

# **Problemáticas “actuales” (acerca del pánico y la agorafobia). Psiquiatría y Psicoanálisis**

*Clelia Manfredi de Poderoso y  
Leonardo Linetzky*

En este trabajo intentamos reflexionar acerca de nuestra tarea clínica con pacientes que presentan patologías “actuales”, desde la divergencia entre dos disciplinas: la Psiquiatría y el Psicoanálisis.

Freud (1916) dice: “El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: ésta estudia las formas exteriores de los órganos; aquélla, su constitución a partir de los tejidos y las células. Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio, una de las cuales continua a la otra”. La relación está planteada en términos de inclusión, se observan los mismos fenómenos, desde lo macroscópico en el caso de la psiquiatría y desde lo microscópico cuando aplicamos el instrumento psicoanalítico, así como de complementariedad: el conocimiento que nos aporta una, es complemento del conocimiento que nos aporta la otra.

Si bien hasta no hace muchos años el psicoanálisis influyó notoriamente en la comprensión teórica y la práctica de la psiquiatría (al menos en nuestro medio), actualmente su influencia se ha debilitado considerablemente por un sin número de razones que no vamos a considerar aquí. Tal es la situación que, desde que sus aportes, como teoría psicopatológica, contribuyeron tanto conceptualmente como clínicamente a la construcción de la “Psiquiatría Dinámica”, hasta ahora, observamos un giro de tal magnitud, que actualmente la psiquiatría fundamenta sus teorías explicativas en los nuevos conocimientos basados en la neurofisiología y neuroquímica, la biología molecular, la psicofarmacología y los últimos avances

tecnológicos. Surge así transformada, en su actual dimensión, una suerte de nueva “NeuroPsiquiatría”, cada vez menos interesada en el Psicoanálisis y cada vez más interesada en las neurociencias, como sustento teórico, así como la psicofarmacología se constituye en el recurso terapéutico por excelencia (Manfredi, Linetzky, 2003).

A diferencia del planteo freudiano de 1916, las dos disciplinas han recorrido, a nuestro entender, caminos divergentes.

En este sentido observamos que la nosografía se modificó, en relación a la Psiquiatría clásica, siguiendo las líneas marcadas por las nuevas investigaciones farmacológicas y la acción “transnosográfica” de los nuevos psicofármacos, que permite que actualmente cualquier persona, con cualquier tipo de organización psicopatológica *o no*, sea pasible de tratamiento medicamentoso.

Considerando al “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSMIV) (1994), de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, como el exponente de esta problemática, observamos que, a partir de 1980, surge como un nuevo organizador conceptual en el campo de los fenómenos psicopatológicos, excluyendo como categoría diagnóstica los fenómenos clínicos que hasta ese momento eran conceptualizados teóricamente como “Neurosis” —con una vaga fundamentación acerca de lo controversial del término, y de ¡falta de consenso! entre los clínicos—, eliminando asimismo a la Histeria como concepto, tan ligada a la historia y el surgimiento del psicoanálisis.

Conceptualmente, la categoría “Neurosis” es inseparable de la teoría psicoanalítica y la comprendemos como una estructura psicopatológica, más allá de la sintomatología, que siempre fue considerada beneficiaria del psicoanálisis.

Para la Psiquiatría actual, en cambio, la clínica de las neurosis se ha desdibujado hacia un inventario de síntomas, al punto tal que ha desaparecido como categoría dentro de un nuevo orden diagnóstico, surgiendo los “Trastornos por ansiedad”, que comprenden: fobias, trastorno obsesivo compulsivo, stress post traumático, etc., incluyendo nuevas categorías nosológicas como el trastorno por pánico y, como veremos, una *descripción particular de la agorafobia*.

El fenómeno clínico resultante está desobjetivizado. Se jerarquiza el síntoma en desmedro de lo histórico, se transforma lo singular en universal, y el diagnóstico queda orientado por la acción del psicofármaco. Cabe destacar que diferenciamos entre el reduccionismo que pretende forzar una equivalencia entre síntoma y alteración

neuroquímica pasible de ser resuelta mediante el psicofármaco apropiado, de los aportes basados en la moderna investigación en neurociencias, que se ha alejado de los modelos anatomopatológicos del siglo 19 hacia los nuevos conceptos de sistemas o redes, plasticidad neuronal, resiliencia, factores de trofismo neuronal que admiten cambios funcionales y estructurales mediatizados por la palabra (Ziehler et al, 1999).

