

LO QUE NO ESCAPA A LA ESTRUCTURA DE LA ANGUSTIA: LAS CRISIS DE PÁNICO

Fernandez Raone, Martina; Zanassi, Sergio

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Argentina

RESUMEN

Los problemas que plantean las manifestaciones de angustia y en particular de los llamados “ataques de pánico”, constituyen una problemática teórico-clínica de vigencia actual para el psicoanálisis freudolacanian. En la perspectiva psiquiátrica, el término se encuentra ordenado en una continuidad dentro de los llamados “Trastornos de ansiedad”. Sin embargo el término trastorno de pánico es acuñado por Donald Klein a partir de un hallazgo clínico inédito que lo conduce a considerarlo como cualitativamente diferente del resto de los trastornos de ansiedad. Klein, junto con la mayoría de los abordajes actuales, se apoya en la teoría del apego de Bowlby de la cual desarrollaremos algunos aspectos. Freud ha abordado las expresiones de la angustia ofreciendo una teoría, reformulada a lo largo de su obra, que permite articular psicopatología, clínica y etiología. Posteriormente, Lacan ha delimitado las condiciones subjetivas que vinculan a la experiencia del pánico con la ausencia de anticipación y el “sin recursos” como consecuencia de la perturbación que se produce en los niveles del yo y del fantasma. Presentaremos una viñeta clínica ejemplar permitiéndonos demostrar que las crisis de angustia poseen una estructura y coyuntura de aparición posibles de delimitar en el curso de las entrevistas preliminares del dispositivo analítico.

Palabras clave

Ataque de pánico, Crisis, Angustia, Psicoanálisis

ABSTRACT

THAT WHICH CAN NOT ESCAPE THE ANGUISH STRUCTURE: PANIC CRISES

Problems posed by anguish manifestations, and particularly the commonly named “panic attacks”, constitute an active research topic in both theoretical and clinical freudian-lacanian psychoanalysis. As per the psychiatric perspective, this term is catalogued in a continuum within the so-called “anxiety disorders”. However, the term panic disorder was coined by Donald Klein after a novel clinic finding that led him to consider this phenomenon as qualitatively distinct from other anxiety disorders. Klein relied, as do most current therapeutical approaches, on Bowlby’s attachment theory, some aspects of which we will develop in the present work. Freud developed and later reformulated a theory regarding expressions of anguish, allowing to articulate psychopathology and aetiology with the clinical practice. Lacan further delimited the subjective conditions that link the experience of panic with the absence of anticipation and the vacancy of resources as a consequence of the perturbation produced at the levels of the ego and the phantasm. We present a model clinical vignette that will allow to demonstrate than anguish crises possess a structure and emergence circumstances which can be determined from the preliminary interviews of the psychoanalytical process.

Key words

Panic attack, Crisis, Anguish, Psychoanalysis

Introducción^[1]

En el fin del siglo XX se han presentado numerosos trabajos y discusiones dentro del Psicoanálisis sobre los denominados nuevos síntomas y entre ellos, los llamados “ataques de pánico”. Desde sus orígenes Freud ha dado una respuesta para abordar las crisis de angustia, no sin reformulaciones a lo largo de su obra. Sin embargo, tiempo antes al surgimiento de las teorías freudianas, autores de la psiquiatría clásica han trabajado sobre esta temática que intentaremos abordar. La escena de la consulta psicoanalítica actual incorpora pacientes que, después de largos recorridos por distintas especialidades médicas, son derivados con el diagnóstico de Trastorno de Pánico o Ataque de Pánico, y otros que directamente acuden autodiagnosticados a partir de la información difundida por los medios masivos de comunicación. Se hace necesario poder discernir si surgen como una expresión de nuevas estructuras psicopatológicas o sólo son manifestaciones actuales de las estructuras incluidas en el campo del Psicoanálisis. Para responder a los interrogantes que se abren al respecto el trabajo plantea la necesidad de recurrir a la diferenciación en el campo de la angustia que efectúa Freud. Esta diferenciación se establece a partir de los diferentes orígenes que permiten delimitar las condiciones subjetivas que vinculan a la experiencia del pánico con la ausencia de anticipación y el “sin recursos”, que lo distinguen de la señal de angustia. Intentaremos ubicar cuál es la especificidad de la angustia, y en particular de los llamados “ataques de pánico” para el psicoanálisis de orientación freudo lacaniana, en otros términos, si es pertinente diferenciar tipos de angustia sin tener en cuenta que el denominado pánico es un sólo término que se utiliza para indicar la ausencia de aparentes motivos desencadenantes, y es a su vez tributario de un método de investigación centrado en el interrogatorio psiquiátrico. Nos interesa subrayar las particularidades de la presentación clínica en Psicoanálisis, entre ellas, las dificultades en las entrevistas preliminares en la puesta en forma del síntoma y la intervención analítica. A tal fin se presentará una viñeta clínica que nos permitirá discutir los alcances de las articulaciones teórico-clínicas en donde consideraremos ejes de lectura que puedan servir de referencias para pensar el problema que se suscita en las presentaciones actuales referidas al “ataque de pánico”.

