

Algunas observaciones acerca del trastorno por pánico y su relación con la historia infantil del sujeto *

*Clelia Manfredi de Poderoso
y Leonardo Linetzky*

INTRODUCCION

En este trabajo queremos comunicar algunas ideas sobre lo que se conoce actualmente como Trastorno por Pánico. Estas surgieron de la observación y reflexión sobre nuestros pacientes en tratamiento psicoanalítico y de un estudio clínico estadístico realizado en forma interdisciplinaria.

Esta última forma de abordaje, diferente a la “artesanal” con la que habitualmente encaramos nuestro interés por los problemas que se nos plantean en la práctica, se vincula con el hecho de que desde hace tiempo los médicos clínicos, cardiólogos y neurólogos comenzaron a consultarnos acerca de cierto tipo de pacientes frente a los cuales quedaban desconcertados.

La situación clínica habitual suele ser la siguiente: la primer crisis sorprende a una persona que dice haberse sentido bien hasta ese momento, haciendo algo habitual y rutinario, de pronto, en forma súbita, es sacudida por la peor experiencia de su vida. El terror lo inunda, su corazón late desesperadamente, la respiración lo desborda, el piso se hace inestable a sus pies. Invasado por el pánico está convencido de que está a punto de morir de un ataque cardíaco, a ciegas pide ayuda como puede y eventualmen-

* Agradecemos la colaboración del Prof. Dr. J. J. Poderoso y su equipo del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina, U.B.A.

Agradecemos a los Dres. G. Brudny y N. Notrica la lectura crítica de este trabajo.

te llega a la guardia médica. El médico lo examina y no encuentra nada de cuidado, reasegura a su paciente, puede ser “tensión o stress”, pero en cualquier caso nada preocupante. El paciente se recupera, se siente bien nuevamente.

Varios días o aun varias semanas transcurren hasta que bruscamente aparece otra crisis. Ahora consulta a otro médico quien tampoco encuentra nada patológico, reclama un chequeo general. Nada aparece en los estudios biológicos, nuevamente el médico lo reasegura, pero pasa una semana más y se da otra crisis de pánico.

A esta altura el paciente está convencido de tener algo muy malo que los médicos no saben diagnosticar. Si el médico llega a sugerir que el padecimiento puede estar relacionado con algo psicológico, surge la desconfianza y el sentimiento de no ser comprendido. Aparece una nueva crisis...

Previamente entre los ataques el paciente se sentía bien, ahora en cambio entre ataques se vuelve crónicamente ansioso, tenso, sudoroso, aprensivo, vigilante y comienza a evitar ciertas situaciones: no maneja solo, evita las autopistas, no toma el subte, no quiere ir a restaurantes, reclama a algún miembro de la familia que lo acompañe a todas partes, deja de ir al trabajo, se refugia en su casa y sólo se aventura en los lugares cercanos. Se ha transformado en un agorafóbico. Y sufre ahora de dos tipos diferenciados de angustia: el ataque de pánico y la ansiedad anticipatoria crónica.

Pero lo más llamativo y peculiar del Trastorno por Pánico es la *sensación de muerte inminente* durante las crisis, sensación catastrófica y básicamente somática, que el paciente no puede describir en palabras; cada crisis implica para él ser invadido por una abigarrada y profusa variedad de manifestaciones neurovegetativas que no puede decodificar. Su conclusión es que su propia muerte está próxima.

LAS ESTIPULACIONES DEL DSM IV

El DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) es un intento neo-kraepeliniano de ordenar la psicopatología desde un punto de vista descriptivo y ateórico. El término “trastorno” está usado en el sentido de “síndrome”.

Este cuadro que actualmente se describe en el DSM IV como

Trastorno de Angustia fue incluido como entidad psicopatológica en el manual del año 1980, si bien las primeras descripciones médicas del mismo se remontan a mediados del siglo pasado (corazón del soldado, neurosis cardíaca, distonía neurovegetativa, etc.).

El Trastorno por Pánico (T. P.) consiste en ataques de pánico, espontáneos, inesperados y recidivantes, que se producen sin un factor, objeto o situación precipitante. Esto es de suma importancia dado que marca una neta diferencia entre la angustia desencadenada en este síndrome y la que se produce por cualquier otra patología.