Abordaremos esta problemática, considerando en primer lugar la interrelación entre *agorafobia* y *pánico (angustia)*, desde estas dos perspectivas diferentes: *la Psiquiatría y el Psicoanálisis*.

Recordemos que el uso tradicional del término "*agorafobia*", es el temor irracional a los espacios abiertos. Clásicamente, estamos habituados a comprender, tanto la agorafobia como la claustrofobia como conceptos referidos a *fobias al espacio*, con elementos sintomáticos específicos: sensaciones de flojedad, lipotimia, vértigo, vivencia de una gran distancia a franquear en el primer caso e intolerancia a los espacios cerrados, sensaciones y fantasías de ahogo y asfixia, o a ser aplastado o encerrado vivo en la segunda.

Veamos las características clínicas propuestas por el DSM IV:

*A.*: Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones *donde escapar puede resultar difícil* (o embarazoso) o donde, en el caso de *aparecer un ataque de pánico inesperado o síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda*. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

*B.*: Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

*C.*: Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Observamos que desde este punto de vista, el concepto es diferente al que se usa habitualmente en psicoanálisis.

En primer lugar destacamos que esta descripción no es atórica, como sus autores proponen. La agorafobia es referida al temor a quedar expuesto a situaciones en las cuales podría repetirse la crisis de angustia y el paciente podría no tener acceso a algún tipo de ayuda, el miedo es a la angustia, al ataque de pánico que se desarrolla en las

crisis (Manfredi, Linetzky, 2003). Lo evitado es la emergencia de la angustia en sí misma y está basada en la posibilidad de ser sorprendido por el pánico sin poder recibir auxilio (recordemos que las características clínicas del ataque de pánico, incluyen síntomas correspondientes a la dimensión somática, con una típica sensación de muerte, desorganizante del sujeto). Se trata de una comprensión de la agorafobia centrada en el pánico, resultando entonces que la primera no tiene significación primaria sino que es la resultante de los sucesivos y reiterados ataques de pánico. En este caso la angustia no estaría vinculada a representaciones inconscientes, ni se articula a una cadena asociativa. Se trataría de una agorafobia “vacía” de representaciones, resultando desarticulada de la estructura neurótica fóbica.

Observemos que se amplía enormemente como entidad, pasando a contener múltiples situaciones clínicas, que podrían ser consideradas como claustrofóbicas: teatros llenos de gente, autopistas congestionadas, lugares en que el paciente suele colocarse cerca de la salida a fin de poder solicitar ayuda. Este planteo no es simplemente una descripción diferente sino que supone pensar la angustia como entidad en sí misma, implicando un deslizamiento de sentido desde la angustia como síntoma de la neurosis, a la angustia como enfermedad. Se descentra la neurosis como organización y estructura psicopatológica; la entidad nosológica resulta ser la angustia y no un síntoma resultante del conflicto inconsciente, desapareciendo así el modelo psicodinámico de formación sintomática. De aquí se deduce que, *si se bloquean los ataques de pánico farmacológicamente, no habría “progresión” hacia la agorafobia*. Vemos una secuencia tal que la crisis de angustia resulta ser la causante de la agorafobia, la cual no tiene en sí misma significación alguna, podríamos casi considerarla un temor realista al ataque de pánico.

*Consideremos el punto de vista psicoanalítico:* el psicoanálisis vincula la etiología de los síntomas de la vida psíquica, al desarrollo libidinal del sujeto. Desde este punto de vista la crisis de angustia, debida a la situación agorafóbica, se produciría por una falla en el sistema defensivo habitual (represión, retorno de lo reprimido, mecanismos de defensa). La palabra sistema hace referencia a un equilibrio entre diferentes tipos de significaciones en la vida mental, estando estas significaciones vinculadas a la estructuración edípica del sujeto. En el pensamiento clásico psicoanalítico, la crisis de angustia se refiere a que los espacios abiertos alteran el equilibrio

inconsciente de fuerzas, siendo en este caso la agorafobia primaria respecto a las crisis. El síndrome agorafóbico queda incluido en el marco de la teoría general de las fobias dentro del modelo freudiano del conflicto. El (agora)fóbico evitaría el espacio abierto debido a que ese lugar puede provocarle una crisis de angustia (angustia de castración).