Antecedentes

Las manifestaciones agudas de la angustia han sido conceptualizadas por autores de distintas disciplinas como la medicina, la psiquiatría y la psicología. A pesar de las convergencias en la descripción clínica (la cual incluye síntomas psíquicos y somáticos), la fenomenología de la angustia en su forma de crisis intensas fue categorizada con diversas nominaciones a lo largo de la historia. De este modo, podemos destacar las siguientes: *síndrome del corazón irritable* o *corazón de soldado* (Da Costa, 1871); *parapatía ansiosa* (Stekel, 1912); *astenia neurocirculatoria* (Oppenheimer et al., 1918); *síndrome de esfuerzo* (Lewis, 1918); *reacciones neuróticas agudas* y *neurosis de angustia* (Ey, Bernard & Brisset, 1965), entre

otras. No mencionaremos en este apartado los aportes fundamentales que ha realizado S. Freud, dedicándole un espacio relevante más adelante.

El autor que resulta relevante mencionar como antecedente fundamental para la concepción actual contemporánea de la angustia en su forma aguda es Donald F. Klein. Precisamente fue este psiquiatra quien en 1962 realizó un hallazgo clínico que tuvo significativas consecuencias desde el punto de vista diagnóstico a la vez que terapéutico (Sokolowsky, 2000; Milos Estrada, 2010). A partir de la observación de los efectos de un fármaco determinado (la imipramina, antidepresivo tricíclico que modula la serotonina y la noradrenalina) sobre una población de pacientes cuya característica fundamental era la ansiedad, descubrió que un grupo de ellos respondía de modo esperado o satisfactorio a la droga, mientras que el resto no. En consecuencia, el autor mostró la existencia de una reactividad diferente a la farmacoterapia en pacientes con neurosis de angustia, la cual a partir de esta experiencia se dividió en dos categorías distintas. El nombre de *trastorno de pánico* hacía referencia a ataques de ansiedad aguda, diferenciándolo del *trastorno de ansiedad generalizada* descrito como un estado de constante ansiedad moderada, considerado un trastorno completamente independiente. Donald Klein (2002) halló coincidencias y apoyo teórico en la biología de la separación inspirada en los trabajos de J. Bowlby (1969), ya que planteaba que actuaba en este nivel. Recordemos que para Bowlby “la angustia primaria sería la señal activadora de un esquema de conducta específico, indispensable para la sobrevivencia del individuo: la conducta de apego” (Sokolowsky, 2000, pp.163-164). Precisamente, Bowlby postula que la angustia se presenta “como una reacción a las amenazas de pérdida y a la inseguridad en las relaciones de apego” (Marrone, 2001, p.47).

