



La Etiología en el Ataque de Pánico según el DSM y el Psicoanálisis

Resumen. El presente trabajo se enmarca dentro de la Cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba y tiene como propósito indagar la propuesta freudiana sobre la nosología de la neurosis de angustia, con el fin de compararlo con la figura diagnóstica de ataque de pánico, tal como ha sido descrita por diversos manuales diagnósticos (DSM IV). Nos proponemos poner en tensión ambas categorías a fin de extraer algunas consecuencias. El ataque de pánico constituye actualmente un diagnóstico legitimado por los manuales psiquiátricos de referencia en el ámbito de la salud mental, ya sea público o privado. Objetivos: el principal es poner en tensión los desarrollos del DSM IV sobre el ataque de pánico y la propuesta freudiana sobre la nosología de la neurosis de angustia. Estudio teórico y técnica de recolección de información a través de revisión bibliográfica. El trabajo distingue dos modalidades metodológicas del diagnóstico, de lo cual se desprenden consecuencias clínicas. Mientras que una de ellas se desentiende de la consideración de la etiología, la otra la incluye y tiene en cuenta la particularidad del sujeto más allá de la descripción de los síntomas. Abordar el diagnóstico “ataque de pánico” desde un enfoque u otro determina las condiciones de su tratamiento.

Abstract. This work appertains to Psychopathology I, of Psychology school of the National University of Cordoba. It aims to investigate the Freudian proposal on the nosology of “anxiety neurosis”, in order to compare it with the figure diagnosed of Panic attack, as it has been described by the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. We propose to compare both categories in order to get some consequences. Panic attack is now a psychiatric diagnosis legitimated by reference manuals in the field of mental health, whether public or private institutions. Objectives: the main is to strain the denomination of Panic attack on DSM IV and Freudian proposal on the nosology of anxiety neurosis. It’s about a theoretical study and the data collection technique used is a literature review. This text distinguishes two methodological modalities of diagnosis, of which we attain the following clinical consequences. While one disregards the consideration of the etiology, the other includes it and considers the particularity of the subject beyond the description of the symptoms. Accost the diagnosis of Panic attack from one approach or the other determines the conditions of their treatment.

1. Introducción

En el presente trabajo tomaremos como materia de investigación el diagnóstico clínico denominado “Ataque de Pánico” desde dos orientaciones clínicas diferentes. Por un lado revisaremos los postulados del DSM IV, explorando sus criterios diagnósticos y el marco referencial que propone, con el objetivo de precisar, más allá de la manifestación clínica de los síntomas, cuál es su etiología.

Por el otro revisaremos los aportes de Freud sobre Neurosis de Angustia, realizando un recorrido teórico por las diversas nosografías propuestas a lo largo de su obra, teniendo en cuenta la evolución en el modo de conceptualizar dicha categoría.

La idea principal es poner en tensión la manera en que el Ataque de Pánico es abordado desde el “Enfoque Estadístico” que utiliza el manual psiquiátrico, y el “Enfoque Interpretativo” del psicoanálisis freudiano. Esta discusión estará atravesada por tres constructos: la etiología: el estudio de

Francés, Marina ^a, Mattana, María Aluminé ^a, y Pechín, Paula ^a

^a. Universidad Nacional de Córdoba

Palabras claves

ataque de pánico; neurosis de angustia; diagnóstico; tratamiento.

Keywords

Panic attack; Anxiety Neurosis; Diagnosis; Treatment.

Enviar correspondencia a:

Francés, M.

E-mail:

marinafrances43@hotmail.com

las causas de las enfermedades; la nosología: supuestos teóricos sobre la naturaleza de las enfermedades y la nosografía: una parte de la nosología que se encarga de la descripción de las enfermedades de forma sistemática.

Por último, discutiremos los hallazgos que se deriven de este trabajo a fin de precisar la noción de “Ataque de pánico”, lo que tendrá consecuencias para pensar su tratamiento.

1.1. *Objetivos*

General

- Poner en tensión los desarrollos del DSM IV sobre el ataque de pánico y la propuesta freudiana sobre la nosología de la Neurosis de angustia.

Específicos

- Explorar la etiología del Ataque de Pánico y de la Neurosis de Angustia.
- Debatir las consecuencias clínicas que se desprenden de cada uno de los enfoques.
- Examinar los tratamientos propuestos por Freud y por el DSM IV para abordar este cuadro clínico.

2. Metodología

El presente trabajo es un estudio teórico que utiliza como técnica de recolección de información la revisión bibliográfica del DSM IV y de los textos Freudianos.