De modo que en el T. P. la crisis de angustia no es respuesta a una causa conocida y una vez desencadenada la sintomatología neurovegetativa, resulta imposible de controlar mediante mecanismos psicológicos, o algún tipo de conducta. Esta falta de desencadenante de las crisis es un punto crucial de la descripción que se vincula no sólo con el diagnóstico, sino también con la comprensión de la problemática de estos pacientes.

En el episodio agudo deben estar presentes por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:

- 1) Palpitaciones, taquicardia.
- 2) Sudoración.
- 3) Temblores o sacudidas musculares espasmódicas.
- 4) Sensación de ahogo o falta de aliento.
- 5) Sensación de atragantarse.
- 6) Dolor, opresión o molestias precordiales.
- 7) Náuseas o molestias abdominales.
- 8) Mareo, sensación de inestabilidad o desmayo.
- 9) Despersonalización o desrealización.
- 10) Miedo a volverse loco o a perder el control.
- 11) Miedo a morir.
- 12) Parestesias (adormecimientos, cosquilleos).
- 13) Escalofríos o sofocaciones.

Si bien se consideran dos tipos de trastorno: con y sin agorafobia, nuestra observación muestra que la gran mayoría de los pacientes son agorafóbicos.

Es importante destacar que el diagnóstico de agorafobia del DSM IV es distinto al que usamos habitualmente dado que se refiere a la conducta evitativa ante cualquier situación en que el paciente temería no poder recibir ayuda si sufre una crisis.

Diferentes factores biológicos han sido estudiados, mencionaremos algunos:

1) Hiperactividad del *locus coeruleus*, centro de las neuronas noradrenérgicas.

También es posible que algunos centros como el *locus coeruleus* hayan “aprendido” a descargar en forma de crisis en lugar de hacerlo tónicamente a través de descargas musculares.

2) Reacción autonómica excesiva con aumento del tono simpático.

3) Se observa prolapso de válvula mitral en el 50 por ciento de los sujetos con crisis de angustia (panic attacks).

4) Centro hiperactivo en la corteza cerebral temporal.

Si bien se han realizado numerosas investigaciones en este campo, desde la psiquiatría biológica, no está establecido que estos factores sean determinantes del trastorno por sí mismos.

LAS NEUROSIS DE ANGUSTIA

Freud (1894) ya se había ocupado de lo que actualmente se conoce como Trastorno por Pánico, en su concepción de las Neurosis Actuales, particularmente las Neurosis de Angustia. Estudió y describió este cuadro en su artículo “Sobre la justificación de separar de la neurastenia, un determinado síndrome, en calidad de ‘Neurosis de Angustia’”.

La neurastenia había sido descripta por George Beard (1880), médico americano, quien le adjudicó el siguiente séquito de síntomas:

Astenia física y mental.

Incapacidad de hacer esfuerzo.

Irritabilidad.

Depresión.

Cefaleas en “casco” o en la nuca.

Algias varias.

Insomnio.

Mareos.

Palpitaciones.

Dispepsia.

Sudación.

Temblores.

Inapetencia.

Temores varios.

De todos estos síntomas Freud propone denominar “neurosis de angustia” a la siguiente agrupación:

A) irritabilidad general

B) expectativa angustiada

C) ataque de angustia, en donde encontramos algunos de los siguientes:

- 1) palpitaciones, taquicardia, pseudoangina pectoris;
- 2) disnea nerviosa;
- 3) oleadas de sudor;
- 4) temblores, estremecimientos;
- 5) hambre y vértigos;
- 6) diarreas;
- 7) vértigo locomotor y agorafobia como consecuencia;
- 8) neurastenia vasomotriz;
- 9) parestesias.

Incluye también como típicos la “espera angustiosa” y la agorafobia.

En este trabajo en que está investigando los factores etiopatogénicos, la Neurosis de Angustia queda definida como actual, es decir no histórica.

Dice al respecto (A.E., Vol. 3, pág. 91 a 115):

“...todos los indicios favorecen la expectativa de que el mecanismo de las neurosis de angustia haya de buscarse en ser desviada de la vida psíquica la excitación sexual somática y recibir, a causa de ello, un empleo anormal...”