Freud (1926), plantea que su concepción de las zoofobias infantiles (caso Juanito) es válida para la comprensión de las fobias del adulto y precisamente pone como ejemplo a un joven agorafóbico: "El agorafóbico impone una limitación a su yo para sustraerse de un peligro pulsional. Este último es la tentación de ceder a sus concupiscencias eróticas, lo que le haría convocar, como en la infancia, el peligro de la castración.... A guisa de ejemplo menciono el caso de un joven que se volvió agorafóbico porque temía ceder a los atractivos de las prostitutas y recibir como castigo la sífilis".

La agorafobia, entonces, proviene de complejos mecanismos defensivos y representacionales, dinámicamente interrelacionados, entendiéndola como estructura sintomática dentro de las "psiconeurosis", centrada en la conflictiva edípica del sujeto.

Se trata de una organización neurótica defensiva al servicio de la evitación de la angustia, desligada del conflicto original, pero ligada ahora a una representación sustitutiva. Lo evitado es un espacio tridimensional en el cual se proyectan y desplazan distintas significaciones de la vida mental, relacionadas con un universo simbólico de representaciones que nos remite a la estructuración y conflictiva edípica. Es la exposición al espacio (su significado inconsciente) lo que genera la crisis de angustia. El sentido del síntoma puede ser develado a través del método psicoanalítico (Manfredi, Linetzky, 2003).

A modo de síntesis, resumiendo y simplificando la diferencia entre la concepción psicoanalítica y la psiquiátrica:

La primera supone un complejo juego de representaciones inconscientes, donde una pléora de simbolismos, por medio de mecanismos de proyección y desplazamiento, provocarían un estado de evitación, cuyas verdaderas motivaciones permanecen ocultas tras una cortina de racionalizaciones. En este caso la cadena de elementos asociativos que conduce a las verdaderas fuentes de la angustia es pasible de ser develada desde el psicoanálisis, podemos sostener la "*vía de levare*".

En cambio en la segunda, lo que se evita es la emergencia de la

angustia en sí misma. En este caso la angustia no tendría un origen vinculado a las representaciones inconscientes. El miedo al espacio (estar fuera de la casa) se basa en el temor a ser sorprendido por un ataque de pánico con sensación de muerte inminente lejos del hogar, sin poder recibir auxilio alguno, en una situación de desamparo. La agorafobia en este caso no es una estructura psicopatológica con una dimensión simbólica, sino que es una conducta secundaria a los reiterados ataques de pánico.

Sin embargo revisando los primeros trabajos de Freud (1894), encontramos algo del orden de estas últimas ideas expuestas, en su concepción de las Neurosis Actuales, cuando plantea refiriéndose a la Neurosis de Angustia, que se trataría de una neurosis actual, no histórica, en la cual los síntomas estarían desprovistos de significado psicológico. En este trabajo, aborda los fenómenos clínicos que se corresponden con las descripciones actuales de “Pánico” y “Agorafobia”. En ese momento estaba elaborando su teoría acerca de la etiología sexual de las neurosis y relacionaba la neurosis de angustia con trastornos en la vida “sexual actual” del paciente, pasibles de generar una acumulación de tensión sexual *somática*, que no podría ser procesada psicológicamente, descargando entonces, en forma de crisis de angustia, sin contenido, sin simbolismo, con significación posible solo en forma secundaria. La diferenciaba de las psiconeurosis originadas en conflictos ligados a la psicosexualidad infantil, de manera que en las Neurosis Actuales no intervendría mecanismo psicológico alguno. Dice refiriéndose a la agorafobia de las Neurosis de Angustia: “...en las fobias de la neurosis de angustia: 1) este afecto... es siempre el de la angustia, y 2) 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*. Por tanto, el mecanismo de la *sustitución* no vale para las fobias de la neurosis de angustia”. Aquí propone una línea de pensamiento, una idea de agorafobia que se aproxima a la del DSM IV, 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.

Estas ideas sobre Neurosis Actuales son consideradas clásicamente pertenecientes al período prepsicoanalítico, previas a la introducción en la teoría, de la sexualidad infantil y el complejo de Edipo. Sin embargo, encontramos que Freud las sostiene a lo largo de su obra, y vuelve a reafirmar la presencia de las mismas en la clínica, por

ejemplo, cuando en 1932, dice: "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 primarias y originarias nacen a raíz del encuentro del Yo con una exigencia libidinal hipertrófica proveniente de factores traumáticos; ellas crean su angustia como algo nuevo 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".