2.1. *Enfoque Estadístico*

Se toma el DSM IV ya que es la versión del manual psiquiátrico instalada en la práctica privada e institucional desde hace dos décadas (su primera versión se publicó en 1994 y la versión revisada en el año 2000). Hay una nueva versión de este manual, la quinta, que incluye más trastornos con diagnósticos que están siendo debatidos. Como no hay consenso entre los psiquiatras de la APA (Asociación Psiquiátrica Americana) aún no se avala su instalación (Muñoz, 2015).

El DSM IV, perteneciente al enfoque estadístico, inaugura un nuevo modo de pensar la psicopatología. Mantiene ciertas categorías provenientes de la psiquiatría clásica pero su clasificación deviene del consenso entre los clínicos que se abocan a aquella tarea. Este manual es un nomenclador, así lo advierten sus autores, que tiene por objetivo una descripción a-teórica de los trastornos mentales; es decir, parte de un punto de vista empírico pero sin corresponderse a un modelo teórico específico. Así, la atribución de los diagnósticos tiene un fin estadístico, tal como su nombre lo indica (Muñoz, 2015).

Dentro del DSM IV (APA 1995) se encuentra el diagnóstico central de nuestra investigación, en el apartado de los Trastornos de Ansiedad, descrito como Crisis de Angustia (*Panic Attack*). Cabe

aclarar que dentro del capítulo en cuestión no existen referencias acerca del significado del término ansiedad, sino que se lo emplea de manera corriente dando por supuesto su significado.

Allí se define a la crisis de angustia como la aparición brusca de un miedo intenso manifestándose a través de síntomas corporales. Este malestar se propaga rápidamente y tiene una duración de al menos diez minutos, durante el cual se experimenta una sensación de peligro o muerte inminente, por lo que aparece la necesidad de escapar o huir del lugar en el que se experimenta la crisis. Algunos de los síntomas característicos son: palpitaciones, sudoración, temblores, falta de aliento, etc. En dicho capítulo se exponen trece síntomas, de los cuales cuatro de ellos deben estar presentes para establecer este diagnóstico.

La crisis de angustia puede aparecer dentro de otros trastornos de ansiedad como así también de manera aislada. Para el diagnóstico diferencial, es de gran importancia tener en cuenta el contexto en el que aparece. Pueden distinguirse tres tipos de crisis de angustia, que se diferencian por la forma en la que se inicia y por la presencia/ausencia de elementos ambientales desencadenantes: Crisis de angustia inesperadas (*Panic Attack*), que aparecen sin estímulos desencadenantes aparentes; Crisis de angustia situacionales (características de las fobias), donde la crisis aparece directamente relacionada con la exposición a un estímulo ambiental y Crisis de angustia en las que hay altas probabilidades de que aparezca dicha crisis ante la exposición de un estímulo ambiental desencadenante, pero no necesariamente (pueden aparecer en la fobia específica o en la fobia social).

Más allá de la descripción de los síntomas fenomenológicos del ataque de pánico y de su clasificación dentro de un trastorno, en este enfoque no se encuentra una explicación sobre la causa.

2.2. Enfoque Interpretativo

Dentro de este enfoque se sitúa a Freud que plantea una concepción inédita en la psiquiatría de su época: inventa el inconsciente y propone a un sujeto descentrado de la conciencia. Es con el psicoanálisis que las consideraciones etiológicas de los padecimientos cobran un nuevo valor.

Respecto a la perspectiva terapéutica que introduce, la psicopatología ya no trata de observar y describir, sino de escuchar y leer los síntomas (Muñoz, 2015).

En el presente apartado se realiza la revisión bibliográfica de la obra freudiana, a partir de la cual se pueden deducir tres hipótesis psicopatológicas que permiten agrupar tres nosografías clínicas. Estas se establecen en función de los descubrimientos que surgen de la práctica de Freud, modificando y haciendo avanzar los desarrollos teóricos. El hincapié está puesto en ahondar sobre la categoría de Neurosis de Angustia a lo largo de las tres nosografías.

A comienzos del siglo XIX se establece la primera nosografía freudiana, en “Nuevas puntualizaciones sobre la Neuropsicosis de defensa” (Freud, 1896) el autor propone dos grupos: las Neuropsicosis de defensa y las Neurosis simples.