“...llevan a la neurosis de angustia todos los factores que estorban el procesamiento psíquico de la excitación sexual somática...”

“...resalta en primer termino entre las causas de la neurosis de angustia, el ‘coitus interruptus’...”

“...la angustia que está en la base de los fenómenos de esta neurosis no admite ninguna derivación psíquica...”

“...el análisis de la fobia (agorafobia) de la neurosis de angustia se revela no susceptible de ulterior reducción, así como no es atacable mediante psicoterapia...”*

* El paréntesis es un agregado nuestro.

Destacamos especialmente dos de los conceptos sostenidos por el creador del psicoanálisis en este trabajo:

1) Se trataría de una neurosis actual, no histórica. Sus síntomas no están anclados en el pasado del paciente. Proviene de una dificultad actual para procesar psicológicamente la tensión sexual somática, tensión que, al no poder convertirse en proceso psíquico, es descargada en forma de síntomas somáticos de la crisis de angustia (sin contenido, sin simbolismo, con significación posible sólo en forma secundaria).

La etiología de los síntomas está enraizada profundamente en la biología.

Freud en este momento coincide con lo postulado por la Psiquiatría Biológica actual: se trata de una descarga somática (descarga noradrenérgica diríamos actualmente).

2) Secundariamente a las crisis aparece la agorafobia, anticipándose a la emergencia de las nuevas crisis. Pero esta fobia no tiene otro contenido que la explica.

La evitación de una nueva crisis de angustia sería el único contenido posible de hallar en el temor a los espacios abiertos. También esta forma de concebir la angustia en la agorafobia deja excluida a las explicaciones metapsicológicas.

Coincide también Freud con la idea de agorafobia que nos aproxima el DSM, donde el temor es una especie de espera angustiosa a que la crisis se produzca en algún lugar en que no pueda ser prontamente auxiliado y por eso el paciente evita alejarse de su hogar (miedo al miedo dicen nuestros pacientes).

Hay un tercer elemento que quisiéramos subrayar:

... *“el mecanismo de las neurosis de angustia haya de buscarse en ser desviada de la vida psíquica la excitación sexual somática y recibir, a causa de ello, un empleo anormal...”* (A.E., vol 3, pág. 108)

En esta frase la sexualidad se representa como un vector que se dirige desde el cuerpo sexual y que requiere ser procesado como vida psíquica.

En “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926) vuelve a abordar el tema de las neurosis sin historia:

“Hallé que determinadas prácticas sexuales (como el coitus interruptus, la excitación frustránea, la abstinencia forzada) provocan estallidos de angustia y un aporte angustiado gene-

ral; ello sucede, pues, siempre que la excitación sexual es inhibida, detenida o desviada en su decurso hacia la satisfacción. Y puesto que la excitación sexual es la expresión de mociones pulsionales libidinosas, no parecía osado suponer que la libido se mudaba en angustia, por la injerencia de esas perturbaciones. Ahora bien, esa observación sigue siendo válida hoy...” (A.E., vol. 20, pág. 105).

Hemos destacado aquello que consideramos significativo en relación a la idea anterior.

En 1894 la idea era la de una fuerza, un quantum energético que pasa desde el cuerpo a la psique, aquí (1926) al sujeto humano parece no quedarle vida instintiva, es sólo pulsión que se expresa a través del instinto.

Se han invertido las direcciones de los vectores, antes (1894) la tensión sexual somática era aceptada en la psiquis, se transformaba en libido y si por algún motivo ese pasaje estaba impedido, la tensión somática se descargaba en una sintomatología orgánica, angustia, que no tenía significación psíquica determinante.

Pero:

....“y puesto que la excitación sexual es la expresión de mociones pulsionales libidinosas...”

“... y apoyado en la indagación de las neurosis actuales, suponía que una libido (excitación sexual) desautorizada por el yo o no aplicada hallaba una descarga directa en la forma de angustia.” (A.E., vol. 20, pág. 150)

Estas frases parecen sugerir que no es la tensión sexual somática la fuerza motriz que se descarga en forma de angustia, es libido, libido que además es equivalente a excitación sexual.