### ILUSTRACION CLINICA

Presentamos una ilustración clínica correspondiente a una paciente con pánico y agorafobia que, como otros pacientes con estas características, nos llevó a reconsiderar la problemática expuesta, volviendo a Freud y a investigar nuevas hipótesis.

Se trata de una joven de 23 años (Ana), quien es derivada por su médico clínico a raíz de su sintomatología agorafóbica. Concorre a la primera entrevista acompañada por su madre sin registro alguno de conflicto psíquico o de que algo del orden de lo emocional podría estar vinculado a su padecimiento. Ambas manifiestan una gran preocupación referida a las dificultades de Ana para salir sola a la calle considerando que su sintomatología limitaba cada vez más su vida y actividades habituales.

Interrogada respecto a algunos datos biográficos, sólo refiere que su padre *había muerto cuando ella tenía 6 años* en circunstancias tales que fue encontrado por la madre, yaciendo muerto en su cama, hecho sobre el cual no tiene ningún recuerdo, ni asociación.

Investigando en las circunstancias de la eclosión de sus síntomas, surgió con claridad que la agorafobia se había desarrollado luego de reiterados, recurrentes y espontáneos ataques de pánico. Alrededor de cuatro meses antes de la emergencia del pánico, se produce la muerte traumática de una amiga muy cercana a raíz de un accidente automovilístico y es de destacar que Ana no podía establecer ninguna asociación o vínculo entre la pérdida de su amiga y su extrema angustia actual. Las conductas evitativas se fueron complejizando progresivamente: evitaba los supermercados y shoppings, evitaba los cines y lugares donde tenía que "hacer cola", el manejo del auto y finalmente no podía alejarse a más de una cuadra de su casa sin

experimentar el temor a sufrir un nuevo ataque de pánico. Llamaba la atención la coincidencia de la descripción de los síntomas por parte de la paciente con las características estipuladas por el DSM IV (el concepto de ágora –que era la plaza del mercado en la antigüedad– hace alusión justamente a esta situación: un espacio poblado donde se reunía una muchedumbre).

Es de destacar que a pesar de la severidad del cuadro, la paciente había tenido desarrollos satisfactorios en diversos aspectos de su vida, tanto en su vida de relación como en su rendimiento laboral hasta ese momento.

Durante el proceso analítico se observaba que en la base de sus miedos estaba el terror a sufrir y quedar expuesta a un nuevo ataque de angustia, que lo evitado era ser sobrepasada por la experiencia del pánico y la sensación de muerte inminente, con una desagradable y terrorífica vivencia de máximo desamparo: esto era morir sin poder recibir auxilio.

En determinados momentos parecía asociar libremente, traía sueños, material edípico, a través de los cuales el analista iba recorriendo el intrincado laberinto de la organización libidinal y sus angustias concomitantes: angustia ante la pérdida del objeto, angustia de castración, angustia moral. El analista podía escuchar y atender a la dinámica de la transferencia-contratransferencia e interpretar. Pero cuando el pánico emergía, los síntomas somáticos se desplegaban: sensación de desmayo, aceleración cardíaca, sensación de ahogo, vértigo, “el piso se mueve”, la angustia era de una cualidad diferente con una intensa y característica sensación de muerte inminente. La eclosión somática neurovegetativa era masiva, angustia automática, sin significado, sin asociaciones ni posibilidad de ligadura a través de una cadena asociativa, angustia que la llevaba a una situación en la cual la vida psíquica parecía detenerse. En la sesión el analista se enfrentaba a fenómenos del campo de lo no representable, no había significado, ni representación para “la cosa” (así se refería ella a sus ataques), que no podían ser cualificados a través de la palabra. No se encontraban en el material las fantasías edípicas, ni las representaciones de objeto persecutorio clásicamente referidas a la organización agorafóbica, como sí suelen observarse en cambio en las llamadas fobias específicas (en la organización fóbica, la función simbólica permite desplazamientos hacia representaciones sustitutivas). Sino que lo que se imponía al analista era un caos somático, “vacío de representaciones”. Este déficit en la capacidad de simbo-



lización, significación y contención de la experiencia dentro de la vida mental era una de las características salientes. El ataque de pánico no se configuraba como síntoma (simbólico) en un sentido psicoanalítico. El analista se sentía en el límite: ¿límite en su capacidad de otorgar sentido?, ¿límite desde la abigarrada complejidad de los mecanismos neurobiológicos (como propone la psiquiatría actual)?, y perturbado en su capacidad de pensar e interpretar, se producía un "corte" en la sesión.