Las primeras tienen como punto nodal el concepto de defensa, entendiendo a ésta como la acción que emprende el Yo para librarse de las representaciones inconciliables y del afecto penoso enlazado a éstas. La operación de la defensa es debilitar la representación intensa quitándole el afecto, la suma de excitación que sobre ella pesa. En este grupo se encuentran la Histeria, las Fobias y las Representaciones obsesivas, y la Confusión alucinatoria, que comparten el mecanismo de la defensa pero se diferencian en la tramitación del afecto: en el caso de la histeria hay conversión, es decir, trasposición a lo corporal de la suma de excitación; en las representaciones obsesivas y fobias, la representación divorciada del afecto queda debilitada y separada de toda asociación dentro de la conciencia mientras que su afecto permanece en el ámbito psíquico y por falso enlace se adhiere a otras representaciones no inconciliables. En el caso de la Confusión alucinatoria, el yo desestima la representación junto a su afecto, como si la misma nunca hubiese acontecido.

El segundo grupo, está compuesto por La Neurastenia y La Neurosis de Angustia. El nexo compartido con las Neuropsicosis de defensa, es la etiología sexual, pero en las Neurosis simples esta etiología tiene un efecto inmediato, sin mediación y sin trabajo psíquico; los efectos se originan a partir de un hecho sexual actual, relacionado a la insatisfacción y el impedimento para la descarga de la excitación somática acumulada en el coito. Mientras que en las Neuropsicosis de defensa el efecto está mediado por los influjos de las huellas mnémicas psíquicas de las noxas sexuales.

En “Sobre la justificación de separar de la Neurastenia de cierto complejo de síntomas a título de Neurosis de Angustia” diferencia la Neurastenia de la Neurosis de Angustia (Freud, 1894-95). La primera presenta un aspecto clínico monótono y tiene como etiología específica una satisfacción sexual anormal: el onanismo o las poluciones espontáneas. La segunda tiene un cuadro clínico más rico y es el efecto de diversos desordenes de la vida sexual como por ejemplo: abstinencia forzosa, irritación genital, coito interrumpido, etc.

En cuanto a la sintomatología clínica de la Neurosis de Angustia, Freud (1894/95) dice: “Lo que llamo Neurosis de Angustia se observa en plasmación más completa o más rudimentaria, en forma aislada o en combinación con otras neurosis” (p.92). En las Neurosis Simples, entonces, las manifestaciones son somáticas, sin mecanismo psíquico, debido a que la excitación sexual se transforma directamente en angustia.

La segunda nosografía en freudiana se plantea a partir de un viraje con “Introducción del narcisismo” (Freud, 1914). El punto nodal para este cambio son las fijaciones libidinales que tienen consecuencias sobre la posibilidad de establecer transferencia o no. Las categorías que distingue son: las Psiconeurosis de Transferencias, las Psiconeurosis Narcisísticas y mantiene como categoría separada a las Neurosis Actuales (anteriormente denominadas Neurosis Simples).

Las Psiconeurosis de Transferencia comprenden a la Histeria, la Neurosis Obsesiva y la Histeria de Angustia que poseen un mecanismo psíquico, la represión (Freud, 1915), y son capaces de investir libidinalmente objetos del mundo exterior.

En las Psiconeurosis Narcisíticas sitúa a la Paranoia y la Parafrenia, que se caracterizan por el estancamiento de la libido en el yo. Dentro de la categoría Neurosis Actuales reúne a la Hipocondría, la Neurastenia y la Neurosis de Angustia, que no tienen mecanismo psíquico, por lo que no hay posibilidad de trabajo transferencial.

En la “Conferencia 25” Freud propone dos tipos de Angustia: la angustia realista que aparece frente a la percepción de un peligro exterior, ante el cual surge el reflejo de fuga como manifestación de la pulsión de conservación (1916-7, p.358). Por otro lado, la angustia neurótica que posee tres formas de manifestación. La primera se denomina “expectativa angustiada” y es un estado general de angustia, libremente flotante, que tiene la particularidad de asociarse a cualquier representación influyendo sobre el juicio y no necesariamente implica una patología sino más bien puede entenderse como un rasgo de carácter. Cuando esta expectativa supera determinado quantum se trata ya de una afección nerviosa denominada Neurosis de Angustia, que posee estrecha dependencia con determinados procesos de la vida sexual. La segunda forma en la que se manifiesta es la Histeria de Angustia, que incluye a las Fobias, en las que el afecto ya se encuentra ligado psíquicamente a determinados objetos y situaciones. La tercera forma de la angustia en los neuróticos, son los ataques espontáneos en los que el afecto no aparece ligado a ninguna amenaza de peligro. Freud lo asocia a determinados síntomas somáticos que incluso pueden sustituir al afecto de la angustia, por ejemplo temblor, vértigo, palpitaciones, ahogos. Se trata de estados equivalentes de la angustia que pueden homologarse a la noción de ataque de pánico presentada por el DSM IV.

