@fibertel.com.ar](mailto:jacernadas@fibertel.com.ar)