Ante esta dificultad, la tendencia era recurrir a conceptos ya conocidos: fobia, duelo mal elaborado, reacción terapéutica negativa, etc. La paciente se sentía en una situación de riesgo somático inmediato, con sensación de muerte inminente, con un déficit o incapacidad para procesar y elaborar psíquicamente las señales corporales relacionadas con el sistema nervioso autónomo. La sintomatología solía enlazarse luego a otros aspectos de la vida emocional tales como deseos edípicos, fantasías destructivas, etc., corrientemente descritos en los desarrollos psicoanalíticos clásicos, pero todo parecía indicar que el ataque de pánico cursaba por fuera, en paralelo, en forma similar a los fenómenos psicósomáticos (en tanto patología de la capacidad de simbolización), de modo que fuera del área del funcionamiento simbólico las funciones fisiológicas se tornaban sintomáticas. Ana expresaba como síntoma corporal caótico, lo que no transitaba por el sistema de representaciones. El analista estaba exigido a facilitar el trabajo de ligadura y significación, desde la paciente se trataba de una parte escindida de su universo simbólico. No se trataba aquí de la represión y el retorno de lo reprimido, ni tampoco de la desestructuración al estilo psicótico. No se trataba de un duelo mal elaborado, parecía más bien que no se había constituido un estado mental de duelo ante la pérdida de objeto y que en donde debería haber un duelo, el analista encontraba un "agujero psíquico."

La problemática de la muerte aparecía sistemáticamente articulada en varios aspectos: durante el ataque de pánico, en situaciones vividas previas a la eclosión de la enfermedad y en experiencias traumáticas durante la infancia.

La emergencia de la angustia con estas características durante las crisis, parecía mostrar una incapacidad para elaborar dentro de la vida psíquica la idea de la muerte, irrumpiendo y repitiendo como "cosa en sí misma", como fenómeno de lo no simbolizado, de lo no representable. Esta incapacidad parecía estar vinculada a su temprana experiencia traumática vinculada a la muerte del padre. Ahora, se

manifestaba con sus repetidos ataques de pánico luego del fallecimiento de su amiga íntima. Durante el análisis daba la impresión que el trauma psíquico no había podido ser transformado en experiencia psíquica, no había podido ser significado en un proceso de historización personal, más bien se presentaba como una situación traumática que aparecía como un agujero de representaciones en la sesión y que se repetía en los inesperados ataques de pánico.

### COMENTARIO

A partir de la experiencia clínica en estos casos, que nos aproxima a las propuestas de la psiquiatría actual, y a las Neurosis Actuales descriptas y conceptualizadas por Freud, hace más de un siglo, considerando el concepto de neurosis actual, como modelo explicativo de cierta problemática psicopatológica, que nos remite a lo no procesado, a lo no procesable psíquicamente, o a la dificultad en el procesamiento psíquico, nos cuestionamos si nuestras hipótesis teóricas dan cuenta de las complejidades que se nos presentan en la práctica clínica, y nos sentimos motivados a reconsiderar nuestras teorías sobre la angustia y repensar acerca del efecto que las experiencias traumáticas tienen sobre la estructuración de la vida mental.

En 1997 en el Congreso de la API en Barcelona, presentamos una investigación estadística en la cual estudiamos 23 pacientes y un grupo control. En la misma nuestro hallazgo fue que, efectivamente, *en la historia infantil de los pacientes con trastorno por pánico con agorafobia, observamos una mayor frecuencia de experiencias traumáticas vinculadas a la muerte, en forma estadísticamente significativa ( $p=0.007$ ) con respecto al grupo control* (Manfredi, Linetzky, Poderoso, 1998).