En la misma conferencia, Freud sostiene que en la expectativa angustiada, la angustia se desprende directamente de la excitación sexual frustrada; lo mismo ocurre en las fobias infantiles regulares (angustia a la soledad, a la oscuridad y a las personas extrañas) en las que el niño no puede mantener la libido en suspenso y ello se deriva en angustia. Mientras que en la Histeria y Obsesión este afecto, como resultado de la represión, aparece asilado o acompañando a los síntomas.

Tanto la Angustia Realista como la Angustia Neurótica son despertadas por un peligro: en la primera la amenaza proviene del exterior, se trata de un peligro real y en la segunda el peligro es interno: ante una excitación sexual que no experimenta una descarga satisfactoria, el yo emprende un intento de huida de la libido que lo acecha (Freud, 1916-17).

A partir de 1920 se puede ubicar la tercera nosografía, en la cual se produce un punto de inflexión con “Más allá del principio del placer”. Al estudiar los sueños traumáticos y las Neurosis de Guerra introduce la Metapsicología en la que distingue entre el sentido económico, el dinámico y el tópico. Freud establece su segunda tópica en la que sostiene que no todo lo inconsciente es reprimido (Freud, 1923) sirviéndose de tres instancias para explicar el aparato psíquico: yo, superyó y ello.

La clasificación que establece se divide en dos grupos. El primero de ellos está compuesto por: Neurosis de Transferencia (Histeria, Neurosis Obsesiva y Fobia), en las cuales el conflicto es situado entre el Yo y el Ello; Neurosis Narcisistas (también denominadas Psiconeurosis Narcisistas: Manía y

Melancolía), que surgen a partir del conflicto entre el yo y el súper-yo; y por último las Psicosis (Paranoia, Parafrenia y Esquizofrenia), en las que ubica el conflicto entre el yo y el mundo exterior. El segundo grupo lo conforman las Neurosis Actuales.

En su “Conferencia 32” Freud sostiene que a partir de la segunda tópica se adopta otra orientación en el problema de la angustia. Retoma las nociones de angustia realista y neurótica expuestas en la “Conferencia 25” y dice que el vínculo entre ellas se ha esclarecido: el peligro pulsional interno resulta ser “una condición y preparación de una situación de peligro objetiva y externa” (1932, p. 80). La angustia frente a la castración, el hecho de que ese peligro amenace desde el exterior y que el niño lo considere posible, es el motivo más intenso de la represión. El aporte fundamental de Freud en esta etapa es que la angustia causa represión. A partir de aquí el autor pone en primer plano la función de la angustia como señal para indicar una situación de peligro.

El yo es la instancia abocada a la síntesis de las exigencias y mandatos del mundo exterior, el ello y el superyó. Realiza constantes esfuerzos por obedecerles y cuando falla estalla en angustia, ya sea real frente al mundo exterior, moral ante el superyó o neurótica ante las pasiones del ello. Cuando el yo detecta un peligro envía una señal de displacer, es decir la angustia, reaccionando frente a ello de diversas formas: el ataque de angustia se desarrolla sin que el yo se oponga a la excitación rechazable; o bien reprime la carga afectiva preparando el material para la formación de síntomas; o la energía del impulso es incorporada al yo como formación reactiva produciendo modificaciones permanentes.

En este contexto Freud propone que el proceso del Nacimiento es la primera situación peligrosa que vive la persona, en términos económicos se produce un quantum de energía psíquica no dominable y esto produce Angustia, esta experiencia, esta reacción ante el peligro, sería el prototipo de los posteriores desarrollos de Angustia.

A medida que Freud avanza en su práctica, surgen cambios en la teoría, por ejemplo, el reordenamiento de las categorías clínicas que establece en cada nosografía, pero lo que permanece constante a través del tiempo, es que considera a la Neurosis de Angustia como una entidad aislada, sin mecanismo psíquico.

3. Resultados

Los principales resultados a los que se ha arribado refieren a las especificidades de dos enfoques teóricos en psicopatología, y cómo sitúa cada uno de ellos al denominado “Ataque de Pánico”.

El enfoque descriptivo donde se encuentra el Psicoanálisis, propone una explicación acerca de la etiología (de naturaleza sexual) y describe los síntomas que corresponden a la Crisis de Angustia, ubicada en la categoría de Neurosis de Angustia, dentro de las Neurosis Actuales. De esta entidad Freud habla desde los inicios de su obra y la mantiene vigente hasta el final. En cada una de las nosografías, la expone por fuera de las neurosis que sí poseen mecanismo psíquico. Desde esta

perspectiva no se trata de un trastorno, sino que la afección ocurre cuando la excitación sexual se transforma directamente en angustia sin trabajo psíquico que lo medie.