¿Cambio en el sentido de los vectores de fuerza, o sólo cambia la nomenclatura?

En sus “Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis” (1932), vuelve sobre las neurosis actuales:

“Solo las represiones más tardías muestran el mecanismo que hemos descrito, en que la angustia es despertada como señal de una situación anterior de peligro; las primeras y originarias nacen directamente a raíz del encuentro del yo con una exigencia libidinal hipertrófica proveniente de factores traumáticos; ella crea su angustia como algo nuevo es verdad que

según el arquetipo del nacimiento, acaso lo mismo valga para el desarrollo de angustia que en la neurosis de angustia se produce por daño somático de la función sexual. Ya no afirmaremos que sea la libido misma la que se muda entonces en angustia.” (A.E., vol. 22, pág. 87)

Nuevamente se acentúa el punto de apoyo en la biología.

Surge como interrogante si la neurosis de angustia reaparece aquí simplemente como remanente “arqueológico” o, sigue sosteniendo una especificidad clínica para las mismas.

Para los desarrollos psicoanalíticos posteriores, las Neurosis Actuales perdieron entidad conceptual en sí mismas. Desde el punto de vista clínico, estos pacientes suelen ser pensados dentro de las fobias, estados borderline, y fenómenos psicósomáticos.

UN CASO CLINICO

Un paciente de 30 años es derivado a tratamiento psicoanalítico, con el diagnóstico de fobia, luego de haber recorrido consultorios de clínica médica, cardiología, neurología, durante más de un año.

En ese momento sufría de ataques de pánico con ansiedad crónica, y agorafobia que trataba de disimular, pero que le provocaba serias limitaciones en su vida social. Y laboral.

El paciente comenzó en forma brusca e inesperada con un ataque de pánico que él relata como algo brutal y sumamente traumático con la sensación de que su muerte era inminente, esta primera crisis se presentó en un momento en que estaba realizando sus actividades habituales. Reclamó auxilio a sus compañeros de trabajo quienes lo llevaron rápidamente a la guardia médica, comenzando así una serie de ataques, y una reiteración de la misma secuencia, encontrándose cada vez más perplejo y aterrizado frente a “eso”.

Este termino “eso” era su forma de referirse a sus ataques de pánico, que no era objetivable en ninguno de los exámenes médicos sea clínicos o de laboratorio y que ni él, ni los profesionales que lo atendían podían entender y controlar.

Otra paciente en sus primeras sesiones de análisis se manifestaba así: “Estoy desesperada, lo mío es muy urgente... me voy a

morir, me hice todos los estudios... el Dr. me dijo que eran problemas cervicales... pero no sé, me viene la ‘cosa’ y es terrible, me desespero... Ahora no puedo salir a la calle, tengo miedo que me pase algo. Tengo ataques todos los días, no aguanto más...”.

“*Eso*”, “*la cosa*” esta imposibilidad de nominar, de otorgar significado a lo que le está ocurriendo (el ataque de pánico) es una de las características de este síndrome.

Hay una falla en la simbolización de la experiencia, a diferencia de las fobias, cuadros con los que habitualmente se confunde.

Volviendo a nuestro primer paciente, Carlos, queremos destacar como antecedente de su enfermedad actual, que alrededor de quince días antes de su primer episodio, su esposa había estado gravemente enferma, con riesgo de muerte e internada en terapia intensiva.

Es hijo de padres inmigrantes, resultándole conflictiva la baja extracción social de los mismos, en contraste con sus propios logros y adquisiciones profesionales. Hay en su historia, una situación traumática infantil, cuando el paciente tenía 4 años fallece en forma dramática un hermano dos años mayor.

Está casado y tiene dos niños de corta edad. Pese a la gravedad de los síntomas y las limitaciones que padece, sus vínculos parecieran relativamente bien constituidos.

Durante las primeras sesiones, le resultaba difícil concurrir a las mismas, ya que los ataques eran muy frecuentes y el paciente sentía que lo que él necesitaba era un objeto con capacidad de “amparo y de preservar la supervivencia”: el médico en su función asistencial, lo cual implicaba que el alivio para sus crisis lo encontraba en la guardia de un hospital y no con su analista.