Es necesario señalar que los primeros trabajos sobre la teoría del apego surgieron de la elaboración clínica y de la investigación del autor con tres tipos de poblaciones de estudio: delincuentes infantiles y juveniles, niños en situación de separación de sus cuidadores, o niños criados institucionalmente por orfandad (Bowlby, 1969; Oliva Delgado, 2004). Esta teoría es definida como un estudio que abarca los campos psicológicos, evolutivos y etológicos planteando que la separación producida entre un niño y la figura de apego (considerada como necesidad primaria en la especie humana) es de por sí perturbadora, brindando las condiciones necesarias para que se experimente un miedo muy intenso (Bowlby, 1969). Bowlby propone que la conducta de apego de un niño “está controlada por un sistema conductual concebido como una organización que existe dentro del niño” (1969, p. 487). En consecuencia, el apego hace referencia a una serie de conductas diversas, cuya activación y desactivación, así como la intensidad y morfología de sus manifestaciones, dependerán de factores contextuales e individuales. De esta manera, considera que la forma en la cual se estructura la personalidad (en esa relación primaria entre el niño y la figura de apego) condicionará el modo en cómo el adulto reaccione frente a acontecimientos posteriores, entre los cuales pone énfasis en los rechazos, las separaciones y las pérdidas. Los patrones de apego se mantendrán a lo largo del tiempo y proveerán prototipos para todas las relaciones ulteriores. Estos patrones son: seguridad; inseguridad-evitación; inseguridad-ambivalencia o resistencia; y desorganización-desorientación (Gabbard, 2000; Oliva Delgado, 2004). Retomando la concepción del trastorno de pánico, desde la teoría del apego, se postula que “la relación temprana del niño con sus progenitores está basada en una relación de apego ansioso-resistente entre el progenitor y el hijo” (Blair & Sierra, 2008, p.146). Este vínculo hace alusión a la falta de predictibilidad de la presencia

de los cuidadores, lo que conduce a que el niño manifieste reacciones ansiosas o de miedo frente a la exploración del mundo. Estas últimas aparecen como respuestas a las propias expresiones fóbicas del infante frente al mundo y a la ambivalencia de los padres. Según la teoría del apego, estas condiciones de la relación inicial de apego vivenciadas en la infancia predisponen al sujeto, luego adulto, “a generar ansiedad intensa ante las señales de separación del progenitor o vínculo afectivo posterior con el que se haya establecido una relación de apego ansioso” (Blair & Sierra, 2008, p.146). Los desarrollos efectuados por el psicoanalista inglés acerca de la teoría del apego han cobrado un importante valor para la comprensión actual del ataque de pánico por parte de las teorías cognitivas y las corrientes psicodinámicas. Con respecto a las primeras, los autores que comulgan con la teoría de Bowlby entienden que en un vínculo temprano de apego el sujeto pudo haber enfrentado experiencias inhibitorias de su conducta y/o un apego ansioso, lo que posteriormente implicaría el vivenciar el entorno y las propias sensaciones internas como peligrosos (Ruiz Sánchez, 1999). Como podemos constatar, se trata de remontar en el pasado una o varias experiencias reales causadas por separaciones tempranas de la misma índole, que estarían en el origen de las crisis de pánico. El marco del modelo psicodinámico que aborda las manifestaciones agudas de la angustia considera que la emergencia del pánico “resulta de un sentido de seguridad crónicamente deficiente, debido en gran parte al apego inseguro” (Shear, Cooper, Klerman, Busch & Shapiro, 1993, p. 863). Los autores americanos proponen entonces una suerte de síntesis entre Psicoanálisis, teoría del apego y la teoría neurofisiológica de Klein, en una suerte de eclecticismo de ambas perspectivas.

La perspectiva psiquiátrica actual: el DSM y el ataque de pánico

Concentraremos nuestro interés en la forma en que el DSM IV[i] (1995) ha descrito a los trastornos de angustia y, específicamente, a los ataques de pánico, a partir de la difusión que ha obtenido este manual y su injerencia en la cultura contemporánea en función de la nominación e identificación con las categorías delimitadas. El DSM-IV distingue dentro de los trastornos de ansiedad, los trastornos de pánico (o de angustia) y los de ansiedad generalizada. A su vez, dentro de los trastornos de angustia establece una distinción entre aquéllos con agorafobia y aquéllos que se presentan sin esta última, discusión en que no nos parece pertinente detenernos ya que nos alejaría del eje de la presente investigación.

Lo que caracteriza a los trastornos de angustia es la aparición recurrente de ataques de pánico (o crisis de angustia) inesperados, los cuales se definen por no estar vinculados con “estímulos situacionales” ni “desencadenantes ambientales” (DSM IV, 1995, p. 403), emergiendo sin un supuesto motivo o causa.