El enfoque estadístico, en el que se encuentra el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) realiza una descripción de los mismos síntomas que desarrolla Freud y ubica a la Crisis de Angustia (Panic Attack) como un Trastorno de Ansiedad. Dicho manual no aporta una explicación acerca de la causa de este trastorno, se infiere que el origen se debería a una correlación entre un síndrome y una fisiopatología a nivel cerebral. Su fin es estadístico y no se posiciona desde un enfoque teórico específico para desarrollar sus conceptos, por ello se lo nombra como a-teórico. Este nomenclador se aboca a la clasificación a partir del consenso de los clínicos.

4. Discusión

El DSM IV es uno de los manuales psiquiátricos imponentes en el ámbito de la salud mental, ya sea público o privado, que incluye al “Ataque de Pánico” dentro de los Trastornos de Ansiedad. Si bien éste nomenclador se toma como referencia para diagnosticar, no brinda una explicación sobre la etiología del cuadro, sino que sólo realiza una descripción objetiva del mismo.

La base del Enfoque Estadístico es una psicopatología a-teórica, es decir, que parte de un punto de vista empírico, enumerando una serie de síntomas que deben estar presentes para realizar el diagnóstico. Las terapias que pertenecen a dicho enfoque generalizan los trastornos mentales, estableciendo una correlación entre cada síndrome y una eventual fisiopatología cerebral, describiendo las manifestaciones, en lugar de indicar cómo aparecen los trastornos. La terapéutica propuesta desde esta perspectiva es mediante tratamiento farmacológico combinado con psicoterapias cognitivas y cognitivo-conductuales.

Lo que el DSM IV denomina como Ataque de Pánico, había sido nombrado ya por Freud como Neurosis de Angustia, desde el inicio de su teoría, de modo que el manual diagnóstico no aporta ninguna novedad.

La teoría freudiana tiene en cuenta el mecanismo por el cual se forman los síntomas y propone como causa de la neurosis la etiología sexual. En el caso de la Neurosis de Angustia, propone la ausencia de mecanismo psíquico de defensa, por lo que el estallido de angustia aparece como descarga directa de la energía sexual que no ha sido satisfecha por las vías normales por lo que se acumula como excitación, bajo la forma de síntomas corporales (sudoración, palpitaciones, sensación de ahogo, idea de muerte inminente, etc.) En cualquiera de sus formas, Freud sostiene que la angustia, no procede de una representación reprimida, por lo que se torna rebelde al influjo de la acción psicoterapéutica.

Teniendo en cuenta las contribuciones que ambos enfoques realizan al campo de la psicopatología, consideramos que dependiendo del enfoque desde el cual nos situemos para abordar este malestar de la época actual, se derivarán diferentes consecuencias clínicas: si tomamos la

perspectiva planteada por el nomenclador, la terapéutica será la administración de un fármaco común “para todos” anulando el valor del modo singular en que ese síntoma se despliega. En cambio, si el abordaje es desde el psicoanálisis se tendrá en cuenta el discurso y la historia particular de cada paciente, incluyendo las transformaciones que pueden producirse en el encuentro con la persona del médico en el campo de la transferencia.

De este trabajo nos queda por responder si la Neurosis de Angustia se trata de un cuadro clínico, una estructura, un síntoma, una posición subjetiva; interrogantes que intentaremos abordar en futuras investigaciones.

5. Referencias

- Fernandez, L. (2013) Nosología y Nosografía en Psiquiatría. [Entrada en blog]. Recuperado de <http://es.slideshare.net/LOLFERBUR/tema-2-nosologa-y-nosografa-en-psiquiatra-psiquiatra-lola>.
- DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Massons S. A., Barcelona, España.
- Muñoz, P. (2015) Dilemas de la Psicopatología. Reflexiones con y desde el Psicoanálisis. Córdoba: Brujas.
- Freud, S. (1894-95) *Sobre la justificación de separar de la Neurastenia cierto complejo de síntomas a título de Neurosis de Angustia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1896) *Nuevas puntualizaciones sobre la Neuropsicosis de defensa*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914) *Introducción del narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915) *La represión*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1916-7) Conferencia 25° “*La angustia*” en Conferencias introductorias al psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1920) *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1925-6) *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1932-3) Conferencia 31° La descomposición de la personalidad anímica. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1932-3) Conferencia 32° “*Angustia y vida pulsional*”. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923-4) *Neurosis y Psicosis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.