En Carlos parecían coexistir en forma disociada dos modos de funcionamiento durante las sesiones, uno que podríamos llamar “neurótico” en el sentido clásico con que se usa este término en psicoanálisis, con asociaciones libres, sueños, con material vinculado a la angustia de castración y a su estructuración edípica. El analista podía escuchar, atender a la dinámica de la transferencia-contratransferencia e interpretar; pero había otros momentos, terribles, cuando el pánico emergía, la angustia era de muerte inminente, el paciente se ahogaba, tenía palpitaciones, taquicardia, sufría mareos intensos, temblores, con oleadas de parestesias. Se trataba de una expresión somática masiva, angustia automática, sin posibilidad de ligadura.

El analista se sentía perturbado en su capacidad de pensar e interpretar, se producía “un corte” en la sesión, en el mejor de los casos guardaba silencio, si es que no se sentía impulsado, él mismo, a llamar a la guardia médica.

De pronto no había lugar para la palabra, no había “sentido” para esa experiencia, se trataba de una descarga neurovegetativa masiva, con una seria perturbación en la capacidad de simbolización y decodificación de las señales provenientes del funcionamiento corporal, *específicamente* las correspondientes al *sistema nervioso autónomo*. Si la ansiedad del analista lo hacía apresurarse, tratando de interpretar algún contenido o intentar adscribir algún significado transferencial, el paciente no sólo se sentía incomprendido, sino que aumentaba su nivel de angustia.

Luego del primer año y medio de tratamiento analítico los ataques de pánico se fueron espaciando, cambiando lo que era necesidad del médico por necesidad de contacto con el analista. Cuando las crisis se repetían, daba la impresión de labilidad y fragilidad, como si se estuviera en riesgo de deshacer todo el trabajo realizado con esfuerzo. Paulatinamente, los remezones se fueron haciendo más espaciados, mejorando la capacidad de tolerancia y continencia del paciente.

El fragmento de material que relatamos corresponde a una sesión que tuvo lugar al año y medio de comenzado el análisis. En el contexto de la relación transferencial, este paciente presentaba una extrema vulnerabilidad a las experiencias de separación, pero de forma tal que la presencia del analista era requerida no en su función simbólica, otorgadora de significados, sino delimitado en su rol de persona física acompañante, tal como reclamaba de su médico. La ausencia del objeto llevaba aparejado un riesgo vital, la tendencia era a establecer vínculos posesivos y de control con el objeto que ampara, en una relación de encierro-protección.

En esta sesión, que es la primera de la semana, relata un ataque de “síntomas limitados”. En este momento, ya había logrado, en relación a sus posibilidades en el momento de la consulta, una cierta capacidad de comunicación y de verbalización de la experiencia, lo que redundaba en una mayor contención de la angustia.

“Tuve una experiencia muy fea, todo el fin de semana anduve mal, como adentro de una película sin poder salir. La sensación de que lo que me rodeaba era ficción, sentirme raro,

sudores en los pies y las manos, puntadas en la cabeza, palpitaciones, si pongo la mano así, me tiembla, sensaciones en las piernas, no puedo describir bien lo que siento. Venía manejando y me puse muy mal... el embotellamiento, cuando empecé a venir, antes me ponía muy mal... Me puse a escribir en la computadora: tensión psicológica no es,... es nerviosa, cuando a uno le pasa algo y está emocionado yo la conozco, pero esto es diferente, esta sensación está localizada en el corazón y es “algo” que va a explotar. El miedo y la tensión son diferentes, es algo orgánico como la gripe, es algo que no puedo controlar. Ahora me descargo hablando... pero me da miedo, es como llamarlo”.

Pareciera que el paciente estuviera tratando de organizar un universo semántico del cual está carenciado. En este momento de la relación analítica, comenzaba a aceptar al analista en su función simbólica. Y ya no lo necesitaba tanto como médico (objeto que preserva la supervivencia física).

Es interesante contrastar este momento con el pequeño fragmento que transcribimos a continuación:

“Me siento raro. Mi socio se va de viaje. Soy padrino de urgencia y mi ahijada tiene que operarse del corazón, yo no quería pero el tío dijo que fuera por el peligro de muerte... Lo que me pasa no es psicológico”.