Es de señalar que los ataques de pánico no constituyen en sí mismos una categoría diagnóstica sino que son transnosográficos, pudiendo presentarse en otros tipos de trastornos, apelando a la muy criticada noción de co-morbilidad, que “parece, en definitiva, inagotable” (Sokolowsky, 2000, p.166). Se caracterizan por iniciarse de modo brusco y lograr su expresión máxima rápidamente en el tiempo. Su rasgo fundamental es la “aparición temporal y aislada de miedo o malestar” (DSM IV, 1995, p. 402) intensos acompañada de al menos cuatro de los siguientes síntomas: palpitaciones; temblores; sensación de ahogo; sensación de atragantarse; opresión; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir; parestesias; escalofríos o sofocaciones (DSM, 1995).

Desde el punto de vista etiológico, el manual diagnóstico americano no explicita las causas de la aparición de las crisis de angustia sino que tan sólo se restringe a desestimar la intervención de alguna sustancia que desencadene las mismas así como a descartar que sean un efecto directo de una enfermedad médica. El manual expone un análisis estadístico de la población estudiada con trastorno de angustia, estableciendo que afecta más a mujeres que a hombres. Esta última diferenciación podemos constatarla en la actualidad, cuestión que más adelante indicaremos.

La perspectiva psicoanalítica: las crisis de angustia y el “sin recursos”

Muy tempranamente encontramos en la obra de S. Freud su interés por poder establecer el origen y estatuto clínico de la angustia. En un primer momento, realiza una distinción nosográfica entre neurosis actuales (neurosis de angustia y neurastenia) y psiconeurosis (Freud, 1894, 1896), diferenciación realizada a partir de criterios etiológicos y patogénicos. Freud destaca que la angustia, de diversa intensidad y frecuencia, puede presentarse en los dos tipos de neurosis. En las psiconeurosis, donde la causación se vincula a experiencias sexuales pretéritas y a la operación del mecanismo de represión (Freud, 1896), la angustia puede presentarse como consecuencia del fracaso de este último (Freud, 1915). Las neurosis actuales, cuya etiología corresponde a prácticas sexuales inadecuadas de la vida sexual presente y donde *“la fuente de excitación, la ocasión para la perturbación, reside en el ámbito somático”* (Freud, 1895, p. 114), no poseen mecanismo psíquico. Dentro de ellas, las neurosis de angustia se caracterizan por el predominio de la expectativa angustiada, estando presente un quantum de angustia libremente flotante que a partir de esta expectativa puede conectarse con una representación que le convenga. El ataque de angustia como tal es delimitado como un tipo de síntoma dentro de las neurosis de angustia, provocado a partir de la irrupción de un estado de angustia que no es evocado por el decurso de las representaciones. Un ataque tal puede consistir en el sentimiento de angustia solo, o bien mezclarse con la interpretación más espontánea; o bien el sentimiento de angustia se contamina con una parestesia cualquiera, o se conecta con la sensación angustiosa una perturbación de funciones corporales (Freud, 1895). Las crisis de angustia se acompañan de perturbaciones somáticas, que precisamente el DSM en sus consecutivas versiones se ha encargado de detallar.

Sin embargo, años posteriores, en *“Inhibición, síntoma y angustia”* (1926) Freud logra avanzar en la elucidación del origen de la angustia, descubriendo dos tipos diferenciados de la misma. Definirá a la angustia como reacción afectiva del yo frente a dos tipos de situación: la traumática y la de peligro, siendo la segunda dependiente de la primera, que se encuentra en su origen. Mientras el trauma provoca la reacción de la angustia automática, la situación peligrosa es el motivo de actuación de la angustia señal. La angustia automática se origina cuando en el ello se produce la situación análoga al trauma del nacimiento, en que la reacción de angustia sobreviene de manera automática e involuntaria. Esta clase de angustia participa en la presentación de las neurosis actuales y las neurosis traumáticas, e implica la reacción frente a un exceso de excitación que el aparato psíquico no puede domeñar, dejando al yo en un estado de desvalimiento y desamparo. Freud destaca: *“acaso cada quien tenga cierto umbral más allá del cual su aparato anímico fracase en el dominio sobre volúmenes de excitación que aguardan trámite”* (Freud, 1926, p.140). Por otro lado, la angustia señal es definida por Freud como aquella que se produce cuando en el ello algo que activa una situación de peligro para el Yo, lo mueve

a dar la señal de angustia con el fin de inhibir ese proceso (como en el caso de las psiconeurosis). La situación de peligro permite anticipar la situación traumática, así como implica una reproducción mitigada de la misma, dando un “aviso” para que la represión opere y se produzca la formación del síntoma neurótico. Freud enumera una serie de situaciones de peligro, destacando la castración como operador estructural, nexo entre la represión y la sexualidad. La angustia resulta en este caso una última defensa que impide la caída del sujeto ante lo imposible de soportar.