En el caso de esta paciente, no se trataba de la estructuración psicopatológica al estilo de la “neurosis fóbica” (angustia de castración), sino que el analista se enfrentaba a una diferente estructuración del psiquismo (angustia de muerte, descarga somática), vinculada a un déficit en la simbolización asociado a experiencias infantiles traumáticas.

## CONCLUSIONES

Vimos la relación entre *pánico* y *agorafobia*. En este sentido planteamos que la vinculación que hace la psiquiatría entre ambos fenómenos es teóricamente diferente de la concepción psicoanalítica.

El psicoanálisis considera que la agorafobia proviene de complejos mecanismos defensivos y representacionales, dinámicamente interrelacionados, entendiéndola como estructura sintomática dentro de las "psiconeurosis", centrada en la conflictiva edípica del sujeto: *angustia de castración*. En caso de alterarse el equilibrio se producen estallidos de angustia.

La psiquiatría actual, coloca a la agorafobia en la situación de un miedo real, una ansiedad anticipatoria crónicamente vinculada a la emergencia de una primer crisis de angustia. La etiología de esta primer crisis se investiga habitualmente no desde lo inconsciente, sino desde complejos mecanismos neurofisiológicos. La posible emergencia del ataque de angustia es lo que genera la agorafobia. No hay representaciones reprimidas, ni mecanismos defensivos de sustitución, y en consecuencia no sería abordable por el método psicoanalítico.

Sin embargo, como vimos anteriormente, estas ideas parecen también tener cabida en el cuerpo teórico freudiano a través del concepto de Neurosis Actuales, de modo que el síntoma es actual, no simbólico y desligado del conflicto infantil. Freud sustentaba una hipótesis biológica sobre la neurosis de angustia (pánico), que se asemeja a la que sostiene la psiquiatría actual: "excitación somática" que no es procesada psicológicamente y se descarga en forma de síntomas somáticos, angustia.

Tanto nuestra experiencia clínica, como la aproximación a estos pacientes que nos propone la psiquiatría y el mismo Freud, nos llevaron a reconsiderar y resignificar nuestras teorías y nuestra práctica, y en particular a investigar nuevas hipótesis. Hemos observado en estos casos, que no se trata de una mera descarga biológica, sino que encontramos un anclaje en la historia del paciente, específicamente una historia traumática infantil, que ha dejado un déficit en la función simbolizante del sujeto.

Nos replanteamos si los conceptos "actuales", "pánico" y "agorafobia" no se asemejan a una torre de Babel, que no da cuenta de la diversidad de fenómenos que se nos presentan en la clínica, de

manera tal que podríamos estar denominando de la misma forma, a lo que serían distintas estructuraciones del psiquismo, como parecería emerger de nuestras observaciones: desde las fobias estructuradas en torno a la psicosexualidad infantil: *angustia de castración*, hasta el *Pánico y Agorafobia*, con la característica sensación de muerte inminente y *angustia frente a la muerte*, donde encontramos un *déficit en la simbolización* de la experiencia (Manfredi, Linetzky, 1996), al estilo de los fenómenos y estructuras psicósomáticas, relacionado con la existencia de *experiencias traumáticas de muerte durante la infancia*, tal como se nos impuso en el caso clínico.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona. Masson S.A.
- FREUD, S. (1894) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de Neurosis de Angustia. O. C. Amorrortu Editores. Tomo III, pag. 97.
- (1909) Análisis de la fobia de un niño de 5 años. O. C. Amorrortu Editores. Tomo X.
- (1916) Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. O. C. Amorrortu Editores. Tomo XVI, pág. 233.
- (1926) Inhibición, síntoma y angustia. O. C. Amorrortu Editores. Tomo XX, pag 120.
- (1932) Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Conferencia 32, "Angustia y Vida Pulsional". O. C. Amorrortu Editores. Tomo XXII, pag 87.
- MANFREDI, C., LINETZKY, L. (1996) "Trastorno por pánico. Una aproximación psicoanalítica". *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiatría*, Vol. VII, 24: 90-94.
- MANFREDI, C., LINETZKY, L., PODEROSO, J. (1998) "Expériences infantiles en rapport à la mort et la maladie chez les patients présentant un trouble panique". *Nervure. Journal de Psychiatrie*, Tome XI, 6: 25-28.
- MANFREDI, C., LINETZKY, L. (2000) "Algunas observaciones acerca del Trastorno por Pánico y su relación con la historia infantil del sujeto". *Psicoanálisis. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, Vol XXII., 3: 755-772.
- (2003) "Pánico y Agorafobia. Las conceptualizaciones freudianas y el

PROBLEMAS "ACTUALES"...