Aquí una situación que podría ser entendida como descompensación fóbica por separación del analista es rápidamente aunada a la muerte biológica potencial y a la muerte psicológica concreta para paciente y analista.

La base de la situación agorafóbica del paciente, estaba en el terror a sufrir un ataque de pánico fuera de su hogar y no poder ser auxiliado médicamente, en ese caso se encontraría en una situación de máximo desamparo, con riesgo para la supervivencia, y esto no era una metáfora, para él se trataba de sobrevivir o morir.

En los desarrollos psicoanalíticos clásicos, el ataque de angustia debido a la situación agorafóbica se produce al fallar el sistema defensivo habitual (represión, retorno de lo reprimido, mecanismo de defensa, evitación, etc.) referido a un equilibrio entre diferentes tipo de significaciones en la vida mental, vinculadas a su vez a la historia edípica del sujeto, siendo la agorafobia

primaria respecto de las crisis: el fóbico evitaría el espacio –en tanto escenario pletórico de significados, debido a que ese lugar puede provocarle una crisis de angustia.

La secuencia sería a la inversa en este padecimiento, la agorafobia es consecuencia del ataque de pánico: el paciente teme sufrir un acceso de angustia de muerte en lugares en los que no podría ser asistido médicamente y morir. Lo que evita el paciente es ser sobrepasado por la experiencia del pánico donde la vivencia es de máximo desamparo: se trata de sobrevivir o morir, y Carlos, nuestro paciente, lo planteaba en esos términos.

J. Maldonado (1993), plantea en su interesante artículo sobre las agorafobias, este tipo de problemática y diferencia la agorafobia de otros tipos de fobia (específicas), señalando que en el primer caso hay una severa falla en la formación de símbolos y en la relación del Yo con las representaciones.

Llamaba la atención que el impacto emocional, sufrido por el paciente, en relación a la posibilidad de muerte de la esposa, no era mencionado y, si surgía, se repetían muchos de los síntomas de las crisis. Hablar del suceso desencadenante era repetirlo, por lo tanto el paciente detenía su trabajo en sesión.

La historia infantil, el hermano muerto, cuando él tenía 4 años, había aparecido como un dato o acontecimiento, que no había sido posible de transformar en experiencia psíquica hasta ese momento.

Ambas situaciones resultaban, difícilmente procesables por su psiquismo. En una, Carlos eludía el tema para no sufrir la molestia producida por los síntomas, la otra, la de la infancia, parecía no tener contacto con el resto de su vida emocional.

UNA INVESTIGACION CLINICA

A partir de la observación de ciertas regularidades presentes en la historia de los pacientes panicosos, comenzamos a considerar en estos casos un tipo específico de situación traumática infantil: la muerte de uno o ambos padres o de alguien significativo para el niño, así como factores desencadenantes del cuadro patológico, que invariablemente se relacionan con situaciones graves con riesgo de muerte de un otro significativo, en los meses previos al primer ataque de pánico.

En el caso de Carlos ya mencionamos el haberse enfrentado al riesgo de muerte de su esposa, riesgo que parece haber actuado como situación traumática que no pudo ser procesada dentro de su vida mental, que no pudo articularse dentro de una cadena simbólica, y que parece haber quedado marcada como una zona fuera del área de los procesos psíquicos, zona en que el paciente podía entrar sin causa alguna que pudiera predecirlo.

Sabemos que el abandono de la teoría de la seducción (en tanto trauma psíquico sexual infantil), por parte de Freud, dio paso a considerar, predominantemente, la importancia de la vida fantasmática en la producción de efectos patógenos.

Sin embargo, varios autores psicoanalíticos han sugerido la necesidad de reconsiderar las experiencias infantiles, en particular la importancia de los eventos traumáticos no sexuales, “sobre todo si se trata de la muerte de uno o ambos progenitores y parientes...”, tal como lo plantea Gioa (1993), en su trabajo sobre “Algunas convergencias y divergencias con la teoría clásica psicoanalítica”.