J. Lacan nos ofrece una relectura del texto freudiano de 1925, proponiendo un “más allá de la angustia de castración” (Lacan, 1962-1963, p. 53) El psicoanalista francés ha dedicado uno de sus seminarios al tema de la angustia (Lacan, 1962-63). Se propone elaborar la estructura de la angustia, considerada el afecto por excelencia del psicoanálisis. Su íntima relación con el yo y el fantasma la vinculan con los momentos en los que estas dos formaciones se ven conmovidas, “atravesadas” y pierden su función de coberturas del deseo del Otro, así como de la identidad que proveen al sujeto. La angustia es la defensa última, señal en el yo de algo que viene más allá del retorno de lo reprimido a cuestionar la realidad misma en la que se inserta el sujeto. En esta dirección, podríamos suponer que, de acuerdo a ciertas condiciones subjetivas, la experiencia supera ciertos límites que impiden su captura en las redes del significante. De este modo, Lacan en el Seminario XVI (1968-69, p. 249) señala que *“... el trauma freudiano es un Yo no sé impensable en sí mismo, puesto que supone un Yo pienso desmantelado de todo pensamiento”*. Razón por la cual se presenta como un padecimiento mudo, del que no se puede decir nada, incluso las coyunturas de su eclosión. Problema que se plantea para su abordaje en psicoanálisis, como lo pone en evidencia el caso que presentaremos a continuación, en el que fue necesario un prologado período de entrevistas para que la queja reiterada del malestar sufrido pudiera devenir síntoma.

Marisa consulta con un diagnóstico de “ataque de pánico con agorafobia”[iii]. No puede salir de su casa ya que cuando lo intenta (aun acompañada) siente que se va a morir, que su cuerpo estalla, sintomatología que es acompañada de un sentimiento de terror inexplicable. Durante las entrevistas y luego de un prolongado período en el que solo expresa su sufrimiento y del que no puede decir nada más, llega a recordar la primera vez que padeció la crisis: fue en ocasión de haber tenido una audiencia en Tribunales por un juicio de demanda de alimentos y régimen de visita con el padre de su única hija de tres años, de quien se había separado y no mantenía contacto desde los primeros meses de la niña. Luego de un tiempo la sintomatología de inicio comienza a ceder paulatinamente y puede relatar que tuvo una ocurrencia momentos antes de la crisis: pensó que iban a quitarle a su hija, pensamiento que le resulta incomprensible. Aparece una contradicción en su relato entre *“la demanda de presencia paterna y su temor de ser privada de ella”* (Napolitano, 2009, p. 154). La paciente aceptaba y quería que su hija se vinculara con el padre al cual no veía desde hace mucho tiempo. Bajo transferencia surgen momentos de rememoración, recuerda tiempos de su infancia de plena felicidad y el amor que ella mantenía por su padre, precisamente a los 8 años, momento que es interrumpido por la mudanza de ciudad de la familia, a lo que siguió un cambio de importancia en la relación con su padre, de quien se distanció sin saber la razón. Paralelamente se volvió callada y tímida lo que provocó que se refugiara en su madre evitando tener contacto con otras personas. Lo único que la fue alejando de su madre porque la avergonzaba, fueron las expresiones y el lenguaje obsceno que usaba respecto a la sexualidad. Es también la vergüenza y el pudor los que aparecen en el curso del tratamiento cuando