DSM IV". *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiatría* (En Prensa).  
ZIEHLER, L. M. ET AL (1999). *Colección de Farmacología. "Neuropsicofarmacología Clínica"*. Buenos Aires. Editor Director: Prof Dr Luis M Zieher.

*Clelia Manfredi de Poderoso*  
Sánchez de Bustamente 1628, PB "C"  
C1425BPH, Capital Federal  
Argentina

*Leonardo Linetzky*  
Larrea 1080, 6° "D"  
C1117ABF, Capital Federal  
Argentina

CLELIA MANFREDI DE PODEROSO Y LEONARDO LINETZKY – *Problemáticas “actuales” (Acerca del Pánico y la Agorafobia). Psiquiatría y Psicoanálisis*

**Resumen:** En este trabajo intentamos reflexionar, a partir de nuestra tarea clínica con pacientes que presentan patologías “actuales”: “Pánico” y “Agorafobia”, desde la divergencia entre dos disciplinas: la Psiquiatría y el Psicoanálisis.

Planteamos que no se trata solamente de una diferente descripción de los fenómenos clínicos, sino de una diferente teorización acerca de los mismos.

Revisamos las primeras teorías de S. Freud, en particular sus ideas sobre la “Neurosis de Angustia”. Considerando este concepto como modelo explicativo de cierta problemática psicopatológica que nos remite a lo no procesable psíquicamente, concluimos que las concepciones de la psiquiatría actual se aproximan a las propuestas freudianas de 1894.

Presentamos material clínico que nos llevó a reconsiderar la problemática expuesta e investigar nuevas hipótesis, interrogándonos acerca de nuestras teorías sobre: las fobias, estructuradas en torno a la psicosexualidad infantil, y el “síndrome pánico-agorafobia”, en el cual encontramos un déficit en la función simbolizante, relacionado con experiencias infantiles traumáticas, tal como se nos impuso en el caso clínico.

**Descriptor:** Agorafobia. Fobia. Pánico. Psicoanálisis. Psiquiatría.

CLELIA MANFREDI DE PODEROSO Y LEONARDO LINETZKY – *Current inquiries (on panic and agoraphobia). Psychiatry and Psychoanalysis*

**Summary:** In this work and based upon clinical experience with patients, the authors attempted to discuss “panic” and “agoraphobia” from the perspective of divergent disciplines: Psychiatry and Psychoanalysis.

In this way, former Freud’s theories about “anxiety neurosis” (1894) were revised and it was noticed that his original thought approaches to the psychiatric point of view.

In order to reconsider this theme and to analyze new hypothesis, clinical

material is presented. On these bases, the authors inquire into two different clinical phenomena: a) phobias structured upon infantile sexuality and, b) the "panic-agoraphobia syndrome" without a symbolic dimension and related to childhood traumatic experiences, as emerge from the clinical case.

**Key words:** Agoraphobia. Phobia. Panic. Psychoanalysis. Psychiatry.

CLELIA MANFREDI DE PODEROSO Y LEONARDO LINETZKY – *Problématiques "actuelles" (sur la panique et l'agoraphobie). La psychiatrie et la psychanalyse*

**Résumé:** Dans ce travail les auteurs réfléchissent sur sa pratique clinique avec des patients qui présentent des pathologies "actuelles": panique et agoraphobie, d'après la divergence entre deux disciplines: la psychiatrie et la psychanalyse.

Les premières idées de Freud sur la névrose d'angoisse (1894) sont revissés.

A ce moment- là, il a proposé une idée proche de celle que nous pose la psychiatrie actuelle: un processus de décharge somatique, hors symbolisation.

Les auteurs présentent un cas clinique pour considérer le problème exposé et se poser de nouvelles hypothèses.

Ils s'interrogent sur les aspects théoriques à propos de deux tableaux cliniques: les phobies structurées sur la sexualité infantile et le "syndrome panique-agoraphobie" caractérisé par un échec dans la fonction de symbolisation du sujet, par rapport aux expériences infantiles traumatiques.

**Mots clés:** Agoraphobie. Fobie. Panique. Psychanalyse. Psychiatrie.