Por su parte, E. Bleichmar (1991) sugiere en su estudio sobre las fobias en la infancia que el evento de muerte o el riesgo de muerte real fuerza una inscripción precoz de la muerte en el psiquismo, obligando al niño a tener que concebir la muerte “con todos los efectos y aún el mas indeseable, el de la angustia automática ante el estímulo que la evoque (...) si antes no creía en su propia muerte ahora pasa a ser un fanático de su muerte”. En esta situación se encuentran nuestros pacientes con pánico: en cada crisis, la propia muerte es inminente.

Nuestras observaciones nos motivaron a repensar estas cuestiones y a realizar un estudio clínico, en forma interdisciplinaria con médicos clínicos, cardiólogos y neurólogos, a quienes habitualmente consultan los pacientes en primera instancia.

Nos abocamos entonces a una investigación estadística, por medio de la cual intentamos corroborar la hipótesis que: “los pacientes adultos, con trastorno por pánico, presentan una mayor frecuencia de muerte de los padres o familiares convivientes durante los primeros años de vida” (Manfredi, Linetzky, Poderoso, 1997).

A modo de síntesis deseamos transmitir que efectuamos un estudio comparativo de dos poblaciones, una de 16 pacientes con Trastorno por pánico según los criterios estipulados por el DSM

IV y otra de 16 sujetos testigo sin dicho trastorno. El grupo de pánicos se conformó con pacientes de consulta ambulatoria que llegaron a los consultorios clínicos de los médicos participantes, durante un período de un año.

Los sujetos testigos fueron voluntarios dispuestos a colaborar con la investigación. Con ambos grupos se realizó un estudio abierto, basado en una misma entrevista semiestructurada, diseñada específicamente para investigar la historia infantil de los sujetos. Se utilizó la escala de Paykel para evaluar los factores desencadenantes del primer ataque en el año previo al mismo.

Las diferencias estadísticas fueron valoradas a través del método del chi cuadrado, con corrección de Fischer para pequeñas muestras.

Ambos grupos fueron homogeneizados según edad, sexo y condiciones socio-culturales. Todos los pacientes presentaban agorafobia de intensidad moderada a severa, la vida laboral y social estaba limitada, los pacientes presentaron mayor frecuencia de prolapso mitral.

Cuando analizamos las experiencias infantiles los resultados mostraron que el grupo de pacientes sufrió mayor frecuencia de eventos de muerte y enfermedades graves (con riesgo de muerte) en un otro significativo, antes de los 7 años de edad, en forma estadísticamente significativa.

Algunas de las características y diferencias entre los grupos están en la Tabla 1.

Los factores desencadenantes resultaron ser la muerte de alguien significativo en el 75% de los casos.

CONCLUSIONES

En las líneas que anteceden hemos intentado transmitir nuestra experiencia personal ante una situación clínica que se nos planteó como diferente en nuestra práctica psicoanalítica.

Deseamos destacar nuestra dificultad al contactar con los primeros pacientes que nos consultaron y la tendencia a intentar comprender estos fenómenos dentro de conceptualizaciones psicopatológicas conocidas: fobia descompensada, duelos mal elaborados, hipocondría, enfermedades psicosomáticas, fueron conceptos en los que intentamos hacer encajar las descripciones

de los sufrimientos de quienes acudían en consulta.

Sin embargo, los pacientes nos ayudaron a replantear nuestra escucha frente a ellos.

A partir de este cambio en nuestra postura y de la experiencia recogida por médicos clínicos, decidimos abordar el problema no sólo desde nuestra experiencia en la sesión psicoanalítica. Para eso diseñamos una aproximación estadística de recolección de datos que aparecían como relevantes en la práctica cotidiana.

Dada la necesidad de obtener información confiable sobre circunstancias personales que se refieren a sucesos infantiles y están sujetos a deformación, el trabajo de recolección y evaluación tuvo exigencias particulares que por cuestiones de espacio no detallamos.

A partir de la conjunción entre los datos obtenidos y la elaboración de nuestra experiencia psicoanalítica con estos pacientes, observamos que en ellos se presentan principalmente dos acontecimientos:

- Muerte de un otro significativo en la infancia.
- Situación de pérdida como factor desencadenante de la sintomatología actual.