relata una escena de seducción que la dejó perpleja ocurrida a los tenía 8 años y que ha mantenido hasta ahora en secreto. Ubica en esta escena la causa de las dificultades para relacionarse con los hombres, a pesar de las numerosas relaciones que ha mantenido con ellos. Sentimientos de soledad, desorientación y vacío prevalecen en su relato, en el que se destaca el único punto de apoyo de su vida: la maternidad. Este apoyo vacila cuando la niña comenzó a hablar, y surge algo que no tenía previsto: su hija pregunta por su padre. Pregunta que la conmueve y tomó como propia considerando, que “una niña no puede vivir sin el amor de su padre”. El análisis del caso permite situar las coordenadas de la aparición de la crisis: cuando la joven se acerca al resultado esperado, es decir, cuando está por lograr lo que pide (la presencia de este padre), se le presenta esa ocurrencia juzgada como absurda, el temor de perder el objeto que le daba sentido a su vida. Un encuentro fatal que por otra parte la remite a la figura amada-rechazada del padre. De esta manera, coincidimos con la autora en que el ataque de pánico “se inscribe como discontinuidad en la existencia de esta sujeto que había encontrado en la maternidad el refugio de su división y de la nostalgia del amor del padre” (Napolitano, p. 156).

Conclusiones

Hemos iniciado el presente trabajo que corresponde al primer avance de investigación anteriormente citada realizando un recorrido histórico por las distintas formas de conceptualizar el llamado ataque de pánico. Señalamos las diversas maneras de abordarlo tanto teórico como clínicamente.

Nos resultó de importancia los estudios efectuados por Donald Klein a partir de la distinción de dos tipos de angustia a través del efecto farmacológico de un antidepresivo. No obstante, desde la perspectiva freudo-lacanianiana, es necesario cuestionar la existencia de dos angustias estructuralmente diferentes, considerando que su distinción obedece a una clínica basada en la respuesta al medicamento. De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación entendemos al ataque de pánico como un grado de la angustia, donde se traspasa un límite en donde el sujeto se halla sumergido en el desamparo, sin recursos, tal como fue conceptualizado por Freud en 1926. Se trata, entonces, de considerar las condiciones subjetivas específicas de cada caso, y no de propiedades asignadas al tipo de angustia en juego. Precisamente, lo traumático que Freud delimitaba como situación de exceso indomeñable para el yo, debe ser leído en el sentido de que no hay representación ni saber, cuando fracasan las coberturas que sostienen al sujeto en su relación con el Otro. El carácter traumático se revela en el fuera de representación, como ya lo señalaba Lacan en el Seminario X, en referencia a la presencia del objeto “a”, en un lugar en el que debía mantenerse oculto.

La clínica psicoanalítica requiere en cada caso diferenciar la estructura que preside la manifestación de angustia, en su articulación con las condiciones dramáticas que lo condicionan, tal como lo hemos subrayado en el caso clínico expuesto. Con respecto a las coordenadas estructurales que pueden orientar un diagnóstico frente a la aparición del denominado ataque de pánico, considerando que no sólo es transnosográfico, sino que opera de acuerdo a la singularidad de cada caso en cuestión. En esta dirección las diversas manifestaciones de la angustia, así como su repetición, constituyen un momento inicial, inaugural de una presentación sintomática muda. Cuestión que nos confronta con el desafío de permitir los rodeos necesarios para situar la trama que nos acerque al establecimiento de las condiciones de su aparición.

El factor de lo brusco, de lo inesperado, la sorpresa, caracterizan la

irrupción no anticipada de un real que desborda al sujeto y frente al cual toma el papel protagonista el cuerpo en su vertiente imaginaria y real. Justamente, cuestionamos este factor definido como “espontáneo” y sin motivo aparente que cause su presentación, que es uno de los indicadores clínicos en los que se basa la delimitación de la categoría en el DSM. Por el contrario, consideramos que la posibilidad de localizar la eclosión de la crisis depende del método de abordaje, en otros términos, de la práctica y el lazo social que ésta supone. De este modo, con respecto a la coyuntura de aparición del fenómeno de la crisis de angustia, podemos vincularlo con el atravesamiento salvaje del fantasma. Recordemos que éste otorga al deseo un punto de acomodación, dando la posibilidad de ubicar al objeto, que es el objeto de la angustia. En la angustia en su forma extrema lo que conformaba la realidad del sujeto se desubica, se derrumba, al punto tal que el propio sujeto puede ignorar qué fue lo que lo conmocionó, cuestión que reaparece en las consultas reflejado en la opacidad de este fenómeno. En este sentido, debemos señalar que en el caso analizado la transferencia establecida ha posibilitado localizar las coordenadas dramáticas, estableciendo la importancia de las entrevistas preliminares y su función de la puesta en forma del síntoma.

Nuestro trabajo de investigación continuará en una segunda etapa con el objetivo de intentar brindar nuevos resultados referentes la problemática de la crisis de angustia y su relación con la época actual y sus características inherentes.