Estas situaciones se articulan de manera tal, que observamos en estos casos:

- Sensación de muerte inminente en cada crisis, vinculada a una falla severa en la simbolización, con una incapacidad de procesar psíquicamente las señales corporales específicamente relacionadas con el sistema nervioso autónomo.
- No se constituye un estado mental de duelo ante la pérdida del objeto, sino que donde debería haber un duelo encontramos un “agujero” psíquico.

Pensamos que en estos pacientes la historia traumática infantil se presenta como un “hueco” no historizado y difícilmente historizable. En un trabajo nuestro, anteriormente publicado (1996), discutimos algunas consideraciones etiológicas que el creador del psicoanálisis efectúa en la presentación de dos casos clínicos.

Intentamos entonces manejarnos con alguna hipótesis incipiente que deseamos transmitir como cierre de nuestra comunicación:

“Los sucesos infantiles traumáticos, vinculados a la muerte o enfermedad grave con riesgo de muerte de figuras significativas convivientes se asocian a un déficit en alguna función necesaria

para poder contener o transformar dentro del área de los procesos psíquicos la temática de la muerte, que irrumpe a nivel somático, como fenómeno del campo de lo no simbolizado, de lo irrepresentable, una suerte de “agujero” en la vida psíquica.

TABLA 1
CARACTERISTICAS DE LOS GRUPOS EN ESTUDIO

	<i>Pacientes con Pánico n=16</i>	<i>Controles n=16</i>	<i>Chi- square</i>	<i>Valor p/ Fisher*</i>
Edad Promedio	37.7	38.7	-	-
Sexo				
Hombres	6	6	-	-
Mujeres	10	10	-	-
Agorafobia	16	-	-	0.000
Prolapso de válvula mitral	9	1	7.127	0.008
Limitaciones laborales	9	1	7.127	0.008
Limitaciones sociales	12	1	9.734	0.002
Evento de muerte en la infancia (hasta 7 años de edad)	10	3	4.664	0.031
Enfermedad grave en otro significativo (hasta 7 años)	11	2	8.291	0.003

** Exact Fisher test was added for statistical comparisons when the expected frequency in the Chi-square was less than 5 at least in one cell.*

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1995) *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*, Barcelona, Masson S.A.
- BLEICHMAR, E. (1991). *Temores y Fobias. Condiciones de Génesis en la infancia*. Barcelona, Editorial Gedisa.
- FREUD, S. (1894). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de Neurosis de Angustia. *A.E. T.3*
- (1926). Inhibición, síntoma y angustia. *A.E. T. 30*.
- (1932-1933). Nuevas Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 32, Angustia y Vida pulsional. *A.E. T. 22*.
- GIOA, T. (1993). "Algunas convergencias y divergencias con la teoría psicoanalítica clásica". *Psicoanálisis APdeBA*, Vol XV- 3: 527-546.
- KLEIN, D. F. (1980). "Anxiety Reconceptualized". *Comp. Psychiatry*, 21:411-427.
- KLERMAN, G.; HIRSCHFELD, R.; WEISSMAN, M., ET AL (Editors) (1993) *Panic Anxiety and its treatments. American Psychiatric Press, Inc.* Washington, DC, London, England.
- MALDONADO, J. (1993). "Sobre las agorafobias y su relación con la patología narcisista". *Psicoanálisis APdeBA*, Vol XV, 3:547-565.
- MANFREDI, C; LINETZKY, L. (1996) "Trastorno por Pánico. Una aproximación psicoanalítica". *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiat.* Vol. VII, 24: 90-94.
- MANFREDI, C; LINETZKY, L.; PODEROSO, JUAN JOSÉ (1997). "Experiencias infantiles vinculadas a la muerte y la enfermedad en los pacientes con trastorno por pánico". *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiatría*. Vol. VIII, 28: 92-95.
- PAYKEL, E.; PRUSSOF, B. ET AL. (1971) "Scaling of Life Events". *Arch. gen. Psychiat.*, 25:340-347.

Clelia Manfredi de Poderoso
Sánchez de Bustamente 1628, P.B. "C"
C1425DUH Capital Federal
Argentina

C. M. DE PODEROSO Y L. LINETZKY

Leonardo Linetzky
Larrea 1080, 6° “D”
C1117ABF Capital Federal
Argentina