NOTAS

[i] El presente trabajo forma parte del proyecto de investigación en curso “La fobia en psicoanálisis: síntoma y/o estructura. Función de suplencia y nominación” inscripto en UNLP bajo la dirección de la Dra. Graziela Napolitano.

[ii] Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

[iii] El caso ha sido expuesto en el trabajo “*Estructura de la histeria y variedades sintomáticas*” publicado por la Dra. Graziela Napolitano en la Revista Universitaria de Psicoanálisis Número 9 (2009)

BIBLIOGRAFÍA

- Blair Gómez, C. & Sierra Acero I. M. (2008) Trastorno de pánico y organización de significado personal fóbica: una mirada postracionalista. En *Informes Psicológicos*, Vol. 10, No. 11, pp. 143 - 157. Medellín, Colombia. 2008.
- Bowlby, J. (1969) El apego. Volumen 1 de la trilogía El apego y la pérdida. Paidós. Buenos Aires. 2009
- Da Costa, J. M. (1871) Art. I- On Irritable Heart; a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and its Consequences. *The American Journal of the Medical Sciences*, 121.
- DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Massons S. A., Barcelona, 1995.
- Ey, H.; Bernard, P. & Brisset, C. (1965) Tratado de psiquiatría, Pp. 187-194; Pp. 350- 363. Masson octava edición. Barcelona, España. 1994.
- Freud, S. (1894) Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias) En *Obras Completas*. Volumen III. Buenos Aires. Amorrortu editores, 1989.
- Freud, S. (1895) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia” En *Obras Completas*. Volumen III. Buenos Aires. Amorrortu editores, 1989.
- Freud, S. (1896) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas*. Volumen III. Buenos Aires. Amorrortu editores, 1989.
- Freud, S. (1896) La herencia y la etiología de las neurosis (1896) En *Obras Completas*. Volumen III. Buenos Aires. Amorrortu editores, 1989.
- Freud, S. (1915) La represión. En *Obras Completas*. Volumen XIV. Buenos Aires. Amorrortu editores, 2006.
- Freud, S. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*. Volumen XX. Buenos Aires. Amorrortu editores, 1990.
- Gabbard, G. O. (2005) *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. (4th Edition) American Psychiatric Pub. Arlington.
- Klein, D. F. (2002). Historical aspects of anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*, 4 (3), 295.
- Lacan, J. (1962-63) El Seminario. Libro 10. La angustia. Buenos Aires. Paidós, 2012.
- Lacan, J. (1968-69) El Seminario XVI. De un Otro al otro. Buenos Aires. Paidós, 2008.
- Lewis, T. (1918) Report in Neuro-Circulatory Asthenia and Its management. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 48.
- Marrone, M. (2001) *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Editorial Psimática. Madrid. 2001
- Milos Estrada, D. A. (2010) Factores potenciales de riesgo para síndrome de pánico. Estudio transversal de una Atención Primaria (Tesis doctoral). Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad de Granada, España. Editorial de la Universidad de Granada.
- Napolitano, G. (2009) Estructura de la histeria y variedades sintomáticas. En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 9. Pp. 147- 158. UBA Buenos Aires, Argentina. 2009.
- Oliva Delgado, A. (2004) *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2004, 4 (1); 65-81.
- Oppenheimer, B. S.; Levine, S. A.; Morrison, R. A.; et al. (1918) Report in Neuro-Circulatory Asthenia and Its management. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 48.
- Ruiz Sánchez, J. J. (1999). *Psicoterapia Cognitiva de Urgencia*. Psicología Online. Formación, Ayuda y consejo Online. ESMD-ÚBEDA, 1ª Edición. Recuperado el 19 de Junio de 2008 de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia9.htm>.
- Shear, M. K., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Busch, F. N., & Shapiro, T. (1993). A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 859-866.
- Sokolowsky, L. (2000) Critique du DSM. *Psychanalyse du trouble panique*. En *Mental 8. Les horizons de la clinique. Revue Internationale de Psychanalyse*. Pp. 161-175. Paris, Francia. 2000.
- Stekel, W. (1912) *Estados nerviosos de angustia y su tratamiento*. Buenos Aires. Ediciones IMAN, 1952.